



# Le Partographe

---

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

---

SECTION II  
Manuel de l'utilisateur



Organisation mondiale de la Santé, Unité de la santé maternelle et infantile  
Division de la santé de la famille  
Geneva 1988



LE PARTOGRAPHE

SECTION II

MANUEL DE L'UTILISATEUR

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. L'OMS tient à remercier ici de leur appui financier la Carnegie Corporation et tous ceux qui ont contribué à la recherche sur la maternité sans risques. Un soutien financier a été également accordé à la production du présent document par le Fonds des Nations Unies pour la Population. Mme Helen Kerr a élaboré le document de base. Les Docteurs C. Lennox et S. Arulkumaran ont aidé à établir le texte définitif.

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced and translated, in part or in whole, but not for sale nor for use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

LE PARTOGRAPHE  
SECTION II  
MANUEL DE L'UTILISATEUR

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
1. GENERALITES .....	2
2. INTRODUCTION A L'INTENTION DE L'UTILISATEUR .....	2
3. LIMITES A L'EMPLOI DU PARTOGRAPHE .....	2
4. OBJECTIFS DU MANUEL .....	2
5. OBSERVATIONS NOTEES DANS LE PARTOGRAPHE .....	3
A. Progression du travail .....	5
- Dilatation du col .....	5
- Descente de la tête du foetus .....	9
- Contractions utérines .....	13
B. Etat du foetus .....	16
- Rythme cardiaque foetal .....	16
- Membranes et liquide amniotique .....	16
- Déformation des os du crâne du foetus .....	16
C. Etat de la mère .....	17
- Pouls, tension artérielle et température .....	17
- Urine : volume, protéines et acétone .....	17
- Médicaments et injections intraveineuses .....	17
- Administration d'oxytocine .....	17
6. PROGRESSION ANORMALE DU TRAVAIL .....	20
7. NOTES SUR LA CONDUITE A TENIR DEVANT LES ANOMALIES DU TRAVAIL .....	23
8. EXERCICES .....	25
9. REPONSES AUX EXERCICES .....	30
Annexe 1. Mesure de la dilatation du col .....	32

## 1. GENERALITES

Le présent manuel a pour but d'enseigner la façon d'employer le partographe au chevet de la femme en travail. Il ne prétend pas dispenser un enseignement complet sur les principes et la physiologie du travail.

Les principes dont s'inspire le partographe, et en particulier celui du présent manuel avec ses lignes d'alerte et d'action prétracées, sont exposés dans la section I intitulée "Le partographe : principe et stratégie" (document WHO/MCH/88.3). La personne qui utilisera ce manuel à des fins pédagogiques sera censée avoir acquis une connaissance suffisante de ces principes et être capable de transmettre son savoir aux stagiaires, selon que de besoin. Le manuel se concentre donc sur les aspects non pas théoriques mais pratiques de l'emploi du partographe, en tant qu'instrument de gestion du travail.

## 2. INTRODUCTION A L'INTENTION DE L'UTILISATEUR

Le présent manuel décrit la façon d'employer le partographe pour mieux surveiller et conduire le processus de la parturition. Le partographe sert à enregistrer toutes les observations faites sur la femme en travail. Son élément central est un graphique sur lequel est notée la progression de la dilatation du col vérifiée par toucher vaginal. Cette façon de noter le rythme de la dilatation permet de déceler tout ralentissement anormal du travail et d'accorder à la parturiente l'attention particulière qu'elle réclame. Tout accouchement prolongé et dystocique par suite de disproportion céphalo-pelvienne peut, en effet, avoir de graves conséquences (rupture de l'utérus ou mort du fœtus, par exemple). La lenteur du travail peut également être à l'origine d'une hémorragie ou d'une infection du postpartum.

En aidant à repérer assez tôt les femmes chez qui le travail est trop lent, le partographe devrait permettre d'éviter certains de ces problèmes. Il permet aussi de noter très clairement, sur une seule feuille, toutes les observations faites au cours du travail, ce qui facilite le dépistage de toute autre anomalie possible.

## 3. LIMITES A L'EMPLOI DU PARTOGRAPHE

Avant de décrire la manière d'employer le partographe, il importe de bien comprendre qu'il s'agit d'un instrument exclusivement destiné à la surveillance et à la conduite du travail. Il ne permet pas d'identifier les autres facteurs de risque qui pourraient avoir été présents avant le début du travail.

Il faut donc ne recourir au partographe qu'après avoir vérifié qu'il n'y a eu au cours de la grossesse aucune complication qui soit de nature à exiger une intervention immédiate.

## 4. OBJECTIFS DU MANUEL

Après avoir étudié le présent manuel de formation, le médecin et la sage-femme devraient être capables :

- de comprendre le principe du partographe;
- de reporter exactement les observations sur le graphique;
- de comprendre la différence entre la phase de latence et la phase active du travail;
- d'interpréter les données enregistrées dans le partographe et de reconnaître tout écart par rapport à la norme;

- de surveiller la progression du travail, de reconnaître en temps utile la nécessité éventuelle d'une intervention et de décider du moment où il convient de renvoyer la parturiente à un autre service;
- d'expliquer la signification du partogramme aux mères et aux autres membres de la communauté.

5. OBSERVATIONS NOTEES DANS LE PARTOGRAPHE (Fig. 1)

Les observations enregistrées sont les suivantes :

A. Progression du travail

1. Dilatation du col
2. Descente de la tête du foetus
  - Palpation abdominale de la tête (hauteur calculée en centimètres)
3. Contractions utérines
  - Fréquence/10 min.
  - Durée (à noter en utilisant la méthode de la Fig. 9).

B. Etat du foetus

1. Rythme cardiaque foetal
2. Couleur et quantité du liquide amniotique
3. Déformation du crâne

C. Etat de la mère

1. Pouls, tension artérielle et température
2. Urine : volume, protéines, acétone
3. Médicaments et injections intraveineuses
4. Administration d'oxytocine.

# PARTOGRAPHE

Nom ..... Geste ..... Para ..... Hôpital No. ....  
 Date d'admission ..... Heure d'admission ..... Rupture des membranes ..... heure

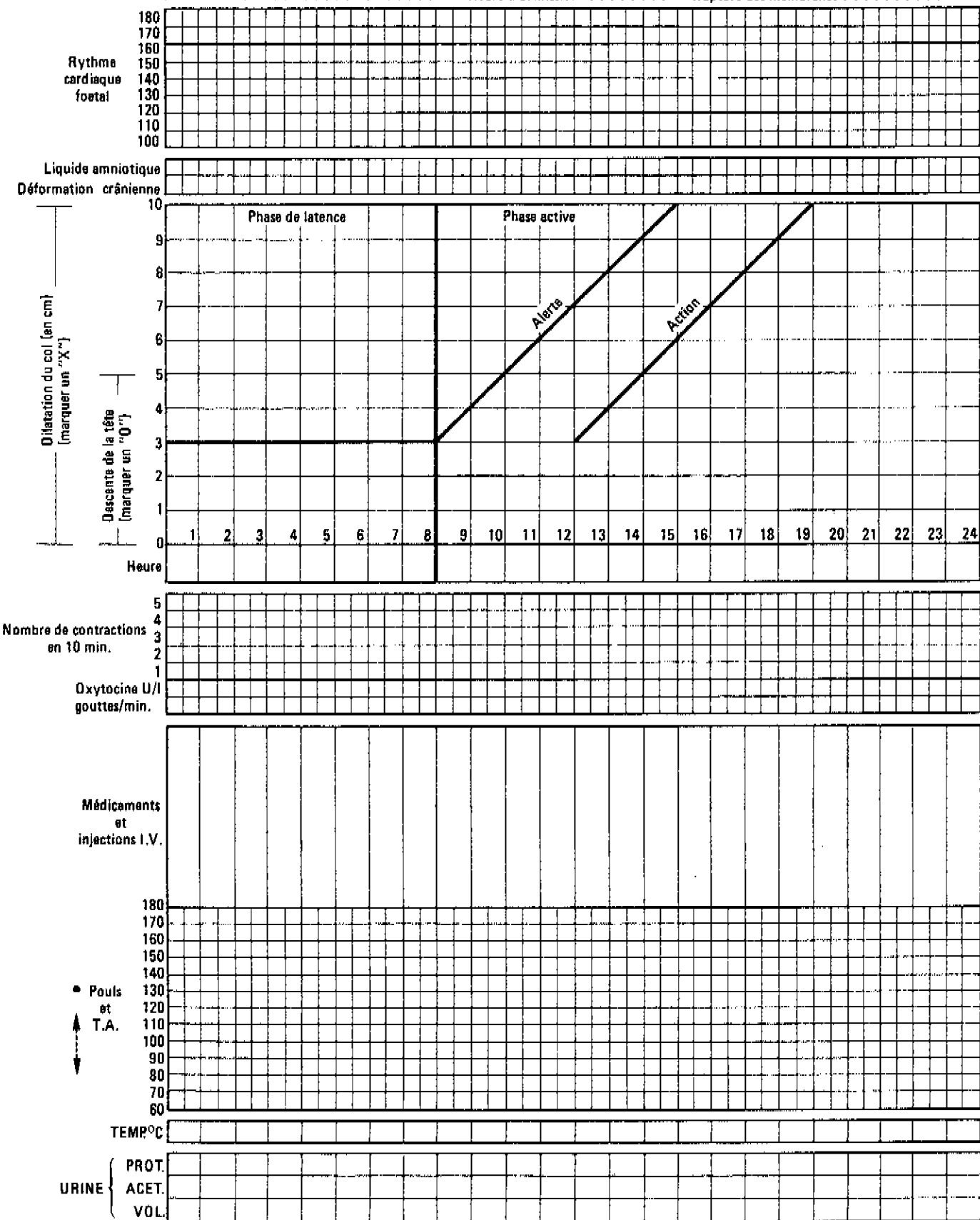


Figure 1

A. PROGRESSION DU TRAVAIL

1. Dilatation du col

Le premier stade du travail est divisé en deux phases : la phase de latence et la phase active.

- La phase de latence (période de dilatation lente du col) correspond à une dilatation allant de 0 à 3 cm, avec diminution progressive de longueur du col.
- La phase active (période de dilatation plus rapide) est celle pendant laquelle la dilatation passe de 3 à 10 cm (dilatation complète du col).

Au centre du partographe figure un graphique. A gauche de ce graphique, les subdivisions numérotées de 0 à 10 représentent chacune un centimètre de dilatation. Au bas du graphique, la ligne horizontale numérotée de 0 à 24 représente les heures, chaque intervalle correspondant à une heure.

La dilatation du col est mesurée en centimètres et, pour l'évaluer, on peut utiliser la méthode indiquée plus loin (annexe 1).

On note la progression de la dilatation du col en cochant d'un "X" l'endroit correspondant du graphique. Le premier toucher vaginal, pratiqué à l'admission, comporte une évaluation du pelvis et les résultats de cet examen sont enregistrés. Sauf contre-indication, des touchers sont à nouveau pratiqués toutes les quatre heures. Lorsque le travail en est à un stade avancé, on peut toutefois examiner la femme plus fréquemment, en particulier s'il s'agit d'une multipare.

Exemple 1

Enregistrement de la dilatation du col lorsqu'à l'admission la parturiente est en phase active.

Regardez la figure 2. Dans la section marquée "phase active", entre trois et dix centimètres, il y a une ligne droite, la "ligne d'alerte". Lorsque la femme est admise en phase active, la dilatation du col est enregistrée sur cette ligne et l'heure est notée directement sous la croix dans l'espace réservé à cet effet.

Si la progression est satisfaisante, toutes les croix représentant la dilatation du col seront situées sur la ligne d'alerte ou à gauche de cette ligne.

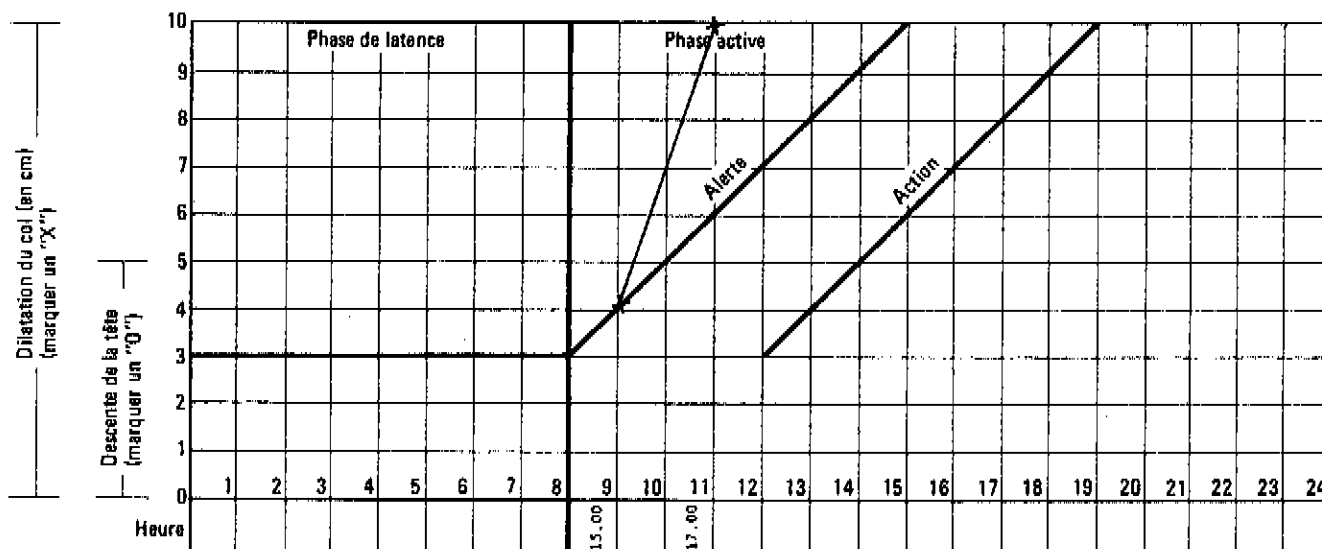


Figure 2

Observations concernant la figure 2 :

- La dilatation du col était de 4 cm (phase active).
- La dilatation est reportée à 4 cm sur la ligne d'alerte.
- L'admission a eu lieu à 15 heures.
- A 17 heures la dilatation avait atteint 10 cm.
- Le premier stade du travail à l'hôpital n'a duré que deux heures.

**Exemple 2** - Enregistrement de la dilatation du col pour une admission en phase de latence.

Regardez la figure 3. Normalement, la phase de latence ne devrait pas durer plus de 8 heures. Lorsque la parturiente est admise en phase de latence, la dilatation du col est notée à partir de l'heure 0 et un toucher vaginal est pratiqué toutes les quatre heures.

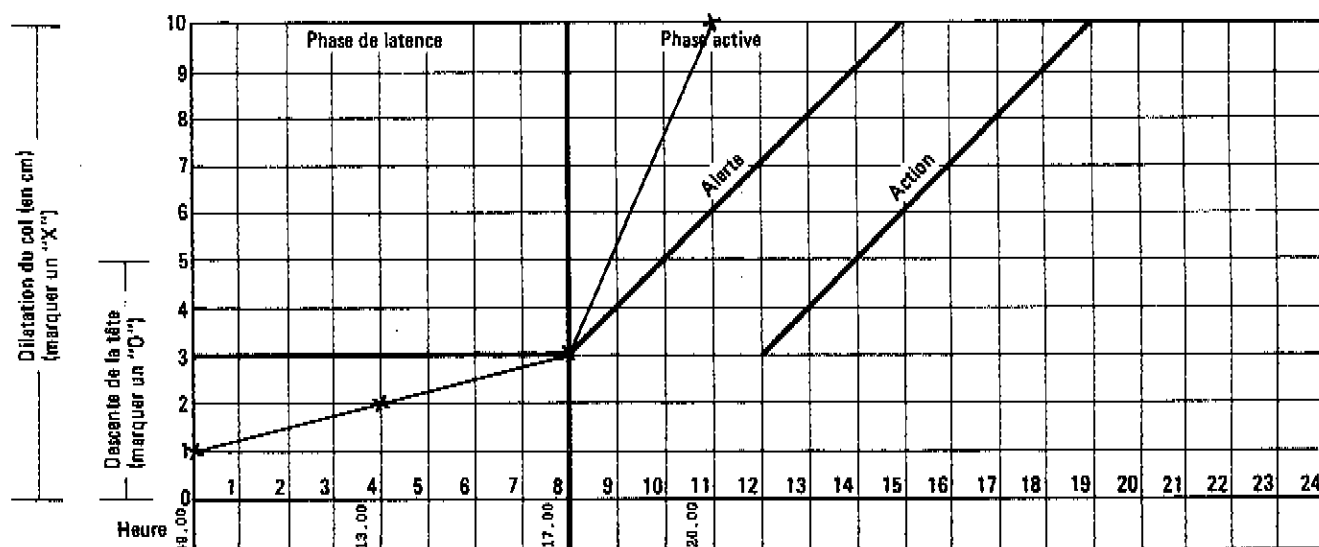


Figure 3

Observations concernant la figure 3 :

- L'admission a eu lieu à 9 heures du matin et la dilatation était de 1 cm.
- A 13 heures, la dilatation a atteint 2 cm.
- A 17 heures, la dilatation était de 3 cm et la parturiente est entrée dans la phase active du travail.
- A 20 heures, la dilatation était de 10 cm (dilatation complète).
- La phase de latence a duré 8 heures et la phase active 3 heures.

**Exemple 3 - Transfert de la phase de latence à la phase active**

Enregistrement de la dilatation du col lorsque la femme est admise en phase de latence et passe en phase active en l'espace de moins de 8 heures.

Lorsque la dilatation se situe entre 0 et 3 cm, l'enregistrement doit se situer dans la zone du partographe réservée à la phase de latence. Lorsque le travail passe en phase active, l'enregistrement doit être transféré par une ligne pointillée sur la ligne d'alerte. La dilatation et l'heure sont notées quatre heures après l'admission, puis immédiatement transférées sur la ligne d'alerte en utilisant les lettres "TR" et en laissant en blanc la zone intermédiaire. La ligne pointillée ne fait pas partie du processus de travail.

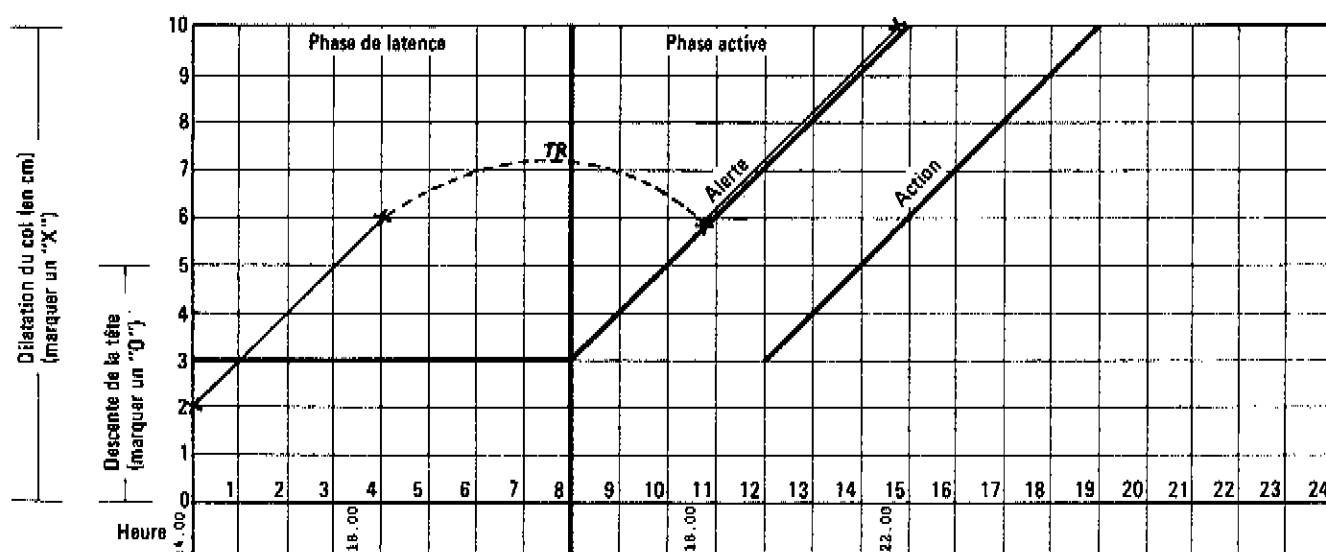


Figure 4

Observations concernant la figure 4 :

- L'admission a eu lieu à 14 heures et la dilatation était de 2 cm.
- Au total, trois touchers vaginaux ont été pratiqués.
- A 18 heures, la dilatation avait atteint 6 cm (phase active).
- L'heure et la dilatation ont été immédiatement notées sur la ligne d'alerte.
- A 22 heures, la dilatation avait atteint 10 cm.
- Le premier stade du travail à l'hôpital a duré 8 heures.

A ne pas oublier

1. La phase de latence est celle de la dilatation de 0 à 3 cm et s'accompagne d'un raccourcissement progressif du col. Elle ne devrait normalement pas durer plus que 8 heures.
2. La phase active est celle de la dilatation de 3 à 10 cm, à un rythme qui devrait être au moins de 1 cm/heure.
3. Lorsque le travail progresse de façon satisfaisante, les croix d'enregistrement de la dilatation ne devraient pas passer à droite de la ligne d'alerte.
4. Lorsque l'admission à l'hôpital a eu lieu pendant la phase active, la dilatation à l'admission est immédiatement notée sur la ligne d'alerte.
5. Lorsque le travail passe de la phase de latence à la phase active, l'enregistrement de la dilatation est immédiatement transféré de la zone correspondant à la phase de latence sur la ligne d'alerte.

2. Descente de la tête du foetus

Pour une bonne progression du travail, la dilation du col doit s'accompagner de la descente de la tête de l'enfant. Cette descente toutefois peut ne pas se produire avant que le col ait atteint environ 7 cm de dilatation.

La descente de la tête est vérifiée par palpation abdominale et notée en cinquièmes de hauteur mesurés par les cinq doigts de la main placés à l'horizontale au-dessus de la symphyse pubienne. Cette méthode semble plus fiable que le toucher vaginal, car la formation d'un gros céphalématome induit souvent en erreur ceux qui manquent d'expérience et qui confondent la bosse formée par le cuir chevelu avec le crâne. Le diagramme ci-après montre comment on peut mesurer la descente dans la cavité pelvienne (Fig. 5).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Philpott, R. H., et Castle, W. M. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour. J. Obstet. Gynaecol. Br. Cwith., 79: 592-598 (1972).

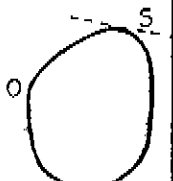
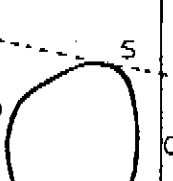
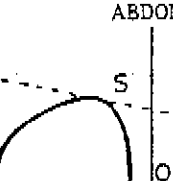
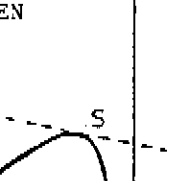

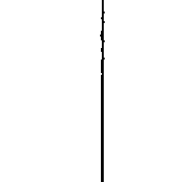
	5/5	4/5	3/5	2/5	1/5	0/5
	ABDOMEN					
						
Bord du pelvis						
	CAVITE PELVIENNE					
Complètement au-dessus du bord	Sinciput haut Occiput aisément palpable	Sinciput aisément palpable Occiput palpable	Sinciput palpable Occiput tout juste palpable	Sinciput palpable Occiput non palpable	Aucune partie de la tête n'est palpable	

Figure 5

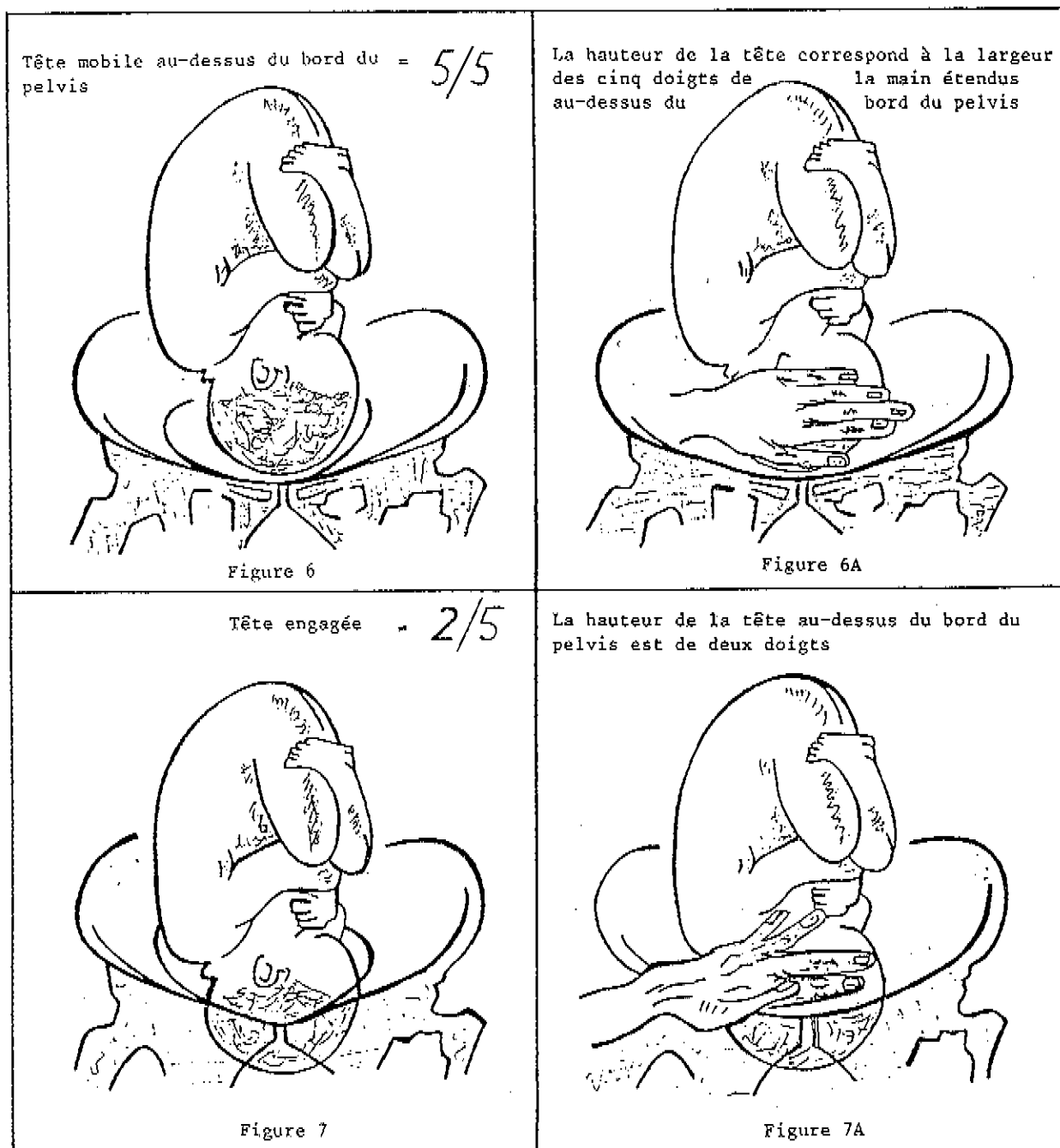
Hauteur de la tête du fœtus mesurée par palpation abdominale et exprimée en cinquièmes (correspondant aux cinq doigts de la main) au-dessus du bord du pelvis.  
S - sinciput, O - occiput.

La descente de la tête devrait toujours être vérifiée par palpation abdominale immédiatement avant un toucher vaginal.

Pour plus de commodité, on se sert des cinq doigts de la main pour calculer en cinquièmes la hauteur de la tête par rapport au bord du pelvis. Si la tête est mobile au-dessus du bord, sa mesure correspond à la largeur des cinq doigts de la main (serrés) (Fig. 6 et 6A).

A mesure que la tête descend, le nombre de doigts correspondant à la partie qui reste au-dessus du bord du pelvis va en décroissant (4/5, 3/5, etc.).

Il est généralement admis que la tête est engagée lorsque la portion qui reste au-dessus du bord du pelvis n'a plus que deux doigts de large ou moins encore (Fig. 7 et 7A).



## Enregistrement de la descente de la tête

Sur le côté gauche du graphique, les chiffres de 5 à 0 sont prévus pour enregistrer la descente de la tête (à l'aide d'un 0) (Fig. 8).

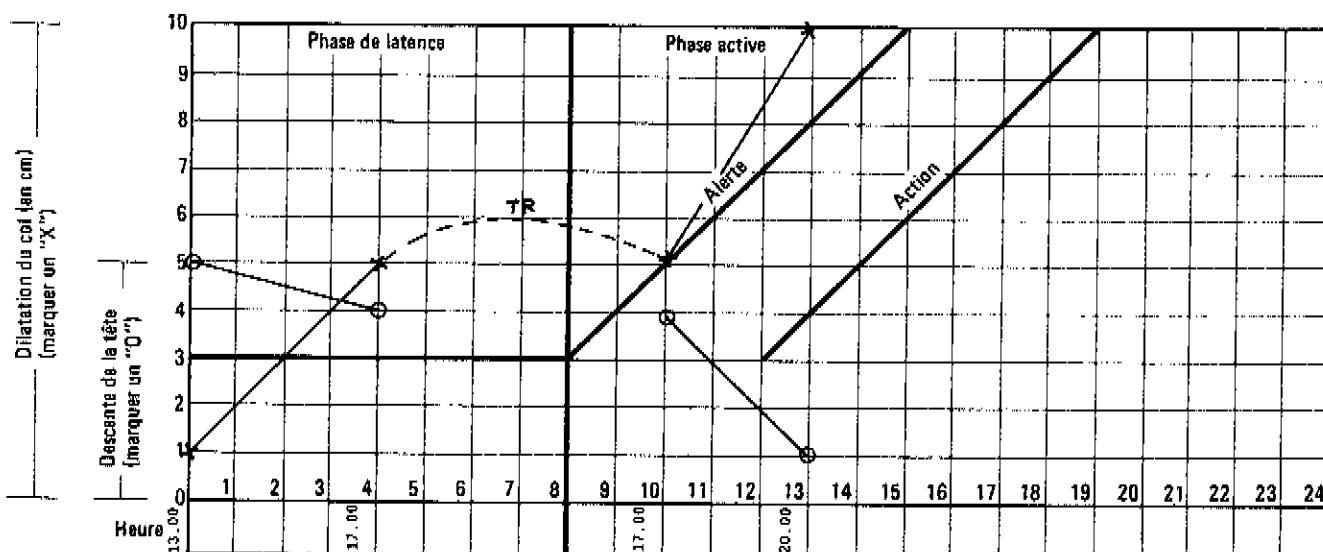


Figure 8

Exemple

- A l'admission, à 13 heures, la tête était à 5/5 au-dessus du bord du pelvis et la dilatation du col était de 1 cm.
- Au bout de quatre heures, à 17 heures, les 4/5 de la tête étaient au-dessus du bord du pelvis et le col avait atteint 5 cm de dilatation.
- Le travail est maintenant entré dans la phase active. Les enregistrements de la dilatation du col, de la descente de la tête et de l'heure sont transférés sur la ligne d'alerte.
- Au bout de trois heures, la tête n'est plus qu'à 1/5 au-dessus du bord du pelvis et le col a atteint 10 cm de dilatation.
- Le premier stade du travail observé dans l'unité a duré sept heures.

A ne pas oublier

1. Mesurer la descente de la tête aide à apprécier les progrès du travail.
2. La descente est mesurée par palpation abdominale en cinquièmes (nombre de doigts) au-dessus du bord du pelvis.
3. Tout examen vaginal doit être immédiatement précédé d'un examen abdominal.

### 3. Contractions utérines

Pour que le travail progresse bien, il faut de bonnes contractions utérines. Lorsque tout se passe normalement, ces contractions deviennent généralement plus fréquentes et leur durée s'allonge à mesure que le travail avance.

#### a) Observations des contractions utérines

(Ces observations sont faites toutes les heures pendant la phase de latence du travail et toutes les demi-heures pendant la phase active.)

Les contractions doivent être observées d'un double point de vue :

- leur fréquence : combien de fois sont-elles ressenties en l'espace d'une période donnée ?
- leur durée : combien de temps durent-elles ?

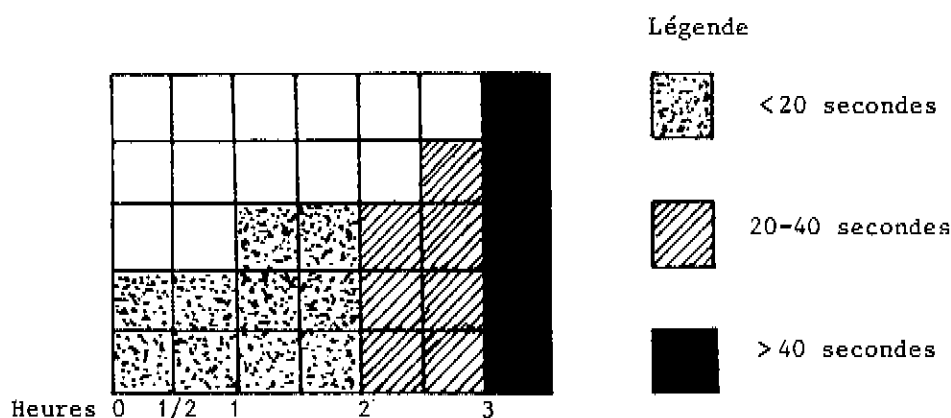
La fréquence des contractions est évaluée en fonction de leur nombre en l'espace de 10 minutes. La durée des contractions est mesurée en nombre de secondes à partir du moment où la contraction commence à être ressentie abdominalement jusqu'au moment où elle passe.

#### b) Enregistrement dans le partographe

Au-dessous de la ligne horizontale prévue pour l'enregistrement du temps, il y a une grille de cinq cases de haut sur toute la longueur de la page au regard de laquelle on peut lire, à gauche : "Contractions en 10 min."

Chacune des cases correspondant à une contraction, si deux contractions sont ressenties en l'espace de 10 minutes, il faut utiliser deux cases pour les enregistrer (de la façon indiquée à la Fig. 9).

La figure 9 montre les trois façons possibles d'enregistrer la durée des contractions.<sup>1</sup>



Interprétation de la figure 9 :

Première demi-heure	Dans les dix dernières minutes de cette demi-heure, il y a eu deux contractions de moins de 20 secondes chacune.
Troisième demi-heure	Dans les dix dernières minutes de cette demi-heure, il y a eu trois contractions de moins de 20 secondes chacune.
Sixième demi-heure	Dans les dix dernières minutes de cette demi-heure, il y a eu quatre contractions d'une durée de 20 à 40 secondes.
Septième demi-heure	Dans les dix dernières minutes de cette demi-heure, il y a eu cinq contractions d'une durée supérieure à 40 secondes.

<sup>1</sup> Philpott, R. H., Sapire, K. E., Axton, J. H. M. Normal labour and its management. In: Obstetrics, Family Planning and Paediatrics, p. 61. Natal Witness (Pty) Ltd. (1977).

Exemple :

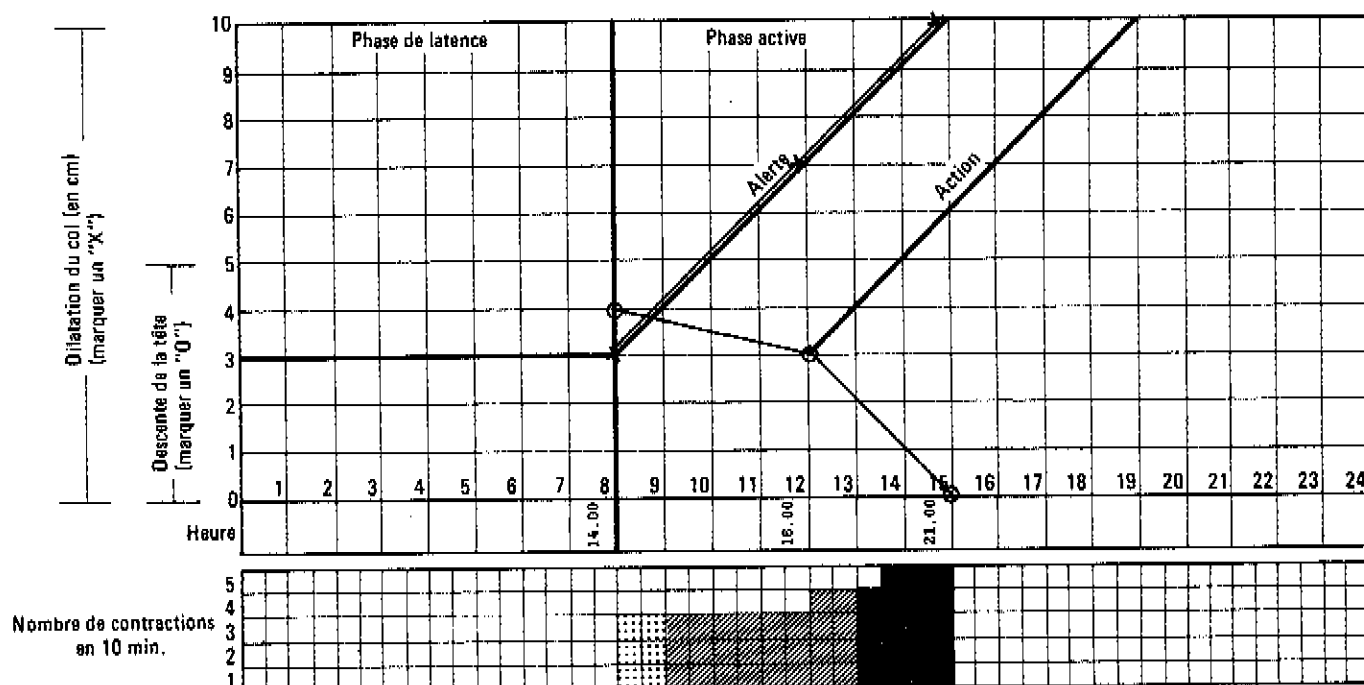


Figure 10

Observations concernant le graphique de la figure 10 :

- La femme a été admise à 14 heures en phase active du travail.
- La dilatation du col était de 3 cm et la tête était à 4/5 au-dessus du bord du pelvis.
- Les contractions étaient au nombre de 3 en 10 minutes, chacune durant moins de 20 secondes.
- A 18 heures, la dilatation du col avait atteint 7 cm, la tête était à 3/5 au-dessus du bord du pelvis et les contractions étaient au nombre de 4 en 10 minutes et d'une durée comprise entre 20 et 40 secondes.
- A 21 heures, la dilatation du col était de 10 cm, la tête était à 0/5 au-dessus du bord du pelvis et il y avait cinq contractions de plus de 40 secondes en l'espace de 10 minutes.

A ne pas oublier

1. Il faut observer à la fois la fréquence et la durée des contractions.
2. On note le nombre des contractions enregistrées en l'espace de dix minutes.
3. Les trois façons de représenter (par des pointillés, des hachures ou du noir) la durée des contractions correspondent respectivement à des contractions 1) allant jusqu'à 20 secondes, 2) d'une durée de 20 à 40 secondes, 3) d'une durée supérieure à 40 secondes.
4. L'enregistrement doit être fait en dessous de l'heure correspondante notée dans le partographe.

B. ETAT DU FOETUS

## 1. Rythme cardiaque foetal

L'auscultation du coeur du foetus est un moyen clinique sûr et fiable de savoir si l'état de l'enfant est satisfaisant. Le moment le plus propice pour l'écoute du rythme cardiaque foetal se situe juste après le point culminant d'une contraction. Il faut écouter le coeur pendant une minute, la parturiente étant allongée, si possible, sur le côté.

Le rythme cardiaque foetal est enregistré, toutes les demi-heures, à l'aide de la grille qui se trouve en haut du partographe et dont chaque case représente une demi-heure. Les lignes horizontales correspondant à 120 et 160 battements sont plus sombres pour rappeler qu'il s'agit de chiffres limites normalement à ne pas dépasser.

Rythme cardiaque anormal

1. Un rythme dépassant 160 battements/min (tachycardie) ou inférieur à 120 battements/min (bradycardie) peut être signe de souffrance foetale.

Si les battements du coeur sont anormaux, il faut répéter l'auscultation tous les quarts d'heure au moins et pendant une minute, immédiatement après une contraction. Si l'anomalie subsiste pendant trois observations successives, des mesures appropriées s'imposent, à moins que l'accouchement ne soit très proche.

2. Un rythme inférieur ou égal à 100 est révélateur d'une très grande souffrance foetale et appelle une action immédiate.

## 2. Membranes et liquide amniotique

L'état du liquide amniotique peut aider à évaluer l'état du foetus.

Quatre types d'observations peuvent être enregistrés dans le partographe immédiatement au-dessous des enregistrements du rythme cardiaque foetal :

- |  |   |
|--|---|
| 1) Si les membranes sont intactes :                  | inscrivez la lettre "I" (intactes).           |
| 2) Si les membranes sont rompues et :                |   |
| a) si le liquide amniotique est clair :              | inscrivez la lettre "C" (clair).              |
| b) si le liquide amniotique est teinté de méconium : | inscrivez la lettre "M" (méconium).           |
| c) s'il n'y a pas de liquide amniotique :            | inscrivez la lettre "A" (absence de liquide). |

Ces observations sont répétées à chaque examen vaginal.

Si l'on constate une forte concentration de méconium à un moment quelconque ou l'absence totale de liquide amniotique au moment de la rupture des membranes, il faut ausculter le coeur foetal plus fréquemment, car ce sont peut-être des indices de souffrance foetale.

## 3. Déformation des os du crâne du foetus

Le degré de déformation est un important indice de la capacité du pelvis à laisser passer la tête du foetus. Une déformation croissante, si la tête n'est toujours pas suffisamment descendue dans le pelvis, est un signe inquiétant de disproportion céphalo-pelvienne.

Le degré de déformation du crâne est enregistré immédiatement au-dessous des cases réservées à l'enregistrement de l'état du liquide amniotique. Les observations sont notées comme suit :

- o - os séparés et sutures aisément palpables
- + - os qui se touchent tout juste
- ++ - os qui se chevauchent
- +++ - os qui se chevauchent fortement

Il peut être difficile d'évaluer le degré de déformation lorsqu'il existe un gros céphalématome, mais la présence même de cette bosse devrait éveiller l'attention et faire penser à une disproportion foeto-pelvienne possible.

A ne pas oublier

1. Ecouter le rythme cardiaque foetal immédiatement après le paroxysme d'une contraction, la femme étant allongée sur le côté.
2. Répéter les observations toutes les demi-heures pendant le premier stade d'un travail normal.
3. Le rythme cardiaque foetal normal se situe entre 120 et 160 battements/min.
4. Une déformation qui s'accroît sans que la tête descende est signe de disproportion foeto-pelvienne.

C. ETAT DE LA MERE

Toutes les observations concernant l'état de la mère sont enregistrées en bas du partographe, au-dessous des observations concernant les contractions utérines.

1. Pouls, tension artérielle et température

- Pouls - toutes les demi-heures
- Tension artérielle - toutes les quatre heures, ou plus fréquemment si cela est nécessaire
- Température - toutes les 4 heures, ou plus fréquemment si cela est nécessaire.

2. Urine : Volume, protéines et acétone

- Protéines ou acétone dans l'urine
- Volume de l'urine : encourager la parturiente à uriner toutes les 2 à 4 heures.

Les observations 1 et 2 sont enregistrées dans cet ordre, de haut en bas de la grille.

3. Médicaments et injections intraveineuses

Les médicaments et injections administrés doivent être notés dans la colonne appropriée du cadre qui leur est réservé (sous l'enregistrement des contractions).

4. Administration d'oxytocine

Un espace est prévu pour l'enregistrement des observations concernant l'administration d'oxytocine, au-dessus de l'espace réservé aux injections intraveineuses et aux médicaments.

Toutes ces données sont enregistrées dans la colonne correspondant au moment précis de l'observation.

La figure 11 montre comment remplir un partographe correspondant au premier stade normal du travail.

PARTOGRAPHE

Nom Mme B. Geste 1 Para 0 Hôpital No. 1059  
 Date d'admission 27.3.1988 Heure d'admission 5.00 Rupture des membranes 2 heures(s)

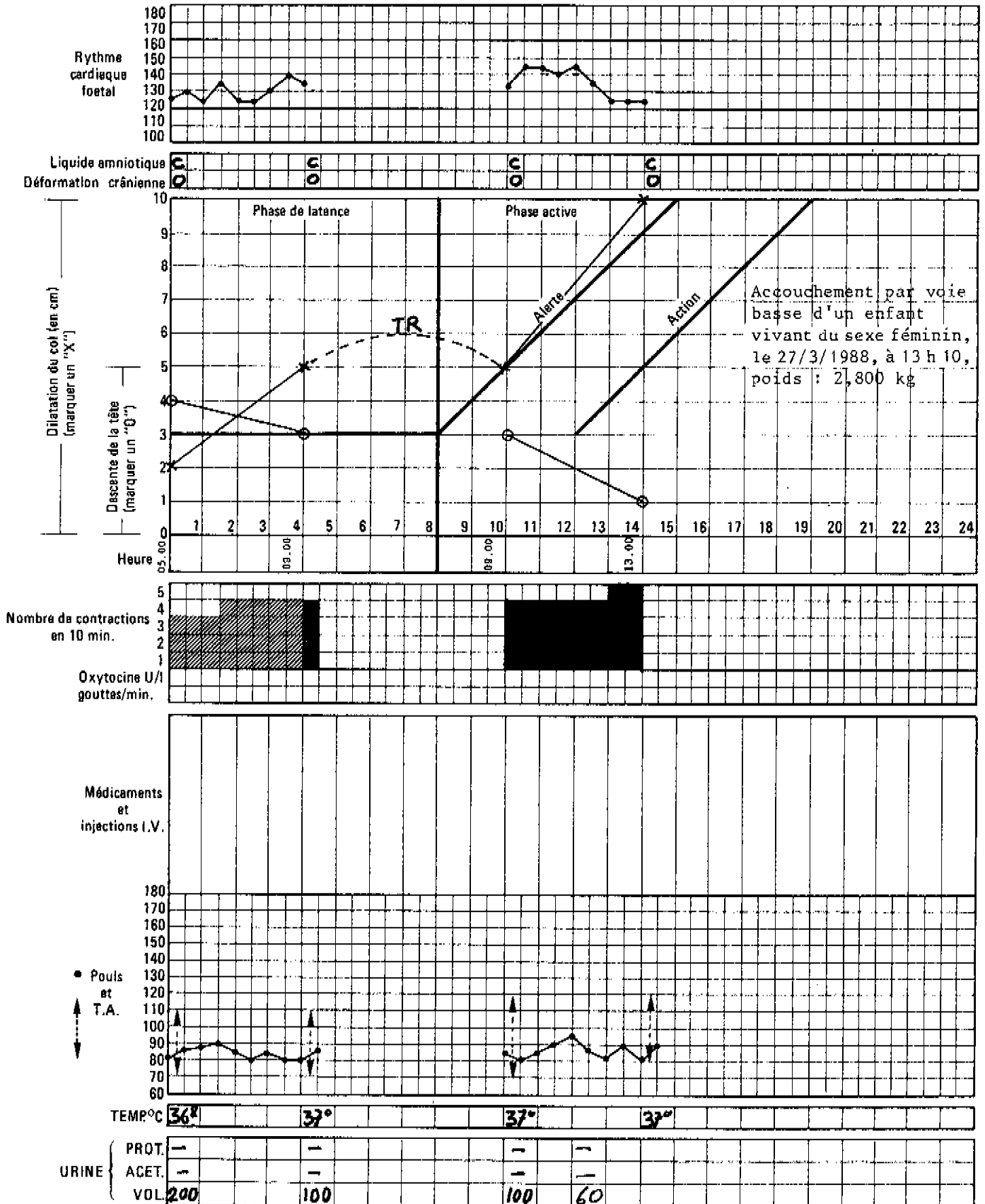


Figure 11

A ne pas oublier

1. L'heure d'admission est zéro lorsque la femme est en phase de latence du travail.
2. Lorsque la phase active commence, tous les enregistrements sont transférés et les mesures de la dilatation du col sont portées sur la ligne d'alerte.
3. Lorsque le travail progresse normalement, les enregistrements de la dilatation du col restent sur la ligne d'alerte ou à sa gauche.

6. PROGRESSION ANORMALE DU TRAVAIL

1. Prolongation de la phase de latence

Si une femme est admise en phase de latence (dilatation du col inférieure à 3 cm) et reste dans le même état pendant les 8 heures qui suivent, la progression du travail n'est pas normale et il faut transférer la parturiente dans un hôpital où il sera décidé des mesures à prendre.

C'est la raison pour laquelle une ligne plus épaisse a été tracée sur le partographe à la fin des 8 heures de la phase de latence.

Exemple

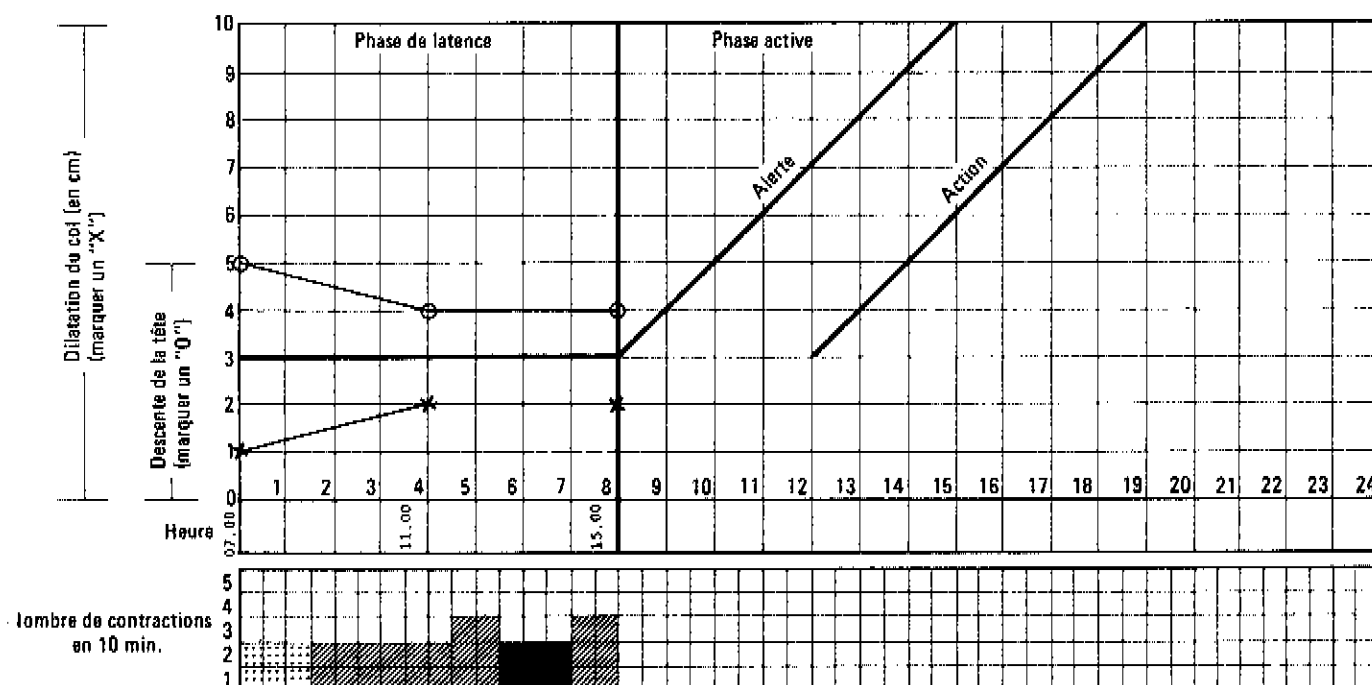


Figure 12

- A l'admission, à 7 heures du matin, la tête était à 5/5 au-dessus du bord du pelvis et la dilatation du col était de 1 cm. On comptait deux contractions de moins de 20 secondes chacune, en l'espace de 10 minutes.
- Au bout de 4 heures, à 11 heures du matin, la tête était à 4/5 au-dessus du bord du pelvis et la dilatation avait atteint 2 cm. Dans les 10 dernières minutes de cette demi-heure, il y a eu deux contractions d'une durée comprise entre 20 et 40 secondes.
- Quatre heures plus tard, à 15 heures, la tête était encore à 4/5 au-dessus du bord du pelvis et la dilatation du col ne dépassait toujours pas 2 cm. Il y avait trois contractions d'une durée de 20 à 40 secondes chacune, en l'espace de 10 minutes.
- La durée de la phase de latence a été de 8 heures dans l'unité.

## 2. Déplacement vers la droite de la ligne d'alerte

Dans la phase active du travail, l'enregistrement de la dilatation reste normalement sur la ligne d'alerte ou à sa gauche. Lorsque les observations enregistrées passent à droite de cette ligne, on peut craindre un allongement de la durée du travail.

Lorsque la courbe de la dilatation du col se situe à la droite de la ligne d'alerte, si le service ne dispose pas des moyens voulus pour faire face aux urgences obstétricales, la patiente doit être transférée dans un hôpital, à moins qu'elle ne soit près d'accoucher. Le transfert de la patiente à ce stade de l'accouchement permet de disposer de suffisamment de temps pour évaluer convenablement la situation et prévoir une intervention appropriée si la ligne d'action est atteinte.

## 3. Sur la ligne d'action

La ligne d'action se situe à 4 heures à droite de la ligne d'alerte. Si une femme en travail atteint cette ligne, il faut décider de la cause de la lenteur des progrès constatés et prendre les mesures qui s'imposent. Cette décision et cette action doivent être prises dans le cadre d'un hôpital qui dispose des moyens voulus pour faire face aux urgences obstétricales.

La figure 13 donne l'exemple d'une courbe de dilatation qui traverse la ligne d'alerte et atteint la ligne d'action.

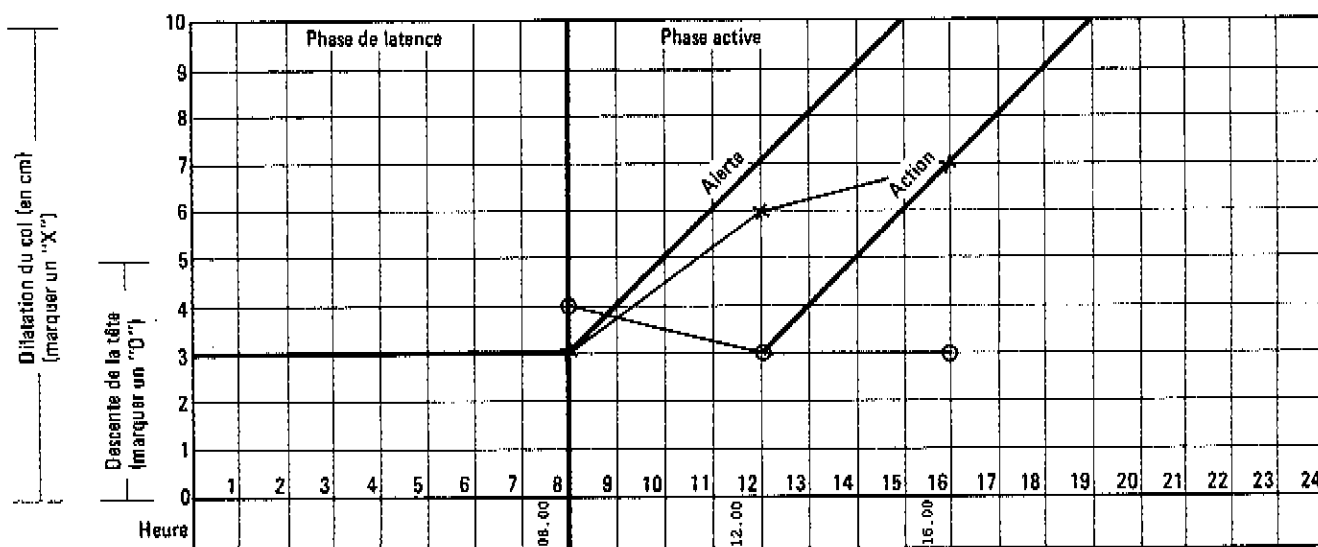


Figure 13

- A 8 heures du matin, la dilatation est de 3 cm et se situe sur la ligne d'alerte. La femme peut rester dans l'unité de santé.
- A midi, la dilatation a atteint 6 cm et la ligne d'alerte a été franchie. La femme doit être transférée dans un établissement ayant les moyens de pratiquer des interventions obstétricales.
- A 16 heures, la dilatation est de 7 cm et la ligne d'action est atteinte. Il faut décider des mesures à prendre.

## Note - Figure 14

Si les données enregistrées se situent dans la partie hachurée comprise entre les lignes d'alerte et d'action de la phase active et au-delà de 8 heures dans la phase de latence, la patiente doit être envoyée à un service spécialisé si elle se trouve dans une unité de soins périphérique ou faire l'objet d'une vigilance accrue si elle se trouve dans un établissement de plus haut niveau.

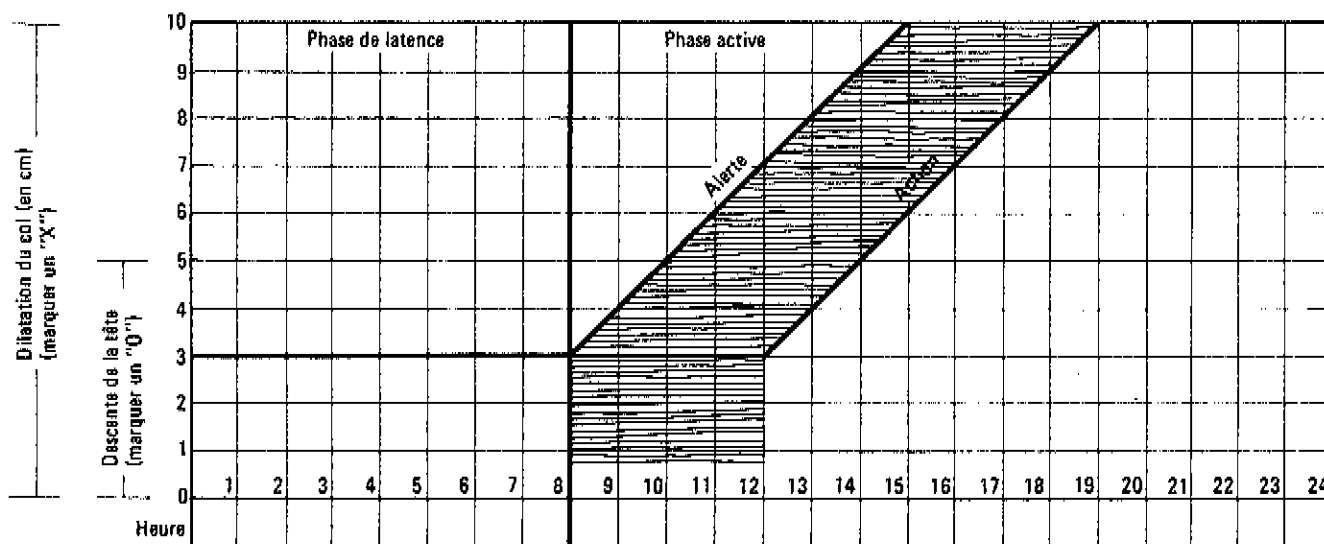


Figure 14

A ne pas oublier

1. Lorsque la courbe d'enregistrement sur le partographe passe à droite de la ligne d'alerte, la patiente doit être transférée dans un établissement disposant des installations voulues pour pratiquer, le cas échéant, une intervention, à moins que l'accouchement ne soit proche.
2. Si la courbe coïncide avec la ligne d'action, il faut soigneusement réévaluer le cas de la patiente pour déterminer la raison du manque de progression du travail et décider de la conduite à adopter.

## 7. NOTES SUR LA CONDUITE A TENIR DEVANT LES ANOMALIES DU TRAVAIL

Si, en temps normal, le partographe peut être employé par la sage-femme ou le médecin, lorsque le travail s'écarte de la norme, c'est au médecin en charge du service qu'il appartient de décider de ce qu'il faut faire. Ces notes n'ont donc qu'une valeur indicative.

### 1. Quand la courbe de la dilatation du col passe à droite de la ligne d'alerte

a) Dans un centre de santé, il faut transporter immédiatement la patiente à l'hôpital, à moins que la dilatation ne soit presque complète;  
(Note. Si la tête de l'enfant reste haute en dépit de bonnes contractions utérines, même si la dilatation est satisfaisante, il faudrait aussi envoyer la patiente à l'hôpital.)

b) Dans un hôpital équipé pour pratiquer des interventions obstétricales,

- il est procédé à une réévaluation soigneuse du travail et décidé de la marche à suivre.

### 2. Quand la courbe de la dilatation du col atteint la ligne d'action,

il y a trois options :

1. terminer le travail;
2. accélérer le travail;
3. garder la patiente en observation, avec un traitement de soutien.

#### Accélération du travail

Si les membranes sont intactes, il faut les rompre avant de commencer la perfusion d'oxytocine.

#### a) Chez la primigeste à utérus hypotonique

- hydratation adéquate (à enregistrer dans la colonne du partographe réservée aux injections intraveineuses);
- analgésie appropriée (à enregistrer dans la colonne du partographe réservée aux médicaments);
- perfusion d'oxytocine : la perfusion devrait être calculée d'après les contractions utérines et être augmentée toutes les demi-heures jusqu'à ce qu'il y ait 3 ou 4 contractions d'une durée de 40 à 50 secondes chacune en l'espace de 10 minutes. Le même rythme de perfusion devrait être maintenu pendant le deuxième et le troisième stade du travail (indiquer la dose et le rythme dans la case correspondante du partographe);
- évaluation plus fréquente du travail et de l'état de la mère et du fœtus;
- limite de la durée du travail : il est recommandé de terminer le travail 6 à 8 heures après l'augmentation de l'oxytocine.

Note. S'il y a des signes d'hyperactivité utérine et/ou de souffrance fœtale, il faut réduire ou arrêter la perfusion d'oxytocine.

b) Chez la multipare

- hydratation convenable et analgésie comme chez la primigeste;
- la décision d'administrer, le cas échéant, de l'oxytocine à une multipare devrait toutefois être prise par un clinicien expérimenté.

3. Membranes

- Si la rupture des membranes remonte à plus de 12 heures et si la délivrance n'est pas proche, il faudrait administrer des antibiotiques.

4. Souffrance foetale

a) Dans une unité de santé périphérique, la patiente chez qui l'on décèle des signes de souffrance foetale devrait être transportée dans un service équipé pour pratiquer des interventions obstétricales.

b) A l'hôpital : prise en charge immédiate

1. Si la patiente est sous perfusion d'oxytocine, arrêter la perfusion.
2. Mettre la femme sur le côté gauche.
3. Pratiquer un examen vaginal pour éliminer toute possibilité de procidence du cordon et vérifier la couleur du liquide amniotique.
4. Hydratation convenable.
5. Administrer de l'oxygène, si possible.

5. Phase de latence prolongée

Si la phase de latence dure plus de 8 heures, le médecin en charge doit prendre une décision concernant la marche à suivre. L'action possible est analogue à celle qui est suggérée dans la phase active lorsque la ligne d'action a été atteinte.

# EXERCICES

Exercice N° 1

Regardez le partogramme (Fig. 15) et répondez aux questions suivantes :

Questions :

1. A l'admission à l'hôpital
  - a) quelle heure était-il ?
  - b) quelle était la dilatation du col ?
  - c) dans quelle phase du travail, la patiente se trouvait-elle ?
2. Décrivez la fréquence et la durée des contractions utérines à 7 heures du matin.
3. A 7 heures du matin, quels étaient le rythme cardiaque foetal et l'état des membranes ?
4. A quoi sert la ligne d'alerte ?

# PARTOGRAPHE

Nom ..... Geste ..... Pare ..... Hôpital No. ....

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

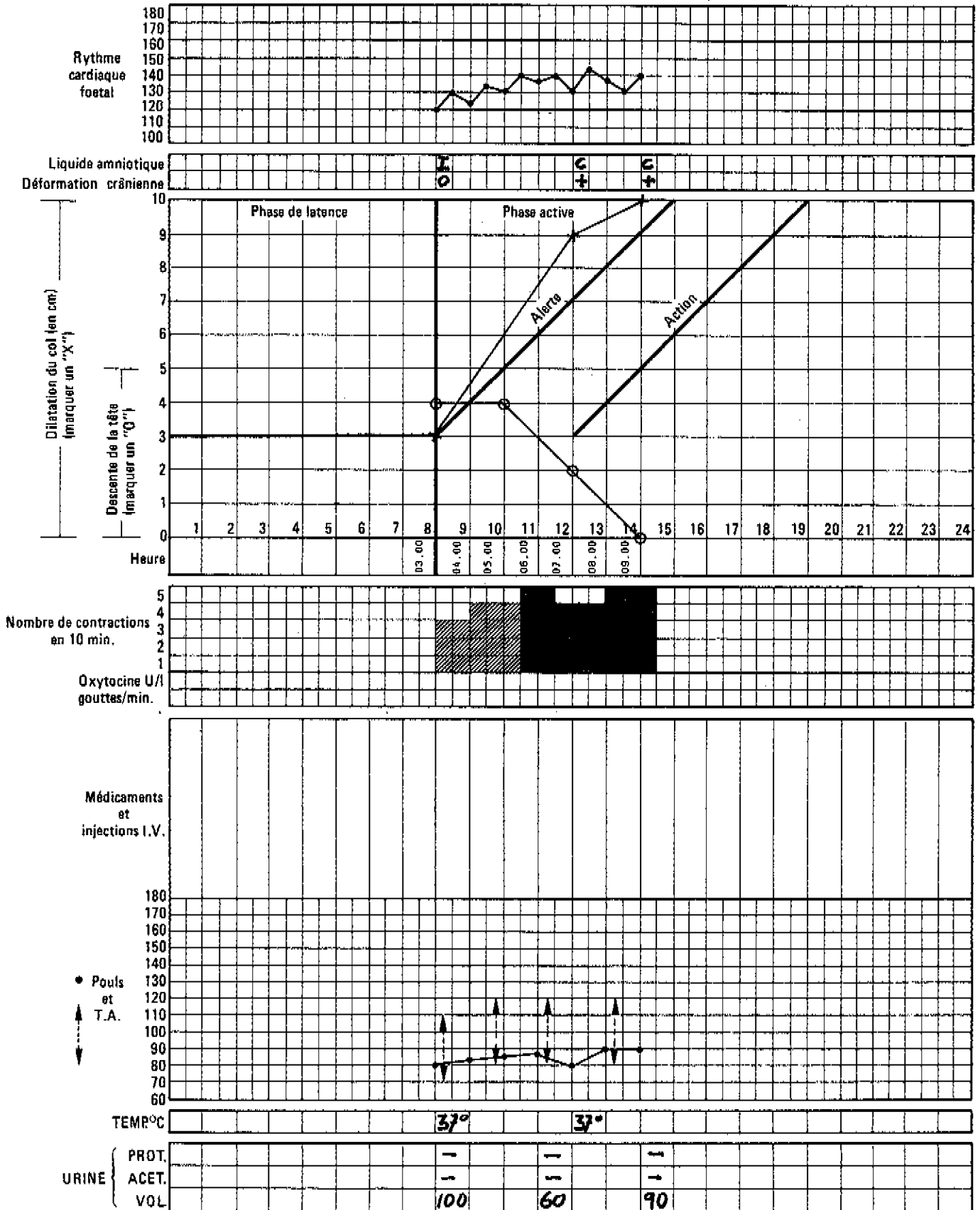


Figure 15

Exercice N° 2

Enregistrement et tracé de la courbe sur le partographe (voir Fig. 16).

Madame X a été admise en travail à 14 heures. A l'examen abdominal, il y avait deux contractions de 20 secondes en 10 minutes. La tête était à 5/5 au-dessus du bord du pelvis et le rythme cardiaque foetal était de 130 battements/min. A l'examen vaginal, la dilatation du col était de 2 cm, les membranes étaient intactes et aucune déformation n'était apparente.

La patiente avait une pression artérielle de 110/70 mm Hg, un pouls à 78/min et une température à 36,6°C. Elle a émis 100 ml d'urine, sans protéines ni acétone.

1. Une palpation abdominale et un examen vaginal ont été pratiqués à 18 heures. Notez les observations suivantes :

- a) Heure de l'examen.
- b) Rythme cardiaque foetal : 140 battements/min.
- c) Rupture des membranes, liquide amniotique clair.
- d) Pas de déformation.
- e) Dilatation de 5 cm.
- f) Descente de la tête à 3/5 au-dessus du bord du pelvis.
- g) Trois contractions utérines en 10 min, de 50 secondes chacune.
- h) Pression artérielle à 105/70 mm Hg, pouls à 80/min et température à 37°C.

2. A quelle heure, au plus tard, la dilatation du col devrait-elle atteindre 10 cm, à supposer que le travail progresse de façon satisfaisante ?

3. Si un examen vaginal est pratiqué à 22 heures et si la dilatation est de 7 cm, que faudrait-il faire a) dans une unité périphérique, b) à l'hôpital ?



Réponses à l'exercice N° 1

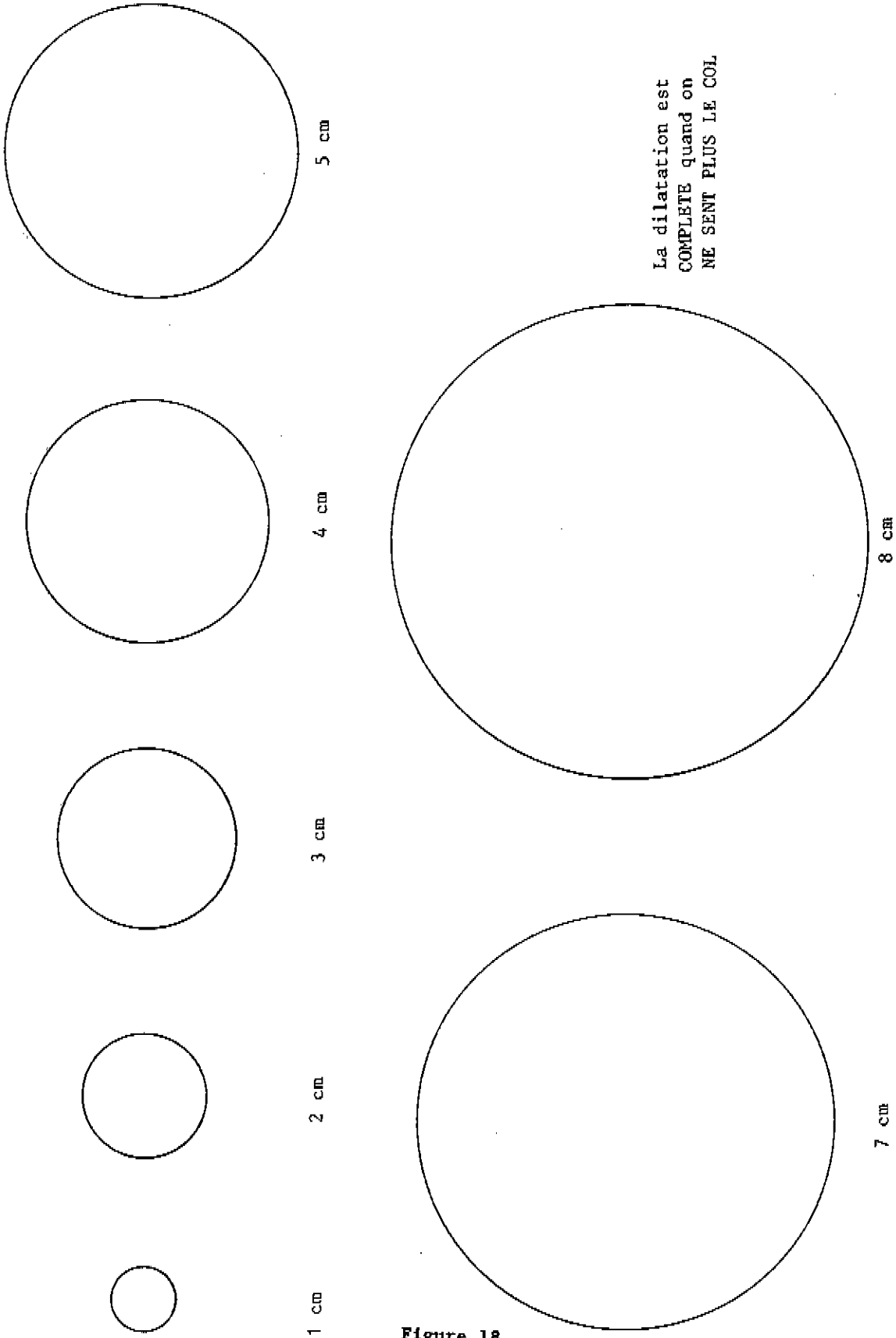
1. a) 3 heures du matin      b) 3 cm      c) Phase active
2. 4 contractions de plus de 40 secondes en l'espace de 10 min, à 7 heures du matin.
3. Rythme cardiaque foetal : 130 battements/min; rupture des membranes (liquide amniotique clair) à 7 heures.
4. Appelle l'attention sur le ralentissement du travail dans la phase active lorsque la courbe de la dilatation du col passe à sa droite, ou aide à dépister précocement tout retard dans le travail ou à avertir la personne qui assiste la patiente qu'il est temps de transporter celle-ci à l'hôpital.

Réponses à l'exercice N° 2

1. Partographe rempli (voir Fig. 17).
2. 23 heures.
3. a) transfert immédiat à l'hôpital en raison du retard - la courbe traverse la ligne d'alerte.
4. b) réévaluation soigneuse des causes du retard et de la disproportion foeto-pelvienne.



DILATATION DU COL



La dilatation est  
COMPLETE quand on  
NE SENT PLUS LE COL

Figure 18

" " "

Ces rondelles découpées dans du contreplaqué sont utiles pour s'entraîner à mesurer avec précision la dilatation. Elles peuvent être conservées dans la salle de travail à l'intention du personnel et des étudiants.