

REPUBLIQUE DU CONGO

Unité*Travail*Progrès



MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

**SURVEILLANCE DU TRAVAIL
D'ACCOUCHEMENT PAR LE
PARTOGRAMME :
GUIDE DE L'UTILISATEUR**

1^{ère} Edition 2010



**Organisation
mondiale de la Santé**

Responsables de l'adaptation du guide

Actualisé par :

- Coordonnateur :
 - ✓ Pr A. ELIRA DOCKEKIAS, Directeur Général de la Santé,
- Modérateur :
 - ✓ Dr NDJOBBO MAMADOUD, Directeur de la Santé Familiale,
- Facilitateurs :
 - ✓ Pr ILOKI Léon Hervé chef de service gynécologie Obstétrique / CHU
 - ✓ Dr MBEMBA MOUTOUNOU Guy Michel, Gynécologue Obstétricien conseiller Maternité Sans Risque, OMS Congo

- Autres participants :
 - ✓ Dr NGANDZIEN OCKANA Pierre, Constant Gynécologue Obstétricien, DSF
 - ✓ Dr MBONGO Jean Alfred, Gynécologue Obstétricien /CHU
 - ✓ Dr OSSIBI Jean Pierre, Gynécologue Obstétricien /CHU
 - ✓ Mme NGOUONI Rachel, Sage Femme DSF
 - ✓ Mme NKALA Victorine, Sage Femme, DSF
 - ✓ Mr MBONGO Jean Marie, Informaticien
 - ✓ Pr NZINGOULA Samuel, Pédiatre - Faculté des sciences de la Santé (FSS)
 - ✓ Dr GANDZIEN OCKANA Pierre Constant, Gynécologue Obstétricien (DSF)
 - ✓ Dr MOKOKO Jules César, Gynécologue Obstétricien (CHUB)
 - ✓ Dr ANGOUONO MOKE Jean, Gynécologue Obstétricien – PTME
 - ✓ Dr KALA Jean Claude, Gynécologue Obstétricien - Hôpital de base de Makélékélé
 - ✓ Dr MABIALA Jean Robert, Pédiatre (CHUB)
 - ✓ Mme NKALA Victorine, Sage-femme (DSF)
 - ✓ Mme OTILIBILI Clémence, Sage-femme (DSF)

- ✓ MFOULOU Mélanchtone Sage Femme Principale (DSF)
- ✓ Mr ENAHEMO Alphonse, Assistant sanitaire en santé publique (DSF)
- ✓ Mr ELGHA-OKIELY Fred , secrétaire d'administration (DSF)
- ✓ Dr MBONGO Jean Alfred Gynécologue Obstétricien (CHU)
- ✓ Dr OSSIBI Jean Pierre Gynécologue Obstétricien(CHU)
- ✓ GANDZIEN ATIPO Henriette sage femme (CHU)
- ✓ Dr OBISSI Dominique Médecin CSS de Poto poto
- ✓ Dr MALONGA TSIELA Nicole CSS Mfilou
- ✓ Dr LOUMOUAMOU Dieudonné CSS Makélékélé
- ✓ Dr MATETE MOUNOI Julien Ignace Gynécologue Obstétricien (HBM)
- ✓ Dr LOCKO-MAKANY Esther, Gynécologue Obstétricienne (HBM)
- ✓ Dr DONGUI-MASANGA Médecin généraliste (HBM)
- ✓ NKEDI Sylvie, Sage Femme Principale (HBM)
- ✓ EOUANI Lévis Max : Gynécologue Obstétricien (HGL)
- ✓ Dr BASSIDI Jean Deloffre Gynécologue Obstétricien (HGAS)
- ✓ Dr NGAMBOU Marcellin Gynécologue Obstétricien (HCA)
- ✓ MANTSANGA Céline Sage femme Principalement para médicale Jean Joseph LOUKABOU

TABLE DE MATIERES

PREFACE	5
ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
I- HISTORIQUE	9
II- LE PARTOGRAPHE /PARTOGRAMME	10
1. LIMITES A L'EMPLOI DU PARTOGRAMME	10
2. PRINCIPES DU PARTOGRAMME.....	10
3. COMPOSANTES	11
4. OBSERVATIONS A NOTER DANS LE PARTOGRAMME	13
4.1. Renseignements concernant la parturiente.....	13
4.2. Rythme Cardiaque Fœtal (RCF).....	13
4.3. Liquide amniotique.....	14
4.4. Modelage de la tête/Déformation crânienne	15
4.5. Dilatation du col.....	16
4.6. Ligne d'alerte	17
4.7. Ligne d'action.....	17
4.8. Descente de la tête (Figure 5)	18
4.9. Nombre d'heures	22
4.10. Heure réelle : C'est l'heure qu'il est.	22
4.11. Nombre de contractions.....	22
4.12. Ocytocine.....	23
4.13. Médicaments.....	24
4.14. Pouls.....	24
4.15. Tension artérielle.....	24
4.16. Température	24
4.17. Urine.....	25
III- LA PROGRESSION DU TRAVAIL	27
1. LA PHASE DE LATENCE.	27
2. LA PHASE ACTIVE.....	27
IV- QUELQUES EXEMPLES	29
1. ACCOUCHEMENT EUTOCIQUE.	29
2. CONTRACTIONS UTERINES DE MAUVAISE QUALITE.....	31
3. PHASE ACTIVE PROLONGEE.	33
V- NE PAS OUBLIER	34
VI- AUTRES PROBLEMES POUVANT SURVENIR AU COURS DU TRAVAIL	35
CONCLUSION	36
REFERENCES	37

PREFACE

L'accouchement dystocique est une des causes de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale en Afrique Sud-saharienne.

Au Congo, des efforts importants sont entrain d'être sont faits à tous les niveaux pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale.

La feuille de route nationale la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile qui est l'expression de la riposte au niveau national pour réduire de moitié d'ici 2015 la mortalité maternelle et néonatale.

Afin de faciliter la mise en œuvre de la feuille de route et surtout prévenir les complication obstétricales évitables ; la mise à la disposition de tous les prestataires impliqués dans la surveillance du travail d'accouchement dans les maternités du Congo du guide de surveillance du travail d'accouchement par le Partogramme s'avère à l'heure actuelle indispensable.

Le présent document, permettra de garantir aux parturientes un accouchement sécurisé.

Afin, d'atteindre nos objectifs, il est impératif, que les acteurs impliqués dans la surveillance du travail d'accouchement dans notre pays s'approprient ce Guide.

ABREVIATIONS

CHUB	:	Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville
CPN	:	Consultation Prénatale
CPON	:	Consultation Post natale
CSI	:	Centre de Santé Intégré
CSS	:	Circonscription Socio Sanitaire
DGS	:	Direction Générale de la Santé
DSF	:	Direction de la Santé de la Famille
HBM	:	Hôpital de Base de Makélékélé
HGL	:	Hôpital général de Loandjili
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PMAE	:	Paquet Minimum d'Activités Elargi
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOUB	:	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	:	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
TMM	:	Taux de Mortalité Maternelle
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

INTRODUCTION

Chaque jour au moins 1600 femmes environ succombent dans le monde suites à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit un décès par minute ce qui représente environ 600 000 décès maternels par an (4). Au Congo, le ratio de mortalité maternelle s'élève à 781 décès pour 100 000 naissances vivantes ; alors que plus de 74 % des femmes enceintes bénéficient de plus de quatre consultations prénatales et 82% accouchent en présence d'un personnel de santé formé pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

Le taux des césariennes n'est que de 3,2% et celui de mortalité néonatale est de 33 /1000 naissances vivantes (1).

L'analyse de ces chiffres pose clairement le problème de la qualité de l'offre de service dans les maternités du Congo.

La plupart des décès maternels pourraient être évités, si les femmes avaient accès à des soins médicaux de qualité durant la grossesse, l'accouchement et le post partum. En réponse à cette situation, le Congo s'est doté d'une Feuille de Route Nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (1).

Pour sa mise en œuvre, le Ministère en charge de la santé s'est engagé dans un processus de renforcement de capacité des prestataires de santé en charge du suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

L'un des moyens efficaces de la surveillance du travail d'accouchement aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement est l'utilisation du partogramme.

Le partogramme est un outil destiné à la surveillance et à la conduite du travail. Il sert de « système d'alarme précoce » autorisant la mise en œuvre des mesures nécessaires.

Mis en œuvre depuis la deuxième moitié du 20ème siècle dans les pays développés, il est promu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1988.

L'objectif de l'utilisation du partogramme est de diminuer la mortalité maternelle et néonatale.

Il présente un intérêt clinique, décisionnel, pédagogique et médico-légal.

Il est un bon reflet de la qualité de la prise en charge materno-fœtale et se présente sous la forme d'un enregistrement graphique de l'évolution du travail, de l'accouchement et des données de surveillance maternelle et fœtale.

Il permet de réduire le risque de dystocie, de souffrance fœtale ainsi que d'autres complications de l'accouchement.

Il est actuellement utilisé dans bon nombre de pays et a été récemment modifié par l'organisation mondiale de la santé pour en simplifier l'utilisation.

Plusieurs modèles de partogramme sont utilisés au Congo, cependant, aucun d'eux n'est accompagné d'un guide d'utilisation ; ce qui pourrait expliquer de nombreuses difficultés observées dans l'utilisation de ces outils dans les différentes maternités.

Le Guide d'utilisation du partogramme se doit de contribuer au renforcement des capacités des cadres qui interviennent dans les maternités du Congo

Ce document devra être disponible dans toutes les structures sanitaires publiques et privées en charge de la santé de la mère et du nouveau-né. Les grandes lignes de la surveillance de travail d'accouchement guideront les prestataires.

Les chapitres qui sont développés dans ce guide sont :

- Historique du partogramme
- Principes du partogramme
- Composantes du partogramme
- Observations à noter sur le partogramme
- Progression du travail
- Quelques exemples
- Autres problèmes pouvant survenir au cours du travail

I- HISTORIQUE

Le partogramme est apparu en salle de naissances dans la seconde moitié du 20ème siècle. Le but était : « avoir une vue d'ensemble de la marche du travail »

À partir de 1954 FRIEDMANN propose une première étude de schématisation concernant la progression du travail.

Il présente un diagramme comportant :

En abscisse: le temps écoulé depuis l'entrée en salle de travail ;

En ordonnée: la dilatation cervicale, d'une part et la hauteur de la présentation dans l'excavation pelvienne d'autre part.

Il a aboutit à une schématisation du travail en deux grandes phases :

- une phase de latence ;
- une phase active décomposée en quatre autres phases.

Parallèlement, Friedmann a également décrit les phases de progression de la présentation.

En 1960 LACOMME élabore un diagramme d'accouchement celui ci est plus un tableau schématisant les différents temps de l'accouchement.

En 1972 PHILLPOTT, en Rhodésie, imagine un tableau adapté à la prise en charge des parturientes des pays en voie de développement afin de faire baisser le taux important de mortalité maternelle et néonatale.

Il établit un partogramme à deux lignes:

La première ligne = ligne d'alerte prévient les professionnels des anomalies du travail et leur laisse un délai pour intervenir ;

La deuxième ligne = ligne d'action est parallèle à la première mais décalée de 4 heures sur le partogramme, son croisement par la courbe de dilatation impose une intervention immédiate.

O'DRISCOLL en 1975, à Dublin propose un partogramme à une seule ligne d'alerte se référant à une dilatation cervicale de 1 cm/ heure sans tenir compte de phase de latence.

En 1988 l'Unité de Santé Maternelle et Infantile de l'OMS élabore un modèle reprenant les divers travaux principalement ceux de Friedmann et PHILLPOTT, partogramme dont l'utilité est particulièrement prouvée dans les pays en voie de développement.

Ce partogramme de l'OMS a été récemment modifié pour en simplifier l'utilisation.

II- LE PARTOGRAPHE /PARTOGRAMME

1. LIMITES A L'EMPLOI DU PARTOGRAMME

Le partogramme est 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 ne faut recourir au partogramme 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.

En outre, le partogramme modifié de l'OMS exclut toute la période de latence, c'est-à-dire avant que la dilatation n'ait atteint 4 cm. Il importe cependant de surveiller la patiente au cours de cette période même si le tracé n'a pas encore commencé. En effet, le dossier médical doit être ouvert dès l'entrée de la parturiente en salle d'accouchement ! L'examen de la parturiente et les différentes constantes doivent être relevés et notés !

NB. Il ne faut surtout pas oublier que la phase de latence du travail ne devrait pas durer plus de huit heures !

2. PRINCIPES DU PARTOGRAMME

Le modèle de partogramme de l'OMS a été établi par un groupe de travail, qui a examiné la plupart des travaux publiés sur les partogramme et leur conception. Il correspond, par certains côtés, à un compromis synthétisé et simplifié, qui emprunte à plusieurs partogramme ce qu'ils ont de meilleur. Il est fondé sur les principes suivants :

La phase active du travail commence lorsque la dilatation atteint 4 cm. (Mais ne pas oublier que la phase de latence du travail ne devrait pas durer plus de huit heures).

Pendant la phase active, le rythme de dilatation du col ne devrait pas être inférieur à 1 cm/heure.

Il faut éviter de multiplier les touchers vaginaux et se borner au minimum voulu par la sécurité.

Le nombre recommandé est de un toucher vaginal toutes les 4 heures.

3. COMPOSANTES

Le partogramme est essentiellement une représentation graphique des diverses étapes du travail par rapport au temps passé (en abscisse). Il comprend trois éléments :

3.1 Progression du travail

- Contractions utérines.
- Dilatation du col ;
- Descente de la tête fœtale ;

L'essentiel dans cette partie du partogramme est le graphique de la dilatation du col en fonction du temps. Les deux autres informations indispensables pour la surveillance de la progression du travail sont la descente de la tête du fœtus dans la cavité pelvienne et la qualité de l'activité utérine.

3.2 Etat du fœtus

- Rythme cardiaque fœtal ;
- Couleur du liquide amniotique ;
- Déformation du crâne.

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

3.3 Etat de la mère

- Pouls,
- tension artérielle,
- température ;
- Urines : volume, protéines, acétone ;

Administration de médicaments et particulièrement d'ocytocine.

L'état de la mère est régulièrement contrôlé par l'enregistrement de la température, du pouls, de la tension artérielle, mais aussi des analyses d'urine régulières. Le partogramme prévoit également l'enregistrement de toute administration de médicaments, de perfusions ou d'ocytocine.

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.

4. OBSERVATIONS A NOTER DANS LE PARTOGRAMME

Les informations à consigner sur le partogramme sont les suivantes :

4.1. Renseignements concernant la parturiente

Ce sont pratiquement les mêmes sur tous les partogrammes : numéro de dossier, noms et prénoms, âge, gestité, parité, date et heure d'admission, date et heure de la rupture des membranes.

Nom :	Prénom	Age	G :	P :	Dossier _N° :
Date et heure d'admission :					
Date et heure de rupture des membranes :					

4.2. Rythme Cardiaque Fœtal (RCF)

L'auscultation du cœur du fœtus est un moyen clinique sûr et fiable de savoir si l'état du fœtus est satisfaisant. En l'absence de cardiotocographe, le moment le plus propice pour l'écoute du rythme cardiaque fœtal se situe après le point culminant d'une contraction. Il faut écouter le cœur pendant une (1) minute, la parturiente étant allongée, si possible, sur le côté.

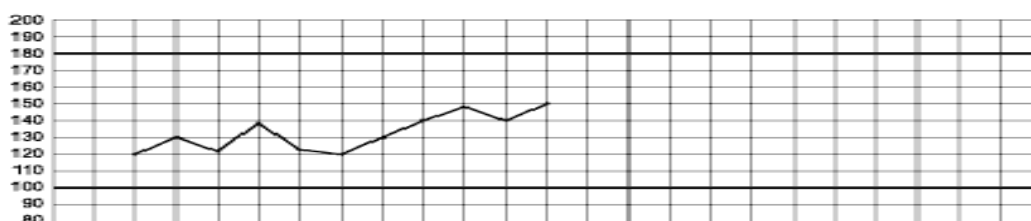


Figure 1 : Enregistrement du rythme cardiaque fœtal

Le rythme cardiaque fœtal doit être enregistré toutes les demi-heures, sur la grille qui se trouve en haut sur le partogramme et dont chaque case représente une demi-heure.

Les lignes horizontales correspondant à 100 et 180 battements sont plus sombres pour rappeler qu'il s'agit de chiffres limites normalement à ne pas dépasser.

Le rythme cardiaque fœtal dépassant 160 - battements /minutes (tachycardie) ou inférieur à - 120 battements/minutes (bradycardie) peut être signe de souffrance fœtale.

En l'absence de cardiotocographe, si les battements du cœur 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 persiste pendant trois observations successives, des mesures appropriées s'imposent (arrêt d'une éventuelle perfusion d'ocytocique, oxygénation, décubitus latéral gauche . . .), à moins que l'accouchement soit imminent.

Un rythme cardiaque fœtal inférieur ou égal à 100 est révélateur d'une souffrance fœtale sévère et appelle une action immédiate.

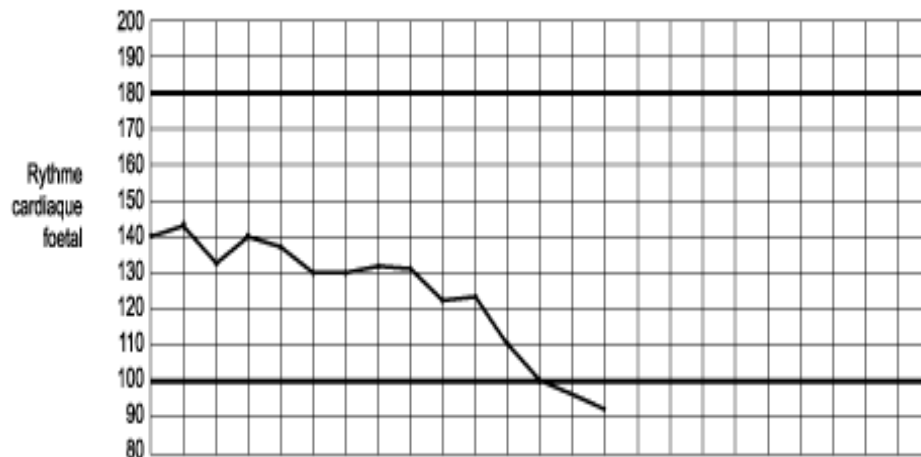


Figure 2 : enregistrement du rythme cardiaque fœtal (Bradycardie)

4.3. Liquide amniotique

Le liquide amniotique aide à évaluer l'état du fœtus.

La couleur du liquide amniotique est notée à chaque toucher vaginal.

Inscrire :

- Un **I** si les membranes sont intactes ;
- Un **C** si les membranes sont rompues et que le liquide est clair ;
- Un **M** si le liquide amniotique est teinté de méconium ;
- Un **S** si le liquide amniotique est teinté de sang ;

- Un **A** si absence de liquide.

Ces observations sont répétées à chaque toucher vaginal.

Liquide amniotique **C C C C C C C C C C C**

Figure 3 : Enregistrement du liquide amniotique

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 cœur fœtal plus fréquemment, car ce sont peut-être des indices de souffrance fœtale.

4.4. Modelage de la tête/Déformation crânienne

Le degré de déformation est un important indice de la capacité du pelvis à laisser passer la tête du fœtus. 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.

Noter :

1 : si les os de crâne sont apposés ;

2 : s'ils se chevauchent avec un chevauchement réductible ;

3 : s'ils se chevauchent avec un chevauchement irréductible.

Liquide amniotique	C	C	C	C	C	C	C	C	C	M	M	M	M	M				
Modelage de la tête	1+							2+						3+				

Figure 4 : Enregistrement du liquide amniotique du modelage de la tête

4.5. Dilatation du col

Au centre du partogramme figure un graphique.

A gauche de ce graphique, les subdivisions numérotées de 0 à 10 représentent chacune un centimètre de dilatation.

On note la progression de la dilatation du col en cochant d'un "X" l'endroit correspondant du graphique.

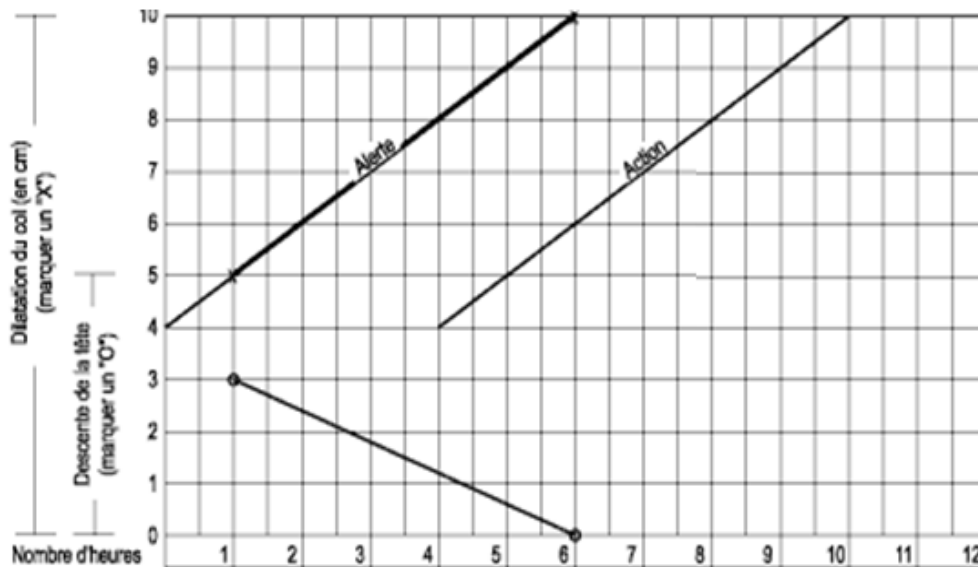


Figure 5 : Dilatation du col

Commencer le tracé de la courbe à 4 cm. Evaluer à chaque toucher vaginal.

Le premier toucher vaginal, pratiqué à l'admission de la parturiente, comporte une évaluation du pelvis et les résultats de cet examen doivent être enregistrés.

Sauf contre indication, des touchers sont à nouveau pratiqués toutes les quatre heures. Lorsque le travail est à un stade avancé, on peut toutefois examiner la femme plus fréquemment, en particulier s'il s'agit d'une multipare.

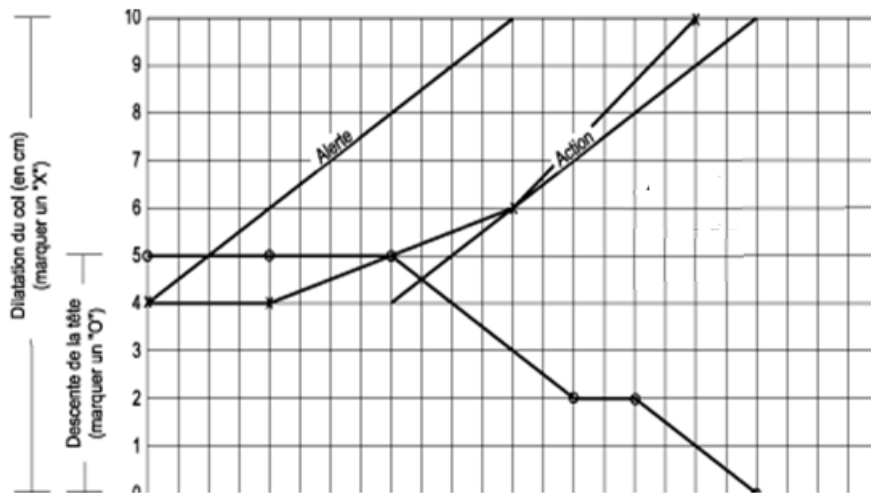


Figure 4 : enregistrement de la dilatation et de la descente de la présentation

4.6. Ligne d'alerte

C'est le segment prenant son origine à 4 cm de dilatation et se terminant au point où la dilatation doit être complète, à raison d'une progression de 1 cm par heure.

Il représente le 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 alors la référer à l'hôpital ; et si elle est à l'hôpital, il faut la surveiller de plus près.

4.7. Ligne d'action

La ligne d'action est située à quatre heures de distance à droite de la ligne d'alerte. Elle est parallèle à la ligne d'alerte, 4 h plus à droite.

Si la courbe de la dilatation franchit cette ligne, il est indispensable de procéder à une évaluation critique de la cause du retard et de décider des mesures à prendre pour le compenser.

4.8. Descente de la tête (Figure 5)

La descente de la tête est évaluée à la palpation de l'abdomen.

Elle concerne la partie de la tête (divisée en 5) palpable au-dessus de la symphyse pubienne. La marquer d'un cercle (o) à chaque toucher vaginal.

A 0/5, le sinciput (B) est au niveau de la symphyse pubienne.

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).

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).

Figure : 5 Palper abdominal évaluant la descente de la tête fœtale

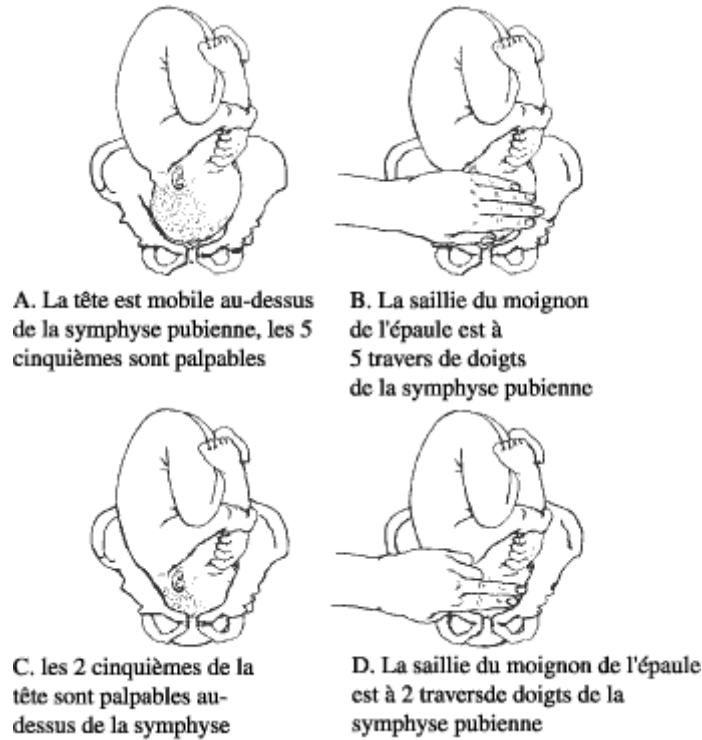


Figure 6 : Représentation de la descente de la présentation

5/5	4/5	3/5	2/5	1/5	0/5
Abdomen					
Bord du pelvis					
Cavité 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

* S = sinciput; O = Occiput

Source : Philpott RH & Castle WM (1)

Figure 6 : Descente de la présentation

TOUCHER VAGINAL

Si nécessaire, procéder à un toucher vaginal pour estimer la descente du mobile fœtal en appréciant la hauteur de la présentation par rapport aux épines sciatiques du bassin maternel (*figure 7, ci-dessous*).

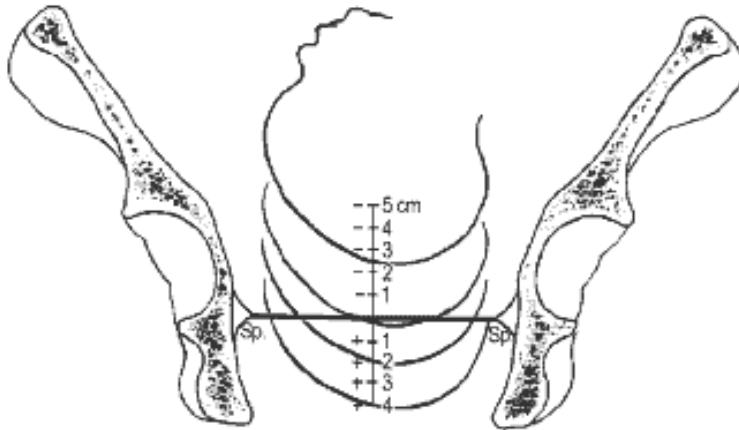


figure 7 : Descente de la présentation

En présence d'une présentation podalique, la descente de la tête sera appréciée au toucher vaginal.

Note : Lorsqu'il y a une grosse bosse séro-sanguine ou un degré important de modelage de la tête, il est plus utile d'estimer la descente de la tête fœtale par un palper abdominal en utilisant la méthode des cinquièmes de tête palpables que par un toucher vaginal.

PRESENTATION ET POSITION

La présentation la plus courante est le sommet de la tête fœtale. Considérer toute présentation autre que le sommet comme dystocique

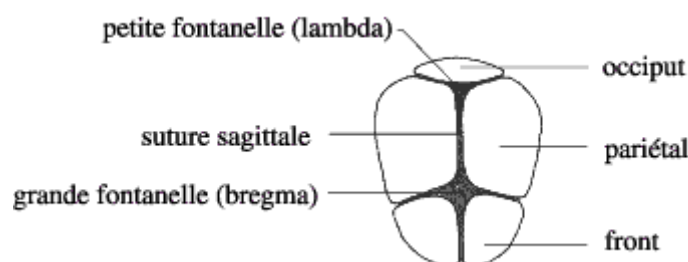


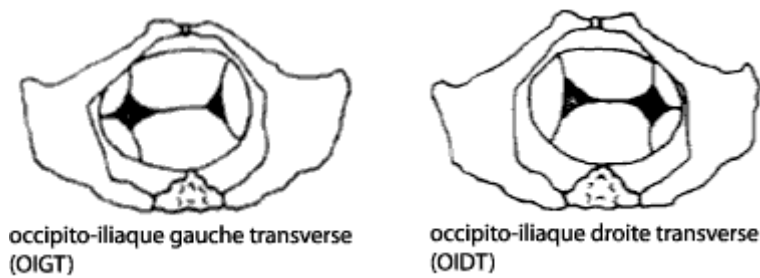
Figure 8 : Repères du crâne fœtal

Pour la présentation du sommet, utiliser les points de repère du crâne fœtal pour déterminer la position de la tête fœtale dans le bassin maternel

DETERMINER LA POSITION DE LA TÊTE FŒTALE

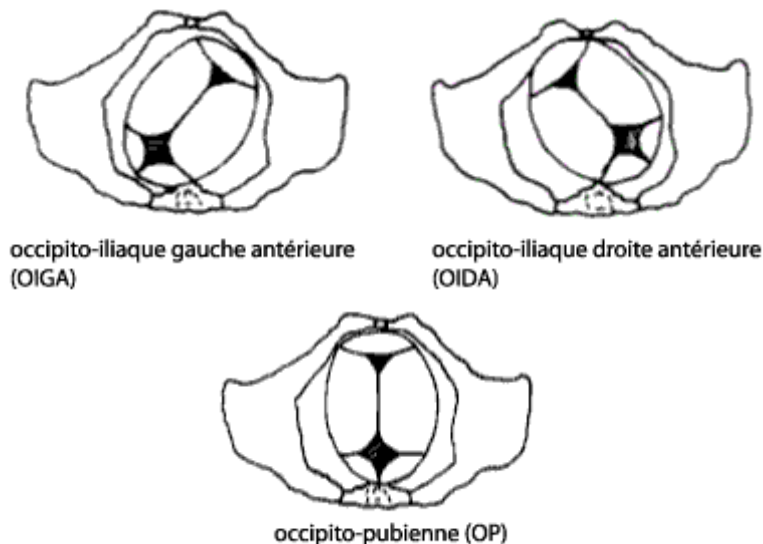
Normalement, la tête fœtale s'engage dans le bassin maternel en position transverse, ce qui signifie que la suture sagittale est perpendiculaire à l'axe sacro-pubien du bassin maternel (figure 9).

Figure 9 : Positions occipito-iliaques transverses



La descente s'accompagne d'une rotation de la tête fœtale amenant le plus souvent l'occiput vers l'avant du bassin maternel (positions occipitales antérieures, figure 10). En l'absence de rotation d'une position transverse à une position occipitale antérieure, il convient de procéder comme pour une position occipitale postérieure.

Figure 10 : Positions occipitales antérieures



La présentation normale a une caractéristique supplémentaire : c'est **un sommet bien fléchi** (figure 11), position dans laquelle l'occiput fœtal se situe plus bas dans le vagin que le sinciput (bregma).

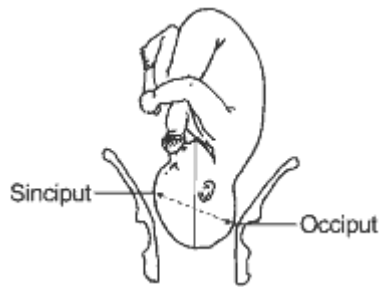


Figure 11 : Sommet bien fléchi

4.9. Nombre d'heures

Au bas du graphique les subdivisions numérotées de 0 à 12 représentent chacune 1 heure.

Le nombre d'heures concerne le temps écoulé depuis le début de la phase active du travail (observé ou déduit).

Nombre d'heures	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Heure réelle	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Figure 7 : Représentation de l'heure pendant le travail d'accouchement

4.10. Heure réelle : *C'est l'heure qu'il est.*

4.11. Nombre de contractions

Elles doivent être observées d'un double point de vue :

Leur fréquence : combien de fois sont-elles ressenties en l'espace de 10 minutes ?

Leur durée : combien de temps durent-elles ?

La durée des contractions est mesurée en nombre de secondes, à partir du moment où la contraction commence à être ressentie au palper abdominal jusqu'au moment où elle passe.

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 : « Nombre de contractions en 10 minutes ».

Chacune des cases correspond à une contraction. Si deux contractions sont ressenties en l'espace de 10 minutes, il faut utiliser deux cases pour les enregistrer.

Les contractions utérines seront notées toutes les demi-heures.

C'est à la palpation que l'on détermine le nombre de contractions en 10 minutes et on note leur durée (en secondes). On peut aussi utiliser un cardiocytographe (monitoring).

On note :

- ▨ si elles durent moins de 20 secondes ;
- ▩ si elles durent entre 20 et 40 secondes ;
- si elles durent plus de 40 secondes.

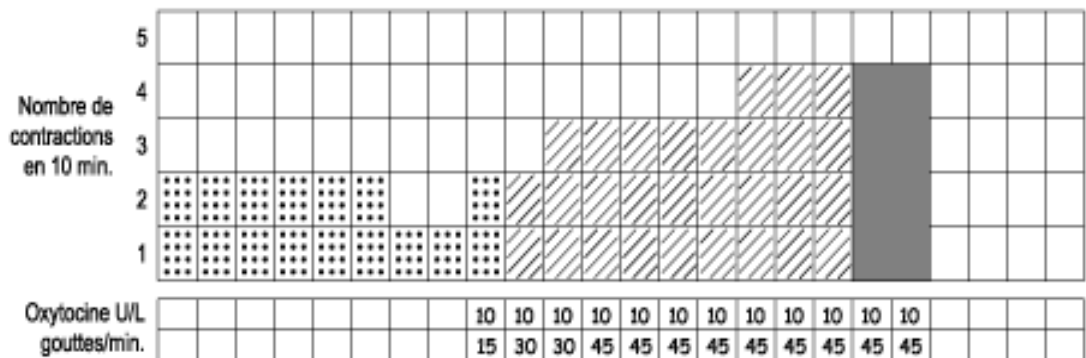


Figure 8 : Représentation des contractions utérines (fréquence et durée)

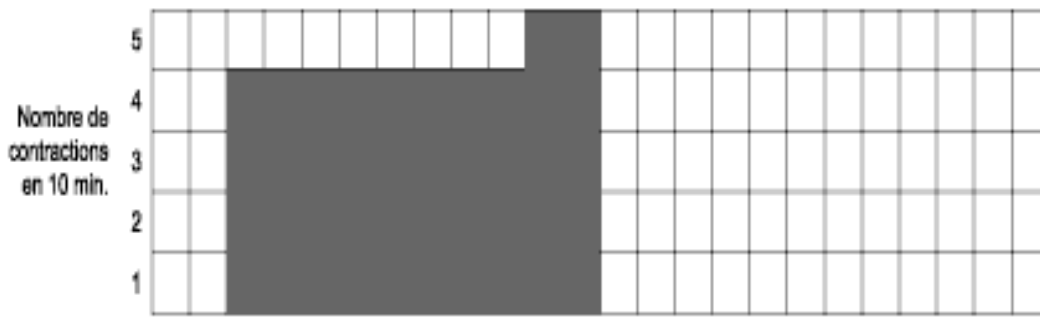


Figure 9 : Nombre de contraction en 10mn

4.12. Ocytocine

En cas d'utilisation d'ocytocine, noter toutes les 30 minutes la quantité d'ocytocine administrée par volume de liquide perfusé, en gouttes par minute.

Ocytocine

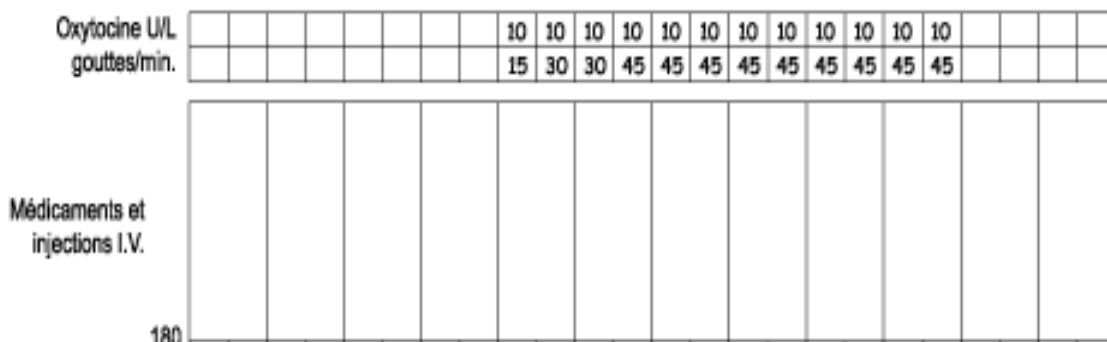


Figure 10 : représentation des médicaments utilisés pendant le travail

4.13. Médicaments

Noter tout apport médicamenteux.

4.14. Pouls

Noter le pouls toutes les heures et marquer d'un point (●).

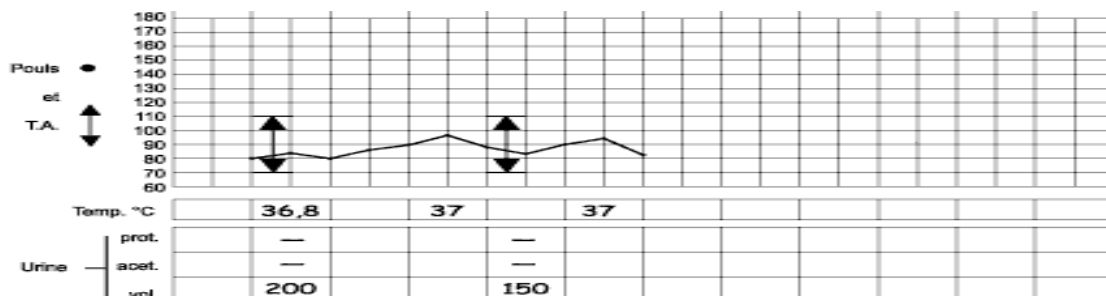


Figure 11 : Représentation du Pouls, TA, température et de la diurèse

4.15. Tension artérielle

Mesurer la TA toutes les heures et indiquer avec des flèches.

4.16. Température

Prendre la température toutes les 2 heures.

4.17. Urine

Quantifier les protéines, l'acétone et le volume à chaque miction.

Nom : _____ Prénom _____ G : _____ P : _____ Dossier N° _____
 Date d'admission _____ Heure : _____ Rupture des membranes : _____ heure _____

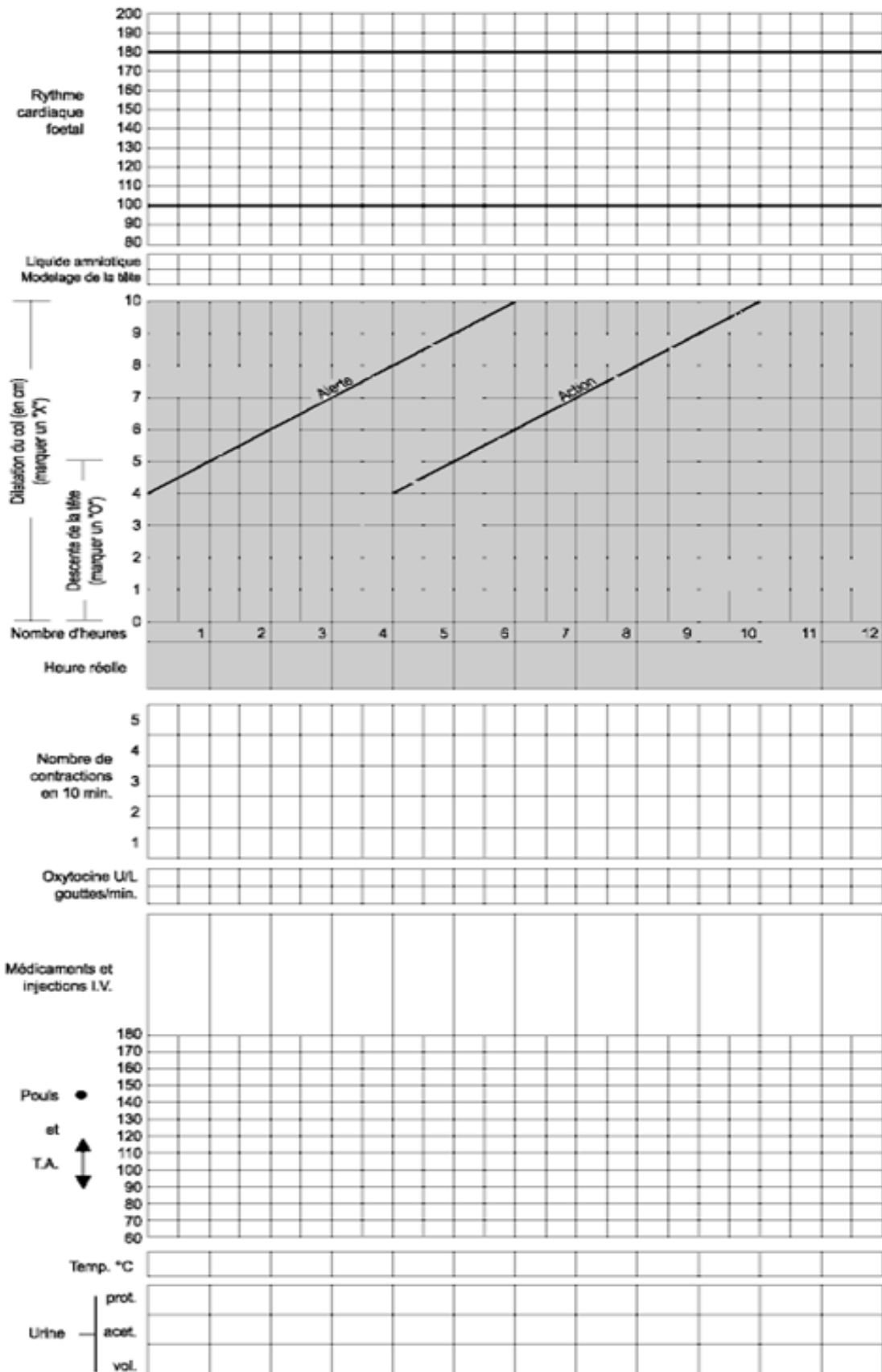


Figure 12 : Partogramme modifié de l'OMS.

III- LA PROGRESSION DU TRAVAIL.

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

1. LA PHASE DE LATENCE.

Elle va du début du travail jusqu'au moment où la dilatation atteint 3 - 4 cm, avec une diminution progressive de la longueur du col. C'est la période de dilatation lente du col.

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 transférer à l'hôpital. Si elle est à l'hôpital, une évaluation de la situation s'impose et il faut décider de la conduite à tenir.

2. LA PHASE ACTIVE

Lorsque la dilatation atteint 3 - 4 cm, le travail entre dans la phase active. Période de dilatation plus rapide. Elle est celle pendant laquelle la dilatation passe de 3 à 10 cm.

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

DÉROULEMENT DU PREMIER STADE DU TRAVAIL

Les éléments suivants indiquent un déroulement favorable du premier stade du travail :

- contractions régulières de fréquence et de durée croissantes ;
- progression de la dilatation de 1 cm par heure pendant la phase active du travail (dilatation sur la ligne d'alerte ou à gauche de celle-ci) ;
- col bien appliqué sur la présentation.

Les éléments suivants indiquent un déroulement défavorable du premier stade du travail :

- contractions irrégulières et peu fréquentes après la phase de latence ; OU
- progression de la dilatation cervicale inférieure à 1 cm par heure pendant la phase active du travail (dilatation à droite de la ligne d'alerte) ; OU
- col mal appliqué sur la présentation.

Un déroulement défavorable du travail peut se traduire par un travail prolongé (tableau S-10).

DÉROULEMENT DU DEUXIEME STADE DU TRAVAIL

Les éléments suivants indiquent un déroulement favorable du deuxième stade du travail :

- descente constante du fœtus dans la filière génitale ;
- début de la phase d'expulsion (efforts de poussée).

Les éléments suivants indiquent un déroulement défavorable du deuxième stade du travail :

- absence de descente du fœtus dans la filière génitale ;
- échec de l'expulsion à la fin de la phase finale (d'expulsion).

SURVEILLANCE FŒTALE

Si le rythme cardiaque fœtal est anormal (inférieur à 100 btts/min ou supérieur à 160 btts/min), penser à une souffrance fœtale

Pendant le travail, les positions ou présentations autres que la présentation d'un sommet bien fléchi en position occipito-iliaques antérieure sont considérées comme des présentations et positions dystociques.

Si la progression du travail est apparemment défavorable ou si le travail est prolongé, traiter la cause du retard.

SURVEILLANCE MATERNELLE

Examiner la patiente et rechercher des signes de détresse :

Si son pouls s'accélère, c'est peut-être qu'elle est déshydratée ou qu'elle souffre. Veiller à bien l'hydrater par voie orale ou veineuse et à lui donner l'analgésie nécessaire.

Si sa tension artérielle baisse, penser à une hémorragie.

Si elle a de l'acétone dans les urines, envisager la possibilité qu'elle soit en hypoglycémie et lui injecter une solution intraveineuse de dextrose.

IV- QUELQUES EXEMPLES.

1. ACCOUCHEMENT EUTOCIQUE.

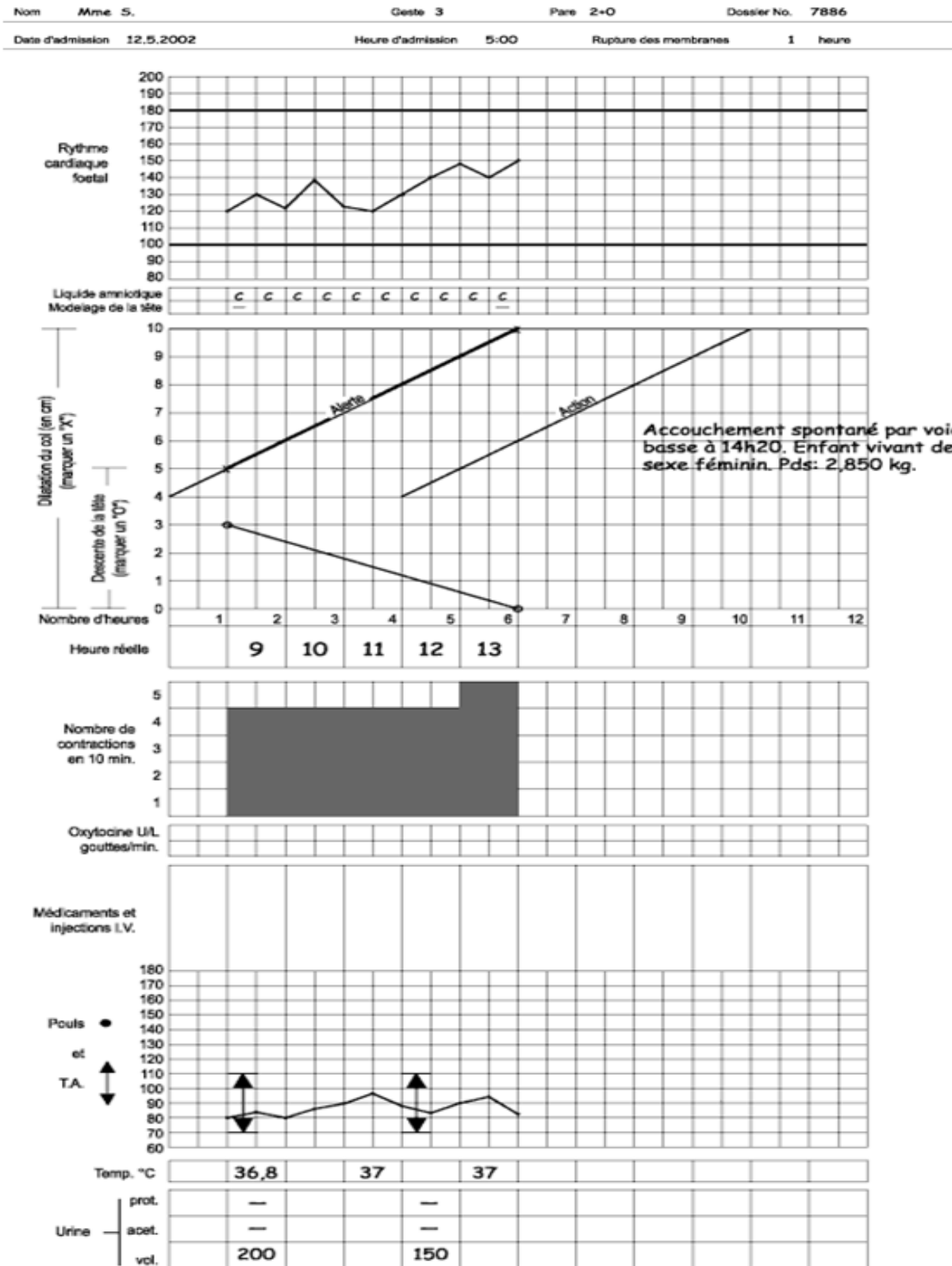


Figure 13 : Partogramme d'un accouchement normal.

Mme S, G3 P2, est arrivée en salle de travail le 12 mai 2002 à 05 heures du matin.

Elle avait rompu sa poche des eaux depuis une heure de temps (4 heures).

RCF : Entre 120 et 150 tout au long du travail.

LA : Clair tout au long du travail.

Modelage de la tête : aux deux examens pratiqués : (-) ou (1) = os apposés.

La dilatation du col : début du tracé du partogramme effectué à 5cm de dilatation. La ligne de dilatation cervicale est superposée à la ligne d'alerte.

Descente de la tête : à l'arrivée 3/5

Heure : l'heure d'admission est 5 heures. A 9 heures elle était à 5cm de dilatation, et en phase active du travail depuis 1 heures (phase active = de 4cm à dilatation complète, au rythme de 1 cm par heure). La dilatation était complète à 13 heures.

Contractions utérines : au cours des quatre premières heures (de 9 à 12 heures) quatre contractions utérines en 10 minutes, d'une durée chacune plus de 40 secondes. A 13 heures, cinq contractions de plus de 40 secondes.

Ocytocine ou autres médicaments et injections IV : pas d'ocytocine ou autres médicaments reçus.

Pouls : entre 80 et 100 tout au long du travail.

Tension artérielle : 11/7 aux deux prises réalisées.

Température : entre 36°8 et 37°.

Urines : protéines et acétone non quantifiées. Volume d'urines émis : 200 et 150 ml.

2. CONTRACTIONS UTERINES DE MAUVAISE QUALITE.

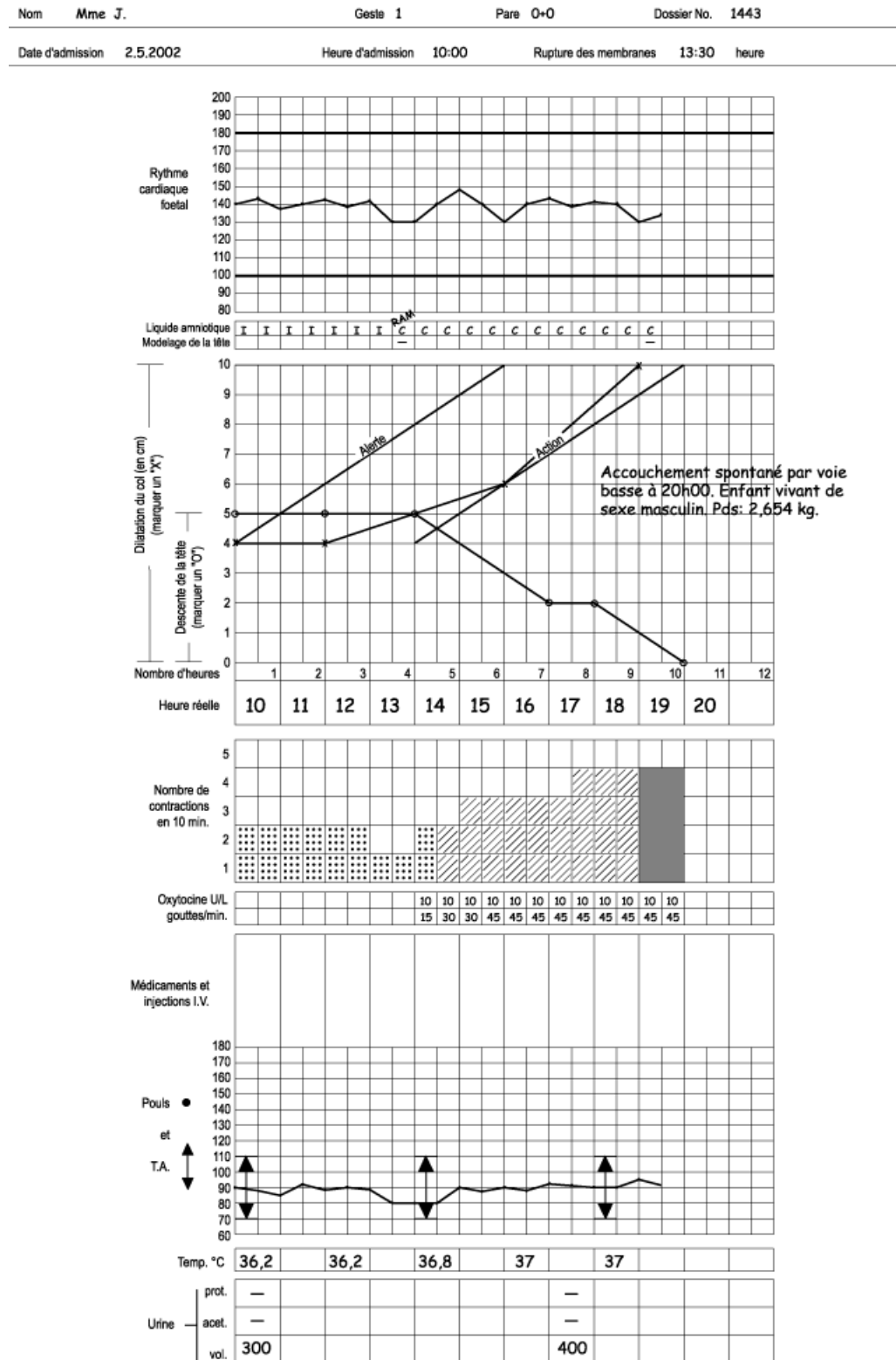


Figure 14 : Partogramme accouchement dystocique

Rupture artificielle des membranes à 13 h 30.

Dilatation du col : à 4 cm au début du tracé du partogramme, puis à 5 cm aux environs de 15 heures et atteint la ligne d'action

Dilatation complète aux environs de 19 heures.

Contractions utérines : à 5 cm de dilatation il n'y avait qu'une contraction durant moins de 20 secondes, en l'espace de 10 minutes

A 14 heures, pose d'une perfusion d'ocytocine, à raison de 10 unités dans 1 litre de sérum physiologique.

Descente de la tête : la tête est alors (aux environs de 14 heures) à 5/5ème

3. PHASE ACTIVE PROLONGEE.

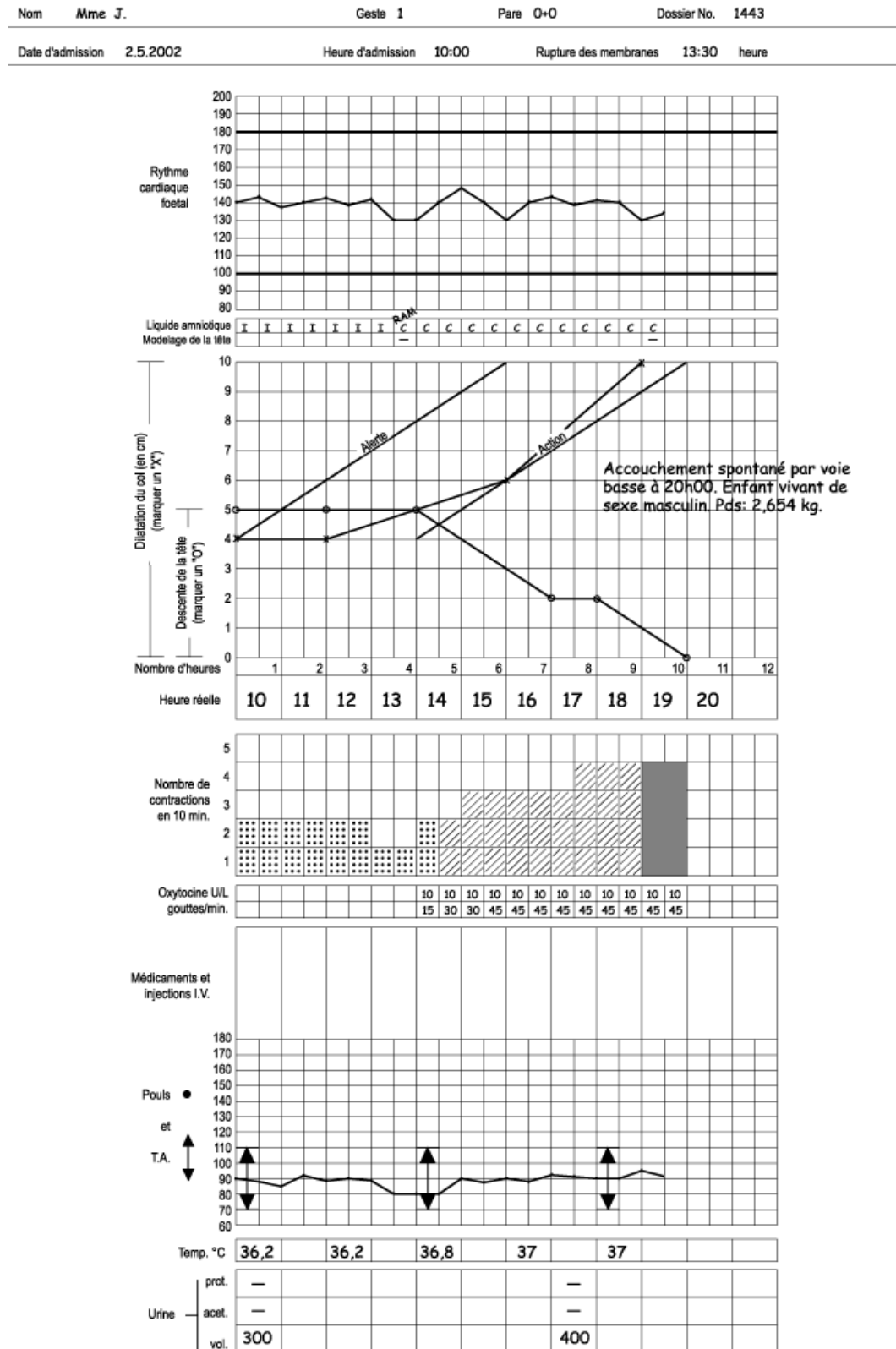


Figure 15 : Partogramme accouchement dystocique

V- NE PAS OUBLIER

Au cours de la phase active du travail le col doit se dilater de 1 cm au moins par heure.

Lorsque la courbe de dilatation du col passe sur la droite de la ligne d'alerte, c'est un signe avertissant que le travail est lent et que des problèmes pourraient se poser.

Si la dilatation du col continue à se faire lentement et atteint la ligne d'action, c'est que le travail est dangereusement lent ; il faut décider des mesures à appliquer.

Passage à droite de la ligne d'alerte = **AVERTISSEMENT**. Transférer la femme du Centre de Santé à l'Hôpital.

Ligne d'action atteinte = **DANGER POSSIBLE**. Une décision doit être prise quant aux mesures à appliquer (généralement par le médecin ou un personnel obstétrical spécialisé.)

La ligne d'alerte permet le dépistage des dystocies et la ligne d'action impose un geste thérapeutique !

Le moment le plus propice pour l'écoute du rythme cardiaque fœtal se situe après le point culminant d'une contraction. Il faut écouter le cœur pendant une (1) minute, la parturiente étant allongée, si possible, sur le côté.

En l'absence de cardiotocographe, si les battements du cœur 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 persiste pendant trois observations successives, des mesures appropriées s'imposent (arrêt d'une éventuelle perfusion d'ocytocique, oxygénation, décubitus latéral gauche . . .), à moins que l'accouchement soit imminent.

VI- AUTRES PROBLEMES POUVANT SURVENIR AU COURS DU TRAVAIL.

Le partogramme est essentiellement conçu pour permettre de reconnaître une prolongation anormale du travail, mais il est évident que d'autres problèmes peuvent apparaître au cours d'un travail qui se déroule normalement.

Il peut s'agir de :

- Elévation de la tension artérielle ;
- Protéinurie marquée ;
- Saignements ;
- Souffrance fœtale ;
- Fièvre ;
- Présentation dystocique ;
- Défaut d'engagement

Tous ces problèmes peuvent être diagnostiqués à partir des enregistrements sur le partogramme.

CONCLUSION

De nombreux professionnels interviennent en salle de naissance (sages-femmes, médecins, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, infirmières, étudiants). Le partogramme, **témoin fidèle et objectif de l'évolution du travail, est le support de transmission entre ces différents professionnels.**

La présentation visuelle des informations cliniques :

- Facilite l'analyse de la progression du travail, à tout moment et par tous les membres de l'équipe.
- Permet de vérifier la normalité du travail et de dépister de façon précoce toute anomalie, **améliorant ainsi la qualité de la prise en charge maternelle et fœtale.**

L'obstétrique est une discipline à haut risque médico-légal, et le partogramme est le support principal d'expertise du dossier obstétrical en responsabilité médicale.

Bien tenu, les informations qu'il fournit facilitent la compréhension des faits par les experts juridiques. Il est "un des moyens de protection et de démonstration, à posteriori, d'un art obstétrical irréprochable".

REFERENCES

1. Feuille de route nationale pour l'accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Ministère de la Santé, des Affaires Sociales et de la Famille République du Congo 2008.
2. Enquête Démographique et de Santé. Ministère de plan République du Congo 2008.
3. Assurer l'accès universel à la santé génésique : suivi des progrès accomplis à l'échelon national OMS 2008.
4. Mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage fatal .Genève OMS 1986
5. La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique. Le partogramme. Partie I : principe et stratégie. Maternité sans risque. WHO/FHE/MSM/93.8.
6. La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique. Le partogramme. Partie II : manuel de l'utilisateur. Maternité sans risque. WHO/FHE/MSM/93.9.
7. La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique. Le partogramme. Partie III : manuel du moniteur. Maternité sans risque. WHO/FHE/MSM/93.10.
8. Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement. Prise en Charge des Complications de la Grossesse et de l'Accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin. OMS, FNUAP, UNICEF, Banque Mondiale. Département Santé et Recherche génésique. 2004.
9. Evaluation de l'utilisation du partogramme au Bénin. N. Azandegbé, Jean Testa, M. Makoutodé.
10. Évaluation des pratiques professionnelles.
Rapport de l'expérimentation nationale
Audit clinique cible appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme. Octobre 2006. Service évaluation des pratiques professionnelles