

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 91 (1993)

Heft: 11

Artikel: Surveillance de l'accouchement par l'auscultation

Autor: Luisier, Viviane / Irion, O.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950896>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.05.2025

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

Surveillance de l'accouchement par l'auscultation

Madame Viviane Luisier, Sage-femme

Docteur O. Irion, Médecin-adjoint

Clinique de gynécologie et d'Obstétrique, Hôpital cantonal universitaire de Genève

Résultats d'une enquête portant sur 860 accouchements consécutifs, à la Maternité de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève (septembre-décembre 1992)

Résumé

L'auscultation des BCF effectuée dans le respect des protocoles établis permet une surveillance foetale offrant la même sécurité que le monitoring. Apgar à 5 minutes et pH de naissance des nouveau-nés qui ont été suivis par auscultation sont aussi bons ou même un peu meilleurs que ceux des enfants suivis par monitoring. L'enquête esquisse aussi le profil des femmes ayant bénéficié de l'auscultation plutôt que du monitoring.

1. Pourquoi passer du monitoring à l'auscultation?

Plusieurs études ayant montré que l'auscultation des BCF constituait un moyen de surveiller l'accouchement offrant la même sécurité que le monitoring, la Clinique d'obstétrique de la Maternité de Genève a décidé d'effectuer ce type de surveillance en salle d'accouchement.

Une synthèse des études comparant l'auscultation et le monitoring a été faite par le Professeur F. Béguin dans un article intitulé «Le tisserin et l'accoucheur. Faut-il monitoriser tous les accouchements?», et paru dans le Bulletin de Périmatologie, 1992, Vol. 16, No 3.

Cette proposition s'inscrit à la suite d'autres innovations (possibilité de déambuler en début de provocation, utilisation d'un ballon de physiothérapie pendant la dilatation, plus grande liberté dans les positions d'accouchement, etc.), ayant toutes pour but l'amélioration de l'expérience de l'accouchement pour les parturientes. La réflexion sur des pratiques obstétricales devenues parfois routinières peut nous conduire à les simplifier, entraînant ainsi un mieux-être chez la patiente, et peut-être aussi une préservation de la physiologie.

2. Protocole, méthode et enquête

Le **protocole** de la surveillance de l'accouchement par l'auscultation, abrégé de façon imagée par les termes de «surveillance allégée» (SA), a été affiché en salle d'accouchement, précisant les critères d'exclusion (soit les femmes devant avoir une surveillance continue par monitoring).



Voici la liste des critères:

- Antécédents de mort ou séquelles neurologiques périnatales
- Hypertension, pré-éclampsie
- RCIU
- Diabète
- Hémorragies du 3ème trimestre
- Grossesse multiple
- Podalique
- Utérus cicatriciel
- Prématurité
- Liquide amniotique méconial
- Périodurale
- Ocytocine

Quant à la **méthode**, elle précise les points suivants: à son entrée en salle d'accouchement, la parturiente qui ne présente aucun des critères d'exclusion ci-dessus subira un tracé de monitoring de 20 minutes. Si ce tracé est normal, on auscultera au stéthoscope ou au Doppler chaque 15 minutes pendant la dilatation, pendant 30 secondes au moins à la fin d'une contraction. Pendant l'expulsion, on auscultera après chaque contraction. Dès qu'une anomalie sera détectée, on surveillera à nouveau les BCF par monitoring.

Si l'on effectue un bloc para-cervical, on reprendra la surveillance par monitoring dans les 30 minutes consécutives à l'injection du bloc.

En même temps que le protocole, un formulaire d'enquête sur la SA a été introduit en salle d'accouchement. Ce formulaire devait permettre de pouvoir répondre à 4 questions principales:

- Quel pourcentage de parturientes sont susceptibles d'avoir une SA?
- Quand une SA est commencée, puis abandonnée, quels sont les motifs de cet abandon?
- L'état des enfants à la naissance est-il moins bon, semblable ou meilleur lorsqu'il y a eu SA?
- Le vécu de la parturiente est-il plus satisfaisant, indifférent ou moins satisfaisant lorsqu'il y a eu SA?

4. Quand une SA est commencée, puis abandonnée, quels sont les motifs de cet abandon?

Sur 432 femmes éligibles, seules 60 ont une SA pendant tout leur accouchement. C'est donc 372 femmes qui sont à nouveau monitorisées, et c'est à ce total que se réfèrent les chiffres du tableau 4.

Tableau 4: Motifs d'abandon de la SA			
	Ocytocine et/ou péridurale	Tracé pathologique	Divers
Stop SA A l'expulsion	10	16	11
Stop SA dès dilatation	158	82	95
Total	168	98	106
%	45%	26%	29%

Commentaire: Presque la moitié des SA sont abandonnées parce qu'il y a utilisation d'Ocytocine et/ou installation d'une péridurale, un quart le sont pour tracé considéré comme pathologique, et enfin plus d'un quart sont stoppées pour des motifs divers.

Le tableau 5 donne le détail des motifs d'abandon de la SA regroupés sous la rubrique «divers».

Tableau 5: Motifs d'abandon de la SA «Divers»			
	Stop SA à l'expulsion	Stop SA dès dilatation	Total
Accouchements rapides (>30' - <85')	3	29	32
Bloc para-cervical	2	7	9
Liquide amniotique teinté	2	2	4
Inquiétude des parents	1	4	5
Inquiétude de la sage-femme	1	3	4
Surcharge de travail	0	28	28
Motif indéterminé et oubli du protocole	2	22	24
Total	11	95	106

Commentaire: Relevons que la surveillance de l'accouchement par l'auscultation ne représente en aucun cas un allègement pour la sage-femme, au contraire. Les SA abandonnées pour motifs de surcharge de travail représentent 7.5% du total des SA abandonnées (372).

5. L'état des enfants à la naissance est-il moins bon, semblable ou meilleur lorsqu'il y a eu SA?

Tableau 6: pH artériel à la naissance			
	SA		SA- stoppée dès dilatation
pH <7.10	6	6.6%	25 8.1%
pH ≥7.10	85	93.4%	285 91.9%
Total valide	91	100%	310 100%
pH non faits	6		25
Total	97		335

p = ns

Tableau 7: Apgar A 5 minutes de vie			
	SA		SA- stoppée dès dilatation
0 à 9	4	4,1%	44 13,2%
10	93	95,9%	289 86,8%
Total valide	97	100%	333 100%
Sans réponse	0		2
Total	97		335

p < 0.05

Commentaire: Rappelons que les tableaux 6 et 7 font référence exclusivement aux cas éligibles pour la SA. L'Apgar à 5 minutes de vie est meilleur chez les enfants ayant été auscultés. Le pH est aussi meilleur, mais sans que la différence entre les groupes soit significative. Ces résultats nous permettent de constater que la SA a été conduite correctement, au sens où elle a été interrompue à la moindre alerte.

6. Le vécu de la parturiente est-il plus satisfaisant, indifférent ou moins satisfaisant lorsqu'il y a eu SA?

S'il a été possible de répondre aux trois premières questions de l'enquête, en revanche, la quatrième est restée sans solution. Il est vrai que le vécu de la parturiente est plus difficile à mesurer qu'un Apgar ou un pH. Mais lors d'une enquête ultérieure, il faudrait poser les questions pertinentes, capables au moins d'orienter sur le vécu de la femme, s'il est vrai qu'un des objectifs de la SA est d'améliorer précisément ce vécu!

7. Le profil de la femme bénéficiant de la SA

Les notions d'âge, de parité, de longueur de travail et de longueur de l'expulsion ont été mises en tableaux et ont permis de tracer le profil de la parturiente qui bénéficie effectivement de la SA.

Tableau 8: Age				
Age	SA		Monitoring	
- 20 ans	0	0%	12	100%
20-24	17	18%	76	82%
25-29	33	19%	139	81%
30-34	38	36%	69	64%
35-39	8	19%	34	81%
40 +	1	17%	5	83%
Total	97	22.5%	335	77.5%

Tableau 8 bis: Age $p < 0.01$				
Age	SA		Monitoring	
- 30 ans	50	18%	227	82%
+ 30 ans	47	30%	108	70%
Total	97	22.5%	335	77.5%

Tableau 9: Parité $p < 0.01$				
	SA		Monitoring	
OP	44	45.4%	207	61.8%
≥ 1P	53	54.6%	128	38.2%
	97	100%	335	100%

Tableau 10: Longueur du travail				
	SA		Monitoring	
30' à 3 h	33	34.4%	80	23.9%
3 h à 6 h	44	45.8%	143	42.7%
6 h à 12 h	18	18.8%	98	29.3%
12 h à 18 h	1	1%	14	4.2%
Total valide	96	100%	335	100%
Sans réponse	1	-	0	-
Total	97	-	335	-

Tableau 10 bis: Longueur du travail $p < 0.05$				
	SA		Monitoring	
- 6 h	77	80%	223	67%
+ 6 h	19	20%	112	33%
Total	97	-	335	-

Tableau 11: Longueur de l'expulsion				
	SA		Monitoring	
0-5'	9	9.3%	23	6.9%
5-15'	46	47.4%	109	32.6%
15-30'	23	23.7%	80	24%
30-60'	11	11.3%	68	20.4%
>60'	8	8.3%	54	16.2%
Total valide	97	100%	334	100%
Sans réponse	0	-	1	-
Total	97	-	335	-

Tableau 11 bis: Longueur de l'expulsion				
	SA		Monitoring	
- 15'	55	57%	132	40%
+ 15'	42	43%	202	60%
Total	97	100%	334	100%

$p < 0.01$

Commentaire: La SA a concerné 22.5% des femmes éligibles (rappel). Mais entre 30 et 34 ans c'est 36% de ces femmes qui ont eu une SA.

54.6% des femmes bénéficiant de la SA ont déjà accouché au moins une fois, alors que c'est seulement 45.4% de nullipares qui ont eu une telle surveillance.

Pour 80,2% d'entre celles qui ont été auscultées, la longueur du travail a été de moins de 6 heures, alors que seulement 66,6% des femmes monitorisées ont eu un temps de dilatation égal. Quant à l'expulsion, elle s'est déroulée en moins de 15 minutes pour 56,7% des femmes auscultées, et seulement pour 39,5% des femmes monitorisées.

On observe donc que ce sont des femmes plus âgées et à la parité plus élevée qui ont une surveillance allégée, et que ces femmes ont un temps de dilatation et d'expulsion sensiblement plus court que les femmes monitorisées.

Notice: Nous avons utilisé le test statistique de Chi2 pour les tableaux 6, 7 8bis, 9, 10bis, 11bis.

8. Conclusions

1. A la Maternité de Genève, et en suivant un protocole plutôt sévère, 50.2% des accouchements sont éligibles pour une surveillance par l'auscultation, mais c'est seulement 22,5% de ces accouchements qui ont une telle surveillance au moins jusqu'en début d'expulsion.

2. La SA est abandonnée en cours de dilatation déjà pour recourir à l'analgésie péridurale et à la stimulation à l'Ocytocine presque dans 50% des cas; pour souffrance foetale présumée dans environ 25% des cas; et pour manque de sages-femmes dans 7,5% des cas.

3. L'Apgar à 5 minutes et le pH artériel sont meilleurs ou égaux pour les nouveau-nés qui n'ont pas dû être monitorisés. Rappelons qu'il s'agit des enfants dont les mères étaient éligibles pour la SA (a priori sans facteurs de risque).

4. Cette enquête ne permet aucunement de déduire que les paramètres néonataux examinés sont excellents grâce à la SA. Tout au plus permet-elle d'affirmer qu'une SA conduite correctement, c'est-à-dire en suivant la méthode décrite par le protocole, permet une surveillance de l'accouchement adéquate.

5. Notre protocole, comparé à d'autres protocoles décrits dans la littérature (voir bibliographie de l'article du Prof. F. Béguin cité au point 1), est plutôt sévère. On pourrait imaginer un assouplissement de ce protocole, en éliminant certains critères d'exclusion et en ralentissant le rythme des contrôles (par ex: seulement chaque 30').

6. Etant donné que la SA représente une charge de travail plus grande que la surveillance par monitoring pour la sage-femme qui l'effectue, une nouvelle enquête devrait pouvoir préciser les bénéfices de cette surveillance (vécu de l'accouchement par la parturiente, préservation de la physiologie, etc.). □

La crisi della menopausa: alla ricerca del nuovo equilibrio fra la mente e il corpo. Terapie naturali e tecniche di vita

dott. ssa Panozzo Marialessandra

Laureata in medicina e chirurgia nel 1984, specialista in ostetricia e ginecologia. Esercita la libera professione a Bologna e Firenze. Diplomata in psicoterapia e ipnosi medica dopo un corso quadriennale presso la Società medica italiana di psicoterapia e ipnosi di Bologna.

«Ma sono già in menopausa?»

Seduta in ambulatorio, ascolto questa domanda molte volte al giorno, la donna che me la pone a volte ha 45 anni, altre 35 o persino 30...a volte c'è una speranza in questa domanda...più spesso il tono è spaventato, come se la donna temesse che la mia risposta le confermi la diagnosi «infausta» che lei si è già immaginata. Quasi sempre la domanda nasce dopo una irregolarità del flusso, oppure quando una vampata di calore ha sorpreso una donna regolarmente mestrata.

A questo punto sorge per me la necessità di: da un lato dare una risposta «scientifica», dall'altro rassicurare sul fatto che la menopausa non è la fine del nostro essere femminili ma solo una delle tante tappe della vita di una donna.

Se per climaterio si intende il periodo di cicli anovulatori che precede la menopausa (cioè la fine dei flussi mestruali) si potrebbe benissimo dire

che questo comincia già verso i 30 anni, quando lievi disfunzioni ormonali iniziano a diminuire la fertilità della donna e a provocare saltuarie irregolarità mestruali. Ciò non vuol dire che la donna sia in menopausa, ma soltanto che il nostro apparato genitale subisce dei cambiamenti e che il processo di «invecchiamento» è un processo naturale che inizia, se vogliamo, fin dal giorno della nascita.

«Menopausa» una parola che fa paura

Il vero problema è che il termine «menopausa» racchiude in sé una miriade di fantasmi: di malattia, di invecchiamento, di morte.

In altre culture, come quella cinese, la donna in menopausa otteneva tutta la libertà e il rispetto che la società le aveva negato finché era fertile; liberata dal ruolo di madre assurgeva a quello di saggia e di consigliera e i

giovani rispettavano in lei la sapienza che si acquisisce con gli anni. Nella nostra cultura invece non c'è spazio per la saggezza...il modello a cui noi aspiriamo è quello di una eterna giovinezza, ricca di denaro, salute, felicità...le rughe vanno nascoste con creme e interventi chirurgici...non vengono riconosciute per quello che sono: segni di una vita alla quale il dolore ha donato profondità e ricchezza.

Inoltre per un uomo invecchiare vuol dire avere più prestigio, più potere...il fascino dei capelli grigi è riconosciuto da tutti... la donna invece deve nascondere la sua età con trucchi, tinture per i capelli ed estenuanti cure estetiche.

Una donna a 55 anni si sente vecchia...un uomo alla stessa età corteggia la segretaria trentenne e non cerca più rapporti sessuali con la moglie.

Ed ecco che nasce la «crisi» della menopausa, perché alla donna non resta, improvvisamente, più nulla:

- se aveva centrato la sua vita sull'essere madre...ormai i figli sono grandi
- se aveva posto la sua sicurezza nel suo aspetto fisico...ora non ci può più contare
- se era stata una brava moglie si ritrova accanto un partner che non la desidera più e che per dimostrare che la sua virilità è intatta insegue ragazze molto più giovani di lui.

Il tutto in una società il cui motto è «largo ai giovani».