Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 105 (2007)
Heft: 4

Artikel: Santé fœtale : "Un bilan ne s'arrête pas au contenu intra-utérin"
Autor: Mühlematter, Rosemarie
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949995

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

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

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

Download PDF: 17.07.2025

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

EDITORIAL

Ce numéro parle de la santé fœtale. Comment peut-on l'évaluer au mieux? De nos jours, ni le médecin ni la sage-femme devrait être seul(e) à porter la responsabilité mais ils devraient travailler ensemble.

J'ai toujours travaillé en milieu hospitalier. Mais, si j'étais une sage-femme libérale, je ne voudrais pas être complètement seule responsable pour la santé fœtale. Pourtant, je devrais être capable de reconnaître les écarts par rapport à la norme. En suivant une grossesse, je souhaiterais quand même que la femme enceinte fasse deux ultrasons, la datation à 12 SA et la morphologie à 22 SA. Après pour le 3e tiers de la grossesse, il reste encore assez de responsabilité pour la sage-femme en ce qui concerne la surveillance de la santé fœtale.

A la HECV-Santé, filière sages-femmes, à Lausanne, j'enseigne l'examen clinique obstétrical, qui consiste à la mensuration de hauteur utérine, la palpation du ventre de la femme enceinte et l'écoute des BCF. Après l'apport théorique, nous procédons à l'atelier pratique, pendant lequel je visite le service prénatal du CHUV avec un petit groupe d'étudiant(e)s à la recherche d'une femme enceinte hospitalisée en fin de grossesse pour une expectative après une RPM ou une provocation. Après avoir reçu le consentement de la femme, les étudiant(e)s ont la première fois l'occasion de toucher le ventre d'une femme enceinte et à travers de celui-ci de prendre contact avec le fœtus. Les étudiant(e)s sont en général très content(e)s de ce premier contact avec une «vraie» femme enceinte.

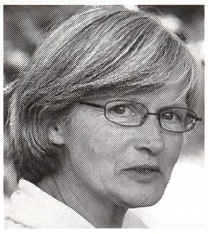
Pendant mon cours, j'insiste surtout sur le fait que l'examen clinique obstétrical est la base du métier de la sage-femme et que, dans beaucoup de régions du monde, c'est le seul moyen pour une sage-femme de contrôler la croissance et ainsi le bien-être du fœtus. Je les encourage de l'exercer à chaque consultation ou autre prise en charge d'une femme enceinte. Car, comme cela ressort dans des articles suivants, la maîtrise vient seulement avec la pratique. Et je suis convaincue que l'examen clinique obstétrical est un excellant moyen pour évaluer la santé fœtale.

Barbara Jeanrichard

Santé fœtale

«Un bilan ne s'arrête

Après de nombreuses années de pratique en hôpital régional, Rosemarie Mühlematter a sans doute suffisamment de recul pour apprécier l'évolution des compétences des sages-femmes en matière de bilan de santé fœtale. Tout en prônant une prise en charge globale, elle met en évidence l'importance de l'écoute attentive, de l'échange et de l'observation discrète par rapport à la simple technique des manœuvres manuelles.



Entretien avec **Rosemarie Mühlematter,** sage-femme à l'Hôpital du Sud fribourgeois à Riaz (canton de Fribourg)

La technologie obstétricale (US, Doppler, etc.) a connu une fulgurante évolution. Avez-vous constaté moins d'assiduité chez vos collègues sages-femmes pour mener à bien un examen typique de sage-femme (manœuvres de Léopold, palpation abdominale, etc.)? Y a-t-il chez les sages-femmes plus jeunes une perte de maîtrise de ces compétences spécifiques?

Rosemarie Mühlematter: Je ne peux répondre à la place de mes collègues, mais il me semble que, au contraire, la plupart de mes futures collègues sages-femmes s'applique à effectuer consciencieusement ces différentes manœuvres. Est-ce parce qu'elles doivent «valider» ces gestes exigés dans leur formation?

Qu'est-ce que ces compétences typiques de la sage-femme vous apportent, à vous, dans votre propre pratique d'aujourd'hui?

Les manœuvres de Léopold – même quand elles sont pratiquées «à la va-vite» – me donnent une partie de l'ensemble des informations qui me sont nécessaires à une meilleure compréhension de la situation.

La qualité des informations offertes pas la technologie (US, Doppler) est irremplaçable. Néanmoins, pratiquée par le médecin, elle n'apporte qu'une information «indirecte» par la lecture dans un dossier ou par la transmission, parfois partielle, de la part de la femme enceinte.

Par ailleurs, la sage-femme se doit d'établir son propre diagnostic, afin de le superposer aux informations fournies dans le dossier médical et/ou par la patiente. La plupart du temps, je consulte le dossier médical seulement après avoir constaté «un écart de normalité».

Etes-vous toujours prise au sérieux par le corps médical?

Je pense qu'il est dépassé de vouloir opposer la pratique médicale à celle des sages-femmes, elles sont complémentaires. Sommes-nous particulièrement chanceuses à Riaz? Il me semble que le respect des compétences de part et d'autre est une réalité. Généralement, les interrogations, les doutes, etc. que je transmets au médecin sont écoutés et pris en compte dans une réflexion commune.

Etes-vous prise au sérieux par les femmes elles-mêmes, maintenant qu'elles sont habituées aux échographies?

À mon avis, la femme enceinte ne donne pas la même signification à la prise en charge médicale (l'US par exemple) et à la palpation/manœuvre de Léopold, pratiquée par la sage-femme. La sage-femme hospitalière reste la personne de référence qui accompagnera la patiente pour l'accouchement de son enfant, l'US soutient le diagnostic de la santé de l'enfant «tout au long» de la grossesse.

Notez que la palpation effectuée par la sage-femme me semble assimilée par la patiente à la projection de la qualité du déroulement de l'accouchement... Ceci n'est qu'une supposition, qui reste à vérifier.

pas au contenu intra-utérin»

Comment pourriez-vous caractériser votre méthode? Quels sont ses points forts et ses subtilités? Qu'est-ce qui en fait sa force?

En tout premier lieu, la palpation utérine me permet, notamment lors de contrôles de fin de grossesse, d'établir un contact avec le fœtus. En guise de préambule, j'avertis la femme enceinte que je souhaite saluer son bébé... et je dis tout haut «bonjour bébé» au moment de toucher son utérus. J'effectue, avant tout une caresse douce, destinée à l'enfant, avant d'effectuer la palpation proprement dite.

Ça me donne l'autorisation d'entrer en contact physique avec la patiente et son enfant. Toucher le corps de l'autre est une forme d'intrusion. D'autre part, j'ai l'impression que ça permet à la future mère de recentrer son attention sur son enfant.

Ensuite, parallèlement à la palpation, je lui demande de me fournir différentes informations qui m'aident à affiner le résultat de la palpation:

- à quel endroit, elle perçoit les mouvements de son bébé, la vigueur des mouvements, etc.

Les futures sages-femmes s'entraînent toujours consciencieusement.
Photos: Gérard Pétremand

Recherches actuelles

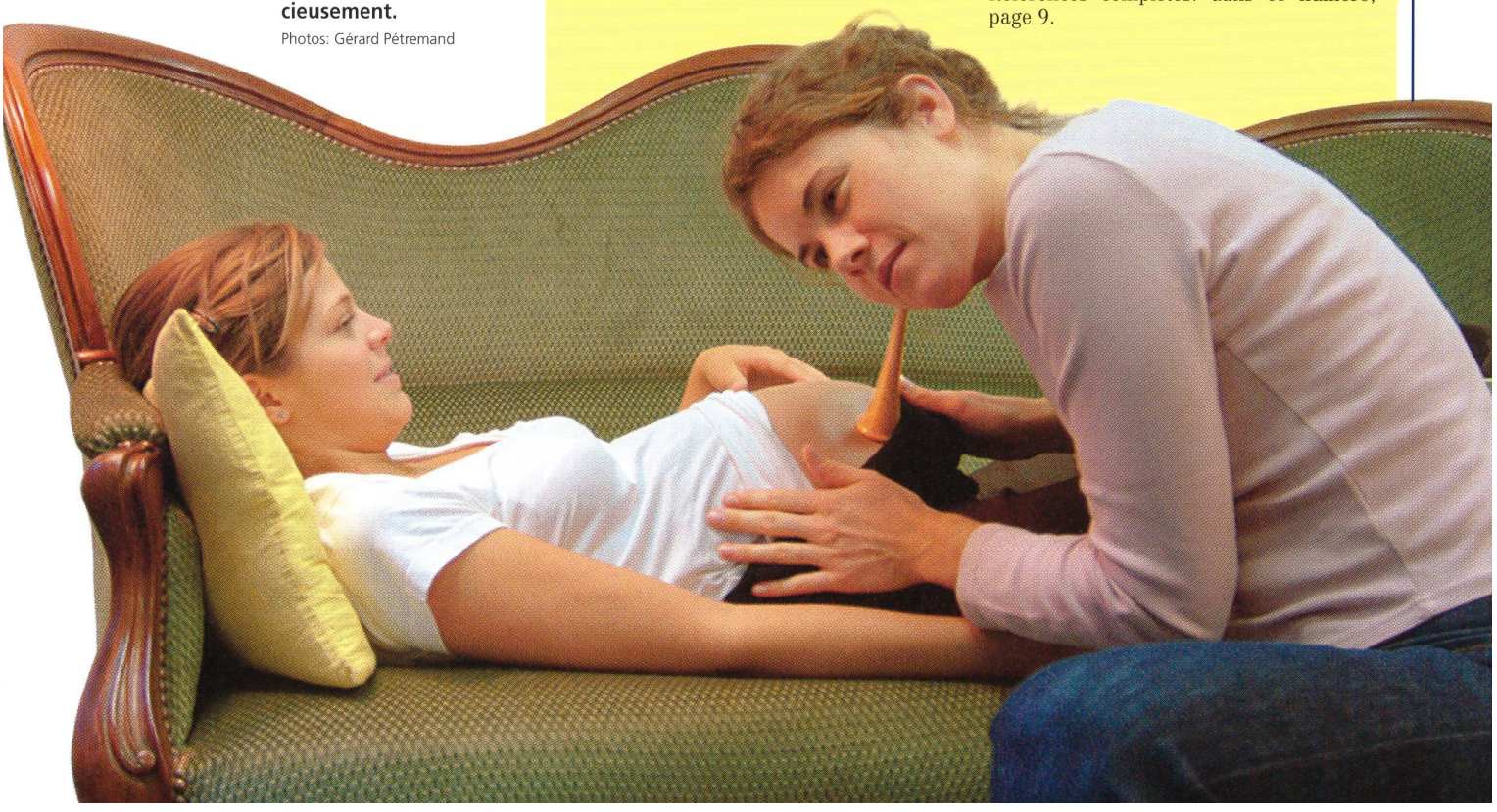
Méthodes manuelles

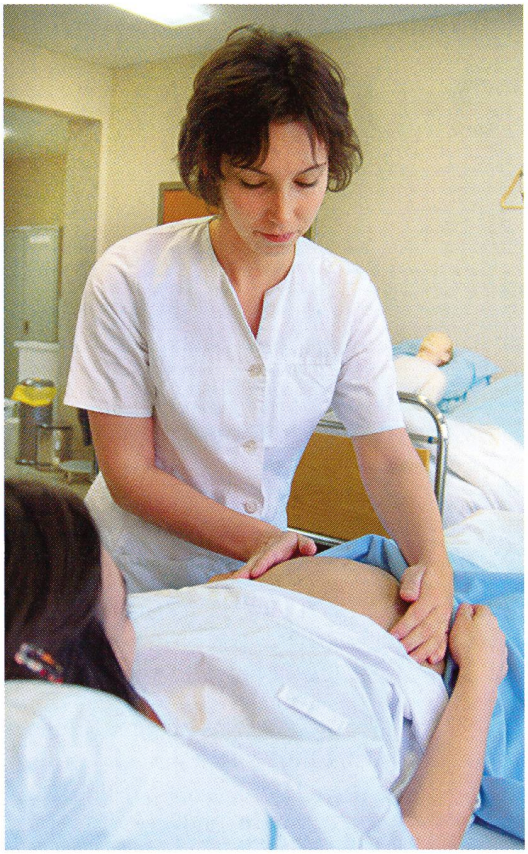
Une recherche bibliographique sur Medline indique que, durant les six dernières années, peu de recherches ont été réalisées sur les méthodes cliniques de Screening.

- Parmi les dernières recherches, une étude transversale australienne menée en 2006 par Nassar et al. [11] sur un échantillon de plus de 1600 femmes a étudié la précision diagnostique de palpation abdominale pour établir la présentation fœtale dans le cadre de contrôles de routine entre la 35e et la 37e semaine. Différents groupes professionnels ont réalisé cet examen sans connaître les conclusions des autres. La sensibilité du taux de présentation non céphalique monte à 70% (95%, intervalle de confiance 62% à 78%); la spécificité s'élève à 95% (94 à 96%), La valeur prédictive positive était de 55%, la négative de 97%. Les faux positifs étaient plus fréquents parmi les femmes en surcharge pondérale.
- D'autres études confirment les résultats des travaux antérieurs, qui montraient que la fiabilité des examens cliniques externes dépend de l'expérience des professionnels.
- Bais et al. [2] ont étudié plus de 6'000 cas de grossesses simples pour évaluer l'efficacité de la palpation abdominale. Des sages-femmes ont effectué des tests de Screening dans les groupes à faible risque afin de détecter les cas de retard de développement intra-utérin. Les résultats montrent que la palpation abdominale présente, dans ce cas, une efficacité limitée: la sensibilité observée était de 28% pour les retards sévères de croissance et de 21% pour les retards moins lourds. Au sein d'une population à faible risque, la valeur diagnostique est décevante. Toutefois, il apparaît que les différents examens ultrasons de routine ne sont pas meilleurs en termes de taux de prédiction de morbidité et de mortalité périnatales.

Marianne Haueter, sage-femme formatrice à la Haute école de santé de Berne

Traduction libre par Josianne Bodart Senn. Références complètes: dans ce numéro, page 9.





L'environnement social est aussi un élément à ne pas négliger.

- la position au dernier contrôle, en général information donnée par l'US fait par le gynécologue
- le poids estimé par le gynécologue, en général aussi estimé par l'US

Les données fournies notamment par les US médicaux et transmises par la femme enceinte sont superposées aux réponses que me fournit la palpation pratiquée et permettent:

- d'établir un véritable échange entre la future mère qui devient alors aussi une interlocutrice «intelligente»:
- de partager du savoir (le résultat de ma palpation + les informations qu'elle possède)
- d'ouvrir la discussion, vérifier la bonne compréhension des informations données par le médecin, d'apporter d'éventuelles corrections, de transmettre au médecin les inquiétudes, etc.
- de déceler et de transmettre au médecin les écarts que je peux constater (position de présentation, cassure de courbe, macrosomie, quantité LA, etc.) par rapport à son propre diagnostic.

Qu'est-ce que la sage-femme peut apporter d'autre (que des indices relevés par les autres professionnels) pour établir un bilan de santé fœtale complet?

La qualité de l'écoute sensorielle consciente (visuelle, auditive, verbale, tactile) grâce à la **volonté** et au temps dont elle dispose (encore), en relation avec de solides notions théoriques! Pour exemple, lors de contrôles de fin de grossesse ou pour l'accouchement, je tiens à aller chercher la patiente à la réception:

- Le temps du trajet me permet de me préparer à accueillir la patiente, «d'entrer dans la consultation» ou de glaner les premiers messages utiles à mon diagnostic de sage-femme.
- Observer la patiente, au loin et au fur et à mesure que je m'approche, me donne une foule de renseignements «sensitifs»: état d'être, état d'âme, etc.
- Lors du cheminement, ensemble vers la salle d'accouchement (qui est aussi le lieu de consultation), je me mets, généralement et légèrement en retrait pour mieux regarder la patiente. J'ai le loisir d'observer comment elle se meut: cambrure excessive, difficulté à se mouvoir, lassitude, etc. Autant de messages susceptibles de me renseigner et/ou de déclencher des sonnettes d'alarme. J'entre dans la consultation, déjà à ce moment: je lui demande de me confirmer ou infirmer les impressions que je ressens.
- L'environnement social est un élément à ne pas négliger: un questionnement simple, précis, franc, sans notion de jugement me permet d'évaluer s'il est nécessaire de faire intervenir d'autres acteurs tels le service social de l'hôpital pour la recherche de solutions et/ou de surveillance de l'enfant, l'intervention d'une sage-

Evidence-based Medecine

Directives factuelles

Palpation abdominale

- En 2003, les directives de la *NICE* (en anglais «National Collaborating Centre for Women's and Children's Health») concernant la prise en charge prénatale [12] ne recommandaient pas la palpation abdominale de routine avant la 36e semaine, car elles seraient imprécises et passablement désagréables pour les femmes enceintes.
- Une étude a démontré que les manœuvres de Léopold ne détectent que 53% des anomalies de présentation [9], mais les auteurs précisent qu'il faut nuancer ce résultat en tenant compte d'une corrélation entre le nombre d'années d'expérience et la qualité des résultats. Une autre étude s'est concentrée sur la découverte des présentations par le siège et confirme ce constat: la sensibilité et la spécificité des manœuvres de Léopold sont significatives pour 28% des cas, resp. 94% [15].
- En 2005, les *directives de l'ACOG* (en anglais «American College of Obstetricians and Gynecologists») recommandaient la palpation abdominale en cas de suspicion de macrosomie fœtale [1]. Par ailleurs, il est indiqué que la biométrie par ultrasons ne donne pas une évaluation du poids de l'enfant aussi précise que la palpation clinique.
- *Enkin et al.* [4] considèrent l'examen abdominal pour estimer le poids fœtal avant la naissance comme sensiblement meilleur mais ils notent que les résultats sont moins bons aux extrêmes, c'est-à-dire dans les cas où justement l'information serait précieuse.

Mesure de la distance symphyse – fond utérin

- Pour la *NICE* [12], il est utile (évidence de niveau A) de pratiquer ou bien une palpation, ou bien une mesure de la hauteur utérine à chaque consultation prénatale afin d'évaluer la croissance fœtale. Il n'est donc pas évident de préférer la mesure à la palpation, quand il s'agit de détecter un enfant trop petit ou trop gros.
- *Enkin* et al. [4] ont montré que la mesure de la distance symphyse – fond utérin est suffisamment sensible et spécifique pour diagnostiquer un poids trop faible par rapport à l'âge gestationnel. Le potentiel de cette me-

femme indépendante, la mise en alerte du service de puériculture ... Pour moi, même si c'est hors sujet, le bilan de santé fœtale ne s'arrête pas au contenu intra-utérin.

Qu'est-ce qu'il serait utile de conserver à l'avenir?

En guise de conclusion, si on peut considérer que les manœuvres de Léopold ont perdu quelque importance par rapport à la qualité des résultats habituellement apportés par les US, ils doivent rester un geste pratiqué par la sage-femme pour leur complémentarité:

- L'US n'est pas pratiqué à chaque consultation (en tout cas en fin de grossesse, à Riaz)
- Les deux méthodes sont complémentaires, car effectuées par des acteurs différents (médecin et sage-femme), chacun pouvant apporter sa perception pour une prise en charge globale.

Réduire un bilan de santé fœtale à la seule palpation et manœuvres de Léopold est fortement simplificateur: ce n'est en fait qu'un des nombreux éléments qui entre en compte dans une prise en charge la meilleure possible.

Propos recueillis par Elvire Sheikh-Enderli et Josianne Bodart Senn

sure n'a jusqu'à présent été que très peu étudié, de même que la mesure du tour abdominal.

- Les *recommandations suisses* concernant la prise en charge prénatale se basent avant tout sur les données anglaises et américaines comme la NICE ou l'AOCG. *Haberthür & Lauper* [5] ainsi que Hösli & Horner [7] recommandent une série de mesures de la hauteur utérine.

Marianne Haueter, sage-femme formatrice à la Haute école de santé de Berne

Traduction libre par Josianne Bodart Senn. Références complètes: dans ce numéro, page 9.

Trop parents, peu amants

Quand le couple passe «de 2 à 3»

La naissance d'un enfant, surtout le premier, est une véritable aventure. La cohabitation de plusieurs générations permettait, autrefois, une transmission des savoirs et pratiques de mère en fille. Aujourd'hui, c'est au système de santé de prendre en charge la préparation à la parentalité. Le rôle de la sage-femme et ses compétences lui permettent d'avoir une situation de choix pour offrir un accompagnement privilégié à la femme et au couple devenant une famille. Dans son mémoire[1] de fin d'études, Emanuela Gerhard-Mobilia a voulu mettre en évidence les contrastes entre la vie de parents et celle d'amants.

Faire rimer parents et amants, pourquoi est-ce si difficile dans le monde d'aujourd'hui?

La question de savoir pourquoi de nos jours les couples semblent plus fragilisés par l'arrivée d'un bébé date des années'90. Livres et médias rapportent souvent le sujet de la parentalité: dénonçant les taux de natalité à la baisse dans les pays européens (1,3 enfants par femme en Europe), la réussite sociale défavorisant la vie familiale (soit carrière soit enfant) ou encore une société individualiste peu compatible avec les concessions que doit faire un couple avec un enfant (manque de place dans les crèches et prix exorbitants des différents modes de garde contraignant le plus souvent la maman d'arrêter de travailler si elle n'a pas de possibilité de travailler à un petit pourcentage).

J'ai pu me rendre compte avec différentes lectures et lors de mes expériences pratiques que la naissance d'un enfant représente dans la vie du couple un moment unique, empreint d'une très forte charge affective et émotionnelle. Cependant, la naissance est aussi un moment de crise potentielle auquel les jeunes parents ne sont souvent qu'insuffisamment préparés, même si l'enfant était très attendu et que l'amour que les parents lui portent n'est pas mis en question. C'est de cette préparation dont il est question dans mon mémoire (voir encadré).

Les résultats des entretiens que j'ai pu mener pour mon travail de recherche soulignent l'importance d'informer les jeunes couples de parents, de les rassurer et de les soutenir, afin de leur permettre de relever au mieux

[1] Gerhard, Emanuela: Rester un couple en devenant parents. L'accompagnement de la sage-femme à la parentalité. Haute école de santé, Genève, 2006, 80 pages.