

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: 84 (1986)

Heft: 9-10

Artikel: Naissance en douceur : la conduite de la phrase expulsive : assistance à la naissance ou intervention médicale?

Autor: Stoll, W.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950316>

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: 25.01.2026

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

Naissance en douceur

Exposés présentés lors du 93^e congrès de l'Association suisse des sages-femmes, Zofingue, 6 juin 1986

La conduite de la phase expulsive: Assistance à la naissance ou intervention médicale?

par le Dr W. Stoll, Aarau

On considère notre siècle comme étant déterminé par les sciences et la technique; pensant que tout est calculable, nous aurions perdu la notion du déroulement naturel des choses. Cela est injuste vis-à-vis de notre siècle. Ces reproches existent depuis les premiers efforts médicaux. Depuis toujours, les générations qui ont d'une façon ou d'une autre pratiqué l'obstétrique, se sont disputées à ce sujet.

Je voudrais examiner de près trois aspects de la conduite de la phase expulsive: mécanique / physiologie, action / attente, sage-femme / médecin.

Mécanique / physiologie

Dès la dilatation complète du col utérin les contractions agissent de manière différente: leur force diminue, vu le rétrécissement du muscle utérin.

Dans cette phase, des contractions d'expulsion, que nous préférons appeler «poussées progressives», s'établissent de façon réflexe. Plus l'appui de la présentation sur le périnée est fort, plus la parturiente ressent le besoin d'accompagner la poussée.

Nous observons alors le périnée qui se bombe et l'apparition progressive de la tête de l'enfant.

Dans les manuels, la phase d'expulsion comprend le temps écoulé entre la dilatation complète du col utérin et la naissance de l'enfant. La hauteur de la présentation n'est pas prise en considération. Or il est préférable de distinguer la phase passive de la phase active de l'expulsion. Cette attitude tend à se généraliser aujourd'hui. Dans la phase passive, la tête de l'enfant descend dans le bassin, après ouverture complète du col utérin et dans la phase active, la naissance de l'enfant s'accomplit.

Nous considérons aujourd'hui que la phase des poussées actives est importante et doit être surveillée minutieusement, car elle est astreignante pour l'enfant, ce que nous verrons par la suite.

En fin de période expulsive, notre attention doit se porter sur la protection du périnée.

Nous pouvons particulièrement l'observer lorsque la patiente est de côté. Nous savons bien que lors du déroulement naturel de la naissance, la tête de l'enfant ne provoque pas forcément une déchirure du périnée. Il existe des situations où une protection particulière n'est pas nécessaire car la dilatation du périnée se fait lentement, en douceur, et la tête foetale se déroule spontanément sans être dirigée, de façon parfaite. Trop souvent cependant, les mouvements de flexion et déflexion se font trop brusquement, dus à des contractions utérines trop rapprochées et à un accompagnement des poussées trop intense.

Le danger d'une déchirure du périnée est alors grand et le soutien du périnée a sa raison d'être.

Le soutien du périnée doit essentiellement permettre de retrouver les conditions physiologiques qui font que la tête distend lentement la vulve au cours de plusieurs contractions et que le dégagement du front n'a lieu qu'après le dégagement total de l'occiput et des bosses frontales. Il importe avant tout que la tête se présente avec sa plus petite circonférence pour que vulve et périnée soient le moins distendus possible.

Nous tous qui pratiquons l'obstétrique sommes toujours fascinés par le jeu des forces et contre-forces et par le déploiement progressif du périnée, la montée lente de la tête et le mouvement tout en douceur de déflexion final.

Le processus physiologique de la naissance n'est pas moins impressionnant. Les contractions de la période de dilatation ne diminuent, en règle générale, pas la circulation utéro-placentaire au point de compromettre l'oxygénation de l'enfant.

Seule l'augmentation importante de la pression utérine pendant la phase active d'expulsion réduit la circulation utéro-placentaire au point de faire subir un manque d'oxygène à l'enfant.

Ce jeu éprouvant de la nature nous est

bien connu: nous constatons des «dip». Nous nous laissons peu impressionner et nous consolons par leur rétablissement entre les contractions.

L'expérimentation animale nous a permis de mieux connaître le processus physiologique survenant au cours de la contraction, en phase active d'expulsion:

pendant la contraction, plus précisément pendant l'interruption de l'irrigation utérine, l'apport en oxygène tombe pratiquement à zéro. Avec l'arrivée du sang maternel au niveau du placenta, la situation se rétablit vite cependant.

La fréquence des bruits cardiaques fœtaux (BCF) chute également rapidement, pour reprendre progressivement.

Notre paramètre de diagnostic le plus important est la valeur du pH. Dès le début des contractions, la valeur du pH tombe rapidement et nous sommes frappés de constater que le rétablissement s'effectue très lentement. Cela est dû au fait que l'organisme de l'enfant manquant d'oxygène s'adapte, par un métabolisme anaérobie, et que cela amène rapidement des métabolites acides dans le sang.

Si nous prenons conscience que les contractions se suivent, nous pouvons comprendre que petit à petit les battements cardiaques n'arrivent plus à se rétablir, c'est-à-dire que la ligne de base diminue.

Cette chute progressive de la fréquence des BCF se remarque également au niveau du pH fœtal; progressivement une acidose importante s'installe.

Alors que nous observons avec fascination le déploiement du périnée et la déflexion de la tête, et que nous vivons, avec la mère, une naissance magnifique, l'enfant éprouve peut-être des angoisses de mort ou d'étouffement par la diminution de ses battements cardiaques. (Que savons-nous de ce que l'enfant éprouve et ressent pendant la naissance?)

Ces réflexions nous amènent à constater que le dégagement de la tête ne peut s'effectuer en douceur que si l'enfant est protégé de l'asphyxie.

Nous nous trouvons ainsi au cœur même du problème.

L'obstétrique de ces dernières années nous a apporté des données qui nous obligent à vérifier le bien fondé de notre façon d'agir pendant une naissance.

Action / attente

Dans la pratique, le problème principal consiste à déterminer, si, dans une situation donnée, l'intervention s'impose ou s'il est possible d'attendre que la naissance se déroule spontanément.

A ce jour nous savons de manière sûre que la durée de la phase active et également le nombre des contractions d'expulsion et des poussées ont une grande importance.

Il existe de nombreuses propositions fixant des limites de temps. Elles ne tiennent cependant pas compte des particularités de chaque naissance.

D'anciennes propositions fixaient à une heure et demie pour la primipare et à trois quarts d'heure pour la multipare la durée de la phase d'expulsion tout entière.

De plus récentes normes prévoient pour la phase active de la période d'expulsion: trente minutes pour la primipare et vingt minutes pour la multipare.

D'autres opinions encore recommandent de terminer la naissance après dix poussées actives.

Il est certain que la durée de la phase active varie considérablement d'une femme à l'autre.

L'Allemagne nous fournit de nombreuses statistiques concernant différentes questions obstétricales.

Une étude portant sur une population représentative a démontré que dans septante-cinq pour cent des accouchements la phase d'expulsion se terminait en vingt minutes.

Pour le quart des naissances ce temps était donc dépassé.

En tant que médecins et sages-femmes, nous avons le devoir d'assurer le bien-être de l'enfant.

La période la plus dangereuse est la phase active de la période d'expulsion. Considérant le caractère pressant de cet événement dynamique, nous ne pouvons accomplir notre devoir qu'en surveillant minutieusement les battements cardiaques de l'enfant.

La manière la plus efficace est par monitoring direct avec une électrode sur le cuir chevelu de l'enfant; le monitoring externe fournit aujourd'hui également des résultats assez fiables.

Quant aux tracés cardiotocographiques pendant la période d'expulsion, il faut admettre qu'ils sont suffisants tant qu'il n'y a pas de décélérations.

Les décélérations sont difficiles à interpréter au cours de la phase active de l'expulsion.

La répartition en Dip I et Dip II est peine perdue, on peut s'en rendre compte en analysant les tracés après un accouchement. Nous sommes obligés de classer ces décélérations dans le grand sac des décélérations variables.

L'on sait aujourd'hui que même le calcul de la surface des décélérations ne renseigne pas de manière exacte sur le degré d'asphyxie ou sur les réserves encore disponibles de l'enfant.

Dans cette situation critique, il y a différentes possibilités d'action:

- L'accouchement par forceps ou ventouse, solution que choisira l'obstétricien interventionniste.
- L'appui (Kristeller), plus facilement appliqué par la sage-femme énergique.
- L'encouragement inflexible de la mère: «Tirez sur les jambes, poussez, plus longtemps, longtemps, et encore...».

Or le blocage prolongé de la respiration peut provoquer une grave baisse de la pression artérielle avec diminution de la circulation utéro-placentaire.

Si j'étais l'enfant en question avec droit à parole, j'opterais, parmi toutes ces tortures, pour le forceps, car au moins ma tête serait bien protégée.

- Si le CTG est pathologique, l'on pourrait aussi attendre et s'en remettre à l'ange gardien de l'enfant.

Une sage-femme douce et sage demanderait à la parturiente de changer de position dans le but d'obtenir un effet positif sur les contractions et la respiration de la mère.

Il est vrai qu'elle agit alors de façon plus intuitive que rationnelle.

- En cas d'expulsion prolongée, avec l'apparition de décélérations, l'obstétrique moderne propose de procéder à la détermination du pH foetal pour évaluer l'état de l'enfant et de pratiquer simultanément une tocolyse avec des bêtamimétiques, pour permettre le repos de la musculature utérine.

Contractions de poussée, difficultés à l'expulsion et décélérations – une situation quotidienne.

Nous revoyons au cœur du problème. Selon notre formation, notre tempérament, nos connaissances ou les ressources de l'institution hospitalière, les situations aiguës sont abordées de façon différente.

Sage-femme / médecin

Il existe deux situations extrêmes:

- l'accouchement pratiqué exclusivement par le médecin, où la sage-femme ne joue que le rôle d'assistante
- ou alors «l'accouchement sage-femme» où le médecin n'intervient qu'en cas de complications.

Ces deux cas extrêmes sont rares.

En général nous nous situons entre les deux.

La conduite de la période d'expulsion, et plus précisément la conduite de sa phase active, est certainement l'exemple type de discordance entre médecins et sages-femmes. Qui ne connaît pas le courageux jeune interne ou médecin-chef

qui maîtrise toute situation critique avec bravoure en utilisant le forceps?

(Nous ne mentionnerons pas les situations de «champ de bataille».) Inutile de vous mettre à rédiger un appel à la modération d'un tel zèle médical!

En 1914 déjà, le professeur Ernst Bumm écrivait ce qui suit dans son célèbre manuel d'obstétrique:

«Quels mauvais accoucheurs, ceux qui ne respectent pas l'évolution physiologique, ceux qui utilisent forceps ou autres instruments chirurgicaux avec légèreté.»

Qui, d'autre part, ne connaît pas de jeune médecin qui entreprenne ses premières expériences en clinique?

Il arrive toujours au mauvais moment, au mauvais endroit et donne au mauvais instant une mauvaise réponse.

Dans les grands hôpitaux à fonction formative, nous sommes obligés de vivre avec ces difficultés.

N'oublions cependant pas que plus d'un débutant maladroit a finalement fait une carrière médicale brillante.

Rétrospectivement, il reconnaîtra qu'il a été formé par ceux qui maîtrisaient l'événement de la naissance avec patience, malgré de multiples facteurs de stress.

Par contre, les autres qui, par des flots de paroles, voulaient faire entrer dans un schéma égocentrique, les jeunes assistants, les élèves, le mari et finalement aussi la parturiente, resteront gravés dans sa mémoire comme étant ceux qui n'ont rien compris à la grandeur de l'accouchement.

Au moment où la tension nerveuse de l'équipe obstétricale est à son comble, la situation devient l'épreuve de leurs capacités professionnelles. C'est à ces occasions que nous pouvons marquer par notre comportement.

Dans notre clinique la règle veut que la sage-femme effectue les accouchements normaux.

Je considère comme incorrect qu'au moment de la naissance proprement dite, le médecin écarte la sage-femme alors qu'elle a accompagné la parturiente pendant des heures. Cette solution exige de part et d'autre le sens aigu d'une étroite collaboration obstétricale. La sage-femme n'appréciera pas l'arrivée d'un médecin affairé, pratiquant une épisiotomie trop tôt, et cela peut-être encore alors que l'anesthésie locale n'a pas eu le temps de faire effet. Par ailleurs, il est désagréable pour un médecin accoucheur compétent, d'entendre une sage-femme à l'esprit peu ouvert, encourager sans fin une parturiente, alors qu'elle ne connaît rien de la physiologie respiratoire et se rend encore moins compte de l'état déficient de l'enfant.

Nous abordons ainsi le problème de la formation continue et du perfectionnement.

Il existe aujourd'hui un nombre élevé de cours de perfectionnement de haut niveau. Mais où est le bénéfice pour les nombreuses parturientes que nous suivons, si médecins et sages-femmes ont suivi des conférences sur les dernières théories concernant différentes affections?

Je crois qu'en général le courage nous manque pour remettre en question le quotidien pour nous perfectionner. Nous devrions aussi nous poser plus de questions concernant notre collaboration immédiate.

Trop de jeunes sages-femmes déplorent la maladresse des gynécologues plus âgés quant à l'interprétation du cardiocytogramme, et contestent le nombre des césariennes qui atteint des sommets vertigineux. D'autre part, les médecins accoucheurs prévoyants sont contrariés par l'opposition des sages-femmes à la mesure du pH sanguin qui pourrait éclaircir une situation compliquée.

Pour éliminer ces tensions, l'initiative personnelle de se perfectionner régulièrement est importante, il devrait en fait s'agir d'une obligation.

Assistance à la naissance et interven-

tion médicale ne sont, à mon avis, pas en opposition. Ils représentent pour moi les données d'une dialectique entre les découvertes très anciennes et les scien-

ces modernes, dialectique qui ne supporte pas de schématisation ni de paroles en l'air, et qui, finalement, transforme un métier en un art.

Protection du périnée/épisiotomie: Nécessité ou routine inutile?

par Luise Daemen, sage-femme indépendante, Zurich

Dans la plupart des hôpitaux l'idée d'une épisiotomie pour les primipares reste toujours dominante, de plus, l'on pense: épisiotomie un jour, épisiotomie toujours.

Dans les deux cas mes expériences s'avèrent différentes. Parmi mes cinquante-huit accouchements de primipares, vingt-quatre femmes ont gardé leur périnée intact, sans éraflures; des trente-sept femmes qui ont accouché auparavant à l'hôpital et ont subi une épisiotomie, dix-sept d'entre elles ont gardé le périnée intact en accouchant chez elles. La préparation du périnée, visant à éviter l'épisiotomie, débute déjà pendant la grossesse: des exercices permettent d'améliorer la sensibilité physique des muscles périnéaux. Deux mois avant le terme présumé, je recommande un massage du périnée et de la vulve avec une huile de froment ou une crème à base de cuivre.

A l'école de sages-femmes, j'avais appris à remonter le périnée pour un passage lent de la tête. Autant que je sache, cela se pratique encore aujourd'hui. C'était tout ce que j'ai appris à ce sujet. Je reconnais que, déjà en ce temps, je ne savais que faire de cette proposition. Aujourd'hui encore je me pose la question de ce qu'il y a vraiment à remonter? Pendant mes études, ma tante me parla pour la première fois d'une autre manière d'accoucher. Elle est physiothérapeute, habite la campagne en Californie USA. Elle avait déjà aidé à mettre au monde cinquante enfants. On s'adressait à elle quand il n'y avait pas de sage-femme.

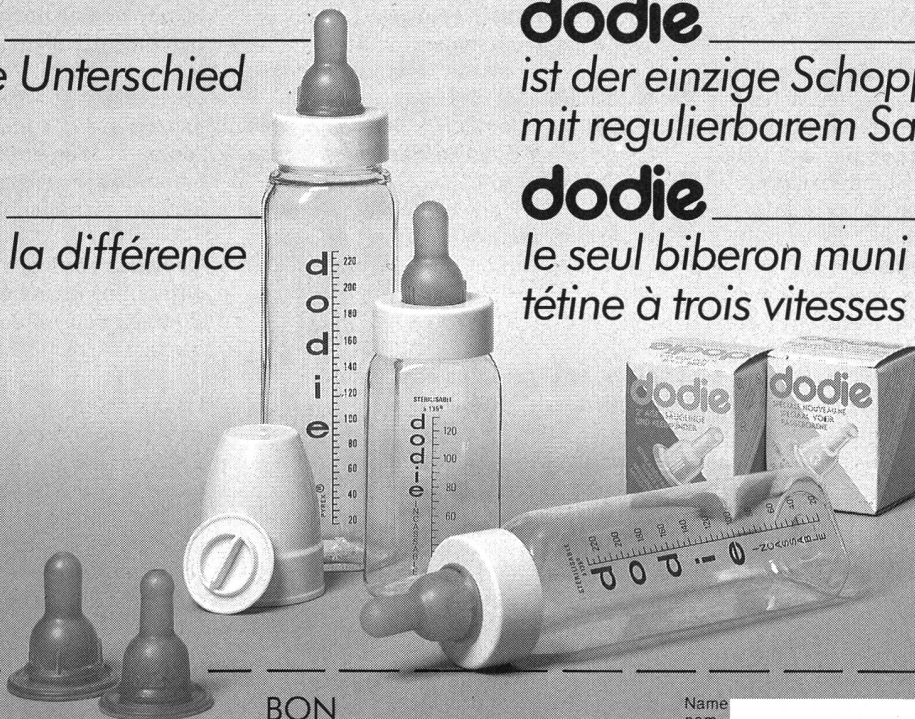
«As-tu aussi incisé?» fut ma question étonnée. «Bien sûr que non!» Elle appliquait des compresses humides et chaudes sur le périnée ce qui évitait les déchirures. Cela m'a paru assez logique.

dodie
der grosse Unterschied

dodie
c'est toute la différence

dodie
ist der einzige Schoppen
mit regulierbarem Sauger

dodie
le seul biberon muni d'une
tétine à trois vitesses de débit



GUTSCHEIN

Gegen Rücksendung dieses Gutscheins überreichen wir Ihnen gerne eine Dokumentation unserer Dodie-Produkte:

- 1 Schoppenflasche aus Spezialglas 220 ml
- 1 Schoppenflasche aus Kunststoff 220 ml
- 1 Sauger speziell für Neugeborene
- 1 Sauger für Kleinkinder

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse.

BON

Contre renvoi de ce bon, nous vous ferons parvenir avec plaisir une documentation concernant nos produits Dodie:

- 1 Biberon en verre spécial de 220 ml
- 1 Biberon en matière plastique de 220 ml
- 1 Tétine spéciale nouveau-né
- 1 Tétine 2ème âge

Nous vous remercions de votre intérêt.

Name _____
nom _____
Strasse _____
rue _____
PLZ _____ Ort _____
NPL _____ lieu _____

(Bitte in Blockschrift ausfüllen) (Écrire s.v.p. en caractère d'imprimerie)

EXPHAR SA
Pumpwerkstrasse 23 8105 Regensdorf