

<b>Zeitschrift:</b>	Schweizer Hebamme : officielle 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
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	89 (1991)
<b>Heft:</b>	2
<b>Artikel:</b>	Conduite active de l'accouchement : résultats préliminaires
<b>Autor:</b>	[s.n.]
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-950139">https://doi.org/10.5169/seals-950139</a>

### **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:** 13.01.2026

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

# Conduite active de l'accouchement

Résultats préliminaires

## Résumé

Concernés par l'augmentation du nombre de césariennes, 4 gynécologues obstétriciens du CHUV ont introduit une méthode plus active d'accouchement, dérivée de l'équipe de Dublin. Il s'agit des Drs P. Hohlfeld, O. Reymond, F. Marty, H. Bossart. Cette étude a paru dans le Journal «Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.», du numéro 8 en 1989.

Cette méthode se base sur un diagnostic plus précis du travail associé à la détection précoce et le traitement de l'insuffisance des contractions utérines par perfusion d'oxytocine.

Les résultats obtenus sur deux séries de patientes ayant accouché avant et après l'introduction de la méthode ont été comparés. Le taux de césariennes est passé de 29,6% à 21% ( $p < 0,01$ ), et la durée moyenne d'accouchement a baissé de 2 heures chez les primipares (de 7h. à 5h.:  $p < 0,0005$ ), et de 1 heure 15 minutes chez les multipares (de 4h.15 min. à 3h.:  $p < 0,0005$ ), sans conséquence pour la santé néonatale.

Leur taux de césariennes reste élevé, notamment en raison du nombre de grossesses à risque (10% de prématurés), du pourcentage de primipares (49%) et de l'indication opératoire systématique lors de présentation du siège chez une primipare.

## Note de la rédaction:

Si nous avons trouvé judicieux de faire paraître ce texte, c'est pour permettre à toute sage-femme de se tenir au courant des attitudes obstétricales qui peuvent être en cours dans certains hôpitaux; en connaissance de cause, le débat pourra ainsi évoluer concernant les fondements d'une politique interventionniste!...

## Introduction

Le département de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) de Lausanne est un lieu de formation où sont transférés un grand nombre de cas à haut risque provenant d'une large région. La fré-

quence annuelle des prématurés de moins de 37 semaines varie entre 10 et 15% des accouchements; les grands prématurés (moins de 32 semaines) représentent environ 5% et les enfants de moins de 1800 g, 3,5% des accouchements. Dans cet établissement, la santé maternelle et néonatale a toujours été considérée comme le critère de qualité le plus important et les statistiques concernant le mode d'accouchement ont toujours joué un rôle secondaire dans l'appréciation des résultats. En cas de doute la solution la plus prudente est toujours adoptée. Concernés cependant par le nombre croissant d'interventions obstétricales et en particulier par le taux très élevé de césariennes, nous avons tenté d'introduire une attitude plus active, dérivée de l'expérience du National Maternity Hospital de Dublin (active management of labour, 17).

A la différence de ces derniers, nous avons conservé la surveillance foetale systématique par cardio-tocographie (CTG) avec capteur externe pour les contractions et surveillance du rythme cardiaque foetal par enregistrement interne ou externe durant le travail. Des analgésies par péridurale sont fréquemment pratiquées. La présentation du siège chez une primipare est une indication à la césarienne dans notre service. Nous avons adopté une attitude plus active pour la conduite du travail chez les multipares tout en gardant à l'esprit les différences essentielles qui les distinguent des primipares.

Le but de cette étude est de savoir si l'introduction de cette nouvelle méthode a permis d'améliorer les résultats en matière de durée d'accouchement et de taux de césariennes notamment, sans porter préjudice à la santé néonatale.

## Patientes et méthode

Deux groupes de patientes ayant accouché à une année d'intervalle avant (groupe 1) et après (groupe 2) l'introduction de la méthode ont été étudiés. Les groupes comprennent toutes les patientes du secteur public (*remarque de la rédaction: qu'en est-il du secteur privé?*) admises en salle de travail sur une période de 6 mois (août 1986 à janvier 1987 et août 1987 à janvier 1988). Les groupes ont des caractéristiques générales comparables si l'on considère le nombre de cas, l'âge, la parité, le terme de grossesse, le poids des enfants, le nombre de transferts et le taux de prématurité (tableau 1). Cependant, même en utilisant les mêmes critères dans les deux groupes, il existe une petite différence statistiquement significative entre les valeurs moyennes de dilatation cervicale lors du début du travail. Dans tous les cas les patientes ont bénéficié de la présence constante d'une sage-femme quelles que soient, par ailleurs, les personnes qui l'accompagnent en salle de travail. Ce sont les sages-femmes qui font les accouchements normaux en présence d'un médecin (obstétricien en formation).

Dans le premier groupe l'attitude obstétricale se caractérisait par une phase d'expectative (rupture artificielle des membranes à la fin de la première phase du travail, stimulation des contractions après arrêt de la dilatation de plus de deux heures en moyenne, souvent sur membranes non rompues). Elle

Tableau 1: – Caractéristiques générales des deux groupes étudiés (moyennes des valeurs observées)

	Avant (groupe 1)	Après (groupe 2)
Nombre de patientes	550	542
Age moyen	27,6 ans	27,8 ans
Parité moyenne	1,6	1,6
Terme moyen (semaines)	39,0	38,9
Poids moyen des enfants	3'199 g	3'137 g
Nombre de cas transférés	25	23
Taux de prématurité (<37 sem)	10,7%	10,5%
Dilatation moyenne lors de l'admission	2,5 cm	2,8 cm

était suivie d'une phase plus active avec recours fréquent à la césarienne après un travail de longue durée. Le diagnostic de disproportion foeto-pelvienne fréquemment évoqué n'était pas toujours démontré, même si l'on exclut les présentations atypiques (postérieures, bregmas, etc.). En effet, sans stimulation adéquate ou tocométrie interne, il est difficile de différencier une disproportion d'une insuffisance des contractions utérines. La radiopelvimétrie anténatale ou intrapartum était parfois utilisée pour affirmer l'existence d'une disproportion (11 cas sur 550 accouchements). De plus, dans ce groupe, de faibles concentrations d'oxytocine ont été utilisée (5 UI dans 1'000 cm<sup>3</sup> (5 mUI/ml) avec augmentation lente de la vitesse de perfusion). Dans le deuxième groupe, une attitude plus rigoureuse est adoptée quant au diagnostic du travail en insistant sur un certain nombre de critères plus objectifs:

- pour les primipares: la présence de contractions utérines douloureuses est indispensable au diagnostic et elles

doivent être associées à l'effacement du col (avec ou sans dilatation);

- pour les multipares les contractions douloureuses doivent s'accompagner d'une dilatation spontanée du col à 2 cm (le seul fait que le col soit perméable n'est pas suffisant);
- la rupture spontanée des membranes ou la perte du bouchon muqueux sont des éléments supplémentaires importants permettant de poser le diagnostic de travail même en l'absence d'effacement du col chez les primipares ou de dilatation chez les multipares.

Dans ces cas, ils doivent évidemment être associés à la présence de contractions douloureuses.

Si la patiente n'est pas en travail, elle quitte la salle d'accouchement soit pour rentrer à son domicile, soit pour être hospitalisée dans la division pré-natale en cas de rupture des membranes, de tracé CTG suspect, de faux travail persistant ou d'autre pathologie.

Si le diagnostic de travail est posé, un lavement est effectué après un enregistrement cardio-tocographique de con-

trôle. Au plus tard, une heure après son arrivée, les membranes sont rompues artificiellement. Par la suite, chez les primipares, l'attention est portée sur la détection précoce de l'insuffisance des contractions en considérant principalement l'évolution de la dilatation cervicale. Si celle-ci n'est pas satisfaisante (moins de 1 cm par heure), les contractions sont renforcées au moyen d'oxytocine (10 UI dans 1'000 ml de glucose 5%, en commençant à 5 mUI/min [10 gouttes/min] et en augmentant de 10 gouttes toutes les 15 min pour arriver à 30 mUI/min [60 gouttes/min] au maximum). La dose maximale admissible est de 10 UI. En cas d'hypercinésie de fréquence (plus de 7 contractions/15 min), la perfusion est ralentie, voire stoppée momentanément. La radiopelvimétrie anténatale ou intrapartum a été supprimée. Dans tous les cas l'état général de la patiente est pris en compte. Elle est tenue constamment informée de l'évolution du travail et chaque geste thérapeutique lui est expliqué.

FAVOT BASEL

## rassurante



**VISA**  **Finalba**  
Filiale de la Société de Banque Suisse

UNE POUR TOUT. DANS LE MONDE ENTIER.

### Demande de carte VISA/Finalba

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Etat civil \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_

NPA \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

Tél. prof.: \_\_\_\_\_ privé: \_\_\_\_\_

Ancienne adresse \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

NPA \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

En fonction depuis \_\_\_\_\_

Revenu annuel (brut) \_\_\_\_\_

Relation bancaire \_\_\_\_\_

Succursale \_\_\_\_\_

No de compte \_\_\_\_\_

Uniquement pour les personnes qui ne détiennent pas de passeport suisse: \_\_\_\_\_ Prière de joindre \_\_\_\_\_

Permis de travail type B  type C  dre une copie \_\_\_\_\_

Lieu, date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Je certifie l'exactitude des données figurant sur cette demande d'établissement d'une carte et j'autorise le VISA Center de la Banque Finalba à les contrôler à tout moment. Toutes les informations seront traitées confidentiellement. Le VISA Center de la Banque Finalba peut sans indication de motif refuser cette demande de carte. Les Conditions générales seront communiquées lors de la remise de la carte. Je suis solidialement responsable de toutes mes obligations vis-à-vis du VISA Center de la Banque Finalba. Je reconnaiss Zurich comme for juridique!

A remplir et à renvoyer à l'adresse suivante:

Banque Finalba VISA Center  
Flughofstrasse 54, 8152 Glattbrugg/Zurich  
Téléphone 01/828 31 11, Télécopie 01/810 46 72



0602/6838

Pour les multipares, la même attitude est adoptée pour la rupture artificielle des membranes. Cependant, l'insuffisance des contractions étant rare après l'écoulement du liquide amniotique, l'oxytocine est utilisée avec prudence après avoir exclu une présentation pathologique, en raison du risque de rupture utérine.

Etant donné que le diagnostic de travail n'avait pas été posé avec la même rigueur dans le premier groupe, tous les partogrammes ont été repris et la durée de l'accouchement recalculée en fonction des mêmes critères. En cas de doute (manque de clarté des renseignements), les valeurs les plus favorables au premier groupe ont toujours été retenues.

Pour les calculs statistiques, le  $\chi^2$  et le test de Student non apparié ont été utilisés en considérant que les différences étaient significatives si  $p \ll 0,05$ .

## Résultats

### A. Conduite de l'accouchement

Après l'introduction de la méthode, la rupture artificielle des membranes est pratiquée systématiquement chez les patientes n'ayant pas rompu spontanément et se fait plus précocement (en moyenne à 4 cm). L'oxytocine est utilisée plus souvent et plus largement, mais durant une période significativement plus courte. La mesure du pH après prélèvement de sang foetal sur le scalp est plus fréquente (1,45% des accouchements dans le premier groupe; 8,67% dans le second groupe) (tableau II).

Le taux global de césariennes est passé de près de 30% à 21% alors que le nombre d'exactions par forceps n'a pas changé (environ 8%). Les césariennes ont diminué principalement pour les grossesses de plus de 37 semaines, puisque la différence observée pour les grossesses plus jeunes est non significative (NS) (tableau III). La diminution du nombre de césariennes pour les enfants de plus de 4'000 g n'est pas statistiquement significative.

La fréquence des césariennes observée dans le deuxième groupe reste très élevée. Cependant, un quart des indications est dû aux césariennes itératives et plus de 12% des césariennes relèvent des présentations du siège chez les primipares.

Suite au prochain numéro

Tableau II: – Modifications de l'attitude obstétricale après introduction de la conduite plus active de l'accouchement.

	Groupe 1	Groupe 2
Rupture artificielle des membranes	27,0%	49,6%*
Dilatation du col au moment de la rupture	6 cm	4 cm**
Utilisation de l'oxytocine	45,6%	58,5%*
Quantité moyenne d'oxytocine par cas	1,46 UI	2,48 UI**
Durée de perfusion d'oxytocine	4h.12	3h.11**
Mesure du pH foetal	1,45%	8,67%*

\*  $p \ll 0,001$

\*\*  $p \ll 0,0005$

Tableau III: – Comparaison des taux de césariennes dans les deux groupes.

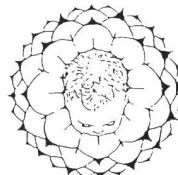
	Groupe 1	Groupe 2
Césariennes	29,6%	21,0%*
Césariennes chez les $\geq 37$ semaines	26,0%	17,5%*
Césariennes chez les $\leq 36$ semaines	59,3%	50,8%**
Césariennes pour enfants $\geq 4'000$ g	33,3%	26,5%**

\*  $p \ll 0,01$

\*\* NS

### Atelier avec le Dr Odent

27 mars 1991



Le Dr Michel Odent vient de publier cette année trois nouveaux livres:

- Mon bébé est le plus beau des mammifères, Albin Michel
- Naître et renaître dans l'eau, Presse Pocket
- Les acides gras essentiels, Jacques Lidier

Il viendra partager avec nous une synthèse de toute sa connaissance sur le thème:

### Processus physiologiques dans la période périnatale

Cette journée s'adresse à tous les professionnels de la santé: médecins – sages-femmes – infirmières – étudiantes

Lieu à préciser (dans la région Genevoise)

S'inscrire auprès de:

Heidi Girardet, 3, rue Neuve, 1260 Nyon, tél. 021 61 75 71 ou

Anny Martigny, 189, ch. des Hauts Crêts, 1253 Vandoeuvres, tél. 022 750 14 91.

\* Retenez déjà les 26 et 27 octobre 1991 pour deux jours de conférences et ateliers autour de la naissance, avec le Dr Odent, le Dr Paciornick et bien d'autres...

### Préavis:

### Le 98e congrès suisse des sage-femmes se déroulera les 20 et 21 juin

Lieu: Bâle

Dates: 20 juin: Assemblée des déléguées  
21 juin: Formation continue (de 8h.30 à env. 18h.15, avec pauses)

Thème: L'évolution de la sage-femme – comme femme et dans la vie active

Prestations: Exposés, workshops et traduction simultanée