

<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>	3
<b>Artikel:</b>	Conduite active de l'accouchement
<b>Autor:</b>	[s.n.]
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-950141">https://doi.org/10.5169/seals-950141</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:** 15.01.2026

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

# Conduite active de l'accouchement

Résultats préliminaires (suite et fin de l'article du No 2/1991)

## B. Accouchements par voie basse

L'augmentation du nombre d'accouchements par voie basse du deuxième groupe est associée à une très nette diminution de leur durée qui est en moyenne de 4h. (5h.30 pour le premier groupe). En raison de la différence de dilatation cervicale moyenne à l'admission entre les deux groupes, les temps d'accouchements pour les femmes entrées à moins de 4 cm ont été comparés, et ce gain de 1 heure et demie a été confirmé. Si l'on considère les accouchements par voie basse d'enfants de plus 4'000 g, cette différence passe à 2h.15 (*tableau IV*). La durée de la deuxième phase du travail (de dilatation complète à la naissance) est diminuée de façon significative au plan statistique, sans répercussion clinique réelle.

Le taux de pérnidurale lors d'accouchements par voie basse, situé vers 33%, n'a pas changé. Par contre cette approche plus active permet d'éviter un certain nombre de césariennes itératives. En effet, seules 14,6% des patientes ayant eu une césarienne dans leurs antécédents accouchaient par voie basse dans le premier groupe, alors que 37,8% accouchent normalement dans le second groupe ( $0,01 \ll p \ll 0,02$ ). Dans ces cas, la même concentration d'oxytocine est utilisée mais l'augmentation de la vitesse de perfusion est réduite.

## C. Les primipares

La population des primipares est comparable dans les deux groupes, tant en ce qui concerne le nombre que les moyennes d'âge, le terme et la dilatation cervicale lors de l'admission. Le poids moyen des enfants présente une légère différence (3'174 g dans le groupe 1 et 3'076 g dans le groupe 2:  $p \ll 0,05$ ).

Chez les primipares, la proportion de césariennes est abaissée de 14% environ, passant de 35% à 21% (*tableau V*). Si l'on considère les grossesses de plus de 37 semaines, la proportion tombe de 33,3% à 17,7%. Pour les grossesses uniques, en présentation

céphalique, de plus de 37 semaines ne présentant pas de souffrance foetale aiguë à l'admission, le taux passe de 26,1% à 12,1%.

Ceci est dû en grande partie à la diminution des indications pour disproportions foeto-pelviennes dont le rapport est passé de 29 pour 94 à 9 pour 56 césariennes (*tableau VI*). Avant l'introduction de la conduite active de l'accouchement, les mesures de pelvimétrie externe et de taille étaient prises en compte et conduisaient à une radiopelvimétrie chez 7% des patientes de moins de 160 cm. Chez ces patientes de petite taille (n=93), la proportion

de césariennes est de 45% dans le groupe 1, alors qu'elle tombe à 20% dans le groupe 2 (n=103).

Le nombre d'extractions par forceps reste constant chez les primipares, aux environs de 13% des naissances. La durée d'accouchement est nettement plus courte avec un gain de deux heures en moyenne.

Ceci est valable même si l'on ne considère que les enfants de plus de 3'500 g pour éviter le biais introduit par la seule différence constatée entre les caractéristiques générales des deux groupes, à savoir les moyennes de poids des enfants (*tableau VII*). La durée de la deuxième phase du travail (phase d'expulsion) est inchangée, de même que le taux de pérnidurale lors d'accouchement par voie basse (environ 50%).

Comme le montre la *figure 1*, 45% des primipares accouchent en moins de

*Tableau IV: – Comparaison des temps d'accouchement dans les deux groupes.*

	Groupe 1	Groupe 2
Durée de l'accouchement	5h.30	4h.*
Durée accouchement (entrée à $\leq 4$ cm)	6h.	4h.39**
Durée accouchement (enfants $\geq 4'000$ g)	6h.23	4h.8**
Durée de la deuxième phase du travail	48 min	42 min***

\*  $p \ll 0,0005$

\*\*  $p \ll 0,01$

\*\*\*  $p \ll 0,05$

*Tableau V: – Comparaison des taux de césariennes chez les primipares.*

	Groupe 1	Groupe 2
Césariennes chez les primipares	34,8%	21,1%*
Césariennes primipares $\geq 37$ semaines	33,3%	17,7%*
Césariennes primipares $\geq 37$ semaines, foetus unique, présentation céphalique, sans souffrance foetale à l'entrée	26,1%	12,1%*

\*  $p \ll 0,001$

*Tableau VI: – Répartition des indications à la césarienne chez les primipares*

- a) souffrance foetale aiguë durant le travail, retard de croissance intra-utérin, prématurité.
- b) Pré-éclampsie, Hellp syndrome, malformation orthopédique, maladie cardiaque.

Indications	Groupe 1	Groupe 2
Disproportions foeto-pelviennes	29	9
Présentations postérieures	17	5
Indications foetales (a)	23	22
Présentation du siège	19	14
Indications maternelles (b)	6	6
Total	94	56
Rapports indications DFP/autres	1/3	1/6

6 heures et 37% en plus de 8 heures dans le groupe 1. Dans le groupe 2 (figure 2), 64% des primipares ont un travail de moins de 6 heures et seuls 15% de plus de 8 heures.

#### D. Les multipares

Chez les multipares, la fréquence des césariennes ne varie pas de façon statistiquement significative, passant de 24,6% à 20,9%. Le nombre de forceps reste constant à 2,5%.

La durée d'accouchement est réduite de 1h.15 (moyenne du 1er groupe: 4h.15; moyenne du second groupe: 2h.59;  $p \ll 0,0005$ ) et la deuxième phase du travail de 10 min (moyenne du 1er groupe: 30 min; moyenne du second groupe: 20 min;  $p \ll 0,0005$ ). Pour les accouchements par voie basse les péridurales sont moins fréquentes dans le second groupe (14,1%) avec une diminution de  $\frac{1}{3}$  par rapport au premier groupe (21,8%) ( $p \ll 0,05$ ). La figure 3 montre que 76% des multipares accouchent en moins de 6h. et 13% en plus de 8h. dans le groupe 1. Dans le groupe 2 (figure 4), 92% des multipares ont un travail de moins de 6h. et seuls 3,6% de plus de 8h.

**E. Déclenchements artificiels du travail**  
les déclenchements artificiels représentent respectivement 14% et 18% des accouchements dans les groupes 1 et 2. Dans ce cadre le groupe 2 présente une diminution de la durée du travail qui est en moyenne de 5h.23, alors que dans le groupe 1 elle est de 7h.13 ( $p \ll 0,0005$ ). Le début de la perfusion d'oxytocine a été considéré comme le début du travail. Le pourcentage de césariennes n'a pas été modifié. Celui-ci est en effet de 25,6% dans

Tableau VII: – Comparaison des durées d'accouchement chez les primipares.

	Groupe 1	Groupe 2
Durée d'accouchement primipares	6h.59	4h.57*
Durée d'accouchement (enfants $\gg 3'500$ g)	7h.56	6h.09**
Durée de la 2e phase du travail	1h.09	1h.04***

\*  $p \ll 0,0005$

\*\*  $p \ll 0,01$

\*\*\* NS

Tableau VIII: – Comparaison des constatations faites à la naissance dans les deux groupes.

	Groupe 1	Groupe 2
pHa moyen	7,25	7,25
pHv moyen	7,33	7,34*
Apgar à 5 minutes	9,11	9,11
Apgar cumulé	26,79	26,745*
Liquide amniotique méconial	7,64%	9,59%*

\* NS

le groupe 1 et de 17,6% dans le groupe 2, sans que cette différence soit statistiquement significative.

#### F. Etat néonatal

L'introduction de cette méthode ne semble pas avoir eu d'effet sur la santé néonatale. Aucune différence significative n'a été décelée lors de l'étude des pH artériels et veineux du cordon à la naissance, des Apgar à 5 min et des Apgar cumulés qui sont tous superposables (tableau VIII). L'augmentation apparente des cas de liquide amniotique méconial n'est pas statistiquement significative.

Ces différents paramètres ont été étudiés au sein de divers sous-groupes (accouchements par voie basse quelle que soit la parité, primipares, multipares, en considérant respectivement les accouchements par voie basse, les for-

ceps et les césariennes) et aucune différence n'a été mise en évidence. Les pourcentages de score d'Apgar en dessous de 7 à 5 min (6% environ), ainsi que de pH veineux en dessous de 7,20 à la naissance (2,5%) sont les mêmes dans les deux groupes.

Quoique absolument non significatifs sur un si petit nombre d'accouchements, le taux de mortalité périnatale n'a pas changé (mortalité périnatale standard: premier groupe: 7,27 pour mille; second groupe: 9,22 pour mille; NS). Il n'y a pas eu de mort intrapartum dans les groupes étudiés.

L'incidence et la gravité des icterus néonatals n'ont pas été modifiées. Si l'on ne considère que les icterus non liés à une incompatibilité et qui ont nécessité une photothérapie, l'incidence est de 15,7% dans le groupe 1 et de 11,0% dans le groupe 2 ( $p \ll 0,05$ ).

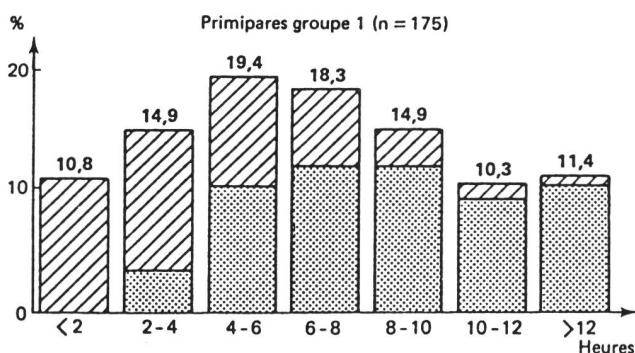


Figure 1: Durée de l'accouchement des primipares du groupe 1. La zone foncée correspond à la proportion de patientes ayant reçu de l'oxytocine.

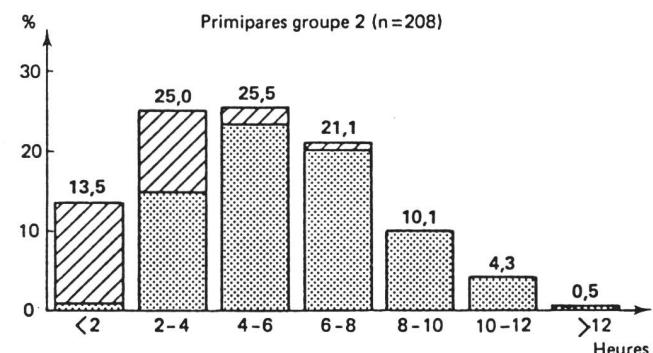


Figure 2: Durée de l'accouchement des primipares du groupe 2. La zone foncée correspond à la proportion de patientes ayant reçu de l'oxytocine.

Par ailleurs, si les deux groupes sont réunis, l'incidence des ictères de tous degrés est la même pour les accouchements spontanés et les accouchements stimulés par oxytocine.

### Discussion

L'introduction d'une méthode plus active d'accouchement a permis de diminuer nettement la durée du travail, que ce soit pour les primipares ou les multipares et ceci malgré le fait que nous ayons inclus les déclenchements artificiels en considérant le début de la perfusion d'oxytocine comme début de travail, contrairement à d'autres études (23).

Ces progrès ont été réalisés en partie grâce à la précision du diagnostic de travail (sa confirmation ou son infirmation). C'est un élément très important qui facilite par ailleurs l'enseignement aux élèves sages-femmes et aux obstétriciens en formation. Un autre aspect essentiel est la détection précoce de l'insuffisance des contractions et son traitement adéquat. Le contrôle de la dilatation cervicale est le critère principal utilisé dans cette série pour apprécier la qualité des contractions chez les primipares en début de travail.

les avantages d'un travail plus court sont nombreux: les patientes, les nouveau-nés et l'équipe soignante en bénéficient. De fait, le stress émotionnel et physique enduré par les patientes est généralement fonction du temps passé en salle de travail. Pour l'enfant un accouchement court évite l'épuisement et les souffrances foetales souvent constatées après 12 heures de travail. les sages-femmes, particulièrement concernées par l'érosion de leur rôle traditionnel, participent plus activement au diagnostic et à la conduite du

travail. L'augmentation du nombre d'accouchements normaux qu'elles peuvent effectuer n'y est pas étranger. La durée de travail pour les primipares et les multipares du groupe 2 correspondent aux résultats publiés par d'autres équipes pratiquant la conduite active de l'accouchement (17, 22).

L'introduction de la méthode n'a pas modifié les critères de santé néonatale utilisés. L'utilisation plus large d'oxytocine n'a pas eu d'effet néfaste sur l'incidence des ictères néonataux, ce qui confirme les résultats publiés par Boylan (5).

Cette approche plus active a diminué la fréquence des césariennes en réduisant notamment les indications erro- nées de disproportion foeto-pelvienne. Ceci est particulièrement frappant pour les grossesses uniques, en présentation céphalique, de plus de 37 semaines, ne présentant pas de souffrance foeta- le aiguë à l'admission; le chiffre de 12% observé dans le groupe 2 restant encore élevé par rapport aux résultats publiés (1). La suppression de la radio- pelvimétrie anténatale ou intrapartum a contribué aussi à augmenter les épreuves de travail chez les primipares, puisque dans le groupe 1 certaines indications à la césarienne étaient posées sur des critères radiologiques avant tout début de travail. La plus lar- ge utilisation du prélèvement de sang foetal intrapartum pour la mesure du pH est également en cause. Il a été démontré que les césariennes tendent à diminuer lorsque la surveillance foetale par monitorage continu est associée à la mesure du pH (11).

Notre taux global de césariennes reste important. Ceci est dû en partie au fait qu'une politique interventionniste a des

répercussions, même après le change- ment d'attitude. D'une part elle aug- mente les indications des césariennes itératives car la conduite d'un accou- chement sur utérus cicatriciel est plus délicate. D'autre part, durant leur pre- mier accouchement les patientes sont convaincues que leur bassin est «rétréci» et elles ne désirent pas tenter un ac- couplement par voie basse par peur ou simplement par souci de confort personnel (13). De plus, ce genre d'at- titude crée parmi le personnel soignant des réflexes de crainte qui sont difficiles à faire disparaître. Enfin, près de la moitié des césariennes effectuées avant le travail sont dues à des utérus cicatriciels (14).

Mais dans les groupes étudiés, les pri- mipares représentent 49% des admis- sions en salle de travail. Un pourcen- tage élevé de primipares a une influence non négligeable sur l'incidence des césariennes (4, 10). A titre de compa- raison il n'y a que 36% de primipares à Dublin en 1984 (17). L'usage systéma- tique du monitorage foetal par cardio- tocographie est un élément qui tend à augmenter le nombre d'interventions obstétricales (21). Les prématurés sont fréquents dans notre population et plus de la moitié subissent une césarienne. Le pourcentage des enfants de moins de 1'500 g est de 3,5% alors qu'il est de 0,1% à Dublin (15). Enfin, plus de 50% des cas transférés d'urgence depuis d'autres hôpitaux nécessitent une césarienne immédiate.

Il s'agit donc d'une première étape et cette politique sera poursuivie non pas dans un but purement statistique, mais bien à cause du risque de morbidité et de mortalité maternelle lié à la césa- rienne (18, 20), même si ce dernier est

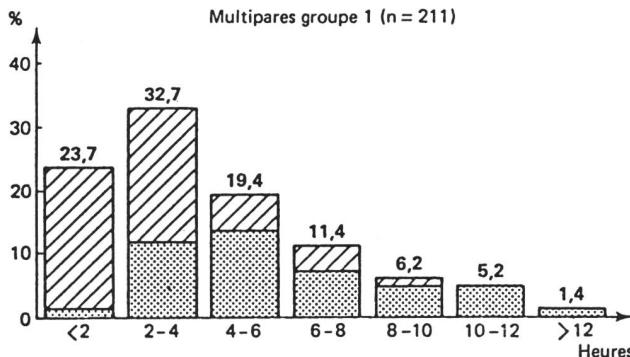


Figure 3: Durée de l'accouchement des multipares du groupe 1. La zone foncée correspond à la proportion de patientes ayant reçu de l'oxytocine.

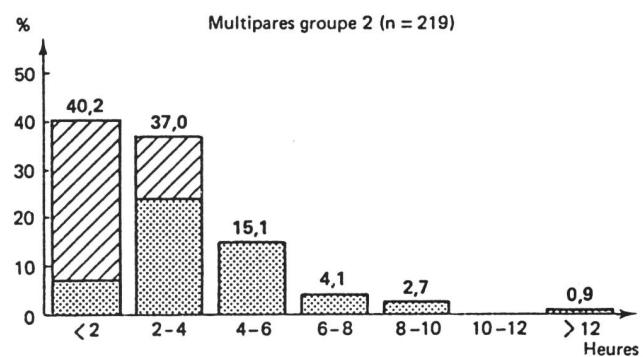


Figure 4: Durée de l'accouchement des multipares du groupe 2. La zone foncée correspond à la proportion de patientes ayant reçu de l'oxytocine.

extrêmement faible dans les grands centres hospitaliers modernes (7). Ce but doit pouvoir être atteint sans risque pour la santé néonatale (16, 19) en considérant non seulement les taux de morbidité et de mortalité en général, mais en différenciant les risques en fonction de l'âge de gestation, du poids des enfants et de la position de présentation (2). Il est indispensable que toute patiente puisse bénéficier d'une épreuve de travail, quelles que soient sa taille ou les valeurs de sa pelvimétrie externe, pour autant qu'il n'y ait pas de complication obstétricale associée. 80% des primipares de moins de 160 cm peuvent accoucher par voie basse dans le second groupe, ce qui correspond aux chiffres publiés (12).

Le diagnostic de disproportion foeto-pelvienne n'a en général pas de valeur pronostique d'une grossesse à l'autre et les patientes ayant subi une césarienne antérieurement doivent pouvoir bénéficier d'une épreuve de travail (13). Selon Lavin, le taux d'accouchements par voie basse est de 33% si l'indication à la césarienne était une disproportion et de 74% si l'indication était différente (9). La radiopelvimétrie doit être réservée aux grossesses uniques en siège, ou aux bassins grossièrement pathologiques (status après fracture, malformation orthopédique) (24). Dans tous les autres cas elle ne doit être utilisée qu'en postnatal pour confirmer éventuellement un diagnostic de disproportion (8).

Cette étude a montré que la conduite active de l'accouchement, quoique contestée par certains auteurs (6), présente des avantages dans notre population.

Il est évident que son introduction a modifié de nombreux éléments. L'attention portée à la durée du travail, la précision des diagnostics et l'attitude plus positive de l'équipe soignante face aux épreuves de travail sont des facteurs importants de progrès (13). Il n'est donc pas possible d'incriminer l'un ou l'autre changement dans notre attitude pour expliquer les résultats.

Dans notre service, les statistiques de 1977 à 1986 portant sur 13'670 naissances montrent une mortalité périnatale de 11,4 pour mille (17,9 pour mille à Dublin). Ceci inclut toutes les naissances à partir de 28 semaines, les enfants malformés et les morts néona-

tales des 28 premiers jours. Il y a eu un décès maternel, ce qui correspond à une mortalité de 0,7/10'000 accouchements. Ces chiffres se comparent

favorablement à ceux publiés dans la littérature (3, 10) et nous tenons beaucoup à conserver cette qualité de résultats. □

## Références

- 1) Akouri H., et coll.: Active management of labor and operative delivery in nulliparous women. Am. J. Obstet. Gynecol. 1988, 158, 255-258.
- 2) Battaglia F.C.: Reducing the cesarean-section rate safely. N. Engl. J. Med., 1988, 319, 1540-1541.
- 3) Blondel B., Darchy P., Kaminski M.: Mortalité foeto-infantile et maternelle. In: Rumieu-Rouquette C., du Mazaubrun C., Rabarison Y., Naître en France. INSERM/Doin, Paris, 1984, 19-33.
- 4) Boisselier P., Maghioracos P., Marpeau L., Hajali B., Barrat J.: Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1987, 16, 251-260.
- 5) Boylan P.: Oxytocin and neonatal jaundice. Br. Med. J., 1976, ii, 564-565.
- 6) Cohen G.R. et coll.: A prospective randomized study of the aggressive management of early labor. Am. J. Obstet. Gynecol., 1987, 157, 1174-1177.
- 7) Frigoletto F.D., Ryan K. J., Philippe M.: Maternal mortality rate associated with cesarean section: an appraisal. Am. J. Obstet. Gynecol. 1980, 136, 969-970.
- 8) Joyce D.N., Giwa-Osagie F., Stevenson G.W.: Role of pelvimetry in active management of labour. Br. Med. J., 1975, 4, 505-507.
- 9) Lavin J.P. et coll.: Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. Obstet. Gynecol., 1982, 59, 135-147.
- 10) Leveno K.J. et coll.: Cesarean section: an answer to the House of Horne. Am. J. Obstet. Gynecol., 1985, 153, 838-844.
- 11) Mac Donald D. et coll.: The Tublin randomized controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. Am. J. Obstet. Gynecol., 1985, 152, 524-539.
- 12) Mahmood T.A., Campbell D.M., Wilson A.W.: Maternal height, shoe size, and outcome of labour in white primigravidae: a prospective anthropometric study. Br. Med. J. 1988, 297, 515-517.
- 13) Meier P.R., Porreco R.P.: Trial of labor following cesarean section: a two-year experience. Am. J. Obstet. Gynecol., 1982, 144, 671-677.
- 14) Melchior J., Bernard N., Raoust I.: Evolution des indications à la césarienne. Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. CNGOF. Vigot Diffusion, Paris, 1982, 319-337.
- 15) Myers S.A., Gleicher N.: A successful program to lower cesarean-section rates. N. Engl. Med., 1988, 319, 1511-1516.
- 16) O'Driscoll K., Foley M.: Correlation in perinatal mortality and increase in Cesarean section rates. Obstet. Gynecol., 1983, 61, 1-5.
- 17) O'Driscoll K., Meagher D.: Active management of labour. Baillière, Tindall, London, 1986.
- 18) Pettitt D.B. et coll.: In-hospital maternal mortality in the United States: time trends and relation to method of delivery. Obstet. Gynecol., 1982, 59, 6-12.
- 19) Porreco R.P.: High cesarean section rate: a new perspective. Obstet. Gynecol., 1985, 65, 307-311.
- 20) Rubin G.L. et coll.: Maternal death after cesarean section in Georgia. Am. J. Obstet. Gynecol., 1981, 139, 139-142.
- 21) Thacker S.B.: The efficacy of intrapartum fetal monitoring. Am. J. Obstet. Gynecol., 1987, 156, 24-30.
- 22) Turner M.J., Brassil M., Gordon H.: Active management of labor associated with a decrease in the cesarean section rate in nulliparas. Obstet. Gynecol., 1988, 71, 150-154.
- 23) Turner M.J., Webb J.B., Gordon H.: Active management of labour in primigravidae. J. Obstet. Gynecol., 1986, 7, 79-83.
- 24) Vokaer R., Barrat J., Bossart H., Lewin D., Renaud R.: Traité d'obstétrique, Tome 2: La grossesse pathologique et l'accouchement dystocique, p. 453-456. Masson, Paris, 1985.