

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 112 (2014)
Heft: 10

Artikel: Consensus en matière de soins : prévention en toute sécurité de la césarienne primaire : recommandation de l'ACOG
Autor: [s.n.]
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949318>

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: 07.02.2026

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

Consensus en matière de soins: Prévention en toute sécurité de la césarienne primaire – Recommandations de l'ACOG

The American College of Obstetricians and Gynecologists (2014) Obstetric Care Consensus.
Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. Obstetrics & Gynecology, 123(3), 693–711

Disponible dans sa version originale (en anglais) sur: <http://www.acog.org> Résumé traduit en allemand: Sage-femme.ch, mai 2014, 16-17
Traduction: Josianne Bodart Senn, Maria-Pia Politis Mercier

Résumé

En 2011, une femme sur trois mettant au monde un enfant aux Etats-Unis a subi une césarienne. Certes, les césariennes permettent de sauver la vie du fœtus, de la mère ou, dans certains cas, des deux. Toutefois, la hausse rapide des taux de naissance par césarienne entre 1996 et 2011 – sans aucune preuve significative de baisse simultanée de morbidité ou de mortalité maternelles ou néonatales – amène à se demander si le recours à la césarienne est si souvent justifié. Les écarts constatés dans les accouchements par voie basse chez les nullipares, présentant une grossesse unique, à terme et en présentation céphalique indiquent que les standards de pratique clinique influencent le nombre de césariennes effectuées. Les indications les plus fréquemment énoncées pour une césarienne primaire sont par ordre de fréquence: un travail dystocique, un rythme cardiaque fœtal anormal ou atypique, une présentation fœtale anormale, une grossesse multiple ou une suspicion de macrosomie fœtale.

Une réduction sûre des accouchements par césarienne primaire requiert différentes approches, en fonction des indications. Par exemple, il peut être nécessaire de redéfinir la dystocie du travail, parce que les données actuelles montrent que la dilatation du col de l'utérus est beaucoup plus lente que ce que l'on a cru jusqu'à présent. En outre, une interprétation améliorée et standardisée ainsi que la gestion de la fréquence cardiaque fœtale ont également un impact. Toujours plus de femmes ont accès aux interventions non médicales pendant les contractions, par un accompagnement en continu, pour lequel il a été démontré un impact sur la réduction des taux de césarienne. La version externe en cas de présentation podalique, de même que la tentative d'accouchement spontané en cas de naissance gémellaire à condition que le premier enfant se présente en position céphalique ne sont que quelques exemples d'interventions pouvant contribuer à faire baisser le nombre de césariennes primaires.

Risque des issues maternelles et néonatales indésirables selon le mode d'accouchement

Issues	Risques	
Maternelles	Accouchement vaginal	Césarienne
Au total,		
morbidité sévère	8,6%	9,2%
et mortalité	0,9%	2,7%
Mortalité maternelle	3,6 : 100 000	13,3 : 100 000
Embolie amniotique	3,3 – 7,7 : 100 000	15,8 : 100 000
Déchirures périnéales 3 ^e et 4 ^e degrés	1–3%	non disponible (césarienne planifiée)
Anomalies de placentation	Augmentent en cas d'antécédent de césarienne et le risque s'accroît encore pour chaque césarienne supplémentaire	
Incontinence urinaire	Aucune différence entre césarienne et accouchement vaginal après 2 ans	
Dépression postpartale	Aucune différence entre césarienne et accouchement vaginal	
Néonatales	Accouchement vaginal	Césarienne
Coupures	non disponible	1–2%
Troubles respiratoires	< 1%	1–4% (sans travail)
Dystocie des épaules	1–2%	0%

Recommandations pour une prévention en toute sécurité des césariennes primaires

Recommandation | Force de cette recommandation

Phase de dilatation

- Une phase de dilatation prolongée (par exemple, supérieure à 20 heures chez les primipares et à 14 heures chez les multipares) ne peut constituer une indication de césarienne. | 1B, recommandation ferme, qualité modérée des preuves.
- Des contractions lentes mais progressives durant la phase de dilatation ne constituent pas une indication de césarienne. | 1B, recommandation ferme, qualité modérée des preuves.
- Une dilatation du col de 6 cm doit être considérée, pour la plupart des femmes, comme le seuil de la phase active. Par conséquent, les normes pour la phase active ne doivent pas être appliquées avant que la dilatation n'atteigne 6 cm. | 1B, recommandation ferme, qualité modérée des preuves.

- La césarienne pour cause d'arrêt de progression du travail doit être réservée aux femmes ayant une dilatation de 6 cm ou plus, avec une rupture des membranes et un arrêt de progression du travail malgré une activité utérine adéquate ou, après une administration d'ocytocine durant au moins six heures, avec une activité utérine inefficace et aucune modification cervicale. | *1B, recommandation ferme, qualité modérée des preuves.*

Deuxième phase

- Un temps maximum absolu spécifique pour la durée de la deuxième phase, au terme duquel une naissance instrumentée devrait être réalisée, n'a pas pu être identifié. | *1C, recommandation ferme, faible qualité des données.*
- Avant de diagnostiquer un arrêt de la phase d'expulsion, et si l'état de la mère et de l'enfant le permettent, il faudrait encore laisser:
 - au moins deux heures de poussées pour les multipares (1B)
 - au moins trois heures de poussées pour les primipares (1B)
 Une période plus longue peut être envisagée individuellement pour autant que la progression soit enregistrée (par exemple, sous péridurale ou en cas de présentation fœtale anormale). | *1B, recommandation ferme, qualité modérée des preuves.*
- Les accouchements vaginaux instrumentés réalisés durant la phase d'expulsion par un personnel médical expérimenté et bien formé doivent être considérés comme une alternative sûre et acceptable à la césarienne. Dans cette perspective, il faudrait promouvoir la formation continue des compétences pratiques en vue d'accouchements vaginaux instrumentés. | *1B, recommandation ferme, qualité modérée des preuves.*
- Les rotations manuelles de la tête fœtale en cas de présentation céphalique en variété postérieure ou transverse durant la phase d'expulsion sont des interventions appropriées qui devraient être prises en compte avant de passer à un accouchement vaginal instrumenté ou à une césarienne. Pour éviter sans danger une césarienne en cas de présentation céphalique en variété postérieure ou transverse, il est important d'évaluer la présentation fœtale durant la phase d'expulsion, en particulier lors de descente anormale du fœtus. | *1B, recommandation ferme, qualité modérée des preuves.*

Surveillance du rythme cardiaque fœtal

- En cas de décélérations variables répétées du rythme cardiaque fœtal une amnioninfusion permet de réduire en toute sécurité le nombre des césariennes. | *1A, recommandation ferme, haute qualité des preuves.*
- La stimulation digitale du cuir chevelu fœtal peut être utilisée pour essayer d'évaluer le rapport acido-basique du fœtus, lorsque l'enregistrement est anormal ou indéterminé (anciennement, non rassurant) (par exemple, en cas de variabilité minimale) et, sous ces conditions, elle constitue une alternative à la césarienne. | *1C, recommandation ferme, faible qualité des données.*

Déclenchement du travail

- Avant 41 sem. 0/7, un déclenchement n'est justifié que sur indication maternelle ou fœtale. A 41 sem. 0/7 et après, un déclenchement peut se faire pour faire baisser le risque de césarienne et le risque de morbidité périnatale ou de mortalité. | *1A, recommandation ferme, haute qualité des preuves.*
- Les méthodes de maturation cervicale doivent être appliquées, lorsque la naissance est déclenchée avec un col défavorable. | *1B, recommandation ferme, qualité modérée des preuves.*
- Si l'état de la mère et du fœtus le permettent, la césarienne peut être évitée en cas d'échec du déclenchement durant la phase de latence. Il convient d'attendre la fin de la durée maximale de la période de latence (jusqu'à 24 heures ou plus) et l'administration maximale d'ocytocine pour au moins 12 à 18 heures après la rupture des membranes, pour commencer à considérer que le déclenchement a échoué. | *1B, recommandation ferme, qualité modérée des preuves.*

Présentation fœtale podalique

Cette présentation fœtale doit être diagnostiquée et documentée après 36 sem. 0/7, c'est alors seulement qu'une version céphalique externe peut être proposée. | *1B, recommandation ferme, qualité modérée des preuves.*

Suspicion de macrosomie fœtale

La césarienne envisagée pour éviter un traumatisme potentiel devrait être limitée en fonction du poids estimé de l'enfant: au moins 5000 g chez les femmes sans diabète et au moins 4500 g chez les femmes atteintes de diabète. La prévalence d'un poids de naissance supérieur à 5000 g ou plus est rare et les femmes doivent être informées que la mesure du poids du fœtus, en particulier en fin de grossesse, reste imprécise. | *2C, recommandation faible, faible qualité des données.*

Prise de poids maternel excessif

Les femmes devraient être informées et conseillées au sujet des lignes directrices IOM (Institut of Medicine) concernant la prise de poids durant la grossesse, afin qu'elles essayent d'éviter un excès de prise de poids. | *1B, recommandation ferme, qualité modérée des preuves.*

Grossesses gémellaires

Lorsque le premier jumeau se présente en position céphalique, les résultats ne sont pas améliorés par la césarienne. C'est pourquoi les femmes dont les jumeaux se présentent en position céphalique/céphalique, ou en position céphalique/non céphalique devraient être incitées à tenter un accouchement vaginal. | *1B, recommandation ferme, qualité modérée des preuves.*

Autres

Les individus, organisations et associations professionnelles devraient veiller à ce que des recherches soient menées pour améliorer la base de connaissances en vue de décisions plus efficaces face à la nécessité d'une césarienne et en vue de nouvelles lignes directrices permettant de réduire en toute sécurité le nombre de césariennes primaires. | *1C, recommandation ferme, faible qualité des données.*