

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 122 (2024)
Heft: 12

Artikel: Auscultation foetale intermittente pendant l'accouchement
Autor: Brailey, Sue
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1072778>

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>

Auscultation foetale intermittente pendant l'accouchement

L'évaluation du bien-être fœtal pendant le travail fait partie intégrante du rôle de la sage-femme dans les soins intrapartum, c'est un fait reconnu depuis longtemps. La meilleure façon de surveiller le rythme cardiaque foetal reste une question d'actualité, et la recherche d'une méthode fiable et précise se poursuit. Aujourd'hui, les deux options de surveillance du rythme cardiaque fœtal qui s'offrent aux professionnel·le·s de santé sont la surveillance par cardiotocographe en continu et l'auscultation intermittente. C'est cette dernière qui est explorée dans cet article.

TEXTE :
SUE BRAILEY

L'auscultation foetale intermittente (AI) est le terme utilisé pour décrire l'écoute des bruits du cœur du fœtus à des intervalles spécifiques au cours du travail, dans le but de détecter des signes de souffrance éventuelle chez le fœtus. Elle peut être effectuée à l'aide d'un stéthoscope portable de type doppler ou Pinard. Cette méthode a été développée en partie en raison des inconvénients du cardiotocographe (CTG) en continu (en anglais, *continuous electronic fetal monitoring*). Les inconvénients du CTG en continu systématique pour toutes les femmes en travail sont bien documentés et les études montrent que, comparé à l'AI, le CTG en continu ne réduit pas le taux de mortalité ou de morbidité périnatale, mais entraîne une augmentation du taux de césariennes et d'accouchements instrumentaux (Alfirevic *et al.*, 2017; Bassel *et al.*, 2021).

Surveillance foetale continue

Parallèlement à l'augmentation du taux de césariennes et d'accouchements instrumentaux chez les femmes faisant l'objet d'une surveillance continue, de nombreuses discussions portent sur l'expérience du CTG en continu par rapport à l'AI. Certaines femmes se sont déclarées rassurées par le CTG en continu, trouvant le son du rythme cardiaque réconfortant (Murray *et al.*, 2024). Pour d'autres femmes, la présence du «moniteur» est source d'anxiété, en particulier lorsque la perte de contact entraîne l'absence de rythme cardiaque ou que l'amplification du pouls maternel se traduit par un faible rythme cardiaque audible (Benton *et al.*, 2020).

Restriction de la mobilité

L'importance du mouvement pendant le travail pour favoriser la progression physiologique du travail est bien documentée (Reitter *et al.*, 2014; Borges *et al.*, 2021; Sven & Michel, 2002). La restriction de la liberté de mouvement et de positionnement de la mère pendant le travail sont des thèmes clés récurrents mis en exergue dans la recherche qualitative sur l'expérience des femmes en matière de monitoring (Murray *et al.*, 2024). Bien que la limitation des mouvements soit

réduite avec le monitoring sans fil, les études sur l'expérience des femmes en la matière indiquent que cette méthode perturbe encore beaucoup leur travail, en raison des tentatives répétées des sages-femmes pour optimiser l'enregistrement du cœur du fœtus (Coddington *et al.*, 2023).

le centre d'intérêt dans la pièce, mais c'est la machine. Les femmes ont signalé que le CTG en continu réduisait les soins personnels, perturbait leur intimité et provoquait un sentiment de dépersonnalisation (Barber *et al.*, 2013; McMahon, 2019). En outre, les sages-femmes ont également signalé une

La femme n'est plus le centre d'intérêt dans la pièce, mais c'est la machine.

Dépersonnalisation

L'effet négatif le plus important du CTG en continu, outre la restriction de la mobilité, est peut-être la façon dont elle affecte l'environnement de l'accouchement et les soins prodigués aux femmes. La femme n'est plus

réduction des soins holistiques une femme – une sage-femme (*one to one*) pendant le travail (Fox *et al.*; 2022), le fait qu'elles se sentent observées et que le CTG en continu interfère dans leur jugement professionnel (Small *et al.*, 2021; Smith *et al.*; 2021).



Anjie Krohl-Witzer

Auscultation intermittente

L'évaluation minutieuse de la forme de surveillance la plus adaptée pour une femme est un rôle essentiel de la sage-femme. Idéalement, cette question devrait être abordée au cours de la période prénatale. C'est finalement à la femme de choisir la méthode de surveillance, et de décider si elle doit être surveillée ou non.

L'AI est devenue la méthode de choix pour surveiller les femmes à faible risque pendant le travail (Martis *et al.*, 2017) pour les raisons susmentionnées. Afin de surveiller efficacement les signes de souffrance fœtale, les sages-femmes doivent avoir une bonne compréhension des réactions physiologiques qui se produisent pendant le travail et des signes qui pourraient indiquer une souffrance du fœtus. L'objectif de l'AI est de détecter les deux paramètres les plus importants de la fréquence cardiaque fœtale, à savoir la ligne de base et les décélérations tardives, car l'existence d'une ligne de base ascendante et de décélérations tardives présente la corrélation la plus significative avec l'hypoxémie/acidémie fœtale (Gracia-Perez-Bonfils & Chandharan, 2017).

Dispositif

Il n'existe aucune preuve scientifique concernant le dispositif, la fréquence ou la

durée idéaux pour l'AI. Le régime le plus courant que l'on trouve en faisant une revue des directives internationales est l'auscultation pendant une minute toutes les 15 mi-

Le régime le plus courant est l'auscultation pendant une minute toutes les 15 minutes après une contraction pendant le travail actif et toutes les 5 minutes pendant la deuxième phase active.

nutes après une contraction pendant le travail actif et toutes les 5 minutes pendant la deuxième phase active (Blix *et al.*, 2019). Pour plus de précision et une détection plus facile d'une ligne de base ascendante, la fréquence cardiaque fœtale doit être enregistrée sous la forme d'un chiffre unique plutôt que sous la forme d'une fourchette.

Bonnes pratiques

Les bonnes pratiques liées à l'AI sont l'enregistrement de la fréquence cardiaque fœtale de base en tant que chiffre unique lors des consultations prénatales, afin de se faire une idée de ce qu'est une fréquence de base normale pour ce bébé, et la palpation du pouls maternel en même temps que l'auscultation du cœur du fœtus pour différencier les deux fréquences cardiaques. Par exemple, un rythme de base de 150 bpm, bien que se situant dans les limites de la normale, n'est pas habituel pour un bébé dont la gestation est de 42/40 et justifie un examen plus approfondi. Si des anomalies du rythme cardiaque fœtal sont détectées grâce à l'AI, le CTG en continu doit être utilisé pour évaluer le bien-être du fœtus. Si le tracé est jugé normal pendant une période de 20 minutes, il est recommandé de revenir à l'AI (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022).

L'une des critiques formulées à l'encontre de l'AI concerne l'incapacité de la méthode à évaluer la variabilité de la fréquence cardiaque fœtale. Une variabilité réduite peut indiquer une hypoxie. Cependant, il s'agit d'un signe tardif d'atteinte fœtale qui se produit après la présence de décélérations tardives et d'une ligne de base ascendante, ce qui devrait alerter la sage-femme pour qu'elle passe au CTG en continu avant l'apparition d'une variabilité réduite.

Intelligent structured intermittent auscultation

Le cadre de l'*Intelligent structured intermittent auscultation* (ISIA) (en français: auscultation intermittente structurée intelligemment) (Maude *et al.*, 2016) a permis de réduire le nombre de femmes soumises à une surveillance continue en Nouvelle-Zélande et a été conçu pour guider les femmes et les prestataires de soins de maternité dans leur prise de décision concernant le choix de la surveillance, la pratique clinique, l'interprétation et l'action sur l'utilisation de l'AI (pour plus de précisions, voir encart ci-contre).

Pour certaines femmes qui connaissent des complications ou une intervention obstétricale, le CTG en continu est le moyen le plus approprié de surveiller la façon dont le bébé fait face aux exigences supplémentaires d'un travail compliqué.

Une femme - une sage-femme

Cependant, pour la majorité des femmes, l'AI est la méthode de choix pour surveiller



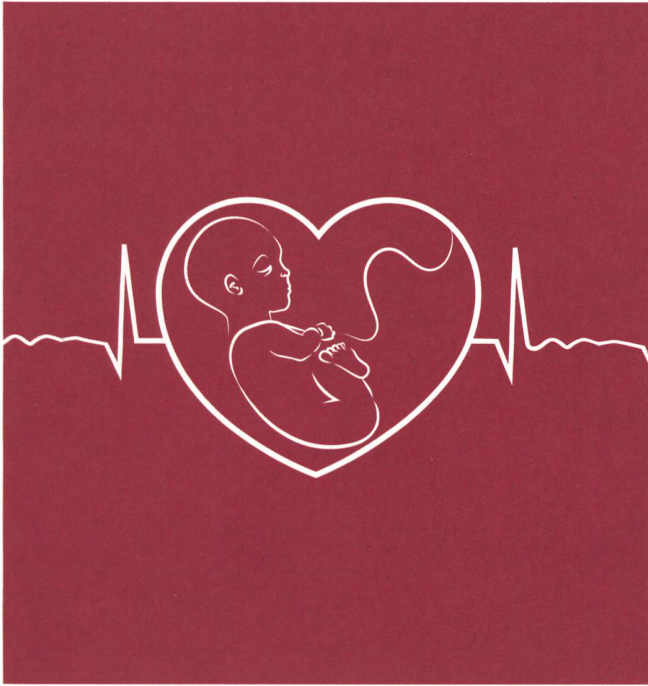
Le modèle néo-zélandais de l'*Intelligent structured intermittent auscultation*

Le cadre se compose de deux éléments, le premier comprenant des outils de prise de décision pour aider la sage-femme à évaluer la forme de surveillance la plus appropriée pour les femmes (voir figure 1 dans l'article de Maude *et al.*, 2016, voir code QR ci-dessous). Le second élément (voir figure 2), doit être utilisé comme une évaluation continue pendant le travail actif. Il met l'accent sur une évaluation holistique de la femme et du bébé plutôt que sur la seule fréquence cardiaque fœtale et a été largement adopté.

Maude, R. M. *et al.* (2016). Putting intelligent structured intermittent auscultation (ISIA) into practice. *Women and Birth*; Volume 29, Issue 3, June, Pages 285-292.



Schémas détaillés à retrouver dans l'article sur www.sciencedirect.com



le bien-être du fœtus (NICE, 2022). Cela lui permet d'observer l'ensemble des signes physiologiques et comportementaux que les femmes manifestent pendant le travail, ainsi que des marqueurs importants tels que les mouvements du fœtus. La sage-femme est alors en mesure de procéder à une évaluation holistique de la progression du travail au lieu de se concentrer sur un seul paramètre, à savoir l'enregistrement du CTG. L'utilisation de l'AI garantit une prise en charge individuelle (*one to one*) pendant le travail, ce qui en soi renforce la sécurité (NICE, 2017) et favorise l'engagement personnel avec la femme, augmentant ainsi les chances d'établir une relation de soutien (Fox *et al.*, 2022). Cette situation est moins susceptible de se produire avec le CTG en continu, car elle crée une distance physique entre le corps de la femme et le prestataire de soins. Cette situation est exacerbée lorsque l'appareil CTG est sans fil et que le signal est lu loin de la femme elle-même, par exemple à un poste de travail où des personnes non impliquées dans les soins évaluent la lecture (Small *et al.*, 2021) (à ce sujet, voir aussi l'entretien p. 50).

Discussions et débats

Les méthodes d'auscultation ont fait l'objet de discussions, et il est intéressant de noter que de nombreux groupes de travail qui ont

élaboré des lignes directrices relatives à l'AI étaient dominés par le corps médical, qui a lui-même peu d'expérience dans l'utilisation de l'AI (Blix *et al.*, 2019). Un débat existe autour de l'utilisation d'appareils doppler portables qui affichent la fréquence cardiaque et de ceux qui n'ont pas d'affichage et qui dépendent du comptage. Certain·e·s considèrent que le comptage est une méthode plus précise d'évaluation de la fréquence cardiaque que l'utilisation d'écrans numériques, bien qu'il n'y ait aucune preuve à l'appui. Le comptage fait l'objet de controverses, certain·e·s praticien·ne·s affirmant qu'en pratique, il est difficile pour la plupart des gens de compter avec précision le cœur du fœtus pendant une minute entière (Sholapurkar, 2020).

La recommandation d'ausculter pendant une minute entière toutes les 5 à 15 minutes après une contraction a également été critiquée car elle n'est pas fondée sur des preuves et est difficile à mettre en œuvre dans la pratique (Sholapurkar, 2020). Il a été conseillé d'ausculter également le cœur du fœtus avant une contraction, car cela peut donner une meilleure indication de la fréquence de base en évitant d'enregistrer un dépassement après la contraction (Sholapurkar, 2015).

L'utilisation du CTG d'admission lors de la première rencontre avec les femmes en travail ou à des intervalles sporadiques pen-

dant le travail n'est pas liée à une amélioration des résultats néonataux mais plutôt à une augmentation du taux de césarienne (Blix *et al.*, 2013; Gouranti & Sandall, 2007) et n'est par conséquent pas recommandée.

Expérience des femmes

La méthode utilisée pour surveiller le rythme cardiaque fœtal pendant le travail doit être discutée pendant la grossesse et lors du premier contact avec les femmes en travail. Les femmes doivent être informées que si leur grossesse et leur travail sont sans complications, la méthode de choix est l'AI et elles doivent être informées des inconvénients du CTG en continu (NICE, 2022). Le choix des femmes doit être respecté et certaines d'entre elles choisiront l'AI ou l'absence de surveillance, même en présence de facteurs de risque (Walker, 2022; Weber *et al.*, 2024).

L'utilisation de technologies de surveillance fœtale a un impact significatif sur l'expérience des femmes en matière de travail et d'accouchement. Une étude qualitative sur l'expérience des femmes en matière de monitoring (Murray *et al.*, 2024) a révélé que, bien que certaines femmes aient trouvé rassurante l'utilisation du CTG en continu, beaucoup d'entre elles ont trouvé qu'elle

Si des anomalies du rythme cardiaque fœtal sont détectées grâce à l'auscultation intermittente, le CTG en continu doit être utilisé pour évaluer le bien-être du fœtus. Si le tracé est jugé normal pendant une période de 20 minutes, il est recommandé de revenir à l'auscultation intermittente.

réduisait les soins personnalisés et perturbait leur intimité en encourageant la présence d'un plus grand nombre de personnes

dans la salle d'accouchement. Les femmes ont eu l'impression que l'attention des prestataires de soins était souvent détournée d'elles-mêmes pour se porter sur le moniteur.

Il s'agit là de considérations importantes, car l'expérience de l'accouchement constitue pour les femmes un souvenir à vie et peut avoir des effets durables sur leur santé mentale. Les sages-femmes ont le devoir de fournir aux femmes des informations fondées sur des preuves et de les soutenir dans les choix qu'elles font.

Conclusion et recommandation

En l'absence de preuves solides sur les avantages du CTG en continu, l'utilisation de l'AI devrait être encouragée, en particulier pour les femmes ne présentant aucun facteur de risque. ◉

Texte traduit de l'anglais par Jeanne Rey.

AUTRICE



Sue Brailey,
sage-femme MSc, enseignante à la Middlesex
University London, exerce au sein de la maison de nais-
sance Lewisham, Greenwich National Health Service
Trust London.

Références

- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M. & Cuthbert, A. (2017)** Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Systematic Review*; 2(2):CD006066. doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub3.
- Barber, V., Linsell, L., Locock, L., Powell, L., Shakeshaft C. & Lean, K. (2013)** Electronic fetal monitoring during labour and anxiety levels in women taking part in a RCT. *British Journal of Midwifery*; Vol. 21. No. (6), pp 394-403. <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.6.394>
- Benton, M., Salter, A., Simpson, B., Wilkinson, C. & Turnbull D. (2020)** A qualitative study of a sample of women participating in an Australian randomised controlled trial of intrapartum fetal surveillance. *Midwifery*; Vol. 83. <https://www.sciencedirect.com>
- Blix, E., Maude, R., Hals, E., Kisa, S., Karlsen, E., Nohr, E. A. et al. (2019)** Intermittent auscultation fetal monitoring during labour: A systematic scoping review to identify methods, effects, and accuracy. *PLoS ONE*; Vol.14 No. 7 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219573>
- Blix, E. (2013)** The admission CTG: is there any evidence for still using the test? *Acta Obstet Gynecol Scand*; Vol.92, pp 613-619.
- Borges, M., Moura, R., Oliveira, D., Parente, M., Mascarenhas, T. & Natal, R. (2021)** Effect of the birthing position on its evolution from a biomechanical point of view. *Computer Methods and Programme Science*; Vol 200. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2020.105921>
- Coddington, R., Scarf, V. & Fox D. (2023)** Australian women's experiences of wearing a non-invasive fetal electrocardiography (NIFEKG) device during labour. *Women Birth*; Vol.36, No.(6), pp 546-551, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.03.005>.
- Fox, D., Coddington, R., Scarf, V. (2022)** "Wanting to be 'with woman', not with machine: Midwives' experiences of caring for women being continuously monitored in labour" *Women and Birth*, Vol.35, pp 387-393. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.002>
- Gracia-Perez-Bonfils, A. & Chandraharan E. (2017)** "Physiology of Fetal Heart Rate Control and Types of Intrapartum Hypoxia" in eds. Chandraharan, E., *Handbook of CTG Interpretation*, Cambridge, Cambridge University Press, pp 13-26.
- Gourounti, K. & Sandall, J. (2007)** Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: Effects on neonatal Apgar score, on the rate of caesarean sections and on the rate of instrumental delivery—A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*; Vol. 44, Issue 6, pp 1029-1035.
- Lewis, D. & Downe, S. (2015)** FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation; for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel 1, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*; Vol. 131, pp 9-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.019>
- Maude, R., Skinner, J. & Foureur, M. (2016)** Putting intelligent structured intermittent auscultation (ISIA) into practice. *Women and Birth*; Vol.29, pp 285-292. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.12.001>
- Martis, R., Emilia, O., Nurdianti, D. & Brown, J. (2017)** Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 2. Art. No.: CD008680. DOI: 10.1002/14651858.CD008680.pub2.
- Murray, S., Fox, D., Coddington, R. & Scarf, V. (2024)** How does the use of continuous electronic fetal monitoring influence women's experiences of labour? A systematic integrative review of the literature from high income countries. *Women and Birth*; Vol.37, pp 2-10. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101619>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017)** Intrapartum care: care of healthy women and babies. www.nice.org.uk
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2022)** Fetal Monitoring. www.nice.org.uk
- Reitter, A., Davies, B., Bisits, B., Schollemberger, A., Volg, T., Herrmann, E., Louwen, F. & Zangos, S. (2014)** Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis? *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*; Vol. 211, issue 6, pp 662.
- Sholapurkar, S. L. (2020)** Intermittent auscultation (surveillance) of fetal heart rate in labor: a progressive evidence-backed approach with aim to improve methodology, reliability and safety. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*; Vol.35, No.15), pp 2942-2948. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1811664>
- Sholapurkar, S. (2015)** Intermittent Auscultation in Labor: Could It Be Missing Many Pathological (Late) Fetal Heart Rate Decelerations? Analytical Review and Rationale for Improvement Supported by Clinical Cases. *Journal of Clinical Medicine Research*; Vol. 7, No.12 pp:919-912 <http://dx.doi.org/10.14740/jocmr2298w>
- Small, K., Sidebotham, M., Gamble J. & Fenwick, J. (2021)** My whole room went into chaos because of that thing in the corner: Unintended consequences of a central fetal monitoring system. *Midwifery*; Vol. 102, pp 1-6.
- Smith, V., Begley, C., Newell, J., Higgins, S., Murphy, D. J., White, M. J., Morrison, J. J., Canny, S., O'Donovan, D. & Devane, D. (2019)** Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of the fetal heart in low-risk pregnancy during evaluation for possible labour admission – a multicentre randomised trial: the ADCAR trial. *BJOG*; vol. 126, pg 114-121
- Sven, C. & Michel, A. (2002)** MR Obstetric Pelvimetry: Effect of Birthing Position on Pelvic Bony Dimensions. *American Journal of Roentgenology*; 179, 1063-1067.
- Walker, T. (2022)** Value of choice. *Journal of Medical Ethics*; Vol.48, pp61-64.
- Weber, D., Brailley, S. & Origlia, P. (2024)** Care outside of guidance – trotz Ablehnung betreuen. *Obstetrica*; Vol.8/9, pp 20-25. <https://obstetrica.hebamme.ch>

Obstetrica

Auch als ePaper erhältlich.
Disponible aussi en ligne.

Deutsch:



Français:



Achten Sie auf dieses Icon.
Icône à repérer.



Weitere Informationen:
www.hebamme.ch

Plus d'informations:
www.sage-femme.ch