

Examen d'entrée en salle de naissance

CHAPITRE **1**

C. Simon-Toulza

L'examen d'entrée en salle de naissance doit permettre d'assurer la sécurité clinique et émotionnelle de la patiente et de son conjoint lors de l'accouchement.

Il s'agit de réunir les éléments pertinents de l'histoire de la patiente et les examens paracliniques nécessaires pour pouvoir établir un pronostic global, permettant d'adapter la conduite à tenir.

Interrogatoire

Motifs d'admission

La patiente peut être admise pour un travail spontané, un déclenchement ou une urgence obstétricale.

Le plus fréquemment, il s'agit de douleurs abdominales, d'écoulement de liquide ou de diminution de perception des mouvements fœtaux, mais de nombreux autres motifs peuvent être retrouvés (hyperthermie, céphalées, signes urinaires, douleurs lombaires, malaises...).

Parmi ces motifs divers et variés, il faut avant tout repérer ceux qui signent l'urgence obstétricale et qui nécessitent une prise en charge immédiate et appropriée :

- la crise d'éclampsie;
- l'hémorragie génitale sur hématome rétroplacentaire ou placenta prævia;
- la procidence du cordon.

Ces différents événements sont porteurs pour le premier d'une grande partie des causes de mortalité maternelle [1], tandis que les deux derniers expliquent une fraction importante de la mortalité néonatale [2].

Contractions utérines

Les contractions utérines se définissent par une contracture involontaire douloureuse du muscle utérin.

La douleur est alors ressentie dans l'abdomen ou dans la région lombo-sacrée. Elle est intermittente. En dehors de la contraction, l'utérus est souple et indolore.

Il ne faut pas confondre la douleur de la contraction avec d'autres douleurs d'origine urinaire ou digestive. Dans ces cas, la douleur est plus ou moins permanente et de localisation variable.

Dans le cas des contractions, il faut faire préciser leur fréquence, leur durée et leur intensité douloureuse. On note l'heure de début et leur régularité.

Écoulement de liquide

Il peut s'agir de la perte des eaux, qui peut être isolée ou associée à des contractions.

Il faut alors préciser l'heure de survenue, la couleur du liquide, l'association à de la fièvre, à des douleurs abdominales.

Il convient de réaliser rapidement un toucher vaginal pour diagnostiquer une éventuelle procidence du cordon.

Parfois le diagnostic de rupture des membranes est moins évident car l'écoulement n'est pas franc. Il convient alors de réaliser un examen au spéculum pour rechercher la présence de liquide amniotique dans le cul-de-sac vaginal postérieur, et réaliser en cas de doute des tests de détection de liquide amniotique : mesure du pH voire recherche de l'*insulin-growth factor-binding protein 1* (IGFBP1). Ces tests ont pour inconvénient de présenter de nombreux faux positifs, en particulier en présence de sang ou de sperme.

Surveillance fœtale pendant le travail

Si la poche des eaux est rompue, une hospitalisation doit systématiquement être proposée à la patiente pour surveillance et éventuellement déclenchement du travail selon l'âge gestationnel.

Une antibiothérapie devra systématiquement être mise en place en cas de rupture avant terme.

Pour une rupture à terme, elle sera conditionnée par la disponibilité et les résultats du prélèvement vaginal de fin de grossesse (*cf. infra*).

Hémorragies génitales

Les métrorragies doivent toujours être prises en charge rapidement. Dans le cadre du début de travail, il s'agit très souvent de la perte du bouchon muqueux ou de saignements d'origine cervico-vaginale, mais il faut avant tout éliminer des saignements sur décollement placentaire (hématome décidual marginal ou basal), placenta prævia ou rupture utérine. L'apparition brutale de contractions utérines dans un contexte de métrorragies doit faire évoquer le diagnostic de décollement placentaire, surtout en présence d'anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF). L'examen clinique et l'échographie permettront de diagnostiquer la plupart de ces cas.

Il peut s'agir rarement (1/2000 accouchements) d'une hémorragie de Benckiser en lien avec une plaie d'un vaisseau ombilical prævia (cordon vélamenteux, cotylédon aberrant, placenta bi-partita), lors de la rupture des membranes. Cette situation impose la naissance dans les plus brefs délais (hypoxie fœtale rapide).

Quoi qu'il en soit, il faut garder à l'esprit que les métrorragies constituent une situation à haut risque materno-fœtal avec un potentiel d'aggravation rapide et qu'elles imposent une surveillance en hospitalisation après avoir éliminé les saignements d'origine cervicale.

Diminution des mouvements actifs fœtaux

Il s'agit d'un motif fréquent de consultation. Il faut dans ce cas pouvoir évaluer rapidement le bien-être fœtal avec un enregistrement du rythme cardiaque et éventuellement une échographie. Après un examen clinique obstétrical complet, on pourra rassurer la patiente et autoriser un retour à domicile.

Autres motifs

Tous les autres motifs de consultation doivent être explorés afin de les rattacher ou non à une complication obstétricale.

Par exemple, des céphalées doivent faire rechercher les autres signes d'une prééclampsie; la fièvre doit faire redouter une chorioamnionite, une listériose mais aussi une pyélonéphrite, une appendicite...

De l'orientation diagnostique découlera une prise en charge spécifique.

Recherche de facteurs de risque

Il est bien sûr nécessaire d'effectuer un interrogatoire classique sur les antécédents de la patiente. Il faut néanmoins insister tout particulièrement sur certains facteurs de risque.

La morbi-mortalité materno-fœtale est tout d'abord corrélée au *contexte psycho-social* dans lequel évolue la grossesse.

Par quelques questions simples, il s'agit donc d'évaluer le vécu de cette grossesse mais aussi les difficultés sociales éventuelles qui auraient pu limiter l'accès aux soins.

Il faut aussi savoir s'adapter à ce contexte pour assurer un climat de confiance nécessaire à une prise en charge optimale de la patiente et du couple dans un moment souvent porteur d'émotions intenses et parfois contradictoires.

L'*âge maternel* est à préciser puisque le taux de complications augmente après 35 ans et surtout 40 ans [3].

Par comparaison avec les femmes plus jeunes, les femmes de plus de 35 ans sont exposées à un risque accru de placenta prævia, de diabète pré-gestationnel, d'éclampsie, d'hypertension gravidique, de césarienne et de déclenchement du travail. Les taux de décès périnatal et néonatal augmentent également avec l'âge maternel. Certaines de ces complications obstétricales semblent n'être liées qu'au seul processus du vieillissement, tandis que d'autres sont liées à des facteurs concomitants tels que la grossesse multiple, la parité accrue et des pathologies médicales chroniques sous-jacentes (hypertension, diabète sucré et autres maladies chroniques) qui deviennent plus fréquents avec l'âge.

Les *antécédents obstétricaux* sont à détailler : nombre de fausses couches, d'IVG, de curetage,

nombre de grossesses précédentes et leur déroulement, mode d'accouchement, déroulement des suites de couches, état de l'enfant à sa naissance et son devenir.

Les complications obstétricales (grande prématurité, asphyxie périnatale, accouchement dystocique, hémorragie du post-partum) peuvent récidiver.

Globalement, le pronostic de l'accouchement est meilleur si on a déjà accouché par voie basse sans complication. Cependant, il faut garder à l'esprit que, même après un premier accouchement difficile, le deuxième accouchement peut être tout à fait normal; inversement, un accouchement dystocique avec une issue défavorable peut suivre un premier accouchement sans particularité.

L'utérus cicatriciel (en dehors de l'antécédent d'hystérotomie corporeale qui ordonne la réalisation d'une césarienne) impose une surveillance accrue, une fois l'épreuve utérine acceptée (cf. chapitre 14).

La recherche d'une *pathologie maternelle* intercurrente est capitale. En effet, certaines pathologies cardiaques, pulmonaires, endocriniennes, hématologiques avec trouble de l'hémostase mais aussi les obésités sévères viennent grever parfois lourdement le pronostic obstétrical et imposent une conduite à tenir spécifique pour la gestion de l'accouchement.

Déroulement de la grossesse actuelle

L'*âge gestationnel* doit être déterminé de la façon la plus précise possible. Le mieux est de disposer du compte rendu de l'échographie du premier trimestre réalisée entre 11 et 14 SA avec mesure de la longueur cranio-caudale (LCC). Il s'agit de la datation à toujours choisir (excepté en cas de FIV, où le début de grossesse est le jour de la ponction) après avoir vérifié les critères de qualité de la mesure de la LCC.

Si cette échographie n'est pas disponible, il faudra se référer à la date des dernières règles, ou à d'autres échographies réalisées plus tardivement. La précision sera alors moins bonne.

En cas de *grossesse multiple*, le nombre de fœtus et la chorionicité doivent être définis, ainsi que les présentations fœtales pour discuter de la voie d'accouchement.

Il faut rechercher les principales *pathologies obstétricales* : menace d'accouchement prématuré, hypertension artérielle, diabète gestationnel avec retentissement fœtal éventuel, retard de croissance intra-utérin, infections... En effet, il est essentiel de pouvoir identifier les fœtus fragiles qui nécessitent une surveillance accrue [4].

Examen physique

Examen général

Il s'agit d'un examen physique simple : aspect général, prise des constantes (pression sanguine artérielle, pouls, poids, température), recherche d'œdèmes.

La réalisation d'une bandelette urinaire doit être systématique à la recherche d'une protéinurie ou de la présence de nitrites.

La recherche d'autres signes physiques sera orientée par le motif de consultation ou les antécédents généraux ou obstétricaux de la patiente.

Examen obstétrical

Diagnostic de présentation

Il se fait à la palpation de l'utérus par la recherche du plan du dos fœtal et du pôle céphalique.

Le plan du dos est repéré en appuyant d'une main sur le fond utérin et en palpant avec l'autre main un plan résistant et régulier qui correspond au dos.

Un axe fœtal vertical est une condition nécessaire à l'accouchement par voie basse.

Le pôle céphalique diffère du siège par sa consistance plus dure et plus régulière.

Mesure de la hauteur utérine

Elle doit être mesurée en dehors d'une contraction. Il convient de mesurer la distance en centimètres entre la symphyse pubienne et le fond utérin. Il faut faire attention de bien mesurer dans l'axe de l'utérus si celui-ci est dévié vers la droite ou la gauche et non pas de façon systématique dans l'axe médian.

Surveillance fœtale pendant le travail

On reporte la distance retrouvée à des tables d'évolution en fonction du terme pour pouvoir approcher un éventuel retard ou excès de croissance ou de liquide amniotique (figure 1.1).

Ces tables sont probablement sous-utilisées en France contrairement aux autres pays européens.

Examen du périnée

Il doit permettre de rechercher certaines contre-indications à l'accouchement par voie basse : lésions d'herpès ou condylomatose floride.

Par ailleurs, il faut également rechercher des cicatrices obstétricales ou de mutilation sexuelle (figure 1.2) qui pourraient imposer une surveillance accrue du périnée pendant l'expulsion.

Toucher vaginal

Le toucher vaginal permet :

- de confirmer la présentation, la tête étant perçue comme un pôle dur et rond alors qu'une présentation du siège correspond à un pôle plus mou et irrégulier. Parfois le doute persiste après le toucher vaginal et le recours à l'échographie est alors nécessaire;
- d'évaluer la hauteur de la présentation par rapport aux épines sciatiques. La présentation est par définition à hauteur 0 si l'occiput est au niveau des épines sciatiques; elle est à + 1, + 2, + 3 si elle est à 1, 2 ou 3 centimètres en dessous du plan des épines et inversement à - 1, - 2

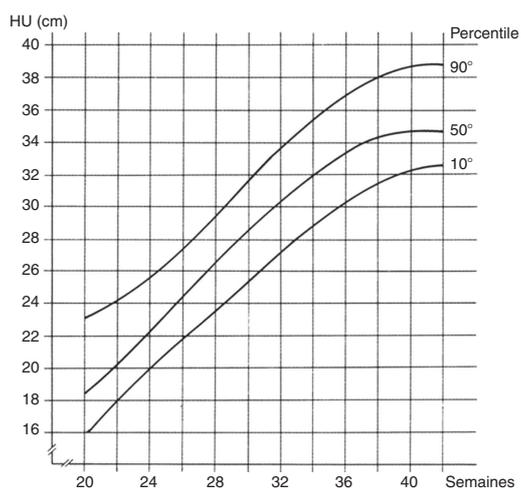


Figure 1.1. Diagramme des variations de la hauteur utérine en fonction du terme [5]. HU : hauteur utérine. Source : [5].

ou - 3 si elle est au-dessus de ce plan. Une autre classification définit une présentation comme « mobile » quand elle n'est pas en contact avec le bassin, « appliquée » lorsqu'elle rentre en contact, et « fixée » lorsqu'elle n'est plus refoulable par les doigts vaginaux. L'engagement de la présentation est défini par le franchissement du détroit supérieur. Il peut se diagnostiquer grâce à plusieurs signes cliniques (tableau 1.1). Aucune étude n'a pu montrer la validité de ces signes [6];

- d'évaluer l'état du col. Il faut évaluer la consistance, la dilatation, l'effacement et la position du col. Cette étude du col associée à la mesure de la hauteur de la présentation permet de calculer le score de Bishop (tableau 1.2);

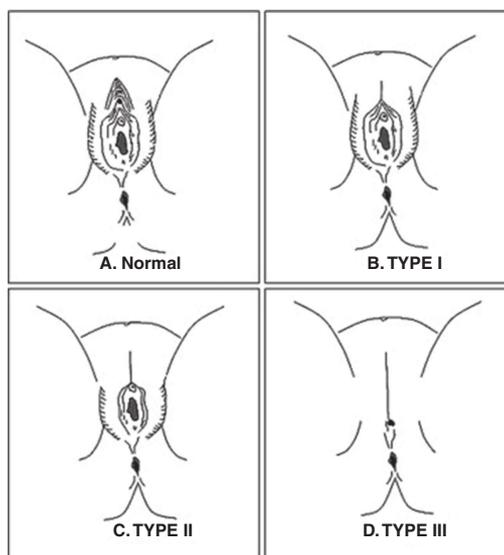


Figure 1.2. Différents types de mutilations sexuelles.

Type I : ablation isolée du prépuce ou capuchon du clitoris.

Type II : ablation du prépuce et du clitoris, et de tout ou d'une partie des petites lèvres génitales. Il s'agit de la mutilation la plus fréquente avec 80 % des cas.

Type III ou infibulation : il s'agit de l'ablation totale du clitoris, des petites et grandes lèvres génitales.

Les deux côtés de la vulve sont alors suturés bord à bord ou accolés pour ne laisser qu'un petit orifice permettant l'écoulement des urines et des règles. Le tissu cicatriciel en résultant doit être incisé lors du mariage et certaines femmes sont de nouvelles infibulées lors des absences du mari. Ce stade regroupe 15 % des excisions.

Type IV : il s'agit du reste des mutilations qui n'entrent dans aucune des autres catégories précédentes.

Source : WHO. Female genital mutilation: an overview. Geneva : World Health Organization; 1998.

Tableau 1.1. Liste de signes cliniques utilisés pour le diagnostic d'engagement [6].

Type de signe	Moyen diagnostique	Description
Signe de Le lorier	Palpation abdominale	La tête fœtale est engagée si on ne peut placer deux doigts entre l'épaule antérieure du fœtus et le bord supérieur du pubis
Signe de Fabre	Palpation abdominale	La tête fœtale est engagée quand la hauteur de l'épaule par rapport au bord supérieur du pubis est inférieure à 7 cm
Signe de Crichton	Palpation abdominale	La tête fœtale n'est engagée que si 1/5 ^e (ou moins) du pôle céphalique est palpable au-dessus de la symphyse pubienne
Signe de Farabeuf	Toucher vaginal	La tête fœtale est engagée lorsqu'on ne peut introduire qu'un ou deux doigts dans le vagin entre le plan coccy-sacré et la partie la plus déclive de la présentation
Signe de Demelin	Toucher vaginal	La tête fœtale est engagée quand l'index introduit perpendiculairement à la face antérieure de la symphyse pubienne vient buter contre la présentation
Signe de Carles	Toucher vaginal	La tête fœtale est engagée si le sommet de la bosse pariétale se situe au-dessous du promontoire, sans asynclitisme postérieur

Tableau 1.2. Score de Bishop [7].

	0	1	2	3
Dilatation (cm)	0	1–2	3–4	>5
Effacement	30 %	40–50 %	60–70 %	80 %
Descente	– 3	– 2/– 1	0	+ 1/+ 2
Consistance	Ferme	Moyenne	Molle	
Position	Postérieure	Intermédiaire	Antérieure	

- d'évaluer l'état du segment inférieur : un segment inférieur bien formé, fin, amplifié signe une présentation fœtale basse qui est de bon pronostic pour l'accouchement;
- d'examiner la filière pelvi-périnéale. On effectue une pelvimétrie clinique en recherchant à la palpation le promontoire, les lignes innominées, les épines sciatiques et l'arche pubienne.

À l'examen d'un bassin normal, le tiers postérieur, les lignes innominées ainsi que le promontoire et le tiers supérieur du sacrum ne doivent pas être accessibles aux doigts.

Le palper introducteur est aussi un moyen d'évaluer le pronostic de l'accouchement en essayant de faire progresser la tête fœtale dans la cavité pelvienne en appuyant sur le fond utérin.

Examen au spéculum

L'examen au spéculum peut être nécessaire en cas de saignements, de leucorrhées suspectes. Il permet la réalisation de prélèvements bacté-

riologiques (dépistage de la présence de streptocoque B, mais aussi recherche d'autres infections cervico-vaginales) mais aussi de test de détection de présence de liquide amniotique s'il existe un doute clinique à propos d'une rupture des membranes.

Évaluation de l'état fœtal

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) est le moyen habituel d'apprécier l'état fœtal.

Il doit être systématique pour chaque admission pendant au moins 30 minutes.

Pour être considéré comme rassurant, le RCF doit avoir une fréquence de base comprise entre 110 et 150 battements par minute, ne doit pas présenter de ralentissements, et avoir une réactivité et une variabilité correctes.

Tout rythme suspect d'hypoxie fœtale impose une prise en charge immédiate.

Examens paracliniques

Biologie

La plupart des examens biologiques de dépistage ont été effectués pendant la grossesse.

- Il faut disposer de deux déterminations du groupe sanguin avec phénotype. La recherche des anticorps irréguliers doit être faite en début de grossesse et au début du neuvième mois. En cas d'antécédent transfusionnel ou de groupe Rhésus négatif, une recherche doit également être faite à 6 mois.
- Dans les heures qui précèdent l'accouchement, on doit disposer du résultat d'une RAI de *moins d'un mois* en cas d'accouchement sans risque transfusionnel identifié avec RAI jusque-là négative (ou RAI+ en lien avec un anti-D passif), et de *moins de 72 heures* en cas d'accouchement à risque transfusionnel identifié (haut ou modéré) y compris la césarienne programmée ou de RAI positive connue (en dehors d'un anti-D passif) [8].
- Les sérologies de la toxoplasmose, de la rubéole et de la syphilis doivent être à jour. La recherche de l'antigène HbS doit être réalisée à 6 mois.
- Les sérologies VIH et hépatite C ne sont pas obligatoires. Il existe néanmoins des recommandations de la HAS de 2009 demandant de proposer systématiquement un dépistage du VIH au premier bilan de la grossesse, puis au sixième mois en fonction des facteurs de risque. Il est également recommandé de proposer ce test au futur père lors de l'examen du quatrième mois [9].
- La numération globulaire et plaquettaire est effectuée au sixième mois. Elle est également souvent refaite au neuvième mois. Cependant, les dernières recommandations n'exigent pas de nouvelle numération plaquettaire ni de bilan d'hémostase dans le cadre du bilan pré-anesthésique. Les recommandations présentées ne s'appliquent qu'aux femmes enceintes avec une grossesse à terme de déroulement normal et ne présentant pas à l'interrogatoire et à l'examen clinique le moindre facteur de risque ou symptôme d'anomalie de la coagulation ou de pathologie obstétricale susceptible d'entraîner un risque hémorragique

(HELLP syndrome, hématome rétroplacentaire, mort fœtale *in utero*, anomalies d'insertion placentaire, ou chorioamniotite) [8].

- Un dépistage systématique du portage vaginal du streptocoque B est recommandé entre 34 et 38 semaines d'aménorrhée [10]. Ce dépistage peut cependant être pris en défaut, sa réalisation étant faite de façon incorrecte dans 10 % des cas, ou de façon trop précoce dans 20 % des cas, avec des tests ayant une sensibilité de 45 à 65 % [11, 12]. Un dépistage rapide par PCR, dont les performances diagnostiques semblent être intéressantes, peut donc être proposé à l'entrée en salle de travail [13].

Dans certains contextes, d'autres examens peuvent éventuellement être demandés :

- en cas d'hyperthermie, on réalisera un prélèvement vaginal, un examen cytot bactériologique des urines et des hémocultures si la température est supérieure à 38,5 °C ou inférieure à 36 °C ou en présence de frissons. Une recherche de *Listeria* doit être demandée dans les hémocultures en cas de fièvre inexplicquée;
- dans le cadre d'une prééclampsie, il faut demander un ionogramme sanguin avec ASAT, ALAT, γ GT, un bilan d'hémostase et un hémogramme;
- en cas de rupture des membranes, un prélèvement vaginal est nécessaire pour rechercher la présence de germes pouvant être impliqués dans les chorioamniotites (streptocoque B, *Echerichia coli*, *Klebsiella*...).

Échographie

L'échographie ne doit pas être systématiquement réalisée et surtout ne doit pas retarder une prise en charge urgente si cela est nécessaire.

Ses indications sont néanmoins larges :

- confirmer le diagnostic de présentation (notamment dans les grossesses gémellaires);
- effectuer des biométries en cas de suspicion clinique de retard de croissance ou de macrosomie et en l'absence d'échographie récente;
- préciser la localisation placentaire et rechercher un éventuel hématome marginal;
- apprécier la vitalité fœtale en cas de rythme cardiaque fœtal suspect (par exemple, mesure du pic systolique de l'artère cérébrale moyenne pour le dépistage d'une anémie fœtale).

Diagnostic positif et différentiel du travail

Au terme de l'interrogatoire et de l'examen physique de la patiente, il convient de répondre à une question essentielle : la patiente est-elle en travail ?

Il existe schématiquement trois situations :

- la **patiente est en travail** : elle présente des contractions utérines régulières et douloureuses d'intensité et de fréquence croissante (au moins toutes les 5 minutes), entraînant la dilatation du col utérin (le col se centre, s'efface puis se dilate). Selon les travaux de Friedman, le « *first stage of labour* » anglo-saxon se décompose en une phase de latence au cours de laquelle le col s'efface et commence à se dilater, et une phase active qui se prolonge jusqu'à la dilatation complète du col. Le degré de dilatation à partir duquel on peut considérer que la phase active du travail a commencé est encore sujet à débat : classiquement, la limite est posée à 3 centimètres mais deux travaux récents suggèrent qu'un seuil plus pertinent pourrait être une dilatation de 4 cm associée à un effacement supérieur à 90 % ou une dilatation de 5 cm [14, 15] ;
- la **dystocie de démarrage** est définie par des contractions intenses, douloureuses, régulières mais sans modifications cervicales. Elle est parfois difficile à différencier d'un **faux début de travail**. Il n'existe d'ailleurs par de définition universellement établie de ces deux entités. Ces diagnostics sont évoqués devant une femme algique, agitée, anxieuse et l'absence de réelle mise en travail ; c'est-à-dire sans modification clinique du col. Le diagnostic est souvent restrospectif ; l'arrêt spontané des contractions est en faveur d'un faux début de travail. L'attitude la plus logique est l'expectative en tentant d'atténuer les douleurs liées aux CU (antalgiques mophiniques type nalbuphine 20 mg/1 ampoule, protoxyde d'azote...). Si les contractions s'arrêtent et que le col ne s'est pas modifié, il s'agissait d'un faux début de travail et la patiente peut retourner à domicile. En revanche, la persistance des contractions doit faire évoquer une dystocie de démarrage (phase de latence anormalement prolongée pour les auteurs anglo-saxons). Une direction précoce du travail est habituellement proposée, avec mise en place d'une analgésie péridurale, rupture artificielle des membranes et perfusion d'ocytocine si nécessaire.

Conclusion – Établissement du pronostic de l'accouchement et prise en charge

En fonction des situations, plusieurs questions se posent :

- la structure dans laquelle s'est présentée la patiente est-elle adaptée ? En effet, en dehors de l'accouchement imminent ou du risque vital, si la patiente n'est pas à terme (> 36 SA), il faut qu'elle soit prise en charge dans la maternité adéquate : en dessous de 33 SA, cela nécessite une maternité de type 3 (avec un service de réanimation néonatale), entre 33 et 36 SA, une maternité de type 2 (avec un service de néonatalogie) est requise (cf. plan de périnatalité 1994 et décrets de périnatalité de 1998) [16] ;
- l'accouchement par voie basse est-il contre-indiqué ? La césarienne d'emblée peut en effet s'imposer pour des raisons maternelles (placenta prævia recouvrant, hématome rétroplacentaire, certaines cicatrices utérines, bassin chirurgical...), fœtales (présentation transverse, certaines malformations, troubles du rythme cardiaque à risque d'asphyxie fœtale alors que l'accouchement par voie basse n'est pas imminent...) ou materno-fœtales (disproportion fœto-pelvienne) ;
- si l'accouchement par voie basse est accepté, quel est son pronostic ?

Nous avons déjà envisagé les éléments maternels du pronostic : âge, parité, IMC, pathologie pré-existante à la grossesse, pathologie de la grossesse, contexte psycho-social défavorable.

Sur le plan fœtal, on peut retenir comme éléments de moins bon pronostic la présence d'un retard de croissance intra-utérin, le terme inférieur à 36 SA.

Au niveau obstétrical, le pronostic est établi en fonction de l'examen du bassin, de la qualité estimée de l'utérus et de l'examen du périnée.

Nous savons cependant que ces éléments pronostiques tant fœtaux qu'obstétricaux ont une mauvaise valeur diagnostique pour prédire la survenue d'une acidose à la naissance et/ou la nécessité d'un accouchement opératoire (césarienne ou extraction instrumentale) au décours du travail.

Surveillance fœtale pendant le travail

Au total, au moment de l'admission d'une patiente en salle de travail, il est nécessaire :

- de réaliser un examen clinique simple mais rigoureux et systématique;
- de disposer des éléments paracliniques indispensables à la sécurité de la patiente;
- de détecter certaines situations à risque :
 - urgence vitale maternelle et/ou fœtale,
 - contre-indication à l'accouchement voie basse,
 - nécessité de transfert dans une maternité adaptée;
- en dehors de ces situations, d'établir un pronostic d'accouchement;
- de toujours maintenir une attitude bien traitante vis-à-vis de la patiente et de son conjoint.

Références

- [1] InVS. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM). 2001–2006.
- [2] Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. Causes of death among stillbirths. *JAMA* 2011; 306(22) : 2459–68.
- [3] Opinion de comité de la SOGC, Johnson JA, Tough S. Report de la grossesse. *J Obstet Gynaecol Can* 2012; 34(1) : S1–17.
- [4] Guidelines. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Methods of fetal surveillance during labor. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2008; 37(Suppl 1) : S101–7.
- [5] Villar J, Belizan JM. The evaluation of the methods used in the diagnosis of intra-uterine from the retardation obstetrical and gynecological survey. *Obstet Gynecol Surv* 1986; 41(4) : 187–99.
- [6] Sentilhes L, Gillard P, Descamps P, et al. Indication et prérequis à la réalisation d'une extraction instrumentale : quand, comment et où? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2008; 37 : S188–201.
- [7] Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol* 1964; 24 : 266–8.
- [8] Molliex S, Pierre S, Bléry C, et al. Recommandations formalisées d'experts. Examens préinterventionnels systématiques. *Ann Fr Anesth Reanim* 2012; 31(9) : 752–63.
- [9] HAS. Recommandations en santé publique. Dépistage de l'infection par le VIH en France - Stratégies et dispositif de dépistage. 2009.
- [10] ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce. Recommandations pour la pratique clinique. 2001.
- [11] Spaetgens R, DeBella K, Ma D, et al. Perinatal antibiotic usage and changes in colonization and resistance rates of group B streptococcus and other pathogens. *Obstet Gynecol* 2002; 100(3) : 525–33.
- [12] Van Dyke MK, Phares CR, Lynfield R, et al. Evaluation of universal antenatal screening for group B streptococcus. *N Engl J Med* 2009; 360(25) : 2626–36.
- [13] Feuerschuette OM, Serratine AC, Bazzo ML, et al. Performance of RT-PCR in the detection of *Streptococcus agalactiae* in the anogenital tract of pregnant women. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 286(6) : 1437–42.
- [14] Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, et al. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol* 2010; 115(4) : 705–10.
- [15] Rouse DJ, Weiner SJ, Bloom SL, et al. Failed Labor Induction. Toward an objective diagnosis. *Obstet Gynecol* 2011; 117 : 267–72.
- [16] Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale (articles R.712-84 à R.712-89 du Code de la santé publique) et aux conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, la néonatalogie et à la réanimation néonatale (articles D.712-75 à D.712-103 du Code de la santé publique).