



PROTOCOLE INFIRMIER	Numéro : PROTINF – MC – 011
TITRE : Surveillance du bien-être fœtal chez la femme enceinte ayant des contractions (SBEF)	
Destinataires : Membres de l'équipe de soins intrapartum : obstétriciens, omnipraticiens, sages-femmes, infirmières et leurs étudiants ayant reçu une formation en salle d'accouchement du CISSS de la Montérégie-Centre	Date d'entrée en vigueur : 2021-03-05 Date de la dernière révision :

1. DÉFINITIONS

AI :	Auscultation intermittente
AU :	Activité utérine (CU : contraction utérine)
Bpm :	Battements par minute
CPIU :	Cathéter de pression intra-utérine
CTG :	Cardiotocographie
ECC :	Électrode de cuir chevelu
EDTAC :	Épreuve de travail après césarienne
ERF :	Examen de réactivité fœtale (idem TRF : test réactivité fœtale)
FCF :	Fréquence cardiaque fœtale
FCM :	Fréquence cardiaque maternelle
IMC :	Indice de masse corporelle
PBP :	Profil biophysique
PGE ₂ :	Prostaglandine E ₂
PSCCF :	Prélèvement de sang du cuir chevelu fœtal
RDM :	Rupture des membranes englobe tous les types (RPM (rupture prématurée des membranes), RSM (rupture spontanée des membranes), RAM (rupture artificielle des membranes))
SBEF :	Surveillance du bien-être fœtal (AU et FCF)
SEF :	Surveillance électronique fœtale (englobe MFÉ (<i>monitoring</i> fœtal électronique))
Tachysystolie :	Toute forme d'AU excessive
Toco :	Tocodynamomètre

2. CONTEXTE

L'objectif de la surveillance du bien-être fœtal (SBEF) est de détecter la décompensation fœtale et de favoriser les interventions rapides et efficaces afin de prévenir la morbidité et la mortalité périnatales et néonatales.

L'auscultation intermittente (AI) et la surveillance électronique fœtale (SEF) sont des tests de dépistage du bien-être fœtal intrapartum. Les décisions relativement à la méthode à utiliser dépendent du risque fœto-maternel d'événement indésirable et de la décision éclairée de la femme enceinte. Les fournisseurs de soins doivent réagir à la SBEF par des actions en vue de maintenir ou améliorer l'oxygénation fœtale ou peut mener au déclenchement du travail ou l'accélération de celui-ci. Les interventions en réaction à la SBEF doivent correspondre au tableau clinique. Les communications claires entre les membres de l'équipe interdisciplinaire favorisent la prestation efficace et sécuritaire de soins.

Adoption par la DSI :

Chantal Bouchard

Date : 2021-03-05

PROTINF – MC – 011

Surveillance du bien-être fœtal chez la femme enceinte ayant des contractions (SBEF)

Page 1 de 24

3. INTERVENANTS CONCERNÉS

Intervenants concernés : Les membres de l'équipe de soins intrapartum : obstétriciens, omnipraticiens, sages-femmes, infirmières et leurs étudiants ayant reçu une formation en salle d'accouchement du CISSS de la Montérégie-Centre.

Clientèle visée : Toutes les femmes en période intrapartum se présentant à la salle d'accouchement du CISSS de la Montérégie-Centre ou à la Maison de naissance du Haut-Richelieu – Rouville nécessitant une évaluation initiale, un suivi pendant le travail et l'accouchement ou une hospitalisation pour une problématique de grossesse.

4. CONDITIONS

- Infirmières des unités mères-enfants (UME) formées et qualifiées en salle d'accouchement, en matière de méthodes de surveillance fœtale, d'interventions et de stratégies de soutien au travail et à l'accouchement;
- Formation continue aux 2 ans (2 volets : mise à jour sur la SBEF théorique et un atelier interdisciplinaire comprenant discussions cliniques sur des cas d'AI et de SBEF). Par ailleurs, les programmes AMPRO^{OB} et GESTA comportent des éléments de formation en SBEF;
- Ratio recommandé 1 : 1;
- Effectuer une SBEF chez toutes femmes enceintes qui se présentent à la salle d'accouchement du CISSS de la Montérégie-Centre ou en maison de naissance;
- Aucune contre-indication visant la clientèle ciblée;
- Appliquer les ordonnances médicales individuelles au dossier si elles diffèrent de ce protocole.

5. DIRECTIVES

5.1. COMMUNICATION AVEC LA FEMME ENCEINTE ET SA FAMILLE :

- Expliquer à la femme enceinte et à son partenaire, les actions/interventions à réaliser dans un langage approprié adapté à la situation afin de leur permettre d'effectuer des choix éclairés tout au long de la période intrapartum (expliquer les deux méthodes de surveillance fœtale et les mettre en relation avec la présence de facteurs de risques pour sélectionner la méthode de surveillance appropriée pour la situation vécue).

5.2. PROCÉDER À L'ÉVALUATION DE LA SBEF INTRAPARTUM À L'AIDE DES ÉLÉMENTS SUIVANTS :

- Facteurs de risques maternels et fœtaux;
- Stade du travail et progression du travail;
- Caractéristiques de l'activité utérine (AU);
- Fréquence cardiaque maternelle (FCM);
- Caractéristiques de la fréquence cardiaque fœtale (FCF);
- Changements et tendances de la FCF dans le temps;
- Classification des observations de l'évaluation de la SBEF;
- Interprétation des observations en fonction du tableau clinique global;
- Données consignées.

5.2.1. Identifier les facteurs de risques maternels et fœtaux afin de déterminer la méthode de surveillance du bien-être fœtal la mieux adaptée pour la parturiente à son arrivée et à chaque intervention faite durant son admission :

Avantages et difficultés de l'AI	
Avantages	Difficultés
<ul style="list-style-type: none"> – Peu restrictive – Modifiable en fonction des diverses positions et pratiques pendant le travail (p. ex. immersion dans l'eau) – Faible taux d'intervention par rapport à la SEF, sans nuire à l'issue néonatale – Peu couteuse 	<ul style="list-style-type: none"> – Parfois difficile à utiliser chez les femmes dont l'IMC est élevé – Collaboration de la parturiente nécessaire pour permettre la palpation et l'évaluation de la FCF immédiatement après une contraction

Avantages et difficultés de la SEF	
Avantages	Difficultés
<ul style="list-style-type: none"> – Enregistrement et écoute en continu de la FCF – Surveillance centralisée permettant la visualisation des tracés à partir de plusieurs endroits 	<ul style="list-style-type: none"> – Couteuse – Parfois difficile de classer certains tracés; consultation avec un membre de l'équipe interdisciplinaire parfois nécessaire
Avantages surveillance externe	Difficultés surveillance externe
<ul style="list-style-type: none"> – Non invasive – Dilatation du col non requise – Rupture des membranes non requise – Liberté de mouvements maternels lorsque la télémétrie est disponible – Hydrothérapie possible grâce aux modèles submersibles 	<ul style="list-style-type: none"> – Détection possible du poulx maternel au lieu de la FCF – Tracé clair parfois difficile à obtenir dans certains tableaux cliniques (obésité, hydramnios, grossesse multiple) – Possibilité d'enregistrement d'artéfacts – Possibilité d'une FCF doublée ou réduite de moitié lorsque le signal est hors de la portée normale – Limites du tocodynamomètre, qui estime le début et la fin de l'AU sans mesurer l'intensité des contractions – Ceintures et bandes adhésives pour fixer l'équipement parfois inconfortables pour la femme en travail
Avantages surveillance interne	Difficultés surveillance interne
<ul style="list-style-type: none"> – Meilleure précision de l'enregistrement de la FCF – Précision de la pression intra-utérine captée par le CPIU, y compris la force des contractions et le tonus au repos 	<ul style="list-style-type: none"> – Invasive – Restriction des mouvements maternels – Besoin d'équipement, de compétences et de formation supplémentaires – Risques d'infection

- Femmes enceintes pour qui l'AI est à utiliser pour la SBEF :
 - Critères à respecter :
 - Grossesse entre 37 et 41.3 semaines de gestation avec aucun risque d'issue périnatale défavorable (voir tableau 1) en travail spontané, en phase de latence ou en possible travail;
 - Grossesse entre 41.4 et 42 semaines de gestation avec aucun risque d'issue périnatale défavorable (voir tableau 1) ayant au dossier des résultats normaux à un examen de réactivité fœtal (ERF) (voir protocole infirmier *PROTINF-MC-008 « Initier et interpréter un examen de réactivité fœtale »*) et un indice du volume du liquide amniotique normal en travail spontané, en phase de latence ou en possible travail.

- Femmes enceintes pour qui la SEF est à utiliser pour la SBEF :
 - Lorsque l'AI est anormale;
 - Grossesse présentant un ou des risques d'issue périnatale défavorable (voir tableau 1).

Tableau 1

Remarque : Cette liste n'est pas exhaustive et ne doit pas remplacer le bon jugement clinique.

Facteurs liés à une issue fœtale défavorable pour lesquels la SEF pourrait être avantageuse	
<i>SEF recommandée</i>	<i>SEF à envisager</i>
FACTEURS PRÉNATAUX Maternels <ul style="list-style-type: none"> Troubles hypertensifs de la grossesse Diabète (préexistant et gestationnel) Maladie physique (p. ex. : cardiopathie, anémie importante, hyperthyroïdie, maladie vasculaire et/ou néphropathie) Après un traumatisme ou un accident de véhicule motorisé (SEF recommandée pour un minimum de 4 à 6 heures) Perception maternelle de mouvements fœtaux diminués ou absents Hémorragie ante-partum 	<ul style="list-style-type: none"> IMC prégravidique supérieur 35 kg/m2 (voir ci-dessous) Autres facteurs (tabagisme, consommation de substances psychoactives, soins prénataux limites)
Fœtaux <ul style="list-style-type: none"> Retard de croissance intra-utérin Vélocimétrie Doppler de l'artère ombilicale anormale Artère ombilicale unique Oligohydramnios Hydramnios PBP ou ERF anormal Anomalie fœtale importante (fœtus viable) Allo-immunisation Grossesse multiple Insertion vélamenteuse du cordon ombilical Présentation par siège 	<ul style="list-style-type: none"> Triple circulaire cervicale du cordon ombilical (ou plus)
FACTEURS INTRAPARTUM Maternels <ul style="list-style-type: none"> Saignements vaginaux pendant le travail Infection intra-utérine, chorioamnionite Césarienne préexistante, épreuve de travail après césarienne RDM à terme prolongée (supérieur à 24 heures) Péri-rachianesthésie combinée Déclenchement ou augmentation du travail au moyen d'ocytocine Grossesse prolongée (supérieur à 42 semaines de grossesse) Travail dystocique Tachysystolie Difficulté à déterminer efficacement l'AU ou la FCF par AI Liquide amniotique méconial 	

Facteurs liés à une issue fœtale défavorable pour lesquels la SEF pourrait être avantageuse	
SEF recommandée	SEF à envisager
Fœtaux <ul style="list-style-type: none"> – FCF anormale à l'auscultation – Prématurité (plus petit que 37 semaines) – Liquide amniotique teinté de méconium – Présentation du siège – Arythmie fœtale 	

5.2.2. Évaluer le stade du travail de la parturiente afin de déterminer la fréquence des évaluations de la SBEF :

Pour la parturiente sous AI		
Fréquence recommandée de l'auscultation intermittente pendant le travail La fréquence des évaluations, de la réaction et de l'inscription des données doit toujours tenir compte de l'état fœto-maternel et doit être accrue en cas de SBEF anormale ou en présence d'autres changements à l'état fœto-maternel.		
Premier stade : phase latente	Premier stade : phase active Deuxième stade : phase passive	Deuxième stade : phase active
Évaluation initiale	Toutes les 15-30 minutes	Au moins toutes les 5 minutes ou immédiatement après chaque contraction
Au moins une fois par heure si la femme enceinte est admise à l'UME		
En cas de transfert ou de congé		
Personnalisée en fonction de l'état fœto-maternel au triage ou à domicile avec prise en charge par une sage-femme (non hospitalisée)		

De plus, faire une évaluation de l'AI selon la situation suivante durant le séjour :

Faire une AI avant :

- Toute intervention de nature à accélérer le travail (p. ex. amniotomie);
- L'administration de médicaments;
- L'administration ou l'amorce d'une analgésie ou d'une anesthésie;
- Le transfert d'une patiente.

Faire une AI après :

- L'admission d'une patiente;
- La rupture artificielle ou spontanée des membranes;
- Un examen vaginal;
- L'observation d'une tachysystolie – si AI anormale, commencer la SEF;
- Tout événement anormal pendant le travail (p. ex. hypotension maternelle) – si AI anormale, commencer la SEF.

Pour la parturiente sous SEF		
Fréquence recommandée de l'évaluation de la SEF (AU et FCF) pendant le travail La fréquence des évaluations, de la réaction et de l'inscription des données doit toujours tenir compte de l'état fœto-maternel et doit être accrue en cas de SBEF anormale ou en présence d'autres changements à l'état fœto-maternel.		
Premier stade : phase latente	Premier stade : phase active Deuxième stade : phase passive	Deuxième stade : phase active
Évaluation initiale	Toutes les 15 minutes	Au moins toutes les 15 minutes ou moins si un travailleur de la santé est toujours présent et que le tracé est en continu
Au moins une fois par heure si la femme enceinte est admise à l'UME		
Personnalisée en fonction de l'état fœto-maternel au triage (non hospitalisée)		

Pour la parturiente en maturation du col ou induction du travail/stimulation du travail, se référer aux OPI des méthodes utilisées		
Exigences de SBEF relatives aux méthodes de maturation cervicale et de déclenchement artificiel du travail		
Méthode	Méthode Exigence liée à la SEF avant la maturation	Exigence liée à la SEF après la maturation du col
Balayage des membranes	Aucune SEF requise; l'AI peut être utilisée pour vérifier la FCF	Aucune SEF requise; l'AI peut être utilisée pour vérifier la FCF après l'intervention
Sondes à ballonnet, y compris la sonde de Foley	Effectuer un ERF avant la procédure	Pendant : – 30 minutes (sonde Foley) – 2 heures (sonde Cook)
1 à 2 mg de prostaglandines E2 en gel intravaginal	Effectuer un ERF avant la procédure	60-120 minutes
10 mg de prostaglandines E2 (Cervidil) en gel vaginal à diffusion contrôlée	Effectuer un ERF avant la procédure	60-120 minutes
Administration orale ou vaginale de prostaglandine E1	Effectuer un ERF avant la procédure	60 minutes après chaque dose
Ocytocine	Effectuer un ERF avant la procédure	En continu

5.2.3. Évaluer les caractéristiques de l'activité utérine (AU) :

Il y a lieu d'évaluer l'AU pour détecter un rythme de contractions anormal qui pourrait nuire à l'oxygénation fœtale et classer correctement le tracé de FCF. Il convient d'évaluer d'abord l'AU pour décrire l'environnement du fœtus et ainsi permettre de classer la SBEF.

5.2.3.1. Méthodes d'évaluation de l'activité utérine :

1. Perception maternelle (dois être prise en considération de pair avec les méthodes suivantes);

2. Palpation;
3. Évaluation externe : tocodynamomètre électronique fœtal (toco);
4. CPIU : Le CPIU peut s'avérer utile lorsque la force des contractions est difficile à évaluer par voie externe.

* Dans le cas d'une femme enceinte sous AI, l'évaluation de l'AU se fait au moyen 1 et 2 seulement.

5.2.3.2. Les composantes de l'AU à évaluer et à consigner :

1. **Fréquence** : Moyenne du nombre de contractions aux 10 minutes sur une période de 30 minutes. L'évaluation de la fréquence de l'AU par intervalles de 10 minutes aide à détecter les cas de tachysystolie;
2. **Durée** : Durée entre le début et la fin d'une contraction en secondes;
3. **Intensité** : Force d'une contraction décrite comme faible, moyenne ou forte **par palpation fundique** et non à l'aide d'un tocodynamomètre ou par les valeurs en mm Hg (CPIU);
4. **Tonus au repos** : Tonus utérin entre les contractions décrit comme souple ou ferme **par palpation** (AI ou SEF externe) ou les valeurs en mm Hg (CPIU).

Classification de l'activité utérine normale et de la tachysystolie		
Caractéristique	Normale	Tachysystolie (Toute forme d'AU excessive, c.-à-d. dès que l'une des conditions suivantes se manifeste)
Évaluation initiale	Toutes les 15-30 minutes	Au moins toutes les 5 minutes ou après chaque contraction
Fréquence	5 contractions ou moins, aux 10 minutes en moyenne, pendant 30 minutes	Plus de 5 contractions aux 10 minutes en moyenne, pendant 30 minutes
Urée	Moins de 90 secondes	Plus de 90 secondes
Intensité	Palpation : faible, moyenne ou forte CPIU : supérieur à 25 mm Hg et inférieur à 75 mm Hg au-delà de la pression de base au deuxième stade	
Tonus au repos	Utérus souple à la palpation pendant au moins 30 secondes CPIU : inférieur à 25 mm Hg	Période de repos entre les contractions de moins de 30 secondes OU utérus qui demeure ferme ou un tonus de plus de 25 mm Hg entre les contractions

Alerte clinique : La présence d'une tachysystolie lors de l'AI **dénote une AI anormale : amorcer la SEF et aviser le médecin traitant**. Lors de la SEF, il y a lieu de toujours signaler la tachysystolie en rapport à la FCF (ex. : tachysystolie avec FCF normale, atypique ou anormale).

5.2.4. Évaluer la fréquence cardiaque maternelle (FCM) :

Évaluer et consigner la fréquence cardiaque maternelle parallèlement à la fréquence cardiaque fœtale, que ce soit par AI ou par SEF, pour distinguer la FCM de la FCF :

- Lors de l'évaluation initiale au moment de déterminer la fréquence cardiaque fœtale de base;

- À tout moment, en cas d'incertitude de différenciation entre la fréquence cardiaque maternelle et la fréquence cardiaque fœtale;
- **En fonction du stade du travail :**
 - Aux 4 heures dans la phase active du premier stade et la phase passive du deuxième stade si les membranes sont intactes;
 - Aux 2 heures dans la phase active du premier stade et la phase passive du deuxième stade si les membranes sont rompues;
 - Aux 15 à 30 minutes dans la phase active du deuxième stade.

Pour déterminer la FCM, on peut prendre le pouls radial de la mère, utiliser un saturomètre ou installer un tocodynamomètre, auquel cas il est important de commencer par comparer la fréquence cardiaque de la mère figurant sur le tracé avec son pouls.

5.2.5. Évaluer les caractéristiques de la fréquence cardiaque fœtale (FCF) :

5.2.5.1. Évaluation par AI :

L'AI nécessite d'écouter et de calculer la FCF tout en différenciant les sons (c.-à-d. maternels et fœtaux) générés par l'utilisation d'un appareil d'AI portable au lieu d'un capteur de SEF branché à un disque dur.

Composantes évaluées lors de l'AI :

5.2.5.1.1. AU (voir 5.2.3 ci-haut)

5.2.5.1.2. FCF de base, y compris la différenciation de la FCM (MSI « Prise de cœur fœtal ») :

1. Établir la FCF de base :

- Déterminer la position fœtale par la manœuvre de Léopold;
- Positionner l'appareil (fœtoscope ou *Doppler* portatif) sur la région où les sons de la fréquence cardiaque fœtale sont les plus forts (habituellement vis-à-vis du dos ou d'une épaule du fœtus);
- Déterminer la FCM pour la distinguer de la FCF (voir 5.2.4);
- Utiliser un appareil d'AI portable au lieu d'un capteur de surveillance électronique fœtale (SEF) branché à un disque dur, même lorsque l'impression papier est désactivée, car l'enregistrement se fait sur le disque et est consigné dans le dossier médical, mais il n'est pas vu par le fournisseur de soins;
- Déterminer la **fréquence de base** (tableau suivant) seulement en l'absence d'activité fœtale, d'accélérations ou de décélérations, en écoutant et en calculant les battements cardiaques fœtaux pendant 60 secondes **entre les contractions utérines**. Pendant l'écoute de la FCF, il est utile de palper simultanément le pouls radial maternel pour distinguer la FCF de la FCM;
- Dans le cas d'une bradycardie ou tachycardie du rythme de base : amorcer la SEF et aviser le médecin traitant;
- Une fois la FCF de base établie, la FCF est calculée pendant 60 secondes immédiatement après une contraction pour déterminer si la FCF correspond à la fréquence de base établie et pour détecter les augmentations (accélérations) ou diminutions (décélérations) de battements audibles par rapport à la FCF de base.

Terminologie de la fréquence cardiaque de base	
FCF de base : fœtus à terme	
Normale	110–160 bpm
Tachycardie	Plus de 160 bpm pendant plus de 10 minutes
Bradycardie	Moins de 110 bpm pendant plus de 10 minutes

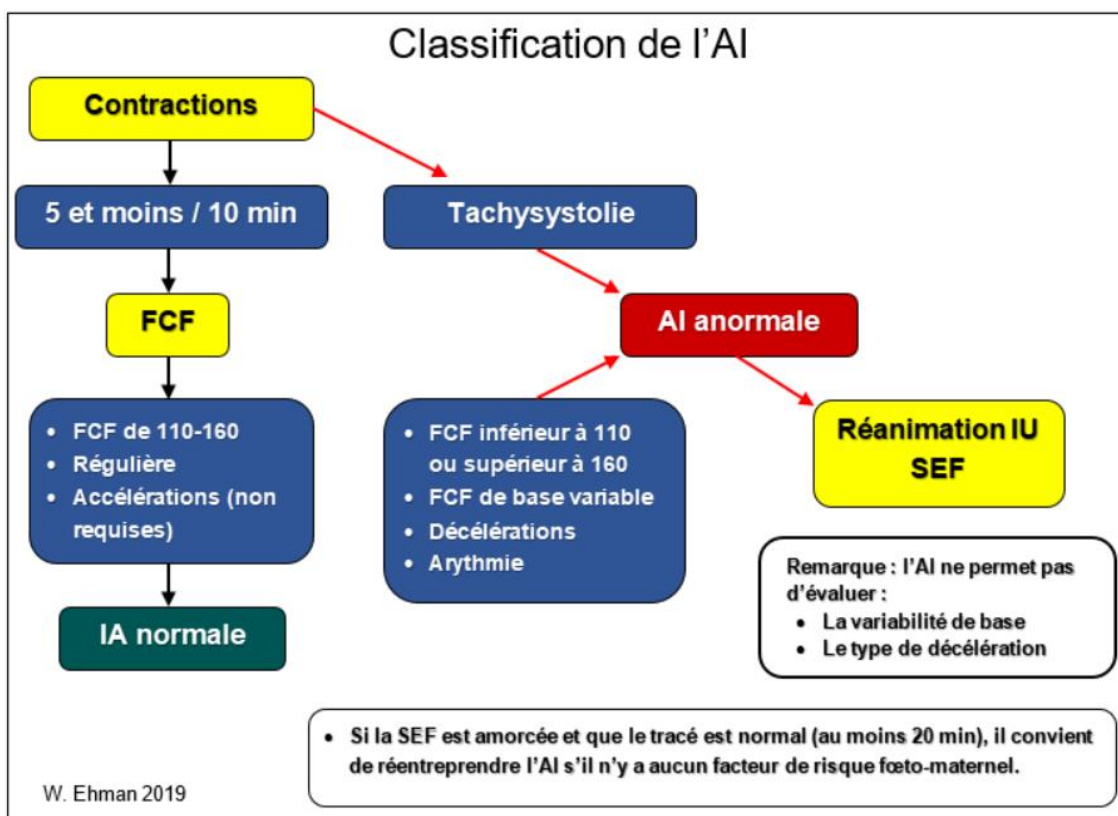
2. Déterminer le rythme :

- Le rythme de base se décrit comme régulier ou irrégulier;
- Une arythmie survient lorsque la fréquence cardiaque irrégulière n'est pas attribuable à l'AU;
- Lorsqu'une arythmie est détectée : amorcer la SEF et aviser le médecin traitant.

3. Accélération et décélérations :

- Des augmentations et des diminutions audibles sont constatées par rapport à la FCF de base. L'AI ne permet pas de définir l'amplitude et la durée des accélérations et des décélérations;
- L'absence d'accélérations pendant le travail est fréquente et ne suffit pas pour classer l'AI comme anormale ou la SEF comme atypique ou anormale;
- Lorsqu'une décélération est détectée : amorcer la SEF et aviser le médecin traitant. Si la SEF est entreprise en réaction à une AI anormale, il n'est pas nécessaire que la SEF reste en place pendant le reste du travail. Lorsque la SEF confirme une fréquence normale, en général pendant un minimum de 20 minutes, il est possible de retirer la SEF pour recommencer l'AI avec l'accord du médecin traitant.

5.2.5.1.3. Classification de l'AI :



Alerte clinique : dans le cas d'une AI anormale : amorcer une SEF et aviser le médecin traitant

Classification des observations de l'AI	
Normales	Anormales
<ul style="list-style-type: none"> – Rythme de contractions normal – Fréquence de base (110–160 bpm) – La présence d'augmentations de la FCF n'est pas requise ^a – Absence de diminutions de la FCF 	<ul style="list-style-type: none"> Tachysystolie – Fréquence de base anormale <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tachycardie ou ✓ Bradycardie ou ✓ FCF de base variable (augmente ou diminue au fil du temps) – Présence de décélérations – Arythmie
<p>^a Puisque l'auscultation est réalisée de façon intermittente, l'absence d'accélération n'est pas nécessairement préoccupante et ne suffit pas à rendre l'auscultation anormale. Les accélérations suggèrent un bien-être fœtal. Lors de l'évaluation d'une absence d'accélération à savoir s'il convient d'entreprendre d'autres mesures pour déterminer le bien-être fœtal, il est important de tenir compte des observations de l'auscultation à la lumière du tableau clinique, y compris l'activité générale du fœtus, le stade du travail et les autres facteurs de risques.</p>	

5.2.5.1.4. Intervention selon la classification des tracés d'AI et de SEF :

Toujours

- Mettre l'accent sur la communication et le travail d'équipe, y compris avec la patiente et sa famille.
- Évaluer la SBEF en tenant compte du tableau clinique global.
- Les actions sont souvent simultanées.

AI ou SEF normales	AI anormale	SEF atypique	SEF anormale
<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à utiliser la méthode de surveillance et fournir les soins de soutien. • Lorsqu'il y a lieu, la SEF peut être interrompue pendant jusqu'à 30 minutes si l'état fœto-maternel et la vitesse de perfusion d'ocytocine sont stables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Repositionner la mère et refaire une AI immédiatement après la contraction suivante ou amorcer la SEF immédiatement. • Si la décélération persiste après la contraction suivante, amorcer la SEF le cas échéant pour confirmer le tracé de FCF. • Si la SEF est amorcée en raison d'une AI anormale, l'AI peut être de nouveau entreprise si le tracé est normal pendant 20 minutes et qu'aucun facteur de risque fœto-maternel n'est relevé à l'examen du tableau clinique global. • Pour confirmer une décélération soupçonnée ou si la SEF n'est pas immédiatement disponible, repositionner la patiente et écouter la FCF après la contraction suivante. Il est recommandé de confirmer le tracé de fréquence cardiaque fœtale au moyen de la SEF s'il y a confirmation d'une décélération par auscultation intermittente. 	<p>VIGILANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation vigilante requise, en particulier en cas de caractéristiques concomitantes. • Déterminer la signification et la cause, puis corriger la cause réversible. • Amorcer la réanimation intra-utérine. • Déterminer la durée de l'effet et la tolérance de la réserve fœtale. • Envisager des évaluations fœtales complémentaires (stimulation du cuir chevelu et/ou PSCCF, échographie). • Envisager le transfert ou l'accouchement si le tracé persiste ou se détériore. 	<p>ACTION REQUISE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer la signification et la cause, puis corriger la cause réversible. • Amorcer la réanimation intra-utérine. • Déterminer la durée de l'effet et la tolérance de la réserve fœtale. • PSCCF, si disponible. • Aviser les services de pédiatrie et d'anesthésie. • Accélérer l'accouchement (vaginal assisté ou césarienne) sauf si l'accouchement est imminent ou que le PSCCF est normal.

5.2.5.1.5. Réaction à des observations précises de l'AI ou de la SEF/ Interventions :

Tracé de la FCF	Causes connexes ou potentielles	Intervention clinique à envisager lors de l'AI	Intervention clinique à envisager lors de la SEF
Tous les tracés atypiques ou anormaux		<ul style="list-style-type: none"> • Amorcer la SEF • Toujours envisager la réanimation intra-utérine 	<ul style="list-style-type: none"> • Toujours envisager la réanimation intra-utérine
Tachycardie > 30 minutes FCF de base en hausse FCF de base erratique	Maternelles <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre, infection • Déshydratation • Hyperthyroïdie • Anxiété ou adrénaline endogène • Réaction médicamenteuse • Anémie Fœtales <ul style="list-style-type: none"> • Infection • Activité prolongée ou stimulation • Hypoxémie chronique • Anomalies cardiaques • Anomalies congénitales • Anémie 	<ul style="list-style-type: none"> • Amorcer la réanimation intra-utérine • Évaluer la température et le pouls maternels • Évaluer la durée de la RDM, résultats positifs à la culture de sécrétions vaginales (p. ex. SGB) • Envisager l'échographie pour vérifier la présence d'une arythmie • Accès IV maternel, si indiqué (p. ex. déshydratation) • Si elle persiste pendant > 30 minutes, amorcer la SEF 	<ul style="list-style-type: none"> • Amorcer la réanimation intra-utérine • Évaluer la température et le pouls maternels • Évaluer la durée de la RDM, résultats positifs à la culture de sécrétions vaginales (p. ex. SGB) • Envisager l'échographie pour vérifier la présence d'une arythmie • Accès IV maternel, si indiqué (p. ex. déshydratation) • Si elle persiste pendant > 80 minutes : <ul style="list-style-type: none"> ◦ PSSCF si possible ◦ Envisager l'observation vigilante continue si le tableau clinique et les autres éléments de surveillance fœtale sont normaux ◦ Envisager un accouchement dans les plus brefs délais si d'autres éléments de la SEF sont atypiques ou anormaux ou si le tableau clinique l'exige
FCF irrégulière	• Arythmie fœtale possible	• Amorcer la SEF	• Poursuivre la SEF et envisager l'étiologie et d'autres examens et analyses
Bradycardie	• Hypoxie	<ul style="list-style-type: none"> • Réanimation intra-utérine • Amorcer la SEF 	<ul style="list-style-type: none"> • Toujours envisager la réanimation intra-utérine • Accélérer l'accouchement
Variabilité minime de ≤ 5 bpm pendant > 40 minutes Variabilité absente pendant > 40 minutes	<ul style="list-style-type: none"> • Sommeil fœtal • Prématurité • Médicaments • Acidémie hypoxique 		<ul style="list-style-type: none"> • Réanimation intra-utérine • Examen de l'historique des facteurs prédisposants • Si possible : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Pose d'une ECC ◦ Faire un PSSCF • Préparer l'accouchement
Variabilité marquée	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoxie • Mouvements fœtaux de type gaspes • Cause inconnue 		Évaluer la cause lorsque > 10 minutes : <ul style="list-style-type: none"> • Réanimation intra-utérine • ECC si possible, effectuer un PSSCF • Préparer l'accouchement si la variabilité persiste
Sinusoidal	<ul style="list-style-type: none"> • Anémie fœtale (Hb < 70) • Hypoxie ou acidose • Présence transitoire chez un fœtus sain 		<ul style="list-style-type: none"> • Tenir compte du tableau clinique • Stimulation du cuir chevelu • Réanimation intra-utérine • Poser une ECC, si possible • Envisager le test de Kleihauer-Betke • Vélocimétrie Doppler de l'artère cérébrale moyenne, si disponible • Préparer l'accouchement
Accélérations	<ul style="list-style-type: none"> • Activité fœtale • Stimulation directe du système sympathique fœtal • Occlusion de la veine ombilicale seulement • Stimulation du cuir chevelu fœtal • Augmentation de l'activité sympathique après une décélération 	• Aucune intervention	• Aucune intervention
Absence d'accélération à la stimulation du cuir chevelu	<ul style="list-style-type: none"> • Acidémie hypoxique⁶⁵ • Anomalies fœtales⁶⁵ 	• Amorcer la SEF	<ul style="list-style-type: none"> • Si possible : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Poser une ECC ◦ Faire un PSSCF • Préparer l'accouchement
Accélérations	<ul style="list-style-type: none"> • Activité fœtale • Stimulation directe du système sympathique fœtal • Occlusion de la veine ombilicale seulement • Stimulation du cuir chevelu fœtal • Augmentation de l'activité sympathique après une décélération 	• Aucune intervention	• Aucune intervention
Absence d'accélération à la stimulation du cuir chevelu	<ul style="list-style-type: none"> • Acidémie hypoxique⁶⁵ • Anomalies fœtales⁶⁵ 	• Amorcer la SEF	<ul style="list-style-type: none"> • Si possible : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Poser une ECC ◦ Faire un PSSCF • Préparer l'accouchement
Décélération	<ul style="list-style-type: none"> • Réaction autonome à des facteurs tels que l'hypoxie, l'acidose et les variations de la pression artérielle 	<ul style="list-style-type: none"> • Repositionner la parturiente • Écouter à nouveau ou • Amorcer la SEF 	<ul style="list-style-type: none"> • Réanimation intra-utérine • Vérifier les signes vitaux maternels • Autres interventions selon la classification et le tableau clinique global
Décélérations tardives intermittentes OU Décélération unique : durée de > 2 minutes mais de < 3 minutes	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du flux sanguin utérin attribuable à la position maternelle • Réponse vagale ou des chémorécepteurs fœtaux • Acidémie fœtale transitoire 		<ul style="list-style-type: none"> • Réanimation intra-utérine • Vérifier les signes vitaux maternels • Poursuivre l'observation
Décélération prolongée unique de > 3 minutes	<ul style="list-style-type: none"> • Réaction des chémorécepteurs fœtaux possiblement liée à : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tachysystolie ◦ Compression grave du cordon ◦ Hypotension ou convulsions maternelles ◦ Descente fœtale rapide 		<ul style="list-style-type: none"> • Examen vaginal pour écarter la possibilité d'une procdence du cordon • Réanimation intra-utérine • Préparer l'accouchement

5.2.5.1.6. Facteurs non évalués lors de l'AI :

1. Variabilité de base;
2. Type de décélération.

5.2.5.1.7. Réanimation intra-utérine :

La réanimation intra-utérine vise à améliorer le débit sanguin utérin, la circulation ombilicale et l'oxygénation fœto-maternelle :

Les mesures à prendre peuvent inclure les suivantes :

- Demander de l'aide et aviser le médecin traitant;
- Retirer les PGE2 vaginales ou cesser ou diminuer la perfusion d'ocytocine;
- Placer la mère en position latérale droite ou gauche;
- Vérifier les signes vitaux maternels, y compris la différenciation entre la FCF et la FCM;
- Demander à la parturiente de modifier ou d'interrompre momentanément les efforts de poussée à la phase active du deuxième stade;
- Améliorer l'hydratation maternelle au moyen d'un bolus de liquide intraveineux seulement lorsqu'indiqué (c.-à-d. en cas d'hypovolémie et/ou d'hypotension maternelles);
- Réaliser un examen vaginal pour écarter la possibilité de procidence du cordon et évaluer le progrès du travail. Stimuler le cuir chevelu;
- Fournir des soins de soutien pour réduire l'anxiété maternelle (atténuer l'effet des catécholamines);
- Envisager l'administration d'oxygène par masque seulement en cas de soupçon ou de confirmation d'hypoxie et/ou d'hypovolémie maternelles. L'administration d'oxygène est réservée à la réanimation maternelle en présence d'hypoxie ou d'hypovolémie maternelles; elle N'EST PAS indiquée aux fins de réanimation fœtale.

5.2.5.2. Évaluation par SEF :

Bien qu'elle fournisse un enregistrement en continu de la FCF et de l'AU, la SEF ne remplace pas les soins professionnels adéquats ni le soutien et l'accompagnement offerts aux parturientes. Lors de la SEF, la mobilisation demeure une composante importante des soins durant le travail.

- Obtenir le consentement auprès de la parturiente pour commencer la SEF;
- Installer la SEF selon la technique de soin (MSI) « *Monitoring fœtal électronique* »;
- Vérifier que l'appareil indique la bonne date et la bonne heure, et que cette dernière est la même que sur les horloges murales;
- Identifier le tracé au nom de la parturiente;
- S'assurer que la vitesse de déroulement du papier est configurée à 3 cm/min.;
- Favoriser les positions maternelles verticales;
- Favoriser la mobilisation (notamment lorsque la patiente se tient debout à côté du lit, s'accroupit ou s'agenouille) et l'hydrothérapie lorsque possible. Il est recommandé d'utiliser une technologie sans fil et imperméable qui permet les changements de position, l'hydrothérapie et les mouvements durant le travail et l'accouchement;
- S'assurer d'obtenir un tracé interprétable : les tracés clairs et continus de la FCF, de la FCM et de l'AU permettent l'interprétation. En cas de limites quant à la détection fiable de l'activité utérine et/ou de la FCF par SEF externe : aviser le médecin traitant afin d'envisager l'utilisation d'une électrode de cuir chevelu (ECC) et/ou d'un cathéter de pression intra-utérine (CPIU).

Composantes de l'évaluation de la SEF :

5.2.5.2.1. AU (voir 5.2.3)

5.2.5.2.2. Évaluer la FCF :

1. Établir la FCF de base :

La FCF de base correspond à la FCF moyenne approximative arrondie en incréments de 5 bpm sur une période de 10 minutes, sans toutefois tenir compte des accélérations ou décélérations et des périodes de variabilité marquée de la FCF. Il est nécessaire d'obtenir 2 minutes de FCF de base identifiable (pas nécessairement consécutives) dans une période de 10 minutes, autrement la FCF de base est indéterminée. Voir le tableau suivant pour connaître la terminologie relative à la FCF de base. Il est utile de déterminer la FCM pour la différencier de la FCF.

Terminologie de la fréquence cardiaque de base	
<i>FCF de base : fœtus à terme</i>	
Normale	110–160 bpm
Tachycardie	Plus de 160 bpm pendant plus de 10 minutes
Bradycardie	Moins de 110 bpm pendant plus de 10 minutes

Tracé de la FCF normale

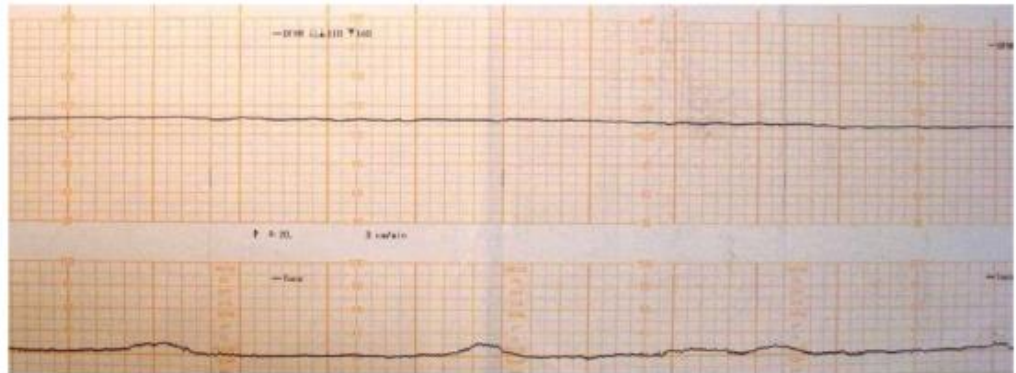


2. Variabilité de la FCF de base :

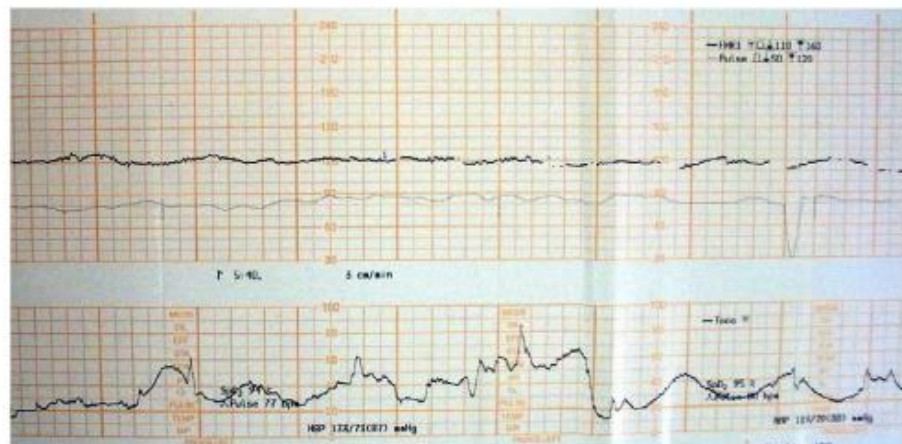
- La variabilité désigne les fluctuations de la FCF de base dont l'amplitude et la fréquence sont irrégulières. La variabilité se détermine sur une période de 10 minutes de FCF de base, sans tenir compte des accélérations et décélérations. Elle mesure la différence en bpm entre la FCF la plus basse et la plus élevée;
- La variabilité peut être instable pendant des segments de 10 minutes de tracé;
- En présence d'au moins une période de variabilité modérée durant 1 minute pendant ce segment, on classe ce segment comme modéré;
- La variabilité est une caractéristique normale de la FCF qui est contrôlée par l'influence du nerf vague sur le cœur;
- **Lorsqu'une variabilité est marquée, dure plus de 10 minutes, le tracé est considéré comme anormal : aviser le médecin traitant;**
- Les facteurs suivants peuvent influencer sur la variabilité :
 - Sommeil fœtal (le plus fréquent). Chez un fœtus en santé, le sommeil dure habituellement moins de 40 minutes : **si la variabilité est réduite pendant plus de 40 minutes : aviser le médecin traitant;**
 - Médicaments, tels que les suivants :
 - Narcotiques, sédatifs et bêtabloquants;
 - Sulfate de magnésium (les bolus de sulfate de magnésium peuvent causer une diminution transitoire de la variabilité);

- Stéroïdes (la betaméthasone et la dexaméthasone peuvent influencer sur la variabilité et les mouvements fœtaux pendant 3 jours avant un retour à la normale);
- Prématurité (la variabilité à partir de 32 semaines est habituellement modérée);
- Tachycardie fœtale;
- Anomalies congénitales;
- Tabagisme maternel.

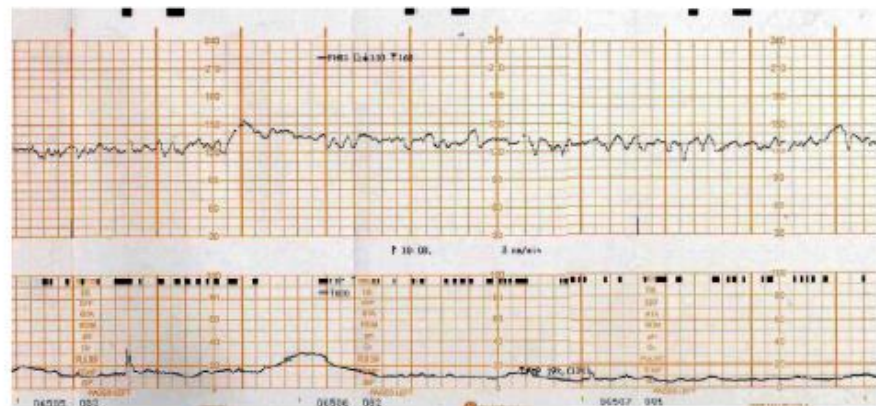
Variabilité absente



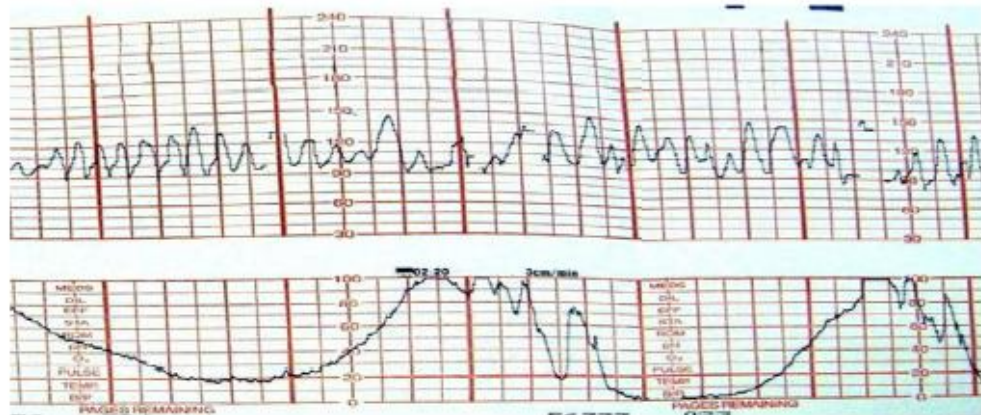
Variabilité minimale



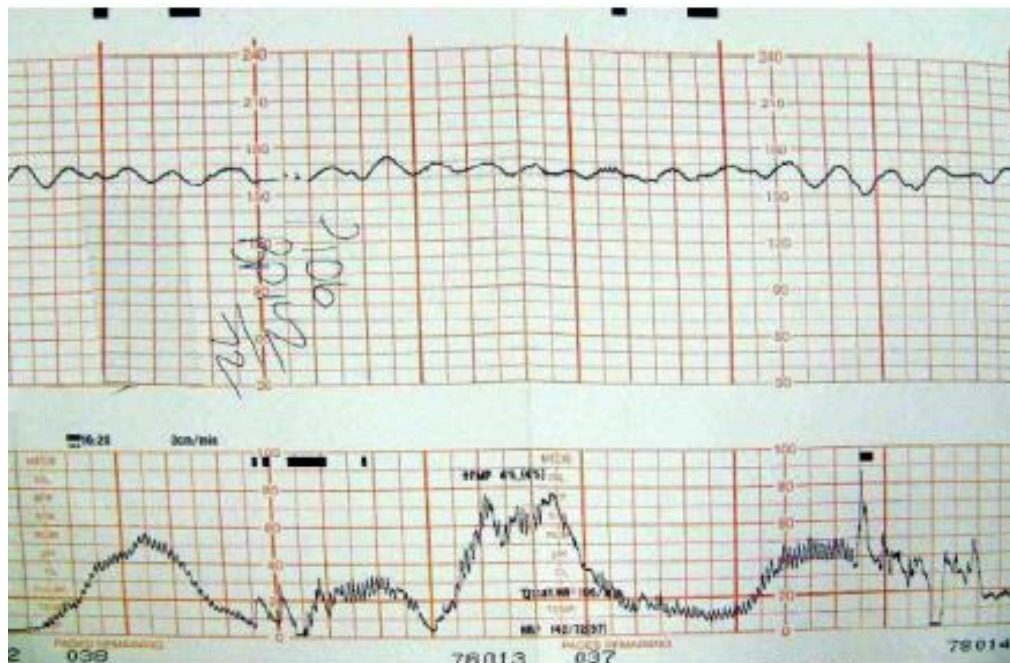
Variabilité modérée



Variabilité marquée

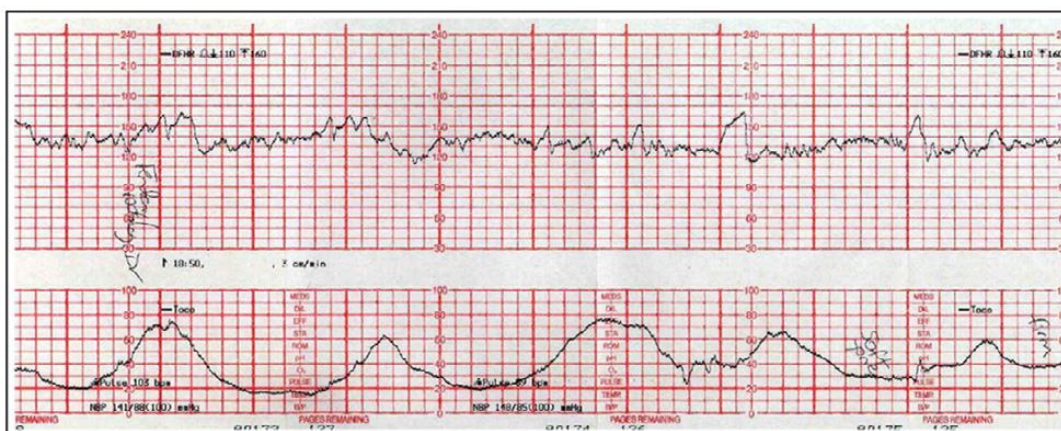


- Trace sinusoïdale : Un tracé sinusoïdal de la FCF est un tracé d'ondes sinusoïdales arrondies répétitives persistant pendant 20 minutes ou plus et ayant une amplitude de 5–15 bpm et une fréquence de 3 à 5 cycles par minute. Dans un tracé de FCF sinusoïdal pathologique, la FCF ne varie pas en fonction des contractions utérines, des mouvements fœtaux ni de la stimulation fœtale. Un tracé sinusoïdal de la FCF diffère de la variabilité. La cause physiologique de cette différence n'a pas été clairement établie, mais est souvent liée à l'anémie et/ou à l'hypoxie fœtale. Cependant, si le tableau clinique suggère une anémie fœtale potentielle, il est impératif d'amorcer l'intervention clinique immédiatement sans attendre 20 minutes. Le tracé pseudo-sinusoïdal ressemble à un tracé sinusoïdal, mais il est généralement transitoire et se corrige spontanément. Il pourrait comprendre une accélération occasionnelle et un certain degré de variabilité avec un aspect en dents de scie. Le tracé pseudo-sinusoïdal peut correspondre avec la succion du pouce, le hoquet ou une respiration rythmique chez le fœtus ou avec l'administration maternelle de morphine, de remifentanyl, de butorphanol, d'alphaprodine, de meperidine ou de nalbuphine pendant le travail. Dans le cadre des interventions cliniques, il convient d'écarter la possibilité d'acidose et d'anémie fœtales au moyen d'une stimulation du cuir chevelu.



3. Accélération :

- Une accélération est une augmentation brusque de la FCF (pic obtenu en moins de 30 secondes), qui surpasse la FCF de base d'au moins 15 bpm pendant plus de 15 secondes et moins de 2 minutes entre le départ et le retour de la FCF de base (10 bpm pendant plus de 10 secondes pour une grossesse ayant moins de 32 semaines);
- L'accélération est dite prolongée si elle dure 2 minutes ou plus;
- Lorsque l'accélération persiste pendant 10 minutes ou plus, il s'agit d'un changement de la FCF de base;
- La présence d'accélération est une observation normale, mais n'est pas un critère nécessaire pendant le travail pour définir un tracé comme normal;
- L'absence d'accélération pendant le travail est fréquente et ne suffit pas pour classer l'AI comme anormale ou la SEF comme atypique ou anormale.



4. Décélération :

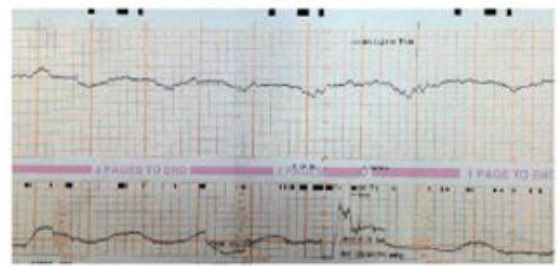
- Une décélération est une baisse brusque ou graduelle de la FCF et qui se définit comme précoce, tardive ou variable;
- Les décélération précoces et tardives sont graduelles (supérieures ou égales à 30 secondes entre la FCF de base et le nadir);
- Les décélération variables sont brusques (inférieures à 30 secondes entre la FCF de base et le nadir);
- Divers qualificatifs sont utilisés pour décrire les décélération, notamment : périodique, épisodique, répétitive, récurrente et prolongée;
- Pour les décélération variables, il est très important de reconnaître le retard du rétablissement après la fin de la contraction. Le rétablissement retardé peut être brusque ou graduel;
- On juge que les décélération variables compliquées avec un retard du rétablissement ont la même importance qu'une décélération tardive; si ce type de décélération est répétitif, le tracé est défini comme anormal;
- Lorsque les décélération graduelles ne sont pas liées à des contractions définies, elles peuvent être décrites comme des décélération graduelles épisodiques.

Les décélérations précoces et tardives se caractérisent par une baisse graduelle de la FCF (≥ 30 secondes entre la FCF de base et le nadir).

Décélération précoce



Décélération tardive



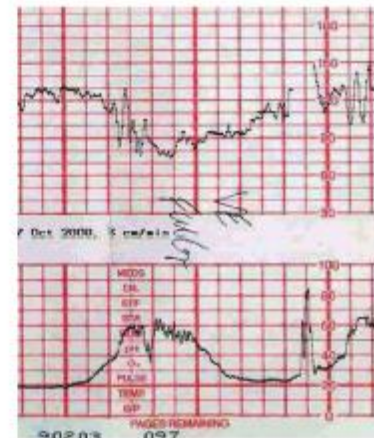
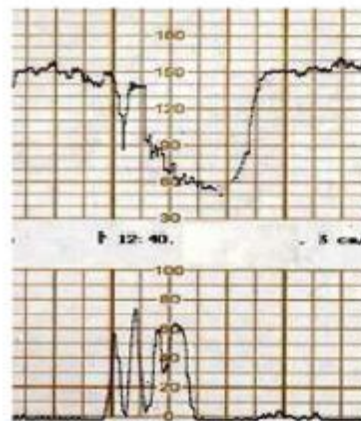
Toutes les décélérations variables ont une pente abrupte (< 30 secondes entre la FCF de base et le nadir).

Décélérations variables non compliquées

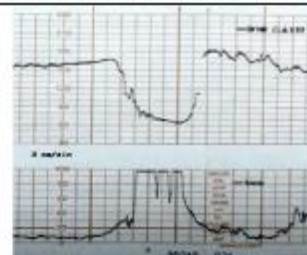
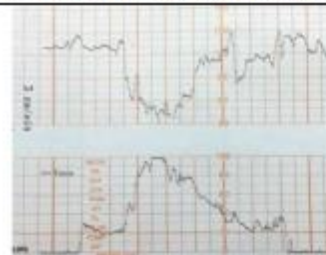


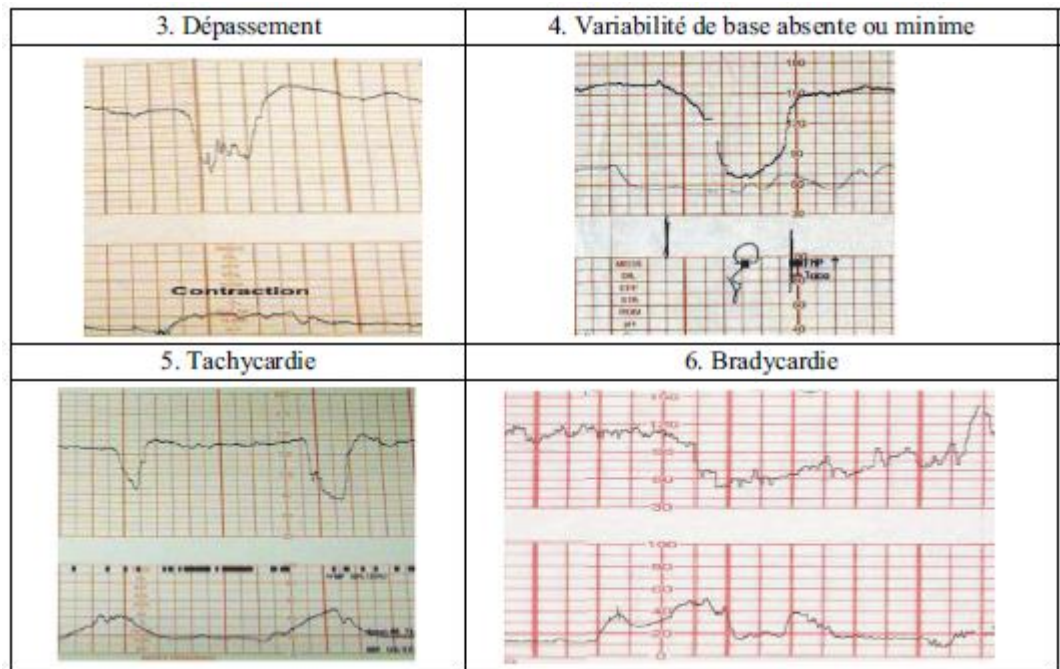
Il existe différents types de décélérations variables compliquées

1. Aucun retour à la FCF de base d'ici la fin de la contraction



2. Durée de ≥ 60 secondes et ≤ 60 bpm OU ≥ 60 bpm de moins que la FCF de base

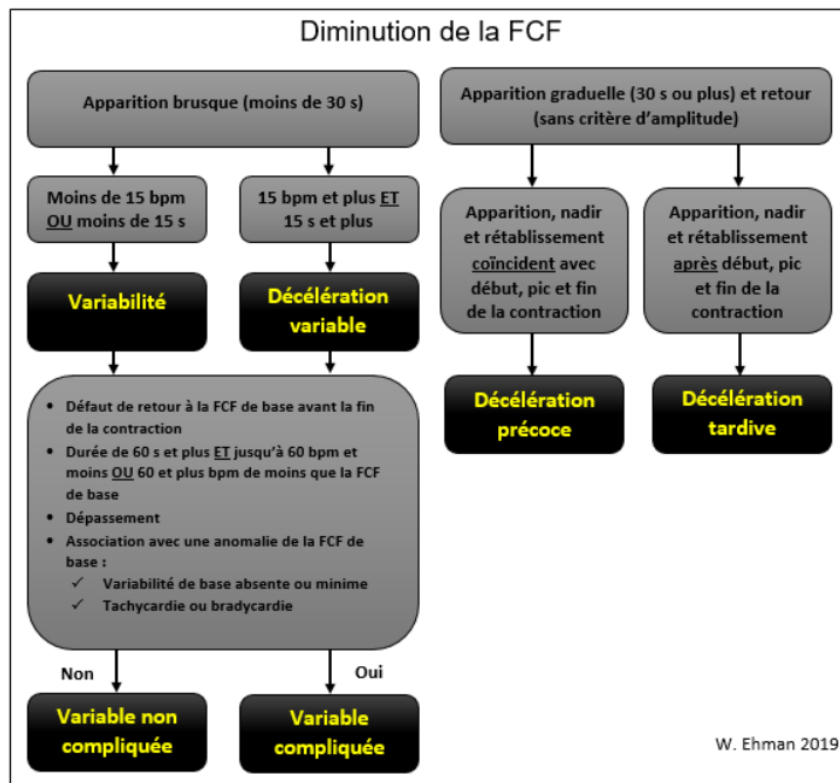




Types de décélérations

Bien que les critères systématiques suffisent généralement pour classer les éléments du tracé de SEF, certains aspects pourraient ne pas correspondre parfaitement aux définitions. Dans un tel cas, il convient d'évaluer les autres éléments du tracé et d'exercer un jugement clinique pour classer adéquatement le tracé.

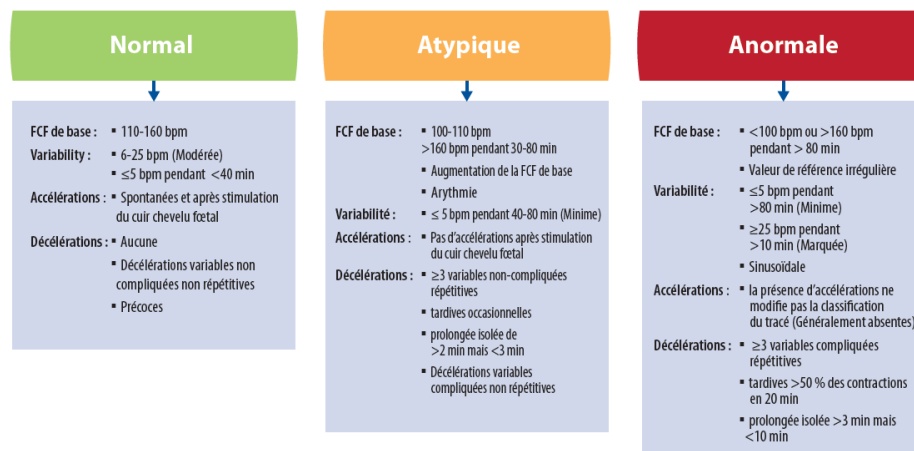
	Variable			
	Précoces	Non compliquées	Compliquées	Tardives
Pente du déclin	Graduelle	Brusque	Brusque	Graduelle
Physiologie	<ul style="list-style-type: none"> La compression de la tête fœtale⁵⁰ cause un ralentissement de la fréquence cardiaque en raison du réflexe vagal; ces décélérations peuvent coïncider avec la phase active, la descente fœtale dans le bassin ou la dilatation complète. 	<ul style="list-style-type: none"> La compression du cordon modifie la pression artérielle fœtale et stimule les barorécepteurs chez le fœtus ayant des réserves d'oxygène adéquates. 	<ul style="list-style-type: none"> La compression du cordon stimule les barorécepteurs chez le fœtus ayant des réserves d'oxygène limitées; ces décélérations peuvent impliquer d'autres facteurs physiologiques (p. ex. composante des chémorécepteurs). 	<ul style="list-style-type: none"> L'insuffisance utéro-placentaire ou la tachysystolie stimulent les chémorécepteurs et les barorécepteurs en second lieu⁵⁰. Ces décélérations peuvent être liées à l'hypoxie et l'acidémie⁵⁵.
Apparence	<ul style="list-style-type: none"> Symétrique; Souvent accompagnées d'une variabilité modérée⁴⁹; Baisse graduelle avec retour à la FCF de base. 	<ul style="list-style-type: none"> 15 bpm sous la FCF de base pendant ≥ 15 secondes; Si périodiques, rétablissement avant la fin de la contraction; Souvent avec des « épaules » (c.-à-d. une accélération initiale suivie d'une décélération rapide jusqu'au nadir, puis un retour rapide à la FCF de base et une deuxième brève accélération)⁴; Périodiques ou épisodiques. 	L'une ou l'autre des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Aucun retour à la FCF de base avant la fin de la contraction; Décélération de ≥ 60 secondes ET jusqu'à ≤ 60 bpm ou ≥ 60 bpm de moins que la FCF de base^{56,57}; Dépassement de 20 bpm \times 20 secondes après la décélération; Décélération variable en présence de : <ul style="list-style-type: none"> variabilité de base minime ou absente; FCF de base tachycardique ou bradycardique. 	<ul style="list-style-type: none"> Symétrique; Baisse graduelle avec retour à la FCF de base.
Relation avec les contractions	Périodiques: <ul style="list-style-type: none"> Nadir obtenu au moment de l'intensité maximale de la contraction; Rétablissement avant la fin de la contraction. 	Épisodiques ou périodiques: <ul style="list-style-type: none"> Très fréquentes vers la fin du premier stade du travail; Surviennent dans la moitié des cas au deuxième stade du travail. 	Épisodiques ou périodiques: <ul style="list-style-type: none"> Peuvent survenir aux premier et deuxième stades du travail. 	Périodiques: <ul style="list-style-type: none"> Apparition, nadir et rétablissement après le début, le pic et la fin de la contraction.
Incidence	<ul style="list-style-type: none"> Bénignes, non liées à l'acidémie. 	<ul style="list-style-type: none"> Pas nécessairement liées à des issues néonatales défavorables^{50,58}. 	<ul style="list-style-type: none"> Peuvent indiquer une hypoxie et une acidémie fœtales⁵⁰. 	<ul style="list-style-type: none"> Peuvent être liées à l'acidémie fœtale.



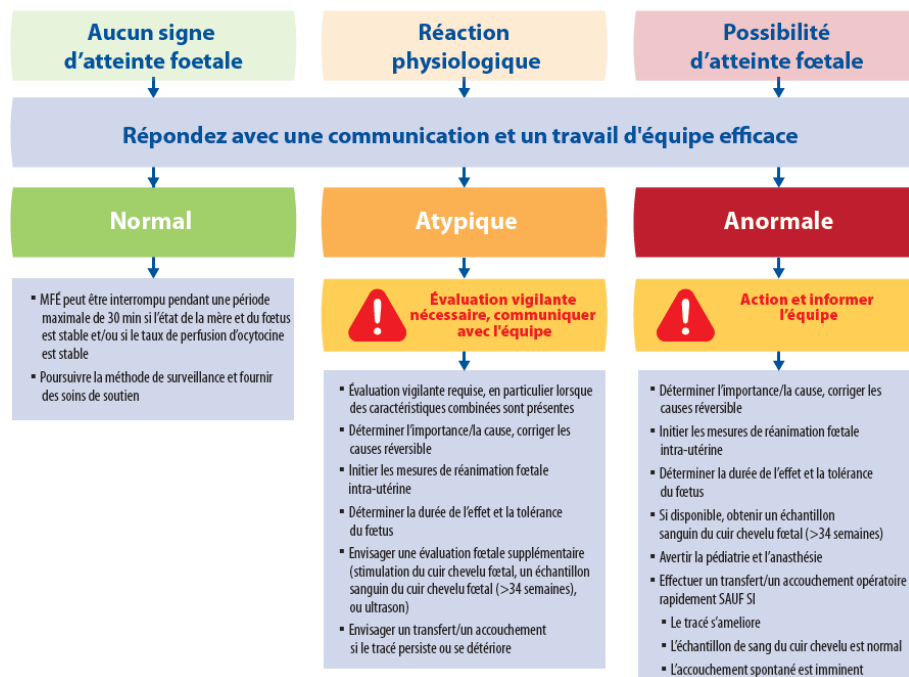
5.2.5.2.3. Classification des tracés de SEF intrapartum :

	Normal	Atypique	Anormal
Activité utérine	• Rythme de contractions normal	• La tachysystolie pourrait se manifester avec un tracé normal, atypique ou anormal; il convient d'exercer une surveillance étroite pour détecter les caractéristiques d'une FCF inquiétante.	
Valeurs de base	• 110-160 bpm	• 100-110 bpm • > 160 bpm pendant 30–80 minutes • FCF de base en hausse • Arythmie (rythme irrégulier)	• < 100 bpm • > 160 bpm pendant > 80 minutes • FCF de base erratique
Variabilité	• 6-25 bpm • ≤ 5 bpm pendant <40 minutes	• ≤ 5 bpm pendant 40–80 minutes	• ≤ 5 bpm pendant > 80 minutes • ≥ 25 bpm pendant > 10 minutes • Sinusoïdal
Accélération	• Accélérations spontanées, mais facultatives • Accélération lors de la stimulation du cuir chevelu	• Aucune accélération lors de la stimulation du cuir chevelu	• Généralement absente (la présence d'accélérations ne change pas la classification du tracé)
Décélération	• Aucune • Décélération variables non compliquées et non répétitives • Décélération précoces	• Décélération variables répétitives non compliquées • Décélération variables compliquées non répétitives • Décélération tardives intermittentes • Décélération prolongée unique de ≥ 2 minutes, mais < 3 minutes	• Décélération variables compliquées répétitives • Décélération tardives récurrentes • Décélération prolongée unique de ≥ 3 minutes, mais < 10 minutes
Interprétation clinique (à la lumière du tableau clinique global)	• Aucune indication de danger pour le fœtus	• Réaction physiologique	• Danger possible pour le fœtus
Terminologie	Récurrentes : Les décélération surviennent dans ≥ 50 % des contractions utérines sur une période de 20 minutes. Intermittentes : Les décélération surviennent dans < 50 % des contractions utérines sur une période de 20 minutes. Répétitives : 3 décélération consécutives ou plus. Non répétitives : 1 ou 2 décélération consécutives, tout au plus.		

Classification des tracés du MFÉ Intrapartum



Interprétation clinique en vue du portrait global



amproob.com

© 2020 Salus Global Corporation. Tous droits réservés. Salus Global, amproOB et tous les produits portant les sigles MD ou MC sont des marques de commerce ou des marques déposées de Salus Global Corporation. 19766 v10 02/2020

Salus Global
ampro OB^{MD}

5.2.6. Changements et tendances de la FCF dans le temps :

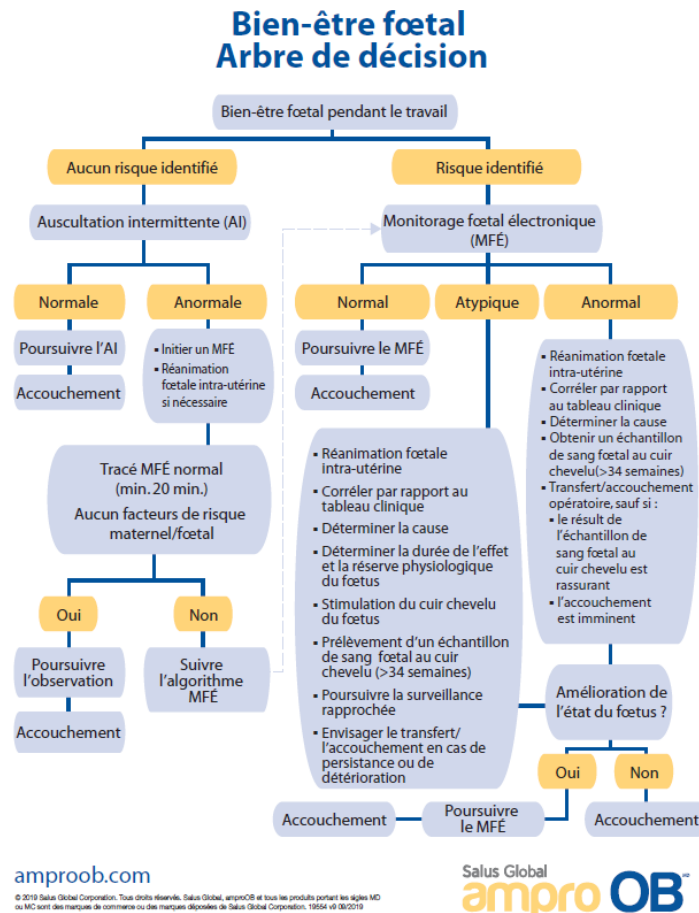
- Les tracés de la FCF changent tout au long du travail. Il est important d'évaluer la FCF en tenant compte des précédents tracés;
- Un changement au tracé peut indiquer que l'état du fœtus a changé. Lors de l'interprétation d'un changement au tracé : appliquer les interventions selon la situation (voir tableau de la classification des tracés) et aviser le médecin traitant;
- Évaluer la FCF dans le contexte du tableau clinique global et de distinguer la FCF de la FCM.

Alerte clinique

Aviser immédiatement le médecin traitant si les observations suivantes concordent avec des décélérations :

- FCF de base en hausse
- Tachycardie fœtale
- Variabilité de base absente ou minime
- Retour retardé à la FCF de base après une décélération variable
- Décélération marquée en durée et en amplitude (p. ex. : chute de 60 bpm ou jusqu'à 60 bpm pendant 60 secondes), particulièrement en concomitance avec une tachycardie.

5.2.7. Interventions selon la classification des tracés AI et SEF (voir 5.2.5.1.4)



5.2.8. Réactions à des observations précises de l'AI ou de la SEF/ interventions (voir 5.2.5.1.5)

5.2.9. Données à consigner :

- Utiliser la terminologie du présent protocole infirmier pour décrire la SBEF;
- Consigner les données selon les critères suivants :
 - Consigner les données en temps réel ou comme note tardive;
 - Inclure toutes les composantes de surveillance pour la méthode de surveillance utilisée;
 - Respecter les normes professionnelles;
 - Veiller à ce que l'heure soit coordonnée entre les tracés, les montres, les horloges murales et l'ordinateur;
 - Envisager l'utilisation d'une fiche de suivi pour les données répétitives à consigner;
 - Envisager l'utilisation de notes narratives pour les communications de l'équipe de soins, les interventions, les préoccupations de la patiente, les demandes et les détails relatifs aux situations d'urgence;
- Consigner la classification de la SBEF chaque fois que l'évaluation de celle-ci est réalisée;
- Consigner tous les éléments mentionnés précédemment à la même fréquence que les évaluations : la fréquence des évaluations, de la réaction et de l'inscription des données doit toujours tenir compte de l'état fœto-maternel et doit être accrue en cas de SBEF atypique ou anormale ou en présence d'autres changements à l'état fœto-maternel;
- Ne pas encercler les résultats suspects sur le tracé ou noter une interprétation sur le tracé;
- L'inscription de données sur le tracé peut être utile en situation d'urgence; **mais elle doit correspondre aux notes narratives**;
- Inscription des données pendant la phase active du deuxième stade et en situation d'urgence :
 - Envisager la présence de deux fournisseurs de soins ou plus dans la salle pendant la phase active du deuxième stade et en situation d'urgence de sorte qu'une personne soit responsable de consigner les données;

Inscription des données papier ou numériques de la SBEF intrapartum

La terminologie et les adjectifs énoncés dans la présente directive clinique sont utilisés dans les données consignées.

	Activité utérine	Surveillance de la FCF par AI	Surveillance de la FCF par SEF
Méthode d'évaluation	Palpation, tocodynamomètre, CPIU	Appareil Doptone, stéthoscope de Pinard, fœtoscope	Capteur à ultrasons, ECC
Éléments à consigner	1. Fréquence 2. Durée 3. Intensité 4. Tonus au repos	1. FCF de base, et à la suite de l'établissement de la FCF de base, surveillance continue de la FCF immédiatement après la contraction 2. Rythme 3. Accélérations audibles 4. Décélérations audibles	1. FCF de base 2. Variabilité 3. Accélérations 4. Décélérations et type de décélérations
FCM			
Classification en fonction de l'AU et de la FCF			
Actions ou interventions précises, y compris la communication			
Réaction fœto-maternelle aux interventions			

Résumé de la fréquence recommandée des évaluations et de l'inscription des données

	SBEF — AI	SBEF — SEF	FCM ^a
Phase latente du travail en cas d'admission à l'unité des naissances ou au cas par cas en fonction de l'état fœto-maternel si la patiente est au triage ou sous les soins d'une sage-femme à domicile (aucune hospitalisation)	1 fois par heure	1 fois par heure	À l'admission et au moment de déterminer la FCF de base
Phase active du premier stade et phase passive du deuxième stade	1 fois aux 15 à 30 minutes	1 fois aux 15 minutes	1 fois aux 4 heures avec membranes intactes OU 1 fois aux 2 heures avec rupture des membranes
Phase active du deuxième stade	1 fois aux 5 minutes	1 fois aux 15 minutes Si tracé continu et présence continue du fournisseur de soins ²¹	1 fois aux 15 à 30 minutes ^b

^a Également effectuer chaque fois qu'il y a incertitude entre la FCM et la FCF et en cas d'amorce de la réanimation intra-utérine.

^b Envisager le tracé continu par tocodynamomètre si disponible et consigner les résultats toutes les 15 minutes.

- Conservation des SEF.

6. DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

- PROTINF-MC-008 *Initier et interpréter un examen de réactivité fœtale*
- MSI *Monitoring fœtal électronique*
- MSI *Prise du cœur fœtal*
- Formulaire MSSS

7. RÉFÉRENCES

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *No 396 - Surveillance du bien-être fœtal : Directive clinique de consensus des soins intrapartum*, mars 2020.

SALUS GLOBAL AMPROOB. *Surveillance de la santé fœtale pendant le travail 19^e édition*, septembre-16-2020.

8. ÉLABORATION / RÉVISION

Élaboration :

- Isabelle Savary, conseillère cadre en soins infirmiers;
- Sabrina Lapointe-Pinsonneault, infirmière clinicienne HHR.

Révision :

N/A

9. CONSULTATION

Élaboration :

- Carine Ouellette, infirmière clinicienne soutien à la pratique CCLM;
- Chantal Boucher, directrice des soins infirmiers;
- Chantal Gousy, chef UME HCLM;

- CII;
- Conseillères cadres en soins infirmiers;
- Dr Amélie Larente, chef gynécologues et obstétriciens CISSSMC;
- Infirmières de l'UME d'HCLM et d'HHR;
- Nancy Beaulieu, directrice adjointe des soins infirmiers - volet qualité et évolution de la pratique;
- Pascale Caron, ASI HCLM;
- Stéphanie Morissette, chef UME HHR;
- Véronique Fillion, infirmière clinicienne soutien à la pratique HRR.

Révision :

N/A

10. MOTS-CLÉS

Surveillance fœtale, surveillance fœtale électronique, moniteur fœtal, auscultation intermittente, *monitoring* fœtal.