



Évaluation des pratiques professionnelles

Accouchements en décubitus latéral, un choix donné aux patientes dans une maternité de Niveau III : expérience de la maternité de Nancy

E. Mougenez*, D. Villa*, B. Guillemain**, O. Thiebaugeorges***

* *Sages-femmes, Bloc Technique d'Obstétrique,*

** *Sage-femme Cadre, Salle de Naissances,*

*** *Praticien Hospitalier, Maternité Régionale, 10 rue du Docteur Heydenreich, CS 74213, 54042 Nancy Cedex.*

Objectif. Notre objectif était de déterminer les conséquences maternelles et fœtales de la position latérale pour l'accouchement.

Population et méthode. Nous avons effectué une étude cas/témoin rétrospective comparant les patientes ayant accouché en décubitus latéral (DL) à la Maternité Régionale de Nancy entre août 2004 et août 2005, à des patientes ayant accouché en position gynécologique aménagée (APOR B. de Gasquet®).

Résultats. Dans les deux groupes, la durée du travail était quasi semblable, avec une légère augmentation des efforts expulsifs dans le groupe DL. L'orientation de dégagement est significativement différente ($p = 0,003$) avec 72 % d'orientations obliques en DL. Il n'y avait pas de différence significative pour l'adaptation des nouveau-nés.

En DL, on retrouve significativement plus de périnéés intacts ou éraillés (50 % *versus* 25 %, $p = 0,03$) ainsi qu'une diminution non significative des épisiotomies (6 % *versus* 18 %). Aucune hémorragie de plus de 500 ml n'a été constatée. Toutes les parturientes ont été satisfaites par leur position d'accouchement latérale.

Conclusion. Aucune conséquence lors de la pratique de l'accouchement sur le côté n'a été constatée, avec même un effet protecteur pour le périnée des femmes.

Mots-clés : *Naissance • position latérale • accompagnement • choix éclairé.*

SUMMARY: Delivery in the lateral decubitus position, an option for parturients in a level III maternity in Nancy.

Objective. We wanted to learn more about the maternal and fetal consequences of deliver in the lateral decubitus position.

Study population. This retrospective case-control study included women who delivered in the lateral decubitus position at the Nancy Regional Maternity ward from August 2004 to August 2005 in comparison with women who delivered in the gynecological position (APOR B. de Gasquet®).

Results. Duration of labor was similar in the two groups with a slightly greater degree of expulsion efforts in the lateral decubitus group. Orientation was slightly different ($p=0.003$) with 72% oblique orientations in the lateral decubitus group. The rate of intact perineum was also greater in the lateral decubitus group (50% vs 25%, $p=0.03$) with a lower rate of episiotomy (6% vs 18%). There were no cases of hemorrhage greater than 500 ml. All parturients were satisfied with the lateral decubitus position during delivery.

Key words: *Birth • lateral position • accompanying • informed consent.*

■ INTRODUCTION

L'initiative de cette étude est le fruit de notre réflexion, menée depuis quelques années, sur la possibilité de mobiliser activement les parturientes... ou de leur permettre de se mobiliser !

Actuellement, de plus en plus de patientes ressentent le besoin de se réapproprier leur travail en participant plus activement à la naissance de leur enfant...

Leurs souhaits, évidemment bien légitimes, sont plus précis, et bien documentés ; elles ne veulent plus « être accouchées », elles veulent accoucher ! Ces patientes motivées nous ont donné envie de nous remettre en question et de modifier nos pratiques.

En 2000, 2001 et 2002, notre équipe a bénéficié d'une formation dispensée par Madame le Docteur Bernadette de Gasquet, ayant pour thème « accouchement physiologique et prévention des prolapsus » [1].

Cette approche posturo-respiratoire, adaptée à chaque phase du travail, a été le starter d'une évolution de nos pratiques.

Depuis lors, nous proposons à nos patientes une mobilisation active lors du travail, mais nous avons le désir de leur proposer également un autre choix postural pour l'accouchement. Plus récemment, nous avons donc commencé à pratiquer des accouchements en décubitus latéral (DL), position alliant confort et sécurité, car compatible avec une surveillance fœtale continue, et rapidement réversible si des gestes d'urgence sont nécessaires.

L'objectif principal de cette étude était, dans le cadre de la mise en place de cette nouvelle pratique, de pouvoir comparer le travail, l'accouchement, et l'état du nouveau-né lors d'une naissance en DL, par rapport à une naissance en position gynécologique aménagée (APOR® B. de Gasquet).

Un objectif secondaire de cette étude était de vérifier qu'en mobilisant systématiquement les parturientes (afin d'optimiser en permanence, durant les différentes phases de l'accouchement, les concordances d'axes), nous avons moins de variétés postérieures à l'engagement, et du fait, une phase active du travail plus courte.

■ POPULATION ET MÉTHODES

Nous avons donc effectué une étude rétrospective cas/témoin. L'inclusion des cas s'est faite en reprenant tous les accouchements en DL pratiqués à la Maternité Régionale de Nancy (Niveau III, 3 300 accouchements/an) entre août 2004 et août 2005 (n = 50). Ces accouchements ont tous été effectués par les deux sages femmes participant à cette étude.

Les critères d'inclusion

Patientes à bas risque : présentation céphalique, travail eutocique (dilatation d'au moins 1 cm/h, rythme cardiaque fœtal (RCF) satisfaisant selon SCHAAL et MARTIN [2] au cours de la 1^{re} phase du travail), terme > 36,5 SA, et bien entendu, patiente désireuse et à l'aise dans cette position.

Les critères d'exclusion

Refus de la patiente (il faut bien évidemment que la patiente choisisse une position où elle est détendue), présentation autre que céphalique, grossesses multiples, tracé cardiographique pathologique, et/ou oxymétrie fœtale pathologique.

Les témoins (n = 50) ont été choisis parmi les patientes assistées par les mêmes sages femmes, au hasard depuis 2001 (pour apparier les parités et les poids de naissance des nouveau-nés), et, bien sûr, afin de pouvoir comparer des méthodes d'accompagnement semblables : utilisation systématique de positions facilitantes pendant le travail, expulsion en position « aménagée » (PA), et non pas en position gynécologique « classique » [1].

Données reprises

- Modalité de déclenchement du travail/Corrections thérapeutiques.
- Analgésie.
- Temps entre 5 cm et dilatation complète/Temps entre dilatation complète et accouchement/durée du travail/temps des efforts expulsifs.
- Orientation à l'engagement et au dégagement.
- Anomalie du cordon (circulaire lâche, serré...).
- RCF durant le travail et durant la phase d'expulsion.
- Lésions périnéales.
- Modalités de la délivrance.
- Apgar, pH, poids et périmètres crâniens des nouveau-nés.
- Nous avons exploré la satisfaction de ces accouchées, en leur demandant de nous faire un ou plusieurs commentaires sur le vécu « à chaud » de cette naissance.

■ ANALYSE

Les variables qualitatives ont été comparées par test de Fisher exact.

■ RÉSULTATS

Pour les cas comme pour les témoins, nous avons étudié les dossiers de 12 primipares, 22 IIpares, 8 IIIpares et 8 IVpares ou plus, dont l'âge gestationnel était supérieur à 36,5 SA.

Conduite du travail et analgésie (tableau I)

Vingt-quatre pour cent des patientes ont eu un travail déclenché artificiellement, principalement pour rupture prématurée des membranes, terme dépassé, ou pathologie maternelle (diabète gestationnel).

Tableau I Déclenchement, analgésie et conduite du travail.
Labor induction, analgesia, labor progression.

	Groupe « Position Aménagée »	Groupe « Décubitus latéral »
Déclenchement spontané	76 %	76 %
Déclenchement artificiel	24 %	24 %
APD	74 %	70 %
Pas d'APD	26 %	30 %
Travail naturel	36 %	42 %
Corrections thérapeutiques (chez les patientes non déclenchées)	40 %	34 %

La majorité des parturientes (avec 83,3 % des Ip) a choisi d'accoucher sous APD. Il n'existait pas de différence significative en fonction de la position d'accouchement.

En cas de travail spontané, des corrections thérapeutiques ont été nécessaires pour 37 % des patientes (dont 91 % des Ip) : 40 % pour le groupe PA, vs 34 % pour le groupe DL (non significatif).

Durée du travail

La durée totale moyenne du travail diffère peu entre les deux groupes : 5 heures pour les Ip (4 heures 45

dans le groupe « DL », vs 5 heures 20), 3 heures 20 pour les IIp (2 heures 50 vs 3 h 55), 3 heures 10 pour les IIIp (3 heures 20 vs 2 heures 55), et 3 heures 40 pour les IVp et plus (3 heures 20, vs 4 heures).

Orientation de la présentation

La *figure 1* résume les orientations d'engagement et de dégagement.

Il existe une différence significative pour l'orientation de la présentation lors du dégagement en fonction de la position maternelle (p = 0,003). Lorsque la femme est installée en PA, le dégagement s'effectue toujours dans un diamètre antéropostérieur. En DL, en revanche, on constate une orientation oblique dans plus de 70 % des cas et seulement 28 % des enfants se dégagent dans un diamètre antéropostérieur (dont 24 % en OP).

Durée des Efforts Expulsifs (EE) (tableau II)

Le bien- tre fœtal et l'adaptation des enfants la naissance

L'analyse du rythme cardiaque fœtal pendant le travail (RCF) ne diffère pas dans les deux groupes de parturientes et ne présente pas d'anomalies. Le RCF

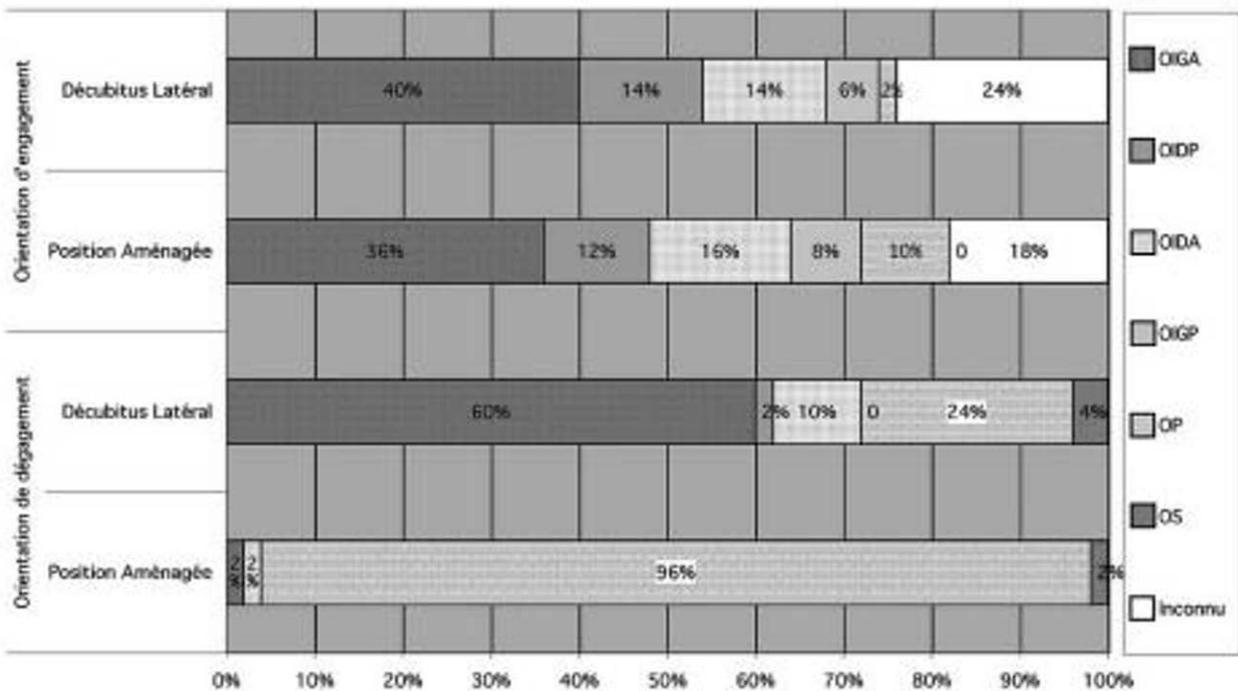


Figure 1 Orientations d'engagement et de dégagement.
Engagement and expulsion orientations.

Tableau II Durée des efforts expulsifs en minutes.
Duration of expulsive efforts in minutes.

	Position aménagée	Décubitus latéral
Primipares	11	14
Multipares	6	8

enregistré à l'expulsion est également satisfaisant (normal ou de type 1 selon la classification de MELCHIOR [2]), dans les deux groupes.

Notons qu'aucune extraction instrumentale dans notre échantillon n'a été nécessaire. L'adaptation cardio respiratoire des nouveau-nés, chez les primipares, est identique pour les deux positions d'expulsion. Aucun Apgar inférieur à 7 n'a été relevé. Les valeurs moyennes des pH prélevés au cordon sont à 7,34 pour les ponctions veineuses, et 7,27 pour les ponctions artérielles.

Pour les multipares, deux scores d'Apgar inférieur à 7 ont été notés à 1 minute de vie pour les expulsions en PA.

Lésions périnéales

Elles sont résumées dans la figure 2. Précisons que certaines patientes ont présenté plusieurs lésions (exemple : épisiotomie + déchirure vaginale).

Globalement, il existe une différence significative de répartition des lésions périnéales en fonction de la position maternelle (p 0,03). Toutefois, si la différence est significative chez les primi et secondipares (p < 0,001), elle ne l'est pas chez les autres parturientes.

On retrouve plus de périnéés intacts en DL qu'en position aménagée (p 0,03).

Les épisiotomies sont moins fréquentes en DL mais cette différence n'est statistiquement pas significative.

Ainsi pour les Ip, nous pouvons constater qu'en PA, seulement 25 % des patientes présentent un périnée intact ou éraillé, contre 50 % en DL. Cette différence n'est toutefois pas significative. En revanche 42 % d'épisiotomies ont été pratiquées en PA, versus 8 % en DL.

Seules deux multipares ont eu besoin d'une épisiotomie ; ces dernières ainsi que toutes les autres ayant présenté une déchirure simple lors du dégagement en DL avaient toutes un périnée cicatriciel (avec dans leurs antécédents une épisiotomie +/- forceps à/aux accouchements précédents).

Délivrance et pertes sanguines (tableau III)

Aucune hémorragie > 500 ml n'a été à déplorer.

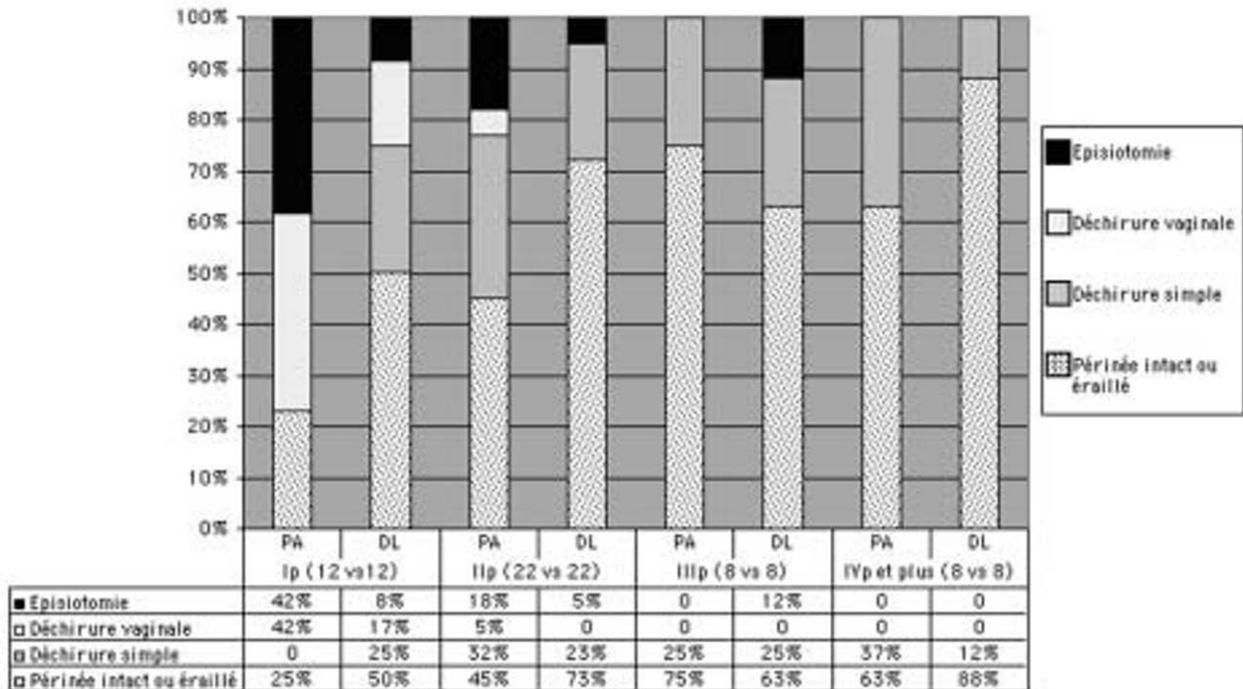


Figure 2 Lésions périnéales, selon le mode de dégagement.
Perineal lesions by mode of expulsion

Tableau III Caractéristiques de la délivrance, selon la position d'expulsion (en %).
Delivery features by expulsion position (in %).

	Position aménagée							Décubitus latéral						
	DN	DD	DA	RU	0	1	2	DN	DD	DA	RU	0	1	2
Ip	6	18	0	0	24	0	0	0	24	0	0	22	2	0
IIp	6	38	2	2	42	2	0	6	38	0	0	42	2	0
IIIp	2	14	0	0	16	0	0	2	14	0	2	16	0	0
IV et +	0	16	0	0	16	0	0	2	14	0	0	16	0	0
Total	14	86	2	2	98	2	0	10	90	0	2	96	4	0

DN : délivrance naturelle, DD : délivrance dirigée, DA : délivrance artificielle, 0 : pas d'hémorragie, 1 : pertes < 500 ml, 2 : pertes > 500 ml.

La grande majorité des femmes (86 %) a bénéficié d'une délivrance dirigée par 5 UI de syntocinon[®] au dégage-ment de l'épaule antérieure lors du dégagement en PA, et au dégage-ment de l'épaule postérieure ou antérieure, lors du dégagement en DL.

En DL, nous avons rencontré deux cas où les pertes sanguines ont été plus abondantes, mais inférieures à 500 ml.

Satisfaction des patientes

Toutes nos patientes se sont dites satisfaites de leur position d'accouchement sur le côté.

Les femmes ont été plus à l'aise et cette dernière a été jugée plus antalgique pour les parturientes sans APD. Le fait de s'étirer afin de bien diriger ses poussées sur l'expiration forcée a été cité plusieurs fois comme très confortable : « ça fait du bien », « c'est super de pouvoir s'étirer comme ça ».

Les pères ont également été satisfaits, se sentant plus présents auprès de leurs compagnes : ils sont plus proches et ont un rôle plus actif, car dans cette position, leurs épaules servent d'appui pour que les femmes puissent s'étirer, ils les encouragent aussi plus facilement dans leurs efforts, c'est une position où leur intimité est facilement préservée.

Une patiente a également dit : « j'ai eu moins peur que la première fois, car j'étais dans les bras de mon mari, et je n'ai pas trop fait attention à ce qui se passait autour de moi, je me sentais en sécurité. »

■ DISCUSSION

Au total, nous n'observons pas de grande différence entre nos deux groupes de patientes ; en tout cas il n'y a pas d'effet délétère, et nous notons même

un avantage périnéal : peu d'épisiotomies en position latérale et plus de périnées intacts ou éraillés.

Dans notre pratique de sage-femme exerçant en maternité de niveau III, nous prenons très souvent en charge des patientes dont les grossesses sont à hauts risques, mais nous accompagnons également, sur une année, environ 100 parturientes « à bas risques » (pour une professionnelle à temps plein), dont le travail et l'accouchement sont eutociques.

Pour notre étude, sur l'année écoulée, nous avons approximativement pratiqué, à nous deux, 150 accouchements en PA, pour 50 accouchements en DL.

Biais de l'étude

C'est bien entendu le petit nombre de patientes inclus dans l'échantillon de départ !

Ceci est principalement dû au fait que nous avons été chargées d'évaluer la méthode, ainsi que sa faisabilité au sein de notre maternité, à vocation principale, bien sûr, de niveau III. D'autre part, quelques parturientes ont refusé la position latérale, car elles « ne se voyaient pas accoucher autrement qu'en position gynécologique ».

En outre, nous aurions dû comparer nos dossiers avec un 3^e groupe, où les parturientes n'ont pas été invitées à se mobiliser pendant le travail et ont accouché en position gynécologique « classique », afin de voir si la 2^e phase du travail était effectivement diminuée, et si nous avions moins de variétés postérieures.

Analgésie et conduite du travail

Nous avons constaté que 72 % des patientes ont choisi d'accoucher sous APD. Les dosages utilisés permettent aux femmes de garder leur mobilité, ainsi que leurs sensations lors du passage de l'enfant au

détroit inférieur. Notons que : « Les positions permettant l'ouverture du bassin, bénéfiques pour la rapidité, la qualité du travail, et pour le confort maternel n'influencent pas l'analgésie péridurale. Le DL gauche avec cuisse droite remontée, le DL droit avec cuisse gauche remontée et la position assise en équivalent genu pectoral *versus* une position de référence contrôlée, le décubitus dorsal avec léger devers gauche ne modifient pas l'extension métamérique, la symétrie et le délai d'installation de l'APD du travail obstétrical » [3].

Les patientes qui n'ont pas bénéficié d'une APD, nous l'avons vu, ont plus volontiers accouché sur le côté. Cette position a été jugée plus antalgique et plus confortable pour beaucoup de nos patientes. Certaines multipares ont d'ailleurs trouvé l'accouchement plus facile, avec plus de sensations dans cette position.

Orientations d'engagement et de déengagement

Nous avons constaté que la fréquence des orientations d'engagement diffère quelque peu de celles retrouvées dans les manuels d'obstétrique. Sur nos 100 dossiers, indépendamment de la position d'expulsion, nous avons, dans notre échantillon total, plus d'OIDA.

Ceci peut être expliqué par les changements de position que nous proposons aux patientes pendant le travail, qui permettent une meilleure confrontation céphalo-pelvienne.

Ces positions en étirement permettent une respiration abdominale optimale : l'utérus, à l'expiration, est plaqué contre la colonne, centré, ce qui optimise encore les concordances d'axes [1].

En effet, pour aider la rotation des présentations postérieures lors de la descente, il faut veiller à ce que le sacrum soit libre, et les fémurs en adduction rotation interne, afin d'agrandir le diamètre bi-épineux (gain moyen de 5,6 mm) [4].

De surcroît, le DL du côté du dos du bébé favorise la rotation des présentations postérieures en antérieur [5, 6].

On peut aussi jouer sur l'asymétrie des positions, afin de profiter, en plus de la pesanteur (coucher la femme du côté opposé au côté du dos de l'enfant), de la différence de tension des releveurs droit et gauche [7].

La position à quatre pattes est aussi très efficace dans cette indication [8], notamment pour « faire tourner une OS ».

Concernant les orientations de déengagement, en DL, on constate une orientation oblique dans plus de 70 % des cas.

Ceci s'explique par la mécanique, qui diffère de celle observée chez une femme couchée sur le dos : il existe en effet une continuité dans l'axe d'engagement/descente/déengagement.

Lorsque la patiente est couchée en position lithotomique, pour franchir le détroit inférieur du bassin, le fœtus effectue une rotation dans un axe antéro-postérieur, pour se présenter dans le grand axe de la boutonnière des releveurs, puis il se défléchit pour remonter sous la symphyse (dans les cas les plus fréquents de déengagement en OP). Enfin, il effectue une restitution dans un axe oblique pour permettre le déengagement des épaules [9, 10].

Lorsque la patiente est couchée sur le côté, le sacrum est alors libre de nuter, et le coccyx de muter. Il n'y a pas de complément de rotation, le fœtus reste, la plupart du temps, dans un diamètre oblique, et il « glisse » sous la symphyse puisqu'il n'a pas à lutter contre la pesanteur [1, 11].

Pour les fréquences des déengagements en OS, nos chiffres rejoignent ici les 5 % des manuels. Précisons toutefois que la totalité de ces derniers ont été effectués chez des IIIp et plus, et ceux-ci n'ont posé aucun problème.

Durée des Efforts Expulsifs (EE)

Leur augmentation peut être expliquée, d'une part, par le fait qu'en DL délordosé, le transverse superficiel du périnée est très étiré, et entraîne un fort réflexe expulsif... Peut-être avons-nous eu tendance à nous installer plus tôt pour l'expulsion.

D'autre part, la poussée se fait en étirement, sur l'expiration forcée : c'est une « poussée » plus douce, qui laisse le périnée se détendre pour laisser passer, pour « démouler » l'enfant [1, 12], au contraire de la poussée en PA, qui s'est fait, la plupart du temps en inspiration bloquée.

Le bien-être fœtal et l'adaptation des enfants à la naissance

L'analyse du rythme cardiaque fœtal pendant le travail (RCF) ne diffère pas dans les deux groupes. Ceci est dû, évidemment, au fait que nous n'avons pris en compte que les patientes avec un travail physiologique, et que les RCF pathologiques ont été exclus de l'étude.

Précisons tout de même que l'alternance des positions est bénéfique, tant pour l'évolution du travail, que pour le bien-être fœtal.

Bhardwaj *et al*, en 1995, montrent que la position allongée augmente le stress fœtal [13].

Carbonne *et al*, en 1996, prouvent, quant à eux, que le décubitus dorsal est associé à une baisse de la saturation fœtale par rapport à la position en DL gauche [14].

Dans cette même optique, Schmitt *et al*, en 2001, montrent que seule la position couchée sur le dos entraîne une baisse de la saturation fœtale par rapport aux positions assise, debout, et en DL avec la cuisse supérieure en hyperflexion [15].

L'étude de Gupta et Nikodem, en 2000, montre une baisse des RCF anormaux en position latérale ou debout, par rapport à la position couchée sur le dos [16].

Le RCF enregistré à l'expulsion est satisfaisant dans les deux groupes.

Le score d'Apgar moyen était légèrement inférieur pour les primipares dans le groupe « DL » (8,75 vs 9,16), mais ceci est probablement dû au fait qu'il y a eu plus de circulaires (réduits ou sectionnés) dans ce groupe. On peut d'ailleurs supposer que ceux-ci, même serrés, ont été mieux tolérés...

Chez les multipares, deux Apgar inférieurs à 7 à 1 minute ont été relevés dans le groupe PA.

La position en DL pour le dégagement n'est donc pas délétère pour les enfants.

Lésions périnéales

Nos données rejoignent, à petite échelle, celles de la littérature.

Selon Albers *et al*, en 1996, la position latérale est protectrice pour le périnée par rapport à la position lithotomique, qui est responsable de plus de déchirures [17].

Pour Gupta et Nikodem, en 2000, il y a une baisse des épisiotomies en DL [16].

Selon Shorten *et al*, en 2002, la position latérale est associée à un plus fort taux de périnées intacts : 66 % (étude sur 2 891 accouchements normaux) [18].

Pour Gupta et Hofmeyr, en 2004, l'utilisation de n'importe quelle position verticale ou en DL, comparée au décubitus dorsal (horizontal ou incliné) est associée à une diminution des épisiotomies [19].

Selon Downe *et al*, en 2004, les Ip sous péridurale auraient plus de chance d'accoucher spontanément en DL que les femmes en position assise, avec moins d'épisiotomies et de sutures périnéales (étude à petite échelle, sur 107 naissances) [20].

D'autres travaux de sages femmes montrent que la position latérale pour le dégagement est plus protectrice pour le périnée des femmes :

Pour Lefranc, il y a (sur 399 dossiers d'accouchements en DL), 16 % d'épisiotomie, 23 % de déchirures et 61 % de périnées intacts ou éraillés [21].

Pour Hammel, le taux d'épisiotomie est 6 fois plus faible en DL (sur 455 dossiers d'accouchements en DL versus 455 en décubitus dorsal) [22].

Hamoignon, qui a étudié un groupe de 54 patientes (dont 20 Ip), invitées à se mobiliser et à choisir leur position pour accoucher, comparé à un groupe témoin, montre que dans le groupe « postures » un peu plus de la moitié des primipares ont un périnée intact, et environ 1 sur 6 une épisiotomie.

Dans le groupe témoin, ces proportions sont inversées avec près de la moitié des parturientes ayant eu une épisiotomie, et 1 sur 5 un périnée intact. Dans cette étude, le DL pour le dégagement est la position la plus protectrice pour le périnée (75 % de périnées intacts) [23].

En 2005, une étude australienne menée par Soong et Barnes sur 3 756 naissances (65,9 % des femmes incluses dans l'étude ont accouché en position semi-assises ; 44,5 % de la totalité des femmes ont eu un périnée suturé), montre que la position semi-assise est associée à un plus fort taux de suture périnéale, à l'opposé de la position à 4 pattes, notamment chez les Ip avec un enfant de plus de 3 500 g. Lorsque une APD est en place, la position semi-assise est, là encore, associée à un plus fort taux de suture, à l'opposé de la position latérale [24].

Notons que selon les données Audipog 2002-2003, il y a en France, 47 % d'épisiotomie, 27 % de déchirures et 26 % de périnées intacts ou éraillés.

On peut donc facilement conclure que la position latérale est protectrice pour le périnée des parturientes !

CONCLUSION

Notre petite expérience de dégagements en DL nous montre donc que cette position n'est pas délétère, tant du point de vue « bien-naitre » fœtal, que du point de vue bien-être maternel.

Toutes nos patientes ont apprécié le confort de la position, et ont trouvé l'accouchement plus naturel. Les multipares ont eu l'impression de participer davantage et ont plus ressenti l'expulsion. Les pères se sont sentis investis, utiles dans l'accompagnement de ces naissances, car plus proches de leurs compagnes.

Nous tenons à préciser que dans notre échantillon « DL », nous avons inclu une Iip avec bassin à épreuve (Magnin 22,2), ayant un antécédent d'accouchement difficile et mal vécu, ainsi que deux femmes africaines, très cambrées, dont l'une, Iip qui avait un mauvais souvenir de son épisiotomie... Elles ont toutes les trois accouché sans problème, et ont été satisfaites !

Nous sommes sages-femmes, accompagnatrices de la naissance... Encourageons les femmes dans leur choix, guidons-les, confortons-les dans leur travail de mise au monde, rassurons-les et redonnons leur confiance !

Nous pouvons aider à une meilleure confrontation céphalo-pelvienne, en recherchant, avec la femme, selon la position de son fœtus, des postures confortables pour chaque moment de l'accouchement. C'est la multiplicité de ces postures qui est bénéfique...

Il faut aussi toujours avoir à l'esprit, principalement pour les patientes sous APD, la prévention des compressions nerveuses, et préférer les coussins et corpomed® pour installer les femmes, plutôt que les plans durs (étriers par exemple).

Cet investissement permet un suivi plus dynamique, plus personnalisé, fondé certes sur des principes fondamentaux tels que la mécanique obstétricale, mais aussi, et surtout basé sur l'écoute, l'empathie, la confiance...

Selon Bodner-Adler *et al*, la meilleure des recommandations est de laisser les femmes à bas risques choisir la position qu'elles trouvent la plus confortable [25].

Selon De Jonge *et al*, nous, sages-femmes, devrions encourager les femmes à trouver la position qui leur convient le mieux, en leur donnant des conseils pendant la grossesse et l'accouchement [26].

Pour GUPTA et NIKODEM, ainsi que pour Gupta et Hofmeyr, l'essentiel est de laisser les patientes choisir, de façon éclairée, leurs positions d'accouchement [16, 19].

Soong et Barnes, dans leur article très récent, concluent que les femmes devraient avoir la possibilité d'accoucher dans la position de leur choix ; les praticiens ont la responsabilité de les informer sur les

probabilités d'un traumatisme périnéal dans la position qu'elles ont choisi pour accoucher [24].

Citons enfin l'Organisation Mondiale de la Santé : « les femmes peuvent adopter la position qu'elles désirent bien qu'il soit préférable d'éviter les périodes prolongées en position dorsale. Elles devraient être encouragées à essayer la position qui leur paraît la plus confortable et elles devraient être soutenues dans leur choix. Les accoucheurs/accoucheuses ont besoin d'une formation pour encadrer et mener à bien les accouchements des femmes ayant choisi des positions autres que la position dorsale afin de ne pas inhiber le choix de la position » [27].

Pour conclure, citons Monsieur le Dr Barcia, ancien président de la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique, qui, déjà en 1975, déclarait sans équivoque :

« À part être pendue par les pieds, la position allongée est la pire position imaginable pour le travail et l'accouchement ! » [28].

■ RÉFÉRENCES

1. De Gasquet B. Bien-être et maternité. 7^e édition, Implex, 2003.
2. Schaal JP, Martin A. Surveillance fœtale. *Sauramps Médical*, 1993.
3. Davette M. Influence des positions d'accouchement sur l'extension métamérique lors de l'installation de l'analgésie péridurale du travail obstétrical. *Les Dossiers de l'Obstétrique* 2003 ; 322.
4. Goury N. La rotation des fémurs : incidence sur les détroits moyens et inférieur du bassin, mémoire en vue de l'obtention du DE de Sage-Femme, Strasbourg, 2001.
5. Ou X, Chen X, Su J. Correction of occipito posterior position by maternal posture during the process of labor. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 1997 ; 32: 329-32.
6. Wu X, Fan L, Wang Q. Correction of occipito posterior position by maternal posture during the process of labor. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2001 ; 36: 468-9.
7. De Gasquet B. Propositions pratiques pour favoriser la mobilité maternelle. *Annales Médicales de Nancy et de Lorraine* 1999 ; 38: 55-62.
8. Hofmeyr GJ, Kulier R. Hand/knees posture in late pregnancy of labor for foetal malposition (lateral or posterior). *Database Syst Rev* 2000 ; 2: CD001063.
9. Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 5^e édition, Masson, 1989.
10. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. 3^e édition, Masson, 2001.
11. Lalauze-Pol R. Le crâne du nouveau-né. Tome I et II, *Sauramps médical*, 2003.
12. Calais-Germain B. Le périnée féminin et l'accouchement. *Anatomie pour le mouvement*, 1996.
13. Bhardwaj N, Kukade JA, Patil S, Bhardwaj S. Randomised controlled trial on modified squatting position of delivery. *Indian J Matern Child Health* 1995 ; 6: 33-9.

14. Carbonne B, Benachi A, Leveque ML, Cabrol D, Papiernik E. Maternal position during labor: effects on foetal oxygen saturation measured by pulse oxymetrie. *Obstet Gynecol* 1996 ; 11: 797-800.
15. Schmitt S, Sierra F, Hess C, Neubauer S. Effect of modified labor posture on oxygenation of the foetus, a pulse oxymetry study. *Gebursthilfe Neonatol* 2001 ; 3-4: 49-53.
16. Gupta JK, Nikodem VC. Women's position during the second stage of labour. *Database Syst Rev* 2000 ; 2: CD002006.
17. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD *et al.* Factors related to perineal trauma in childbirth. *J Nurse Midwifery* 1996 ; 41: 269-76.
18. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes : informing women about choices for vaginal birth. *Birth* 2002 ; 29: 18-27.
19. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. *Database Syst Rev* 2004 ; 1: CD002006.
20. Downe S, Gerrett D, Renfrew MJ. A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. *Midwifery* 2004 ; 20: 157-68.
21. Lefranc E. Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les déchirures périnéales. *Mémoire en vue de l'obtention du DE de Sage-Femme*, Nancy, 2005.
22. Hammel M. Positions maternelles et accouchement : l'intérêt d'accoucher en décubitus latéral. *Mémoire en vue de l'obtention du DE de Sage-Femme*, Port-Royal, Paris, 2005.
23. Hamoignon AL. L'utilisation des thérapeutiques posturales en salle de naissance, un bénéfice pour les parturientes ? *Mémoire en vue de l'obtention du DE de Sage-Femme*, Bourg en Bresse, 2005.
24. Soong B, Barnes M. Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? *Birth* 2005 ; 32: 164-9.
25. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Lozanov P, Mayrhofer K. Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. *Wien Klin Wochenschr* 2003 ; 115: 720-3.
26. De Jonge A, Lagro-Janssen AL. Birthing positions: a qualitative study into the views of women about various birthing positions. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004 ; 25: 47-55.
27. http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide_fr.pdf
28. décembre 2004, VIII congrès de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique : www.sogc.org/iwhp/english/resources/documents/LalondepositiondaccouchmentSAGO.ppt