



HAL
open science

Évaluation de l'efficacité de l'accouchement en décubitus latéral

Hélène Doucin

► **To cite this version:**

Hélène Doucin. Évaluation de l'efficacité de l'accouchement en décubitus latéral. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00659384

HAL Id: dumas-00659384

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00659384v1>

Submitted on 12 Jan 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université d'Angers,

Ecole de Sages-femmes - René ROUCHY,

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

**EVALUATION DE L'EFFICACITE DE
L'ACCOUCHEMENT EN DECUBITUS LATERAL**

Etude rétrospective réalisée au CHU d'Angers

Du 17 mars 2005 au 28 juin 2010

Présenté par : DOUCIN Héléna

Sous la direction de : Madame GOICHON Brigitte

Mars 2011

Université d'Angers,

Ecole de Sages-femmes - René ROUCHY,

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

EVALUATION DE L'EFFICACITE DE L'ACCOUCHEMENT EN DECUBITUS LATERAL

Etude rétrospective réalisée au CHU d'Angers

Du 17 mars 2005 au 28 juin 2010

Présenté par : DOUCIN Hélène

Sous la direction de : Madame GOICHON Brigitte

Mars 2011

Je remercie,

Madame Brigitte Goichon, enseignante sage-femme, pour sa grande disponibilité et pour l'aide qu'elle m'a apporté dans la réalisation de ce projet d'étude,

Madame Annaïck Boutin, sage-femme hospitalière, qui a eu le mérite de collecter toutes les données, et sans qui ce travail n'aurait pu exister,

L'équipe enseignante de l'Ecole de Sages-femmes René Rouchy ainsi que Madame Sadi,

Mes parents et mes sœurs, qui m'ont épaulé durant ces cinq années d'études, et sans qui je n'aurais pu faire mes études de sage-femme,

Mes amis, dont Pauline Remeau, Camille Fresnais et Daphné Honniball, pour leur humour et leur soutien,

Benjamin Delhommeau, mon ami, ainsi que sa famille pour leur aide précieuse et leur écoute.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	6
Extrait du livre «Le chœur des femmes» de Martin WİNCKLER	7
INTRODUCTION	9
GENERALITES	10
1. Histoire et culture	10
1.1. Les temps anciens.....	10
1.2. La médicalisation.....	12
1.3. Le tournant actuel.....	14
1.4. Influence des cultures: exemple du Royaume-Uni.....	15
2. Le bassin maternel	16
2.1. Anatomie du bassin.....	16
2.2. L'articulation coxo-fémorale	17
2.2.1. La flexion, extension du fémur.....	17
2.2.2. Abduction, adduction	18
2.2.3. Rotation interne, rotation externe.....	18
2.3. Nutation et contre-nutation.....	19
2.3.1. La nutation.....	19
2.3.2. La contre-nutation.....	19
3. Position en décubitus latéral et respiration selon la méthode de «De Gasquet»	20
3.1. Mécanique spécifique de l'expulsion en décubitus latéral.....	20
3.2. Description de la position en décubitus latéral selon Dr B. de Gasquet.....	20
3.3. La poussée.....	21
3.3.1. L'enceinte abdominale de pression.....	21
3.3.2. La poussée bloquée associée à la position gynécologique.....	22
3.3.3. Une poussée plus physiologique	23
MATERIELS ET METHODES	24
1. Constitution de la population.....	24
2. Méthode de travail de la sage-femme	25
3. Le recueil des données obstétricales.....	26
4. L'analyse statistique du recueil des données	27

RESULTATS	28
1. Caractéristiques maternelles	28
1.1. Age moyen, profession, situation familiale, et origine géographique...	28
1.2. Profil obstétrical et antécédents.....	30
1.3. Statut pondéral des patientes	31
2. La grossesse actuelle	31
2.1. Prise de poids pendant la grossesse	31
2.2. La préparation à la naissance	32
3. Déroulement de l'accouchement	32
3.1. Le terme.....	32
3.2. Mode d'entrée en travail.....	33
3.3. L'anesthésie durant le travail.....	33
3.4. L'utilisation du Syntocinon® pendant le travail.....	34
3.5. La rupture des membranes pendant le travail	35
3.6. Variété de présentation à l'engagement.....	35
3.7. Installation de la patiente lors de l'expulsion	36
3.8. Niveau de la présentation au début des efforts expulsifs.....	36
3.9. Mode d'accouchement	36
3.10. Durée du travail.....	37
3.11. La délivrance	38
3.12. Les pertes sanguines	39
3.13. Etat périnéal	40
4. Caractéristiques néonatales	41
4.1. L'adaptation à la vie extra-utérine	41
4.2. Le poids de naissance.....	43
4.3. Taille des nouveau-nés.....	44
4.4. Périmètre crânien	44
5. Connaissance des patientes sur le décubitus latéral	45
DISCUSSION	46
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	61
ANNEXES	63
RESUME	71

ABREVIATIONS

CHU :	Centre Hospitalier Universitaire.
SA :	Semaines d'Aménorrhées.
DC :	Dilatation complète.
AUDIPOG :	Associations Utilisateurs de Dossiers Informatisés Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie.
IMC :	Indice de Masse Corporelle.
OIDA :	Occipito-Iliaque Droite Antérieure.
OIDP :	Occipito-Iliaque Droite Postérieure.
OIGA :	Occipito-Iliaque Gauche Antérieure.
OIGP :	Occipito-Iliaque Gauche Postérieure.
OP :	Occipito-Pubien.
OS :	Occipito-Sacré.
DLG :	Décubitus Latéral Gauche.
DLD :	Décubitus Latéral Droit.
DD :	Décubitus Dorsal.
APD :	Analgésie Péridurale.
PRC :	Péri-Rachi anesthésie Combinée.
UI :	Unité International.

Extrait du livre «Le chœur des femmes» de Martin WİNCKLER (2009)

Dans ce livre, la narratrice est une interne, majeure de sa promotion et souhaitant se destiner à la chirurgie gynécologique. Cependant, pour valider son internat, elle doit aller travailler dans un service appelé : «Médecine des femmes»; un lieu métaphorique, qui ne pourrait exister en France et où l'on ne fait que de la clinique. Cette narratrice se retrouve face à un vieux médecin ayant une conception du soin envers les femmes radicalement opposée à la sienne. Ce livre raconte donc, la rencontre formative entre ces deux personnages et les patientes du service. L'idée fondamentale est que ce ne sont pas les aînés qui enseignent aux plus jeunes, mais que ceux-ci avec les patientes apprennent et enseignent tous en même temps. L'extrait suivant, est un dialogue entre le vieux médecin, Karma et l'interne, Djinn.

«Il (le vieux médecin) prend trois serviettes en papier, s'essuie les mains, se retourne vers moi, désigne la table gynécologique :

- *Montez là-dessus.*
- *Quoi?*
- *Montez sur la table.*
- *Mais je...*
- *Je vais vous montrer quelque chose. Montez.*

Je pose un pied sur l'escabeau, je monte à reculons et je m'assois au bord de la table.

- *Mettez-vous en position gynécologique.*
- *Quoi?*
- *Allez-y! Vous êtes en jean. Vous ne risquez rien.*

Je rougis une nouvelle fois, mais je m'exécute. Je lève les jambes, je pose les pieds dans les étrières, je m'allonge et je pose ma tête sur le drap en papier. Pour le regarder, je dois plier le cou en avant.

Karma pousse le tabouret du pied et se plante juste entre mes cuisses, sa braguette contre mes fesses.

Il est grand, hirsute, très barbu, très brun sous la lumière électrique. Je me dis que les femmes doivent avoir peur de lui quand il fait ça.

- *Confortable?*

Je me sens humiliée et vulnérable mais je ne vais pas lui faire plaisir en le montrant.

- *Pas vraiment, mais j'en ai vu d'autres.*

Il sort de mes cuisses, fait le tour de la table, tend le bras, soulève ma tête d'une main et glisse le petit coussin sous ma nuque.

- *C'est pas mieux?*
- *Si...*

Un sourire éclaire son visage

- *A présent levez-vous.*

Je descends, il met tous les segments de la table à l'horizontale, me désigne le drap une nouvelle fois.

- Allongez-vous en chien de fusil.

Je le regarde sans comprendre.

- En «décubitus latéral gauche», dit-il avec un sourire.

- Ah!

Je m'exécute, sans le quitter des yeux. Il fait le tour de la table, se place derrière moi, se penche. Je dois seulement tourner la tête un peu pour le voir.

- En Angleterre, on examine depuis très longtemps les patientes dans cette position. Dans le temps, on parlait de la «posture anglaise».

- Pour désigner le décubitus latéral?

- Oui.

- Et c'est la position de l'examen gynécologique?

- De "tous" les gestes gynécologiques. Des accouchements, en particulier. [...]

Dans la nouvelle de Ferron (un écrivain-médecin québécois du XXème siècle), un jeune médecin de Gaspésie est appelé auprès d'une femme qui accouche et qui refuse de se mettre sur le dos et d'écartier les cuisses+; elle reste obstinément allongée sur le côté gauche. Ça n'étonne pas la vieille sage-femme, mais le jeune docteur est un peu désespéré... jusqu'à ce qu'il voie que l'accouchement se déroule pratiquement tout seul. [...]. Vous ne les faites jamais accoucher en décubitus latéral gauche?

- Pas que je sache...

- Dommage. Ça donne que des avantages. Moins de risque de déchirures périnéales, pas de compression de la veine cave pendant le travail, meilleur contrôle de la tête pendant l'expulsion... [...]

- L'examen gynécologique est sûrement moins confortable, dis-je.

- Pour qui?

- Pour le médecin! Dans cette position les cuisses sont serrées l'une contre l'autre...

- Ça n'empêche nullement de poser un spéculum. Il suffit d'être délicat. Les patientes paraplégiques, ou qui ont une luxation de hanche, ne peuvent pas du tout s'installer en position dorsale, ou alors il faut leur attacher les jambes. Notez bien que jusque dans les années soixante-dix, en France, attacher les femmes enceintes, c'était la norme... Inutile de vous dire qu'elles préfèrent s'allonger sur le côté. Et pour un certain nombre d'entre elles, c'est plus pudique que de regarder le médecin s'affairer entre leurs cuisses... Vous ne croyez pas?

Je secoue la tête, perplexe

- Je ne sais pas... Je n'ai jamais examiné personne dans cette position. [...]

- Si vous voulez le savoir, demandez-le aux premières intéressées!

-Ah [...]. Mais je ne suis pas sûre que ce soit possible sur cette table d'examen. Elle est beaucoup trop étroite.

- Mmhhh... dit-il en croisant les bras. Et si on se procurait une table plus large?

Je vois qu'il est sérieux.

- Oui, peut être... Ça permettrait de proposer les deux positions. Et elles pourraient...

-Oui...?

-Choisir.

Il hoche la tête et sourit.»

INTRODUCTION

De nos jours, la position «gynécologique» est celle qui prévaut dans nos salles d'accouchements en France.

Dans les pays où la pauvreté prime et où les technologies médicales sont absentes, la position sur le dos, cuisses écartées, jambes dans les étriers... n'est certainement pas une position innée chez ces futures mères.

En France, les progrès technologiques dans le domaine de l'Obstétrique ont imposé aux parturientes cette immobilisation pendant le travail et l'accouchement en décubitus dorsal.

Néanmoins, depuis quelques années, on observe un intérêt renouvelé pour les positions maternelles lors du travail et de l'accouchement. De plus en plus, de couples arrivent dans nos maternités avec un projet de naissance : ils souhaitent se réapproprier ce que l'évolution de l'obstétrique leur a pris, et ceci en participant plus activement dans la naissance de leur enfant.

La position en décubitus latéral commence à être connue par les futures mères : les médias, les forums de discussions sur Internet, les préparations à la naissance, abordent de plus de plus ce sujet.

Nous avons donc réalisé une étude dont le principal objectif était de faire un état des lieux sur la position du décubitus latéral afin d'identifier les avantages et les inconvénients de celle-ci.

Au cours de ce mémoire, nous allons donc tenter de répondre à ces fameuses questions : la position gynécologique est-elle démodée? Que penser du décubitus latéral gauche lors du travail et lors de l'expulsion?

Après avoir évoqué quelques rappels historiques et culturels, ainsi que quelques généralités sur l'anatomie, nous aborderons plus précisément l'objet de notre recherche et nous confronterons nos résultats avec les différentes études de la littérature.

GENERALITES

1. Histoire et culture

Pour évaluer l'efficacité de nos pratiques obstétricales modernes, il semble intéressant d'avoir quelques rappels historiques sur l'évolution de celles-ci.

Comment l'accouchement, autrefois partie intégrante de la vie du foyer, centré sur la femme, est-il devenu un évènement médical centré sur l'hôpital et contrôlé par du personnel médical?

Nous sommes, aujourd'hui, à un tournant de l'histoire de l'obstétrique qui pourrait se résumer à trois périodes, très schématiquement :

- Les temps anciens
- La période de médicalisation et la naissance de l'obstétrique
- Et enfin, notre époque actuelle

1.1 Les temps anciens [1] [2]

De l'antiquité au 17ème siècle, les moyens médicaux étaient inexistantes ou très barbares, tout reposait sur la résistance de la mère et la chance.

Dans les sociétés archaïques contemporaines, la variété des mesures prises chez ces peuples, afin de faciliter la mise au monde, découle d'une connaissance approximative de l'accouchement. Parmi ces mesures, nous pouvons remarquer une étonnante diversité des positions prises pour accoucher. Et cette diversité de postures ne fait que démontrer une recherche obstinée pour tenter de déterminer laquelle est la plus favorable à un accouchement aisé. Toutes les positions imaginables furent utilisées dans ces diverses populations primitives: assise, accroupie, agenouillée, debout, couchée sur le dos, le côté ou le ventre, à quatre pattes ou même suspendue...

En 499-429 av. JC, une sage femme de l'antiquité, Aspasia, proposait en cas de dystocie, la position à 4 pattes: *«Si la difficulté provient de la cassure des lombes, il (le médecin) fera mettre la parturiente les genoux fléchis pour que, la vulve étant située au sommet, les voies s'accommodent plus facilement. On fera coucher de même les femmes grasses et fortes»*. [1]

Les femmes Zoulous accouchaient en position agenouillée, alors que chez les Cafres, c'était le mode accroupi qui prévalait. En Nouvelle-Guinée, la femme en travail accouchait en position semi-assise tandis qu'en Birmanie, à Sumatra ou au Siam, elles enfantaient sur le dos ou sur le côté. Chez certaines tribus indiennes, les femmes se couchaient même sur le ventre. Dans l'île de Cerom (Indonésie), ainsi que chez les peuples Sioux, les Iroquois (Amérique du nord), et les Hottentots (Afrique du Sud), l'accouchement avait lieu en position debout, la parturiente étant éventuellement soutenue par les aides, accrochée au cou du mari ou se tenant à un pieu vertical.

L'absence de connaissances anatomiques et physiologiques a fait intervenir l'imaginaire des peuples primitifs qui étaient dépassés par la complexité de la nature. Ainsi les forces occultes, les sorciers guérisseurs, l'utilisation de substances magiques et d'amulettes, les rituels sont intervenus.

L'obstétrique n'a donc, pas échappé aux aspects astrologiques, démoniaques et théurgiques de la médecine antique. Et ces pratiques vont persister largement pendant tout le moyen âge, époque de superstitions par excellence; voire même de nos jours avec l'influence de la pleine lune sur la grossesse et l'accouchement par exemple.

Ainsi dans l'histoire de l'obstétrique, nous trouvons des dessins montrant plusieurs aménagements pour permettre à la femme d'accoucher et parfois dans des positions très surprenantes. Dans les campagnes françaises, du XVI au XIXème siècle, les femmes ont eu recours à différentes méthodes pour se suspendre: appui de cheminée, échelles, poutres ou encore deux chaises. En Afrique, des missionnaires ont décrit au XIXème siècle, que les femmes se suspendaient à une perche placée horizontalement entre deux arbres. Ainsi, nous pouvons remarquer que les femmes recherchaient un étirement de la colonne. Les femmes bougeaient, changeaient de positions, se penchaient en avant afin de rechercher une pesanteur pour la descente, et en se suspendant il n'y avait pas de positions tassées.

1.2. La médicalisation [1] [3] [4] [5] [9]

Ce n'est qu'à la Renaissance, au XVIème siècle, que l'obstétrique a commencé à se présenter sous une forme digne de ce nom. Les débuts de l'obstétrique, en tant que spécialité à part entière, sont l'œuvre de François Mauriceau à Paris.

La période de médicalisation, apparue vers le XVIIème siècle, a obligé la femme à rester immobile et à très peu participer. Leur seule participation était de «pousser» de façon très anti-physiologique et ce, dans une position inventée, pour faciliter l'utilisation de forceps et bien peu adaptée à l'effort demandé: notre «fameuse» position gynécologique.

La mode de l'accouchement sur le dos en position gynécologique s'impose, position adaptée à ces patientes particulières, que l'on considérerait aujourd'hui comme atteintes d'obésité.

La surveillance du périnée, la pratique de l'épisiotomie qui apparaît à la même époque (1742), l'utilisation de forceps (Tarnier 1828-1897) étaient plus aisées, le praticien avait donc un meilleur confort.

Dans «Le guide pratique de l'accoucheur et de la sage femme» de Lucien Pénard (1862), nous pouvons lire:

«Tant que, dans le cas de bonne présentation, la dilatation du col n'est pas complète, on peut permettre à la femme de se promener dans l'appartement; car il y a à cela plus d'avantages que d'inconvénients. Mais il n'en est plus de même lorsque le col est tout à fait dilaté, que les membranes sont rompues et que les douleurs deviennent expulsives: on doit alors engager la femme à se mettre sur le lit de misère, ou, à défaut, en travers sur le pied de son lit. Le lit de misère ou petit lit est ordinairement un lit de fer ou de sangles, étroit qu'on appuie à la muraille que par la tête, et qu'on garni de deux matelas, d'un drap, d'une couverture et de quelques oreillers; le matelas de dessous sera étendu dans toute sa longueur, tandis que celui du dessus sera replié sur lui même et de haut en bas, dans un peu plus du tiers de sa longueur. La pratique française, qui est la meilleure veut que la femme se place sur ce lit, de façon que le dos repose bien à plat, que le bassin porte sur l'extrémité du matelas supérieur, que les cuisses et les jambes soient maintenues demi-fléchies et un peu écartées, les pieds s'arc-boutant sur une planche ou un traversin, et que la

tête et le haut de la poitrine soient soutenues par un ou deux oreillers [...]. Tant que la tête n'a pas franchi le col utérin, il est inutile que la femme pousse; mais quand la tête est sur le périnée et à plus forte raison commence à entr'ouvrir la vulve, c'est différent; on doit alors engager la femme, fut-elle primipare, à s'aider un peu, et, alors, aussi, lui faire tenir les cuisses et les jambes invariablement fléchies et écartées tout à la fois.» [1]

Les lits d'accouchements deviennent donc, des tables d'accouchements étroites, dures, sans aucune articulation pour s'adapter à d'autres postures que la position couchée sur le dos ou demi assise, pliée en deux, pour le travail, et position « gynécologique » pour l'accouchement.

Puis, les premières péridurales apparaissaient, elles ne permettaient aucune mobilisation (les femmes ne sentaient pas leurs jambes et se vivaient comme paralysées du bas du corps, comme « coupées en deux »). La perception de « l'envie de pousser », essentielle à la mise au monde du bébé était inhibée, ce qui rendait très abstraits et inefficaces les efforts de la mère, d'où la nécessité accrue de l'utilisation de forceps.

Les premiers monitorings étaient si peu performants que le signal disparaissait dès que la mère bougeait ou respirait plus amplement.

Le développement rapide de l'obstétrique à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} siècle, associé à la croissance de la technologie médicale et aux pratiques hospitalières, eut pour conséquences que les femmes commencèrent à douter de leur capacité à accoucher. Elles ne firent plus confiance ni à leur corps, ni à leur instinct, ni à la sagesse de leurs grand-mères. Poussées par la peur de la mort et de séquelles permanentes, les femmes se laissèrent convaincre par la promesse d'accouchements meilleurs grâce à la « Science ». Ce fut, enfin, la possibilité pour les futures mères de garder le contrôle sur une expérience qui leur faisait peur et risquait d'avoir des conséquences négatives, et ceci est encore de rigueur de nos jours.

Nous remarquons, ainsi, que les progrès technologiques ont entraîné l'immobilité quasi rigide de la femme. Selon le Dr. B. de Gasquet: *« on peut dire que ces progrès ont fait pendant un temps reculer la physiologie, pour assurer la sécurité d'accouchements considérés comme potentiellement pathologiques »*. [10]

Tous ces progrès technologiques ont induit une passivité du couple dans le travail et l'accouchement, les seuls acteurs étant le médecin ou la sage-femme.

1.3. Le tournant actuel [10]

De nos jours, il semble s'amorcer une tendance à remettre la technologie au service de la physiologie. On observe actuellement un regain d'intérêt pour les positions obstétricales. Ce phénomène est surtout lié à un besoin des femmes de se réapproprier leur accouchement, en participant plus activement à la naissance de leur enfant; et à une volonté des sages-femmes de retrouver leur fonction première de garante de l'eutocie.

Les tables d'accouchements les plus modernes mettent l'accent sur les possibilités de mobilité; les réflexions sur les «chambres de naissance», les «salles natures», les accessoires de types baignoires, estrades, ballons, sièges, sont pour la plupart au cœur des projets de Maternité. Aujourd'hui il existe des monitorings sans fil qui permettent de se promener, même d'aller dans l'eau. Les péridurales sont beaucoup plus légères (mais aussi efficaces sur la douleur) et permettent de changer de position sur la table sans aide le plus souvent, le projet de «la péridurale déambulatoire» commence à être abordé.

Selon le Dr. B. de Gasquet: *«il ne reste plus qu'à changer l'image de la femme couchée et attachée qui est aujourd'hui la représentation inscrite dans la tête des futures mères... Il faut revaloriser le rôle de la mère, lui redonner la confiance et les capacités de son corps à travers une préparation et un accompagnement autre que seulement scientifique. Aujourd'hui il devient possible d'allier surveillance, sécurité, analgésie et respect de la physiologie»*. [10]

Ainsi un couple, une mère, bien informés peuvent aujourd'hui «choisir» un certain nombre d'options en fonction, bien sûr, des possibilités locales.

Encore faut-il que les parents aient quelques idées sur ce qu'ils voudraient pouvoir faire, que les mamans sachent profiter de cette liberté, c'est-à-dire qu'elle écoutent plus leurs sensations, qu'elles suivent leurs intuitions et ne se laissent pas influencer par un modèle unique véhiculé par les représentations héritées du siècle dernier.

1.4. Influence des cultures dans l'obstétrique: exemple du Royaume-Uni [1] [6] [7]

De nos jours, les naissances à travers le monde montrent aussi beaucoup d'imagination dans les aménagements de posture, et l'utilisation d'accessoires pour se suspendre, se soutenir à quatre pattes ou à genoux. Un simple piquet de bois, une botte de paille, quelques briques, une corde accrochée à la poutre de la cuisine, deux pieux de bois plantés dans l'Igloo, une liane... que l'on soit chez les Inuits, en Afrique, ou en Europe, il y a toujours des accessoires. Parfois, une aide est apportée par une ou plusieurs personnes, qui permettent à la femme d'être soutenue, suspendue, et étirée en arrière.

On trouve un panel de positions très variées, tout sauf la position couchée sur le dos, les genoux écartés, la tête levée, les bras tirant sur des poignées, le corps plié en deux, la respiration bloquée...tout sauf notre fameuse position gynécologique.

Prenons comme exemple le Royaume-Uni, où l'histoire obstétricale est différente de la nôtre, malgré notre proximité. La pratique de l'accouchement en décubitus latéral existe depuis longtemps. Dans «L'Histoire des accouchements de tous les peuples» paru en 1886, écrit par G.J. Witkowski, on peut lire :

« En 1751, Jean Burton, d'York, veut que la femme se couche sur le côté et tourne le dos à l'accoucheur; cette méthode en rapport avec la pruderie britannique, fût universellement adoptée dans le Royaume-Uni et est encore en usage de nos jours (1886). L'anglaise en mal d'enfant se couche sur le côté gauche, près du bord du lit, les jambes et les cuisses maintenues par un oreiller placé entre les genoux. "J'avoue", dit Depaul, "que je ne comprends pas au point de vue de l'accouchement, les avantages d'une pareille posture; elle m'a toujours paru incommode et moins propre à favoriser les efforts. Je suppose qu'elle est la conséquence de certaines habitudes anglaises et l'exagération du sentiment de pudeur que les femmes de ce pays portent si loin en toutes choses". Cependant il faut reconnaître que cette attitude facilite la surveillance du périnée et réduit aussi considérablement les chances des déchirures; aussi est-elle employée de nos jours dans la plupart des maternités d'Allemagne, d'Autriche et de Suisse, surtout pour les primipares et au moment du passage de la tête ; les multipares dans ces pays, accouchent comme en France, dans le décubitus dorsal. ». [1]

De nos jours, la prise en charge des accouchements au Royaume-Uni, diffère de celle de la France, pour des raisons historiques mais notamment pour des raisons d'effectifs de sage-femme. Une étude menée par le Conseil National des Sages-femmes à la fin de l'année 2009 [7], a montré que le Royaume-Uni comptabilisait 35 889 sages-femmes en exercice pour 787 057 naissances par an; alors que la France ne compte que 20 000 sages-femmes pour 830 000 naissances. Au Royaume-Uni, la sage-femme se consacre donc entièrement à une patiente, ce qui est primordial lorsque la patiente souhaite un accouchement «plus naturel», moins médicalisé.

En France ce système est impossible du fait du manque d'effectif, une sage-femme française peut avoir 2 voire 3 patientes à prendre en charge en même temps. La disponibilité des sages-femmes est mise en jeu. Ainsi, on peut comprendre que, parfois, l'accompagnement des parturientes est difficile, et bien sûr altéré dans nos maternités françaises.

2. Le bassin maternel [1] [6] [8]

2.1. Anatomie du bassin

Schématiquement, le squelette du bassin est composé de 4 os: en arrière le sacrum, prolongé par le coccyx et latéralement et en avant les 2 os coxaux.

Il constitue la ceinture pelvienne et réalise une articulation entre le tronc et les membres inférieurs.

Cette ceinture osseuse a la forme d'un entonnoir à grande base supérieure faisant communiquer la grande cavité abdominale avec le pelvis à travers le détroit supérieur.

La filière pelvienne est décrite selon trois étages: l'orifice d'entrée (détroit supérieur), l'excavation et l'orifice inférieur (détroit inférieur) à grand axe sagittal.

Le détroit supérieur est le plan d'engagement de la présentation. Il est limité en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne, latéralement par les lignes innominées et en arrière par le promontoire.

Le détroit inférieur est le plan de dégagement de la présentation. Il est limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne, en arrière par le coccyx et latéralement de chaque côté par la branche ischio-pubienne et la tubérosité ischiatique.

L'excavation pelvienne est limitée par les 2 orifices que nous venons de décrire: c'est le canal osseux dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation. Il est limité en avant, par une paroi relativement courte, fermé par la face postérieure de la symphyse pubienne; en arrière, par la vaste face antérieure du sacrum et du coccyx fortement concave de haut en bas. Latéralement, le canal osseux est limité par la surface quadrilatère de l'os coxal. Cette excavation présente un léger rétrécissement transversal qui passe par les épines sciatiques, niveau auquel se situe le détroit moyen.

Les articulations du bassin sont pratiquement toutes des articulations permettant des mouvements très limités.

Au cours de la grossesse, ces articulations subissent l'imbibition aqueuse des parties molles due à l'imprégnation hormonale. Les ligaments perdent leur tonicité, et libèrent les articulations de leurs étreintes.

L'augmentation de la laxité articulaire est bénéfique du point de vue obstétrical. Ainsi, les articulations sacro-iliaques ont une amplitude de mouvement augmentée (nutation, contre-nutation), et l'articulation inter-pubienne a des mouvements de glissement et d'écartement. Ces possibilités de mouvements et leur amplitude ont leur importance.

2.2. L'articulation coxo-fémorale

L'articulation coxo-fémorale est capable de 6 mouvements différents: la flexion, l'extension, l'abduction, l'adduction, la rotation interne et la rotation externe. Ces mouvements modifient les différents diamètres du bassin.

2.2.1. La flexion, extension du fémur

Les mouvements de flexion et d'extension des fémurs modifient l'angle entre le plan du détroit supérieur et le plan du rachis.

Lorsque l'angle entre le fémur et le rachis est inférieur à 90°, nous obtenons une antéversion du bassin avec un étirement de la colonne vertébrale. Ainsi, il n'y a plus de lordose lombaire et l'axe du bassin est alors dans l'axe du rachis.

Si l'angle est supérieur à 90°, la lordose est accentuée et nous avons une discordance des axes d'engagement.

Lorsque les membres inférieurs sont asymétriques, c'est à dire qu'une jambe est fléchie et que l'autre est en extension, cela provoque des modifications au niveau de l'excavation pelvienne. Au niveau du détroit supérieur, lors de la flexion, la symphyse pubienne monte alors que le promontoire descend. Si la jambe droite est fléchie, seul le coté droit du bassin est concerné par ces mouvements. Le détroit supérieur a alors une forme hélicoïdale.

2.2.2. Abduction, adduction

Les mouvements d'abduction et d'adduction des fémurs entraînent une modification de la position des tubérosités ischiatiques.

Lorsqu'on écarte les jambes, les ischions se rapprochent ; lorsqu'on les ferme, les ischions s'écartent.

Ainsi le diamètre transversal du détroit inférieur du bassin est diminué en écartant les jambes.

2.2.3. Rotation interne, rotation externe

Les mouvements de rotation interne et externe ont une action similaire sur les ischions. Les fémurs agissent comme des leviers sur les os coxaux. La rotation interne des fémurs provoque une augmentation de la distance entre les ischions, la rotation externe provoque une diminution de cette distance.

Ces positions, en antéversion du bassin et/ou rotation interne des fémurs, écartent les épines sciatiques (jusqu'à 2cm mesurés au scanner et à l'IRM) et permettent la nutation sacrée, la rétro-pulsion du coccyx et le franchissement rapide des épines sciatiques.

Ainsi on peut comprendre que la position gynécologique, avec abduction et rotation externe des fémurs, est un obstacle à la descente d'un triple point de vue: la pesanteur n'est pas utilisée, le sacrum est bloqué et les épines sont rapprochées.

2.3. Nutation et contre-nutation

2.3.1. La nutation

La nutation est réalisée par la bascule en avant et en bas du sacrum autour d'un axe transversal passant par le ligament axile. Le promontoire se déplace en avant et en bas tandis que l'apex du sacrum avec le coccyx se déplace en arrière avec pour conséquences:

- une diminution du diamètre promonto-rétro-pubien
- une augmentation du diamètre sous-sacro-sous-pubien

Ainsi en haut, les ailes iliaques se rapprochent légèrement, les surfaces articulaires s'écartent dans leur partie inférieure et éloignent les tubérosités ischiatiques ce qui augmente le diamètre ischiatique. La nutation agrandit le détroit inférieur et favorise le dégagement.

Par ailleurs, la nutation tend à faire coïncider l'axe de la poussée utérine et l'axe du détroit supérieur que le fœtus doit emprunter pour pénétrer dans la filière pelvienne.

2.3.2. La contre-nutation

Lors de la contre-nutation, le sacrum tourne autour de l'axe constitué par la tubérosité ischiatique, de telle sorte que le promontoire se déplace en arrière et en haut et que la pointe du sacrum avec le coccyx se déplace en avant.

La base du sacrum bascule en arrière, elle augmente ainsi son rôle de coin et écarte les deux ailes iliaques. Ainsi, les deux tubérosités ischiatiques tendent à se rapprocher d'où:

- augmentation du diamètre promonto-rétro-pubien
- diminution du diamètre sacro-pubien et bi-ischiatique

Ce mouvement agrandit en taille le détroit supérieur et favoriserait l'engagement mais il ne favorise pas la concordance entre l'axe du détroit supérieur et la poussée utérine.

3. Position en décubitus latéral et respiration selon la méthode de «De Gasquet» [1] [6] [8] [11]

3.1. Mécanique spécifique de l'expulsion en décubitus latéral

Lorsque la patiente est installée en décubitus latéral, celle-ci est installée du côté du dos du fœtus et l'engagement se fait alors normalement en oblique. Le muscle psoas, ainsi que le faisceau ilio-coccygien du muscle releveur de l'anus et le muscle obturateur interne du côté en extension, constitue un véritable rail continu pour la progression du fœtus. Du côté opposé, la mobilité et la détente des muscles controlatéraux vont permettre au mobile fœtal de progresser de façon oblique sans trouver la résistance qui oblige à la rotation.

De plus, comme nous l'avons vu précédemment, le diamètre bi-épineux s'agrandit et permet ainsi le passage en oblique des pariétaux. Le rôle de la rotation interne du fémur est important dans cette modification. Il n'y a donc aucune raison pour que le fœtus change sa trajectoire ou défléchisse sa tête sous la symphyse pour venir vers l'avant. L'engagement se fait dans l'axe ombilico-coccygien, le plus grand axe, et le fœtus sort alors en oblique. Ainsi, les épaules sortent souvent en même temps, dans l'axe oblique, et il n'ya pas de nécessité à faire nos manœuvres de restitution.

3.2. Description de la position en décubitus latéral selon Dr B. de Gasquet

La position décrite ici est le fruit du Dr B. de Gasquet, qui travaille depuis de nombreuses années sur ce sujet.

La patiente doit être à plat, en latéro-ventral, pour libérer le diaphragme et permettre la concordance des axes. Ensuite, la parturiente doit être placée en décubitus latéral, de façon à ce que le côté de la mère soit celui du côté du dos du fœtus, c'est-à-dire sur le coté gauche pour un dos à gauche et sur le coté droit pour un dos à droite.

Le Dr B. de Gasquet suggère de placer un coussin ou un étrier sous le genou de la jambe supérieure (la jambe droite pour un DLG, la jambe gauche pour un DLD) et la fléchir de façon à ce que l'angle fémur-rachis soit inférieur à 90°. Le fémur doit être aussi en adduction et en rotation interne en soulevant légèrement le pied.

L'autre jambe doit être tendue et en appui sur le cale-pied opposé, sur le cale-pied droit pour un DLG ou sur le cale-pied gauche pour un DLD. Si la patiente est trop

petite par rapport à la taille de la table, on peut «casser» la table et avancer la partie amovible afin de diminuer la longueur de la table et l'adapter à la patiente, ainsi la patiente a son appui sur le cale-pied.

La parturiente s'étire en agrippant la tête du lit avec son bras supérieur, le bras droit pour un DLG, le bras gauche pour un DLD.

Ainsi, la patiente pousse en s'étirant et en «expiration forcée».

3.3. La poussée

L'effet pathogène des poussées, sur les structures musculo-ligamentaires-abdomino-pelviennes, est bien connu et dénoncé. Malheureusement, de nos jours, *«la plupart des femmes ont perdu le sens de la respiration»* et, selon Dr. B. de Gasquet, *«respirent à l'envers»*. [6]

C'est pourquoi une éducation aux poussées, c'est à dire à la statique et à la respiration, est la seule attitude préventive.

3.3.1. L'enceinte abdominale de pression

Cette enceinte est limitée en haut par le diaphragme, latéralement par les muscles abdominaux, en bas par le périnée.

Cette enceinte est déformable, les volumes et les pressions y sont variables et les viscères n'ont pas de position statique. Ils sont mobiles les uns par rapport aux autres et leur position dépend de la position du diaphragme.

Quand le diaphragme descend tous les organes abdominaux descendent, quand le diaphragme remonte, tout remonte, y compris le plancher pelvien.

L'expiration débute par le relâchement des muscles inspiratoires. Lorsque les muscles intercostaux externes se relâchent, les côtes s'abaissent, et lorsque le diaphragme se relâche, son dôme s'élève en raison de son élasticité. La pression dans la cavité abdominale diminue, l'abdomen et le périnée sont relâchés: l'expiration est donc un processus passif.

L'expiration devient un processus actif lors d'une respiration laborieuse et lorsque le mouvement de l'air hors des poumons est empêché: *«inspirez bloquez poussez»*. Dans ces cas, les muscles de l'expiration, les abdominaux et intercostaux internes se contractent. Les viscères abdominaux, dont l'utérus, sont comprimés, le diaphragme est dirigé vers le bas et le périnée n'est pas relâché.

L'anatomie fonctionnelle de la respiration nous indique que l'élévation exagérée du diaphragme lors de l'expiration forcée entraîne une élévation concomitante du périnée.

Si l'on veut accentuer ce phénomène, l'étirement du tronc, par suspension par exemple, permet de libérer tous les mouvements du diaphragme. L'amplitude d'élévation du diaphragme est majorée, et par conséquent le relâchement périnéal est assuré. (cf. Thèse Dr B. de Gasquet D.O./N°220/ page7) [1]. L'étirement est un élément très important favorisant la respiration et le relâchement périnéal. Le rôle du diaphragme dans le relâchement périnéal est intéressant à intégrer dans la physiologie de l'expulsion.

3.3.2. La poussée bloquée associée à la position gynécologique

De nos jours, dans nos salles d'accouchements, les patientes sont généralement installées en position gynécologique et la «poussée bloquée» est de rigueur: «levez la tête, tirez sur les barres, inspirez, gonflez le ventre, faites sautez la ceinture et poussez vers le bas...».On demande donc à nos patientes de faire l'inverse exact de la physiologie.

Ainsi l'utérus est projeté vers le bas et l'avant, il n'y a plus de maintien sus-pubien car le transverse abdominal est détendu. La poussée n'est plus ombilico-coccygienne. Tous les viscères sont projetés vers le bas, il arrive parfois, par exemple, que le col soit à la vulve, et ceci est le fait que le diaphragme est dirigé vers le bas. Le périnée n'a pas le temps de se détendre, et cela crée une résistance.

Par ailleurs, «dans la poussée bloquée» associée à une position gynécologique mal adaptée, la vascularisation utérine est diminuée; l'hypoxie, l'acidose fœtale sont quant à elles majorées (Syndrome cave). De même, la vascularisation périnéale est diminuée par la compression et l'étirement. Et pour finir, l'ampliation périnéale se fait au détriment de la portion antérieure du sphincter anal, très étirée, et sans protection anatomique.

En décubitus dorsal, très souvent, nos patientes se retrouvent dans une position tassée et ont une cambrure plus ou moins importante. Ce non alignement du bassin au rachis peut empêcher l'engagement, diminuer l'efficacité des contractions par une mauvaise transmission des forces à la tête fœtale, et enfin, ralentir la descente et le dégagement.

3.3.3. Une poussée plus physiologique

L'idéal est d'avoir un réflexe expulsif. Selon le Dr B. de Gasquet, «*l'envie de pousser est tellement incoercible et réflexe que les femmes qui la ressentent ne peuvent la réfréner. L'efficacité de cette poussée est incomparable à celle des efforts expulsifs volontaires si laborieux, épuisants et peu productifs*». [8]

Il s'agit d'un réflexe qui associe:

- Une contraction utérine d'intensité maximale qui intéresse le corps et le fond utérin, ce qui dirige le fœtus vers le bas.

- Une contraction réflexe, de puissance maximale elle aussi, des abdominaux les plus bas situés soit le transverse dans sa partie inférieure et superficielle, sus pubienne, et les petits obliques. Cette contraction involontaire est déclenchée par la réponse périnéale à l'étirement. C'est de l'étirement du transverse superficiel périnéal que dépend l'envie de pousser et l'ouverture de l'espace périnéal postérieur. L'écartement des épines ischiatiques (nutation) permet cet étirement et permet au fœtus de solliciter le transverse périnéal.

Tout ceci suppose donc, d'attendre que le fœtus soit suffisamment descendu avant de pousser, de proposer une mobilisation qui fasse descendre le fœtus sans le pousser, d'alléger la périurale de fin de travail, et enfin d'adopter une position adaptée.

Après avoir exposé la méthode d'accouchement en décubitus latéral avec ses fondements théoriques, nous allons donc tenter de savoir, suite à notre recherche, quels sont les avantages de l'accouchement en décubitus latéral par rapport au décubitus dorsal.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons effectué une étude rétrospective afin d'identifier les bénéfices et les inconvénients de la position du décubitus latéral sur l'accouchement en établissant un état des lieux étudiant à fois le point de vue quantitatif (durée du travail, durée d'expulsion, pertes sanguines...) que qualitatif (état périnéal, état néonatal...), ainsi que la satisfaction du couple et du praticien.

Dans un premier temps, cette étude a été réalisée au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, qui possède un pôle de gynécologie obstétrique de niveau III. La période de l'étude s'étend de mars 2005 à juin 2010. Et durant cette période, 21 377 accouchements ont été réalisés au CHU d'Angers

Dans un deuxième temps, ces accouchements ont été réalisés par la même sage femme, qui depuis mars 2005, a répertorié tous les accouchements qu'elle avait effectué en décubitus latéral, lors de ses affectations en salle de naissance. Cette démarche personnelle a été effectuée, dans le but d'affiner sa propre expertise professionnelle, afin de répondre à une demande des femmes dans leur choix d'accouchement.

1. Constitution de la population

La population a donc été constituée grâce aux notes de la sage-femme, qui a listé manuellement : l'identité de la femme, le numéro de dossier, la date d'accouchement, le mode d'accouchement, l'analgésie, l'état du périnée, la délivrance, la durée d'expulsion et l'état de l'enfant. (Annexe 1).

Nous avons inclus dans l'étude:

- Terme entre 37 et 41 SA +5 jours
- Présentant une grossesse monofœtale de déroulement normal
- En présentation céphalique
- Ayant débuté un travail spontané ou artificiel
- Quelque soit leurs antécédents obstétricaux concernant le mode d'accouchement.

Les critères d'exclusion étaient:

- Présentation autre que céphalique
- Grossesses multiples
- Accouchement d'un enfant mort in utéro
- Patiente mineure

2. Méthode de travail de la sage-femme

Il est essentiel pour notre étude de récapituler la méthode de travail de la sage-femme sur l'accouchement en décubitus latéral.

Tout d'abord, la sage-femme demandait à toutes ses patientes si elles avaient un souhait pour la position d'accouchement. La proposition n'étant pas faite aux patientes qui présentaient un accouchement prématuré ou «hautement» dystocique. Pour toutes les patientes qui bénéficiaient d'une analgésie péridurale, la sage-femme attendait que celle-ci soit posée afin que les patientes soient bien dans l'écoute et réceptive à ce que la sage-femme leur disait. Enfin, dès l'admission, des patientes venaient avec une demande ferme de vouloir accoucher en décubitus latéral (avec pour certaine, un projet de naissance écrit).

Par ailleurs, en ce qui concerne l'installation de la patiente, celle-ci était installée en décubitus latéral, presque en position ventrale. La jambe touchant la table était en extension avec pour certaines, un appui du pied sur un cale-pied. La jambe opposée était en flexion et rotation interne, de façon à ce que l'angle de la cuisse soit inférieur à 90°. Le pied de cette dernière prenait appui, soit sur le bord d'un étrier, soit était maintenu par l'aide-soignante ou encore mieux, par le papa. Les bras étaient en extensions et les mains repoussaient le bras articulé de la table d'accouchement qui avait été relevé à cet effet. Pour certaine patiente, le conjoint prenait les mains de sa femme et étirait ses bras. La sage-femme, quant à elle, était positionnée du côté du dos de la patiente.

En ce qui concerne le choix du décubitus latéral, droit ou gauche, celui-ci se faisait en fonction du bien être ressenti par la patiente. En présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, le choix était orienté vers le côté gauche, ceci pour préserver le bien être fœtal.

Selon la sage-femme, peu de patientes sollicitaient le côté droit. Au début de sa

pratique, la professionnelle les positionnait du côté du dos du fœtus. Puis au fur et à mesure de son évaluation personnelle, celle-ci a remarqué que les patientes qui souhaitaient se mettre en décubitus latéral gauche avec un bébé présentant un dos à droite, mettaient au monde leur bébé avec un résultat très satisfaisant en ce qui concerne la rotation du dos et l'expulsion de la tête fœtale, sans désolidarisation des épaules.

Pour que l'effort de poussé soit maximal et moins délétère pour le périnée, quasiment toutes les patientes ont accouché en expiration forcée, comme le suggère le Dr B. De Gasquet. Selon la sage-femme, cette expiration n'est pas innée et l'accompagnement que nous avons auprès des patientes est important pour les encourager à contrôler leur respiration.

En ce qui concerne l'évaluation des pertes sanguines, un champ était positionné au niveau du dos de la patiente et l'autre devant elle. Le troisième champ, contenant le sac de recueil des pertes sanguines, était mis sur la jambe en extension et la recouvrait jusqu'à la racine de la cuisse. Le champ d'accueil du nouveau-né était, quant à lui, posé sur la table. L'écoulement des pertes sanguines était parfois aidé d'un geste manuel.

Pour finir, toutes les patientes ont été sollicitées à propos de leur satisfaction suite à leur accouchement.

3. Le recueil des données obstétricales

Les différents paramètres étudiés (Annexe 3) ont été recueillis manuellement sur les dossiers type AUDIPOG des patientes.

Les caractéristiques initiales suivantes ont été relevées pour chaque patiente (Annexe 2): âge, profession, situation familiale, origine géographique, Indice de Masse Corporelle (IMC), gestité, parité, et antécédents obstétricaux.

Concernant le déroulement de la grossesse, seule la prise de poids pendant la grossesse et la participation à une préparation à la naissance, ont été étudiés.

Tous les paramètres obstétricaux ont été étudiés concernant l'accouchement : mode de début de travail, type de rupture des membranes, ocytociques, durée du travail, analgésie, mode d'accouchement, état périnéal, délivrance, pertes sanguines et côté

du décubitus latéral de la mère lors de l'expulsion.

Les données fœtales ont été également analysées: âge gestationnel, variété de présentation, niveau de présentation au début des efforts expulsifs.

Les indicateurs de l'état de santé néonatale relevés étaient: le poids de naissance, la taille et le périmètre crânien, le score d'Apgar à 1, 5, et 10 minutes, la mesure du pH artériel au cordon ombilical et les anomalies du cordon.

4. L'analyse statistique du recueil des données

Le bordereau de recueil de données et la saisie informatique ont été effectués à partir du logiciel Excel.

Enfin, quelques analyses statistiques ont été calculées à partir du logiciel d'épidémiologie d'Atlanta «Epi-Info».

RESULTATS

Durant la période du 17 mars 2005 au 28 juin 2010, 125 accouchements ont été réalisés par la sage femme en décubitus latéral. Au total, nous avons retenu 114 dossiers répondant aux critères d'exclusion et d'inclusion, huit patientes ont donc été exclues de l'étude. Par ailleurs, trois dossiers de patientes n'ont pas été retrouvés.

1. Caractéristiques maternelles

1.1. Age moyen, profession, situation familiale, et origine géographique

Les patientes ont entre 19 et 46 ans, soit un âge moyen de 30,86 ans (+/- 5,79ans).

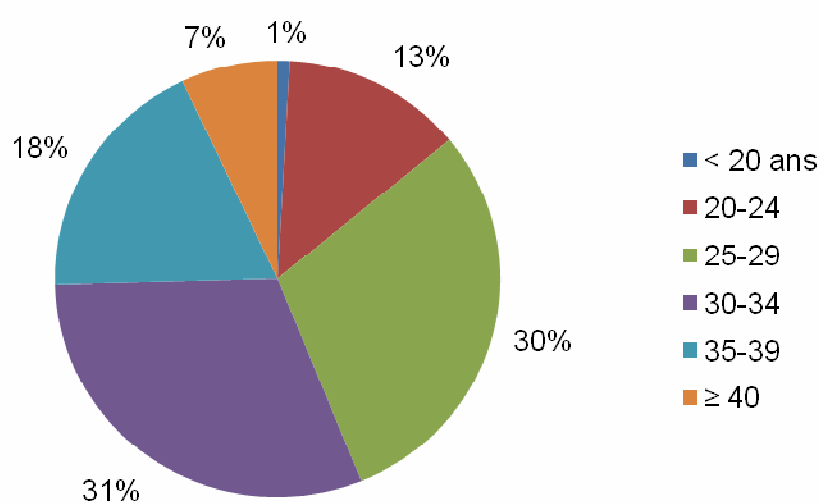


Figure 1: Age des patientes

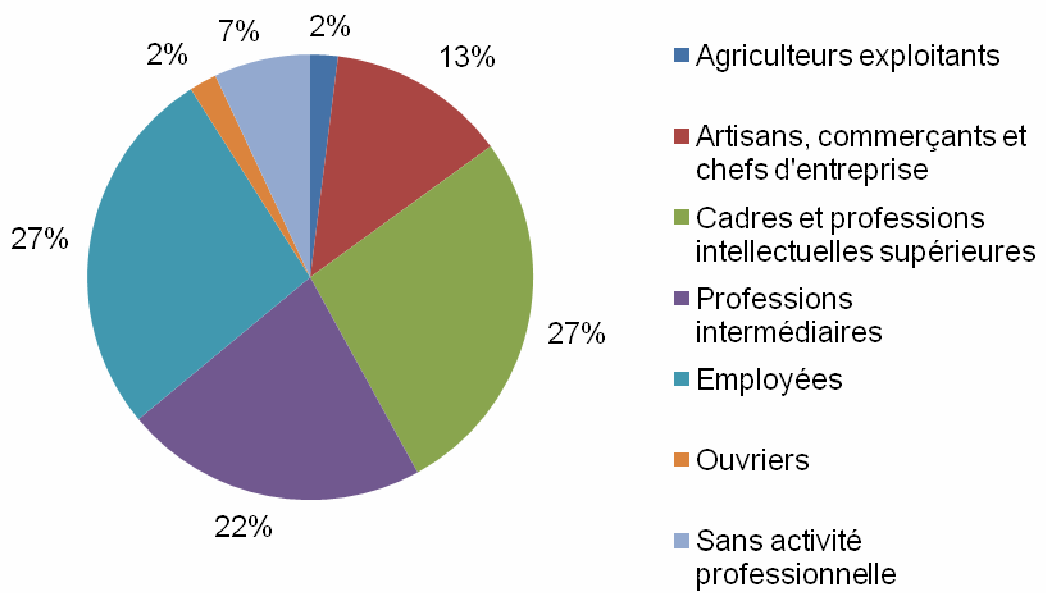


Figure 2: Profession des patientes

Dans notre population, 3% patientes étaient célibataires, 43% vivaient en couple et 54% étaient mariées.

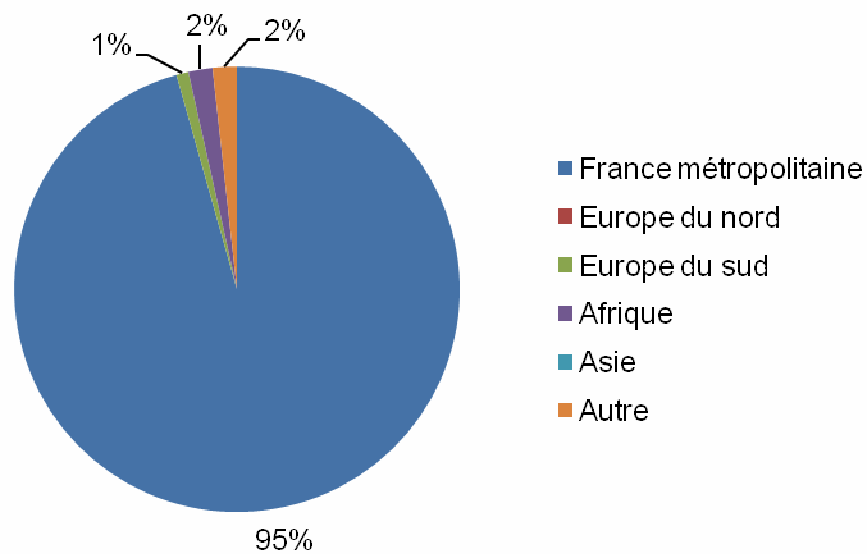


Figure 4: Origine géographique

1.2. Profil obstétrical et antécédents

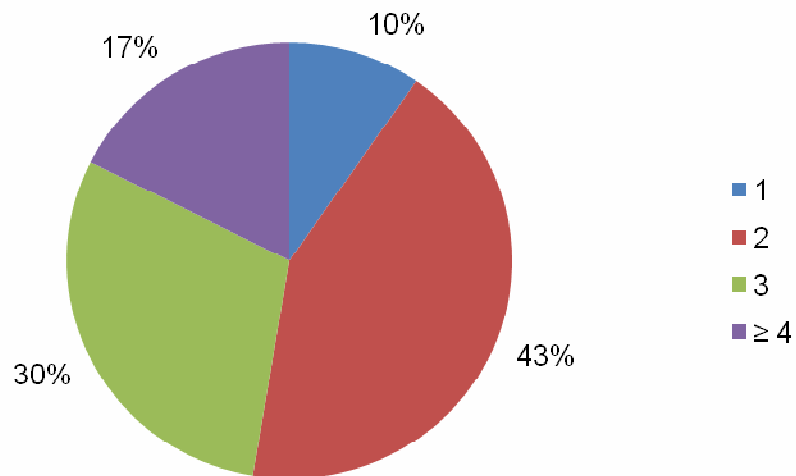


Figure 5: Gestité

Notre population compte 16% de primipares et 84% de multipares.

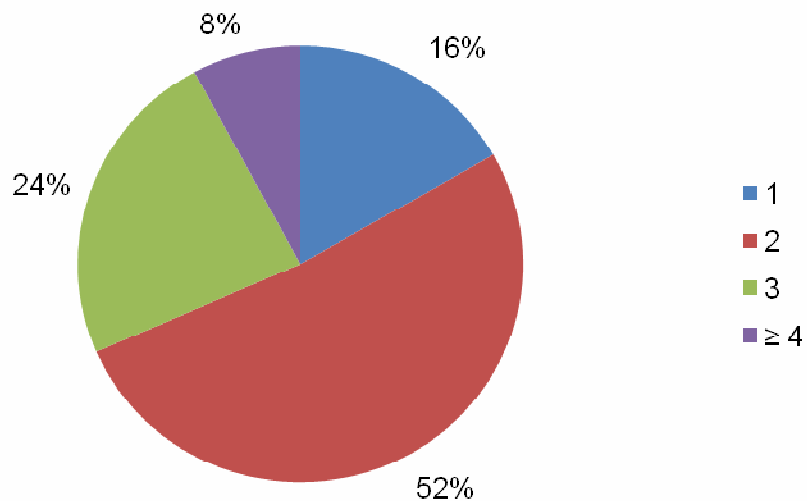


Figure 6: Parité

La présence d'un utérus cicatriciel, dans notre étude, n'était pas considérée comme un critère d'exclusion. Ainsi dans 5 % des cas, il y avait un accord voie basse, 6 patientes présentaient donc un utérus cicatriciel (antécédent de césarienne pour siège dans la plupart des cas).

1.3. Statut pondéral des patientes

L'indice de Masse Corporelle (IMC) le plus bas est de 15,23; et celui le plus élevé est de 37,20. Aucune de nos patientes ne présente une obésité morbide. La moyenne est de 22. Deux des patientes mesurent 1,50 m, 17% mesure entre 1,51 et 1,59 m, 59 % de la population mesure entre 1,60 et 1,69 m, et enfin 22% des femmes mesurent entre 1,70 et 1,80m.

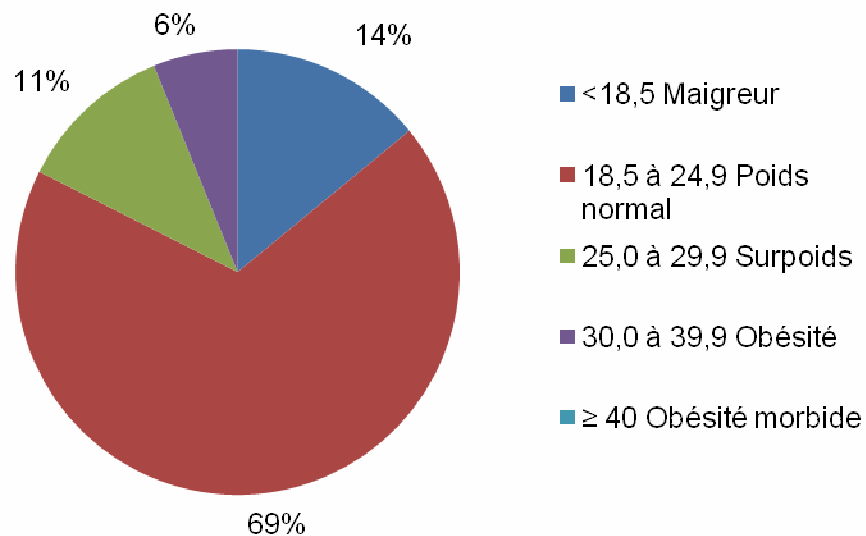


Figure 7: Indice de Masse Corporelle

2. La grossesse actuelle

2.1. Prise de poids pendant la grossesse

La prise de poids moyenne des patientes est de 12,77 kg (+/- 4,15 kg) avec des extrêmes allant de 0 à 27.kg.

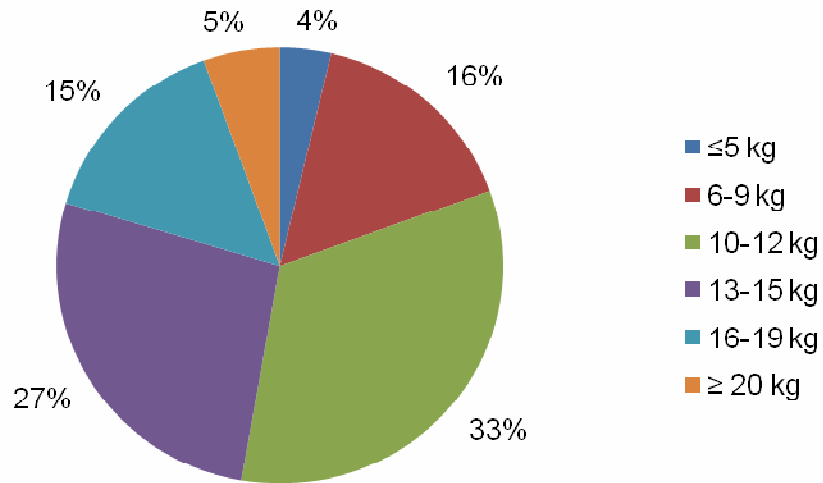


Figure 8: Prise de poids pendant la grossesse

2.2. La préparation à la naissance

Dans notre population 43 % des patientes ont fait une préparation à la naissance, contre 36% qui n'en ont pas faite et ceci, primipares et multipares confondues. Dans 21% des cas, nous ne sommes pas renseignés.

3. Déroulement de l'accouchement

3.1. Le terme

L'âge gestationnel moyen à l'accouchement est de 40 SA (+/- 8 jours) avec des extrêmes allant de 37 SA à 41 SA + 5 jours.

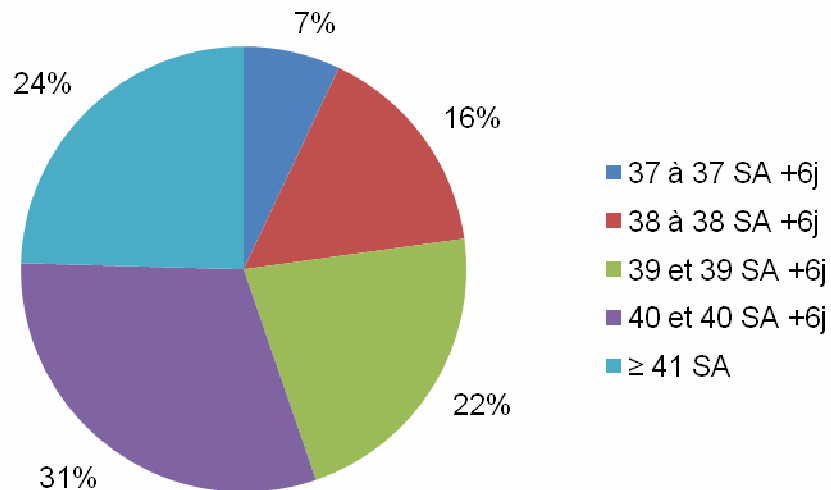


Figure 9: Terme d'accouchement

3.2. Mode d'entrée en travail

Dans 89 % des cas, le mode d'entrée en travail était spontané, et 11% des patientes ont été déclenchées artificiellement pour différentes causes: diminution des mouvements actifs fœtaux, rupture prématurée des membranes, liquide amniotique teinté, terme dépassé.

Les méthodes de déclenchement utilisées étaient: les prostaglandines, le syntocinon®, et/ou, la rupture artificielle des membranes.

3.3. L'anesthésie durant le travail

Au total, 64% des patientes de notre étude ont eu recours à une analgésie pendant le travail.

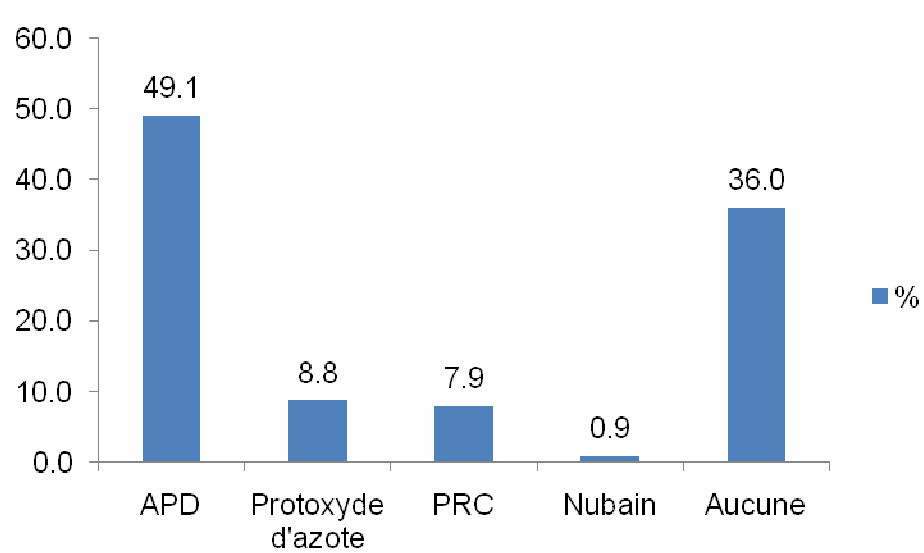


Figure 10: Analgésie pendant le travail

3.4. L'utilisation du Syntocinon® pendant le travail

Le Syntocinon® a été utilisé chez 28% des patientes, soit 32 patientes sur 114: 9 patientes ont été déclenchées et 23 patientes ont eu un travail dirigé. La perfusion d'ocytocine a été débuté à une dilatation moyenne de départ de 5,09 cm (+/- 2,63 cm) avec des extrêmes allant de 2 à 10 cm.

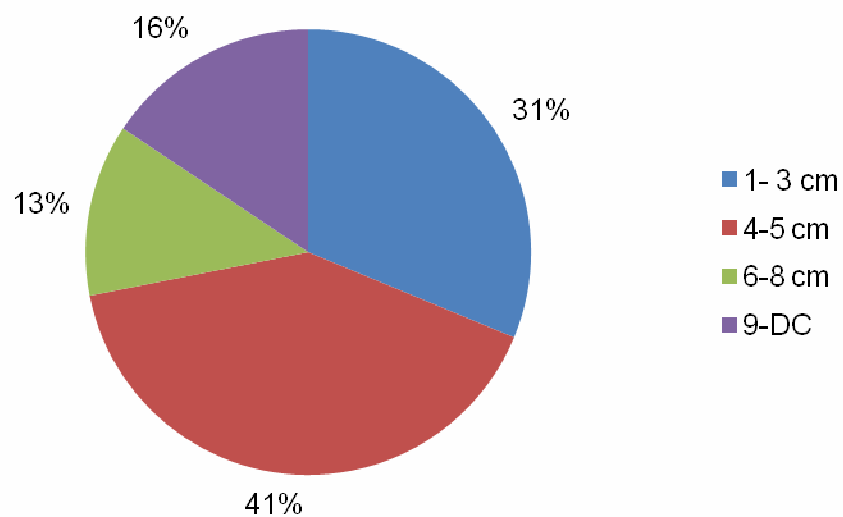


Figure 11: Dilatation du col lors du début de la perfusion d'ocytocine

3.5. La rupture des membranes pendant le travail

Pendant le travail en salle d'accouchement, 42% des patientes ont rompu spontanément, et 18% des patientes ont rompu avant le travail. Dans 40% des cas, la rupture de la poche des eaux était artificielle.

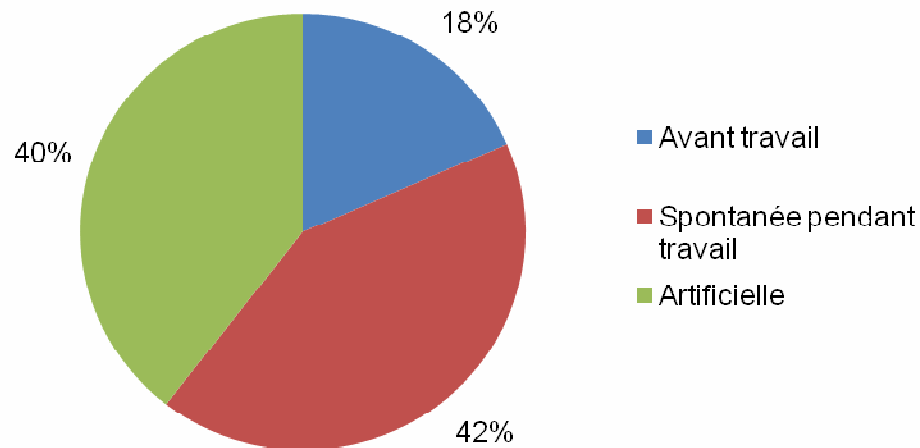


Figure 11: Type de rupture des membranes

3.6. Variété de la présentation à l'engagement

La majorité des présentations étaient en occipito-iliaque-gauche-antérieure. Dans les cas, où nous n'étions pas renseignés, un travail rapide en était souvent la cause.

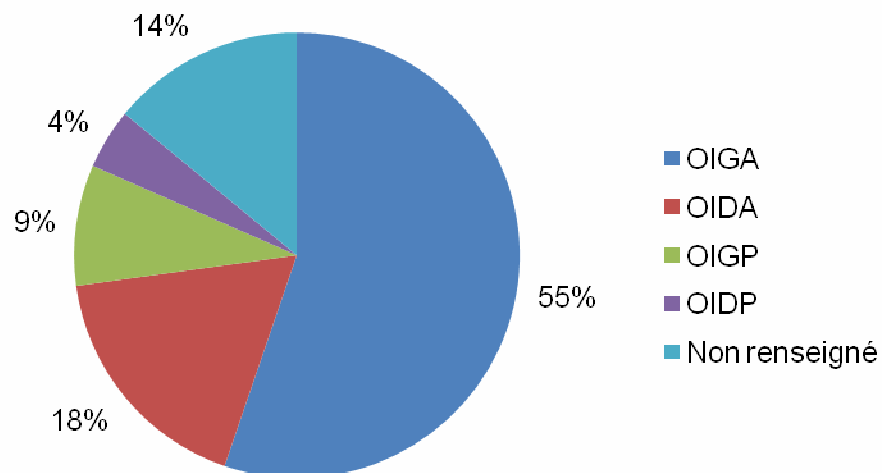


Figure 12: Présentation du fœtus à l'engagement

3.7. Installation de la patiente lors de l'expulsion

Dans notre population, 91% des patientes étaient installées en décubitus latéral gauche. L'installation n'a donc pas été faite en fonction du côté du dos fœtal.

3.8. Niveau de la présentation au début des efforts expulsifs

Les efforts expulsifs ont été débutés lorsque la présentation était en partie basse dans 81% des cas. Par ailleurs, 17 % des patientes ont débuté leurs efforts expulsifs avec une présentation en partie moyenne, et ceci en raison d'anomalies du rythme cardiaque fœtal ou d'absence de progression de la tête fœtale, selon la sage-femme.

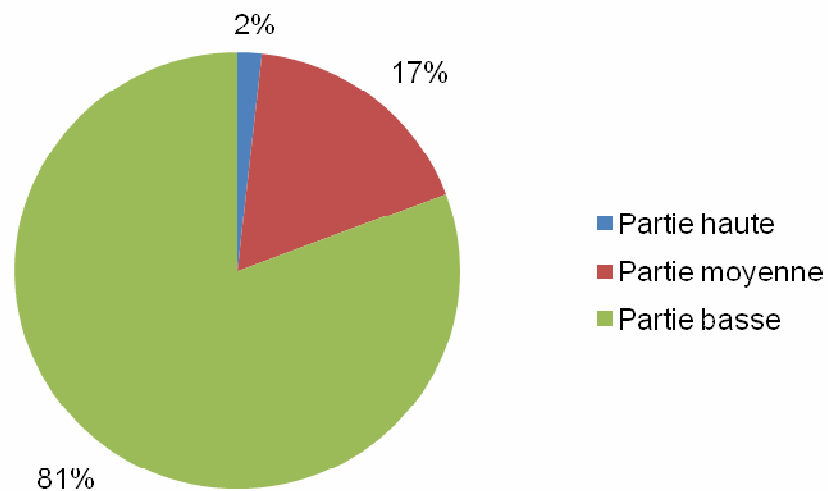


Figure 13: Niveau de présentation au début des efforts expulsifs

3.9. Mode d'accouchement

Dans notre population, toutes nos patientes ont accouché par voie basse spontanée.

Sur les 114 patientes, on compte 111 présentations en occipito-pubienne et 3 présentations du fœtus en occipito-sacrée. Précisons toutefois, que tous les dégagements en OS, ont été effectués chez 3 deuxième pares, et ceux-ci n'ont posé aucun problème.

3.10. Durée du travail

La durée du travail moyenne entre 5 cm et dilatation complète du col était de 94.47 minutes soit environ 1 heure et 30 minutes, avec des extrêmes où la durée minimale n'était que de 20 minutes, et la durée maximale était de 4 heures et 30 minutes environ.

Dans environ 11% des cas, nous n'avons pas de renseignements sur cette durée car il s'agit de patientes qui arrivaient en fin de travail en admission.

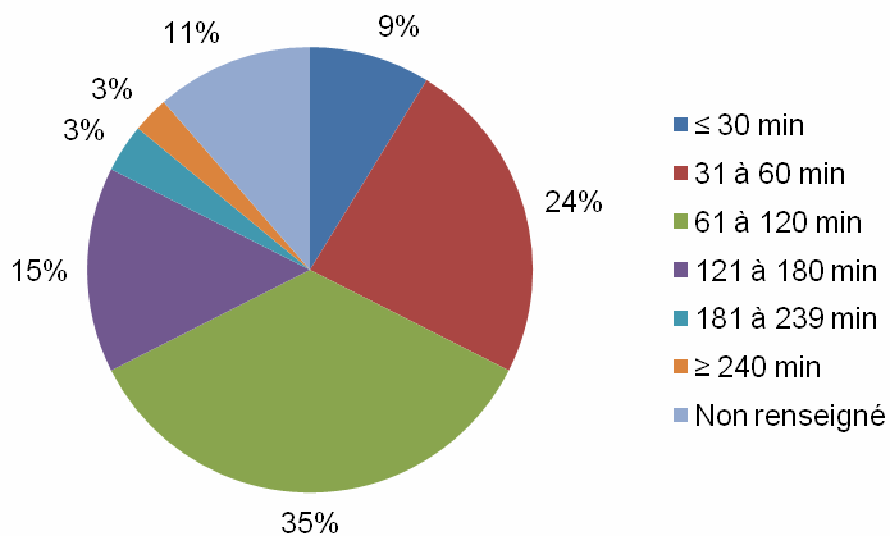


Figure 14: Durée du travail de 5 cm à dilatation complète

En ce qui concerne la durée entre la dilatation complète au début des efforts expulsifs, la moyenne est de 27.35 minutes, avec une durée maximale de 2 heures et 55 minutes.

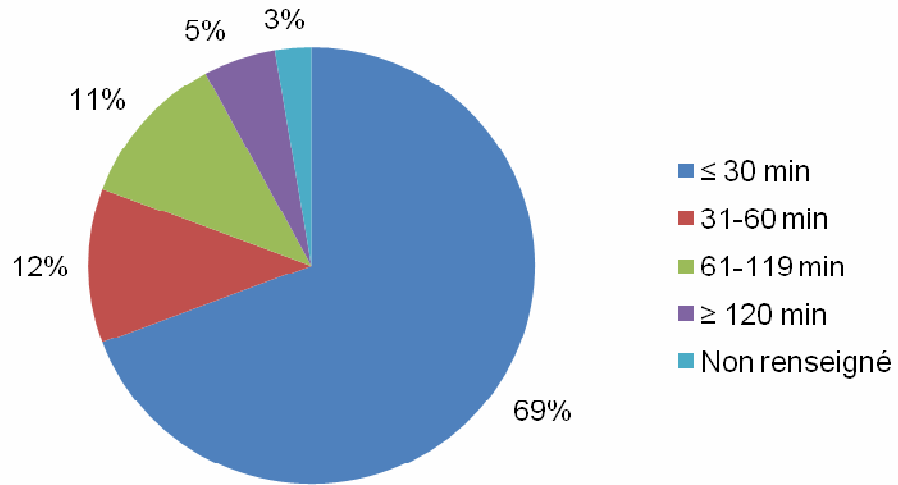


Figure 15: Durée de dilatation complète au début des efforts expulsifs

Pour finir, en ce qui concerne la durée des efforts expulsifs, la moyenne est de 13,16 minutes avec une durée maximale de 35 minutes et une durée minimale de 2 minutes.

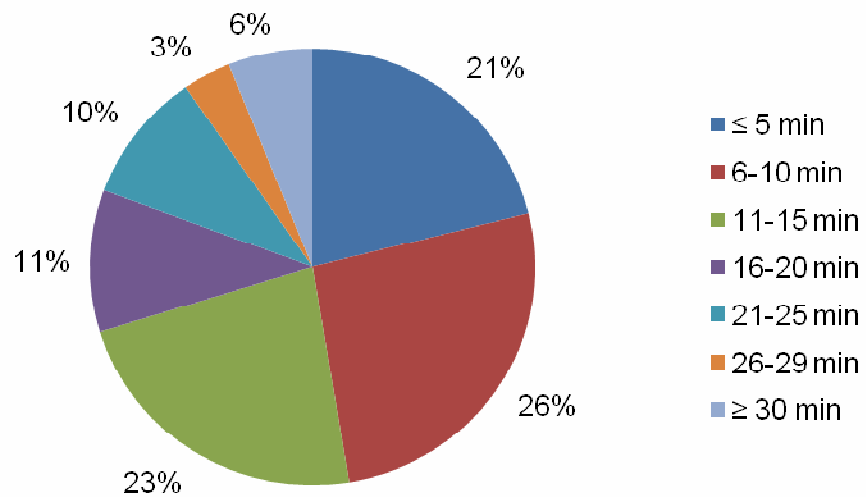


Figure 16: Durée des efforts expulsifs

3.11. La délivrance

Dans notre population, une révision utérine à été réalisée chez 3 patientes présentant soit une atonie utérine, soit un enchatonnement du placenta.

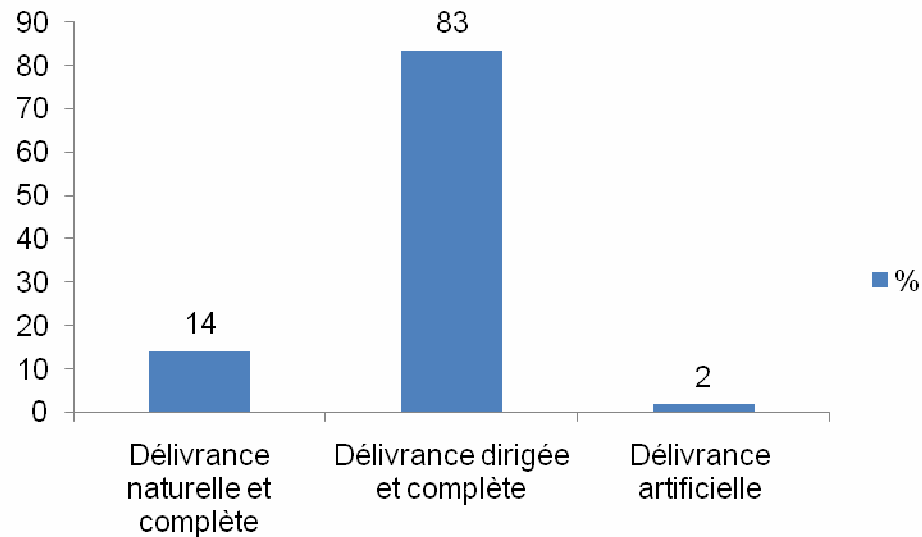


Figure 17: Modalités de la délivrance

3.12. Les pertes sanguines

Dans notre population, les pertes sanguines moyennes sont de 161,86 ml (+/- 203,84 ml).

Parmi les parturientes, quatre ont présenté une hémorragie de la délivrance avec des pertes sanguines allant de 700 ml à 1375 ml. Les principales causes de ces hémorragies étaient l'atonie utérine, la multiparité, une macrosomie fœtale ou un placenta enchatonné.

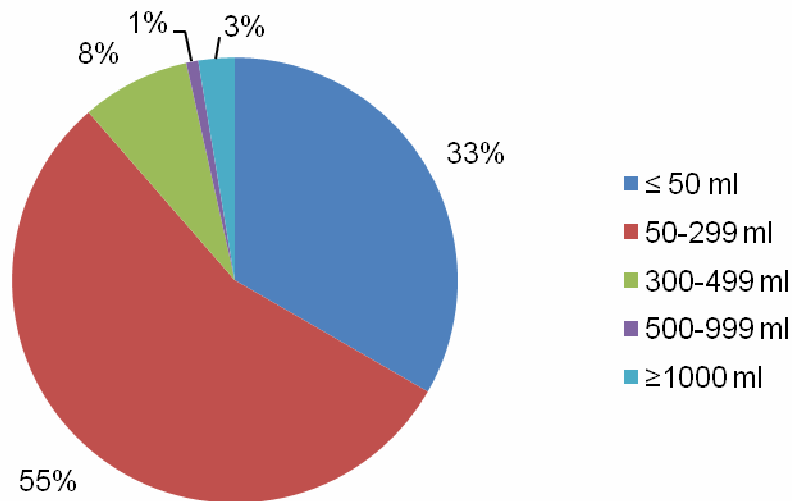


Figure 17: Quantité des pertes sanguines

3.13. Etat périnéal

Nous avons dégagé six items en ce qui concerne les lésions vulvo-périnéales.

- Les déchirures du 1^{er} degré qui concernent les lésions périnéales, vulvaires et vaginales superficielles ne nécessitant qu'un simple surjet ou 2 ou 3 points cutanés.
- Les déchirures du 2^{ème} degré concernent les déchirures simples du périnée nécessitant une réfection en 3 plans.
- Les déchirures du 3^{ème} degré (périnée complet non compliqué).
- Les déchirures du 4^{ème} degré (périnée complet compliqué).
- Les périnées intacts, et y compris les éraillures des petites et des grandes lèvres, de la fourchette et du vagin, ne nécessitant pas de suture.
- Et enfin, la dernière catégorie concerne la pratique d'une épisiotomie médio-latérale droite.

Aucunes de nos patientes n'ont présenté de périnées complètes, 50 % des patientes ont eu des déchirures périnéales. Dans 23.7% des cas, une épisiotomie a été pratiquée, et la principale cause de ce geste était la présence d'un périnée cicatriciel (antécédents d'une épisiotomie +/- forceps à/aux accouchements précédents). Et enfin, 26.3 % des femmes ont eu un périnée intact +/- éraillé.

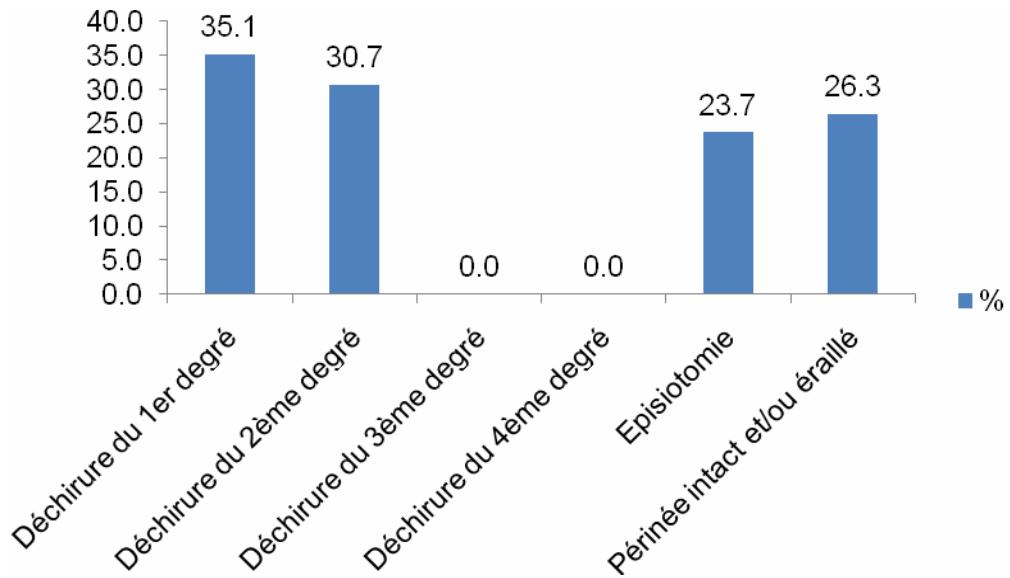


Figure 18: Lésions périnéales

4. Caractéristiques néonatales

4.1. L'adaptation à la vie extra-utérine

Le coefficient d'Apgar moyen à 1 minute à la naissance est de 9,69 (+/- 0,77) avec des extrêmes allant de 5 à 10.

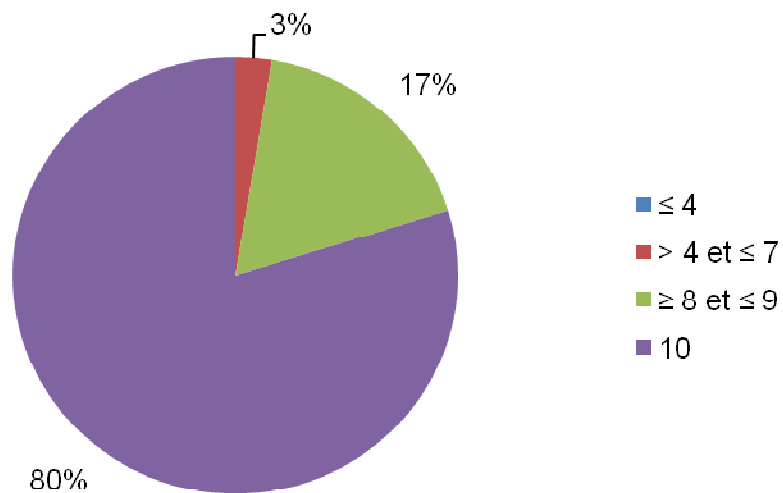


Figure 19: Score d'Apgar des nouveau-nés à 1 minute de vie

Le coefficient d'Apgar moyen à 5 minutes à la naissance est de 9,84 (+/- 0,67) avec des extrêmes allant de 4 à 10.

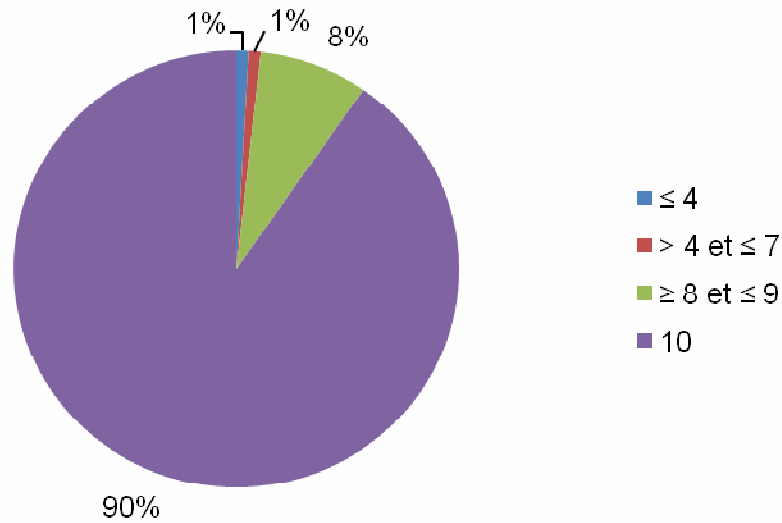


Figure 20: Score d'Apgar des nouveau-nés à 5 minutes de vie

Enfin, le coefficient d'Apgar moyen à 10 minutes à la naissance est de 9,84 (+/- 0,24), la valeur minimale étant de 8 et la maximale de 10. Seul 4% des nouveau-nés présentaient un score d'Apgar à 8 ou 9 à 10 minutes de vie.

En ce qui concerne la mesure du pH artériel au cordon ombilical, aucun des nouveau-nés ne présentaient un pH artériel inférieur à 7. La valeur la plus basse était de 7.099, et le pH artériel moyen était de 7.286 (+/-0.061).

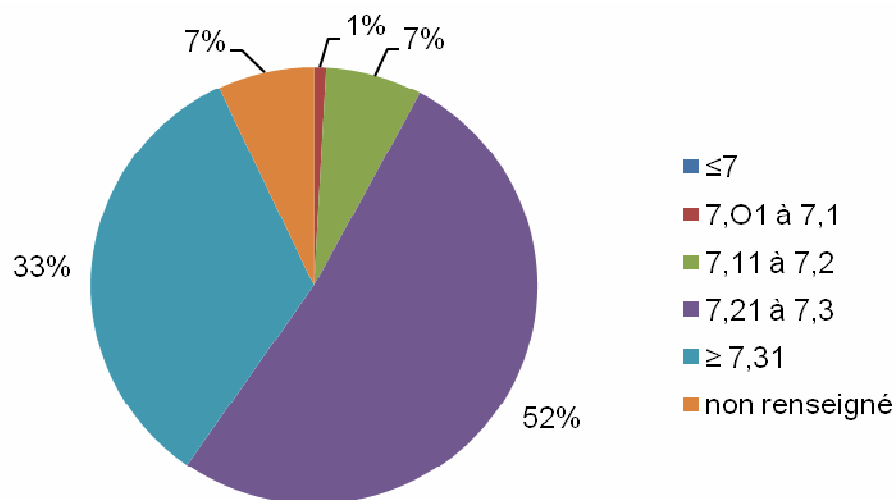


Figure 21: Mesure du pH artériel au cordon ombilical

Dans 45 % des cas, le cordon ombilical présentait une anomalie qui était le plus souvent un circulaire lâche ou serré.

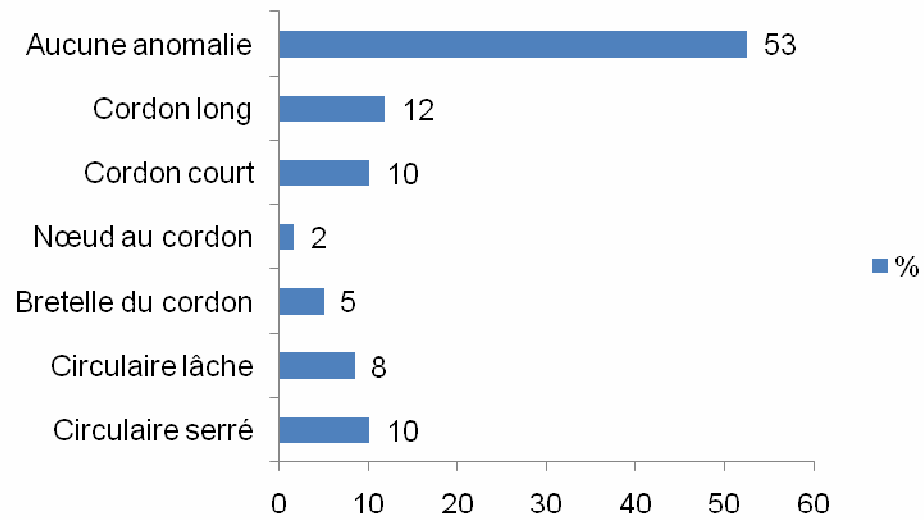


Figure 22: Anomalies du cordon ombilical

4.2. Le poids de naissance

Le poids moyen de naissance est de 3355 g (+/- 462,06 g) avec des extrêmes allant de 2410 g et 4445 g.

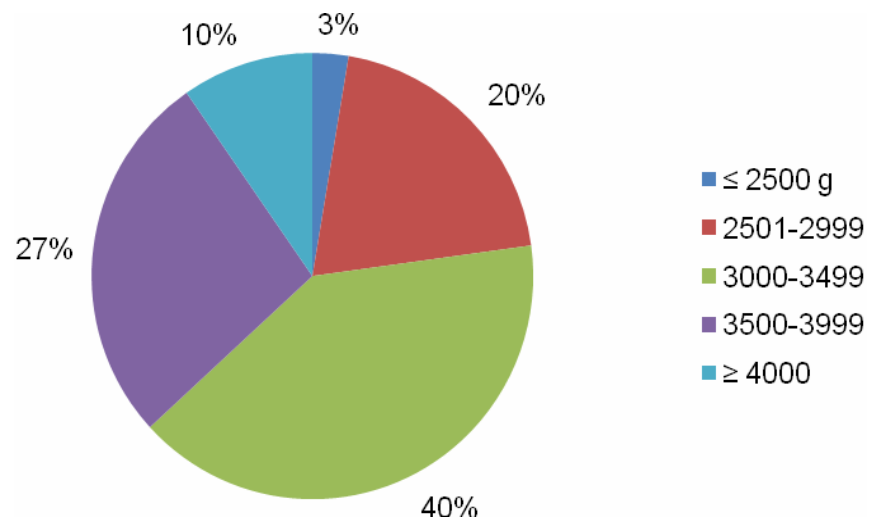


Figure 23: Poids de naissance des nouveau-nés

4.3. Taille des nouveau-nés

La taille moyenne des nouveau-nés est de 50,01 cm (+/- 1,99 cm) avec une taille maximale de 55 cm et une taille minimale de 44 cm.

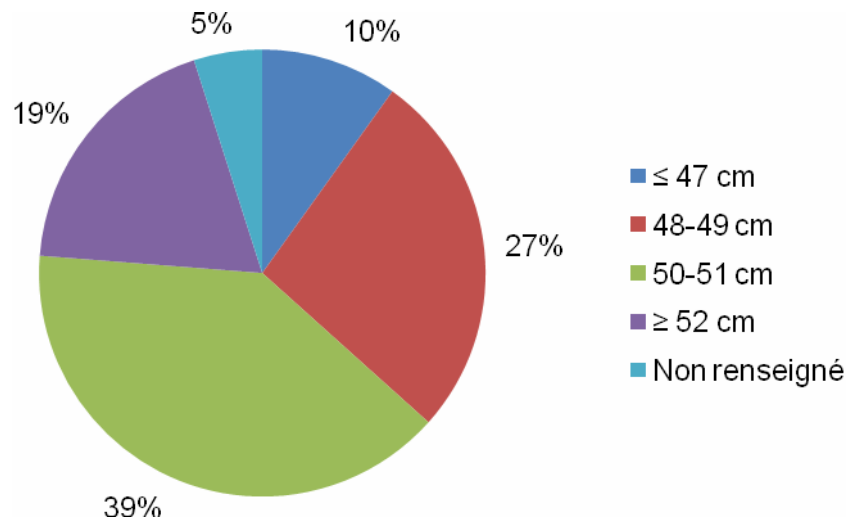


Figure 24: Taille des nouveau-nés

4.4. Périmètre crânien

Le périmètre crânien moyen des nouveau-nés est de 34.39 cm (+/- 1,35 cm), avec un périmètre crânien maximum de 37 cm et le minimum de 30.5 cm.

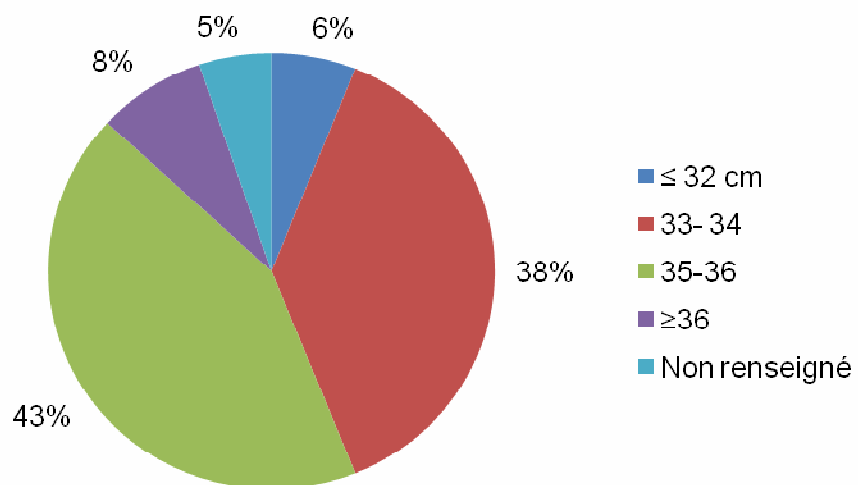


Figure 25: Mesure du périmètre crânien des nouveau-nés

5. Connaissance des patientes sur le décubitus latéral

Les résultats suivants ont été récupérés grâce aux notes de la sage-femme. Même si ces résultats ne sont pas très significatifs, nous pouvons tout de même constater que 23% des patientes connaissaient le décubitus latéral, et ceci grâce à la préparation à la naissance, aux médias ou à l'entourage. Dans 6% des cas, la position était spontanée chez les patientes.

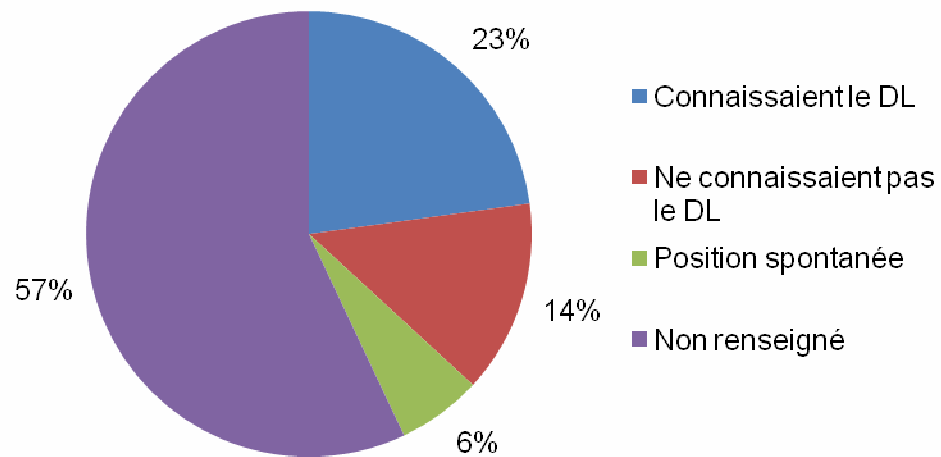


Figure 26: Connaissance des patientes sur l'accouchement sur le côté

DISCUSSION

Au travers de cette étude rétrospective, nous avons tenté d'identifier les bénéfices et les inconvénients de la position du décubitus latéral sur l'accouchement en établissant un état des lieux, étudiant à la fois le point de vue quantitatif que qualitatif. Notre étude est donc une enquête préliminaire permettant de faire le point et pouvant ouvrir la piste à des recherches prospectives afin de mieux préciser les bénéfices et les inconvénients de l'accouchement en décubitus latéral.

Le fait d'avoir réalisé une étude rétrospective a ses avantages : le moindre coût, la rapidité de la réalisation et le nombre important d'individus constituant notre population. Par ailleurs, les différents critères ont été recueillis sur les dossiers type AUDIPOG, permettant ainsi d'avoir suffisamment de critères pour réaliser notre étude. Enfin, notre enquête a été constituée dans un Centre Hospitalier Universitaire de niveau III qui effectue plus de 4000 accouchements par année, ce qui est une opportunité.

Bien qu'une étude prospective «cas-témoin» aurait eût plus de valeur scientifique, nous ne disposons pas assez de temps pour que cela soit réalisable. Dans ce cas, nous aurions pu réaliser un appariement sur la parité pour constituer notre population témoin. L'un des principaux biais de notre étude est le biais d'inclusion, en effet les accouchements n'ont été réalisés que par une seule sage-femme. Bien que la population n'a pas été tiré au sort, selon la sage-femme, il n'y a pas eu de sélections au regard du profil obstétrical puisqu'elle demandait à toutes les patientes leur choix d'accouchement. Un autre biais est le nombre de primipares dans notre population, nous comptons 16% de primipares contre 84% de multipares *versus* 43.7% de primipares pour 56.2% de multipares selon l'enquête périnatale de 2003 [12]. Ainsi la parité de notre échantillon est différente de la parité en France, ce qui est non négligeable. Et pour finir, il est important de préciser que la méthode de travail utilisée par la sage-femme dans notre étude, est différente de celle des autres études. En effet, le décubitus latéral n'a pas été fait en fonction du dos fœtal dans notre étude, et ceci peut constituer un biais dans nos résultats. Par ailleurs, l'évaluation des dégagements n'a pas été appréciée avec exactitude, ce que nous expliquerons par la suite.

De nos jours, de nombreuses études sont faites sur ce sujet, celles-ci sont pour la plupart récentes. Nous avons donc retenue 7 études que nous allons comparer avec notre travail.

En 2006, S.Brément, S.Mossan, A. Belery, et C.Racinet [13] ont réalisé une étude à la maternité des hôpitaux Drôme-Nord, site de Romans-sur-Isère, «Accouchement en décubitus latéral. Essai clinique randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail». L'objectif de cette étude était d'évaluer l'influence d'une position d'accouchement, le décubitus latéral par rapport au décubitus dorsal en phase d'expulsion. Ils ont donc effectués une étude prospective, comparative et randomisée, et ceci après une revue de la littérature et une analyse rétrospective de l'activité du Service (Romans-sur-Isère). Dans cette étude , 487 patientes ont été incluses et randomisées en deux groupes selon la parité et selon la position d'accouchement. L'essai compare un groupe de 262 parturientes en décubitus dorsal à un groupe de 225 patientes en décubitus latéral. Chaque groupe est à peu près constitué par un tiers de nullipares et deux tiers de multipares.

En 2005, E.Mougenez, D.Villa, B.Guillemain et O.Thiebougeorges [14] ont effectué une étude cas/témoin rétrospective comparant les patientes ayant accouché en décubitus latéral à la maternité de Nancy (niveau III) sur 1 an, à des patientes ayant accouché en position gynécologique aménagée selon la méthode de «De Gasquet» (Annexe 3). L'objectif était de déterminer les conséquences maternelles et fœtales de la position latérale pour l'accouchement. Dans cette étude, 50 patientes ont été incluses (24% de primipares, 76% de multipares), et enfin tous ces accouchements ont été effectués par deux sages-femmes ayant participé à cette étude.

En 2007, Y.Moreau [11] a effectué une étude rétrospective cas-témoin, monocentrique au Centre Hospitalier du Belvédère, à Mont-Saint-Aignan (76), recensant 204 dossiers. Le but de cette étude était de comparer les lésions périnéales entre accouchement en décubitus latéral et expulsion en décubitus dorsal. Au total, 102 dossiers concernaient un accouchement sur le côté.

En 2004, un mémoire de sage-femme (E.Lefranc) [1] a été réalisé sur «l'incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales»

exploitant 399 dossiers. L'enquête multicentrique a été faite de façon rétrospective et descriptive, et ceci sur cinq maternités publiques françaises différentes: trois établissements dans l'Est de la France (Lorraine, Franche-Comté, Bourgogne), un dans le Sud-Ouest de la France (Aquitaine), et un en région parisienne (Ile de France).

En 2004, un mémoire de sage-femme (C.Paufichet) [15] a été réalisé au Centre Hospitalier de Versailles. Le principal objectif était de déterminer les intérêts obstétricaux relatifs aux changements de positions de la femme au cours du travail. Une enquête rétrospective a été réalisée, comparant 3 groupes de parturientes, le premier comprenant des femmes gardant la même position pendant le travail (décubitus dorsal et/ou latéral «population témoin»), le deuxième composé de parturientes changeant de positions sur la table d'accouchement («population table»), et le troisième groupe alternant les positions et utilisant le ballon et/ou la baignoire («population ballon/baignoire»). Au total, la population était constituée de 110 individus.

Et enfin, en 2004, B. Maria, P. Tran Van, E. Starck, S. Crespin, F. Tandy et A. Venerin [18], ont réalisé une étude cas-témoins rétrospective sur une durée de 21 mois dans le Service de Gynécologie-Obstétrique au Centre Hospitalier de Villeneuve Saint-Georges. Chaque patiente, ayant accouché en décubitus latéral, a été appariée à une patiente témoin ayant accouché en position classique sur les critères suivants: âge, parité, terme d'accouchement et poids de naissance du nouveau-né. Au total, les auteurs ont obtenu deux groupes homogènes de 455 patientes chacun. Chaque groupe comprenait 26 % de primipares et 74% de multipares.

Puis en 2005, les mêmes auteurs ont également réalisé une étude sur l'intérêt obstétrical du changement de positions pendant le travail au Centre Hospitalier de Villeneuve Saint-Georges [19]. Il s'agit d'une enquête d'expérience, de type avant/après, concernant les primipares, comparant un groupe témoin «2002» constitué de patientes restées en décubitus dorsal et/ou latéral tout au long du travail à un groupe d'étude «2005» constitué de patientes alternant les positions au cours du travail. Au total, l'étude porte sur 390 primipares, le groupe témoin comprend 194 patientes et le groupe d'étude comprend 196 patientes.

Tout d'abord, nous pouvons admettre que **les caractéristiques maternelles** des patientes de notre échantillon sont représentatives de la population générale (enquête périnatale 2003). En ce qui concerne le profil de la patiente ayant accouché sur le côté au sein de notre étude, il s'agit d'une femme âgée de 30 ans, originaire de France métropolitaine, de profession intermédiaire ou employée. Son Indice de Masse Corporelle est de 22, et la prise de poids moyenne pendant la grossesse est de 12.7 kg (+/-4.15 kg) versus 12.9 kg(+/-5.3 kg) dans l'enquête périnatale de 2003 [12]. Le taux de participation à la préparation à la naissance, dans notre étude, est de 43% versus 43.2% dans l'enquête périnatale de 2003. Et enfin, elle accouche vers 40 SA.

En ce qui concerne **le mode de début de travail**, 6% de nos patientes ont été déclenchées (versus 22.5% - enquête périnatale [12]). Cette différence peut s'expliquer par le biais d'inclusion. En effet, le nombre de multipares dans notre population est plus important que dans la population générale.

Dans l'étude de Mougenez *et al* [14], 24% de leur patientes ont été déclenchées pour des raisons semblables aux nôtres (rupture prématurée des membranes, terme dépassé, pathologies maternelles comme le diabète).

Dans notre population, 28% des patientes ont eu une **perfusion d'ocytocine** (les femmes déclenchées étant incluses), ce qui n'est pas un taux important. Selon la sage-femme, l'intérêt des ocytociques a été utilisé préférentiellement pour aider à faire tourner la présentation (en effet, le Syntocinon® a souvent été administré à 5 cm de dilatation, donc au moment du diagnostic de variété de présentation).

Mougenez *et al* [14] ont utilisés les ocytociques dans 40% des cas chez la population DD *versus* 34% des cas dans la population DL (ceci chez les patientes non déclenchées). Même si ce résultat n'est pas très significatif, on peut penser qu'une bonne position, une bonne respiration chez la patiente minimise les corrections thérapeutiques, et ainsi permet d'obtenir un travail plus physiologique.

Néanmoins dans l'étude de C.Paufichet [15], le résultat est vraiment significatif. En effet, les patientes du groupe «témoin» ont nécessité une moyenne de 1,77 UI de Syntocinon® pour obtenir une dynamique utérine suffisante alors que dans les groupes «ballon/baignoire» et «table», la dose utilisée n'était que de 0,41 UI. Cela démontre bien que le fait de mobiliser la patiente diminue considérablement les

besoins d'ocytocine nécessaires pour obtenir une contractilité utérine efficace. Il pourrait en découler une diminution du nombre de dystocies dynamiques, d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, et d'hémorragies de la délivrance.

De même dans la deuxième étude de B. Maria *et al*, [19] la mobilisation maternelle pendant le travail était associée à un moindre recours à la perfusion de Syntocinon®, et ceci de façon significative ($p < 0.01$) soit: 65.90% dans le groupe alternant décubitus latéral/décubitus dorsal *versus* 41.80% dans le groupe qui se mobilise pendant le travail. De plus, la dilatation du col de l'utérus lors de la pose de la perfusion d'ocytocine était significativement plus élevée de 1 cm en moyenne dans le groupe de femme alternant les positions ($p < 0.01$).

Dans notre étude, les résultats concernant **la durée du travail** ne sont pas très significatifs car notre population est constituée principalement de multipares. La durée moyenne du travail de 5 cm à dilatation complète était de 1h30 environ.

Dans l'étude de Y. Moreau [11], la durée de la phase active était significativement plus courte dans le groupe DL ($p = 0.005$), néanmoins la durée totale du travail dans les deux groupes était comparable.

De même dans l'étude de Nancy [14], la durée totale moyenne diffère peu entre les deux groupes.

La position du décubitus latéral n'est donc pas un facteur de diminution de durée du travail. Il ne suffit donc pas de laisser la parturiente en décubitus latéral tout au long du travail. C'est ce que démontre l'étude de C. Paufichet [15] sur la mobilisation des patientes. En effet, la durée totale du travail passe de 506 minutes (groupe «témoin») à 281 minutes (moyenne entre les groupes «ballon/baignoire» et «table»). Ils avaient donc une durée du travail quasiment divisée par deux.

Dans la deuxième étude de B. Maria *et al* [19], la durée totale du travail était significativement plus courte de 50 minutes en moyenne chez les patientes alternant les positions au cours du travail ($p < 0.01$) par rapport aux patientes alternant les positions décubitus latéral/décubitus dorsal.

Dans 81 % des cas de notre population, **les efforts expulsifs** étaient débutés lorsque la présentation était en partie basse, ce qui retentit sur la durée de ces derniers. En effet la durée moyenne des efforts expulsifs était de 13,16 minutes.

Y. Moreau [11] retrouve une différence significative de la durée de ceux-ci entre

le groupe DD et le groupe DL où la durée est moindre. Ceci s'explique par le fait que le dégagement du fœtus s'effectue en oblique dans le bassin maternel en décubitus latéral. Si la patiente est installée correctement, le mobile fœtal ne rencontre aucun obstacles musculaires ou osseux et la descente est donc facilitée.

En ce qui concerne **le mode d'accouchement**, dans notre étude, toutes nos patientes ont accouché par voie basse et de façon spontanée.

Dans la deuxième étude de B. Maria *et al* [19], la mobilisation pendant le travail était associée à un pourcentage d'accouchement spontané par voie basse significativement plus important qu'en l'absence de changement de positions ($p=0.04$) soit : 83.2% de voies basses spontanées dans le groupe se mobilisant pendant le travail contre 72% dans le groupe en décubitus. De même, le pourcentage de césarienne était plus faible au sein du groupe changeant de positions pendant le travail, et ceci de façon significative ($p=0.03$).

Sur les 114 patientes de notre population, on compte 111 présentations en occipito-pubienne et 3 présentations du fœtus en occipito-sacrée. Cependant, selon la sage-femme, l'axe de dégagement n'était pas toujours dans l'axe antéro-postérieur du bassin mais légèrement dévié à droite ou à gauche. L'évaluation des dégagements n'a donc pas été appréciée avec exactitude dans notre étude.

Dans l'étude de E. Mougenez *et al* [14], il existe une différence significative pour l'orientation de la présentation lors du dégagement en fonction de la position maternelle ($p=0.003$). En effet, en position gynécologique, le dégagement s'effectuait toujours dans un diamètre antéro-postérieur, alors qu'en décubitus latéral, ils ont constaté une orientation oblique dans plus de 70% des cas, et seulement 28% des fœtus se dégageaient dans un diamètre antéro-postérieur.

Par ailleurs, on observe dans l'étude de B. Maria *et al* [19], une augmentation de 10% des présentations antérieures à dilatation complète dans le groupe de femmes se mobilisant avec une différence significative ($p=0.02$).

La mobilisation pendant le travail reste le meilleur moyen pour favoriser la rotation des présentations postérieures en antérieur, il ne suffit donc pas de laisser la patiente en décubitus latéral pendant tout le travail. Ceci peut sûrement s'expliquer par le fait que chez une patiente se mobilisant, nous avons une meilleure confrontation céphalo-pelvienne que chez une patiente couchée sur le dos pendant tout le travail. [22]

L'un des principaux objectifs de notre étude était de faire un état des lieux sur **les lésions périnéales** en décubitus latéral. Dans notre étude, 26.3 % des patientes présentait un périnée intact et/ou éraillé, 50% avaient des déchirures simples (1^{er} et 2^{ème} degré). D'après les données statistiques du réseau Audipog (2002-2003) [1], 26% des accouchées françaises n'ont pas eu ou peu de lésions périnéales en position gynécologique, et le taux de déchirures simples était de 27% en décubitus dorsal. Nos résultats sur les périnées intactes ne sont donc pas significatifs, mais nous avons un taux plus important de déchirures simples dans notre population. Ceci peut s'expliquer par différents points :

- Tout d'abord, le poids des nouveau-nés de notre population était dans 10% des cas supérieur à 4000g, et 27% des enfants avaient un poids entre 3500 et 4000 g, le poids moyen étant de 3355 g (+/-462.06 g). Dans l'enquête périnatale de 2003 [12], seulement 6% des nouveau-nés avaient un poids de naissance supérieur à 4000 g, le poids moyen était de 3231 g (+/-584 g). Le poids de naissance est donc plus important dans notre population que dans la population générale, ceci est peut être un facteur expliquant nos résultats.
- Par ailleurs, selon les notes de la sage-femme, la majorité de nos patientes, étant multipares, avaient un périnée cicatriciel (avec dans leurs antécédents une épisiotomie +/- spatules à/aux accouchements précédents). Dans notre étude, l'absence de description précise sur les lésions périnéales lors des accouchements précédents est critiquable.
- De plus, nous avons vu que 6 de nos patientes présentaient un utérus cicatriciel : 3 de ces patientes n'avait jamais accouché par voie basse.
- Et enfin, le fait que la sage-femme ne positionnait pas la parturiente en fonction du côté du dos fœtal pourrait être également un facteur de déchirures. Or selon elle, la déchirure s'observait au dégagement de la tête et non des épaules.

Tous ces différents points pourraient expliquer nos résultats non significatifs sur le taux de périnées intactes, et sur le taux plus important de déchirures simples.

Néanmoins, nos résultats sont significatifs sur le taux d'épisiotomie. En effet dans 23.7% des cas, la sage-femme a pratiqué une épisiotomie en décubitus latéral, alors que dans les données statistiques du réseau Audipog (2002-2003) [1], le taux d'épisiotomie était de 47% chez les parturientes françaises accouchant en position gynécologique.

Par ailleurs, aucunes de nos patientes n'ont présenté de périnée complet (déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré) alors que la prévalence de celui-ci est estimée à 1% environ dans la population générale (0.5 à 4% des accouchements) [16]. De plus selon la littérature, les déchirures obstétricales occultes du sphincter anal touchent 27% des primipares [16]. Dans notre population, les lésions observées sont des déchirures simples et peu profondes, ce qui est important pour la fonctionnalité future du périnée dans la prévention des incontinences urinaires, anales et des prolapsus notamment.

L'étude de la littérature retrouve majoritairement une amélioration de l'état périnéal lors d'un accouchement en décubitus latéral.

Dans l'essai de S.Brément *et al* [13], la comparaison des deux groupes montre une augmentation significative du taux de périnée intact en décubitus latéral de 8,8% ($p=0.032$).

Mougenez *et al* [14], ont retrouvé également une différence significative de répartition des lésions périnéales en fonction de la position des parturientes ($p=0.03$). Ainsi, dans le groupe de primipares, seulement 25% des patientes présentaient un périnée intact en position gynécologique contre 50% en décubitus latéral. Dans le groupe des multipares, 61 % des femmes présentaient un périnée intact contre 73% en décubitus latéral. De même 42% d'épisiotomies ont été pratiquées en position gynécologique contre 8% en décubitus latéral.

Dans l'étude de Y.Moreau [11], le taux d'épisiotomie était nettement supérieur dans le groupe DD (48% *versus* 14% ; $p<0,01$). Le taux de périnées intacts était significativement supérieur dans le groupe DL (18% *versus* 5%; $p=0,04$).

Dans l'étude rétrospective de E.Lefranc [1], le taux moyen des périnées intacts dans les 5 établissements était de 26%, le taux moyen de déchirures simples était de 23%, et enfin le taux moyen d'épisiotomie était de 16%.

Dans l'étude, de B. Maria *et al* [18], l'accouchement en décubitus latéral était associé à un taux de périnées intacts significativement plus important qu'en décubitus dorsal ($p=0.0022$): 32% de périnées intacts en DD *versus* 42% en DL. Par ailleurs, le taux d'épisiotomies était beaucoup plus faible dans le groupe DL, avec une différence statistiquement significative ($p\leq 0.0001$). Enfin, dans leur étude, l'accouchement sur le côté était associé à un plus grand taux de déchirures périnéales du premier et du second degré que le décubitus dorsal. Une déchirure complète du périnée (0.22%) a été retrouvée en décubitus dorsal, contre aucune en décubitus latéral.

Tous ces résultats démontrent ainsi que l'accouchement en décubitus latéral est protecteur au niveau du périnée car celui-ci semble moins en tension dans cette position.

Nous observons moins d'**analgésie** pendant le travail dans notre population, soit 49 % de nos patientes *versus* 61.4% dans l'enquête périnatale de 2003 [12] avec une différence statistiquement significative ($p=0,003$, RR = 0,58 et un IC compris entre 0,40 et 0,84). Cependant, notre population est composée principalement de multipares. Selon la sage femme, certaines patientes n'ayant pas bénéficié d'une péridurale, se mettaient spontanément en décubitus latéral, les femmes étaient plus à l'aise et cette position était jugée plus antalgique par les patientes.

Dans l'étude de Y.Moreau [11], 74% des patientes en DL ont eu recours à cette analgésie contre 89% dans le groupe DD ($p=0.009$). Or, nous avons vu qu'il y avait moins de lésions périnéales dans le groupe DL. Généralement chez les patientes sans péridurale, la poussée est généralement intempestive et plus délétère pour le périnée, ce constat renforce donc le fait que le décubitus latéral soit protecteur.

L'étude de C.Paufichet [15] est intéressante en ce qui concerne l'analgésie péridurale. En effet dans le groupe «ballon/baignoire», 41% des femmes bénéficiaient d'une péridurale, contre 83% dans le groupe «table», et 93% dans le groupe «témoin». Cela démontre bien que, plus la patiente se mobilise, moins elle a recours à une analgésie péridurale. Par ailleurs, parmi les parturientes sous péridurale, les quantités de produits anesthésiants utilisées étaient particulièrement significatives. En effet, les doses de Naropéïne® étaient doublées dans le groupe «table» par rapport au groupe «ballon/baignoire», et quadruplées dans le groupe «témoin» par rapport au groupe «ballon/baignoire».

De même dans la deuxième étude de B. Maria *et al* [19], la dilatation du col lors de la pose de l'analgésie péridurale était significativement plus élevée chez les patientes se mobilisant pendant le travail ($p<0.01$).

Ainsi, nous pouvons conclure que la position en décubitus latéral est plus antalgique que la position gynécologique mais, le meilleur moyen contre la douleur reste la mobilisation de la parturiente pendant le travail. C'est ce que confirme C.Racinet [9]: *«En l'absence de contre-indication de nature obstétricale ou médicale, la déambulation pendant la première partie du travail doit être encouragée et assistée. Cette déambulation améliore l'inconfort dû aux contractions utérines et diminue la demande d'analgésie péridurale»*.

En ce qui concerne **les modalités de la délivrance**, 84% de nos patientes ont bénéficié d'une délivrance dirigée par 5UI de Syntocinon® au dégagement de l'épaule postérieure ou antérieure lors de l'expulsion en décubitus latéral, ou dans la minute qui suivait la naissance. Les pertes sanguines moyennes étaient de 161.8 ml (+/-203.8 ml), et 4 patientes dans notre population ont présenté une hémorragie de la délivrance (dont 3 avec des pertes sanguines supérieures à 1000 ml). Ceci peut être expliqué, tout d'abord par le fait que ces 4 patientes étaient des multipares, de plus un des nouveau-né pesait plus de 4000 g. Ceci constitue donc des facteurs de risque d'une hémorragie de la délivrance. Par ailleurs, on peut penser qu'il est plus difficile d'évaluer les pertes sanguines en décubitus latéral, et donc qu'il peut y avoir un retard d'évaluation et de prise en charge de l'hémorragie. Selon la sage-femme, lorsqu'il y a une hémorragie importante, la position en décubitus latéral ne constitue pas un retard au diagnostic mais sûrement un retard à la prise en charge dans la mesure où il faut réinstaller la patiente en position gynécologique.

Dans l'étude de S.Brément *et al* [13], les résultats ont montré une augmentation significative des pertes sanguines, avec une différence en défaveur du groupe en décubitus latéral (263 ml pour le groupe DD *versus* 374 ml pour le groupe DL). D'après leurs résultats, les hémorragies supérieures à 1000 ml était de 6.2% en DL contre 1.15% en DD. De plus, le nombre de délivrance dirigée était diminué dans le groupe DL ($p=0.086$). S.Brément *et al* [13], expliquent cela par l'inconfort relatif de la position de la parturiente pour le praticien (par exemple : difficulté à atteindre le cathéter veineux). Selon eux, ces résultats s'expliquent non pas par un mécanisme physiopathologique, mais par un problème de modifications de repères des praticiens, lié à l'introduction d'une nouvelle pratique. Ils ont conclu que l'augmentation des hémorragies dans le groupe DL était liée à une diminution du nombre de délivrance dirigée dans ce groupe et à un retard de repérage (quantifications des pertes sanguines altérées) et donc de prise en charge.

En ce qui concerne **l'état néonatal**, un enfant dans notre étude présentait un pH artériel à 7.099 avec un score d'Apgar à 5 à 1 minute , à 4 à 5 minutes et à 8 à 10 minutes de vie. Pour 7 enfants, le pH était compris entre 7.11 et 7.20. Au total, le score d'Apgar moyen à 1 minutes de vie était de 9.69 (+/-0.77), et de 9.84 (+/- 0.67) à 5 minutes de vie. Enfin, aucuns des nouveau-nés de notre population n'a été transférés au service de néonatalogie du CHU.

Par ailleurs, selon la sage-femme, l'enfant ne subit aucun traumatisme au niveau de son crâne lors d'un accouchement en décubitus latéral, car la seule pression est exercée par le périnée maternel. En effet, certaines patientes ont confié à la sage-femme, que la tête de leur enfant semblait beaucoup «plus ronde» par rapport à celles de leurs premiers enfants où elles avaient accouché en position gynécologique. Une évaluation à distance des enfants sur ce point pourrait être intéressante.

N'étant pas comparés à un groupe «témoin», nos résultats ne permettent pas de s'assurer si cette nouvelle méthode d'accouchement pourrait être néfaste pour le fœtus. Ce que nous savons, c'est que le décubitus dorsal entraîne la compression des gros vaisseaux par effet Poseiro (syndrome de la veine cave) ; les échanges materno-fœtaux sont ainsi diminués, et il y a donc plus de risque d'hypoxie fœtale. Notre réflexe, en tant que sage-femme, lorsqu'il y a un ralentissement du rythme cardiaque fœtal, est bien de mettre immédiatement la patiente en décubitus latéral gauche. [9]

Dans les études que nous avons décrites précédemment, les auteurs n'ont pas retrouvé de différence significative sur le bien être fœtal entre une patiente accouchant en position gynécologique et une patiente en décubitus latéral ou se mobilisant.

Seuls B. Maria *et al* [18], ont constaté que l'accouchement en décubitus latéral était associé à un meilleur rythme cardiaque fœtal d'expulsion par rapport aux patientes accouchant en position gynécologique, et ceci avec une différence significative ($p=0.0098$).

En 1996, l'étude de B.Carbonne, A.Benachi, ML.Leveque, D.Cabrol et E.Papiernik [15], ont étudié l'incidence des positions maternelles pendant le travail sur la saturation en oxygène du fœtus, par oxymétrie de pouls. La population de cette étude était composée de 15 patientes, alternant successivement pour 10 minutes, les positions de décubitus latéral gauche, dorsal, puis décubitus latéral droit. Les auteurs ont constaté que le décubitus dorsal était associé à une diminution de la saturation en oxygène du fœtus par rapport au décubitus latéral gauche.

Dans notre population, selon la sage-femme au moins un tiers des patientes avaient **connaissance de l'accouchement sur le côté** et pour certaines, c'était un véritable souhait.

De nos jours, les médias en parlent de plus en plus fréquemment, nous trouvons également beaucoup de forums de discussion sur Internet à propos de ce sujet. De même, celui-ci est abordé dans les préparations à la naissance, on remarque donc un intérêt grandissant pour les positions maternelles lors du travail et de l'accouchement. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à la **satisfaction des patientes, et des couples**.

Selon la sage-femme, la quasi-totalité des multipares de notre population voulaient «découvrir autre chose». Beaucoup de femmes ont émit la question : «*Pourquoi? C'est mieux d'accoucher dans cette position?*». La réponse donnée par la sage-femme était toujours axée sur le vécu des patientes qu'elle avait prises en charge auparavant. De plus, la sage femme leur disait qu'elles allaient pouvoir «déposer» leur enfant sur la table d'accouchement.

Dans notre étude, toutes les femmes étaient satisfaites de leur accouchement sur le côté, la plupart l'ont exprimé dès la naissance : «*Merci, il n'y a pas de mots, j'ai tout senti passer*» avec une dimension de plaisir, non loin de la jouissance pour quelques unes. Plusieurs lui ont dit : «*Je l'ai senti glisser*». Une autre lui a confié : «*C'était merveilleux, j'ai senti mon bébé glisser entre mes jambes, rien que d'y penser je ressens encore la sensation que j'ai eu à mon accouchement* ». Au moment de la phase d'expulsion en décubitus latéral, le vécu physique de la patiente se greffe à une intensité émotionnelle dans son psychisme et laisse une empreinte agréable : le bébé glisse et caresse les cuisses, ce qui est impossible en position gynécologique. Pour finir, une femme a exprimé : «*Je ne savais pas qu'ici (maternité de niveau III) on pouvait accoucher comme dans les Maisons de naissances!*» ; la mère d'une patiente assistant sa fille s'est exclamée au téléphone «*Elle a accouché avec la nouvelle méthode!*»

Quant aux pères, plusieurs lui on dit : «*Mais, vous n'avez rien fait!*», la réponse de la sage-femme étant «*J'ai assisté à la naissance de votre enfant*». Selon la sage-femme, l'accompagnement semble être minimisé face à l'implication et la force psychique de ces couples, pour vivre pleinement cette naissance. La participation des pères dans les accouchements en décubitus latéral est bien supérieure à celle des accouchements en position gynécologique. Leur implication, de part leur positionnement, permet d'établir un lien très fort avec leur femme et l'enfant naissant.

Dans l'étude de Nancy [14], toutes les patientes étaient également satisfaites de leur accouchement sur le côté, elles se sentaient plus à l'aise. Le fait de s'étirer et de pousser en expiration forcée a été cité plusieurs fois et jugé confortable : *«ça fait du bien»* ; *«c'est super de pouvoir s'étirer comme ça»*. De plus, les auteurs ont également dirigé leur enquête de satisfaction vers les pères. Tous étaient satisfaits, les pères se sentaient ainsi plus présents auprès de leur compagne. En effet, lorsque la femme est en décubitus latéral, les épaules du père peuvent servir d'appui pour que les femmes puissent s'étirer, ainsi les pères se sentent plus proches et ont un rôle plus actif dans l'accouchement. Par ailleurs, les auteurs ont remarqué que les pères encourageaient plus facilement leur compagne dans cette position où l'intimité est plus 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»*.

Une autre étude de satisfaction a été réalisée dans le Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier de Villeneuve- Saint-Georges, afin de connaître l'appréciation de leurs pratiques par leurs patientes [20]. Ainsi 350 questionnaires ont été distribués à toutes les patientes sur une période de deux mois. Cependant le taux de réponse, très moyen, a été de 42.8% soit 150 accouchements, et représentant 35.8% des patientes qui ont accouché sur cette période. Tous les résultats de cette étude n'ont pas de valeur statistique mais ils donnent un aperçu de l'opinion des patientes, ce qui est très intéressant. On remarque que 80.70% des patientes ayant accouché en décubitus latéral sont très satisfaites *versus* 50.52% de satisfaction chez les patientes qui ont accouché en position gynécologique.

En ce qui concerne **la satisfaction de la sage-femme**, la pratique d'un accouchement en décubitus latéral a nécessité un travail personnel d'approche, et lui a suscité beaucoup de questions : *«Comment ne pas toucher à un périnée alors que ma propre formation initiale m'inculquait de maintenir la tête fœtale et le périnée? Comment faire une délivrance dirigée sans perturber cet instant magique pour les patientes? Comment quantifier les pertes sanguines?...* La sage-femme a donc du changer son regard, adapter sa pratique, maîtriser à distance et ceci pour assister à cet instant, où une femme, un couple mettent aux monde à eux seuls, leur enfant. Et tout ceci procure une grande satisfaction à la sage-femme.

Au Centre Hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges, là où ont été réalisées les études de B. Maria *et al*, les équipes ont été formées à la mécanique obstétricale et aux variétés posturales de l'accouchement. Si modifier des pratiques professionnelles n'est pas toujours chose facile, l'adaptation ne semble pas avoir présenté de difficulté majeure dans cette maternité. Cet établissement est un centre de périnatalité de niveau II B, réalisant 2600 naissances par an. Un article publié dans la revue «Profession sage-femme» [21] a récolté différents témoignages de professionnels de santé travaillant au service de Gynécologie-Obstétrique du CH de Villeneuve-Saint-George.

Au début, les sages-femmes ont été un peu désorientées, la position latérale ou à quatre pattes leur donnait l'impression que tout était «à l'envers». Mais avec le temps, elles ont retrouvées leurs repères et ont modulé leur technique en fonction des situations. La pratique a vite été intégrée dans le service. A tel point, qu'une sage-femme du service exprime : *«le travail de position est devenu une nouvelle façon de diriger le travail. Lorsqu'un travail stagnait un peu, les médecins me demandaient d'abord si j'avais bien essayé de positionner la dame sur le côté. Ils ne parlaient pas d'emblée de Syntocinon® ou autre»*[21]. De même une autre sage-femme, qui a rencontré à trois reprises une dystocie des épaules, avoue *«il est beaucoup plus aisé de pratiquer une manœuvre de Jacquemier lorsque la patiente est à quatre pattes, le bébé est entraîné contre l'abdomen par la gravité, ce qui nous laisse de la place pour aller chercher son bras»*. [21]

Par ailleurs, dans cet établissement, toutes les patientes sont informées sur la mobilité proposée dans le service par une brochure lors de leur inscription. (Annexe 3). [19]

Malgré un manque de temps et de matériel qui altère parfois l'accompagnement des parturientes, les professionnels de cette maternité sont tous satisfaits de leurs pratiques.

Enfin, pour achever cette discussion, il nous a semblé intéressant de citer la réponse de Patrick Poulain [17] suite à l'article de S.Brément et al : *«cette réflexion des équipes obstétricales sur les positions en cours du travail ou de l'accouchement, est une voie de travail intéressante, une façon de "toujours se remettre à l'ouvrage" et ne pas s'inscrire dans une routine aveugle qui serait catastrophique.»*. Selon lui, le fait de ne pas conduire plus de travaux sur ce sujet est une véritable erreur, et ceci a pour conséquences de *«maintenir la plupart des professionnels dans une prise de positions irrationnelles : il y a ceux qui sont dans le domaine des croyances et qui*

pratiquent régulièrement des gestes sans preuve de l'intérêt de ce qu'ils font et il y a ceux qui sont toujours dubitatifs , voire systématiquement opposés à toutes tentatives d'évolution jugées "hors normes"».

CONCLUSION

Au travers de notre étude, nous avons pu mettre en avant que l'accouchement en décubitus latéral était bénéfique, tant du point de vue «bien être» maternel, que du point de vue «bien naître» foetal.

La position du décubitus latéral est un outil de prévention facile à mettre en œuvre, et constitue un traitement simple contre les dystocies mineures que nous pouvons rencontrer en salle de naissance. L'accouchement en position latérale mériterait d'être intégré dans les protocoles décisionnels.

Cependant, il ne faut pas remplacer une contrainte positionnelle par une autre. Comme nous l'avons vu, il n'existe pas «une» position d'accouchement valable pour toutes les femmes : le progrès est certainement dans l'offre qui leur est faite de se mobiliser comme elles le souhaitent et si elles le veulent. Et ceci, en tenant compte de chaque femme, de chaque couple dans leur globalité.

De nos jours, les femmes ne veulent plus «être accouchées» mais elles veulent «accoucher».

Il est essentiel, en tant que professionnels de santé, de remettre en cause et d'évaluer nos pratiques ; la qualité de l'accompagnement que nous proposons aux femmes doit être efficiente à la fois pour leur bien-être et leur sécurité.

BIBLIOGRAPHIE

1. LEFRANC E. Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales. Mémoire : Maïeutique : Université Henri Poincaré de Nancy, 2005.
2. LERROY F. Histoire de naître: de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. France: De Boeck Université, 2001.
3. EL OMARI ALAOUI, ELARBI. L'âme en paix. France: Société des écrivains,2008.
4. PENARD L. Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme. France: J.B. Baillière et fils, 1862.
5. HARPER. B. Choisir son accouchement. Etats-Unis: Vivez-Soleil, 1996.
6. DE GASQUET B. Bien être et maternité, 4^{ème} édition. France: Implex, 1999.
7. CONSEIL NATIONAL DES SAGES-FEMMES. Etude des régulateurs européens de sages-femmes. [consulté le 10/12/2010]. Disponible à partir de : URL:[http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/71_Deuxi^{ème}Etudedesr^{ég}ulateurseurop^éensdeSF-VF.pdf](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/71_Deuxi%C3%A8meEtudedesr%C3%A9gulateurseurop%C3%A9ensdeSF-VF.pdf)
8. SCHAAL JP, RIETHMULLER D, RACINET C, MAILLET R, UZAN M. Mécanique et techniques obstétricales, 3^{ème} édition. France: Sauramps médical, 2007.
9. RACINET C. Positions maternelles pour l'accouchement. Gynecologie Obstétrique et Fertilité, 2005; 33: 533-8.
10. DE. GASQUET B. Installation de la parturiente et postures pendant le travail. Journées Pyrénéennes de Gynécologie - Tarbes - 6 & 7 octobre 2000 [consulté le 11/07/2010]. Disponible à partir de : URL: [http://www.infosaccouchement.org/accouchement/positions de travail](http://www.infosaccouchement.org/accouchement/positions%20de%20travail)

11. MOREAU. Y. Décubitus latéral ou décubitus dorsal: que préfère le périnée des patientes? Mémoire : Maïeutique : Rouen, 2007. Disponible dans: La Revue Sage-Femme, 2009; 8 :133-7.
12. BLONDEL B., SUPERNANT K., DU MAZAUBRUN C., BREART G. Enquête périnatale de 2003 [consultée le 9/11/2010] Disponible à partir de : URL : <http://www.sante-sports.gouv.fr/resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale-2003.html>
13. BREMENT S., MOSSAN S., BELERY A. et RACINET C. Accouchement en décubitus latéral. Essai clinique et randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2007; 35 : 637-44.
14. MOUGENEZ E., VILLA D., GUILLEMAIN B. et THIEBAUGEORGES O. Accouchements en décubitus latéral, un choix donné aux patientes dans une maternité de Niveau III: expérience de la maternité de Nancy. 2005. Disponible dans: La Revue Sage-Femme, 2006; 5 :145-53
15. PAUFICHET C. Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail. Mémoire : Maïeutique : Paris, 2003. Disponible dans: La Revue de la Sage-Femme, 2004; 5: 197-203.
16. FRITEL X. Périnée et grossesse. Gynécologie obstétrique et Fertilité, 2010; 38 : 332-46.
17. POULAIN P. Réponse à l'article de S.BREMENT *et al* .Gynécologie Obstétrique et Fertilit, 2008; 36 : 115-21.
18. MARIA B., TRAN VAN P., STARCK E., CRESPIAN S., TANDY F. et VENERIN A. Intérêt du décubitus latéral pendant la deuxième phase du travail. Disponible dans: Profession Sage-Femme, Juillet-Août 2006; 127: 20-2.
19. MARIA B., TRAN VAN P., STARCK E., CRESPIAN S., TANDY F. et VENERIN A. Intérêt obstétrical du changement de position pendant le travail. Disponible dans: Profession Sage-Femme, Juillet-Août 2006; 127:22-6.
20. CRESPIAN S., VENERIN A. et TANDY F. Positions pendant le travail et l'accouchement: opinion des patientes. Disponible dans: Profession Sage-Femme, Juillet-Août 2006; 127: 27-34.

21. RICHARD-GUERROUDJ N. Des positions faites pour changer. Article disponible dans: Profession Sage-Femme, Mai 2009; 155: 36-8.
22. RENNER J-P. Pourquoi le décubitus latéral maternel peut-il favoriser la rotation antérieure d'une présentation céphalique postérieure? Disponible dans: Vocation Sage-Femme, Elsevier Masson, Juin-Juillet 2010; 83: 22-5.
23. DUCLOY-BOUTHORS A-S., DE GASQUET B., DAVETTE M.et CUISSE M. Postures maternelles pendant le travail : description et interférence avec l'analgésie péridurale. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2006; 25: 605–8. [consultées le 27/09/2010] Disponible à partir de: URL: <http://france.elsevier.com/direct/ANNFAR/>.
24. WÎNCKLER M. Le chœur des femmes. France: P.O.L., 2009.

ANNEXE 1: Recueil des données pour l'étude.

- ✓ Numéro d'archivage:
- ✓ Date d'accouchement:

1. Caractéristiques maternelles:

- ✓ Nom: _____ Prénom: _____ Age (années): _____
- ✓ Profession: _____ (1-agriculteurs, exploitants; 2-artisans, commerçants et chefs d'entreprise; 3-cadres et professions intellectuelles supérieures; 4-professions intermédiaires; 5-employés; 6-ouvriers; 7-sans profession)
- ✓ Situation de famille: _____ (1-célibataire; 2-vit en couple; 3-mariée; 4:autre)
- ✓ Origine géographique: _____ (1-France; 2-Europe du Nord; 3-Europe du Sud; 4-Afrique; 5-Asie; 6-autre)
- ✓ Gestité:
- ✓ Parité:
- ✓ Antécédents obstétricaux: utérus cicatriciel (1-oui; 2-non)
- ✓ Taille (en mètres): _____
- ✓ Poids avant la grossesse (en kg): _____
- ✓ IMC: _____

2. La grossesse actuelle:

- ✓ Prise de poids pendant la grossesse (en kg): _____
- ✓ Préparation à la naissance (1-oui; 2-non; 3-non noté): _____

3. Déroulement de l'accouchement:

- ✓ Terme à l'arrivée en salle d'accouchement: ___ SA
- ✓ Mode de début de travail: _____ (1-travail spontané; 2-déclenchement artificiel)
- ✓ Type de rupture des membranes: _____ (1-spontanée avant le travail; 2-spontanée pendant le travail; 3-artificiel pendant le travail)
- ✓ Usage su Syntocinon® pendant le travail: oui non
 - Si oui, indication: (1-indication; 2-stagnation; 3-autre)
 - à quelle dilatation: ___ cm

- ✓ Durée de 5 cm à dilatation complète (DC):_____minutes
- ✓ Durée de DC au début des efforts expulsifs:_____minutes
- ✓ Durée des efforts expulsifs:_____minutes
- ✓ Niveau de présentation au début des efforts expulsifs:_____ (1-partie haute; 2-partie moyenne; 3-partie basse)
- ✓ Variété de présentation à l'engagement:_____ (1-OIGA; 2-OIDA; 3-OIGP; 4-OIDP; 5-OP; 6- indéterminée)
- ✓ Analgésie:_____ (1-APD; 2-protoxyde d'azote; 3-PRC; 4-NUBAIN®; 5-aucune)
- ✓ Coté du dos fœtal: droit gauche
- ✓ Coté du décubitus de la mère: droit gauche
- ✓ Mode d'accouchement:_____ (1-normal en OP; 2-normal en OS)
- ✓ État périnéal:_____ (1-déchirure du 1er degré; 2-déchirure du 2ème degré; déchirure du 3ème degré; 4-déchirure du 4ème degré; 5-épisiotomie; 6-périnée intact ou éraillé)
- ✓ Délivrance:_____ (1-naturelle et complète; 2-dirigée et complète; 3-révision utérine; 4-délivrance artificielle et révision utérine)
- ✓ Pertes sanguines (en ml):_____ ml

4. Nouveau-né en salle de naissance:

- ✓ Poids:_____g
- ✓ Taille:_____cm
- ✓ Périmètre crânien_____cm:
- ✓ Coefficient d'Apgar à 1 minute:
- ✓ Coefficient d'Apgar à 5 minutes:
- ✓ Coefficient d'Apagar à 10 minutes:
- ✓ pH au cordon:
- ✓ Anomalie du cordon:_____ (1-circulaire serré; 2-circulaire lâche; 3-bretelle; 4-nœud; 5-cordon court; 6-cordon long; 7-aucune)

ANNEXE 2: Position gynécologique aménagée du Dr B. De Gasquet. [6]

Pour un décubitus dorsal aménagé, selon le Dr B. De Gasquet, les étriers sont installés de façon à ce que les fémurs soient en rotation interne, et ceci permet d'ouvrir le périnée postérieur.

Par ailleurs, le sacrum doit être libéré pour favoriser les mouvements de nutation ou de contre-nutation.

Les fesses doivent reposer à l'échancrure de la table et les ischions doivent être soutenus par une galette gonflable, où par défaut, par des poches de sérums de chaque côté. Ceci permet un léger balancement du bassin.

De plus, la table doit être inclinée au maximum vers l'arrière, donnant ainsi à la femme la sensation d'être assise tout en étant allongée. Par ce moyen, la gravité ne pèse donc plus sur l'utérus et le périnée.

La femme doit être étendue vers l'arrière au maximum, et pour ceci nous pouvons demander de l'aide au père. Le père se place à la tête de sa femme, un drap entoure sa taille et sa femme tire sur chaque extrémités du draps, ainsi il aide sa compagne à s'étirer.

Lors de la poussée, elle ne se tasse pas, mais pousse sur une expiration en appui sur ses genoux. Le but étant de permettre un «démoulage» en douceur de l'enfant, la «suspension» du périnée le faisant remonter autour du mobile foetal.

ANNEXE 3: Brochure donnée aux patientes lors de leur inscription au service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges.

INFORMATIONS POUR VOTRE ACCOUCHEMENT ET LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT

Madame,

Voici quelques informations destinées à vous permettre de vivre au mieux votre accouchement et la naissance de votre enfant. Bien sûr, les sages-femmes et les médecins sont là pour assurer votre sécurité et celle de votre enfant, mais nous souhaitons respecter vos désirs, assurer votre confort et vous permettre d'accueillir au mieux votre enfant.

Lors de votre arrivée pour accoucher, certaines pratiques vous sembleront habituelles telles que l'examen gynécologique, la prise de la tension artérielle ou l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, mais d'autres, concernant votre mobilité, votre installation et votre confort, pourront apparaître inattendues. Cette note, destinée à vous informer sur ces pratiques moins «classiques», mais intéressantes et recommandées, vous permettra de discuter avec votre gynécologue de votre futur accouchement.

Lors de votre arrivée en maternité, si la sage-femme juge que vous êtes en début de travail et si vous ne désirez pas de suite une analgésie péridurale, vous serez installée, avec votre partenaire, en salle de pré-travail qui est une chambre normale dans le bloc obstétrical. Vous pourrez y déambuler librement et utiliser les accessoires à votre disposition (ballons et coussins Corpomed®) destinés à améliorer votre confort et à mieux supporter vos contractions.

Dans le travail proprement dit, en salle de naissance, avec ou sans péridurale, la sage-femme vous proposera d'adopter différentes positions pour l'efficacité du travail et votre confort. Il faut éviter de rester allongée sur le dos et préférer s'asseoir ou s'appuyer devant soi. Les tables d'accouchement permettent facilement de s'installer ainsi. Pour faciliter l'accouchement, il faut adopter des positions favorisant la progression du bébé dans le bassin. Par exemple si votre bébé est en «variété

postérieure» (l'occiput en arrière), on vous demandera de vous tourner sur le côté, une jambe repliée, voire de vous mettre à «quatre pattes». D'autres positions peuvent être recherchées et proposées pour soulager la douleur des contractions si vous ne souhaitez pas de péridurale.

Pour votre accouchement, on vous proposera d'accoucher allongée sur le côté plutôt qu'en position gynécologique (sur le dos, les pieds dans les étriers). Cette position particulière facilite les efforts de poussée, sollicite moins le périnée, réduit l'usage de l'épisiotomie et paraît plus confortable pour la maman, même en cas d'analgésie péridurale.

Dès sa naissance, votre bébé sera posé sur votre ventre, au contact direct de votre peau, et y restera autant que vous le souhaitez. Si vous allaitez, il découvrira ainsi votre sein pour sa première tétée. Bien sûr, si nécessaire, l'enfant sera pris en charge par la sage-femme ou le pédiatre. Les soins habituels (pesée, mensurations, soins des yeux, ect.) seront réalisés après ce contact initial fondamental.

Nous vous rappelons qu'en cas de césarienne, avec l'accord de l'équipe, le père, s'il le souhaite, peut accompagner la mère en salle d'opération pour assister à la naissance de son enfant. Les modalités précises vous seront expliquées par le médecin ou la sage-femme.

Enfin, après la naissance, pendant votre séjour à la maternité, votre enfant restera auprès de vous, dans votre chambre, pour faciliter l'allaitement et favoriser la relation entre vous. Bien sûr, si vous souhaitez vous reposer, n'hésitez pas à solliciter le personnel pour qu'il s'occupe de votre enfant.

Ces pratiques nouvelles, qui nous paraissent utiles, ne sont que des propositions qui vous seront faites. Si certaines vous intriguent ou vous heurtent, n'hésitez pas à le dire, nous respecterons votre point de vue. Ensuite, faites nous part de votre vécu ou de vos remarques, car s'agissant de votre accouchement et de la naissance de votre enfant, nous souhaitons vous satisfaire et vous aider à bien vivre ce grand moment.

Le 8 juillet 2003, Dr Bernard MARIA.

ANNEXE 4: Page de garde.



Croquis de Carole TOLEDO, 20 avril 2008.

Disponible à partir de : **URL** : <http://picasaweb.google.com/lh/photo/TvEFiKz-qriCK1rKODuXA>

ABSTRACT

Objective - To identify the benefits and drawbacks of the lateral decubitus position in the delivery, establishing an inventory once a student at the point of view quantitative and qualitative, and the satisfaction of couples and the midwife.

Study population- Retrospective, single center at the University Hospital of Angers (49), identifying 114 patients who delivered in the lateral decubitus position at March 17, 2005 to June 28, 2010. These deliveries are all made by the same midwife, who since 2005 has identified all deliveries that she had done in lateral decubitus, during his postings in the delivery room. Included were singleton pregnancies of normal, cephalic presentation, who began spontaneous labor at term or artificial.

Results - There was less use of oxytocin, a rate less analgesia and all patients gave birth by spontaneous vaginal delivery. Regarding the perineum, a higher rate of tearing the 1st and 2nd degree was found, however, the episiotomy rate is less, and this very significantly. Furthermore, no tear 3rd or 4th degree was found. A very good adaptation to life for every newborn was found, and none was transferred to neonatal service. There was no significant difference found for the other parameters. Finally, satisfaction was found in all parturients, fathers and among the midwife with the lateral decubitus position during delivery

Conclusion - The lateral decubitus in the delivery is beneficial both in terms of obstetric, maternal, that the foetal perspective. The lateral decubitus position is a prevention easy to implement, and is a simple treatment of minor problem's labor and delivery. Finally, the delivery in lateral decubitus allows women, couples to reclaim their birth, by participating more actively in the birth, and also allows midwives to find their primary function of guaranteeing the eutocic.

Keywords : Delivery ; lateral decubitus position ; Perineum

RESUME

Objectif.- Identifier les bénéfices et les inconvénients de la position du décubitus latéral sur l'accouchement, en établissant un état des lieux étudiant à fois le point de vue quantitatif, que qualitatif, ainsi que la satisfaction des couples et du praticien.

Patientes et méthodes.- Etude rétrospective, monocentrique au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers (49), recensant 114 patientes ayant accouché en décubitus latéral du 17 mars 2005 au 28 juin 2010. Ces accouchements étant tous réalisés par une même sage-femme, qui depuis 2005, a répertorié tous les accouchements qu'elle avait effectué en décubitus latéral, lors de ses affectations en salle de naissance. Etaient incluses les patientes présentant une grossesse monofoetale de déroulement normal, en présentation céphalique, ayant débuté un travail spontané ou artificiel à terme.

Résultats – On observe un moindre recours à une perfusion d'ocytocine, un taux moins important d'analgésie et toutes les patientes ont accouché par voie basse spontanée. En ce qui concerne les lésions périnéales, un taux plus important de déchirures du 1^{er} et du 2^{ème} degré a été retrouvé, cependant le taux d'épisiotomie est moindre, et ceci de façon très significative. De plus, aucune déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré n'a été constatée. Une très bonne adaptation à la vie extra utérine pour chaque nouveau-nés a été constatée, et aucun n'a été transféré au service de réanimation-néonatale. Il n'y a pas eu de différence significative retrouvée pour les autres paramètres. Enfin, une satisfaction a été retrouvée chez toutes les parturientes, les pères ainsi que chez la sage-femme.

Conclusion - L'accouchement en décubitus latéral est bénéfique, tant du point de vue obstétrical, maternel, que du point de vue fœtal. La position du décubitus latéral est un outil de prévention facile à mettre en œuvre, et constitue un traitement simple contre les dystocies mineures du travail et de l'expulsion. Enfin, l'accouchement en décubitus latéral permet aux femmes, aux couples de se réapproprier leur accouchement, en participant plus activement à la naissance, et permet également aux sage-femmes, de retrouver leur fonction première de garante de l'eutocie.

Mots clés : Accouchement ; Décubitus latéral ; Périnée