



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz

Nancy

Université Henri Poincaré de Nancy

Faculté de Médecine

Incidence de l'accouchement en décubitus latéral
sur les lésions périnéales.

Elise Lefranc

Née le 14 Novembre 1981

Promotion 2001-2005

Réalisé sous la direction du Dr Bernard Maria.

PREAMBULE

Les pratiques obstétricales rapportées dans ce mémoire, et particulièrement les accouchements en décubitus latéral, sont celles qui sont proposées et enseignées par Mme le Dr. Bernadette de Gasquet qui a mis au point une méthode dénommée « approche posturo-respiratoire de l'accouchement ».

Depuis quelques années, le service de Gynécologie-Obstétrique du CHI de Villeneuve St-Georges a engagé une réflexion sur les positions de l'accouchement afin de proposer aux femmes des soins efficaces démontrés et d'améliorer les conditions de naissance pour respecter l'intimité des femmes, la relation précoce mère-enfant et la mise en route de l'allaitement.

Dans le cadre de cette politique périnatale, en 2003 et 2004, le personnel de salle de naissance (obstétriciens, sages-femmes et aides soignantes) a bénéficié d'une formation professionnelle par le Dr Bernadette de Gasquet. Il s'en est suivi une mise en application enthousiaste de son enseignement permettant aux femmes en travail de déambuler, de choisir les positions qui leur conviennent pendant le travail et d'accoucher en décubitus latéral.

Le travail présenté dans ce mémoire repose sur l'évaluation de l'activité obstétricale du service. Il confirme le bien fondé des propositions du Dr Bernadette de Gasquet et l'intérêt, pour les femmes, de ces modalités d'accouchement.

Dr Bernard MARIA,
Chef du service de Gynécologie-Obstétrique,
Centre Hospitalier de Villeneuve St-Georges.

Remerciements.

Je tiens à remercier tout particulièrement,

Madame le Docteur Bernadette de Gasquet

Monsieur le Docteur Bernard Maria

Madame Valérie Denis-Bézar

pour leur aide précieuse à la réalisation de ce mémoire,

ainsi que toutes les personnes qui ont participé à ce projet.

Les sages-femmes de la maternité de Villeneuve-St-Georges .

Mesdames Gauchet et Jubin, sages-femmes cadres du service de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier de Villeneuve-St-Georges.

Mesdames Denis et Paris, sages-femmes cadres du service de Gynécologie-obstétrique du centre hospitalier de Besançon.

Monsieur le Professeur Robert Maillet, chef de service de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier de Besançon.

Madame Sylvie Zylka, sage-femme cadre du service de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier d'Agen.

Monsieur le Docteur Alain Roulliet, chef de service de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier d'Agen.

Madame Brigitte Freydefont, sage-femme cadre du service de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier de Dijon.

Monsieur le Professeur Sagot, chef de service de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier de Dijon.

Madame Claude Vadot, secrétaire du service de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier de Dijon.

Madame Mandauch, sage-femme cadre du service de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier de Remiremont.

Monsieur le Docteur Didier Henry, chef de service de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier de Remiremont.

Monsieur le Professeur Claude Racinet.

Madame Martine Poutas, directrice de l'école de sages-femmes de Nancy.

Monsieur le Docteur Max Ploquin.

Monsieur David Chevalier.

Madame Marie-José Maurice, secrétaire à la Maternité Régionale de Nancy.

Madame Rozeline Lalauze-Pol.

Madame Catherine Lewkowitch.

Madame Denise Zimmermann.

Monsieur le Docteur Olivier Sohm, radiologue à Besançon.

Monsieur Frantz Rodrigue, réalisateur du film.

Madame Elisabeth Ferlet.

Madame Adeline Giovanella.

Madame Edith Cruciani.

Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales.

Il n'y a de permanent que le changement.

Héraclite d'Ephèse. (576-480 avant Jésus-Christ)

Préface

La vie est faite de rencontres, de rencontres qui changent votre chemin, d'autres diront que c'est le destin.

Je devais avoir cinq ans, et j'étais déjà telle que je suis, spontanée et curieuse, curieuse des choses et des gens. Un jour, je m'étonnais du ventre particulièrement rond d'une jeune femme. Il se trouva que cette femme devint une amie de mes parents, que nous avons passé beaucoup de temps ensemble et qu'elle était sage-femme. Evelyne a bercé mon enfance des récits de son métier.

J'ai alors seize ans, la question de l'orientation professionnelle commence à se poser. Journaliste peut-être, mais par quel chemin ? J'aime la biologie, mais aussi l'histoire, la philosophie. Quel métier allie sciences naturelles et sciences humaines ? J'en étais à toutes ces réflexions, quand l'évidence me saute aux yeux, je serai sage-femme ! Et tout ce que m'avait raconté Evelyne me revient. Oui je veux faire ce métier ! Un nouvel horizon s'ouvre à moi.

C'est la même émotion, le même enthousiasme, que je ressens lorsque le Docteur Bernadette de Gasquet est venu présenter son travail en 2003 à ma promotion. Et je décide le soir même de faire mon mémoire sur ce sujet innovant qui ouvre des perspectives pour la profession. Ce qui paraissait le plus évident, comme accoucher en position gynécologique, était remis en question par ce médecin, bouleversait mes jeunes certitudes et aiguisait ma curiosité.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Préface | 6 |
| Introduction | 9 |
| Première partie : La méthode d'accouchement en décubitus latéral | |
| Chapitre 1 : Aspects historiques et culturels. | 11 |
| I. Les différentes positions d'accouchements au cours de l'histoire dans le monde. | 11 |
| II. Evolution de la prise en charge des parturientes en France..... | 13 |
| III. La Grande-Bretagne, ou le choix de l'accouchement en décubitus latéral. | 17 |
| IV. Un mélange de traditions ancestrales et de médicalisation, le cas du Brésil. ... | 19 |
| Chapitre 2 : Anatomie fonctionnelle | 21 |
| I. Le bassin. | 21 |
| II. Le diaphragme pelvien. | 30 |
| Chapitre 3 : Mécanique obstétricale | 35 |
| I. L'engagement..... | 35 |
| II. Le dégagement..... | 37 |
| Chapitre 4 : Les positions qui respectent l'anatomie fonctionnelle | 41 |
| I. Conditions pour respecter l'anatomie fonctionnelle. | 41 |
| II. La position gynécologique..... | 42 |
| III. La position d'accouchement en décubitus latéral..... | 43 |
| Deuxième partie : Etude statistique. Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales. | |
| Chapitre 1 : Méthode. | 46 |
| I. Présentation des maternités concernées. | 46 |
| II. Présentation de la méthode de recueil de données..... | 49 |
| III. Méthode d'exploitation des données..... | 50 |
| Chapitre 2 : Résultats | 52 |
| I. Généralités. | 52 |
| II. Les lésions périnéales au cours de l'accouchement sur le côté. | 55 |

| | |
|---|-----------|
| III. Lésions périnéales en décubitus latéral en fonction de la parité. | 59 |
| IV. Lésions périnéales et antécédents obstétricaux. | 66 |
| V. Les gros bébés et macrosomes. | 67 |
| VI. Influence de l'analgésie péridurale sur les lésions périnéales en décubitus latéral. | 70 |
| Troisième partie : De la théorie à la pratique de l'accouchement en décubitus latéral. Observations. Discussion. Propositions. | |
| Chapitre 1 : Analyse des résultats de l'étude statistique. | 72 |
| I. Les biais de cette étude. | 72 |
| II. Autres études. | 73 |
| Chapitre 2 : Analyses des films. | 77 |
| I. Films tournés à Villeneuve St Georges. | 77 |
| II. Films donnés par la maternité n°5. | 82 |
| Chapitre 3 : Pratique de l'accouchement en décubitus latéral. | 87 |
| I. Avantages et inconvénients. | 87 |
| II. Indications /Contre indications. | 88 |
| III. Rôles et gestes de la sage-femme pendant un accouchement en décubitus latéral. | 90 |
| Chapitre 4 : Discussion et propositions. | 93 |
| I. L'accouchement en décubitus latéral, un progrès ? | 93 |
| II. Cette pratique peut-elle se développer en France ? | 94 |
| Conclusion. | 97 |
| ANNEXES. | |
| Portraits | 100 |
| Forceps anglais en décubitus latéral. | 102 |
| Posters publiés par la national childbirth trust. | 103 |
| Fiche de recueil des dossiers. | 105 |
| Etudes statistiques. | 106 |

Introduction

L'accouchement en décubitus latéral bouleverse notre vision de la naissance et notre pratique obstétricale. La modification de la position d'accouchement engendre de nombreuses questions. Quels sont les éléments théoriques qui justifient l'accouchement en décubitus latéral ? A-t-il des effets bénéfiques ? Comment pratique-t-on des accouchements dans cette position ?

Dans une première partie, seront exposés les fondements théoriques de la méthode d'accouchement en décubitus latéral. La théorie est fondée sur des éléments historiques et anatomiques qui modifient la mécanique obstétricale et justifient la position d'accouchement en décubitus latéral.

Dans une seconde partie, il s'agit d'évaluer par une étude statistique un des effets bénéfiques attendu de l'accouchement en décubitus latéral. L'étude porte sur l'incidence de cette position sur les lésions périnéales.

Dans une troisième partie, l'analyse des résultats de l'étude et de films, ainsi que l'expérience acquise auprès des sages-femmes, permettent de répondre aux problèmes pratiques que pose la mise en application de cette nouvelle méthode d'accouchement.

Première partie :

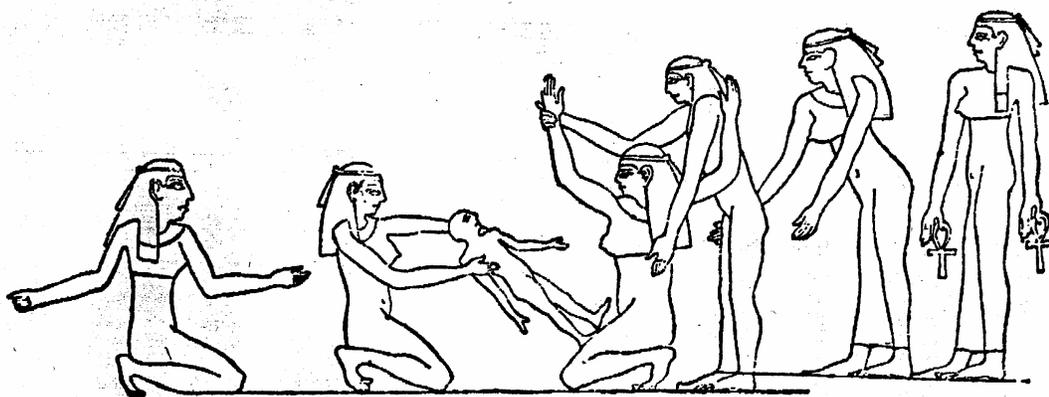
La méthode d'accouchement en décubitus latéral.

Chapitre 1 : Aspects historiques et culturels.

I. Les différentes positions d'accouchements au cours de l'histoire dans le monde.

De multiples positions ont été utilisées au cours de l'histoire pour accoucher. En sont témoins les statuettes et les anciennes représentations d'accouchements.

Un hiéroglyphe égyptien signifie à la fois « être assis sur une pierre » et « donner naissance ».



L'accouchement de Cléopâtre ;

La reine donne naissance en position agenouillée suspendue.

Bas relief du temple d'Esna.

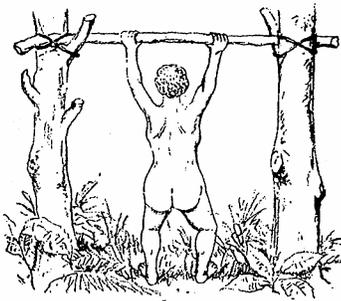
Dans la mythologie gréco-latine, c'est « ayant un genou appuyé sur la tendre mousse » que Léto met au monde les célèbres jumeaux Apollon et Artémis¹.

Aspasie, sage-femme de l'Antiquité et épouse de Périclès (499-429 avant JC), propose en cas de dystocie : « Si la difficulté provient de la courbure 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. »² Il s'agissait bien d'une position à quatre pattes

utilisée en cas de difficulté à l'accouchement et en prévention chez les patientes obèses.

En Amérique du Nord, des bas-reliefs Indiens décrivent des positions agenouillées, accroupies ou suspendues par une corde passée sous les aisselles. Ces positions étaient adoptées communément par les parturientes des différentes tribus : Kiowa, Apaches, Sioux, Panwies³...

La Chine et le Japon aussi représentent l'accouchement dans une grande variété de positions verticales (accroupie, debout, assise, à genoux, etc.). Attitudes soutenues ou non selon le cas.



Source : mémoire Marie-laure Vautier :

« Historique des positions
obstétricales »



Accouchement en giron.

Source : « Bien-être et maternité »
Dr. B. de Gasquet

En Afrique, des missionnaires décrivent au XIX^e siècle, que les femmes se suspendaient à une perche placée horizontalement entre deux arbres.¹

En Europe, c'est peut-être sous l'influence d'Hippocrate (460-337 avant JC), qui insistait pour que se généralise l'usage du tabouret obstétrical ou *sella perforata*, que la chaise obstétricale fit tant d'adeptes au Moyen-âge¹.

L'enfantement en giron consistait à remplacer la chaise par l'assistante de la sage-femme, la parturiente étant assise sur ses genoux¹.

Dans les campagnes françaises, du XVI^e au XIX^e siècle, les femmes ont recours à différentes méthodes pour se suspendre : appui de cheminée, échelles, poutre, écheveaux de chanvre ou encore entre deux chaises. Toutes ces positions

correspondent à un besoin que ressentent les femmes en travail, lorsqu'elles sont libres de les adopter².

II. Evolution de la prise en charge des parturientes en France.

Les prises en charge des femmes en travail sont différentes à la campagne et à la ville. Dans le milieu rural, ce sont des matrones qui assistent les femmes en couches. Elles sont le plus souvent âgées, multipares, peu instruites. Leur formation est entièrement empirique héritée des ascendantes et elles sont très peu rémunérées pour l'aide apportée. Il ne leur est demandé qu'un certificat de bonnes mœurs par l'église pour exercer. Il ne s'agit pas d'une profession mais d'un service rendu à une autre femme de la communauté. Elles subsisteront dans les campagnes jusqu'en 1916, date de la promulgation de la loi relative au niveau de recrutement pour l'entrée dans les écoles de sages-femmes, n'autorisant leur accès qu'après l'obtention du certificat d'étude⁴.

En ville, la situation est différente, les sages-femmes sont une profession à part entière, faisant partie de la confrérie de Saint Côme. Elles sont formées par une sage-femme plus ancienne. Les premiers cours collectifs ont été dispensés par Madame Du Coudray en 1756. Puis l'ouverture de la première école d'accouchement en France à Port Royal sous la direction de Madame Lachapelle, put se faire en 1802. Il subsista pendant plus d'un siècle deux catégories de sages-femmes en France. Les sages-femmes des villes, formées et instruites, et les sages-femmes des champs ignorantes de toute notion de médecine, se fiant à la tradition et aux superstitions. Cette inégalité qui persista jusqu'à l'entre-deux guerres, fit beaucoup de tort à la profession, et accentua le crédit accordé aux médecins accoucheurs².

Jusqu'au XVII^e siècle, l'accouchement est un domaine réservé aux femmes, par pudeur et conviction religieuse. Henri IV recommanda, à la célèbre sage-femme Louyse Bourgeois, « *de faire si bien son devoir auprès de la reine Marie de Médicis, qu'il ne fût pas nécessaire de recourir à un homme, car sa pudeur en souffrirait trop* ». D'après La maternité et les sages-femmes. De la préhistoire au XX^e siècle. Madeleine Coulon-Arpin. Louyse Bourgeois (1563-1636) est une sage-femme parisienne, d'origine aisée, ayant reçu une bonne éducation et de l'instruction, ce qui est rare à l'époque pour les femmes. Elle se voit contrainte d'exercer un métier par

infortune, une guerre la privant de ses biens. C'est une autodidacte, qui s'est formée avec des manuels, au contact de sages-femmes et de son mari, chirurgien-barbier, élève d'Ambroise Paré. Elle acquiert rapidement une solide réputation et une grande clientèle. La plus célèbre de ses patientes n'est autre que la Reine Marie de Médicis, qui aura huit enfants.

Louyse Bourgeois a écrit plusieurs traités dont un manuel d'accouchement. En cas de siège, elle décrit diverses manœuvres à effectuer, dont celle-ci : « *les positions inclinées de la tête seraient modifiées en faisant coucher la femme sur le côté* »². Ferons-nous un jour des accouchements sur le côté pour les sièges, comme Louyse ?

L'accouchement en position gynécologique n'est qu'une pratique récente, au regard de l'histoire de l'humanité. C'est donc au XVII^e siècle que les maîtres-chirurgiens commencent à s'intéresser à l'art des accouchements et en font leur profession. Seules les populations aisées ont accès à leurs soins. Ils doivent leur succès, en partie à Louis XIV, qui a fait appel à un chirurgien, contrairement à l'usage, pour assister une de ses maîtresses en couches. La pudeur n'est plus un obstacle. Toutes les activités de la famille royale, même les plus intimes, sont publiques. Ces patientes sont sédentaires, suralimentées, trop vêtues et vivent dans un grand confort. Elles sont incapables physiquement d'accoucher autrement qu'allongées : position que recommande François Mauriceau (1637-1709)⁴.



Marie-Thérèse d'Autriche (1638-1683)

Ce portrait de Marie-Thérèse d'Autriche, épouse légitime de Louis XIV, témoigne de l'embonpoint qu'arboraient ces femmes à la Cour de France.

À l'époque, la Cour de France est le modèle à suivre pour toutes les Cours d'Europe. La mode des accoucheurs gagne alors l'aristocratie et la haute bourgeoisie européenne.

Un maître de l'art préside désormais aux naissances royales, et le célèbre Jean-Louis Baudeloque (1745-1810), parmi ses titres honorifiques, se targue d'être l'accoucheur

de la plupart des reines, princesses, altesses et autres grandes dames des principales nations européennes. Avec la mode des accoucheurs, s'impose la mode de l'accouchement sur le dos en position d'examen gynécologique, position adaptée à ces patientes particulières que l'on considèrerait aujourd'hui atteintes d'obésité.

Cette position permet la surveillance du périnée, la pratique de l'épisiotomie qui



apparaît à la même époque (1742 par Ould à Dublin), l'utilisation de forceps (Tarnier :1828-1897) ainsi qu'un meilleur confort pour l'accoucheur. De plus, certains praticiens considéraient humiliant pour un homme d'être au pied d'une femme debout, ils les préféraient couchées. Il n'y avait pas de honte à être misogyne à l'époque.

Parallèlement les lits d'accouchements deviennent des tables d'accouchements.

Accouchement au XVIII^e siècle.

Source : « Accoucher autrefois. »BT2 N°139

Ce changement de terme et de matériel est intéressant à noter. C'est avec

l'intérêt des chirurgiens pour l'art des accouchements et le développement de la chirurgie qui se fait sur des tables, que s'effectue cette mutation. C'est une des empreintes de la médicalisation des accouchements. L'obstétrique moderne était née.

Au cours du XX^e siècle, l'accouchement à l'hôpital se généralise avec le développement de l'hygiène et de l'asepsie. L'apparition de l'anesthésie-réanimation, avec l'invention du respirateur entre autres, permet des césariennes sans risque maternel. Puis l'invention du monitoring, qui est un progrès pour la surveillance du bien-être fœtal, oblige les femmes à l'immobilité pendant le travail. Les mouvements des patientes perturbent l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et des contractions. La patiente étant reliée à la machine par des fils, la déambulation n'est plus possible. Enfin la pratique de l'analgésie péridurale dans les années quatre-vingts, entérine cette attitude. Les patientes ne ressentant plus la douleur n'ont plus

besoin de prendre une position antalgique. De plus, la mobilisation avec ce type d'analgésie est fortement diminuée.

C'est pourquoi, aujourd'hui, au début du XXI^e siècles, les femmes françaises sont allongées sur le dos ou sur le côté gauche (depuis la découverte du syndrome cave), sur une table d'accouchement pendant tout le travail, sans bouger.

Depuis quelques années, on observe de façon sporadique, d'autres positions proposées pour l'accouchement en France, défendues par quelques praticiens comme le Professeur Claude Racinet. C'est pourquoi on peut lire dans Pratique de l'accouchement de J.Lansac, qui est la référence en matière d'Obstétrique en France, le paragraphe suivant intitulé : « Position de la mère lors de l'accouchement » (page 73). « La position de la femme pour l'accouchement est largement influencée par les normes culturelles ou sociales. Dans les sociétés non européennes, les positions accroupies à genoux sont utilisées. Dans les pays occidentaux, la position couchée ne s'est répandue qu'au XX^e siècle pour des raisons de surveillance du périnée. Pour l'accouchement, la position sur le dos n'est pas la seule qui permette une bonne surveillance du périnée, on peut proposer la position en décubitus latéral cuisses fléchies, la position assise dans un fauteuil spécialement conçu ou accroupie si on utilise une table adaptée (Racinet 1999). »

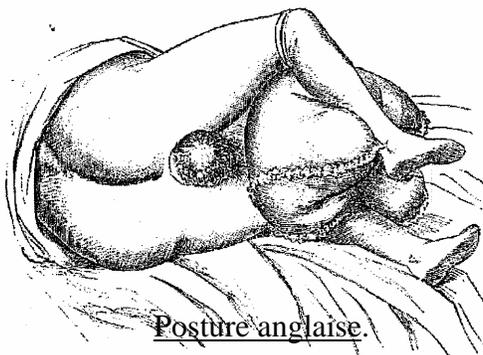
Il est intéressant d'observer l'évolution des mots utilisés en Français au cours de l'Histoire pour désigner ce que l'on nomme aujourd'hui « accouchement ». Le terme « accoucher » issu du latin *collocare* : mettre dans un lit, apparaît au XII^e siècle. Il signifie « se coucher » pour les rois, et à partir du XIII^e siècle « mettre au monde ». Les deux sens vont subsister jusqu'au XVI^e siècle. Puis, seul le sens actuel est conservé, éliminant les termes synonymes « gésiner » et « agésir ». Ces termes sont issus du verbe « gésir », du latin *jacere* : être étendu. D'où l'expression, qui n'est plus employée aujourd'hui : « une femme en gésine » c'est-à-dire en travail. Le verbe « gésir » est aujourd'hui restreint à quelques formes telles que : « *ci-gît*. »⁵ De l'accouchement à la mort, il n'y a qu'un pas, allègrement franchi par la langue. Ne disait-on pas : « une femme enceinte a toujours un pied dans la tombe » ? De plus, on voit bien que la langue française conçoit l'accouchement en décubitus.

Le terme « obstétrique » est apparu en 1803, il provient du latin *obstetrix* qui désigne la sage-femme de l'Antiquité. *Obstetrix* est issu de *stare* : se tenir, et de *ob* : devant, soit littéralement : « se tenir devant ».

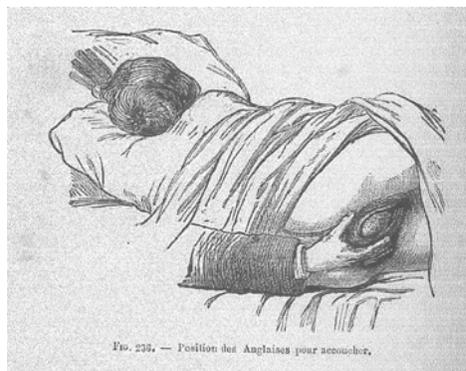
En France, au cours de l'histoire, l'accouchement en position gynécologique s'est imposé. Mais ce n'est pas le cas en Grande-Bretagne, où il a été préféré l'accouchement en décubitus latéral.

III. La Grande-Bretagne, ou le choix de l'accouchement en décubitus latéral.

Ce pays voisin a une histoire obstétricale différente de la nôtre. Ils pratiquent l'accouchement en décubitus latéral depuis longtemps. Dans l'Histoire des accouchements de tous les peuples paru en 1886, écrit par G.J. Witkowski, on peut



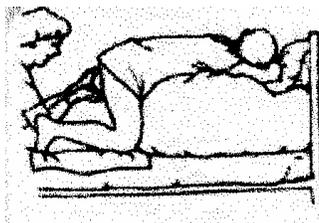
D'après l'Histoire des accouchements de tous les peuples paru en 1886, écrit par G.J. Witkowski. Cité par Racinet.



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 prudence 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 toute choses » Cependant il faut

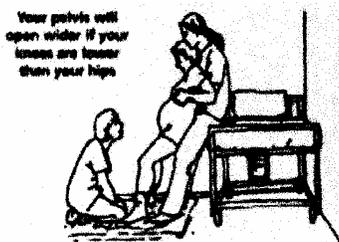
reconnaître que cette attitude facilite la surveillance du périnée et réduit aussi considérablement les chances des déchirures ; aussi est-elle employée de nos jours dans la plupart des maternités d'Allemagne, d'Autriche et de Suisse, surtout pour les primipares et au moment du passage de la tête ; les multipares dans ces pays, accouchent comme en France, dans le décubitus dorsal. L'école de Lyon suit aussi l'exemple de ces pays. Les figures 236, 237, extraites des traités d'accouchement de Playfair, président de la Société Obstétricale de Londres, nous montrent la façon dont l'accoucheur soutient le périnée au passage de la tête, et la manière dont se fait l'application du forceps dans la posture anglaise. » (cf. Annexe p102)



Accouchement à quatre pattes.



Expulsion en genupectoral asymétrique



Accroupie suspendue.

On y retrouve des positions à quatre pattes, en genupectoral (comme Léto, la déesse grecque), ou accroupies suspendues.

Aujourd'hui en grande Bretagne, la prise en charge de patientes diffère de la France, pour les raisons historiques que nous venons de voir mais aussi parce que les sage-femmes y sont trois fois plus nombreuses pour prendre en charge moins de naissances. Une sage-femme se consacre entièrement à une patiente en travail. C'est pourquoi, il est possible dans ce pays, de proposer de multiples positions aux femmes pour accoucher. Les patientes Anglaises peuvent aussi déambuler à leur gré pendant le travail.

L'expulsion en position gynécologique n'est pas une obligation. Des posters édités par la National Childbirth Trust sont affichés dans les couloirs et les salles de naissances des maternités anglaises. Toutes les positions facilitant le travail y sont illustrées ainsi que différentes positions d'expulsion. (cf. Annexe p 103, 104)

Cette patiente si fière d'elle vient sûrement d'accoucher à quatre pattes...



Source : Posters édités par la
National Childbirth Trust.

IV. Un mélange de traditions ancestrales et de médicalisation, le cas du Brésil.

Les travaux du Docteur Moyses Paciornick⁶ au Brésil nous montrent que le modèle Européen et plus particulièrement Français de l'accouchement en position gynécologique n'est pas une règle universelle. Les Indiennes d'Amérique du Sud accouchent accroupies. L'accouchement en position gynécologique est une importation, tout comme la Religion Catholique, le Portugais ou le Coca-Cola®. Dans ce pays, où la colonisation n'a pas atteint toutes les régions de façon égale, les populations les plus reculées, loin des villes et des hôpitaux, accouchent encore accroupies.

Le Docteur Paciornick a pu comparer ces différentes populations, et a constaté que les femmes qui accouchaient accroupies ne souffraient pas d'incontinence urinaire par la suite, contrairement aux patientes ayant accouché en position gynécologique. Après différentes études et observations, il en a conclu que seule la position influait sur les incontinences urinaires, indifféremment de l'origine ethnique et du mode de vie des patientes.

Il explique l'intérêt de l'accouchement en position accroupie par la métaphore suivante : « *Quand vous avez une voiture en panne, vous poussez la voiture dans une pente ou dans une montée ? Alors pourquoi accoucher sur le dos, dans le sens de la montée alors qu'on peut accoucher dans le sens de la descente* »⁷

Cet obstétricien, aujourd'hui à la retraite, a laissé le soin à son fils de diriger sa clinique qui propose aux femmes d'accoucher en position accroupie sur une table d'accouchement qu'ils ont mise au point.

L'histoire et l'ethnologie nous montrent qu'il existe plusieurs positions possibles pour accoucher. Le décubitus est l'apanage des sociétés industrialisées, alors que les sociétés peu industrialisées ont recours à des positions verticales diverses.

Il n'y a pas une position d'accouchement universelle mais des positions. Le mode actuel d'accouchement en position gynécologique est en réalité typiquement français. Il est dû à notre Histoire et à des choix qu'ont faits nos maîtres, choix peut-être judicieux à l'époque, mais qui ne le sont peut-être plus aujourd'hui.

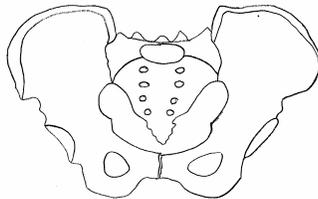
Les notions d'anatomie fonctionnelle du bassin osseux et du périnée nous permettent de mieux comprendre la mécanique obstétricale. À la lumière de leurs enseignements, nous pouvons adapter nos pratiques afin de respecter la physiologie de l'accouchement. Les chapitres suivants exposent ces notions d'anatomie fonctionnelle et ses répercussions sur la mécanique obstétricale.

Chapitre 2 : Anatomie fonctionnelle.

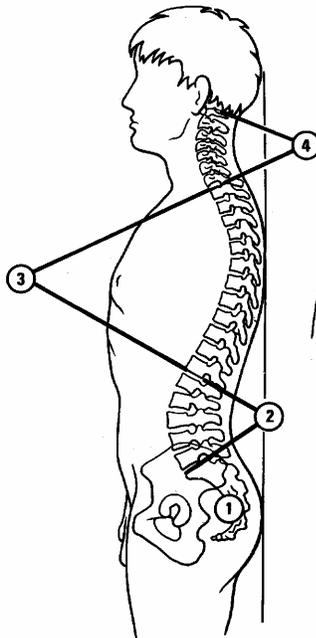
I. Le bassin.

I.1 Généralités.

Le bassin réalise un anneau osseux complet constitué par le sacrum et le coccyx en arrière et par les deux os coxaux et iliaques en avant et latéralement.



Il constitue la ceinture pelvienne et réalise une articulation entre le tronc et les membres inférieurs. La principale fonction de cette articulation est la marche, qui a pour spécificité, chez l'Homme, d'être bipède.



La bipédie a modifié les courbures du rachis dont le sacrum qui représente la première courbure. Au cours de l'évolution de l'espèce humaine, cela a entraîné une modification de la forme du bassin ainsi qu'une modification de l'angle entre l'axe du détroit supérieur du bassin et l'axe du rachis. Les autres mammifères, qui sont quadrupèdes, ont un rachis et une cavité pelvienne sans courbure et dans le même axe.

La forme du bassin maternel peut-être comparée à un cylindre présentant une courbe modérée vers l'avant. Cette courbure résulte du fait que le bord postérieur du pelvis (sacrum et coccyx) est plus long que le bord antérieur (symphyse pubienne); les faces latérales (ischions) sont plus ou moins parallèles dans un bassin

Les courbures du rachis humain. .

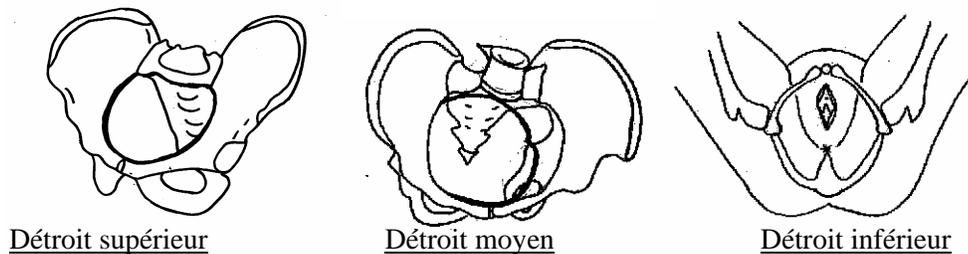
I.A. Kapandji
Physiologie articulaire.
Tome 3.

gynécoïde.

On décrit trois détroits dans l'excavation pelvienne : les détroits supérieur, moyen et inférieur. Le détroit supérieur est limité par le promontoire en arrière, les lignes innominées latéralement et la symphyse pubienne en avant.

Le détroit moyen est limité en arrière par le sacrum, latéralement par les épines sciatiques et par la symphyse pubienne en avant.

Le détroit inférieur est limité latéralement par les tubérosités ischiatiques, en arrière par la pointe du sacrum et du coccyx, et en avant par l'arc de la symphyse pubienne.



D'après l'Atlas d'anatomie humaine. Franc Netter.

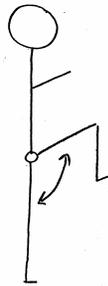
Les mouvements des fémurs provoquent des mouvements au sein du bassin. Les mouvements du bassin modifient la position de la colonne vertébrale.

Il faut noter la présence de ligaments dans le bassin, qui est la preuve de l'existence de ces mouvements. Toute articulation possède un ligament. S'il n'y a pas de mouvements, il n'y a pas de ligaments.

I.2 Actions des mouvements des fémurs sur le bassin.

Le bassin est articulé latéralement avec les fémurs. 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. Tous ces mouvements modifient les différents diamètres du bassin.

I.2.a) Flexion, extension du fémur.



Les mouvements de flexion et d'extension des fémurs modifient la position du bassin et du rachis dans l'espace. Ils modifient l'angle entre le plan du détroit supérieur et le plan du rachis. Dès que l'angle entre les fémurs et le rachis est inférieur à 90° , il y a rétroversion du bassin avec un étirement de la colonne vertébrale. L'axe du bassin est alors dans l'axe du rachis.

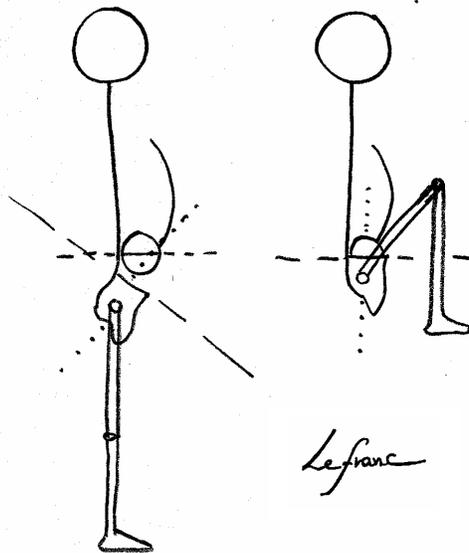


Schéma de la rétroversion du bassin par la flexion des fémurs.

Si l'angle est supérieur à 90° , il y a cambrure de la colonne et 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 tendue, 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 côté droit

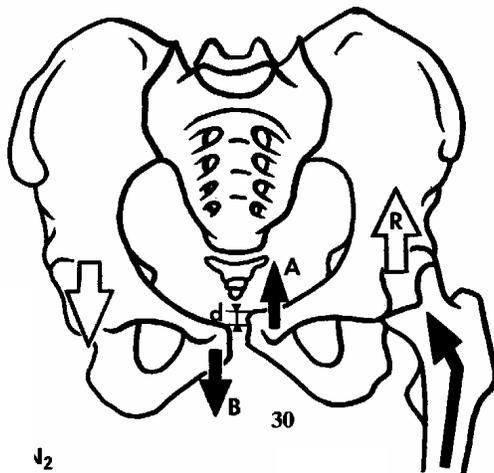
du bassin est concerné par ces mouvements. Le détroit supérieur prend alors une



Forme du détroit supérieur lorsqu'une jambe est fléchie

forme hélicoïdale. Ce phénomène est aussi présent, à une moindre échelle pendant la marche qui est un appui monopode alterné⁸. On observe une déformation du bassin à chaque pas qui

est compensée par la résistance puissante des ligaments du bassin. Mais lorsque ces ligaments sont défailants suite à un traumatisme par exemple, on voit alors apparaître des mouvements qui sont ressentis de façon douloureuse à chaque pas.



« En appui monopode, et à chaque pas lors de la marche, la réaction du sol (flèche R), transmise par le membre porteur, élève l'articulation coxo-fémorale correspondante, tandis que de l'autre côté, le poids du membre en suspension tend à abaisser la coxo-fémorale opposée. Il s'ensuit une contrainte de cisaillement de la symphyse pubienne qui tend à élever le pubis du côté porteur (A) et à abaisser le pubis du côté suspendu (B). (...) De la même façon, on peut concevoir que les

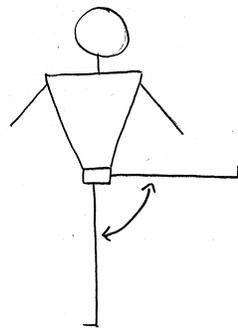
Contraintes du bassin à la marche.

D'après I.A. Kapandji Physiologie articulaire. Tome 3.

articulations sacro-iliaques soient sollicitées de façon opposée à chaque pas. ». Source : Physiologie articulaire. Tome 3. Tronc et rachis. I.A. Kapandji. Editions Maloine.

I.2.b) Abduction, adduction.

Abduction, adduction : écarter, fermer les jambes



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. Pour vous en rendre compte, asseyez-vous sur le bord d'une chaise (avec une assise assez dure). Les deux os pointus sur lesquels vous êtes assis sont les tubérosités ischiatiques du bassin. Si vous

écarter les jambes, ils se rapprochent ; si vous les fermez, ils s'écartent...

Ceci est dû au fait que le muscle grand adducteur s'insère sur l'ischion, quand il est contracté, il tire le fémur vers l'ischion : c'est l'adduction, mais aussi un peu l'ischion vers le fémur (donc vers l'extérieur).

On peut en conclure qu'on diminue le diamètre transversal du détroit inférieur du bassin en écartant les jambes. On ferme le bassin quand on écarte les jambes.

I.2.c) Rotation interne, rotation externe.

Rotation interne, rotation externe : chasse-neige, pieds en canard



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.

Un mémoire d'étudiante sage-femme de l'école de Strasbourg publié en 2002 confirme cette hypothèse avancée par le Dr Bernadette de Gasquet. L'étude par scanner montre une augmentation du diamètre bi-ischiatique lorsque les fémurs sont en rotation interne.

La combinaison de ces mouvements d'adduction et rotation interne des fémurs potentialise l'effet sur le bassin. De même, la combinaison de l'abduction avec la rotation externe des fémurs accentue la diminution des diamètres du détroit inférieur. Ces mouvements des fémurs sont liés aux phénomènes de nutation et de contre-nutation du bassin.

I.3 Le bassin est articulé avec :

En haut : la colonne vertébrale par l'articulation lombo-sacrée (L5-S1) dont la face antérieure s'appelle le promontoire. Elle est munie d'un disque intervertébral renforcé par les puissants ligaments lombo-sacrés.

En avant : la réunion des deux branches pubiennes de l'os coxal, articulation pubienne, munie d'un disque interpubien qui a la même structure qu'un disque intervertébral et qu'un manchon ligamentaire. Sa face postérieure est marquée d'une

éminence qui sert de repère lors de la pelvimétrie du détroit supérieur, appelée la culminance de Crouzat.

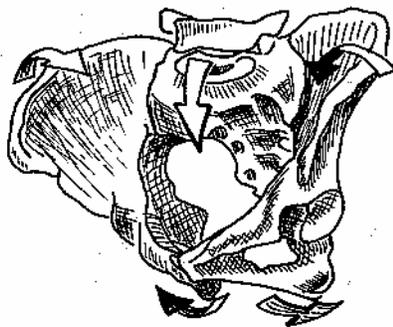
Cette articulation relativement fixe, est dotée d'une certaine mobilité au cours de la grossesse par l'imprégnation hormonale. Elle est le siège de douleurs décrites en « coup de poignard » lors de la mobilisation du bassin à la marche.

En arrière : le sacrum et les os iliaques par les deux articulations sacro-iliaques renforcées par les ligaments sacro-iliaques antérieurs, postérieurs et interosseux. Cette articulation est le siège de mouvements de faible amplitude, les mouvements de nutation et de contre-nutation du sacrum⁹.

I.4 Les mouvements de nutation et de contre-nutation.

« Avant d'étudier les mouvements de la sacro-iliaque, il est bon de se rappeler que leur amplitude est faible et, de plus, variable suivant les circonstances et les individus. Ce qui explique les contradictions entre les différents auteurs quant aux théories de fonctionnement de cette articulation et à l'importance que ces mouvements peuvent avoir dans la physiologie de l'accouchement. Ces mouvements ont été décrits pour la première fois par Zaglas en 1851 et par Duncan en 1854 » d'après Dr I.A. Kapandji. Physiologie articulaire. Tome 3. Tronc et rachis.

I.4.a) Mécanismes de nutation et de contre-nutation selon la théorie classique de Farabeuf.

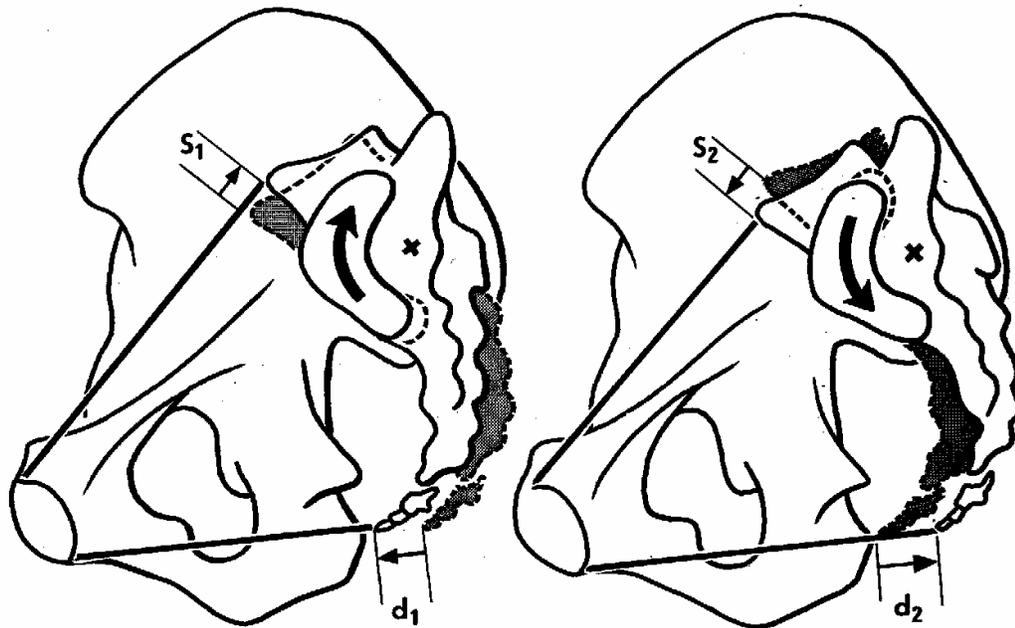


La nutation.

D'après Dr I.A. Kapandji. Physiologie articulaire. Tome 3. Tronc et rachis

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 la pointe du sacrum avec le coccyx se déplace en arrière ayant pour conséquence une diminution du diamètre promonto-rétropubien et une augmentation du diamètre sous-sacro-sous-pubien.

Simultanément, les ailes iliaques se rapprochent, et les ischions s'écartent se portant en arrière et en haut augmentant le diamètre bi-ischiatique. Ce mouvement de nutation agrandit le détroit inférieur et favorise le dégagement. De même, il diminue le détroit supérieur. Il est provoqué lorsque les fémurs sont en adduction et en rotation interne.



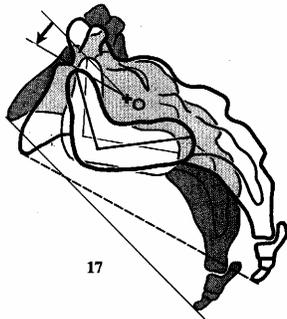
La contre-nutation.
D'après Dr I.A. Kapandji. Physiologie
articulaire. Tome 3. Tronc et rachis

La nutation.
D'après Dr I.A. Kapandji. Physiologie
articulaire. Tome 3. Tronc et rachis

Pour la contre-nutation, il s'agit du mouvement en sens inverse, qui ouvre le détroit supérieur et ferme les détroits moyen et inférieur. L'appui des fémurs en abduction provoque l'inclinaison du promontoire vers l'arrière et du sacrum vers l'avant. Les ailes iliaques s'écartent et les ischions se rapprochent.

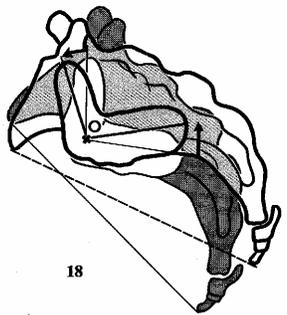
A titre indicatif, la variation de diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur peut aller de 3 mm pour Bonnaire, Pinard et Pinzani, à 8 à 13 mm pour Walker. L'amplitude de variation du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur peut aller de 15 mm pour Borcel et Fernström à 17,5 mm pour Thoms. Le déplacement transversal des ailes iliaques et des tubérosités ischiatiques a été récemment confirmé par Weisel.⁸

I.4.b) Les différentes théories de la nutation.⁸



Théorie de Farabeuf

Dans la théorie classique de Farabeuf que nous venons de décrire, le mouvement de bascule du sacrum s'effectue autour d'un axe constitué par le ligament axile (O), le déplacement est angulaire et le promontoire se déplace en bas et en avant autour d'un arc de cercle de centre O rétro-auriculaire.



Théorie de Bonnaire

D'après Dr I.A. Kapandji.

Physiologie articulaire, Tome 3.

Tronc et rachis

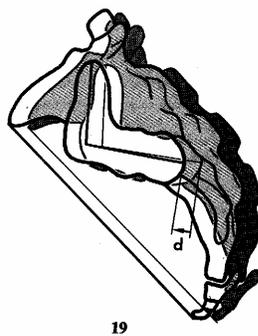
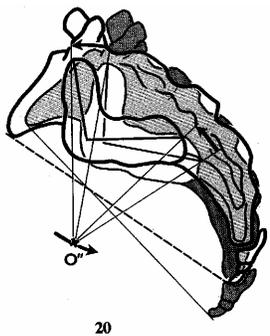
Dans la théorie de Bonnaire, le mouvement de bascule du sacrum s'effectue autour d'un axe O' qui passe par le tubercule de Bonnaire à la jonction des deux segments de l'auricule sacrée. Le centre de ce mouvement angulaire de bascule du sacrum est donc maintenant auriculaire.

Cependant les études de Weisel permettent de proposer d'autres théories.

La première est une théorie de translation pure suivant laquelle le sacrum glisserait le long de l'axe de la portion inférieure de l'auricule. Il s'agirait alors d'une translation suivant une distance d qui affecterait dans le même sens le promontoire sacré et la tête du sacrum.

Théories de Weisel

D'après Dr I.A. Kapandji. Physiologie articulaire, Tome 3.



La seconde théorie reprendrait l'idée de la rotation mais autour d'un axe pré auriculaire O'' situé en bas et en avant du sacrum. Le siège de ce centre de rotation varierait d'un individu à l'autre et chez le même individu suivant le type de mouvement effectué.

La variété de ces théories laisse supposer la difficulté d'analyse de mouvements de faible amplitude et aussi la possibilité de différents types de mouvements suivant les individus.

Ces notions n'ont cependant pas le caractère abstrait qu'on pourrait leur attribuer, car ces mouvements interviennent dans la physiologie de l'accouchement.

I.5 La mutation coccygienne.

Le sacrum est articulé en bas avec le coccyx. L'articulation sacro-coccygienne est renforcée par les ligaments sacro-coccygiens antérieur, postérieur et interosseux.

Cette articulation est le siège d'un mouvement important lors du franchissement du détroit inférieur par la présentation fœtale : la mutation coccygienne.



Schéma de la mutation coccygienne.

Cette mobilité liée à l'imprégnation hormonale de la grossesse est due à une laxité ligamentaire qui permet une meilleure adaptation du cadre osseux du bassin pour l'accouchement.⁹

I.6 Mesures du diamètre bi-ischiatique.

L'anatomie fonctionnelle nous renseigne sur les mouvements dont le bassin est capable. Ces mouvements sont de faible amplitude certes, mais bien réels, et il serait dommage de s'en priver lors d'un accouchement.

Afin de tenter d'évaluer l'amplitude de ces mouvements, en particulier sur la modification du diamètre bi-ischiatique en position d'accouchement en décubitus latéral, j'ai effectué une étude par scanner. La mesure du diamètre bi-ischiatique nous

permet d'évaluer la mesure du diamètre bi-épineux qui constitue l'obstacle réel à franchir par la présentation au niveau du détroit inférieur lors de l'accouchement.

Avec l'aide du Dr Olivier Sohm, radiologue à Besançon, nous avons comparé au scanner, le diamètre bi-ischiatique de mon bassin en décubitus dorsal et en position d'accouchement en décubitus latéral avec une jambe tendue, et l'autre fléchie, en adduction et en rotation interne. Il est hélas impossible d'être en position gynécologique dans un scanner.

On peut noter qu'en décubitus dorsal, le diamètre bi-ischiatique de mon bassin est de 11,5 cm. La norme étant de 11-12 cm. Alors qu'en position d'accouchement sur le côté, il est de 12,9 cm, soit 1,4 cm de plus. Ce qui représente une augmentation de 12 % du diamètre bi-ischiatique. Cela correspond aux résultats avancés par les différents auteurs concernant les mesures de l'amplitude de la nutation du sacrum.

On peut supposer que la différence de mesure du diamètre bi-ischiatique serait encore plus importante, si on le comparait en position gynécologique et en décubitus latéral. Le décubitus dorsal est une position intermédiaire entre ces deux positions, et est actuellement la position de référence de la mesure du bassin dans un scanner.

Pour plus de précisions, il faudrait faire une étude à plus grande échelle, sur plusieurs personnes ; parce qu'il existe des différences de forme de bassin et de laxité ligamentaire d'un individu à l'autre.

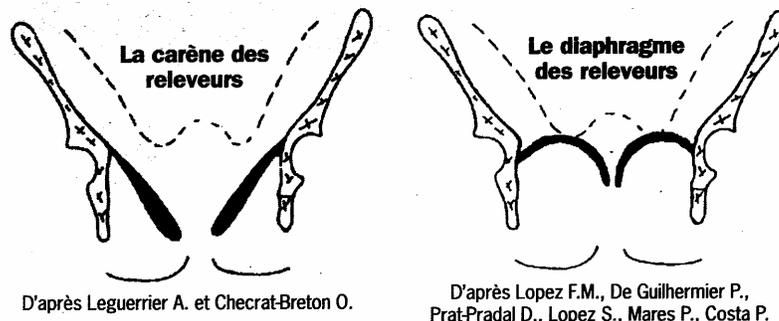
Mais cette expérience prouve que le bassin n'est pas un ensemble osseux fixe, il est animé de mouvements, c'est une véritable articulation capable de modifier ses diamètres en fonction des mouvements de la colonne et surtout des fémurs.

II. Le diaphragme pelvien.

Pour comprendre l'anatomie du plancher pelvien, il faut se référer aux données classiques d'anatomie, qui n'ont pas été reprises ici, considérées comme connues, et compléter notre réflexion par les derniers travaux qui modifient notre conception de l'anatomie du périnée.

II.1. Le diaphragme des releveurs.

On peut lire dans Les Dossiers de l'Obstétrique, n°261, paru en mai 1998, l'article écrit par le Docteur Bernadette de Gasquet : « *Les moyens actuels de visualisation (I.R.M, par exemple) nous permettent d'objectiver la fonctionnalité des muscles et créent quelques surprises. (...). En effet, l'anatomie de dissection ne rend pas compte du tonus des muscles vivants, ce qui nous a amené à toujours représenter la carène des releveurs comme concave vers le haut. L'I.R.M. nous montre au contraire une forme en diaphragme légèrement convexe vers le haut. (cf. Thèse D.O./N°220/page7). (...) Alors que les cours habituels nous présentent le pubo-rectal comme élévateur et les releveurs coccygiens comme faisceau sphinctérien, ce qui paraît tout à fait contradictoire vu les insertions et les directions, c'est ici exactement l'inverse : pubo-rectal est sphinctérien et les coccygiens ouvrent le hiatus. Cet antagonisme et ces précisions sont d'une importance capitale dans la compréhension de l'accouchement et la conduite des rééducations. »*



D'après Dr. B. de Gasquet D.O./N°261/Mai 1998

Ces derniers travaux modifient donc notre représentation du plancher pelvien, il s'agit d'un diaphragme et non d'un entonnoir, il faut en tenir compte pour la mécanique obstétricale.

II.2. Le réflexe monosynaptique.

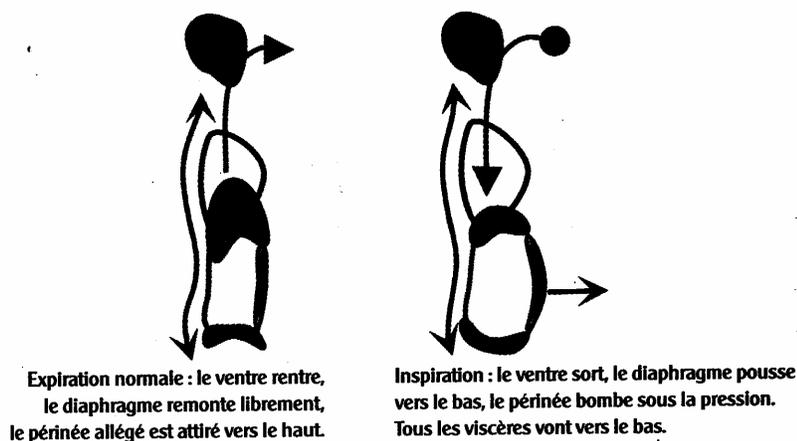
Le périnée est composé de muscles et comme tout muscle, il subit le réflexe d'étirement qui se définit par : « réflexe monosynaptique provoqué par un étirement soudain d'un muscle, se terminant par la contraction de ce dernier ». *Principes*

d'anatomie et de physiologie. De Boeck Université. Donc, si le périnée est étiré trop brutalement, il se contracte.

II.3. Rôles du diaphragme.

Le diaphragme est le muscle respiratoire le plus important. C'est un muscle squelettique en forme de dôme qui constitue une cloison souple étanche entre le thorax et l'abdomen.

Lorsque le diaphragme se contracte, il s'aplatit, abaissant ainsi son dôme. Ceci augmente le diamètre vertical de la cavité thoracique et est responsable du déplacement de l'air qui pénètre dans les poumons durant l'inspiration. On observe alors une augmentation de la pression intra-abdominale, ce qui entraîne une distension



abdominale et périnéale, ces tissus étant souples.

Contrairement à l'inspiration, une expiration normale durant une respiration

Schéma de la respiration normale

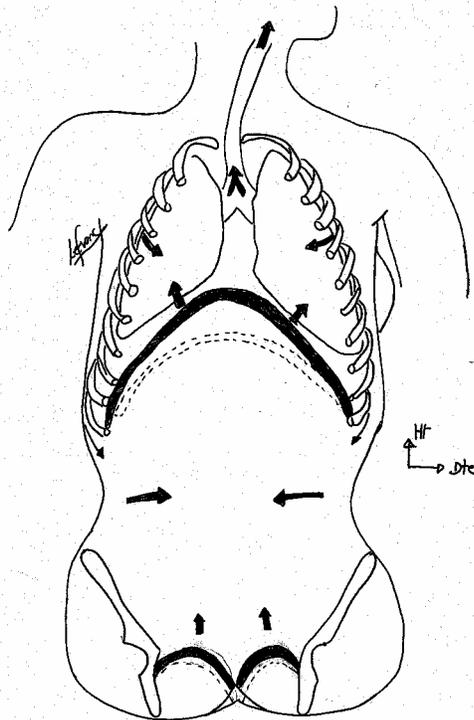
D'après Dr B. de Gasquet. Manger, éliminer. Page 57

tranquille est un processus passif, puisqu'elle n'exige pas de contractions musculaires. Elle dépend de deux facteurs : la réaction des fibres élastiques qui ont été étirées durant l'inspiration et la traction vers l'intérieur de la tension superficielle due à la pellicule de liquide alvéolaire¹⁰.

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. Ces mouvements entraînent une réduction des diamètres vertical et antéro-postérieur de la cavité thoracique. La

pression dans la cavité abdominale diminue, l'abdomen et le périnée ne sont plus distendus.

L'expiration devient un processus actif durant la respiration laborieuse et lorsque le mouvement de l'air hors des poumons est empêché. Dans ces cas, les muscles de l'expiration, les abdominaux et intercostaux internes se contractent. La contraction des abdominaux déplace les côtes inférieures vers le bas et comprime les viscères abdominaux, dont l'utérus gravide, ce qui entraîne l'élévation du diaphragme. La contraction des muscles intercostaux internes tire les côtes vers le bas¹⁰.



Relâchement périnéal dû à l'expiration forcée.

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. Donc à l'expiration forcée, le diaphragme des releveurs effectue un mouvement d'ascension, il est aspiré dans l'abdomen par le diaphragme et est totalement relâché.

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). 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.

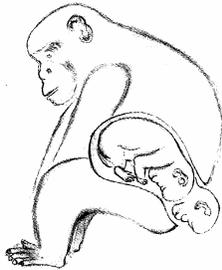
Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales.

Nous venons de voir en détail les notions d'anatomie fonctionnelle qui entrent en jeu lors d'un accouchement. Nous allons dans le prochain chapitre relier ces éléments à la mécanique obstétricale

Chapitre 3 : Mécanique obstétricale.

Observons ce que l'anatomie fonctionnelle nous apporte en mécanique obstétricale.

L'espèce humaine est l'une des espèces de mammifères ayant le plus de mal à mettre au monde ses petits, par la forme spécifique de son bassin mais aussi par l'importance du volume du crâne fœtal. À chaque naissance, se pose le problème de l'adaptation mutuelle entre le bassin maternel et le crâne fœtal.



L'accouchement du chimpanzé.

Source : Le crâne du nouveau-né

Roselyne Lalauze-Pol. Tome 1

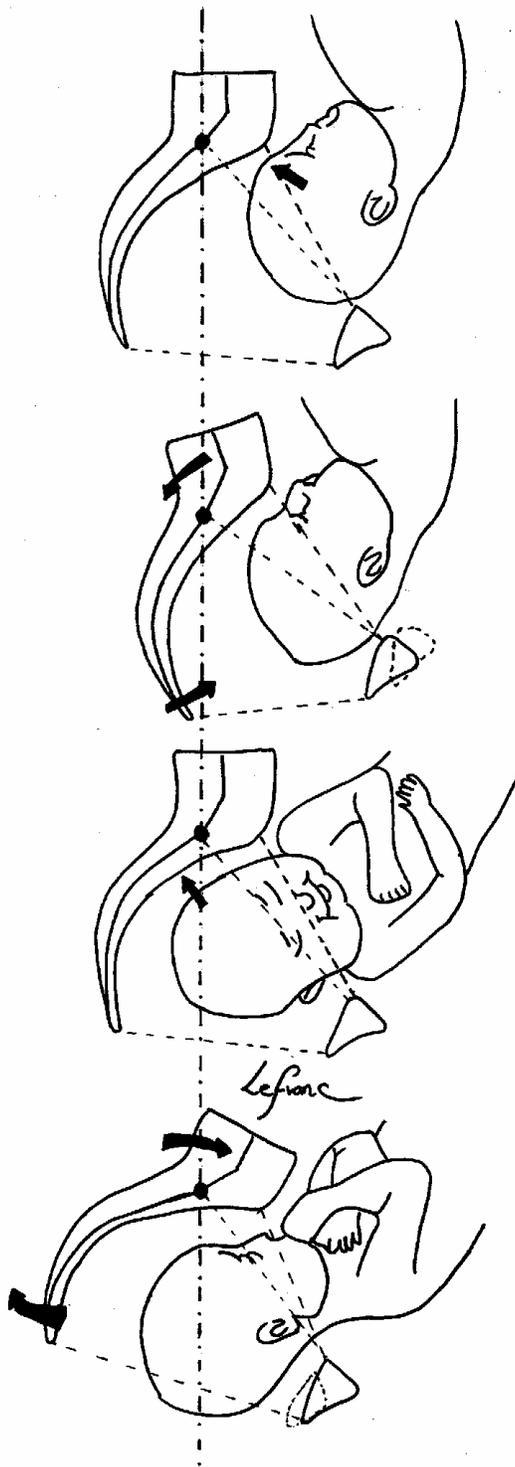
Contrairement aux autres mammifères, il y a une discordance des axes entre l'axe d'engagement du fœtus et les différents axes du bassin humain. Chez le chimpanzé, qui possède 99 % d'ADN en commun avec l'espèce humaine, « *la morphologie pelvienne permet la descente directe du fœtus, l'occiput reste en flexion. Le dégagement se passe dans le même axe que celui de la présentation, sans rotation ni extension de l'occiput sur le rachis.* » Source : Le crâne du nouveau-né

Roselyne Lalauze-Pol. Tome 1.

I. L'engagement.

Nous avons vu précédemment que la flexion des fémurs (avec un angle inférieur à 90°) entraîne une rétroversion du bassin, alignant l'axe du rachis avec l'axe d'engagement du détroit supérieur. Cette notion d'axe est la justification première de la flexion des fémurs lors de l'accouchement car il permet au bassin d'être dans l'axe du fœtus. Cela favorise l'engagement de la présentation.

La flexion d'un seul fémur provoque une asymétrie du détroit supérieur qui permet l'agrandissement des diamètres obliques du détroit supérieur qui n'est autre que le diamètre d'engagement de la tête fœtale.



Les mouvements de contre-nutation du sacrum facilitent l'engagement. Ce sont principalement les mouvements d'abduction et de rotation externe des fémurs qui provoquent ces mouvements. L'engagement de la tête fœtale se fait au profit de ces mouvements de contre-nutation. Ce phénomène est associé à l'action de la tête fœtale sur le sacrum¹¹. On peut supposer qu'il y a accommodation du bassin maternel à l'engagement du fœtus. Tout comme il y a une accommodation de la tête fœtale au bassin maternel.

Les mouvements de nutation du sacrum sont amplifiés sur le schéma afin de les visualiser.

Tout d'abord, la pression exercée par la tête fœtale sur le promontoire fait contre-nuter le sacrum, en agrandissant le détroit supérieur dans son diamètre antéro-postérieur. Le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur diminue.

Puis une fois que la tête est engagée, elle exerce une pression sur le tiers supérieur du sacrum. Le sacrum, effectue alors, un mouvement de nutation, ce qui provoque une ouverture des détroits moyen et inférieur, et permet la descente et l'expulsion de la tête fœtale dans un plus grand diamètre.

Il est donc indispensable de permettre la contre-nutation puis la nutation du sacrum pour aider à l'engagement et au dégagement. Pour cela il faut que le sacrum soit libre, c'est-à-dire qu'il ne soit pas en contact avec une surface dure. Le principal moteur des mouvements de nutation et de contre-nutation étant l'abduction, l'adduction, la rotation interne et externe des fémurs, voilà l'intérêt de changer la position des fémurs au cours du travail. La tête fœtale peut participer à la contre-nutation du sacrum puis à la nutation mais uniquement si le sacrum est libre de bouger. Le décubitus dorsal permanent ne permet pas la liberté du sacrum.

Cette mobilisation des fémurs, s'impose à l'heure actuelle, pour limiter les effets indésirables de l'immobilisation des femmes sur une table d'accouchement. Sinon, la déambulation spontanée ainsi que les positions antalgiques prises spontanément par les patientes qui accouchent, permettent ces mouvements répétés du bassin.

II. Le dégagement.

La mécanique obstétricale du dégagement ou expulsion du fœtus dépend de trois éléments :

-De l'ouverture du détroit inférieur, qui constitue le dernier obstacle osseux à franchir par le mobile fœtal.

-De l'ampliation du périnée, qui est le dernier obstacle musculaire.

-De la poussée maternelle et des contractions utérines qui sont les forces actives de l'expulsion.

II.1. Au niveau du détroit inférieur.

Au moment de pousser, il ne reste que le détroit inférieur à franchir par la tête fœtale. D'après les principes d'anatomie fonctionnelle, les fémurs doivent être en adduction et en rotation interne pour augmenter le diamètre bi-ischiatique (distance entre les deux ischions) et le diamètre bi-épineux.

Pour augmenter le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, il faut que le sacrum puisse nuter, mouvement impossible en décubitus dorsal car il est en appui sur la table d'accouchement.

La mutation du coccyx par l'appui de la tête fœtal sur celui-ci permet aussi d'augmenter le diamètre antéro-postérieur.

Des études plus approfondies seraient nécessaires pour connaître l'amplitude de ces mouvements de nutation et de mutation du coccyx. Ces études sont assez difficiles à réaliser. En effet, comment mesurer exactement, les différents diamètres du bassin d'une femme en travail ou sur le point d'accoucher ?

II.2. Accouchement des épaules.

Au moment où la tête se dégage, les épaules fœtales s'engagent au niveau du détroit supérieur. L'épaule postérieure s'engage en premier, il arrive très souvent d'ailleurs, qu'elle s'engage pendant l'expulsion de la tête. Puis l'épaule antérieure s'engage.

L'engagement asynclite des épaules se fait dans le diamètre oblique du détroit supérieur. C'est pourquoi il est intéressant d'accoucher dans une position permettant la flexion d'une jambe et l'extension d'une autre. L'asymétrie des jambes provoquant l'agrandissement de ce diamètre par la modification de la forme du détroit supérieur qui est alors hélicoïdal.

Dans un accouchement classique, en position gynécologique, il est souvent nécessaire d'accentuer le mouvement de restitution qu'effectue la tête fœtale afin d'aider à l'engagement de l'épaule antérieure.

Le dégagement des épaules est aussi asynclite, mais c'est l'épaule antérieure qui se dégage en premier.

II.3. Relâchement périnéal.

Il paraît évident que plus le périnée est souple donc relâché, plus l'expulsion est facile avec moins de risques de déchirures.

Pour cela, il est important que le périnée et plus particulièrement les muscles transverses profond et superficiel s'étirent en douceur pour qu'ils ne se contractent pas de façon réflexe.

Pour que ce périnée soit encore plus relâché, il faut que le diaphragme remonte pour aspirer le périnée vers l'intérieur du corps maternel. Ce mouvement paraît antagoniste à l'ampliation du périnée, mais il facilite l'expulsion. Le périnée remonte et s'écarte autour de la présentation, et la laisse passer tout en diminuant son propre étirement.¹²

C'est une tout autre représentation du périnée, que l'on voit habituellement comme un barrage difficile à franchir se distendant jusqu'à la rupture. L'étude statistique effectuée dans la deuxième partie de ce mémoire a pour but d'observer et d'évaluer la réalité de cette théorie.

II.4. Le réflexe expulsif.

L'expulsion est donc facilitée par la remontée du diaphragme. Pousser en expiration forcée fait monter le diaphragme. Pour cela, faut-il encore que la patiente soit dans une position qui le permette, c'est-à-dire étirée.

Pour expirer, il faut être étiré. Les cours de chant se font debout, jamais assis. Lorsqu'on chante, on expire. Donc pour pouvoir pousser en expiration, il faut être étiré, c'est impossible autrement.

La poussée en expiration permet aussi à la patiente de pousser lentement, et de ne pas provoquer la contraction réflexe du périnée.

D'après le Dr de Gasquet, ce sont en réalité les muscles abdominaux qui font l'expulsion. « *Le serrage abdominal en ceinture n'entraîne pas la poussée violente du bébé ; il est, en quelque sorte démolé, il glisse hors de l'utérus et à travers le bassin, cependant que l'utérus est suspendu par la remontée diaphragmatique et n'est pas précipité vers le bas. De même la vessie est-elle maintenue à l'étage abdominal ; la contraction du transverse abdominal consolide la construction par un sanglage sus-pubien.* » (Thèse Dr. B. de Gasquet D.O./N°261/Mai 1998)

Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales.

Lors de l'expiration forcée, les abdominaux se contractent physiologiquement afin de faciliter l'expulsion de l'air vers le haut mais aussi du fœtus vers le bas. L'utérus reste en place sans descendre avec l'enfant, c'est pourquoi théoriquement ce type de poussée diminuerait le risque de prolapsus et d'incontinence urinaire.

Chapitre 4 : Les positions qui respectent l'anatomie fonctionnelle.

D'après les principes d'anatomie fonctionnelle appliqués à la mécanique obstétricale, il faut donc adapter la position de la patiente. Je ne traite pas ici des postures pendant le travail qui sont très intéressantes mais dépassent mon sujet de mémoire. Il s'agit donc de l'adaptation de la position de la patiente pour l'expulsion uniquement.

I. Conditions pour respecter l'anatomie fonctionnelle.

Pour obtenir la plus grande ouverture du détroit inférieur dans l'axe du rachis, pour le dégagement de la tête fœtale, il faut que :

- ❖ Le sacrum puisse faire sa nutation.
- ❖ Le coccyx puisse effectuer le mouvement de mutation.
- ❖ Au moins un des fémurs soit en flexion avec un angle inférieur à 90°, en adduction et en rotation interne.
- ❖ L'autre fémur peut-être en extension assurant une position asymétrique.

Pour obtenir la plus grande ouverture du détroit supérieur dans l'axe du rachis afin de faciliter l'engagement des épaules, il faut que :

- ❖ Au moins l'un des fémurs soit en flexion avec un angle inférieur à 90° et en abduction, cela correspondrait à la manœuvre de Mac Roberts.
- ❖ L'autre fémur puisse-être en extension assurant l'asymétrie du détroit supérieur.

On comprend alors que les mouvements des fémurs pendant l'expulsion, passage de l'adduction à l'abduction, sont parfois nécessaires à l'engagement des épaules.

Pour un bon relâchement périnéal, il faut :

- ❖ Pousser en expiration forcée
- ❖ Pousser en étirement

Ces conditions permettent le dégagement de la tête, l'engagement puis le dégagement des épaules et limiteraient les déchirures périnéales.

Cette position est aussi très confortable.

Ces conditions sont réunies pour les accouchements en position accroupie suspendue, en position gèneupectorale (comme la déesse grecque Létô), et en décubitus latéral.

Mais, ce n'est pas le cas en position gynécologique classique.

II. La position gynécologique.

- ❖ La position gynécologique diminue les diamètres du détroit inférieur et ne permet pas la nutation du sacrum, les fémurs étant en abduction et en rotation externe. C'est une position d'engagement et non de dégagement.
- ❖ Les axes entre le mobile fœtal et le bassin sont discordants, lorsque la patiente est semi-assise.
- ❖ Elle favorise le syndrome cave.
- ❖ Elle entraîne une compression douloureuse des nerfs sacrés.
- ❖ La poussée « inspirer, bloquer, pousser » provoque une contraction réflexe du périnée car il est étiré trop rapidement.
- ❖ La position de poussée ne permet pas au diaphragme de remonter, la patiente étant tassée, empêchant alors le relâchement périnéal.
- ❖ Dans ce type de poussée, la mère étant en apnée, cela provoque une acidose respiratoire par augmentation de la capnie. Cette acidose respiratoire

Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales.

entraîne rapidement une acidose métabolique maternelle qui peut retentir sur le pH du sang fœtal. De même l'hypoxie maternelle est source d'hypoxie fœtale.

- ❖ Les fémurs placés dans les étriers contraignent la patiente à l'immobilité et empêchent les mouvements des fémurs d'adduction et d'abduction successifs au cours du dégagement de la tête et puis des épaules.
- ❖ Par contre, cette position permet d'observer le périnée et d'intervenir par des manœuvres si cela est nécessaire. L'accès aux voies génitales y est aisé.

Si la position gynécologique est choisie, elle pourra être aménagée afin de respecter au mieux l'anatomie fonctionnelle du bassin.

III. La position d'accouchement en décubitus latéral.

Études plus particulièrement l'accouchement en décubitus latéral, pratiqué en Grande-Bretagne et amélioré par le Dr. Bernadette de Gasquet.

La position décrite ici, est le fruit de la réflexion du Dr de Gasquet et de l'expérience des sages-femmes de la maternité du centre hospitalier de Villeneuve St Georges, service dirigé par le Dr Bernard Maria.

- 1) La patiente doit être à plat pour la concordance des axes et libérer le diaphragme.
- 2) Placer la patiente en décubitus latéral en fonction du côté du dos du fœtus. Sur le côté gauche pour un dos à gauche et sur le côté droit pour un dos à droite.
- 3) 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, la fléchir de façon

Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales.

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).

- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) La patiente s'étire en agrippant la tête du lit avec son bras supérieur le bras droit pour un DLG, le bras gauche pour un DLD.
- 7) La patiente pousse en s'étirant et en expiration forcée.

Cette position, si elle est bien appliquée, respecte tout à fait les conditions citées précédemment, donc l'anatomie fonctionnelle et la mécanique obstétricale.

Il est tout à fait possible de positionner une patiente de cette façon, même sous péridurale, à condition qu'il n'y ait pas de bloc moteur. Une analgésie péridurale qui préserve les sensations périnéales de la patiente est toujours de meilleur pronostic quelle que soit la position de la patiente.

Après avoir exposé la méthode d'accouchement sur le côté avec ses fondements théoriques, voici dans la seconde partie, l'étude statistique effectuée. D'après la théorie, le périnée est plus relâché dans cette position associée à une poussée en expire et en étirement, subissant un étirement en douceur, remontant et s'écartant au passage de l'enfant. Il y aurait donc moins de risques de déchirures périnéales dans cette position d'accouchement. Notre rôle de sage-femme, au moment de l'expulsion, est, entre autres, de préserver le périnée de la patiente en tentant d'en limiter les déchirures. Beaucoup de patientes sont inquiètes d'avoir à subir ce type de lésions atteignant leur profonde intimité et se plaignent souvent de leur suture périnéale après l'accouchement. Je me suis attachée à étudier plus particulièrement les conséquences des expulsions en décubitus latéral sur les lésions périnéales immédiates.

Deuxième partie :

Étude statistique :

Incidence de la position d'accouchement
en décubitus latéral sur les lésions
périnéales.

Chapitre 1 : Méthode.

Il s'agit d'une enquête rétrospective descriptive effectuée dans 5 établissements publics français différents.

I. Présentation des maternités concernées.

J'ai fait le choix de faire l'étude dans différents établissements pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'accouchement sur le côté est une pratique récente en France et encore assez discrète. Afin d'étudier un échantillon suffisamment important de cas, je ne pouvais me contenter d'un seul établissement. De plus, je ne souhaitais pas évaluer les pratiques d'une seule équipe. Il m'a semblé plus judicieux, pour évaluer réellement la position d'accouchement sur le côté, de diversifier mon échantillonnage, tant par les populations soignées que par les pratiques obstétricales.

J'ai donc demandé au Docteur Bernadette de Gasquet, qui propose des formations abordant l'accouchement sur le côté depuis 2002, de m'indiquer des établissements susceptibles de participer à mon étude. Sa formation intitulée « *Naissance physiologique et prévention des prolapsus* » ne concerne pas seulement l'accouchement en décubitus latéral, mais aussi les postures à adopter pendant le travail, à l'accouchement et pendant les suites de couches. Cette méthode fait l'objet d'une marque déposée : APPROCHE POSTURO RESPIRATOIRE B de GASQUET®.

J'ai contacté les établissements indiqués par le Dr de Gasquet et par d'autres personnes de mon entourage : sages-femmes, enseignantes, et étudiantes de ma promotion. Sur les 20 maternités indiquées, seulement 6 effectuaient réellement des accouchements en décubitus latéral en Février 2004. J'ai appris depuis que certains établissements qui ne pratiquaient pas à l'époque cette méthode et proposent, actuellement à leurs patientes, d'accoucher dans cette position.

Cinq établissements acceptèrent de participer à mon étude, dont trois dans l'Est de la France (Lorraine, Franche-Comté, Bourgogne), une dans le Sud-Ouest de la France (Aquitaine) et une en région parisienne (Ile de France).

Toutes ces maternités font partie d'un Hôpital public. Les bassins de populations de ces maternités sont différents. Trois établissements accueillent principalement des patientes vivant en ville. Les deux autres établissements accueillent une population majoritairement rurale. Un des établissements prend en charge de nombreuses patientes immigrées, principalement originaires d'Afrique centrale.

La maternité n°1, de niveau 2, effectue 2200 accouchements par an dont environ 600 accouchements en décubitus latéral en 2004. L'accouchement dans cette position représente environ 27 % des accouchements voie basse de cette maternité en 2004. Il s'agit, à ma connaissance, de l'une des maternités pratiquant le plus d'accouchement sur le côté en France. Les sages-femmes de cette maternité ont une bonne expérience de ce type d'accouchement qu'elles pratiquent avec enthousiasme depuis 2002. Une grande majorité de sages-femmes ont été formées par le Dr Bernadette de Gasquet. Cette pratique est particulièrement valorisée et soutenue par les médecins et le chef de service de cette équipe. L'échantillon d'accouchements sur le côté a été étudié sur une période de trois mois, du 1^{er} Avril 2004 au 1^{er} Juillet 2004. Cela représente 151 dossiers, soit un quart de ce type d'accouchements pratiqués en 2004 par la maternité n°1.

La maternité n°2, de niveau 3, CHU, effectue environ 2100 accouchements par an. Depuis le 1^{er} Septembre 2003, jusqu'à la date de mon recueil de données, le 22 Octobre 2004 ; il a été pratiqué dans cette maternité, 77 accouchements en décubitus latéral, ce qui représente environ 3,8 % des accouchements voie basse de cette période. L'étude statistique porte sur l'ensemble de ces accouchements. Dans cette maternité, toutes les sages-femmes de salles de naissances (15) ont bénéficié d'une formation, et 5 d'entre elles pratiquent régulièrement ce type d'accouchement avec l'accord du chef de service et le soutien de la surveillante sage-femme du bloc obstétrical.

Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales.

La maternité n°3, de niveau 2, pratique environ 720 accouchements par an. Le recueil de données a eu lieu le 13 Août 2004. Entre le 8 Janvier 2003 et cette date, 84 accouchements en décubitus latéral ont eu lieu, soit 8,9 % des accouchements voie basse de cette période. L'étude statistique porte sur l'ensemble de ces accouchements en décubitus latéral. La moitié des sages-femmes pratiquent l'accouchement sur le côté pour lequel elles ont bénéficié d'une formation par le Dr B. de Gasquet. La pratique des accouchements dans cette position est autorisée par le chef de service et soutenue par la surveillante sage-femme.

La maternité n°4, de niveau 2, pratique environ 900 accouchements par an. Depuis 2002, il a été effectué dans cet établissement près de 160 accouchements sur le côté. Le recueil de données a eu lieu le 5 Novembre 2004. Je n'ai pu exploiter que 87 dossiers pour la période allant du 19 Septembre 2002 au 5 Novembre 2004, soit un peu plus de la moitié des accouchements en décubitus latéral de cette maternité pendant cette période. Les accouchements sur le côté étudiés représentent pour cette période environ 17,7 % des accouchements voie basse. Environ la moitié des sages-femmes de l'équipe ont été formées par le Dr B. de Gasquet et pratiquent des accouchements dans cette position avec l'accord du chef de service et de la surveillante sage-femme. Quelques sages-femmes sont particulièrement enthousiastes vis-à-vis de l'accouchement en décubitus latéral.

La maternité n°5, de niveau 3, CHU, pratique environ 3000 accouchements par an. Le premier accouchement sur le côté a été effectué le 23 Août 2002 suite à une information du Dr de Gasquet avec l'approbation et le soutien du chef de service. Dans cette maternité, 34 accouchements dans cette position ont été effectués jusqu'au 3 mars 2004. Au moment de ma venue, en Juillet 2004, l'équipe ne pratiquait plus cette méthode d'accouchement. Plusieurs raisons l'expliquent. Tout d'abord par le départ du chef de service qui soutenait cette pratique innovante et surtout le manque de résultats probants de la méthode telle qu'elle était pratiquée. Des films de ces accouchements avaient été réalisés à des fins scientifiques. Ils m'ont été donnés en échange de mes propres films. Après les avoir visionnés, je décidais de ne pas inclure cette maternité dans l'étude statistique. Je comprends, aujourd'hui, les raisons de la

déception de l'équipe de la maternité n°5. La méthode appliquée dans cet établissement est différente et ne respecte pas les principes de l'accouchement en décubitus latéral. Il ne suffit pas de placer une patiente sur le côté, c'est une méthode d'accouchement à part entière. Par contre, l'étude de ces films est extrêmement intéressante, elle permet de comprendre les mécanismes, de perfectionner la position, de déterminer les avantages, les inconvénients et de poser les indications et les contre-indications de l'accouchement sur le côté. L'analyse de ces films, effectuée en collaboration avec le Dr de Gasquet, ainsi que les hypothèses engendrées seront exposées dans la troisième partie de mon mémoire.

II. Présentation de la méthode de recueil de données.

Afin d'obtenir un échantillon suffisant d'accouchements en décubitus latéral, seule une étude rétrospective descriptive des premiers accouchements de ce type effectués en France, était possible. Bien qu'une étude prospective eût plus de valeur scientifique, je ne disposais pas d'assez de temps et d'un nombre de cas suffisant. De plus, j'aurais souhaité faire une étude comparative, mais les paramètres à appareiller avec les accouchements en position gynécologique sont très nombreux. Il faut comparer les deux types d'accouchements pour une même parité, les mêmes antécédents obstétricaux, un poids de naissance équivalent, et ce dans le même établissement. Je ne disposais pas de moyens suffisants pour le faire.

Il s'agit donc d'une étude rétrospective descriptive des premiers accouchements en décubitus latéral pratiqués en France depuis 2002.

J'ai exploité 433 dossiers obstétricaux, 399 ont été retenus pour l'étude statistique pour les raisons expliquées précédemment.

Chaque dossier a été résumé sur une fiche (qui se trouve en annexe page 107). Sur cette fiche, ont été recensées les généralités concernant l'accouchement étudié. Il

s'agit des informations que l'on trouve dans le registre des accouchements de chaque maternité. Ces informations sont relativement faciles à recueillir.

Ensuite, il me fallait connaître les antécédents obstétricaux de la patiente et principalement les lésions périnéales dues aux accouchements antérieurs. Ces informations sont plus difficiles à obtenir car il a fallu étudier les dossiers obstétricaux des accouchements précédents. Ce fut relativement facile pour les patientes ayant toujours accouché dans le même établissement et quasiment impossible pour les autres patientes. C'est pourquoi les antécédents de lésions périnéales me sont parfois inconnus.

Puis, j'ai recueilli des informations concernant le travail précédant l'expulsion en décubitus latéral. Je ne peux exploiter ces données, une étude rétrospective de dossiers n'est pas adaptée pour le recueil de ce type d'information. Seule une étude prospective beaucoup plus complète serait intéressante pour évaluer ces données.

Enfin, les lésions périnéales dues à un accouchement sur le côté, sujet principal de mon étude, ont été notées telles qu'elles étaient décrites dans le dossier obstétrical.

III. Méthode d'exploitation des données.

Ce n'est qu'au cours de l'exploitation des données que les lésions périnéales ont été classées en quatre catégories.

La première catégorie concerne les périnées intacts, où aucune lésion ne fut constatée suite à l'expulsion.

La seconde catégorie concerne les lésions périnéales et vaginales superficielles. Y sont incluses les éraillures des petites et grandes lèvres, de la fourchette et du vagin, ainsi que les déchirures des petites lèvres. Il m'était parfois indiqué le nombre et le type de points nécessaires à la réfection de ces lésions. S'il s'agissait d'un simple surjet ou de deux ou trois points cutanés, ces lésions étaient intégrées dans cette catégorie.

La troisième catégorie concerne les déchirures simples du périnée ou dites du second degré. Ce type de lésion nécessite une réfection en trois plans. Elles étaient associées ou non à des lésions superficielles qui n'ont pas été comptabilisées dans la seconde catégorie. La lésion la plus importante étant celle qui prime pour le classement.

La dernière catégorie concerne les épisiotomies qu'elles soient médianes ou médio-latérales.

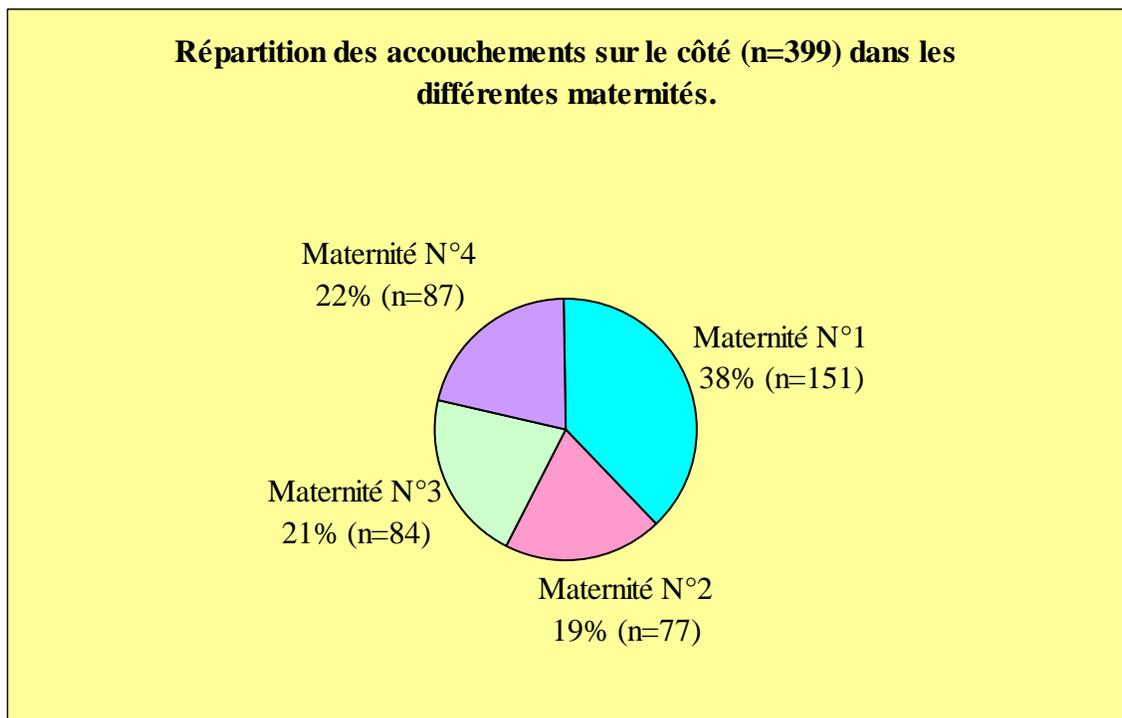
Les données statistiques de l'accouchement en décubitus latéral seront comparées avec des données nationales. Il s'agit des données statistiques enregistrées dans le cadre du réseau Audipog® qui travaille en collaboration avec l'INSERM. Ce réseau inclut plus de 200 maternités françaises publiques et privées. Les données utilisées sont relatives aux années 2002-2003 et représentent 17218 grossesses. On peut considérer que ces données sont valables pour l'accouchement en position gynécologique. Il est vrai que certains établissements inclus dans ce réseau pratiquent des accouchements sur le côté ou dans d'autres positions. Mais ces pratiques sont marginales par rapport à la pratique de l'accouchement en position gynécologique qui est la plus largement répandue en France. Les données de l'échantillon des patientes en décubitus latéral seront donc comparées avec les données des patientes en position gynécologique du réseau Audipog®.

Chapitre 2 : Résultats.

I. Généralités.

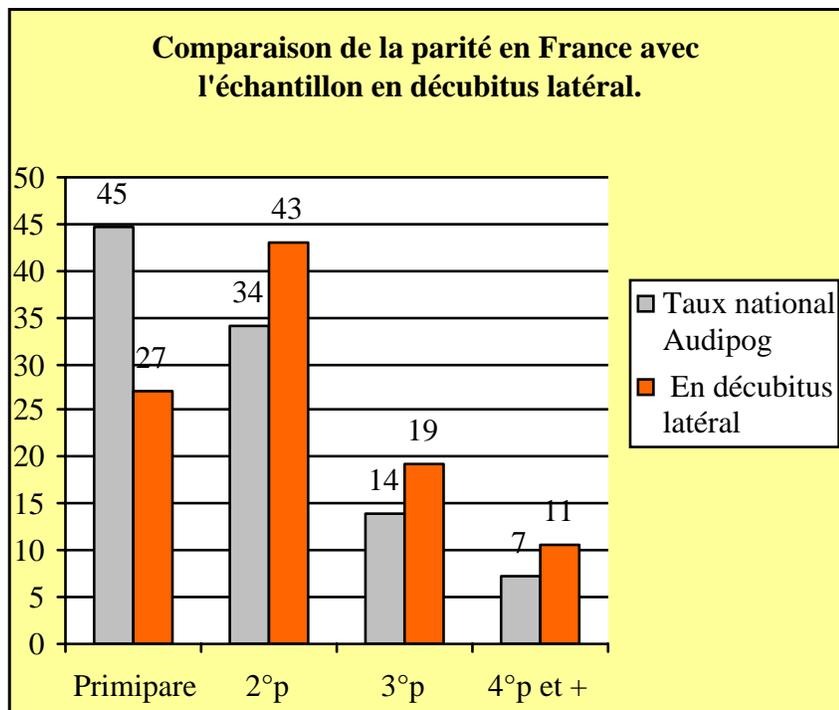
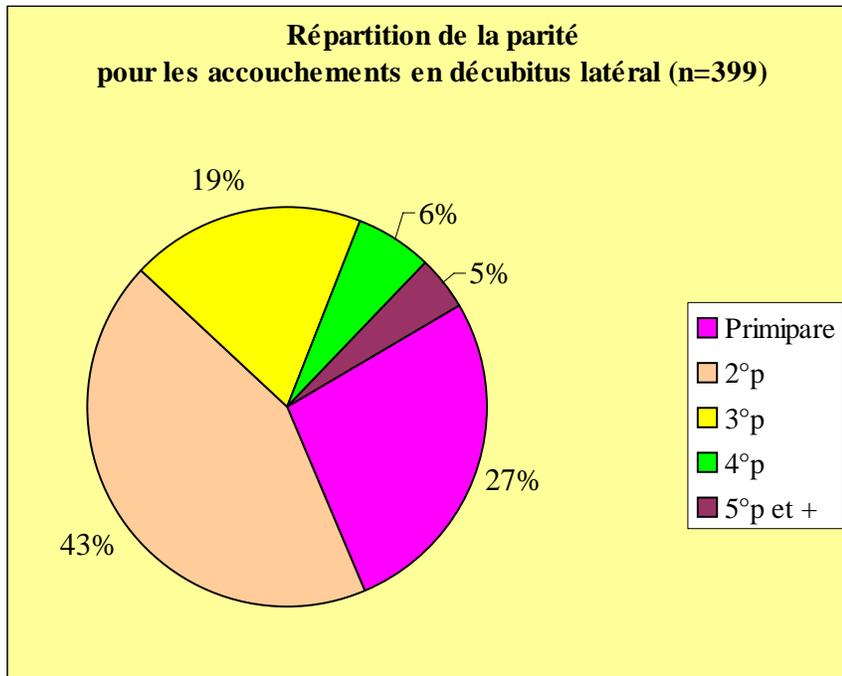
Voici quelques informations concernant l'échantillon d'accouchement en décubitus latéral.

I.1 Répartition des accouchements en décubitus latéral dans les différents établissements étudiés.



Ce graphique nous permet de visualiser la répartition dans les différentes maternités des cas d'accouchement sur le côté. Un des établissements, la maternité n°1 est mieux représentée que les autres, mais les différences sont peu significatives.

I.2 Répartition de la parité pour les accouchements en décubitus latéral.



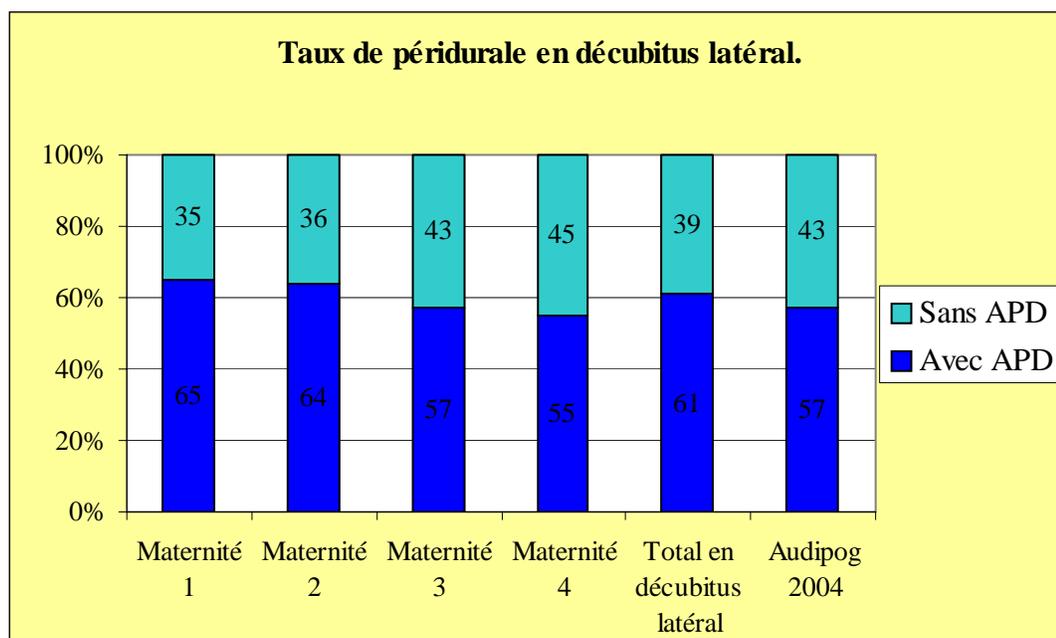
On peut observer que l'échantillon des patientes ayant accouché en décubitus latéral n'est pas tout à fait représentatif de la population nationale en ce qui concerne la

parité. On propose plus facilement à des multipares d'accoucher en décubitus latéral qu'à des primipares.

En effet, il s'agit des premiers accouchements en décubitus latéral, et il est plus facile d'accoucher une multipare qu'une primipare. Lors d'un accouchement, un contrat tacite s'établit entre la patiente et la sage-femme. Il faut que la femme fasse confiance à la sage-femme pour ses compétences en cas de pathologie. Mais, il faut aussi que la sage-femme fasse confiance à cette femme, en ses capacités à accoucher. Actuellement, l'accouchement en décubitus latéral n'est pas connu du public, il s'effectue donc sur proposition de la sage-femme qui sait qu'une multipare a plus de chance de bien accoucher qu'une primipare, ayant déjà eu l'expérience d'un premier accouchement.

De même, la pratique de l'accouchement en décubitus latéral est récente. Les sages-femmes préfèrent donc choisir soigneusement les patientes auxquelles elles proposent l'accouchement sur le côté.

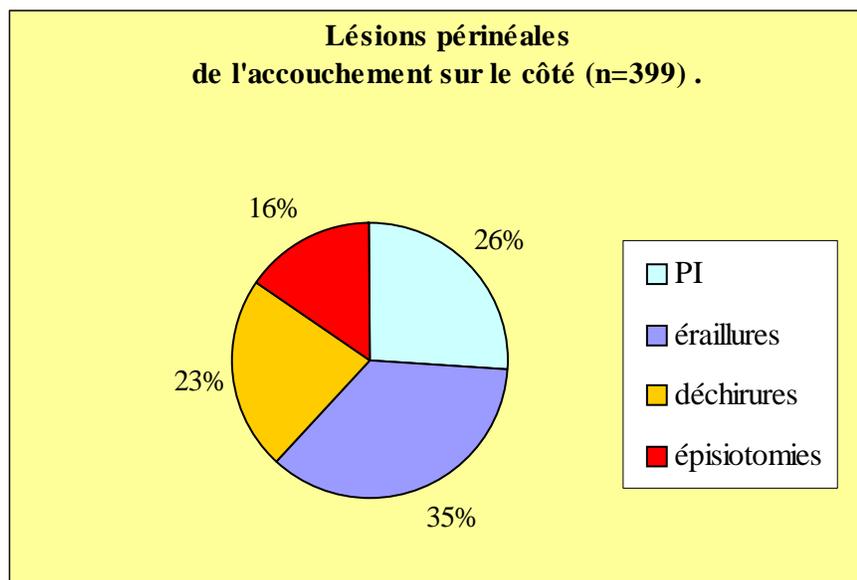
I.3 Taux d'analgésie péridurale des accouchements sur le côté.



Au vu de ce graphique, on peut affirmer que l'usage de l'analgésie péridurale pour l'accouchement en décubitus latéral est équivalent à l'accouchement en position gynécologique en France, et ce dans les quatre maternités.

II. Les lésions périnéales dues à l'accouchement sur le côté.

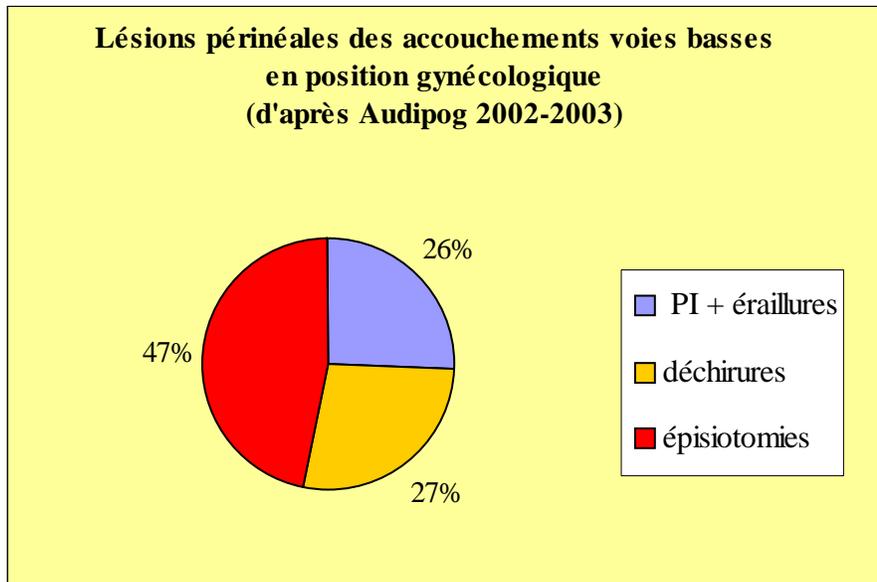
II.1. Lésions périnéales pour l'ensemble des accouchements en décubitus latéral.



En décubitus latéral, 26 % des patientes n'ont pas de lésions périnéales, et 35 % d'entre-elles ont des lésions superficielles, soit 61 % des patientes ayant accouché sur le côté ont peu ou pas de lésions périnéales.

Il a été nécessaire d'effectuer une suture périnéale en trois plans pour 39 % des accouchements en décubitus latéral, après une déchirure simple pour 23 %, et suite à une épisiotomie pour 16 % des patientes de l'échantillon.

II.2 Données nationales des lésions périnéales des accouchements en position gynécologique.

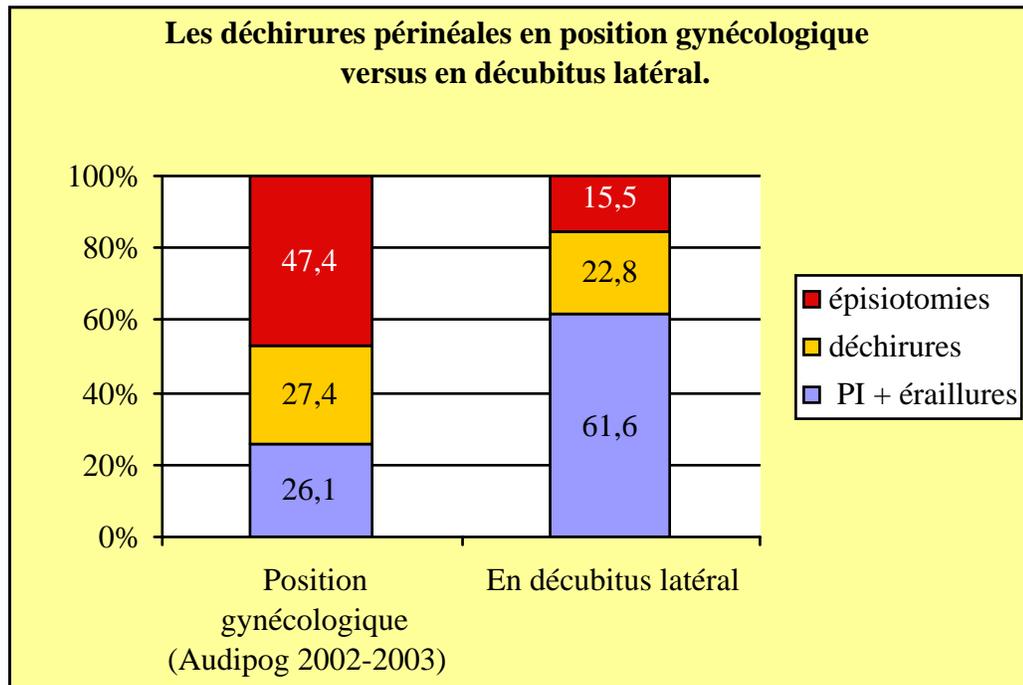


D'après les données statistiques du réseau Audipog, seulement 26 % des accouchées françaises n'ont pas ou peu de lésions périnéales.

Le taux de déchirures simples en position gynécologique est de 27 %.

En France, 47 % des accouchements voies basses ont nécessité une épisiotomie.

II.3 .Comparaison des lésions périnéales en position d'accouchement sur le côté avec les données nationales en position gynécologique.



On observe sur ce graphique, que les accouchements en décubitus latéral aboutissent pour près de 62 % à des périnées intacts ou avec des lésions superficielles; soit 2,4 fois plus que l'accouchement en position gynécologique.

En décubitus latéral, le taux d'épisiotomie est inférieur de 32 points au taux pour les accouchements en position gynécologique. Mais il ne faut pas oublier que le taux d'épisiotomies pour les accouchements en position gynécologique inclut les interventions instrumentales comme les forceps, ventouses et spatules qui représentent 12 % des accouchements voies basses d'après Audipog®.

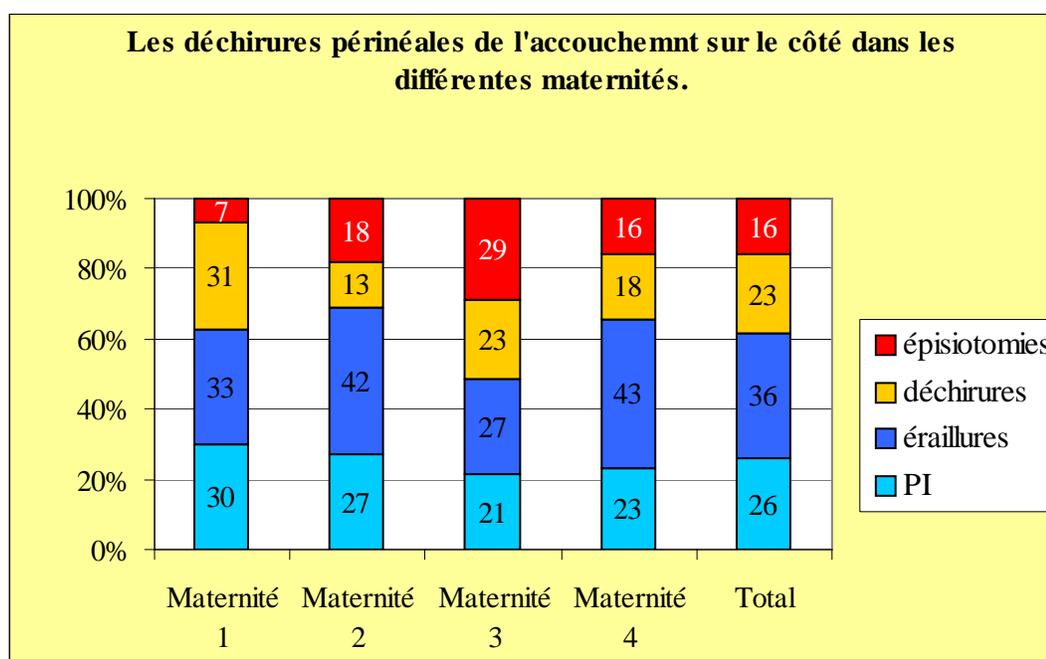
Le taux de déchirures simples est comparable sur le dos et sur le côté, malgré la diminution des épisiotomies en décubitus latéral.

Aucune déchirure complète ou complète compliquée n'a été constatée sur les 399 cas.

On peut affirmer en voyant ce graphique que la position d'accouchement en décubitus latéral protège le périnée des lésions périnéales. En effet, le taux de déchirures simples est équivalent sans qu'il ne soit nécessaire de pratiquer autant d'épisiotomies qu'en position gynécologique.

Ceci confirme l'hypothèse théorique de la diminution des lésions périnéales en décubitus latéral par le relâchement périnéal dû à la poussée en expiration forcée et en étirement.

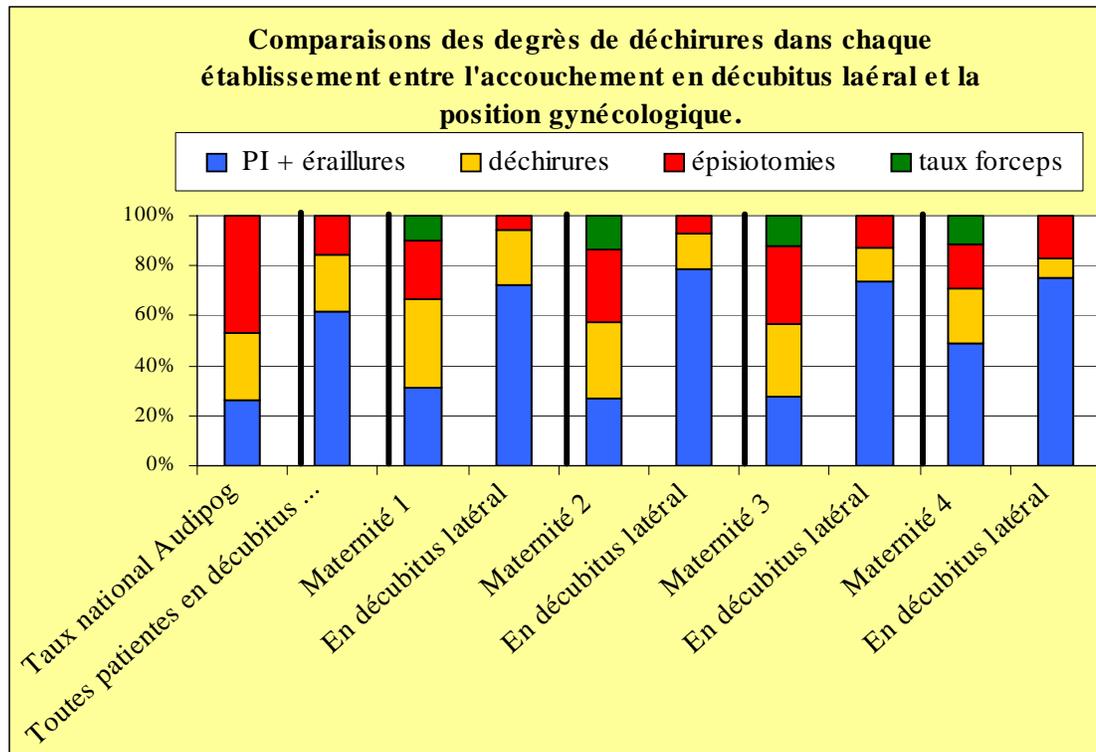
II.4 Les lésions périnéales dans les différents établissements.



Dans les quatre établissements, on observe la même tendance, avec un taux d'épisiotomie largement inférieur à la moyenne nationale sur le dos, un taux de déchirures simples comparable à la moyenne nationale, et une franche augmentation de périnées intacts et des lésions superficielles. On peut en déduire que c'est bien la position d'accouchement en décubitus latéral qui a une incidence sur les lésions périnéales et non les pratiques de chaque équipe.

Si on compare les données de l'accouchement en décubitus latéral de chaque établissement avec leurs statistiques globales, on observe la même tendance. Les

lésions périnéales sont inférieures en décubitus latéral par rapport à la position gynécologique.



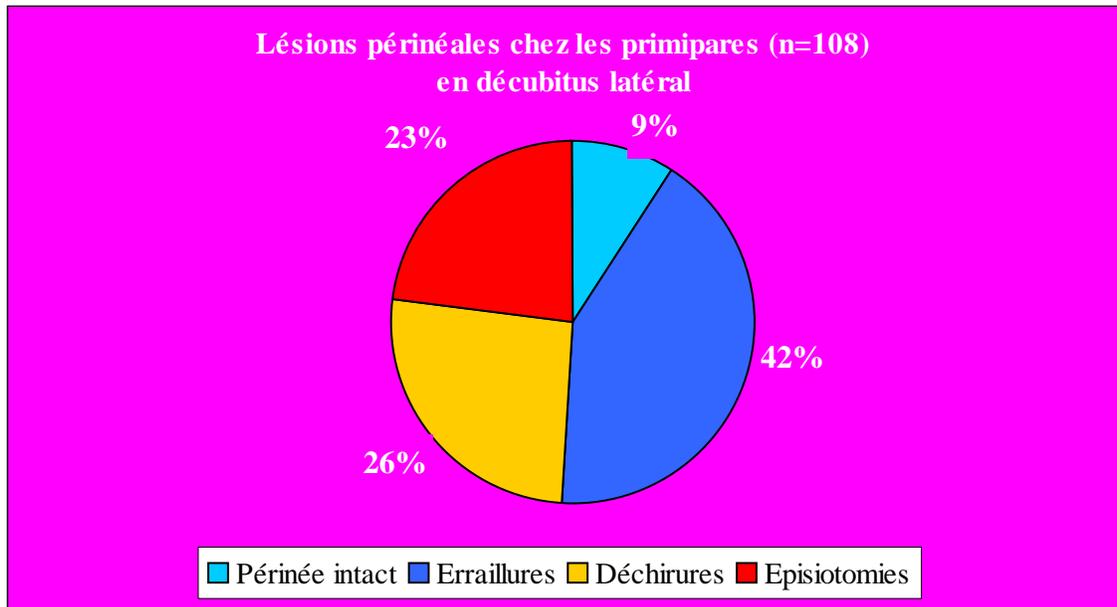
Mais il faut tenir compte des taux d'interventions instrumentales de chaque maternité, pour pouvoir comparer les différents taux d'épisiotomie. En effet, sont comptabilisées les épisiotomies faites lors d'une intervention instrumentale dans le taux d'épisiotomie des accouchements de chaque établissement.

III. Lésions périnéales en décubitus latéral en fonction de la parité.

Nous savons que pour les accouchements en position gynécologique le risque de déchirures périnéales n'est pas le même s'il s'agit d'une primipare ou d'une multipare. C'est pourquoi, il faut étudier, pour chaque parité, les lésions dues à l'accouchement en décubitus latéral.

III.1 Degrés de déchirures rencontrées pour chaque parité.

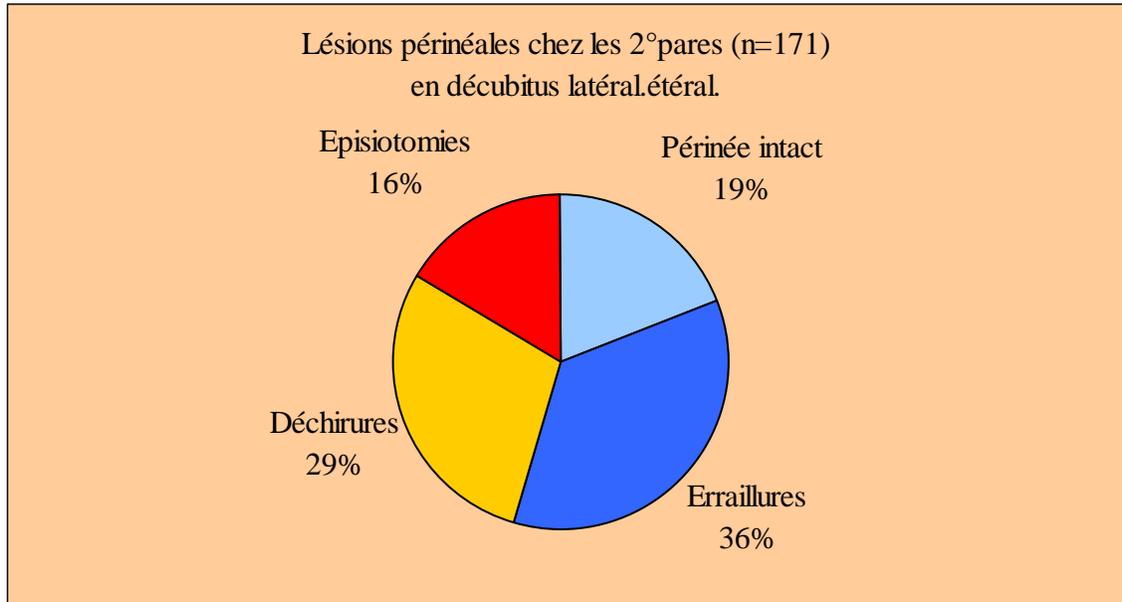
III.1.a) Pour les primipares.



En décubitus latéral, 51 % des primipares ont à l'issue de l'accouchement peu ou pas de lésions périnéales.

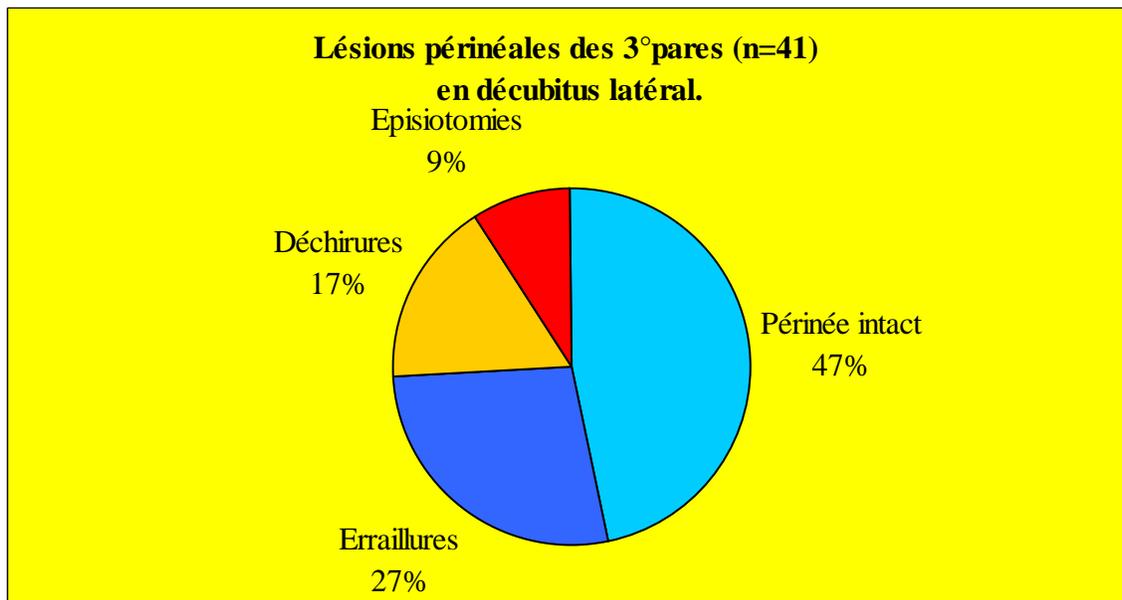
23 % des primipares ont subi une épisiotomie, ce taux est inférieur au taux national d'épisiotomie pour toutes les parités (44,7 %). De plus il est très inférieur au taux national d'épisiotomies chez les primipares qui est de 71 % (d'après les données de l'enquête périnatale de 1998)¹³, soit une diminution de 48 points ! L'accouchement en décubitus latéral a un effet très bénéfique pour les primipares.

III.1.b) Pour les deuxièmes pares.



En décubitus latéral, 55 % des deuxièmes pares ont à l'issue de l'accouchement peu ou pas de lésions périnéales. 16 % des deuxièmes pares ont subi une épisiotomie.

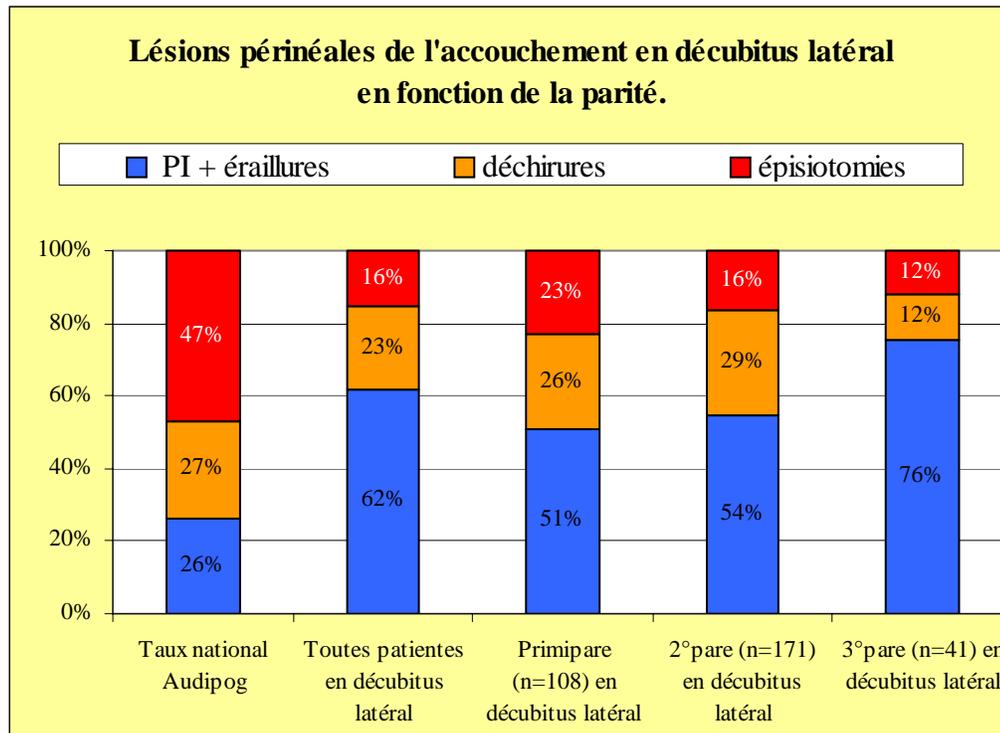
III.1.c) Pour les troisièmes pares.



En décubitus latéral, 74 % des troisièmes pares ont à l'issue de l'accouchement peu ou pas de lésions périnéales.

III.1.d) Comparaison des lésions périnéales en fonction de la parité.

Comparons les lésions périnéales en fonction de la parité avec l'ensemble des patientes ayant accouché sur le côté.



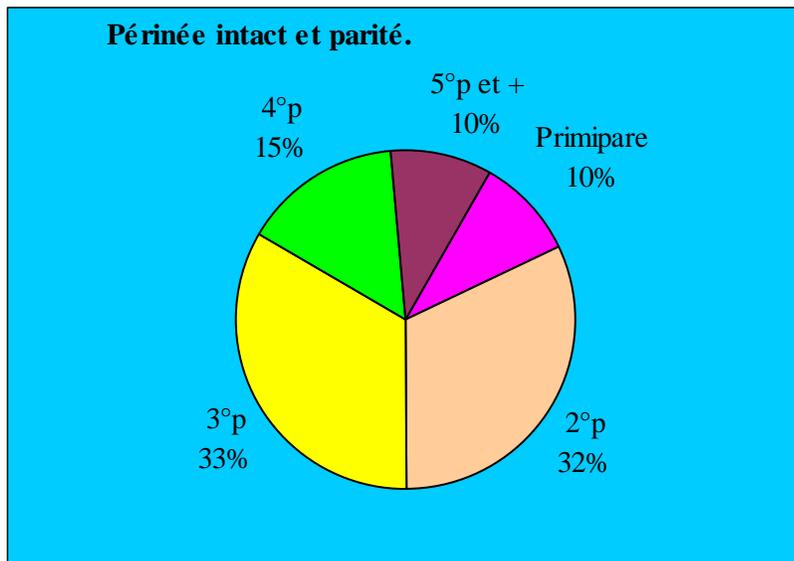
Il est classique de constater qu'il y a plus de risques de lésions périnéales pour une primipare que pour une multipare. On peut remarquer que cela s'applique aussi au décubitus latéral, mais dans une moindre mesure puisque même les primipares en décubitus latéral ont moins de lésions périnéales que toute la population française en position gynécologique.

En France, en position gynécologique, d'après les données de l'enquête périnatale de 1998, 71 % des primipares ont subies une épisiotomie, ainsi que 36 % des multipares. En comparant ces données avec les résultats de l'étude sur l'incidence de l'accouchement en décubitus latéral, on peut en conclure que l'accouchement en décubitus latéral provoque une très nette diminution de la pratique des épisiotomies sans augmenter le risque de déchirures périnéales.

III.2 Répartition de la parité en fonction des lésions périnéales.

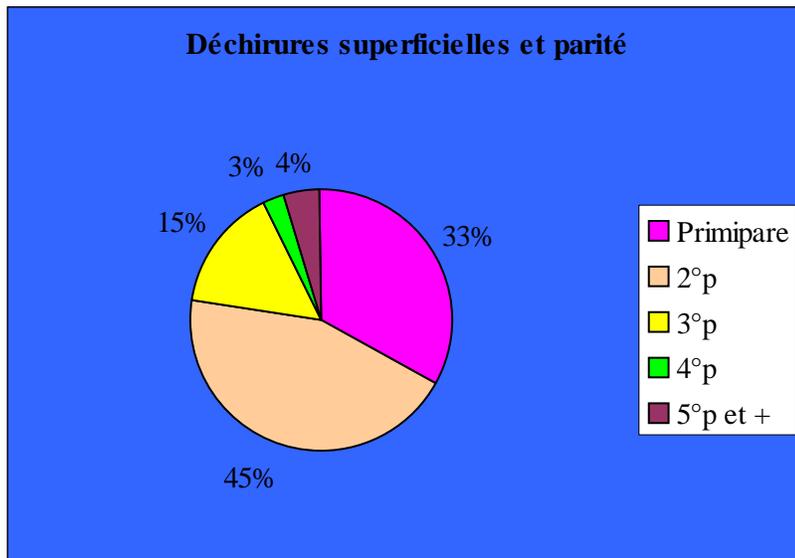
Observons, pour chaque catégorie de lésions périnéales, quelles patientes sont les plus touchées. Ces résultats concernent uniquement les accouchements en décubitus latéral de l'échantillon.

III.2.a) Pour les périnées intacts.



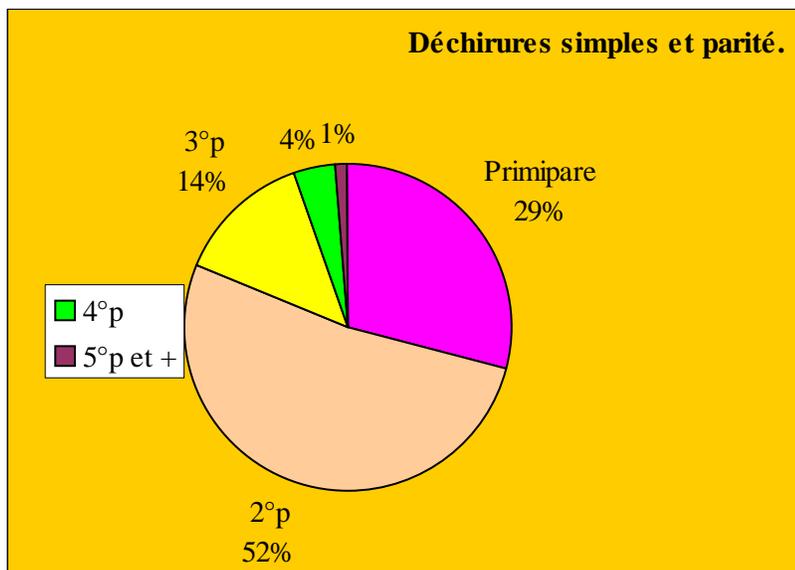
Ce graphique nous permet de confirmer que les multipares ont moins de lésions périnéales, en effet 90 % des périnées intacts ont été constatés sur des multipares. Et pour 58 % des périnées intacts la parité est supérieure à 3.

III.2.b) Pour les éraillures.



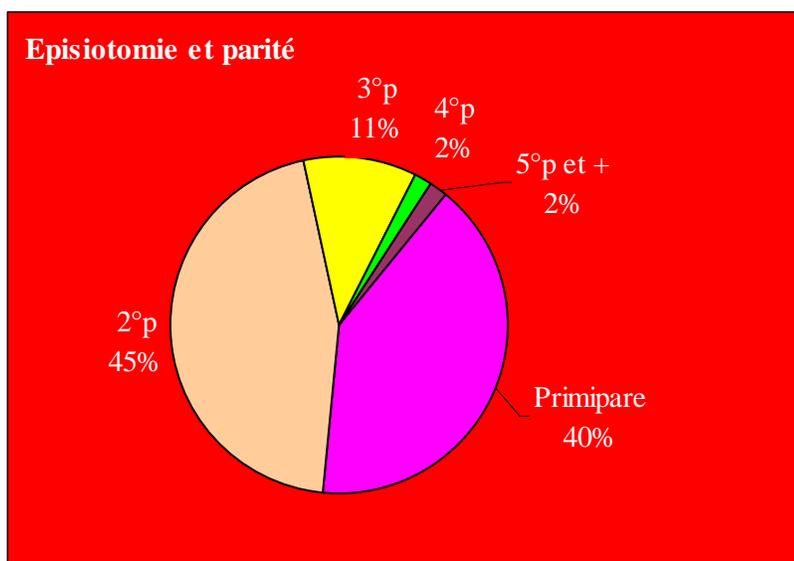
77 % des lésions superficielles atteignent des multipares.

III.2.c) Pour les déchirures simples.



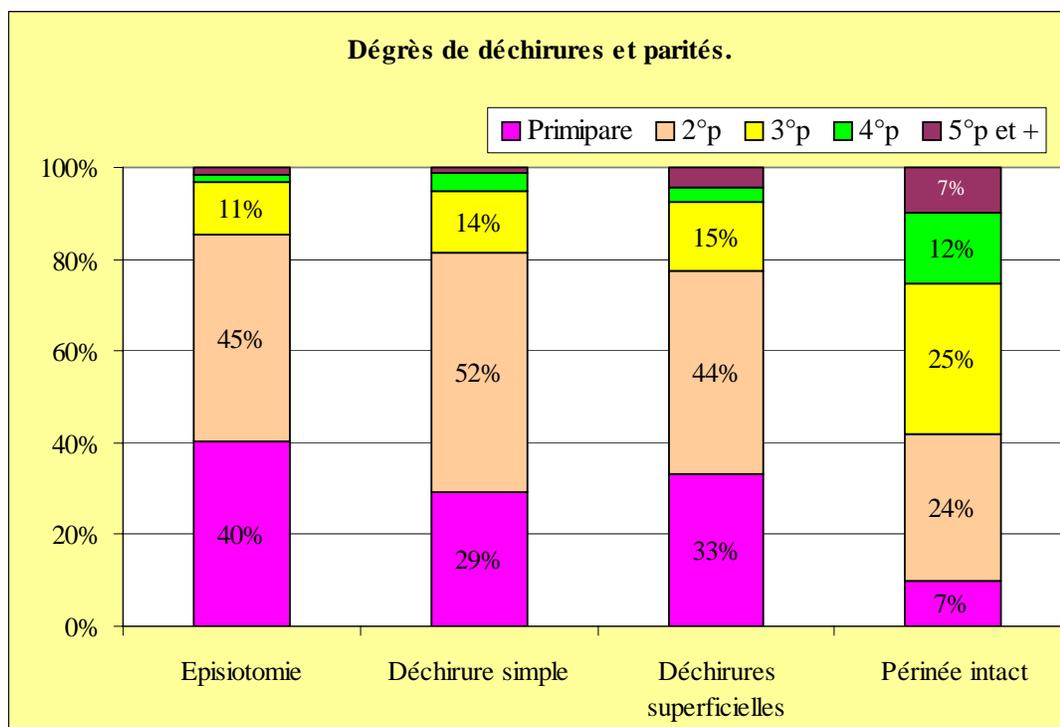
Parallèlement, on observe que 81 % des déchirures périnéales atteignent les primipares et les deuxièmes pares.

III.2.d) Pour les épisiotomies.



85 % des épisiotomies ont été réalisées chez des primipares et des deuxièmes pares.

III.2.e) Comparaison de la parité en fonction des degrés de déchirures.

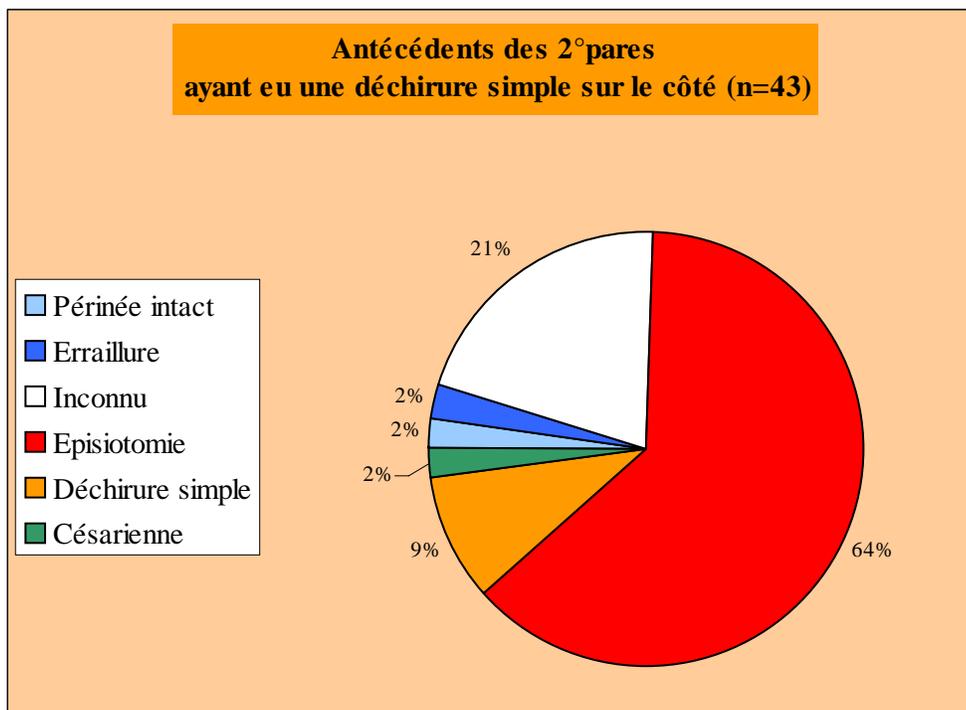


On voit bien sur ce graphique que ce sont les primipares et les deuxièmes pares qui sont le plus à risques de lésions périnéales importantes.

IV. Lésions périnéales et antécédents obstétricaux.

Cette étude porte plus particulièrement sur les deuxièmes pares. Il s'agit de connaître les antécédents de ces patientes ayant eu une épisiotomie ou une déchirure périnéale lors de ce second accouchement en décubitus latéral.

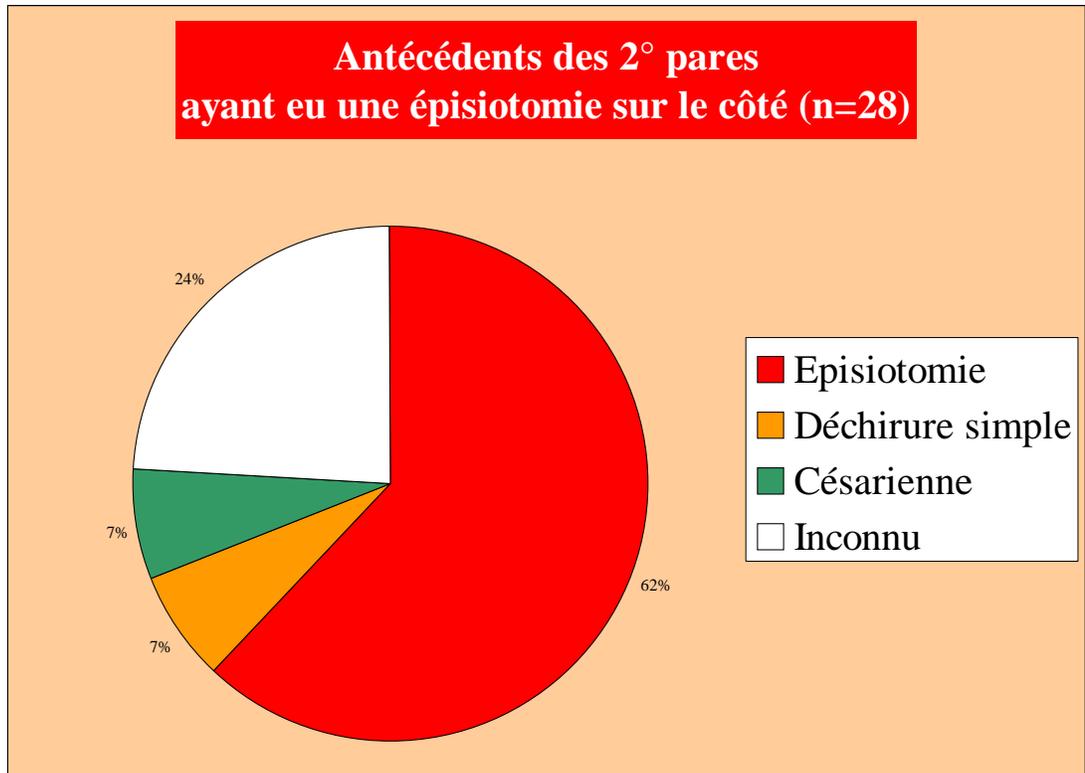
IV.1 Antécédents des deuxièmes pares ayant eu une déchirure simple sur le côté.



Ce graphique permet d'observer que 73 % des deuxièmes pares ayant eu une déchirure simple en accouchant sur le côté avaient un périnée cicatriciel. On peut donc supposer que ces patientes avaient un périnée fragilisé par le premier accouchement.

On peut donc supposer que c'est l'épisiotomie du premier accouchement qui est en partie responsable de cette déchirure.

IV.2 Antécédents des deuxièmes pères ayant eu une épisiotomie sur le côté.



De même, pour les épisiotomies lors de ce second accouchement, 69 % de ces patientes avait un périnée cicatriciel. On peut donc supposer que c'est l'épisiotomie du premier accouchement qui est en partie responsable de cette seconde épisiotomie.

7 % d'entre-elles n'avaient pas accouché par voie basse la fois précédente.

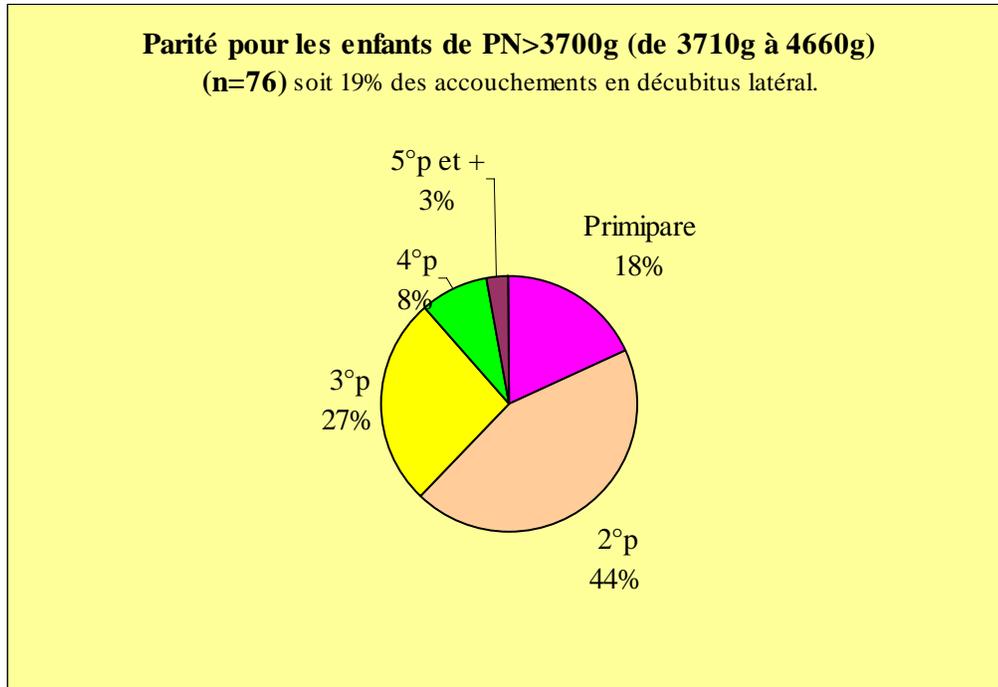
V. Les gros bébés et macrosomes.

Sur les 399 naissances étudiées, 76 concernaient des enfants de poids supérieur à 3700g. Cela représente 19 % des naissances en décubitus latéral de l'échantillon.

46 enfants nés sur le côté avaient un poids de naissance entre 3700g et 4000g.

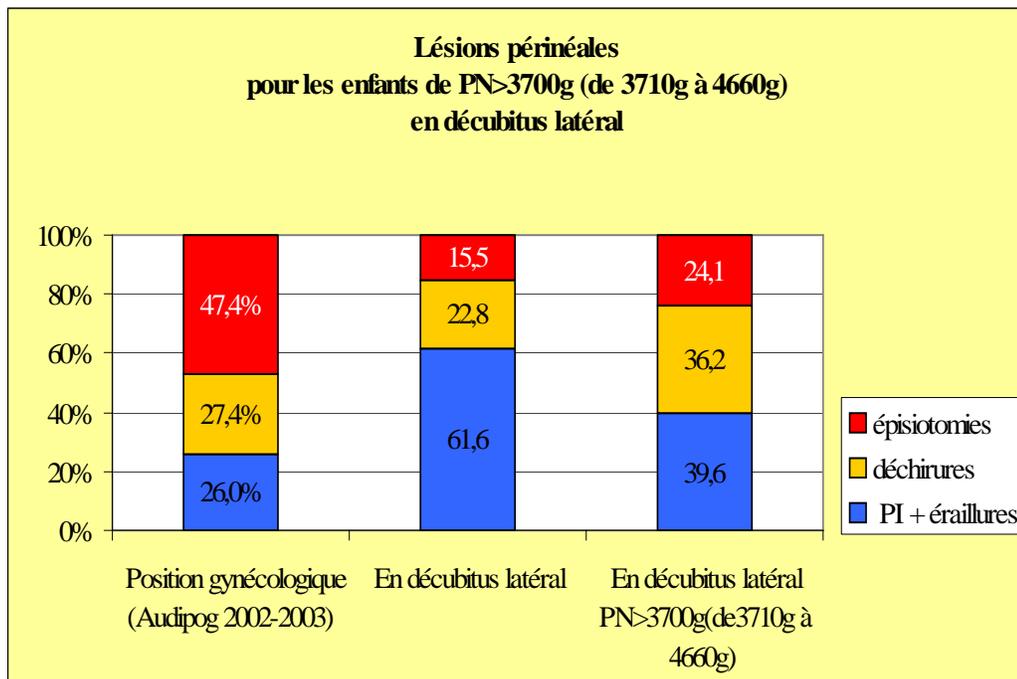
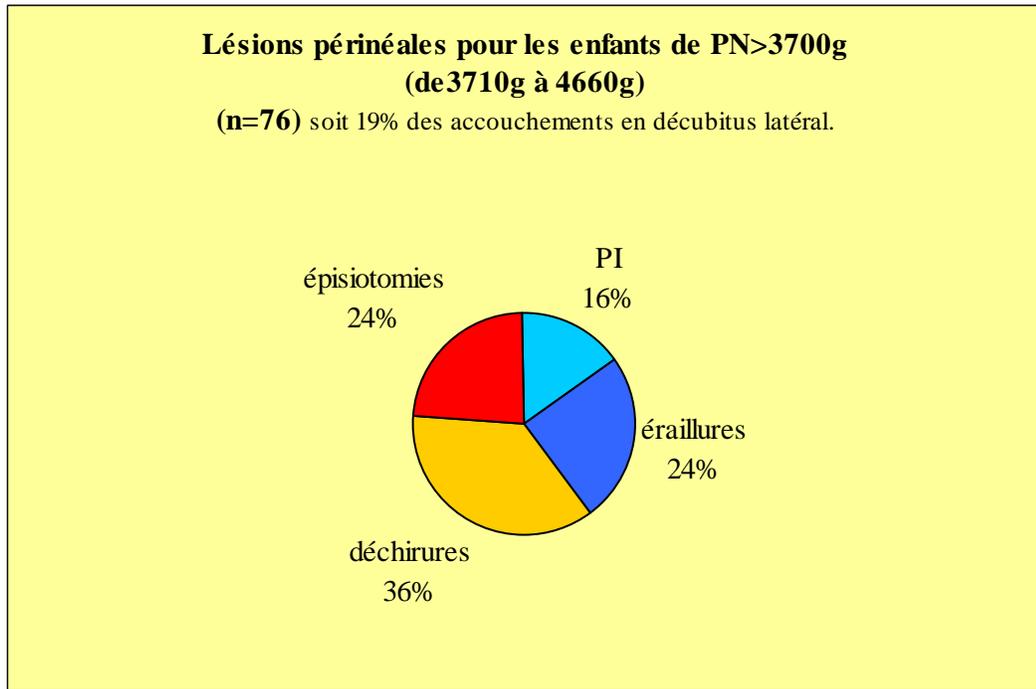
30 nouveaux-nés étaient des macrosomes avec des poids supérieurs à 4000g, le plus gros d'entre eux, né en décubitus latéral pesait 4660g.

V.1 Répartition de la parité pour les enfants de poids de naissance supérieur à 3700g.



Les multipares sont mieux représentées dans cet échantillon. On sait déjà que le poids de naissance augmente avec la parité.

V.2.Lésions périnéales et poids de naissance supérieur à 3700g.

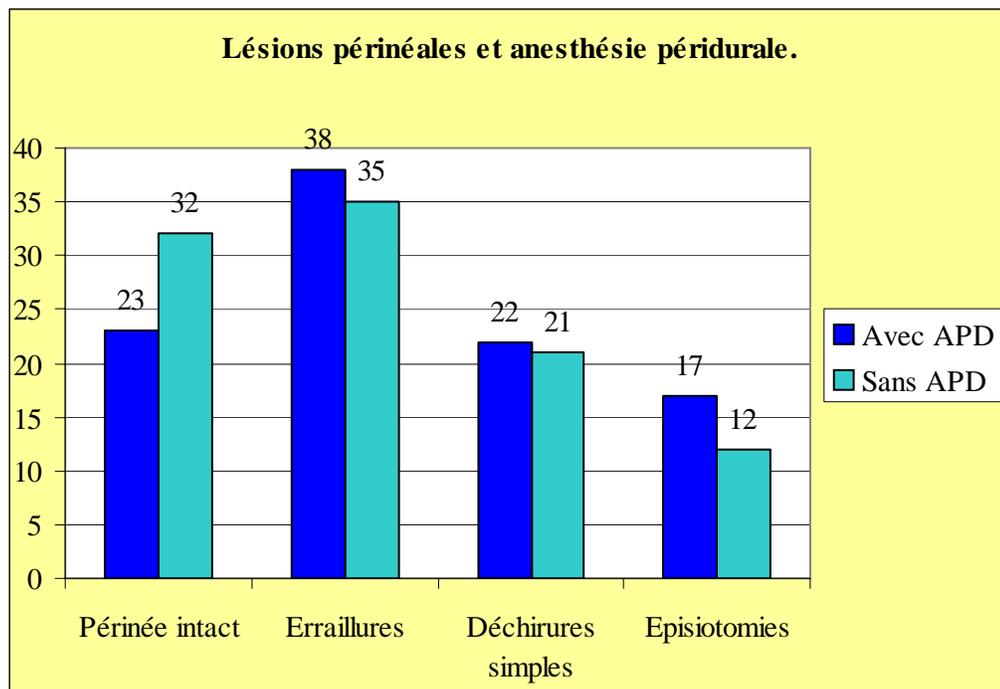


Pour ces enfants de poids supérieur à 3700g, il est nécessaire de faire plus d'épisiotomies que pour l'ensemble des accouchements sur le côté, mais le taux reste

inférieur au taux d'épisiotomies en position gynécologique pour tout poids de naissance confondu.

Par contre le taux de déchirures simples est supérieur à la moyenne nationale en position gynécologique. Il n'existe pas à ma connaissance de données nationales récentes, concernant l'incidence du poids de naissance sur la nature des lésions périnéales qui permettraient de comparer.

VI. Influence de l'analgésie péridurale sur les lésions périnéales en décubitus latéral.



On observe sur ce graphique que l'analgésie péridurale a une légère incidence sur les lésions périnéales en décubitus latéral. Avec une péridurale, le taux de périnée intact est inférieur de 9 points par rapport au taux sans analgésie péridurale. Cette différence se répartit entre les différents types de lésions, mais majoritairement en faveur des épisiotomies (de 5 points). On peut en conclure, qu'en décubitus latéral, l'analgésie péridurale peut favoriser la pratique de l'épisiotomie.

Troisième partie :

De la théorie à la pratique de
l'accouchement en décubitus latéral.

Observations. Discussion. Propositions.

Chapitre 1 : Analyse des résultats de l'étude statistique.

Les résultats de l'étude statistique sont encourageants. En effet, on observe sur l'échantillon de ces 399 premiers accouchements en décubitus latéral, une très nette diminution des lésions périnéales. Le taux de lésions minimales du périnée est multiplié par 2,3 en décubitus latéral avec une diminution du taux d'épisiotomie de 31,9 points comparativement aux données du réseau Audipog®. En décubitus latéral, le taux d'épisiotomie est inférieur à 20 %, taux que recommande l'OMS dans un rapport de 1987 et qui correspond au taux d'épisiotomies justifiées scientifiquement.

I. Les biais de cette étude.

Mais il ne faut pas oublier que l'échantillon étudié ici n'est pas tout à fait représentatif. Les premiers accouchements en décubitus latéral ont été proposés à une population de patientes particulières, plus souvent multipares que primipares. La parité de l'échantillon est différente de la parité en France. En France, 45 % des accouchements ont lieu pour une primipare contre 27 % pour l'échantillon de l'étude, soit une différence de 19 points. Ce qui est non négligeable.

En outre, il s'agit d'une pratique nouvelle en France. Ce sont les premiers essais d'une nouvelle méthode d'accouchement pour laquelle les sages-femmes ont peu d'expérience. Il faut en tenir compte dans l'analyse des résultats. On peut supposer que les résultats seront plus réalistes lorsque la méthode sera bien maîtrisée et bien appliquée. L'étude sur dossier ne permet pas de vérifier si la méthode était correctement appliquée.

De plus, dans le taux national des accouchements en position gynécologique, ont été comptabilisées les épisiotomies effectuées dans le cadre d'interventions instrumentales, comme les forceps, spatules et ventouses. Les interventions

instrumentales sont évaluées à 12,2 % des accouchements voie basse d'après Audipog®. Le recueil de données de l'étude ne permet de comptabiliser que les lésions périnéales des accouchements en décubitus latéral abouti. Le nombre de tentatives d'accouchement sur le côté ayant abouti à un accouchement en position classique ne peut être connu par une étude sur dossiers. De même, les interventions instrumentales suite à un échec de l'accouchement sur le côté sont inconnues. Combien de patientes ont subi un forceps suite à une tentative d'accouchement en décubitus latéral ? L'étude ne permet pas de le dire. Elle ne permet pas non plus de déterminer l'influence de la position gynécologique sur les extractions instrumentales. Il s'agit là, d'un biais majeur qu'il faut prendre en compte pour l'interprétation de cette étude.

On peut donc penser que la diminution du taux de déchirures périnéales des accouchements sur le côté est un peu surestimée dans cette étude. Il faudrait compléter ce travail par d'autres études plus précises, prenant en compte le taux d'interventions instrumentales des accouchements sur le côté, avec un échantillon de parité comparable. Une étude comparative prospective donnerait une idée plus exacte des lésions périnéales engendrées par un accouchement en décubitus latéral. Ces études seront possibles dans un avenir proche, lorsque la pratique de l'accouchement en décubitus latéral sera plus répandue.

II. Autres études.

II.1 . Études françaises.

Une étude faite en 2001 par un étudiant sage-femme, M. Sébastien Brément, sous la direction du Pr. Racinet, évaluait l'impact de la formation « Naissance physiologique et prévention des prolapsus » du Dr Bernadette de Gasquet, dans le service de gynécologie-obstétrique de Voiron. La formation n'incluait pas à l'époque l'accouchement en décubitus latéral. Il s'agissait d'une étude avant-après, comparant deux échantillons de patientes, avant et après l'intervention du Dr Bernadette de Gasquet auprès des sages-femmes. La conclusion de cette étude était une diminution

des anomalies du RCF ainsi qu'une tendance à l'amélioration de l'état périnéal et un meilleur confort des patientes pendant le travail. (cf annexe page109)

L'accouchement en décubitus latéral est basé sur les mêmes fondements théoriques que ceux développés, à l'époque, dans la formation : respiration abdominale, étirement, postures, suspension, poussée en expiration forcée.

On peut en conclure que l'étude sur l'incidence de l'accouchement en décubitus latéral confirme les résultats de cette étude effectuée en 2001. Et que ce n'est pas seulement la position mais bien l'ensemble de la méthode d'accouchement en décubitus latéral qui est efficace.

À ma connaissance, d'autres études sont actuellement, en cours. On attend la publication d'une thèse de doctorat de médecine effectuée à l'hôpital Jeanne de Flandre de Lille, portant sur les conséquences périnéales de l'accouchement en décubitus latéral. Il s'agit d'une étude prospective comparative randomisée. Les résultats devraient être publiés au printemps 2005.

Le mémoire de M^{elle} Mélodie Hammel, étudiante sage-femme de l'école de Baudeloque, portera sur l'étude comparative rétrospective des accouchements sur le côté avec les accouchements en position gynécologique à la maternité de Villeneuve St Georges, service du Docteur Bernard Maria. La publication de ce mémoire est prévue pour Mai 2005.

Une étude comparative et randomisée à la maternité de Voiron, d'une étudiante sage-femme de Grenoble, Sophie Mossant, dirigé par le Professeur Claude Racinet devrait être publiée en Mai 2006.

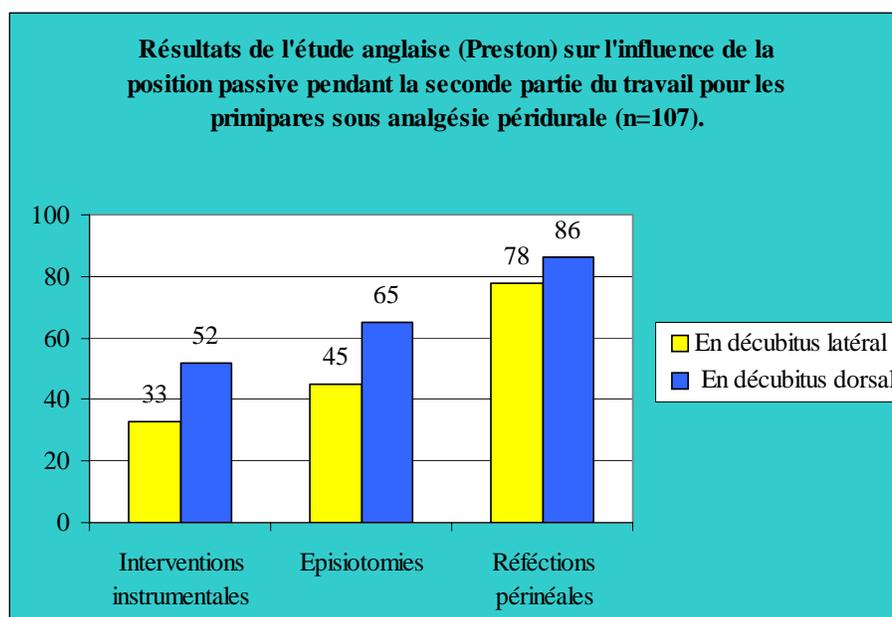
Les résultats de ces études seront intéressants et permettront de déterminer plus exactement les lésions périnéales des premiers accouchements en décubitus latéral pratiqué en France. En espérant qu'ils confirmeront les premiers résultats encourageants.

II.2 . Étude anglaise.

On trouve actuellement dans la littérature internationale, à ma connaissance, une étude sur l'influence du décubitus latéral sur les lésions périnéales. Il s'agit d'une étude anglaise parue dans le magazine Midwifery en juin 2004. C'est une étude prospective randomisée sur l'effet de la position passive dans la seconde partie du travail chez des primipares sous analgésie péridurale. Les auteurs sont S. Downe, D. Gerrett, MJ. Renfrew. Elle a été effectuée par le Childbearing and Health Group de la Midwifery Research Unit de l'University of Central Lancashire de Preston en Grande-Bretagne. (cf résumé en anglais en annexe page 111)

L'objectif de cette étude était de déterminer si le taux de naissance instrumentale, pour les primipares sous analgésie péridurale, était modifié par la position passive maternelle dans la seconde partie du travail.

C'est une étude prospective randomisée. Ont participé à cette étude 107 primipares sous analgésie péridurale sans contre-indication pour un accouchement voie basse. Ces patientes ont été placées en décubitus latéral pour la dernière partie du travail. Elles ont accouché en position gynécologique. Les critères étudiés étaient le mode d'accouchement, le taux d'épisiotomie et les sutures périnéales.



Les auteurs ajoutent que, parmi les 9 positions possibles de la tête fœtale à dilatation complète, seules les positions postérieure ou latérale augmentent le risque d'interventions instrumentales. Le poids maternel ne semble pas avoir d'effet.

La conclusion de cette étude est que les patientes en décubitus latéral pendant la fin du travail ont plus de chances d'accoucher spontanément par voie basse que les patientes assises ou en décubitus dorsal ; et que la position de la tête fœtale à dilatation complète est un facteur supplémentaire pour déterminer l'issue physiologique d'un accouchement.

Cette étude est intéressante à corrélérer avec l'étude effectuée dans les établissements français sur l'incidence de la position à l'expulsion sur les lésions périnéales pour deux raisons. Tout d'abord, elle étudie l'incidence de la position en décubitus latéral dans une autre phase du travail et montre que la position en décubitus latéral avant l'expulsion a déjà un effet sur les lésions périnéales. De plus elle prend en compte l'orientation de la tête fœtale qui est un élément majeur de la mécanique obstétricale. Cet élément n'est pas pris en compte dans mon étude. Il aurait peut-être été intéressant de l'exploiter, mais je pense que cela n'est possible que sur une étude prospective. Enfin, c'est une des premières études évaluant le taux d'interventions instrumentales en fonction de la position de la patiente pendant le travail.

En tout cas, les deux études, malgré leurs nombreux biais qu'il faut prendre en compte, montrent que la position en décubitus latéral pour l'engagement et le dégagement du fœtus sont de meilleur pronostic sur le plan périnéal.

Chapitre 2 : Analyses des films.

Je possède en tout neuf films d'accouchement en décubitus latéral, dont trois réalisés avec l'accord des patientes, à la maternité du Centre Hospitalier de Villeneuve St Georges au cours d'un stage effectué en salle de naissance dans le service du Dr Maria, en juillet 2004. Le premier sera diffusé lors de la soutenance du mémoire.

Les six autres m'ont été donnés en échange de mes films. Ils ont été tournés en 2002 et 2003 dans la maternité n°5.

I. Films tournés à Villeneuve St Georges.

Préambule.

Pourquoi avoir fait des films ? Il y a de nombreux intérêts à filmer ce type d'accouchement. Tout d'abord, cela permet de montrer ce qu'est un accouchement sur le côté. Beaucoup de personnes s'interrogent sur la réalisation pratique d'un accouchement en décubitus latéral. L'image permet de répondre à des questions qui mériteraient des réponses longues et laborieuses par écrit. Le film a donc ici un intérêt explicatif. Ensuite, cela a un intérêt scientifique et permet d'étudier de façon plus approfondie son déroulement et d'observer des éléments qui nous auraient échappé pendant l'accouchement. L'outil audiovisuel permet de faire des arrêts sur images, ou passer le film en accéléré, chose impossible au cours d'un accouchement.

Ces documents sont extrêmement intéressants, mais ils n'ont pas été tournés avec l'objectif d'être des outils pédagogiques. Il s'agit d'observations, réduites à quelques accouchements et ne correspondent pas forcément à la réalité. Ils permettent de nous approcher de la vérité. Il est toujours facile de critiquer a posteriori lorsqu'on connaît l'issue d'un accouchement. De plus, lors du visionnage d'un film, la notion de temps est modifiée, l'expulsion paraît très longue alors qu'elle ne dure que quelques

minutes. Il est important de prendre en compte ces éléments avant de faire l'analyse des films. Les commentaires de ces films ont été faits avec la participation du Dr Bernadette de Gasquet.

I.1 Film n°1 : La naissance de Thomas.

Ce film sera diffusé lors de soutenance du mémoire. Il s'agit d'une primipare à 39 SA sous anesthésie péridurale. Cet accouchement correspond exactement à la méthode d'accouchement en décubitus latéral.

I.1.a) Position de la patiente.

La sage-femme installe la patiente en décubitus latéral gauche avec la jambe droite dans un étrier, cette patiente est assez grande pour que cela soit possible. Le fémur droit est bien fléchi avec un angle inférieur à 90 ° avec le rachis, en adduction et en rotation externe. La jambe gauche est tendue en appui sur le cale-pied droit de la table d'accouchement. La patiente s'étire en attrapant la tête de lit avec son bras droit. On peut déjà remarquer que dans cette posture, la patiente est en décubitus latéro-ventral, en réalité. La patiente pousse en expirant et en s'étirant. La sage-femme est placée à gauche de la table d'accouchement.

I.1.b) Déroulement de l'expulsion.

La durée de l'expulsion est de 18 minutes. La caméra se focalise sur le périnée tout particulièrement. L'accouchement en décubitus latéral offre une autre vision du périnée par rapport à la vision habituelle qu'offre la position gynécologique. En décubitus latéral, on voit le périnée postérieur alors qu'en position gynécologique c'est le périnée antérieur que nous voyons.

On observe qu'à chaque poussée le périnée s'amplie avec une progression de la tête fœtale qui apparaît jusqu'au petit couronnement. Entre les poussées, la tête fœtale disparaît complètement, elle paraît aspirée à l'intérieur. À chaque poussée, la tête fœtale refait le même chemin, ampliant le périnée un petit peu plus à chaque fois. « *Le périnée s'amplie entre le coccyx et l'anus contrairement à l'accouchement en*

position gynécologique où il s'amplie entre l'anus et la fourchette vulvaire. »
(Dr B. de Gasquet).

La sage-femme encourage la patiente dans ses efforts expulsifs en expiration forcée et en étirement. Elle contrôle seulement deux fois avec ses doigts la souplesse du périnée. Elle ne modère pas la progression de la tête fœtale.

Puis on voit les bosses pariétales de la tête fœtale apparaître et franchir le périnée. La tête se défléchit dans un diamètre oblique antérieur. A la poussée suivante, la sage-femme réduit un circulaire lâche en le faisant glisser par-dessus la tête fœtale. En même temps on voit la tête faire un mouvement de restitution spontanément. Une autre poussée, plus forte est demandée à la patiente, qu'elle effectue en expire, et c'est l'épaule postérieure qui se dégage en premier dans un diamètre oblique. Contrairement au dégageant des épaules dans la position gynécologique qui s'effectue dans un diamètre antéro-postérieur avec l'épaule antérieure que l'on dégage en premier.

On observe une petite trace de sang sur l'épaule de l'enfant. Le dégageant de l'épaule a provoqué une déchirure simple de la fourchette. L'enfant est pris par la sage-femme, donné à sa mère entre ses jambes et posé contre elle sur le lit. C'est un beau garçon qui s'appelle Thomas de 3640g et 35 cm de PC. On coupe le cordon. On effectue la délivrance sur le dos sur un plat bassin. La réfection de la déchirure est effectuée en position gynécologique habituelle.

Cet accouchement est l'exemple parfait d'un accouchement en décubitus latéral. C'est une chance d'avoir pu le filmer.

I.2 Film n°2 : La naissance de Johnny.

Il s'agit d'une cinquième paré à 39 SA sous anesthésie péridurale.

I.2.a) Position de la patiente.

La patiente est installée en décubitus latéral droit avec la jambe gauche sur l'étrier droit de la table. Le fémur est en flexion à 90° avec le rachis et en légère abduction en

rotation interne. La jambe gauche est légèrement fléchie en appui sur le cale-pied droit. La patiente pousse en expirant et en s'étirant avec son bras droit sur la tête de lit. La sage-femme est dans l'angle gauche de la table qui est cassée partiellement pour s'adapter à la petite taille de la patiente.

On peut remarquer que la position de la patiente n'est pas tout à fait exacte. La jambe gauche devrait être plus fléchie et en adduction, et la jambe droite tendue en appui sur le cale-pied gauche. La patiente est peut-être un peu petite pour être installée sur l'étrier ; un coussin aurait peut-être suffi.

I.2.b) Déroulement de l'expulsion.

En cinq poussées, l'enfant a été expulsé. La sage-femme modère légèrement la progression de la tête fœtale. Pendant les quatre premières poussées, la tête fœtale amplie le périnée qui paraît très souple. Lors de la cinquième poussée, la tête fœtale et les épaules se dégagent dans un diamètre oblique en un même mouvement. L'enfant est récupéré par la sage-femme qui le dépose sur la cuisse de sa mère. La patiente le prend et découvre son enfant à côté d'elle dans le lit. C'est un garçon qui se prénomme Johnny, il pèse 2670g et mesure 33cm de PC. Le périnée est intact.

Cette naissance paraît vraiment très facile. La durée de l'expulsion est de 2 minutes et 30 secondes. Cela est lié à la parité de la patiente mais aussi au petit poids de l'enfant, mais il n'est pas expulsé en « bouchon de champagne » comme on peut le voir parfois en position gynécologique pour les enfants de petit poids. Dans cet accouchement, les petits défauts de posture n'ont pas eu de conséquence sur le déroulement de l'accouchement.

I.3 Film n°3 : La naissance de Jolina.

Il s'agit d'une patiente très menue d'origine africaine, c'est une primipare à 40 SA sans analgésie péridurale. Le travail a été très rapide.

I.3.a) Position de la patiente.

La patiente est installée en décubitus latéral gauche, la position est correcte avec le fémur droit en flexion, adduction et en rotation interne. L'autre jambe est tendue en appui sur le cale-pied opposé. La patiente pousse en expiration et en étirement.

I.3.b) Déroulement de l'expulsion.

Les contractions sont de très courte durée et peu fréquentes. La patiente a des efforts expulsifs d'assez bonne qualité. L'expulsion dure 31 minutes. Cela paraît très long, il y a en réalité 15 efforts de poussées. Le périnée s'étire énormément et paraît très tonique, vu sous l'angle de la caméra, c'est assez impressionnant. La sage-femme vérifie à chaque contraction la tonicité du périnée. La tête fœtale disparaît entre les poussées, faisant un peu plus de chemin à chaque poussée. On voit nettement l'anus qui s'étire vers le coccyx. Cela paraît interminable.

Puis à un moment la tête fœtale ne repart plus, le périnée est très étiré, la distance ano-vulvaire est à son maximum, un filet de sang apparaît sur la tête fœtale. C'est le signe qu'une lésion périnéale est en train de se former. À la poussée suivante, la patiente ne pousse plus et demande de l'aide. La sage-femme effectue une épisiotomie médio-latérale droite qui permet à la tête fœtale de se défléchir. Cette tête paraît très grosse par rapport au périnée de la patiente. On demande à la patiente de pousser pour les épaules. Ses efforts expulsifs sont inefficaces. La sage-femme effectue un mouvement de restitution puis engage et dégage l'épaule antérieure puis postérieure. Jolina est née avec comme Apgar 10/10, c'est une petite fille de 2640g avec un périmètre crânien de 32 cm seulement et un modelage de la tête assez important.

Lorsqu'on examine la patiente, il faut suturer l'épisiotomie mais aussi deux déchirures transversales du vagin.

I.3.c) Commentaires.

Cet accouchement un peu plus difficile que les autres amène quelques réflexions. Pourquoi c'est un accouchement un peu difficile alors que l'enfant est de petit poids ?

Certes, l'enfant est petit mais la patiente est très menue et pesait moins de 50 kg, je n'ai pas connaissance de sa taille. En tout cas, l'enfant est gros pour sa mère.

L'accouchement en décubitus latéral a-t-il eu un effet bénéfique, permettant un accouchement voie basse avec des lésions périnéales modestes ? Que se serait-il passé en position gynécologique ? On ne peut pas refaire l'histoire, mais on peut se poser la question.

Pour quelles raisons ce périnée était-il si tonique au point de déchirer et qu'il soit nécessaire de faire une épisiotomie alors que la patiente est dans une bonne position pour pousser à l'expire ? L'audiovisuel nous permet peut-être de comprendre. À vitesse réelle, cela n'est pas visible. Mais lorsqu'on visionne la séquence en accéléré, on peut voir comment se comporte le périnée. À chaque fois que la sage-femme passe son doigt entre la présentation et le périnée, il se contracte de façon réflexe, et est alors plus tonique. Il se détend ensuite progressivement en dehors des poussées. Mais à la poussée suivante, il se recontracte avec le contact des doigts. Le contact des doigts provoquerait donc une contraction réflexe du périnée et perturberait le réflexe expulsif du périnée. Cette hypothèse mériterait d'autres études mais c'est une piste de recherche à ne pas négliger. Nos gestes auraient-ils un effet délétère sur le réflexe expulsif en provoquant la contraction réflexe du périnée, et seraient-ils à l'origine de nombreuses lésions périnéales ?

II. Films donnés par la maternité n°5.

II.1 Préambule.

Ces films m'ont été donnés en échange de mes films. Ils ont été tournés par l'équipe de la maternité n°5. Il s'agit à ma connaissance, des tout premiers accouchements en décubitus latéral réalisés en France. Ils ont été effectués en 2002 et 2003.

Les sages-femmes de cette maternité n'ont pas bénéficié de la formation du Dr Bernadette de Gasquet, mais seulement d'une information. La pratique d'accouchement en décubitus latéral était soutenue par le chef de service.

En voyant les films, on constate que les positions des patientes sont très approximatives. Mais ces sages-femmes ont le mérite d'avoir osé changer de position les patientes pour l'expulsion et d'avoir essayé. Je ne veux en aucun cas les accuser de quoi que ce soit. C'est facile aujourd'hui, en 2005, de dénoncer les erreurs de ces premiers accouchements, alors qu'on a perfectionné la méthode et modifié la posture au fur et à mesure des expériences. Mais ces films sont intéressants à exploiter. L'erreur est formatrice.

Il s'agit de 6 accouchements en décubitus latéral. Je n'ai aucun renseignement sur ces accouchements. Les parités, les poids des enfants, les lésions périnéales engendrées me sont inconnus. Un seul enregistrement est sonorisé.

II.2 Positions des patientes.

Les six patientes sont installées différemment. Ces clichés issus du film, montrent les positions de cinq de ces patientes.



❶ Cette patiente en décubitus latéral gauche paraît être installée confortablement mais le fémur droit n'est pas assez fléchi et il faudrait que la jambe gauche puisse prendre appui sur un cale-pied droit ou une personne pour pouvoir pousser en s'étirant. Qu'est devenu le monitoring ?



❷ Cette patiente est assez bien installée, mais le fémur droit est en rotation externe alors qu'il devrait être en rotation interne. La jambe gauche devrait prendre appui sur le cale-pied droit et non le gauche.

③ Cette patiente est très mal installée, c'est inconfortable et instable.



- ▶ La table paraît très étroite
- ▶ Le genou dans le vide entraîne une instabilité.
- ▶ La patiente n'a aucun appui pour pousser.
- ▶ Le fémur droit n'est pas assez fléchi.
- ▶ La jambe gauche n'est pas assez tendue
- ▶ Les deux fémurs sont pratiquement parallèles.
- ▶ Le dossier de la table est relevé entraînant une discordance entre l'axe du rachis et le bassin.



④ Ici, le fémur droit est bien fléchi, mais le fémur gauche devrait être tendu. Il n'y a pas d'asymétrie du détroit supérieur pour permettre l'engagement des épaules. Ce serait la raison pour laquelle il est nécessaire de restituer et d'engager et dégager les épaules à la main comme en position

gynécologique. De plus la présence de la main de la patiente agrippant sa cuisse montre qu'elle ne s'étire pas pour pousser. Dans ces conditions l'accouchement en décubitus latéral ne présente pas beaucoup plus d'intérêt que l'accouchement en position gynécologique.



⑤ Dans cet accouchement, on maintient fortement le fémur droit mal fléchi et parallèle au fémur gauche qui devrait être tendu. L'enfant présentait un circulaire du cordon qui n'a été ni réduit ni sectionné empêchant l'expulsion.

Les mains gantées appuyant sur la fesse

sont inutiles.

⑥ Dans le dernier film qui est sonorisé, on entend la sage-femme encourager la patiente dans ses efforts expulsifs et dire : « *Vous prenez plein d'air, bloquez, et poussez fort en bas !* »... La patiente poussait donc en bloquant, alors qu'en décubitus latéral, il faut pousser en s'étirant et en expiration forcée.

II.3 Ce que nous apportent ces films.

On observe dans ces films que la méthode d'accouchement en décubitus latéral n'est pas tout à fait suivie, ceci est dû au fait que les sages-femmes n'ont pas été formées par le Dr B. de Gasquet.

Sur les six accouchements visibles dans le film, un seul se déroule sans l'intervention des sages-femmes. Dans les cinq autres, il est nécessaire de restituer ou d'engager et dégager les épaules, parce que les patientes sont mal installées, avec leurs fémurs parallèles et en adduction. Cette position des fémurs agrandit le détroit inférieur, mais diminue le détroit supérieur empêchant l'engagement des épaules.

Il faut donc, pour que la tête se dégage et que les épaules s'engagent, que les fémurs soient en adduction et asymétriques, agrandissant les deux détroits, supérieur et inférieur, en même temps par un mécanisme différent.

Les positions observées dans ces films sont intermédiaires entre la position gynécologique et le décubitus latéral. Elles ne permettent pas un dégagement spontané des épaules tel qu'on l'observe lorsque la méthode est bien appliquée. Dans ces conditions, les sages-femmes n'ont pas trouvé avantage à changer de méthode,

c'est pourquoi la position d'accouchement en décubitus latéral a été abandonnée dans cet établissement.

De plus, on comprend ici l'intérêt d'être formé à pratiquer des accouchements sur le côté. Cela ne s'improvise pas, le décubitus latéral ne suffit pas. Les fondements théoriques de cette méthode doivent être bien assimilés. Il est indispensable de maîtriser l'anatomie fonctionnelle du bassin et la mécanique obstétricale. Enfin, il est souhaitable de pratiquer ses premiers accouchements en décubitus latéral avec d'autres sages-femmes qui en ont déjà l'expérience.

Chapitre 3 : Pratique de l'accouchement en décubitus latéral.

I. Avantages et inconvénients.

I.1 Avantages.

Tout d'abord lorsqu'elle est bien appliquée, les patientes déclarent que cette position est plus confortable que la position gynécologique.

La douleur est diminuée. Les nerfs sacrés sont libres, ils ne sont pas comprimés entre la table d'accouchement et la présentation. Une patiente que j'ai interrogée dans la maternité n°2, m'assurait que « *l'utérus brûle moins que sur le dos* », elle a accouché de son huitième enfant sur le côté sans anesthésie péridurale. Tous ses accouchements précédents avaient été naturels et en position gynécologique.

L'expulsion paraît plus rapide en décubitus latéral, à conditions de faire pousser la patiente le plus tard possible. Ceci serait dû au fait que les patientes ressentent plus fortement les sensations périnéales, ce qui les aiderait à mieux diriger leurs efforts expulsifs. Il n'est alors pas toujours nécessaire de modérer la tête fœtale, de « *monter les bosses* », de restituer. Le dégagement de la tête et des épaules se fait sans notre intervention le plus souvent. La physiologie de l'accouchement est respectée.

En décubitus latéral, l'utérus gravide ne comprime pas la veine cave inférieure. Il n'y a donc pas d'effet Posero, ce qui diminue le risque d'hypoxie fœtale. De même, la patiente pousse en expiration, elle peut ainsi éliminer le dioxyde de carbone produit par l'effort physique de l'expulsion. On peut supposer qu'il y a moins de perturbations du pH fœtal.

Cette posture d'accouchement permet de faciliter l'expulsion par l'adaptation du bassin au passage de la tête fœtale. Il y aurait alors une diminution du modelage et des pressions exercées sur le crâne fœtal. Le bulbe, centre nerveux de la respiration, situé sous l'occiput, serait préservé de toute compression. Madame Roselyne Lalauze-Pol, ostéopathe, (portrait en annexe p 100) travaille actuellement sur cette hypothèse. Nous attendons les résultats de son travail avec impatience.

Enfin, d'après les résultats de l'étude statistique, on observe une très nette diminution du taux d'épisiotomies sans augmentation des déchirures périnéales. L'accouchement en décubitus latéral préserve donc des lésions périnéales.

I.2 Inconvénients.

Certaines patientes ou praticiens trouvent que l'accouchement en décubitus latéral est inesthétique parce que faisant référence au monde animal. D'autres diront que la pudeur n'y est pas préservée, et qu'il peut y avoir une connotation sexuelle. Ce point de vue doit être entendu et discuté avec les patientes. Il serait dommage qu'une patiente regrette d'avoir accouché dans une position qui aurait porté atteinte à sa pudeur et à sa dignité.

Mais le principal inconvénient est la perte de repères, surtout pour les praticiens. Nous n'avons pas l'habitude d'accoucher les patientes dans cette position. Cela nécessite une adaptation de notre part, ainsi que du matériel.

II. Indications / Contre indications.

Les indications et contre-indications présentées ici sont le fruit de mes observations, de ma réflexion et n'engagent que moi. Il n'existe pas encore à ma connaissance de protocole d'accouchement en décubitus latéral rédigé, cette pratique étant encore trop récente et assez peu répandue. On peut espérer, qu'à l'avenir ce paragraphe sera complété. Il s'agit ici de présenter les premiers paramètres à respecter pour une pratique sûre et adéquate.

II.1 Contre-indications.

Il est évident que les contre-indications reconnues classiquement pour un accouchement voie basse s'appliquent à l'accouchement en décubitus latéral.

Une patiente sous analgésie péridurale trop dosée peut avoir des difficultés à pousser, ce type d'analgésie ne permettant pas de préserver les sensations périnéales. De même, ces patientes sont plus difficiles à mobiliser. Il est parfois nécessaire de changer de position pour effectuer une intervention instrumentale, et cela est difficile lorsque la patiente ne ressent plus ses jambes. Mais une analgésie péridurale bien dosée n'est pas une contre-indication.

De plus, il me paraît difficile d'accoucher en décubitus latéral les patientes souffrant d'obésité. En effet, le périnée n'est pas visible sur le côté, caché par la chair des cuisses de ces patientes.

Enfin, le désir des patientes doit être respecté. Si une patiente préfère une autre position que le décubitus latéral pour accoucher, il est important de connaître les raisons de son choix, et de l'aider à trouver la position qui lui convient le mieux pour accoucher.

II.2 Indications.

Les patientes qui désirent accoucher dans cette position sont toutes indiquées.

Les patientes sans analgésie péridurale sont indiquées, et plus particulièrement celles qui ressentent leurs contractions dans le dos (« *accouchement par les reins* »). La position en décubitus latéral diminuerait la sensation de douleur, allégeant les nerfs sacrés de la compression de l'utérus gravide.

A l'avenir, si tous les avantages attendus de l'accouchement en décubitus latéral se confirment, on peut imaginer que les contre-indications relatives à l'accouchement voie basse en position gynécologique deviennent des indications d'accouchement en décubitus latéral. Je pense aux patientes présentant un bassin limite à la radiopelvimétrie classique, ou encore aux patientes déclenchées pour suspicion de

macrosomie, et pourquoi pas les sièges ? On pourrait ainsi espérer diminuer le taux de césarienne. Mais ce n'est pas encore pour aujourd'hui.

III. Rôles et gestes de la sage-femme pendant un accouchement en décubitus latéral.

Ce paragraphe donne des conseils pratiques pour effectuer des accouchements en décubitus latéral. Ces conseils sont issus principalement de l'expérience des sage-femmes de Villeneuve St Georges avec lesquelles j'ai effectué un stage en salle de naissance en Juillet 2004. L'analyse des films des deux maternités avec le Dr. B. de Gasquet a aussi permis leur élaboration.

Chaque patiente est différente, présentant une morphologie unique. Certaines sont petites, d'autres grandes. Pour une même taille, elles peuvent avoir des jambes de longueur différente. Il est important, pour chaque patiente, de prendre le temps de bien les positionner sur la table d'accouchement.

- La patiente doit être à plat
- Placer la patiente en décubitus latéral :
 - gauche pour un dos à gauche
 - droit pour un dos à droite.
- Placer la jambe supérieure de façon à ce que
 - l'angle fémur-rachis soit inférieur à 90°.
 - en adduction
 - en rotation interne.
- L'autre jambe doit être tendue et en appui sur le cale-pied opposé.
- La patiente pousse en s'étirant et en expiration forcée.

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.

Il faut faire pousser la patiente le plus tard possible, lorsqu'elle en ressent le besoin très fortement.

La sage-femme se place du côté de jambe fléchie, elle peut ainsi surveiller les contractions utérines en palpant le ventre ou repositionner le capteur du monitoring. Cela lui permet aussi de diriger la patiente dans ses efforts expulsifs, en faisant rentrer le ventre à la patiente pendant qu'elle expire et qu'elle s'étire.

Il est important qu'une seule personne, la sage-femme, dirige la patiente dans ses efforts expulsifs. En effet, dans cette position, le contact physique entre la sage-femme et la patiente est diminué voire absent, c'est pourquoi le contact oral est renforcé et ne doit pas subir d'interférences.

Il est possible de passer sur le dos à tout moment, les étriers étant déjà installés

On peut modérer le dégagement de la tête si cela paraît nécessaire.

Il faut essayer de toucher le périnée le moins possible pour ne pas provoquer le réflexe d'étirement et le laisser se détendre.

Il est possible de faire une épisiotomie si cela est nécessaire.

Une fois la tête sortie, il faut vérifier l'absence d'une circonférence du cordon, le réduire s'il est lâche et le sectionner s'il est serré.

Si, en une ou deux poussées, l'épaule postérieure ne s'est pas dégagée d'elle-même, il faut restituer et engager puis dégager les épaules comme on le ferait en position gynécologique.

L'enfant est recueilli par la sage-femme et rendu à sa mère en le passant entre les jambes de la patiente.

Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales.

En cas d'arrêt aux épaules, la première intention sera de fléchir au maximum la jambe supérieure (Mac Roberts adapté au côté) et d'effectuer un mouvement d'abduction et de rotation externe du fémur supérieur. En cas d'insuccès, passer à quatre pattes ou sur le dos pour faire la manœuvre de Jacquemier.

Chapitre 4 : Discussion et propositions.

I. L'accouchement en décubitus latéral, un progrès ?

Au vu des premiers résultats des différentes enquêtes statistiques actuellement publiées, on peut supposer que l'accouchement en décubitus latéral est un progrès en obstétrique. Les résultats, en matière de déchirures périnéales, sont même très supérieurs à ceux qui étaient espérés et ce malgré les tâtonnements dans l'application de la méthode.

L'accouchement en décubitus latéral est confortable et rend la douleur des contractions plus supportable, on peut ainsi proposer une nouvelle alternative aux patientes ne pouvant ou ne souhaitant pas accoucher avec une analgésie péridurale. Il s'agit là aussi, d'un progrès.

Sur le plan fœtal, si la diminution de l'hypoxie et les théories de Roselyne Lalauze-Pol se confirment, ce serait un immense progrès. On pourrait alors garantir à une plus large population une sécurité quant à l'avenir psychomoteur de leurs enfants.

On peut espérer, bientôt lorsque la méthode d'accouchement en décubitus latéral sera bien maîtrisée et plus répandue, une diminution des déchirures périnéales et surtout des épisiotomies, en France. Il ne serait pas impossible d'observer une diminution du taux d'interventions instrumentales voie basse, et pourquoi pas aussi une diminution du taux de césarienne, voire des séquelles psychomotrices dues à la naissance.

II. Cette pratique peut-elle se développer en France ?

Actuellement, en France, il est difficile de pratiquer des accouchements autrement qu'en position gynécologique.

Tout d'abord, nous sommes confrontés à des problèmes d'ordre matériel. Nos locaux et les tables d'accouchements en particulier, ne sont pas adaptés aux positions verticales et pas toujours adaptés au décubitus latéral.

La pratique d'accouchement en décubitus latéral peut s'avérer parfois impossible sur certaines tables. Soit parce que les étriers sont peu mobiles et trop courts (on peut alors essayer avec un coussin), soit parce que la table est trop étroite, ou encore parce qu'elle n'est pas équipée de cale-pieds (ils peuvent être remplacés par une personne qui fait office d'appui).

Ces contraintes matérielles sont un frein mineur au développement de la méthode, mais doivent être prises en compte. Le choix d'un nouveau matériel d'accouchement peut répondre au souhait de l'équipe à pratiquer des accouchements autrement qu'en position gynécologique. Les industriels proposent déjà des tables sur lesquelles il est possible de pratiquer des accouchements sur le côté, et de nombreuses maternités en sont déjà équipées.

C'est d'ailleurs l'un des avantages de l'accouchement en décubitus latéral. Certes, il faut adapter le matériel mais sans transformer totalement nos salles d'accouchement, et il est possible à tout moment de replacer la patiente en position gynécologique.

Ensuite, les praticiens, sages-femmes et obstétriciens, ne sont pas formés à pratiquer des accouchements autrement qu'en position gynécologique, les pratiques ancestrales ont été perdues. Il peut être déroutant pour nous, les praticiens, de modifier nos habitudes.

L'accouchement en décubitus latéral nous impose de remettre en cause certaines de nos pratiques, que l'on pensait être justes et bonnes, il y a encore quelques années. Nos pratiques actuelles sont le fruit de l'histoire de l'obstétrique ainsi que des hommes et des femmes qui ont fait cette histoire et ont tenté de s'adapter à l'environnement dans lequel ils évoluaient. L'obstétrique est une discipline médicale, et comme toute discipline scientifique, elle évolue constamment., en fonction des découvertes scientifiques mais aussi en s'adaptant aux patientes et à l'environnement dans lequel nous vivons.

Au cours de ces vingt dernières années, ce sont les progrès techniques qui ont permis d'améliorer la sécurité de nos patientes. L'accouchement en décubitus latéral nous propose, si les premiers résultats de l'enquête se confirment, d'améliorer la prise en charge de nos patientes en adaptant la position d'accouchement à la réalité de la physiologie de la mécanique obstétricale. C'est une nouvelle voie qui s'ouvre à nous pour progresser.

La population française actuelle est particulièrement sédentaire et suralimentée. Peu de patientes ont l'entraînement physique pour accoucher en appui sur leurs jambes, comme en position accroupie. Elles ont l'habitude de ne s'asseoir que sur des chaises ou des canapés, d'aller à la selle sur des toilettes surélevées. On ne peut plus imposer à cette population industrialisée d'accoucher comme d'autres populations qui n'ont pas les mêmes modes de vie. Une Africaine qui pile le mile et travaille dans les champs n'a pas la même résistance qu'une secrétaire européenne. Nous devons, en effet, nous adapter à cette population particulière.

Le décubitus est donc la position la plus adaptée dans les pays industrialisés. Mais pas forcément la position gynécologique, qui est une position d'examen, sans rapport avec la physiologie de l'accouchement. Ce que propose l'accouchement en décubitus latéral, c'est une adaptation des positions verticales au décubitus, permettant de bénéficier de leurs avantages physiologiques tout en conservant le confort des patientes, et la sécurité médicale.

L'accouchement en position gynécologique, imposé en France au XVIII^e siècle, est tellement ancré dans notre culture qu'il est parfois difficile d'imaginer que cela

peut être autrement, tant pour les praticiens que pour les patientes. Nos capacités d'adaptation et d'imagination sont sollicitées. Pour que l'accouchement en décubitus latéral devienne une pratique plus répandue, un effort de réflexion et de mise à jour de nos connaissances est nécessaire. Comme on l'a vu par l'analyse des films, la formation des praticiens à l'accouchement en décubitus latéral est indispensable.

De même, actuellement, les femmes françaises, lorsqu'elles imaginent leur accouchement, se voient en position gynécologique. Un travail d'information des patientes est nécessaire. Il est important qu'elles sachent qu'on peut accoucher autrement qu'en position gynécologique et qu'il s'agit certainement d'un progrès. Ma propre expérience montre que les patientes, lorsqu'on leur explique les intérêts d'accoucher en décubitus latéral, se montrent ouvertes à cette innovation. Elles sont d'ailleurs souvent moins sceptiques et plus enthousiastes que certains praticiens.

Il est vrai que ce mode d'accouchement leur offre une plus grande participation. Ce sont elles qui dirigent les poussées. Nous intervenons moins qu'au cours d'une expulsion en décubitus dorsal. Nous devons alors, nous efforcer de faire un peu plus confiance à la patiente dans sa capacité à mettre au monde son enfant. Notre rôle est essentiellement d'accompagner les patientes dans leurs efforts expulsifs, de surveiller le bon déroulement de l'expulsion et d'intervenir en cas de problème. Mais n'est-ce pas la définition de notre métier de sage-femme ? La « Midwife » anglaise, c'est-à-dire littéralement celle qui est « avec » la femme ?

Mais surtout, le frein majeur à de nouvelles pratiques est la pression exercée par le risque médico-légal, qui prend une place de plus en plus importante dans nos pratiques. La peur d'un procès en cas d'incident empêche l'innovation. Je ne suis pas sûre, qu'actuellement, en cas de procès concernant un accouchement en décubitus latéral, le dossier soit défendable devant les tribunaux.

C'est pourquoi, il est essentiel de faire des études scientifiques valables afin de justifier ce mode d'accouchement. J'espère, que dans quelques années, l'accouchement en décubitus latéral sera reconnu comme sans danger et présentant des bénéfices certains par l'ensemble de la profession et les experts judiciaires. Mais

ce n'est pas le cas actuellement, cette méthode doit encore faire ses preuves. S'il s'agit d'un réel progrès, nous devons nous atteler à évaluer de façon rigoureuse les bénéfices et les risques de l'accouchement en décubitus latéral, afin de pouvoir en faire bénéficier la population sans risques.

De même, avant d'effectuer des accouchements en décubitus latéral, il faut s'assurer que les responsables de l'établissement, le médecin chef de service en particulier, ne soient pas opposés à ce type de pratique. Il est indispensable d'obtenir leur accord, écrit de préférence. Il peut même être établi un protocole d'accouchement en décubitus latéral, signé par l'ensemble de l'équipe. Ces mesures de précautions sont nécessaires et permettent de se prémunir d'une éventuelle peine.

Un procès concernant l'accouchement d'une patiente ayant accouché en décubitus latéral aurait un effet très délétère sur le développement de la méthode en France. L'heure est à la précaution, pas à l'innovation. C'est pourquoi, il est très important d'être formé avant de pratiquer. Avoir lu ce mémoire ne suffit pas !...

Conclusion

L'accouchement en décubitus latéral est une méthode d'accouchement à part entière, qui ne s'improvise pas. La pratique de ce type d'accouchement nécessite une petite adaptation de notre matériel mais aussi de nos pratiques, et il est indispensable d'y être formé. Cette méthode présenterait un bénéfice certains sur les lésions périnéales au vue des résultats de l'étude statistique. D'autres études permettraient de vérifier les fondements théoriques complexes justifiant l'accouchement en décubitus latéral et pourraient apporter des réponses aux questions qui se posent toujours.

Si ce type d'accouchement s'avérait réellement de meilleur pronostic, il serait dommage de laisser passer une telle opportunité d'améliorer nos pratiques, et de donner aux femmes l'occasion de s'approprier davantage ce moment unique de leur vie, la naissance d'un enfant et d'une mère.

Bibliographie :

1. ML.VAUTIER Historique des positions obstétricales. Extrait de mémoire de 4^{ème} année. Promotion 1995.Ecole de sages-femmes de Lyon. Les dossiers de l'obstétrique. N°232. Octobre 1995.
2. . M. COULON-ARPIN. La maternité et les sages-femmes. De la préhistoire au XX^e siècle. Roger Dacosta.DR BERNADETTE DE GASQUET Abdominaux : arrêtez le massacre. Editions : Robert Jauze.
3. D.SALAGNAD. Accoucher accroupie ? Extrait de mémoire de 4^{ème} année. Promotion 1994.Ecole de sages-femmes de Limoges. Les dossiers de l'obstétrique. N°232. Octobre 1995.
4. Accoucher autrefois. BT2 numéro 139. 1979.
5. ALBERT DAUZAT. JEAN DUBOIS. HENRI MITTERAND Nouveau dictionnaire étymologique. Larousse 1964
6. M.PACIORNICK. Des arguments contre l'épisiotomie et pour la position accroupie pendant l'accouchement. Les dossiers de l'obstétrique. N°203. février 1993.
7. M. BONNET DEL VALLE. La naissance un voyage. L'harmattan.
8. I.A. KAPANDJI. Physiologie articulaire. Tome 3. Tronc et rachis. Maloine
9. C. PERRIN-TERRIN. Le périnée. Tester vos connaissances. Les dossiers de l'obstétrique. N°174. Juin 1990
10. Principes d'anatomie et de physiologie. De Boeck Université.
11. J.P.SCHAAL. D.REITHMULLER. R.MAILLET. Mécanique et techniques obstétricales. .2^{ème} édition. Sauramps médical. 1998.
12. DR BERNADETTE DE GASQUET Bien être et maternité.. Editions : Implexe. 7^e édition. 2003.
13. R.MAILLET, A.MARTIN, D.REITHMULLER. Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies ?. Mises à jour en gynécologie et obstétrique. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. XXVIII 2004. Diffusion Vigot-Paris.
14. BEATRICE LIEGEON. L'accouchement en position latéral : Bilan après une année au CHU de Besançon. Mémoire dans le cadre du D.U de mécanique et technique obstétricale. 2003.
15. C.RACINET. La recherche clinique sur les positions maternelle pendant le travail. Annales médicales de Nancy et de Lorraine. 1999. N°38.
16. FRANK.H.NETTER Atlas d'anatomie humaine. Editions : Novartis. 2^e édition
17. Le comité de rédaction se présente... Les dossiers de l'obstétrique. Hors série n°2. Novembre 2004
18. ROSELYNE LALAUZE-POL Le crâne du nouveau-né. Des contraintes fœtales et leurs enjeux neurologiques aux répercussions chez l'adulte. Tome1 et 2.Editions : Sauramps médical.2003.
19. . G.J.WITKOWSKI Histoire des accouchements chez tous les peuples. 1886.

20. M.ODENT. Le réflexe d'éjection du fœtus. Les dossiers de l'obstétrique. N°295. Juin 2001.
21. G.STEFFEN. L'épisiotomie prophylactique de routine est-elle justifiée. ? Les dossiers de l'obstétrique. N°181.Février 1991.
22. C.PAUFICHET.Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail.. 2003. Mémoire de fin d'étude. Ecole de sages-femmes de Port-Royal. Paris.
23. D. GAUSSEN. Louis XIV et Versailles. Mango.
24. B DE GASQUET. JD. POURROY, D ROUX, P ;ROY, G.VALANCOGNE.. A.WATIER. Manger, éliminer. Non à la constipation de 0 à 97 ans. Robert Jauze.
25. Mécanique obstétricale de l'accouchement. Tome1.CD-ROM. J-F Oury, O.Sybonie, D.Luton, Ph. Blot, J-P Renner
26. STEPHANIE PARIS-CHARDIN Naissance et mouvements : un projet plein d'avenir. Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre sage-femme. Promotion 2003-2004.
27. Périnée et maternité. Anatomie, prévention, rééducation. Collection : « Grands Sujets » « Les dossiers de l'obstétrique » E.L.P.E.A
28. J.LANSAC. G. BODY. F. PERROTIN. H. MARRET. Pratique de l'accouchement. 3^e Edition. Maloine.

ANNEXES.

Portraits

L'accouchement sur le côté à été importé, amélioré puis développé en France par le Dr Bernadette de Gasquet et Roselyne Lalauze. C'est en 2001 au cours du Diplôme Universitaire de Mécanique Obstétricale de Besançon que ces deux femmes se sont rencontrées. Il s'agit d'une position inédite d'accouchement dans l'hexagone. Elle porte différents noms, accouchement en décubitus latéral, position anglaise, ou encore position en chien de fusil.



Madame le Dr Bernadette de Gasquet est médecin et professeur de yoga spécialisé dans l'accompagnement à la naissance. Elle assure des consultations de périnéologie à la maternité des « Bluets » à Paris ainsi que des cours de préparation à la naissance et de yoga. De plus, elle est formatrice d'équipes obstétricales et de kinésithérapeutes (France et étranger) et intervient dans plusieurs écoles de sage-femme.

Elle est auteur de nombreux ouvrages qui ont pour lien le périnée. Le périnée féminin à trois fonctions : retenir et éliminer les urines, retenir et éliminer les selles et les gaz, retenir et éliminer le fœtus . « Abdominaux arrêtez le massacre » alerte les sportives des risques d'incontinence urinaires liés à leurs pratiques, « Bien-être et maternité » propose une prise en charge globale de la grossesse aux suites de couche, « Manger, éliminer » offre des solutions à la constipation, « L'enfance abusée » nous sensibilise à l'influence des abus sexuels sur le périnée.

Sa grande expérience du yoga lui donne une conception particulière du corps, différente des planches anatomiques statiques. La thèse de doctorat de médecine qu'elle présente en 1993 a pour sujet : « L'incontinence urinaire d'effort chez les multigestes. Constat, propositions de prévention en pré, per et post-partum. ». Ce

travail à reçu le prix de la fondation Polivex. Dans cette thèse, elle propose, pour l'accouchement, de laisser aux femmes une plus grande liberté de positions au cours du travail et un aménagement de la position gynécologique, afin de réduire le risque d'incontinence. Son travail sur la physiologie de la mécanique obstétricale intégrant la respiration et la dynamique périnéale nous offre un nouveau regard sur nos pratiques.

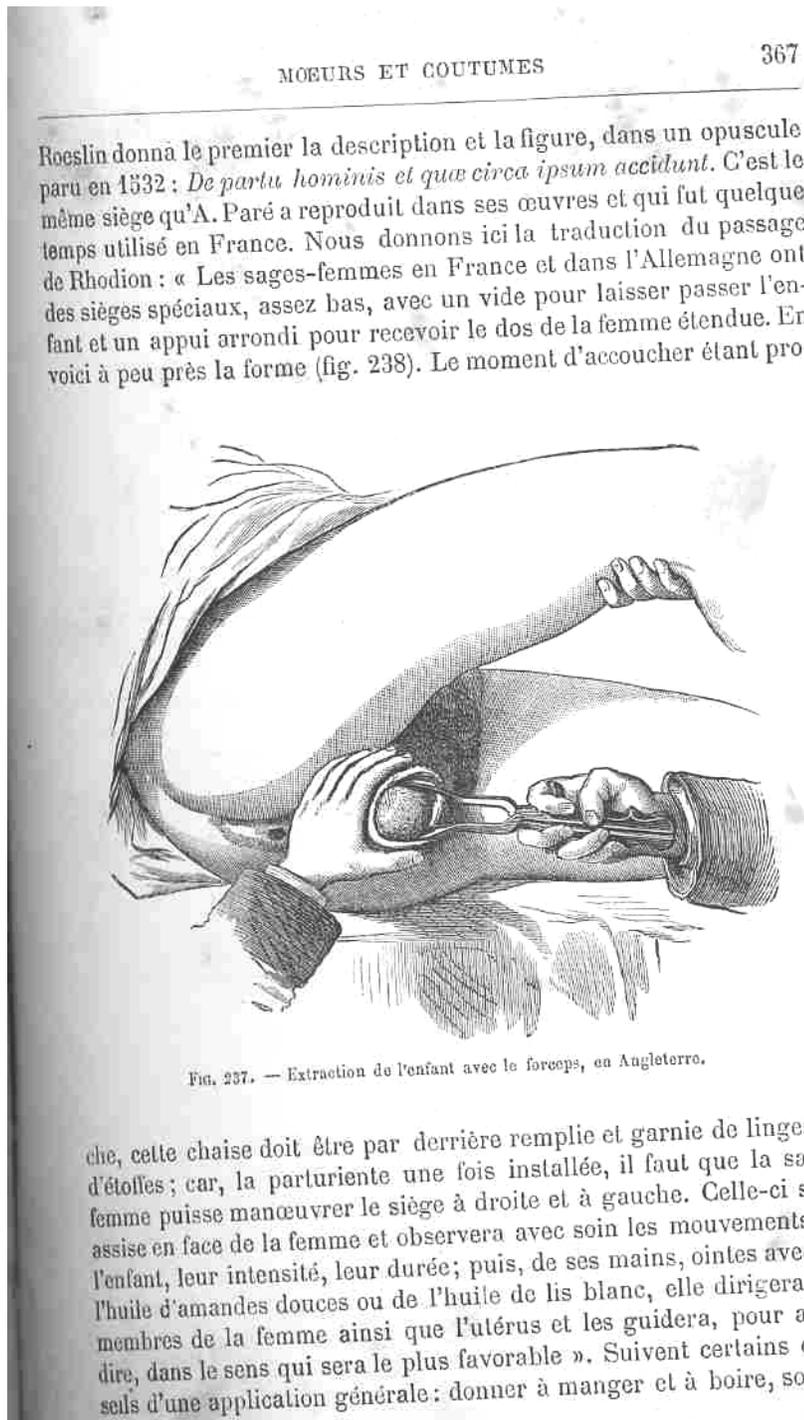


Madame Roselyne Lalauze-Pol est kinésithérapeute et ostéopathe. Elle possède aussi, depuis 1999, un Diplôme Universitaire d'Anatomie appliquée à la clinique et à l'imagerie médicale. Elle a travaillé de 1996 à 2000 dans une maternité au Vietnam, dans des conditions difficiles. Cette expérience la sensibilisée aux conséquences de la naissance pour le nouveau-né, en particulier au niveau du crâne fœtal, qui est devenu son principal sujet d'étude. Elle est auteur d'un ouvrage très complet : « Le crâne du nouveau-né » qui est une référence en ostéopathie.

Madame de Gasquet s'intéressait donc au bassin et au périnée de la mère, et Madame Lalauze-Pol au crâne de l'enfant. Leur rencontre à Besançon, lors du D.U. de mécanique obstétricale, a abouti à l'élaboration de l'accouchement sur le côté. La problématique de départ était la suivante : si on modifie la position du bassin maternel, que se passe-t-il pour le fœtus ? Ou bien : Quelle est la position optimale pour l'expulsion ?

Forceps anglais en décubitus latéral.

D'après l'Histoire des accouchements de tous les peuples paru en 1886, écrit par G.J. Witkowski. Cité par Racinet



Posters publiés par la national childbirth trust.

Positions to make the birth of your baby easier

Work with your midwife to find the right support to help you stay upright

Try kneeling if you are tired

"As the contractions got stronger, I went on my hands and knees and it seemed to ease the weight on my back"

Being in water can help you move around easily to give birth

Your pelvis will open wider if your knees are lower than your hips

"You know it's going to be painful (but) you have absolutely no idea what it's really like... It's true that you soon forget, I have no bad memories. I just remember this huge rush of love and relief"

"Blowing out during the contraction - that really helped me"

You did it!!

 **The National Childbirth Trust**
The voice of parents

Enquiry Line: 0870 444 8707 Website: www.nctpregnancyandbabycare.com
To order more copies call 0870 112 1120 or visit www.nctms.co.uk
(Registered Charity Number: 801395)

Positions to make your labour shorter and easier

Close physical contact, encouraging and soothing words, and eye to eye contact help



"When I was having contractions I needed someone to hold my hand. That got me over it."



"What really helped me was the massage - I wanted more, harder, harder. It was wonderful"

Firm pressure or massage on your lower back can help during a contraction

To help your baby ease down into your pelvis you could try...



...swaying your hips from side to side against the wall



...or swaying from side to side holding onto an open door

If you need continuous monitoring then you can still be in upright positions



Rocking is often comforting

If you need to rest, rest with your feet lower than your bottom to keep your pelvis open



Make use of whatever you have to stay upright

Keeping upright and moving around shortens your labour

Warm water can be very soothing



Contractions are often less painful in water



You can also be monitored in the pool

"The pool was fantastic - everything I had imagined"

Although most delivery rooms have a bed, remember lying on your back slows labour



Try lifting your bottom and leaning forward with each contraction

If progress slows...



your midwife may encourage you to walk up stairs sideways to help your labour along



Or try kneeling on one knee



The National Childbirth Trust
The voice of parents

Enquiry Line: 0870 444 8707 Website: www.nctpregnancyandbabycare.com
To order more copies call 0870 112 1120 or visit www.nctms.co.uk
(Registered Charity Number: 801395)

Source : <http://mamanantes.free.fr/accouch/posi.htm>

Fiche de recueil des dossiers.

Numéro dossier :

Lieu accouchement :

Généralités :

Date accouchement :/...../.....

Age : Parité : Terme : SA

PN :g PC :cm APD PPO

Particularité du périnée :

Antécédents obstétricaux :

Mode d'accouchement : AN Ventouse Spatules Forceps Césarienne

Position d'accouchement : Dos Côté Autre : Terme : SA

Lésions périnéales : PI Épisio Déchirure :

Enfant : PN :g PC :cm

Mode d'accouchement : AN Ventouse Spatules Forceps Césarienne

Position d'accouchement : Dos Côté Autre : Terme : SA

Lésions périnéales : PI Épisio Déchirure :

Enfant : PN :g PC :cm

Mode d'accouchement : AN Ventouse Spatules Forceps Césarienne

Position d'accouchement : Dos Côté Autre : Terme : SA

Lésions périnéales : PI Épisio Déchirure :

Enfant : PN :g PC :cm

Côté du dos :

Durée : du travail : h

Présentation pdt le travail :

de 5 cm à l'accouchement : h

Présentation à l'expulsion :

de l'engagement à l'acct : h

des efforts expulsifs : min

Technique de poussée :

Lésion périnéales : PI Episio

Description déchirure (degré, localisation) :

.....

.....

.....

Etudes statistiques.

ACCOUCHEMENT ET POSITIONS

<http://www.fraternet.org/naissance//afna/these.htm>

Thierry Richard

(Basée sur la thèse de doctorat en médecine du Docteur Anne Bourgeois)

La position de la femme "couchée sur le dos" (lithotomique) pendant le travail a été introduite par Mauriceau dans le 18ème siècle pour favoriser les manoeuvres pendant l'accouchement . Dans les communautés, qui n'ont pas adopté cette position, les femmes ont gardé l'habitude de marcher, de s'asseoir de se mettre debout, de choisir leur position pendant le travail. La position allongée n'est pas choisie spontanément . La meilleure position pendant l'accouchement devrait être déterminé par l'angle entre le foetus et le rachis maternel le plus approprié pour l'engagement et la progression foetale (angle de poussée). L'angle de poussée optimal est retrouvé en position verticale .

La position la plus fréquemment proposée à la femme, lors de la phase d'expulsion, est l'allongement sur table, les jambes retenues par des étriers.

Borgotta & al. ont recherché si l'association épisiotomie et membres inférieurs retenus sur étriers augmentait le risque de déchirures du 3ème et 4ème degré lors d'un accouchement spontané chez 241 primipares. Les lésions profondes du périnée ont eu une incidence de 0.9% chez les femmes qui ont accouché sans épisiotomie et sans étriers, et de 27.9% chez les femmes qui ont accouché avec une épisiotomie et les jambes retenues dans les étriers. Les poids de naissance étaient homogènes dans les 2 groupes, et comme le score d'Apgar, ils n'ont pas eu de rapport significatif avec le taux de déchirure profonde.

L'analyse a montré que l'utilisation des étriers empêche la femme de trouver spontanément la position dans laquelle la tension périnéale sera la plus faible pendant

le dégagement de la tête. La position des jambes entraîne une flexion des hanches associée à une abduction; il en résulte un étirement important du périnée, difficile à améliorer lorsqu'il devra affronter la tête foetale. En conclusion: "*ces résultats soutiennent l'idée que les lésions périnéales peuvent être minimisées pendant les accouchements simples en position lithotomique par un recours sélectif et restrictif des épisiotomies et étriers*".

Certaines équipes donnent à la femme la possibilité de bouger et de choisir spontanément la, ou les positions pour le travail et l'accouchement.

Diaz & al. [9] ont comparé les phases de travail de 149 femmes qui avaient la possibilité de marcher, s'asseoir, rester debout avec 224 femmes allongées sur un lit, sélectionnées de façon randomisée dans une population à faible risque. La comparaison du temps de travail a montré une différence significative ($P \text{ inf à } 0.001$) avec une réduction de 25% dans le groupe "vertical" (34% pour les primipares). Il n'y a pas eu de différences significatives sur la rupture spontanée des membranes, 76% du groupe "horizontal" est arrivé à dilatation cervicale complète sans rupture de la poche des eaux et 78% dans le groupe "vertical". Pas de différence sur le temps de travail, mais les forceps ont été significativement moins nécessaire dans le groupe vertical ($P < 0.05$). Pas de mortalité materno-foetale dans cette série, pas d'augmentation des risques pour la mère et l'enfant par les positions verticales pendant l'accouchement. Cette liberté de mouvement ne changeait rien à la sécurité puisque la surveillance du coeur foetal se faisait par téléométrie.

Les études sur le travail avec possibilité pour la femme de changer de position [9,] montrent une action positive sur la dilatation cervicale. La position verticale, augmente l'angle de poussée et diminue le temps du travail. Le travail est aussi mieux supporté nécessitant moins d'analgésique et moins d'anesthésie. Les positions verticales pendant le travail diminue aussi le recours aux ocytociques. Diaz [9] montre aussi une diminution des manoeuvres instrumentales en position verticale.

Golay & al. [12] ont, à travers une étude randomisée, étudié différentes positions adoptées par la femme pendant la phase d'expulsion. Ils ont comparé 200

accouchements en position accroupie et 100 accouchements en position demi-allongé. Le groupe accroupie a nécessité moins de stimulation du travail par ocytocique ($P=0.0016$). La médiane de la 2ème phase de travail dans le groupe accroupi était 23 min plus courte chez les primipares et 13 min plus courte chez les multipares. Moins nombreuses et moins difficiles manoeuvres instrumentales dans le groupe accroupie. L'étude des traumatismes périnéaux a montré une diminution significative des déchirures sévères du périnée et des épisiotomies avec la position accroupie ($p = 0.0001$).

Gardosi & al. [11] rapportent les résultats d'une étude contrôlée randomisée engageant 151 primipares et 18 sages-femmes, qui devait évaluer la phase d'expulsion dans différentes positions verticales (accroupie, à genou, assise, debout) comparée aux positions conventionnelles. Des positions verticales résultaient un plus fort taux de périnée intact. La position accroupie était difficile à maintenir sans aide, la position à genou était la plus appréciée.

Lorsque la progression du travail est lente, il y a souvent un bénéfice à faire passer une femme de la position allongée à la position verticale [11].

Les positions verticales tendent à augmenter les diamètres pelviens, elles favorisent un alignement approprié du fœtus dans le canal inférieur elles favorisent l'engagement et la progression foetale et favorisent la dilatation cervicale. Avec une application égale et directe de la tête foetale sur l'orifice inférieur du vagin Elles évitent les concentrations de pressions sur le périnée. Elles améliorent donc la capacité de distension du périnée et son pronostic.

La position sur siège obstétrical, apporte moins d'avantage que les positions verticales, sur le temps de travail, les modes d'expulsions et la protection du périnée [11,].

Evaluation d'une formation "accouchement physiologique " -
enquête avant-après

Dr S. Brement, Dr C. Racinet, Dr B. De Gasquet, Dr C. Giard

service de gynécologie-obstétrique - Voiron

Introduction

La formation à l'accouchement physiologique développe plusieurs concepts destinés à favoriser l'eutocie et à améliorer le vécu de l'accouchement (respiration de type abdominal, étirement lombaire, postures variées, utilisation large de la suspension, poussée en expiration forcée...).

L'efficacité de l'expulsion en position verticalisée a été validée (NP 1) Par contre, l'évaluation objective de cette formation globale n'a pas encore été réalisée : c'est le but de notre travail.

Méthodes

L'étude a été réalisée à la maternité de Voiron : il s'est agi d'une enquête de type avant - après. La formation du personnel s'est déroulée en deux vagues. Un premier échantillon E1 de parturientes a été constitué par sondage systématique et un deuxième échantillon E2 a été recueilli de façon prospective selon les mêmes règles, la formation prenant place entre les deux périodes.

Les différentes données démographiques, obstétricales et néonatales ont été extraites des dossiers obstétricaux. Le vécu de l'accouchement a été évalué par un questionnaire comportant onze items.

Résultats

- * **1)** Il n'existait aucune différence significative entre E1 et E2 pour l'âge, la parité, le terme et le poids de naissance.
- * **2)** Les pratiques en matière d'analgésie, d'utilisation d'ocytociques et de mode d'accouchement n'ont pas varié entre les deux échantillons. Il a été noté une tendance à la diminution des incisions et déchirures périnéales
- * **3)** E2 présentait une diminution significative des rythmes cardiaques fœtaux anormaux (13,7 % versus 27,6 %), par contre la durée du travail était

augmentée en moyenne de 42 minutes. Les délivrances anormales étaient identiques dans les deux groupes de même que le score moyen d'Appgar.

* **4)** L'accouchement a été vécu de façon plus positive après la formation du personnel. Les positions ont été estimées plus confortables pour E2 (77,5 % versus 59,2 %).

Conclusion

la formation à l'accouchement physiologique s'est avérée intéressante sur trois points :

- * Diminution des anomalies du RCF
- * Tendence à l'amélioration de l'état périnéal
- * Meilleur confort des patientes pendant le travail

Date de publication : 24-10-2001

© Santor 2003-2005

Source : www.sfmp.net. Cité par Claude Racinet

www.elsevier.com/locate/midw

A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgésia.

Soo Downe, BA (Hons), MSc, PhD, RM (Principal Lecturer, Director)^{a,*}, David Gerrett, B Pharm, MSc, PhD, MRPharmS (Senior Research Fellow) ^b, Mary J. Renfrew, BSc, PhD, RGN SCM (Professor of Midwifery Studies, Director)^{ca} Research in Childbearing and Health (ReaCH) Group, Midwifery Studies Research Unit, University of Central Lancashire, Preston, Lancashire, UK, Department of Health and Community Studies, University of Derby, Derbyshire UK7, UK. Mother and Infant Research Unit, University of Leeds, Yorkshire, UK, Received 6 March 2001; received in revised form 10 August 2001; accepted 24 July 2003

Summary

Objective: to determine whether the rate of instrumental birth in nullipares women using epidural analgesia is affected by maternal position in the passive second stage of labour. Design: a pragmatic prospective randomised trial. Setting: consultant maternity unit in the Midlands.

Participants: one hundred and seven nulliparous women using epidural analgésia and reaching the second stage of labour with no contraindications to spontaneous birth.

Interventions: the lateral versus the supported sitting position during the passive second stage of labour.

Measurements: mode of birth, incidence of episiotomy, and perineal suturing.

Findings: recruitment was lower than anticipated (107 vs. 220 planned). Lateral position was associated with lower rates of instrumental birth rate (lateral group 33%; sitting group 52%; $p < 0.05$, RR 0.64, CI for RR: 0.40–1.01; Number-needed-to-treat

(NNT)1/45), of episiotomy (45% vs. 64%; $p=0.05$, RR 0.66, CI for RR: 0.44–1.00, NNT1/45), and of perineal suturing (78% vs. 86%; $p=0.243$, RR 0.75, CI for RR 0.47–1.17). The odds ratio for instrumental birth in the sitting group was 2.2 (CI 1.00–4.6). Logistic regression of potential confounder variables was undertaken, due to a large variation in maternal weight between the randomised groups. Of the nine possible confounders tested, only position of the baby's head at full dilation affected the risk of instrumental birth significantly ($p=0.04$, OR 2.7 where the fetal head was in the lateral or posterior position). Maternal weight did not appear to have any effect. The odds ratio for instrumental delivery for women randomised to the sitting position was slightly higher within the logistic regression model (adjusted OR 2.3).

Key conclusions: women randomised to the lateral position had a better chance of a spontaneous vaginal birth than those randomised to the supported sitting position. Position of the baby's head at full dilation had an additional effect on mode of birth. These effects are not conclusively generalisable. Recommendations for practice: the lateral position is likely to be at best beneficial, and at the worst no less harmful than the sitting position for most women and their babies who meet the criteria set for this study.

Conclusive evidence for or against the technique should be established using larger trials.

& 2003 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Corresponding author.

E-mail address: sdowne@uclan.ac.uk (S. Downe).

0266-6138/\$ - see front matter & 2003 Elsevier Ltd. All rights reserved.

doi:10.1016/S0266-6138(03)00052-4

Midwifery (2004) 20, 157–168