

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur M. Tournaire*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XXII
publié le 2.12.1998**



*VINGT-DEUXIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 1998*

POSITIONS MATERNELLES POUR L'ACCOUCHEMENT

C. LUCAS, C. RACINET*

Grenoble

La position obstétricale a suivi, au cours des siècles, l'évolution des techniques.

Ce sont les positions verticales qui ont prédominé de l'antiquité au XVII^e siècle.

Le passage de la position verticale à la position horizontale n'a pas été instauré suivant des considérations physiologiques, mais bien pour faciliter la surveillance du travail et permettre l'exécution des manœuvres obstétricales.

Les femmes ont donc dû sacrifier leur mobilité pour accéder à la sécurité de la naissance.

L'évolution actuelle des techniques permet cependant de favoriser la mobilisation des parturientes, sans pour autant déroger à la sécurité.

Il est donc intéressant de se pencher sur la physiologie de l'accouchement et de redécouvrir les positions « facilitantes » pour le travail et l'expulsion.

Nous nous intéresserons plus particulièrement dans cet exposé aux postures maternelles durant la deuxième phase du travail et l'expulsion proprement dite.

* Service de Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction
CHU de Grenoble. Pavillon Paul Gerin - Hôpital de la Tronche
38700 LA TRONCHE

I. RAPPEL DES DIFFÉRENTES POSTURES

1. Les positions verticales

Elles sont définies par Atwood [2] comme celles pour lesquelles une ligne reliant les centres de la 3^e et de la 5^e vertèbre lombaire est plus près de la verticale que de l'horizontale, dans un tel trajet que la 3^e lombaire soit plus haute que la 5^e.

La position assise est définie par l'appui fessier et la position verticale du dos.

Les genoux sont fléchis de façon plus ou moins marquée.

La position accroupie se différencie de la position assise par l'absence d'appui fessier. Le poids du corps est principalement supporté par les pieds, les genoux étant fortement fléchis. On peut y ajouter la suspension par les bras.

Nous ne ferons que citer la position debout (l'appui se faisant par les pieds) et la position à genoux (appui sur les genoux et les pieds, la distribution du poids du corps pouvant varier suivant la position du tronc).

2. Les positions horizontales

Ce sont celles où le poids de la femme repose sur son dos, celui-ci pouvant être incliné selon un angle de 0 à 45°. Elles regroupent les positions en décubitus dorsal, en lithotomie (les jambes sont en général placées sur des étriers, en plus ou moins grande hyperflexion de l'articulation coxo-fémorale).

Nous ne ferons également que citer les positions en décubitus latéral et en déclive.

II. CONSÉQUENCES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

1. Effets sur les dimensions du bassin [7]

C'est la position accroupie qui a rapidement retenu notre attention. Dans cette position, tous les stades de la descente du mobile fœtal sont favorisés par la nutation obtenue par la flexion forcée des cuisses. Cette

nutation du sacrum rapproche le promontoire du pubis et diminue de 2 mm environ les diamètres sagittaux du détroit supérieur, mais ceci est largement compensé par le recul de la face antérieure du sacrum au-dessous du promontoire, recul qui accroît d'une dizaine de millimètres le diamètre sagittal du détroit moyen et donc la capacité du cylindre d'engagement.

La nutation est présente lors de l'hyperflexion en position de lithotomie mais elle est maximale en position accroupie, majorée encore par la flexion du tronc en avant.

Il y a diminution de l'inclinaison du détroit supérieur en position accroupie : dans cette circonstance, l'angulation entre l'axe du cylindre d'engagement et l'axe de la poussée utérine se réduit notablement. La butée de la présentation sur la margelle de l'arc pubien diminue, alors que la force de glissement, composante efficace de la poussée, augmente. L'engagement et surtout la descente s'en trouvent facilités [7].

Notons que la position en lithotomie, si elle favorise l'engagement par rétroversion du bassin lors de l'hyperflexion des cuisses sur le ventre, peut cependant générer un obstacle à la descente du mobile fœtal puisqu'elle rapproche les ischions et conserve une pression sur le sacrum. De plus une étude sur les variations clinostatiques de la colonne lombosacrée dans les cas de dystocie d'engagement montre que certaines parturientes présentent une hyperlordose aggravée par le passage de la position debout à la position couchée [15].

De même, en cas d'accouchement en position assise avec appui ischio-sacré, l'appui postérieur exercé sur le sacrum gêne les mouvements sacro-iliaques.

En position accroupie, par contre, lorsque les cuisses sont fléchies, les fémurs agissent comme des leviers sur les os iliaques et contribuent à ouvrir le détroit inférieur dans le sens transversal en écartant les tubérosités ischiatiques.

En fait, l'avantage certain de la position accroupie vient du fait que la parturiente peut aisément mobiliser son bassin et faire se succéder différentes orientations [3, 6] :

– L'engagement sera favorisé par un mouvement en rétroversion du bassin, les pieds étant parallèles, l'angle fémur/rachis $< 90^\circ$, ce qui permet en outre de ne pas se cambrer (figure 1) ;

– La descente du mobile fœtal dans l'excavation sera ensuite favorisée par une position d'antéversion du bassin où la femme est penchée en avant (figures 2a et 2b) ;

– Au moment du dégagement proprement dit, la femme, installée en position accroupie sans appui fessier, pourra adopter une position avec rotation interne des fémurs pour écarter les ischions et relâcher le périnée postérieur (figure 3) ;

– Dans un dernier temps, la présentation arrivant au stade du petit couronnement, la femme pourra adopter une position avec rotation externe des fémurs afin de « fermer » le périnée postérieur et « d'ouvrir » le périnée antérieur (figure 4) favorisant ainsi la terminaison optimale du dégagement.

2. Effets de la pesanteur

Le fœtus est, comme tout corps, soumis à la loi universelle de la gravité.

La pesanteur est un élément contribuant à la bonne descente du mobile fœtal à travers la filière génitale. « Chez la femme allongée, le canal vaginal décrit une courbe vers le haut. Si elle s'accroupit, ce canal descend vers le sol. La force de gravité attire le fœtus et le poids des viscères le pousse » [12].

On peut estimer que pour un fœtus de 3,5 kg, la force de gravité exercée sur le fœtus représente une force continue de 25 à 35 mm de Hg vers le bas, ce qui représente une quantité non négligeable par rapport aux diverses forces intervenant dans l'expulsion.

Cependant, de même que ce n'est pas l'effet de la pesanteur qui génère le prolapsus génital (mais la faiblesse du plancher pelvien face à la pression abdominale), on peut s'interroger sur l'effet réel de la pesanteur pour entraîner le fœtus vers le bas, en raison des mêmes mécanismes physiques.

On peut donc conclure que l'effet théorique de la pesanteur sur la facilitation de l'expulsion est possible, bien qu'il puisse exister certains arguments pouvant aller contre cette hypothèse.

3. Efficacité de la contraction utérine

Divers travaux entrepris par Mendez-Bauer [9] et Caldeyro-Barcia [4] montrent qu'en position verticale l'effet de la gravité sur le fœtus est en synergie avec l'effet des contractions utérines. Celles-ci sont d'intensité plus élevée et de fréquence moindre qu'en décubitus. Elles sont mieux coordonnées, leur efficacité pour dilater le col est majorée [1]. On aboutit ainsi à un travail plus efficace et de plus courte durée.

4. Efficacité des efforts expulsifs

De nombreux auteurs pensent que les efforts expulsifs sont plus efficaces en position verticale qu'en position horizontale [2, 8, 10, 13].

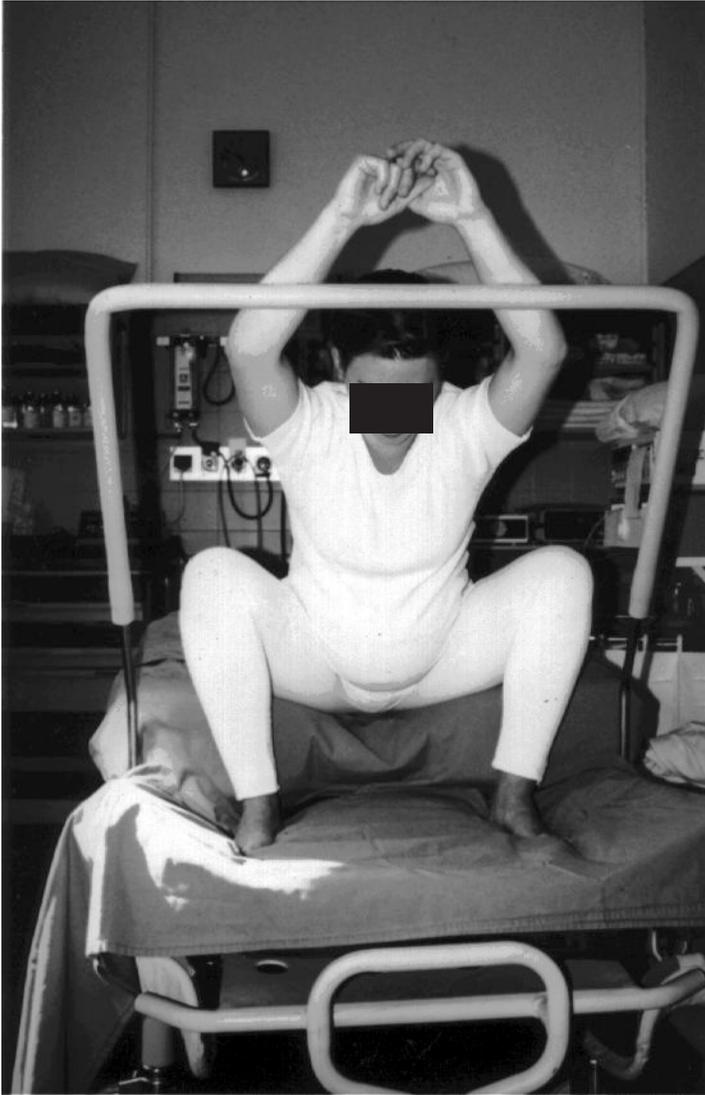
Atwood [2] a mesuré la pression abdominale à la suite d'efforts expulsifs chez des femmes non gravides.

POSITIONS MATERNELLES POUR L'ACCOUCHEMENT

Figure 1
Position favorisant l'engagement



Figure 2a
Position favorisant la descente du mobile fœtal (face)



POSITIONS MATERNELLES POUR L'ACCOUCHEMENT

Figure 2b

Position favorisant la descente du mobile fœtal (profil)

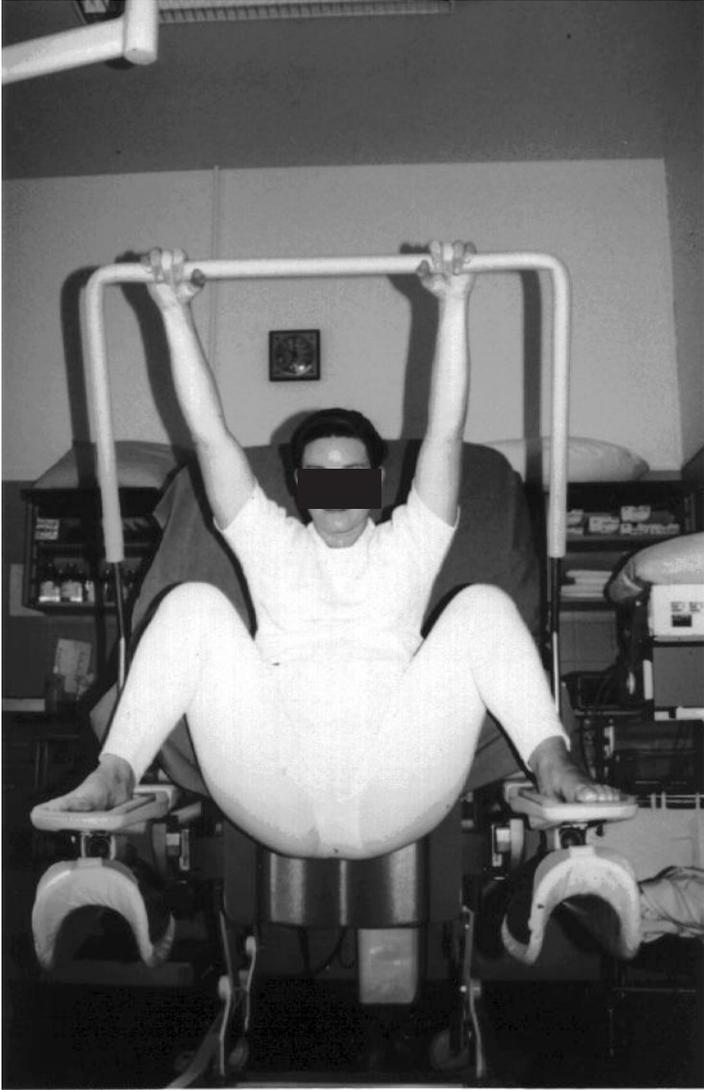


Figure 3
Position initiale du dégagement



POSITIONS MATERNELLES POUR L'ACCOUCHEMENT

Figure 4
Position terminale du dégagement



L'efficacité de la position cotée à partir de 100 correspondant à la pression provoquée en décubitus latéral se répartit comme suit : décubitus dorsal 107,6 ; demi-décubitus 115,3 ; accroupie 121,2 ; assise 130,5.

Cette action serait due pour les auteurs à l'augmentation de l'action musculaire et au poids des viscères abdominaux.

On peut peut-être s'interroger sur l'action du poids des viscères abdominaux en raison du vide régnant dans la cavité péritonéale qui empêche que cette force ne s'applique que sur les organes situés en dessous d'eux (il s'agit du même phénomène physique que celui qui explique que la genèse des prolapsus génitaux est plus attribuée à la faiblesse du plancher pelvien face à la pression intra-abdominale qu'au simple effet de la pesanteur sur les organes pelviens).

« En revanche, on peut penser que les perceptions proprioceptives ressenties par la parturiente lors de la réalisation, de la commande et de la régulation d'efforts expulsifs sont pour elle plus habituelles en position verticale, puisque déjà expérimentées au cours de la vie de tous les jours, et que ce faisant, les efforts expulsifs sont mieux coordonnés ainsi. » [5].

5. Hémodynamique maternelle et placentaire

La compression aorto-cave lors du décubitus dorsal peut être responsable d'une baisse de la tension artérielle chez la mère, engendrant une souffrance fœtale. La prévention d'usage en est depuis longtemps le décubitus latéral.

Les positions verticales, notamment lorsque la femme est penchée en avant, ne peuvent que participer à la prévention du syndrome de compression de la veine cave, par les mêmes mécanismes que le décubitus latéral.

6. Ventilation maternelle

Certains auteurs suggèrent une altération de la ventilation dans la partie basse des poumons pendant la grossesse lorsque la femme est allongée, qui diminuerait les capacités respiratoires [17]. *A contrario*, les positions verticales amélioreraient la ventilation pulmonaire.

III. NOTRE PRATIQUE

Convaincus par les données anatomophysiologiques, notre politique a été de faciliter la mobilisation des femmes pendant le travail et de permettre si possible la réalisation d'accouchements en position accroupie.

Dans ce but nous avons conduit une recherche clinique réalisée dans notre service pendant l'année 1995 [14].

Il s'agissait d'un essai comparatif randomisé qui visait à confirmer les avantages théoriques de l'accouchement en position accroupie sur l'accouchement en position gynécologique classique.

Cette étude a comparé deux groupes homogènes de 120 femmes accouchant en présentation céphalique avec un fœtus unique, et avec stratification sur la parité.

Les résultats de notre étude ont montré que la position accroupie s'accompagnait d'une tendance à la diminution de la période d'expulsion, à la diminution du nombre d'interventions pour extraction fœtale ainsi qu'une tendance à l'augmentation des déchirures périnéales et à une diminution des incisions périnéales, de même qu'une tendance à l'augmentation de la fréquence de survenue d'hémorragies de la délivrance.

Aucun des paramètres étudiés n'a atteint le degré de significativité fixé à $p = 5 \%$.

Il n'y avait aucune incidence sur le bilan d'Apgar, ni sur le pH sanguin ombilical.

Cependant cette étude a permis de montrer que l'accouchement en position accroupie ou proche de la position accroupie n'était pas délétère et surtout que le confort des femmes en était globalement amélioré d'après le questionnaire d'évaluation rempli par les parturientes. Enfin nous avons remarqué que la position accroupie ne gênait pas l'analgésie péridurale, ni l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal. En cas d'indication d'extraction fœtale, il était très facile et rapide de placer la parturiente en décubitus dorsal, position plus confortable pour l'extraction instrumentale.

Cette étude a été intégrée dans la méta-analyse réalisée par Venditelli [16].

Il est à noter que la table d'accouchement utilisée pour cette étude (lit *Affinity*) ne présentait pas toutes les qualités requises pour ce type d'essai et que malheureusement nous n'avons pas trouvé sur le marché une table d'accouchement se prêtant à l'adoption d'une position accroupie confortable.

Un des obstacles majeurs rencontrés lors de notre étude a été le problème ergonomique, le confort de la sage-femme ou de l'accoucheur étant plus qu'aléatoire lors de l'assistance d'un accouchement accroupi.

Notre objectif actuel est d'aboutir à la réalisation d'un dispositif d'accouchement autorisant la parturiente à adopter une position plus ou moins verticale, en particulier accroupie, sans appui sacré et permettant de respecter les acquis de la physiologie en ce qui concerne les paramètres suivants :

- Positionnement des pieds par rapport à l'assise ;
- Écartement et orientation des pieds ;
- Placement de la barre de suspension ;
- Étirement des bras.

IV. ANALYSE DE LA LITTÉRATURE

L'analyse la plus récente et la plus complète de la littérature sur les essais cliniques s'intéressant à la comparaison des positions verticales et des positions allongées pour l'accouchement vient d'être réalisée par Venditelli [16]. Cette revue a été conduite selon les principes d'une méta-analyse et a recensé 19 essais randomisés dont 18 ont été publiés. Le travail non encore publié concerne l'étude réalisée à la Maternité du CHU de Grenoble qui a été évoquée plus haut. Toutes les études ont été réanalysées selon le critère de Chalmers et deux d'entre elles ont été rejetées pour une qualité méthodologique insuffisante. L'objectif de cette méta-analyse a surtout été d'évaluer la sécurité maternelle et néo-natale des positions verticales, comparées aux positions dites classiques pendant l'expulsion. Cette méta-analyse englobe des travaux très hétérogènes, notamment en ce qui concerne la position verticale qui peut concerner soit une position accroupie, soit une position assise, soit l'utilisation de différents dispositifs.

L'auteur a noté qu'il était fort probable que la position maternelle adoptée pendant le premier stade du travail puisse interférer avec certaines issues étudiées comme le vécu de la douleur ou la satisfaction des femmes.

Un travail de Nikodem [11] non inclus dans la méta-analyse de Venditelli compare la position verticale à la position allongée durant le premier stade du travail à partir de 10 essais cliniques : cette étude retrouve une diminution des douleurs antérieures et postérieures pendant les contractions utérines et ainsi qu'une diminution du recours à l'analgésie péridurale.

Un autre élément à prendre en compte est l'adhésion ainsi que l'expérience des sages-femmes et des médecins à réaliser des accouchements dans différentes positions, ce que très peu d'études ont envisagé dans leur discussion. Ce point paraît cependant important à développer car il est probable qu'il interfère avec les issues étudiées.

La durée de la phase d'expulsion qui paraissait être un critère idéal pour juger de la facilité de l'accouchement n'a pas pu être étudiée dans cette méta-analyse du fait de la très grande hétérogénéité dans la définition de la durée de la phase d'expulsion. Seuls deux essais ont noté une diminution significative de la durée d'expulsion chez les femmes en position accroupie.

Parmi les effets défavorables entraînés par les positions verticales, il faut noter une plus grande fréquence des hémorragies de la délivrance (OR = 1,71, IC à 95 % : 1,31-2,23).

Cette plus grande fréquence de l'hémorragie de la délivrance pourrait s'expliquer par le fait d'une moins bonne rétraction utérine, dont cependant l'existence et la physiopathologie restent à prouver, et/ou par une augmentation de la perte sanguine au niveau des déchirures périnéales du fait de la béance des veines périnéales en position verticale en relation avec l'effet de la pesanteur. Il est à noter que les deux seules études dans lesquelles la délivrance se fait en position allongée ne retrouvent pas d'excès d'hémorragie de la délivrance dans les accouchements en position verticale. Il est aussi probable comme le note Venditelli [16] que le recueil des pertes sanguines dans une bassine soit plus aisé en position verticale qu'en position allongée, ce qui pourrait surestimer les pertes dans le premier groupe.

Toutes les autres issues s'avèrent dans l'ensemble favorables à l'adoption d'accouchement en position verticale bien que les odds ratios obtenus ne soient pas significatifs pour deux paramètres.

Il faut citer :

– Moins grande fréquence des déchirures périnéales du 3^e degré (OR = 0,22, IC 95 % : 0,05-0,88);

– Moins grande fréquence des extractions par forceps (OR = 0,85, IC 95 % : 0,65-1,09);

– Bilan d'Apgar < 7 à 1 minute moins fréquent dans les positions verticales (OR = 0,72, IC 95 % : 0,46-1,13);

– Moins grande fréquence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (OR = 0,46, IC 95 % : 0,30-0,69).

Enfin, il faut noter aussi que l'expérience des positions verticales apparaît globalement moins déplaisante que celle des positions traditionnelles et que la préférence pour un accouchement ultérieur en position assise ou accroupie est plus fréquemment exprimée.

CONCLUSION

Il paraît important d'adapter l'environnement technologique à la physiologie de l'accouchement, étant bien entendu que cette recherche d'amélioration du confort de l'accouchement ne doit pas se faire aux dépens de la surveillance et de la sécurité maternelles et fœtales.

Les progrès actuels, notamment en ce qui concerne la télémétrie et la péridurale déambulatoire, ne peuvent que nous aider à favoriser la mobilité maternelle, source de meilleur confort et de dilatation plus facile. L'adoption spontanée de positions verticales lors de l'expulsion doit être acceptée, car elles ne sont pas délétères ; en cas de lenteur exagérée de la terminaison de l'accouchement, il paraît bénéfique de les conseiller.

Précisons que le but n'est pas non plus de remplacer une contrainte positionnelle par une autre. Il n'y a certainement pas « une » position d'accouchement valable pour toutes les femmes !

Le progrès est certainement dans l'offre faite aux femmes de se mobiliser comme elles le souhaitent et si elles le souhaitent.

Il est de notre responsabilité de leur proposer des « variantes positionnelles » en tenant compte de chaque femme dans sa globalité incluant ses caractéristiques physiques, psychologiques et obstétricales.

Le confort physique de chaque parturiente étant assuré, celle-ci pourra participer activement et sereinement à la naissance de son enfant.

Remerciements à Mme B. de Gasquet pour son enseignement et ses conseils.

Résumé

1. La médicalisation de l'accouchement s'est accompagnée de l'adoption de la position horizontale lors de l'expulsion fœtale.

Il paraît utile de s'interroger sur la mécanique obstétricale entraînée par cette position maternelle et ses conséquences maternelle et fœtale.

D'autres positions existent qui semblent améliorer la qualité subjective de l'expulsion.

2. Les diverses positions se classent en :

- Positions verticales (assise, accroupie, debout et agenouillée) ;*
- Positions horizontales (lithotomie, décubitus latéral, position ventrale).*

3. Conséquences anatomo-physiologiques des positions

- La position horizontale associe différentes composantes qui expliquent un manque de confort et une progression plus lente du travail ;*

POSITIONS MATERNELLES POUR L'ACCOUCHEMENT

La compression aorto-cave peut également favoriser la souffrance fœtale et l'hémorragie per partum ;

– Parmi les positions verticales, la position accroupie favorise au mieux la progression fœtale.

4. L'analyse de la littérature récente (méta-analyses de Venditelli) recense 19 essais randomisés comparant position horizontale et autres positions. Elle montre un taux plus faible de souffrances fœtales, de dépressions néo-natales, de déchirures du périnée, une tendance à la baisse des extractions instrumentales, mais une tendance à l'augmentation des hémorragies de la délivrance.

Il paraît possible de conseiller largement les positions verticales lors de l'expulsion, tout en étant vigilant sur le risque hémorragique.

Bibliographie

1. Andrew CM, Chrzanowski M. Maternal position, labor and comfort. *Appl Nurs Res*, 1990; 3: 7-13.
2. Atwood RJ. Parturitional posture and related birth behaviour. *Acta Obstet Gynecol Scand [suppl]*, 1976; 57: 1-25.
3. Borraccetti V. Les positions et la poussée au cours du travail et de l'accouchement. Leurs, incidences sur la naissance. Mémoire du diplôme d'accoucheuse. Haute Ecole Mons, Borinage Centre, Secteur paramédical (I.P.E.S.N.) Belgique, 1997.
4. Caldeyro Barcia R. The influence of maternal bearing-down efforts during the second stage on fetal well being. *Birth Fam J*, 1979; 6: 17-21.
5. Eymery P. L'accouchement en position accroupie. Essai randomisé comparant la position, accroupie à la position classique en phase d'expulsion. Mémoire du DES de Gynécologie-Obstétrique, Grenoble 1997.
6. De Gasquet B. Les positions d'accouchement en question. Les dossiers de l'Obstétrique, 1995; 232: 3. Bien-être et maternité. Implex, Paris 1996.
7. Malinas Y, Favier M. Mécanique obstétricale. Masson, Paris 1979.
8. Mc Kay S. Second stage labor. Has tradition replaced safety ? *Am J Nurs*, 1981; 5: 1016-9.
9. Mendez-Bauer C, Arroyo J, Garcia-Ramos C et al. Effects of standing position on, spontaneous uterine contractibility and other aspects of labor. *J Perinat Med*, 1975; 3: 89-100.
10. Newton M, Newton N. The propped position for the second stage of labour. *Obstet Gynecol* 1960; 15: 28-34.
11. Nikodem UC. Upright vs Recumbent position during first stage of labour. (Revised 14 october 1993) in : Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP, Crowther C (eds.), *Pregnancy and Childbirth Module*. In : The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database, (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration ; Issue 2, Oxford : Update, Software ; 1995. Available from BMJ Publishing Group, London.
12. Paciornik M. «Apprenez l'accouchement accroupi». Favre, Suisse 1981.
13. Paciornik M. Commentary : arguments against episiotomy and in favor of squatting for birth. *Birth* 1990; 17: 104-5.
14. Philibert L. L'accouchement en position accroupie : essai randomisé comparant la position accroupie à la position classique en phase d'expulsion. Mémoire du diplôme d'état de Sage-Femme, École de Grenoble, 1996.
15. Schaal JP, Sloukji JC, Lemouel A, Maillet R, Colette C. Variations clinosta-

tiques de la colonne lombo-sacrée et mécanique obstétricale. Rev fr Gynécol Obstét, 1991; 86: 318-22.

16. Venditelli F. Position allongée ou verticale durant le 2^e stage du travail : revue des méta-analyses. Communication aux XXVIII^{es}

Journées Nationales de la Société Française de, Médecine Périnatale, Pointe à Pitre, Guadeloupe, 9-13 novembre 1998.

17. Vokaer R, Renaud R, Barrat J et al. Traité d'Obstétrique, Volume 1, Masson, Paris 1983.