

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

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

—

**TOME XXXII  
publié le 3.12.2008**



*TRENTE-DEUXIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2008*

# Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement

C. RACINET <sup>1</sup>, S. BREMENT <sup>2</sup>, C. LUCAS <sup>3</sup>  
(Grenoble, Romans)

## INTRODUCTION

Celui qui ignore délibérément les enseignements de l'histoire est condamné à répéter ses erreurs...

Au cours de l'évolution biologique est apparu le phénomène de la parturition : simple chez les mammifères, puis progressivement complexifié chez les primates, les préhominiens et les humains.

L'accouchement humain est devenu tributaire d'une mécanique relativement complexe, facilitant l'émergence de la dystocie. Le dilemme obstétrical résulte de deux mécanismes indépendants [1] :

- le changement imposé à l'architecture pelvienne par la station érigée et la locomotion en appui bipédieux (contrairement aux

1 - Registre du Handicap de l'Enfant et Observatoire Périnatal (RHEOP) - 23 avenue Albert 1<sup>er</sup> de Belgique - 38100 Grenoble

2 - Service de Gynécologie Obstétrique - Hôpitaux Nord Drôme - Site de Romans - BP 1002 - 26102 Romans-sur-Isère

3 - Service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction - CHU de Grenoble - 38700 La Tronche

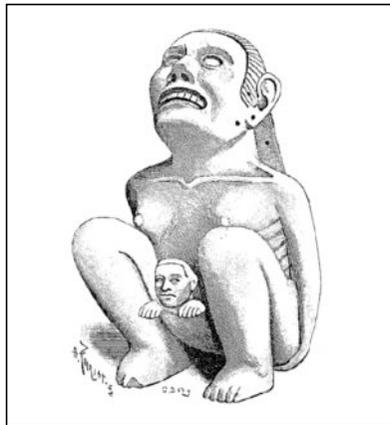
Auteur correspondant : C. Racinet - E-mail : [clauderacinet@orange.fr](mailto:clauderacinet@orange.fr)

- grands singes qui ont une locomotion en suspension) : la formation d'un détroit supérieur pelvien cordiforme en est la conséquence majeure ;
- le développement très progressif de la taille du cerveau (encéphalisation).

Ces contraintes mécaniques expliquent que les femmes ont intuitivement adopté des positions présumées facilitantes pour l'accouchement. Ces positions ont été historiquement et universellement dominées par la mobilité et la verticalité, en association avec diverses aides matérielles et humaines qui représentent une spécificité de la parturition humaine.

En effet, depuis la plus lointaine antiquité et jusqu'à une période assez récente, la documentation dont on peut disposer [2] démontre que, outre la déambulation, les femmes utilisaient très majoritairement des positions verticales variées (debout, assise, accroupie, à genoux et sa variante à « quatre pattes »...) afin d'accoucher le moins douloureusement possible, et avec le maximum d'efficacité pour éviter la dystocie, évolution redoutée car parfois mortelle pour le fœtus bien entendu, mais également pour la mère. La position accroupie, avec ou sans suspension, est souvent associée à une expiration freinée spontanément adoptée (figure 1). Différents accessoires permettant la suspension ou l'appui direct ou indirect ont été imaginés, et tout particulièrement le Moyen-Âge a vu fleurir un nombre incalculable de chaises

*Figure 1. Statuette mexicaine représentant la déesse aztèque de la fécondité Tzaoltleop accouchant en position accroupie (en expiration freinée) [2]*



obstétricales, dont le modèle de Rhodion vanté par Ambroise Paré qui, respecte la liberté du sacrum, c'est-à-dire sa nutation (figure 2). L'assistance à l'accouchement des parturientes est une spécificité de l'espèce humaine, car du fait du dégagement de la face fœtale dans une direction opposée à celle de la mère, la naissance, même si elle est parfois facile, est rarement anodine [3]. Lorsque la difficulté devient majeure et que l'aide gravitationnelle apportée par une posture verticale s'avère insuffisante, l'aide humaine peut devenir particulièrement élaborée comme en témoigne la figure 3, où l'on voit un assistant réaliser, non pas une expression, mais une compression abdominale.

Figure 2. Chaise d'accouchement de Rhodion citée par Ambroise Paré (1564) [2]

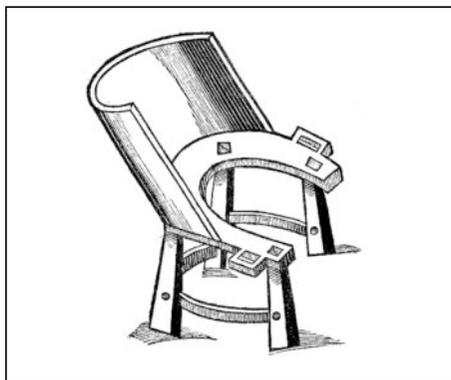
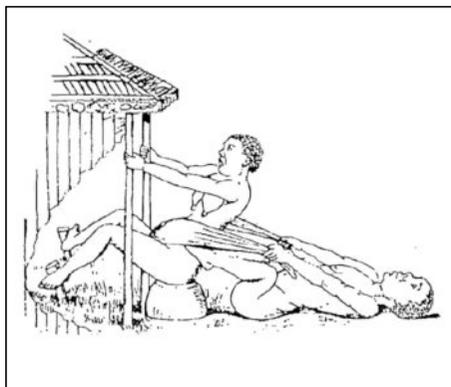


Figure 3. Accouchement laborieux en Nubie [2]



Depuis Mauriceau en 1668 [4], l'obstétrique occidentale a amorcé un tournant remarquable en adoptant sa proposition de faire allonger les parturientes en position semi-assise sur un lit, au moment où se manifestaient les efforts expulsifs essentiellement pour faciliter la surveillance du travail et pour permettre l'exécution de manœuvres, devenues d'autant plus nécessaires que les conditions physiologiques n'étaient plus respectées.

Puis les bouleversements sociaux et l'industrialisation ont favorisé le triomphe de la médecine. En exagérant à peine, la grossesse a été considérée comme une maladie et l'accouchement comme une crise médicale : 3 siècles de progrès médical ont imposé lentement mais sûrement le décubitus dorsal, représentant la position la plus sécurisante, mais sans aucune preuve scientifique à l'appui.

Cette proposition s'est diffusée dans tout le monde occidental. Elle s'est généralisée avec la prise en charge quasi-exclusive des accouchements en milieu hospitalier et donc la quasi-disparition des accouchements à domicile, que l'on peut situer en France vers les années 1960.

La redécouverte des postures adoptées spontanément par les parturientes est récente, tout spécialement sous l'impulsion de Paciornik au Brésil [5], Odent [6], Gardosi en Grande-Bretagne [7], Navé en France [8], suivi par De Gasquet [9], puis Lucas et Racinet [10]. Bien que les fondements anatomo-physiologiques de ces postures apparaissent très convaincants, à l'ère de la médecine basée sur les faits prouvés, il apparaît incontournable de baser ces pratiques sur une recherche clinique la plus pertinente possible : c'est l'objectif qui nous a été assigné.

L'objectif de ce travail est donc d'analyser cette recherche clinique afin de pouvoir éventuellement proposer l'application de conclusions, étayées sur un niveau de preuve optimal (NP1, NP2...), à une population cible vivant en milieu européen occidental.

## MÉTHODES

### 1. Description sommaire des positions d'accouchement

La multitude de positions (il en a été dénombré 1 millier) que peut adopter le corps humain peut être divisée - pour la fonction de parturition - en deux grands sous-ensembles : les positions verticales

et les positions horizontales, que Atwood [11] a proposé de distinguer en fonction de l'angle que fait la ligne reliant les centres des 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> vertèbres lombaires avec l'horizontale. Lorsque cette ligne est supérieure à la bissectrice de l'angle droit, soit 45°, la position est considérée comme verticale. Lorsque cet angle est inférieur à la bissectrice, il s'agit d'une position horizontale. Les positions extrêmes sont représentées par la position debout et la position strictement allongée, pour lesquelles l'influence de la verticalité est soit maximale, soit annulée.

### ***1-1 Les positions verticales***

La position assise est définie par l'appui fessier et la position verticale du dos, avec des genoux fléchis de façon plus ou moins marquée : il existe deux variantes selon que l'appui est total ou strictement limité aux branches ischio-pubiennes, du fait d'une large échancrure du siège d'accouchement (permettant ainsi la conservation de la liberté du sacrum).

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. Elle peut être aidée par une suspension par les bras au moyen d'artifices variés. Cette position est pénible à supporter plus de 20 minutes, à moins qu'elle ne soit une posture habituelle de la vie quotidienne, ce qui est exceptionnel dans les cultures occidentales.

Nous ne ferons qu'évoquer la position debout où l'appui principal se fait par les pieds, et où le corps cherche constamment un appui latéral, et la position à genoux où l'appui se fait sur les genoux et les pieds, la distribution du poids du corps pouvant varier suivant la position du tronc.

Enfin, il faut rattacher à ce groupe la position dite « à quatre pattes », variante de la position à genoux, facilement obtenue par un appui supplémentaire sur les mains : elle est facile à supporter car particulièrement antalgique, mais, malgré des avantages biomécaniques, elle se heurte à des réticences de nature culturelle. Elle a été récemment recommandée comme méthode de résolution de difficultés à l'accouchement, tout particulièrement de dystocie des épaules [12] (position « all fours » de Gaskin).

### ***1-2 Les positions horizontales***

Les positions horizontales sont celles où le poids de la parturiente repose sur son dos, celui-ci pouvant être incliné sur l'horizontale selon un angle de 0° à 45°. Elles regroupent les positions en décubitus dorsal

et en lithotomie (les jambes sont en général placées sur des étriers en plus ou moins grande hyperflexion de l'articulation coxo-fémorale).

La position déclive est exceptionnellement adoptée, par contre la position en décubitus latéral, surtout du côté gauche, plus connue sous le nom de position « à l'anglaise », connaît un large renouveau en France, probablement du fait de sa meilleure acceptation par les femmes françaises, mais aussi par les sages-femmes.

## 2. Conséquences anatomo-physiologiques [8]

### 2-1 Effets de la pesanteur

Tout corps est soumis à la loi universelle de la gravité, ceci étant corrélé au degré de verticalité. La pesanteur est un élément contribuant à la descente du mobile fœtal à travers la filière génitale. Chez la femme allongée, le canal vaginal décrit une courbe vers le haut ; en position accroupie, ce canal descend vers le sol. La force de gravité attire le fœtus vers le bas et le poids des viscères le pousse. On peut estimer que pour un fœtus de 3,5 kg, la force de gravité exercée sur lui représente une force continue de 25 à 35 mm Hg.

### 2-2 Efficacité de la contraction utérine

Divers travaux entrepris par Mendez-Bauer [13] et Caldeyro-Barcia [14] ont montré qu'en position verticale, les effets de la gravité sur le fœtus sont en synergie avec l'effet sur les 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 et aboutit ainsi à un travail plus efficace et de plus courte durée. Cependant, les diverses études cliniques n'aboutissent pas à un consensus parfait. Certaines sont en faveur d'une amélioration de la dynamique utérine, d'autres ne décèlent aucune influence favorable de la verticalité.

### 2-3 Efficacité des efforts expulsifs

De nombreux auteurs pensent que les efforts expulsifs sont plus efficaces en position verticale qu'en position horizontale, tout particulièrement en position accroupie qui s'accompagne d'un doublement de la pression intra-utérine [15]. On peut penser que, outre l'effet de la pesanteur, ce sont les perceptions proprioceptives ressenties par la parturiente lors des efforts expulsifs en position verticale, déjà expérimentés au cours de la vie de tous les jours, qui favorisent la coordination des efforts expulsifs, donc leur meilleure efficacité.

#### **2-4 Effets sur l'hémodynamique maternelle et placentaire**

Les postures verticales de même que le décubitus latéral n'ont pas d'effet compressif sur les axes vasculaires postérieurs que sont l'aorte et la veine cave inférieure.

Inversement, les postures horizontales peuvent comprimer ces vaisseaux (respectivement pendant et en dehors de la contraction utérine) entraînant une baisse du débit cardiaque, de la tension artérielle et de la vascularisation utéro-placentaire, et pouvant induire un malaise maternel et/ou une hypoxie fœtale.

#### **2-5 Effet sur la ventilation pulmonaire**

Il a été suggéré que les positions verticales améliorent la ventilation pulmonaire dans la partie basse des poumons à l'inverse des positions horizontales. En fait, ce qui semble le plus important sur le plan respiratoire est non pas tant la posture maternelle que le type de respiration lors de l'expulsion. Les efforts en expiration freinée permettent de conserver une ventilation maternelle continue à l'inverse des efforts habituellement prônés en inspiration bloquée, avec des avantages prouvés par Alexandre [16] sur le rythme cardiaque fœtal et sur l'adaptation néo-natale.

#### **2-6 Effet sur les dimensions du bassin**

Les positions maternelles lors de l'expulsion ont un effet variable sur les dimensions pelviennes en fonction de la plus ou moins grande mise en jeu de la nutation du sacrum. Lors de la nutation, on observe un léger rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, en moyenne de 3 mm, mais par contre un élargissement des dimensions de l'excavation pelvienne et des diamètres sagittal et transversal des détroits moyen et inférieur : le diamètre sagittal du détroit inférieur peut augmenter de 2 cm lorsque la femme est en position accroupie. C'est en effet cette position accroupie qui mobilise au mieux les articulations pelviennes et qui optimise donc les dimensions du bassin.

La position assise n'offre pas les mêmes avantages car elle s'accompagne en général d'une gêne à la rétropulsion du sacrum, donc d'une limitation de la nutation. Les positions à genoux et à quatre pattes sont par contre assez favorables et offrent des avantages mécaniques proches de ceux de la position accroupie.

### 3. Méthodologie de la recherche

Nous avons interrogé PubMed avec la séquence suivante : (Maternal posture) AND (Childbirth) qui a fourni 218 références. Seules ont été examinées les 76 références publiées depuis début 1998 jusqu'à mai 2008, c'est-à-dire postérieures à la méta-analyse de Vendittelli publiée en 1998 dans le livre des 28<sup>es</sup> Journées de la Société française de médecine périnatale (à noter que cette référence n'apparaît pas dans PubMed, car elle n'a jamais été soumise à une revue à comité de lecture).

Une autre méta-analyse a été publiée par Gupta et Hofmeyr pour la Cochrane Library en 2004.

En plus de ces deux méta-analyses, nous avons analysé 7 références qui concernaient exclusivement des essais randomisés s'intéressant à la période d'expulsion [23-29]. Le nombre d'études observationnelles est élevé : elles sont quasi unanimement favorables aux postures verticales pour les issues tant maternelles que fœtales. Nous ne les avons pas exploitées étant donné les nombreux biais identifiants ou non qui relativisent leurs conclusions.

## RÉSULTATS

### 1. Étude spécifique sur les positions d'expulsion

#### *1-1 Essais randomisés antérieurs à 2004*

La méta-analyse de Nikodem (non référencée car elle sera reprise et complétée en 2004), publiée dans la Cochrane Database en 2000 (NP1), n'est citée que pour souligner qu'elle n'inclut pas la seule étude française (publiée en 1999 dans une revue indexée dans Medline). Elle ne retrouve que 15 essais randomisés qui comparent les positions verticales (assez hétérogènes puisque associant les positions accroupie, assise, voire semi-assise) aux positions allongées, et s'avère globalement en faveur des postures verticales (les avantages et inconvénients sont similaires à ceux développés plus loin dans l'étude de Vendittelli).

Mais depuis celle-ci, deux études importantes (NP1) ont été publiées.

L'étude française [17] a comparé deux groupes homogènes de 120 femmes accouchant en position accroupie ou en position classique avec stratification sur la parité. L'hypothèse à tester était une diminution de la durée d'expulsion. Les résultats ont montré que la position

accroupie s'accompagnait d'une tendance faible à la diminution de la période d'expulsion, à la diminution du nombre d'interventions pour extraction fœtale, à l'augmentation des déchirures périnéales et à une diminution des incisions périnéales, de même qu'une augmentation de la fréquence de survenue d'hémorragies de la délivrance. Aucun des paramètres étudiés n'a atteint le seuil 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, il est souligné 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. Une étude ergonomique complémentaire a démontré que la table d'accouchement présentait des contraintes biomécaniques rendant la position accroupie peu confortable donc peu efficace, et expliquant probablement le faible différentiel noté entre les deux bras de l'essai.

L'étude de De Jong et coll [18] a également testé la position accroupie (cette fois-ci authentiquement accroupie) *versus* la position classique. Elle conclut que les femmes qui ont adopté une position accroupie ont moins de douleurs, moins de traumatisme périnéal et nécessitent moins d'épisiotomies.

Ces deux études ont été incluses dans la méta-analyse réalisée par F. Vendittelli [19] qui recense 17 essais randomisés regroupant 2 401 sujets ayant accouché en position verticale et 2 405 sujets ayant accouché en position horizontale (NP1). Les positions verticales ont comporté soit l'utilisation de chaises (10 études), soit une position accroupie (5 études), soit diverses positions non précisées (2 études). L'introduction de l'étude française et de l'étude sud-africaine augmente le poids des positions accroupies puisqu'elles réunissent 1 492 sujets répartis dans les deux groupes comparés.

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

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 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 du fait de la très grande hétérogénéité dans sa définition. 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 95 % : 1,31-2,23). Ceci 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 l'augmentation de la pression orthostatique veineuse. 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 Vendittelli, que le recueil des pertes sanguines dans une bassine soit plus aisé en position verticale qu'en position allongée, ce qui pourrait sous-estimer les pertes dans le deuxième groupe. Nous avons calculé le risque lié uniquement à la position accroupie. OR est nettement abaissé à 1,36 (IC 95 % : 1,05-1,75), semblant montrer que la position accroupie est moins délétère que la position assise (ou proche) pour ce paramètre.

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 :

- moins grande fréquence des déchirures périnéales des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> 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.

Une nouvelle méta-analyse à partir de 19 études randomisées regroupant 5764 cas est réalisée pour la Cochrane Database [20] et

publiée en 2004 : les conclusions reprennent tout à fait celles de 1994 et 2000 et sont comparables à celles de Vendittelli [19], mais ajoutent une diminution significative des extractions instrumentales de 15 % dans le bras « vertical » (NP1).

### **1-2 Essais randomisés postérieurs à 2004**

Les 7 publications ne font que confirmer et/ou préciser les conclusions des précédentes méta-analyses.

L'influence des postures sur le taux d'extractions instrumentales et de déchirures périnéales en cas d'analgésie péridurale chez la nullipare a été étudiée pour deux postures : assise et décubitus latéral. Ce dernier diminue significativement le risque pour les deux issues [21].

L'élévation du risque d'extractions instrumentales sous analgésie péridurale a été testée pour les positions verticales *versus* les positions allongées : outre une diminution significative de la durée de l'expulsion, on note une tendance nette mais non significative à la baisse du taux des extractions instrumentales et de césariennes [22].

Deux études suédoises, émanant du même centre, se sont intéressées à la comparaison de deux positions verticales : assise et à genoux. La première étude estime qu'il n'y a pas de différence dans la durée de la 2<sup>e</sup> phase du travail, mais que la position à genoux est mieux appréciée par les femmes et s'avère moins douloureuse que la position assise [23]. La deuxième étude s'intéresse au statut périnéal : la position à genoux est associée à un taux plus élevé de périnée intact et à un risque moindre de déchirures graves du sphincter anal [24].

L'étude la plus puissante a testé le décubitus latéral DL *versus* le décubitus dorsal semi-assis DD : le taux de périnée intact a été significativement augmenté de + 9 % dans le bras DL, mais il a été observé un volume plus important des pertes sanguines lors de la délivrance, probablement du fait d'un taux plus faible de délivrance dirigée [25].

Une méta-analyse de 2 essais randomisés a testé l'effet du décubitus latéral du même côté que le dos fœtal *versus* soit une autre posture, soit un décubitus latéral du côté opposé au dos fœtal sur les paramètres suivants : durée de l'expulsion et taux de rotation antérieure des présentations fœtales. Le résultat est très significativement en faveur du DL ipsilatéral au dos fœtal qui s'accompagne d'un doublement des rotations antérieures et d'une diminution par 2 de la durée d'expulsion [26].

Enfin, le dernier essai randomisé réalisé au Pakistan s'est intéressé à la posture accroupie *versus* la position en lithotomie : les déchirures périnéales des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degré sont survenues exclusivement dans le groupe allongé (9 % *versus* 0 %) où l'on observait également un taux

de forceps doublé (24 % *versus* 11 %) ainsi que les deux cas de dystocie des épaules [27].

## 2. Évaluation d'une formation globale

La politique de formation à l'accouchement physiologique prônée par B. de Gasquet a été testée par une étude d'intervention de type avant-après [28] en comparant 2 échantillons aléatoires encadrant la formation du personnel soignant de la maternité de Voiron (Isère). Les résultats du 2<sup>e</sup> échantillon montrent une amélioration significative de près de 50 % des enregistrements du rythme cardiaque fœtal en fin d'accouchement, une forte tendance à la diminution des périnéés incisés ou déchirés et une satisfaction accrue et significative des parturientes de ce 2<sup>e</sup> groupe (NP2), validant ainsi de façon indiscutable le bien-fondé de cette formation, laquelle fait une part importante à la mobilité et aux postures non allongées sur le dos lors de l'expulsion.

## DISCUSSION

### 1. Sur la méthodologie

La posture classique pour l'accouchement adoptée encore dans la très grande majorité des maternités reste celle prônée par Mauriceau, que l'on peut considérer comme la plus importante intervention médicale systématique sur le déroulement de l'accouchement, puisqu'elle mettait fin à une liberté posturale universelle.

Récemment, la sécurité de la naissance étant considérée comme assurée, le confort maternel et le déroulement le plus physiologique possible de l'accouchement sont devenus de réels centres d'intérêt, d'autant que l'on assiste à une demande pressante des usagers pour le respect de leur autonomie et l'émergence de leur projet d'accouchement. Le retour à l'adoption de postures d'accouchement plus confortables et le moins iatrogènes possible est une démarche que de nombreux praticiens réalisent ou sont désireux de réaliser, pour peu que cette démarche soit scientifiquement validée.

C'est dans ce but d'une analyse objective que nous avons choisi de rechercher dans l'abondante littérature les seuls essais randomisés permettant d'obtenir un niveau de preuve optimal. Les arguments

anatomo-physiologiques étaient très favorables à l'adoption de postures verticales : il n'est pas du tout étonnant que cela se confirme dans la recherche clinique de manière indiscutable et ceci pour tous les paramètres. Il faut particulièrement souligner la diminution du traumatisme périnéal, des interventions obstétricales, des anomalies du rythme cardiaque fœtal et l'absence d'interférence avec l'analgésie péridurale.

Le seul point de discussion concerne le saignement plus abondant lors de la délivrance, dont on a vu qu'il pouvait être solutionné par la mise en décubitus dorsal après la naissance et la pratique plus systématique de la délivrance dirigée.

Il est possible de proposer une mise en pratique des conclusions de la recherche clinique.

## **2. Mise en pratique de la mobilisation et de la liberté posturale maternelle [9]**

En l'absence de contre-indication de nature obstétricale ou médicale, la déambulation pendant la première partie du travail doit être encouragée et assistée. Elle est développée par ailleurs (voir J.-P. Schaal : *Posture au cours du travail*).

À l'approche de la fin de la dilatation, la patiente sollicite souvent la mise en position allongée, de préférence en décubitus latéral ou plutôt ventro-latéral avec ou sans position asymétrique des membres inférieurs, ou en position assise. Le principe fondamental à respecter est de maintenir une angulation axe du fémur - axe rachidien inférieure à 90° de façon à corriger en permanence la lordose lombaire et à créer une rétroversion du bassin favorisant l'engagement et la descente du fœtus. Ce principe découle de celui de l'hyperflexion préconisée par Rosa lors des dystocies d'inclinaison générées par une lordose lombaire insuffisamment corrigée [29].

Lors du temps terminal de l'accouchement, au moment de l'expulsion fœtale, la position idéale, mais malheureusement difficile à supporter dans notre culture occidentale, est la position accroupie dont le maintien est favorisé par des appuis en suspension, favorisant l'étirement du rachis.

La posture est dans un premier temps associée à une adduction des genoux de façon à favoriser le relâchement du périnée postérieur et l'écartement des ischions afin de permettre la descente maximale de la présentation fœtale. Ce n'est que lorsque la déflexion de la tête fœtale s'est bien amorcée que la patiente écartera modérément les

genoux en abduction pour contracter son périnée postérieur et relâcher son périnée antérieur, libérant ainsi la voie à la déflexion terminale de la tête fœtale. Parallèlement, le type de respiration sera idéalement réalisé sous forme d'une expiration freinée lors des efforts expulsifs.

Parallèlement à cette posture accroupie se sont développées des postures en décubitus latéral et à 4 pattes, permettant ainsi un choix qui sera guidé par le confort de la patiente, aucune de ces postures ne compromettant ni l'analgésie péridurale, ni le monitoring fœtal ou même la réalisation d'extractions instrumentales. Ces dernières postures sont historiquement considérées comme protectrices du périnée (« cette attitude réduit considérablement les chances de déchirures... » [2], page 365).

La mise en pratique de ces notions a été remarquablement formalisée par B. de Gasquet [9], qui réalise en France et en Europe francophone un important travail de formation et de diffusion des pratiques ainsi que de recherche sur la « nouvelle » mécanique obstétricale induite par ces postures (moins contraignantes sur le périnée et sur la déflexion de la tête fœtale).

Une autre approche est prônée par Renner [30] et introduit un concept nouveau : celui de l'accommodation inverse (celle du bassin maternel au fœtus). Il explique que « lors du travail et de l'accouchement, la mobilité du bassin maternel est suffisante pour pouvoir présenter ses diamètres et obstacles sous des angles variables, face à la présentation fœtale et à son cheminement. Il est alors possible d'aménager au mieux la position du bassin maternel par rapport au mobile fœtal dans le but de favoriser son évolution lors de la descente. Cette approche privilégie (...) la recherche de points d'appuis « actifs » sur la progression fœtale par rapport à la recherche d'un (...) gain de dimension des diamètres internes du bassin ». Cette approche intéressante a le mérite de réhabiliter une mécanique obstétricale bien délaissée à ce jour, puisqu'elle oblige à un suivi très précis pour un choix postural adapté à la situation clinique.

Mais cette approche, bien que séduisante, n'a pas été développée dans cette mise au point, car on est encore dans l'attente de résultats d'essais randomisés la concernant.

## CONCLUSION

Les essais cliniques modernes ont permis de valider, s'il en était besoin, l'empirisme rationnel de nos lointains ancêtres et de confirmer l'efficacité et la sécurité maternelle et néo-natale de la mobilisation maternelle et de l'adoption de postures variées pendant l'accouchement. Il paraît maintenant important d'essayer d'adapter l'environnement technologique de la naissance à la physiologie de l'accouchement, ce qui apparaît encore difficile à concilier dans les salles d'accouchement traditionnelles (sauf pour l'expulsion en décubitus latéral, facile à accepter par tous et ne nécessitant aucun moyen spécifique, ce qui explique l'engouement très récent pour cette posture).

L'adoption spontanée de positions accroupie, à genoux ou à quatre pattes, ou en décubitus latéral lors de l'expulsion, peut et doit être acceptée, à défaut d'être proposée. Seule la position assise ne paraît pas jouir des mêmes avantages que les précédentes.

En cas de lenteur exagérée de la terminaison de l'accouchement, il paraît bénéfique de les conseiller, car elles optimisent la santé périnatale et ménagent le périnée maternel. Elles représentent un outil facilement mis en œuvre de prévention ou de traitement de la dystocie mineure et doivent être intégrées dans les protocoles décisionnels.

Le but n'est pas 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, et éventuellement 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.

## Résumé

*Objectif : La parturition humaine, acte physiologique douloureux voire dangereux, peut évoluer vers la dystocie, rançon des avantages liés à l'évolution. Elle a de tous temps été négociée au mieux par la seule aide de la mobilisation et de postures alternatives variées ayant en commun une dominante verticale, associées à des aides matérielles ou sociales.*

*Il y a trois siècles, Mauriceau a imposé, dans le monde occidental, le décubitus dorsal pour des motifs ergonomiques bénéfiques pour les professionnels mais faisant peu de cas de la physiologie.*

*Depuis près de 30 ans, des efforts de moins en moins isolés tentent de réintroduire une certaine liberté posturale lors de l'accouchement en avançant des arguments anatomo-physiologiques convaincants mais insuffisants.*

*Le but de l'étude est d'analyser les données de la recherche clinique appliquée à l'étude de positions alternatives.*

*Méthodes et résultats : Un descriptif des différentes positions maternelles est d'abord présenté ainsi que leurs conséquences anatomo-physiologiques.*

*Les données de la recherche clinique (méta-analyses d'essais randomisés de Vendittelli en 1998 et de Gupta en 2004 en particulier) fournissent maintenant des preuves indiscutables de niveau optimal de la supériorité des postures verticales sur les postures allongées pour tous les paramètres de santé maternelle et périnatale, y compris le confort maternel, sauf pour le point particulier de la délivrance qui s'avère plus hémorragique, mais dont la prévention est aisée.*

*Conclusion : La liberté posturale maternelle ne s'avère pas délétère. Si elle ne doit pas être imposée, elle peut être autorisée, voire recommandée, au cours de tout accouchement qualifié de normal. Elle représente certainement un outil non iatrogène à utiliser largement comme appoint thérapeutique lors de difficultés à la terminaison de l'accouchement.*

*Mots clés : accouchement, position maternelle, mobilité maternelle, durée de l'expulsion, périnée, délivrance, extractions instrumentales, césarienne, état du nouveau-né, satisfaction maternelle*

## Bibliographie

- [1] Wittman AB, Wall LL. The evolutionary origins of obstructed labor: bipedalism, encephalization, and the human obstetric dilemma. *Obstet Gynecol Surv* 2007 Nov; 62(11):739-748.
- [2] Witkowski GJ. Histoire des accouchements chez tous les peuples. Steinhell éditeur, Paris ,1886.
- [3] Rosenberg K, Trevathan W. L'évolution de l'enfantement. Pour la Science, n° 293, mars 2002:56-61.
- [4] Mauriceau F. Des maladies des femmes grosses et accouchées. Paris, 1668.
- [5] Paciornik M. Apprenez l'accouchement accroupi. Editions Pierre-Marcel Favre, Lausanne, 1982.
- [6] Odent M, Husson JF, Yanotti S et al. Les positions de la mère au cours de l'accouchement. *Cahiers du nouveau-né* 1983, n°4:13-28.
- [7] Gardosi Jo, Sylvester S, B-Lynch C. Alternative positions during the second stage of labor: a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynecol* 1989;96:1290-6.
- [8] Nave B. La deuxième phase de l'accouchement ou expulsion en position accroupie (Etude théorique et pratique). Thèse de Doctorat en Médecine, Strasbourg, 1986 (n°246).
- [9] De Gasquet B. Bien-être et maternité. Implexe éd., Paris 1997 (2<sup>e</sup> édition).
- [10] Lucas C, Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. in CNGOF, Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique, Vigot, Paris, 1998.
- [11] Atwood RJ. Parturitional posture and related birth behaviour. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1976; suppl 57:6-25.
- [12] Bruner JP, Drummond SB, Meenan AL, Gaskin IM. All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *J Reprod Med* 1998;43:439-443.
- [13] Mendez-Bauer C, Arroyo J, Garcia-Ramos C et al. Effects of standing position on spontaneous uterine contractibility and others aspects of labor. *J Perinat Med* 1975;3:89-100.
- [14] Cadeyro-Barcia R. The influence of maternal position on time of spontaneous rupture of membranes, progress of labor and foetal head compression. *Birth Fam J* 1979;n°6:7-15.
- [15] Buhimschi CS, Buhimschi IA, Malinow A, Weiner CP. Use of Mc Robert's position during delivery and increase in pushing efficiency. *Lancet* 2001 Aug 11;358(9280):470-1.
- [16] Alexandre A. Efforts expulsifs maternels : inspiration bloquée ou expiration freinée ? Essai randomisé. Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme, Grenoble, 2003.
- [17] Racinet C, Eymery P, Philibert L, Lucas C. L'accouchement en position accroupie. Essai randomisé comparant la position accroupie à la position classique en phase d'expulsion. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999;23:263-270.
- [18] De Jong PR, Johanson RB, Baxen P et al. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labor. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:567-71.
- [19] Vendittelli F. Position allongée ou verticale durant le 2<sup>e</sup> stade du travail : revue des méta-analyses. 28<sup>es</sup> Journées de la Société française de Médecine Périnatale, Arnette Ed., Paris, 1998;167-176.
- [20] Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD002006.
- [21] Downe S, Gerrett D, Renfrew MJ. A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. *Midwifery* 2004 Jun;20(2):157-68.
- [22] Roberts CL, Algert CS, Cameron CA, Torvaldsen S. A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005 Aug;84(8):794-8.
- [23] Ragnar I, Altman D, Tydén T, Olsson SE. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions--a randomised controlled trial. *BJOG* 2006 Feb; 113(2):165-70.
- [24] Altman D, Ragnar I, Ekstrom A, Tyden T, Olsson SE. Anal sphincter lacerations and upright delivery postures -a risk analysis from a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007 Feb;18(2):141-6.
- [25] Brément S, Mossan S, Belery A, Racinet C. Accouchement en décubitus latéral. Essai clinique randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal pendant la seconde phase du travail. *Gynecol Obstet Fertil* 2007 Jul-Aug;35(7-8):637-44.
- [26] Ridley RT. Diagnosis and intervention for

occiput posterior malposition. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2007 Mar-Apr;36(2):135-43.

[27] Nasir A, Korejo R, Noorani KJ. Child-birth in squatting position. J Pak Med Assoc 2007 Jan;57(1):19-22.

[28] Brement S, Giard C, Racinet C. Impact d'une formation à l'accouchement physiologique sur les résultats maternels et néo-natals (enquête de type avant-après dans une maternité de type

2A). La revue sage-femme 2005;4:115-123.

[29] Rosa P. Diagnostic radiologique et clinique de la dystocie d'inclinaison : son traitement par la position d'hyperflexion. Gynecol Obstet 1948;47:825-830.

[30] Renner JP. Dimension du bassin et mécanique obstétricale. Vocation sage-femme, févr 2008, n°59:15-17.