UNIVERSITE DE NANTES
UFR MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Accouchements en décubitus latéral à la maternité d'Ancenis
Etude de pratique sur 119 dossiers

Maylis YOU
Née le 28 octobre 1990

Directeur de mémoire : Madame Isabelle HENSSIEN

Promotion 2010-2014

Remerciements

Merci à mes parents de m'avoir soutenue tout au long de mes études, d'avoir cru en moi et de m'avoir confortée dans le choix de ce métier.

Merci à madame Garnier, qui m'a lue et relue, et qui m'a guidée sans relâche tout au long de la création de ce mémoire. Merci du temps précieux qu'elle a bien voulu m'accorder.

Merci à monsieur Branger d'avoir revu mes statistiques et de m'avoir guidée dans mes réflexions.

Merci à madame Henssien, d'avoir accepté de diriger ce mémoire.

Enfin, merci au Centre Hospitalier d'Ancenis de m'avoir permis de réaliser une étude au sein de sa maternité, et tout particulièrement aux sages femmes, dont les pratiques ont été explorées. Merci de m'avoir accueillie en stage, me permettant ainsi de pratiquer mes premiers accouchements sur le côté.

Liste des abréviations

DL : Décubitus latéral
DLG : Décubitus latéral gauche
DLD : Décubitus latéral droit
DD : Décubitus dorsal
APD : Analgésie péridurale
RCF : Rythme cardiaque fœtal
ERCF : Enregistrement du rythme cardiaque fœtal
ARCF : Anomalie du rythme cardiaque fœtal
DD : Délivrance dirigée
DA : Délivrance artificielle
RU : Révision utérine
HDD : Hémorragie de la délivrance
AVB : Accouchement voie basse
IMC : Indice de masse corporelle
SA : Semaine d'aménorrhée
RPM : Rupture prématuré des membranes
RAPDE : Rupture artificielle de la poche des eaux
RSPDE : Rupture spontanée de la poche des eaux
DC : Dilatation complète
EE : Efforts expulsifs
OIGA : Occipito iliaque gauche postérieure
OIDA : Occipito iliaque droite antérieure
OIGP : Occipito iliaque gauche postérieure
OIDP : Occipito iliaque droite postérieure
OP : Occipito Pubien
OS : Occipito Sacré
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
EPF: Estimation de poids fœtal
ENP : Enquête Nationale Périnatale
CNGOF : Collège national des Gynécologues Obstétriciens Français
HAS : Haute Autorité de Santé

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION 5
2 GENERALITES 6
2.1 Histoire des positions d'accouchement 6
2.1.1 La préhistoire 6
2.1.2 L'Egypte Antique 7
2.1.3 Les civilisations pré colombiennes 8
2.1.4 Civilisations antiques en Europe 10
2.1.5 Le Moyen Age en Europe 11
2.1.6 De la renaissance au temps modernes 11
2.1.7 L'ère de la médicalisation 13
2.1.8 Les problématiques actuelles 13
2.2 Rappels anatomiques 15
2.2.1 Anatomie du bassin 15
2.2.2 La mobilité du bassin 16
2.3 Positions et mécanique obstétricale 19
2.3.1 La position gynécologique ou décubitus dorsal 19
2.3.2 Mécanique obstétricale en position gynécologique 19
2.3.3 Le décubitus latéral 21
2.3.4 Mécanique obstétricale en décubitus latéral 21
2.3.5 Le reflexe expulsif 22
2.4 Les différents types de poussées 23
2.4.1 La poussée bloquée 23
2.4.2 La poussée en expiration forcée 24
2.5 Avantages et inconvénients de chaque position. 24
3 CONTEXTE DU CENTRE HOSPITALIER D'ANCENIS 26
4 MATERIEL ET METHODE 27
5 RESULTATS 28
5.1 Situation maternelle 28
5.1.1 Age de la patiente 28
5.1.2 Gestité et parité 28
5.1.3 Antécédents obstétricaux 28
5.1.4 Statut pondéral 29
5.1.5 Préparation à la naissance 30
5.1.6 Estimation de poids fœtal 30
5.2 Déroulement de l'accouchement 32
5.2.1 Terme à l'accouchement 32
5.2.2 Mode de début du travail 33
5.2.3 Type de rupture des membranes 34
5.2.4 Couleur du liquide amniotique pendant le travail 35
5.2.5 Usage de Syntocinon® pendant le travail 35
5.2.6 Durée de 5cm à Dilatation Complète 36
5.2.7 Durée entre la Dilatation Complète et le début des efforts expulsifs 37
5.2.8 Anomalie du rythme cardiaque fœtal pendant le travail 38
5.2.9 Durée des efforts expulsifs 39
5.2.10 Niveau de la présentation au début des efforts expulsifs 40
5.2.11 Variété de présentation à l'engagement 41
5.2.12 Analgésie 42

5.2.13 Côté du dos du fœtus 42
5.2.14 Côte du décubitus de la mère 42
5.2.15 Dégagement de la tête fœtale 43
5.2.16 ERCF à l'expulsion selon la classification de Melchior 43
5.2.17 Dégagement des épaules 43
5.2.18 Anomalie du cordon 44
5.2.19 Etat périnéal 46
5.2.20 Durée entre l'accouchement et la délivrance 47
5.2.21 Délivrance 47
5.2.22 Pertes sanguines 48
5.3 Etat néonatal 49
5.3.1 Mensurations 49
5.3.2 Score d'Apgar 49
5.3.3 Réanimation néonatale 50
5.3.4 Transfert 51
6 DISCUSSION 52
6.1 Situation maternelle 53
6.2 Déroulement de l'accouchement 55
6.3 Issue maternelle 59
6.4 Issue néonatale 61
6.5 Ce qui ressort de notre étude 62
6.6 Les réticences des professionnels 62
7 CONCLUSION 66
8 BIBLIOGRAPHIE 67
ANNEXES 70

1 INTRODUCTION

La pratique clinique constitue une large part de la formation initiale des sages femmes. Lors des stages, nous avons souvent entendu parler des avantages de l'accouchement sur le côté, sans pour autant le voir beaucoup pratiqué.

En questionnant les sages femmes nous avons pu remarquer, que si la majorité était convaincue des bienfaits de la mobilisation des parturientes pendant le travail, leurs avis sur la position pendant l'expulsion étaient partagés.

Depuis quelques années, des professionnels témoins des avantages des positions d'accouchements dites verticales (debout, accroupie…), les ont vérifiés par des expérimentations et on cherché à leur donner une valeur scientifique. Malgré cela, la majorité des praticiens y sont réticents, préférant la position gynécologique, référence de nos maternités françaises.

L'accouchement sur le côté est parfois présenté comme un compromis, permettant un retour rapide de la patiente sur le dos en cas de nécessité.

Ainsi, si le décubitus latéral permet de conserver la sécurité, tout en présentant des avantages par rapport à la position gynécologique, pourquoi n'est-il pas plus pratiqué à l'expulsion ?

Nous nous sommes posé les questions suivantes : Accoucher sur le côté, est-ce bénéfique d'un point de vue maternel et fœtal ? La position gynécologique est-elle préférable dans certaines situations ? Les réticences des professionnels sont elles justifiées ? Cela nous a amené à étudier la pratique de cet accouchement et à faire un état des lieux de sa réalisation à Ancenis.

Pour cela nous réaliserons une étude rétrospective sur 119 dossiers de femmes ayant accouché sur le côté à la maternité d'Ancenis au cours de l'année 2012.

L'objectif de l'étude sera de décrire les indications et le déroulement des accouchements réalisés en décubitus latéral à la maternité d'Ancenis au cours de l'année 2012, ainsi que l'issue immédiate des accouchements du point de vue maternel et néonatal.

Nous commencerons par des rappels historiques et anatomiques puis nous exposerons les différences de mécanique obstétricale en fonction de la position, enfin nous présenterons les résultats de notre étude et ouvrirons une discussion.

2 GENERALITES

2.1 Histoire des positions d'accouchement [1], [2], [3], [4], [5], [6], [7]

Afin de préciser les pratiques obstétricales utilisées au fil des âges, nous ne disposons, dans un premier temps, que de représentations graphiques et de quelques statuettes. C'est donc, au maximum, à travers celles-ci que nous essaierons de découvrir quelles positions ont utilisées nos ancêtres pour faire naître.

2.1.1 La préhistoire

Nous disposons de très rares documents préhistoriques représentant l'accouchement. Le plus ancien date du paléolithique supérieur (15 000 à 30 000 av JC). Sur celui-ci, la femme semble avoir les jambes fléchies sur l'abdomen et attraper son enfant déjà dégagé jusqu'aux épaules. On remarque sur cette sur cette gravure que la femme accouche accroupie.

Illustration 1 :
« Document obstétrical préhistorique, femme accouchant »
Gravure retrouvée sur le site archéologique de Laussel, Dordogne, 32 000-15 000 av. J.-C. [2]

2.1.2 L'Egypte Antique

Certains papyrus ont pu nous renseigner sur la pratique obstétricale de cette période.

On peut repérer que les femmes accouchaient en position accroupie ou assises sur des briques. Les historiens ajoutent que dans l'écriture hiéroglyphe, la figuration stylisée « s'asseoir sur des briques » est l'équivalent d'accoucher.

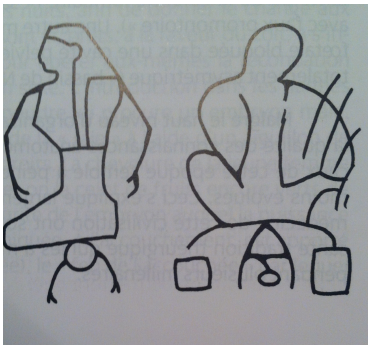


Illustration 2 :
Reproduction de hiéroglyphes symbolisant l'accouchement, inspiré du papyrus d'Ebers datant de 1770 av JC et conservé à Londres au British Museum.[2]

De même, ce bas relief représentant l'accouchement de la reine Cléopâtre, montre qu'elle accouche en position agenouillée suspendue.

Cette position, que pratiquaient notamment les hébreux, était aussi habituelle dans l'Antiquité.

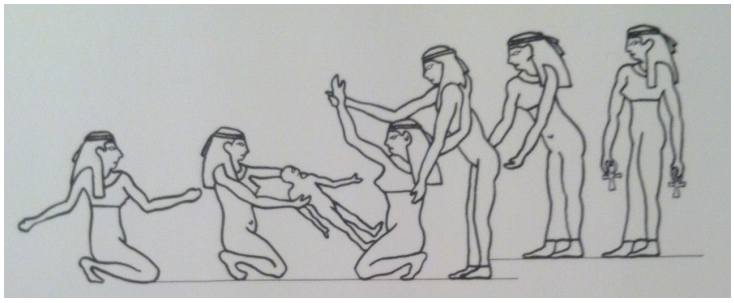


Illustration 3 :
Reproduction d'un « Bas-relief représentant l'accouchement de Cléopâtre », retrouvé au temple de Khnoum et Neith, à Esna, Egypte. (1550-1292 av JC [2]

2.1.3 Les civilisations pré colombiennes

Chez les Mayas et les Aztèques, l'iconographie disponible laisse à penser que les femmes se mettaient accroupies ou agenouillées : elles s'asseyaient sur les talons en s'appuyant parfois sur les genoux.

Cette statuette datant d'environ 1520 avant JC, représentant la déesse aztèque Tlazolteol donnant naissance à son enfant.

On remarque qu'elle est accroupie le dos étiré et les mains sur les ischions, sans doute pour les écarter. De plus, à la forme élargie de sa bouche et à la saillie de ses clavicules, des auteurs supposent qu'elle pousse en expiration freinée (détaillée prochainement). [3]

Illustration 4 :
Reproduction iconographique, inspirée d'une figure de pierre mexicaine, conservée à Dumbarton Oaks à Washigthon. [1], [3]

La littérature fait apparaitre également que les indiennes accouchaient debout adossées à leur case ou se soutenant à des branches d'arbre.

Illustration 5 :
Photographie d'une « Statut de bois » représentant une femme accouchant debout, époque médiévale, Nouvelle Guinée. Musée des arts africains et océaniens, Paris. [1]

Au Pérou, la femme était assise dans le giron d'une aide pendant qu'une sage femme dégageait l'enfant.

En Amérique du nord, il semblerait que les parturientes des différentes tribus, ont utilisé des positions accroupies, agenouillées, assises et souvent en suspension grâce à une corde tendue passée sous les aisselles.

De même dans les pays asiatiques, des représentations ont révélé une grande variété de positions verticales, y compris debout.

Illustration 6 :
Photographie d'un « Bois de char des Indes » représentant une femme en train d'accoucher, époque médiévale. [1]

Dans son « Histoire de la naissance à travers le monde », J. Barbault résume ainsi : *« avec de nécessaires variantes, les trois positions verticales – accroupie, à genoux, debout-, que les obstétriciens reconnaissent comme étant les meilleures pour assurer idéalement l'expulsion, étaient (ou sont encore) les plus fréquemment employées par les parturientes du monde entier. »[1]*

2.1.4 Civilisations antiques en Europe

C'est sous l'influence d'Hippocrate, que la chaise obstétricale fait son apparition, sous le nom de *sella perforata* (chaise percée). Il s'agit d'un dispositif spécialement conçu pour l'accouchement, qui s'est très largement répandu à l'époque romaine et de la Grèce Antique.

Illustration 7 :
Photographie d'une « Scène d'accouchement découverte à Ostie (Italie) ». Terre cuite façonnée ornant le monument funéraire de la sage-femme Scribonia Attica. Musée d'Ostie.
Scribonia constate de la main droite l'état d'avancement du travail tout en détournant la tête pour ne pas froisser la pudeur de la parturiente assise sur un siège obstétrical. [2]

2.1.5 Le Moyen Age en Europe

Au Moyen Age, les positions d'accouchements étaient très différentes en fonction des régions : à genoux, accroupie, debout, allongées.

Par exemple, dans les régions du nord de la France, il existait un panier d'osier tressé appelé « bakermat » permettant aux femmes d'accoucher et d'allaiter.

Mais, la chaise obstétricale fut rapidement réintroduite, à partir du XVI siècles et fit de nombreux adeptes, surtout dans les milieux aisés.

Pour les autres, la position assise était tout de même la plus utilisée et à la place de la chaise, les parturientes s'installaient en giron (partie du corps allant de la ceinture aux genoux en position assise). Pour ménager la pudeur, les matrones travaillaient sous les jupes, comme le montre l'illustration qui suit.

Les matrones étaient des femmes d'âge mûres, ayant déjà accouché et étant désignée pour accompagner les femmes au moment de la naissance.

Illustration 8 :
Photographie tirée de l'ouvrage de Euchaire Rösslin le "jardin de rose" premier traité d'obstétrique, imprimé en 1513. Il représente une matrone médiévale au travail. [2]

2.1.6 De la renaissance au temps modernes

Ce n'est qu'à partir du XVIIème siècle, que sous l'influence du français François Mauriceau (1637-1709), la chaise obstétricale fut peu à peu détrônée par le lit d'accouchement et la position horizontale. En effet, Mauriceau, dans ses traités recommandait la position couchée, permettant aux accoucheurs d'avoir un bien meilleur accès au périnée, permettant la médicalisation de l'obstétrique. Il s'agissait alors du lit conjugal aménagé ou d'un lit de fortune.

Puis, c'est au moment où les chirurgiens commencèrent à professer dans les hôpitaux, que les lits d'accouchement ont été remplacés par les tables d'accouchement. Dès lors, on a commencé à surveiller le périnée, à pratiquer l'épisiotomie (1742), à utiliser les forceps (Tarnier 1828-1897).

La position gynécologique, permettant un meilleur confort pour le praticien s'est donc largement répandue.

Racinet parlera de cette période ainsi : *« l'Obstétrique occidentale a amorcé un tournant remarquable en adoptant sa proposition (ndlr : de Mauriceau) de faire allonger les parturientes en position semi-assise sur un lit, au moment où se manifestaient les efforts expulsifs, sans réflexion sur la physiologie de l'accouchement, mais 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. »* [2]

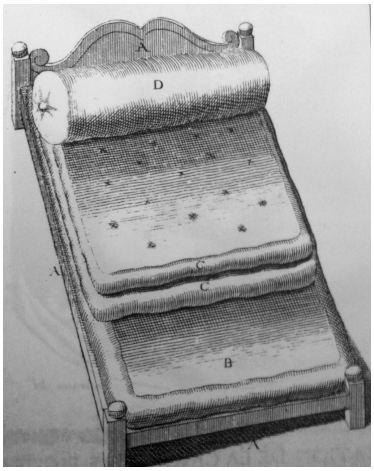


Illustration 9 :
Photographie du « Lit de camp pour accoucher les femmes » mis au point par Jacques Menard en 1753. [2]

A cette même période, en Grande Bretagne, la pratique de l'accouchement est très différente. En effet, sans doute par souci de pudeur dans un premier temps, la position latérale de Sim's est couramment utilisée depuis Fielding Ould (1710-1789) fondateur de l'école d'obstétrique de Dublin.

La position de Sim's doit son nom au gynécologue James Marion Sims (gynécologue américain parfois appelé le père de la gynécologie). Il s'agit d'une position dans laquelle la patiente est allongée sur un côté avec le bras allongé sous son corps et le haut de la cuisse fléchie. Elle est aussi appelée décubitus latéral.

Illustration 10 :
Dessin du Dr Howard Kelly datant de 1928, montrant la position de Sim's ou décubitus latéral.
Issu de la revue « gynecology » 1928. [4]

On peut lire ainsi dans « l'Histoire de l'accouchement de tous les peuples » : *« En 1751, Jean Burton, d'York, veut que la femme se couche sur le coté et tourne le dos à l'accoucheur, cette méthode en rapport avec la pruderie britannique, fut universellement adoptée dans le Royaume Uni et est encore en usage de nos jours. L'anglaise en mal d'enfant se couche sur le coté gauche, près du bord du lit, les*

jambes et les cuisses maintenues par un oreiller entre les genoux. » Puis, à Depaul d'ajouter *« il faut reconnaître que cette attitude facilite la surveillance du périnée et réduit considérablement le risque de déchirures ; aussi est elle employée de nos jours (1886) 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 de ce pays, accouchent comme en France, dans le décubitus dorsal. »* [5], [14]

2.1.7 L'ère de la médicalisation

Le XXème siècle est marqué, en matière d'obstétrique, par une spectaculaire diminution des mortalités maternelle et périnatale. A cette période en effet, les conditions de vie et d'hygiène s'améliorent et se mettent en place des consultations prénatales et de nouvelles techniques pour le suivi de la parturiente (monitoring, etc…). Mais cela a entrainé le transfert des parturientes du domicile à l'hôpital, changement qui a eu lieu dans les années 50 à 60. Peu à peu la peur populaire de l'accouchement à l'hôpital a diminué.

Cependant, le développement de cette médicalisation a aussi créé des contraintes. Ainsi, à propos des premiers ERCF, une sage-femme raconte ceci : *« Quand le premier monitoring est arrivé […] pour la malheureuse patiente qui en héritait c'était un vrai martyr parce qu'elle ne devait pas tousser, pas bouger, seulement rester sur le dos : il n'était pas question de se mettre sur le coté car on n'enregistrait plus rien. »* [6]

De même, en France les premières péridurales dans les années 70, très dosées, ont diminué pour les femmes la perception de l'envie de pousser et dans le même temps augmenté le nombre d'extraction instrumentale.

L'ensemble des progrès médicaux en obstétrique et en anesthésie, ont amélioré la sécurité de sa prise en charge, mais elles ont également contribué à rendre les parturientes moins actives lors de la naissance.

2.1.8 Les problématiques actuelles

Peu à peu, depuis les années 70, des obstétriciens et des sages-femmes remettent en cause leurs pratiques, et prônent un retour à des positions d'accouchements plus physiologiques.

En France, la vision de la naissance a été transformée par le livre de Frederick Leboyer « Pour une naissance sans violence », dans lequel il exprime le point de vue du bébé à naitre et souhaite faire évoluer la position du corps médical vers un plus grand respect du corps de la femme. Il explique ainsi : *« il n'est pas possible d'être authentiquement, profondément à l'écoute du nouveau-né, et en même temps d'être indifférent à ce qu'exprime la le corps de la mère, au point de lui imposer la position dorsale, jambes en l'air »* [15]

Dans cet ouvrage, il essaie de rendre l'accouchement au couple mère-enfant et propose notamment la position accroupie pour accoucher. De même, M. Paciornick au Brésil, M. Odent et B. Navé en France, soulignent les mérites de cette position. C'est l'époque de l'expérience de la maternité de Pithiviers, menée par M. Odent, où l'on propose de « ne plus accoucher couchée ». Une salle « sauvage » est mise en place à cet effet ainsi qu'un accompagnement spécifique pour chaque parturiente.

Mais la remise en cause de la position gynécologique ne fait pas l'unanimité dans les maternités françaises, elle reste « la norme » pour accoucher.

Aujourd'hui, des études réalisées notamment par B. De Gasquet puis C. Racinet, C. Lucas et S. Brément, ont prouvé scientifiquement les bienfaits de la mobilité durant le travail et des positions verticales pour l'expulsion. [10], [14]
De plus, afin de modifier progressivement la pratique, ils ont proposé des positions aménagées, permettant de diminuer le malaise actuel face à des positions trop « bestiales » que serait le « quatre pattes » par exemple. Ainsi la fameuse « position aménagée » de B. De Gasquet, devient incontournable. On parle également de plus en plus de l'accouchement sur le coté.

Peu à peu, un sentiment « d'hyper médicalisation » apparaît chez certains couples. Il s'ajoute à des augmentations des taux d'extractions instrumentales et des césariennes (de 20.2% en 2003 à 21% en 2010 en France). [20]

Ceux-ci souhaitent se réapproprier la naissance, quand des sages femmes rappellent que leur rôle est d'accompagner et d'encourager les femmes pour que l'accouchement reste physiologique.
Les positions variées d'accouchement qui réapparaissent en France s'inscrivent dans ce mouvement.

Néanmoins, il ne faut pas oublier que la médicalisation de l'accouchement a tout d'abord contribué à une forte baisse de la mortalité maternelle et infantile. Par exemple entre 1945 et 2000 le taux de mortalité maternelle en France, est passé de 116.5/100 000 à 6.5/100 000. [18]

Il ne s'agit donc pas de prôner un « retour en arrière », mais de souhaiter une meilleure utilisation des connaissances et des techniques actuelles, pour que celles-ci restent au service de la physiologie.

Depuis le décret de "Périnatalité du 9 octobre 1998", les maternités se répartissent en 3 niveaux de prise en charge néonatale :

1. les maternités de type 1, pouvant prendre en charge les enfants biens portants ayant seulement besoin de soins de puériculture, à partir de 35 SA.
2. les maternités de type 2a et 2b, pouvant prendre en charge les enfants nécessitant des soins de néonatologie, hors soins intensifs. (2a à partir de 32SA et 2b à partir de 34SA)
3. les maternités de type 3, concernant les nouveau-nés nécessitant des soins de réanimation néonatale. (transfert obligatoire des prématurés entre 25 et 32SA) [19]

Les agences régionales de santé organisent alors en réseau les maternités d'une même région, afin d'optimiser la prise en charge de chaque patiente en fonction de ses besoins spécifiques.

Ainsi, les femmes suivies en maternité dite de type 1, sont des patientes dont le déroulement de la grossesse présage une prise en charge néonatale physiologique. Si malgré tout, une complication survient, un transfert in utero ou secondaire à l'accouchement peut avoir lieu vers une maternité adaptée. [19]

Ces organisations cherchent à développer d'une meilleure considération du patient en le mettant au cœur du système de soin. La loi HPST : « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » de 2009, va également dans ce sens.

2.2 Rappels anatomiques

En obstétrique, la condition indispensable à un accouchement par voie basse est l'absence de disproportion foeto-pelvienne.

2.2.1 Anatomie du bassin [8], [9], [10], [11]

Le squelette du bassin comprend 4 os et 5 articulations.

En arrière, 5 vertèbres soudées forment le sacrum prolongé par le coccyx, et latéralement et en avant les os coxaux, symétriques, se rejoignent pour former la symphyse pubienne.

Le sacrum est articulé à la dernière vertèbre lombaire par une saillie appelée le promontoire : c'est l'articulation lombo-sacrée. Il s'articule aux os coxaux de chaque côté par les articulations sacro-iliaques et au coccyx par l'articulation sacro-coccygienne.

Le bassin constitue un canal dont l'orifice supérieur est plus spacieux que l'orifice inférieur.

Le canal pelvien est un anneau ostéo-articulaire, en forme de cylindre courbe à concavité antérieure, s'enroulant autour du pubis.

On peut le diviser en trois parties :

-le détroit supérieur
-le détroit inférieur
-entre les deux, l'excavation pelvienne avec le détroit moyen

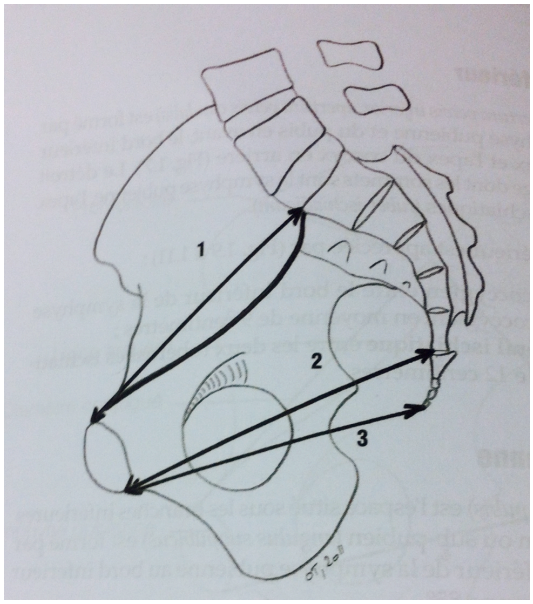


Illustration 11 :
« Vue médiane du pelvis osseux montrant les trois détroits. » [10]

Le détroit supérieur est la partie du bassin dans laquelle le mobile fœtal s'engage. Il est limité par le bord supérieur de la symphyse pubienne, les lignes arquées des os iliaques et le promontoire. Chez la femme, il est le plus souvent gynoïde : il a la forme d'un cœur de carte à jouer.

Lors de l'engagement, la présentation gênée par le promontoire s'engagera dans un diamètre oblique du détroit supérieur qui relie l'éminence ilio-pectinée à l'articulation sacro-iliaque opposée. L'axe gauche est le plus utilisé.

L'excavation pelvienne est un cylindre courbe situé entre le détroit supérieur et le détroit inférieur, dans lequel le mobile fœtal effectue sa descente et sa rotation.

Son diamètre interne est rétréci à son tiers inférieur par la saillie des épines sciatiques (diamètre bi-épineux), c'est le détroit moyen.

Enfin, le détroit inférieur est la zone de dégagement de la tête fœtale. Il est limité par le bord inférieur du pubis et par le coccyx.

Il a une forme de losange à grand axe antéropostérieur.

Les muscles superficiels du périnée viendront s'y insérer. Le périnée sera le dernier obstacle à franchir.

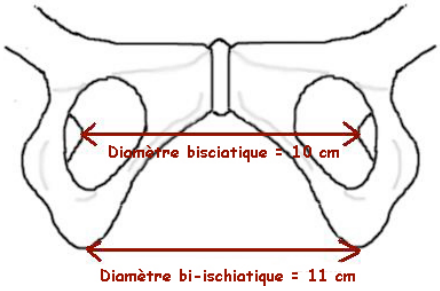


Illustration 12 :
« Diamètre bisciatique », vue de face de l'ogive pubienne. [9]

L'ogive pubienne formée par la symphyse pubienne et les branches ischio-pubiennes, forme un angle entre 85 et 90°. Cet angle sera important lors du dégagement de la présentation : plus l'angle est fermé, plus le dégagement sollicitera le périnée postérieur.

2.2.2 La mobilité du bassin

Pendant la grossesse, l'imprégnation hormonale, permet une augmentation des mouvements de toutes les articulations, par augmentation de la laxité ligamentaire.

Les articulations du bassin sont assez rigides et ne permettent que des mouvements limités mais néanmoins importants pour l'accouchement.

La symphyse pubienne

Seul de très discrets mouvements peuvent avoir lieu lors de la marche par exemple.

L'articulation lombo-sacrée

Les ligaments ilio-lombaires limitent les mouvements de cette articulation.

L'articulation sacro coccygienne

Le mouvement de rétro pulsion du coccyx apparait lors de la défécation et de l'accouchement. Elle permet d'augmenter de quelques centimètres le diamètre sous-coccyx-sous-pubien.

Les articulations sacro-iliaques

Ce sont les articulations les plus mobiles du bassin. Elles permettent les mouvements de nutation et contre nutation.
Il s'agit d'un mouvement de l'ensemble sacrum-coccyx.

Lors de la nutation, le promontoire bascule en avant, se rapprochant de la symphyse. Le coccyx suit le mouvement du sacrum, et est refoulé en arrière. Les ailes iliaques se rapprochent. Les épines sciatiques s'éloignent.
Le détroit supérieur se ferme et les détroits moyen et inférieur s'ouvrent.
Ce mouvement favorise donc le dégagement.

La nutation lorsqu'elle obtenue par hyper flexion des cuisses sur l'abdomen, permet de diminuer l'angle entre l'axe du détroit supérieur et l'axe de la poussée utérine.

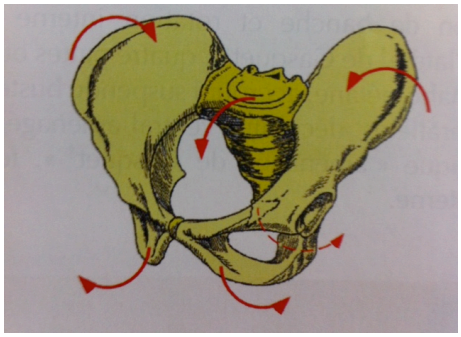


Illustration 13 :
« La nutation », vue supérieure du bassin osseux. [8]

La contre-nutation est le mouvement inverse. Le détroit supérieur étant donc ouvert, elle favorise l'engagement, bien qu'elle ne permette pas la concordance des axes de la poussée utérine et du détroit supérieur.

La contre nutation est obtenue par l'extension des cuisses.

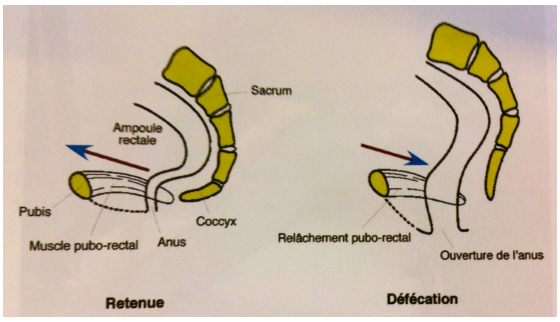


Illustration 14 :
« La nutation et la contre nutation », vue de profil du bassin osseux. [8]

L'articulation coxo-fémorale

La mobilité de la jambe permet de modifier les dimensions du bassin. Le fémur agit tel un levier.

B. Gasquet a fait la première, la démonstration de la mobilité du bassin lors de la rotation interne du fémur. Elle s'est aperçue, que lorsqu'elle mettait ses genoux en position « chasse neige » (rotation interne des fémurs), ses ischions s'écartaient l'un de l'autre. Elle a remarqué que le diamètre bi épineux augmentait. Elle a donc réalisé plusieurs études pour mesurer ce diamètre, par radio, scanner, IRM. Elle a montré qu'on pouvait gagner chez certaines patientes jusqu'à 2cm. [11]

Ainsi la rotation interne des fémurs, permet un agrandissement des détroits moyens et inférieur au détriment du détroit supérieur. Cette position favorise donc le dégagement.

A l'inverse, la rotation externe des fémurs, favorise l'engagement, en agrandissant le détroit supérieur au détriment des détroits moyen et inférieur.

De la même façon, le fait de fermer ou d'écarter les jambes, mouvement d'adduction ou d'abduction, augmente ou diminue le diamètre transversal du détroit inférieur.

Enfin, la flexion du la jambe va permettre de diminuer l'angle entre le plan du rachis et le plan du détroit supérieur. Si l'angle entre le fémur et le rachis est inférieur à 90°, il n'y a plus de lordose lombaire, mais une continuité entre l'axe de la colonne vertébrale et celui du bassin. On parle d'antéversion du bassin.

La tête du fœtus est une sphère dont le plus petit diamètre est obtenu par hyper flexion, c'est le sous occipito-bregmatique.

2.3 Positions et mécanique obstétricale

La mécanique obstétricale ayant été décrite pour la première fois en position gynécologique, elle reste la seule étudiée aujourd'hui dans la formation initiale. Cela explique la « perte de repères » qu'expriment certaines sages femmes lors de l'utilisation de positions différentes.

2.3.1 La position gynécologique ou décubitus dorsal [8], [9], [12], [13]

Il s'agit d'installer la patiente allongée sur le dos ou semi assise et de positionner ses jambes écartées dans des étriers se trouvant de part et d'autres de la table. Le dos et les fesses sont donc en appui sur la table. On essaie le plus souvent de faire en sorte que l'angle entre les fémurs et le rachis soit inférieur à 90° : on hyper fléchit les cuisses.

2.3.2 Mécanique obstétricale en position gynécologique

L'accouchement se déroule en trois étapes : l'engagement, la descente et rotation et le dégagement.

La première étape est l'engagement. Le fœtus se confronte au détroit supérieur, il est dit engagé lorsque sa plus grande circonférence a franchi le plan du détroit supérieur. Les mécanismes intervenant dans cette étape sont la concordance des axes de la poussée utérine et du détroit supérieur, la flexion de la présentation fœtale, son orientation et son accommodation.

L'angle entre les axes de la poussée et du détroit supérieur varie de 30 à 50°. Une meilleure concordance des axes peut être obtenue par la diminution de la lordose lombaire maternelle et par la nutation.

Le diamètre sous-occipito-bregmatique est le plus petit diamètre de la tête fœtale que l'on peut obtenir lorsque celle-ci est bien fléchie. Le fœtus va orienter ce diamètre dans le diamètre oblique gauche le plus souvent, du fait de la dextro rotation de l'utérus, l'occiput vers l'avant.

Le fœtus peut s'incliner de différentes façons par rapport au détroit supérieur. On dira qu'il est synclite lorsque sa suture sagittale se trouve dans l'axe du détroit supérieur. Si la suture sagittale est proche de la symphyse, on parlera d'asynclitisme postérieur. On remarque aussi des déformations plastiques de la tête fœtale. Ces différents phénomènes peuvent lui permettre de s'accommoder.

L'axe d'engagement de la présentation fœtale est l'axe ombilico coccygien.

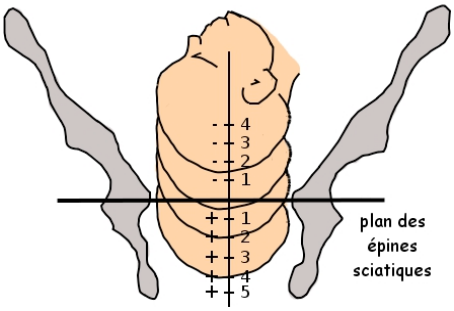


Illustration 15 :
Schéma, en vue de face, du mobile fœtal s'engageant dans le bassin maternel. [8]

La deuxième étape est le franchissement du détroit moyen par la présentation fœtale. La descente et la rotation s'effectuent dans l'excavation pelvienne.

Au niveau du détroit moyen les épines sciatiques obligent le mobile fœtal à modifier l'orientation de sa tête. Le plancher pelvien, constitué des muscles releveurs de l'anus et ischio-coccygiens, ferme l'excavation et peut constituer une aide à la rotation, si celle-ci ne s'est pas produite plus haut dans l'excavation ou est incomplète.

La tête fœtale poussée contre l'arc antérieur, tourne de 45° vers l'avant (lorsqu'elle s'est engagée en OIGA), tout en continuant sa descente dans l'axe ombilico coccygien.

La littérature fait apparaître différents niveaux pour cette rotation : en haut de l'excavation, sur le périnée ou progressivement.

La fin de la rotation est marquée par la présentation occipito pubienne (occiput antérieur) qui finira sa descente fixée sous la symphyse.

La rotation et la descente de la tête fœtale ne sont possibles que si celle-ci est bien fléchie.

Enfin, la dernière étape est le dégagement : c'est l'expulsion de la tête fœtale.

La tête, en butant contre le sacrum va subir un complément de flexion. Elle va ensuite se défléchir, l'axe de progression devient horizontal. L'occiput est fixé sous la symphyse qui va jouer le rôle de pivot, et dans un mouvement d'enroulement, la tête et le tronc vont se désolidariser. Il y a, à nouveau, un changement d'axe, la tête remonte dans un axe oblique en haut et en avant. Le périnée, dernier obstacle, est amplié et la tête se dégage : c'est le franchissement du détroit inférieur.

La position des fémurs et du bassin a une influence au niveau périnéal. En position gynécologique, la rotation externe des fémurs rapproche les ischions l'un de l'autre. Cela « *ferme le périnée postérieur, renforce le tonus du sphincter anal et ouvre en antérieur.* » [8] L'étirement périnéal se fait dans le sens uniquement antéro postérieur : *« L'ampliation du périnée est un signe d'étirement essentiellement ano-vulvaire, c'est à dire cutané »* [8]. Cela expose le périnée postérieur et peut entrainer des déchirures intéressant les fibres du sphincter anal.

Lorsque la tête se dégage, les épaules s'engagent dans le diamètre oblique opposé à celui de l'engagement de la tête fœtale. Puis, les épaules tournent de 45° dans un axe antéropostérieur, l'épaule antérieure se fixe ainsi sous la symphyse. La tête fœtale extériorisée suivant les épaules tourne de nouveau : c'est la restitution. La restitution entraîne l'occiput dans le prolongement du dos fœtal.

Les épaules ainsi positionnées vont se dégager l'une après l'autre et le reste du corps se dégage sans difficulté.

Lors de l'accouchement en position gynécologique, la présentation fœtale va donc subir plusieurs changements d'axes, tout au long de sa progression. Ainsi, elle progressera :

« - dans un axe ombilico-coccygien entre l'engagement et le franchissement du détroit
moyen ;

-perpendiculaire au diamètre sous-sacro-sous-pubien lorsque le front fœtal butte sur
le sacrum et accentue sa flexion ;
-après une horizontalisation de la progression, celle-ci se fera vers le haut et l'avant. » [9]

2.3.3 Le décubitus latéral [8], [11], [12], [14], [16]

Il s'agit d'installer la patiente allongée sur le côté, la jambe du haut pliée de telle sorte que l'angle entre la cuisse et le rachis soit inférieur à 90°. Cela permet d'éviter la lordose : l'utérus est bien orienté, plaqué contre la colonne vertébrale.

La cuisse de la jambe supérieure doit être mise en adduction et le fémur en rotation interne. Pour cela, on peut utiliser un coussin, déposé sous la jambe fléchie, et surélever grâce à lui le pied. Cela agrandi le diamètre bi-épineux.

L'autre jambe doit être en extension maximum et en appui sur un cale-pied.

En théorie, la femme se positionne du côté du dos du fœtus, la jambe remontée est celle opposée au côté du dos du fœtus. En pratique, le choix est laissé à la patiente.

Enfin, pour que sa cage thoracique soit dégagée, il faudra donc qu'elle soit en position d'étirement. Pour cela, elle devra pouvoir s'accrocher bras tendu à la tête de lit ou à une personne accompagnante.

2.3.4 Mécanique obstétricale en décubitus latéral

Lorsque la femme est en décubitus latéral, la mécanique est différente. En effet, cette position permet une plus grande mobilité du bassin notamment grâce aux fémurs et à l'asymétrie possible des jambes. La rotation et la restitution ne sont donc pas toujours nécessaires.

Au moment de l'engagement, le DL pourra avoir des effets à différents niveaux. Tout d'abord, la réduction de la lordose physiologique permet de mettre l'utérus dans l'axe d 'engagement et d 'aligner le sacrum et le rachis, offrant ainsi une trajectoire plus rectiligne au fœtus.

De plus, étant donné que le fœtus se présente dans un axe oblique il est important d'adapter l'inclinaison du bassin à cette obliquité. L'asymétrie des membres inférieurs de la parturiente aura cet effet.

Lorsque le fœtus entame sa descente dans l'excavation, il se dirige vers l'arrière, vers le sacrum. La descente est facilitée si le sacrum est libre. Le mouvement de nutation est possible. De même, libérer le coccyx lui permet de se rétro-pulser. Surtout, le DL permet de donner au fœtus la possibilité de continuer sa progression dans l'axe ombilico coccygien.

Quand la présentation arrive au niveau des épines sciatiques, grâce à la rotation interne du fémur supérieur, l'épine supérieure s'écarte (comme cela a été montré au scanner) et le plan profond des muscles du périnée se détend de ce côté.

Le fœtus ne rencontre pas de résistance : *« le faisceau iliaque du périnée, l'obturateur interne du côté en extension restent tendus, ainsi que le psoas, et donne un rail continu au fœtus.»* [8]. La présentation fœtale peut donc continuer en oblique.

Le fœtus n'effectue donc pas de rotation, il n'en a pas la nécessité. De même il ne se fixe pas à la symphyse et ne désolidarise pas sa tête de son tronc : il continue en oblique, tête toujours en hyper flexion. *« Dans son attitude de flexion, les épaules restent très enroulées en avant ce qui réduit le bi-acromial. »* [8] La tête et le corps sortent en « monobloc » sans restitution. La tête fœtale se dégage comme elle s'est engagée : en oblique et les épaules suivent, également en oblique mais dans le diamètre opposé.

L'engagement, la descente et l'expulsion se font dans le même axe : l'axe ombilico-coccygien.

La remontée diaphragmatique et la rotation interne d'un fémur, présentes lorsque la position est bien prise, permettent une détente périnéale et *« ouvre l'espace périnéale postérieur et latéral par écartement ischiatique. »* et *« la détente* [du muscle] *obturateur concerné ».* [8] Ainsi l'ampliation est beaucoup moins importante, ce qui protège le périnée postérieur. Cela expose davantage le périnée antérieur.

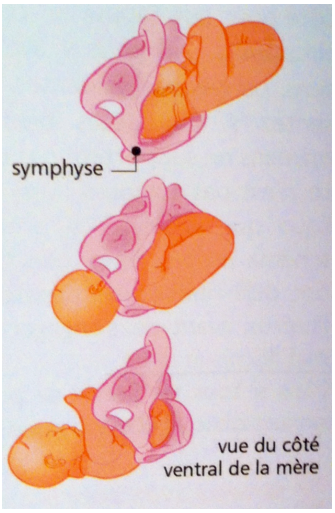


Illustration 16 :
Schéma, en vue du côté ventral de la mère, illustrant le dégagement du fœtus lors d'un accouchement en DLG. [11]

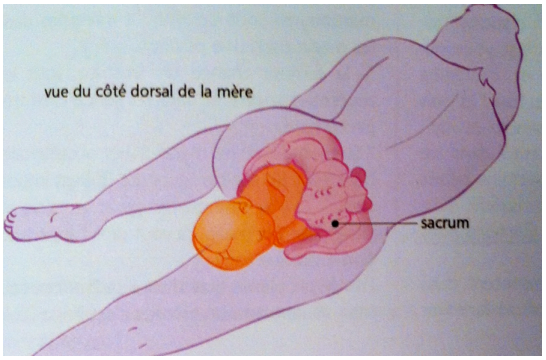


Illustration 17 :
Schéma, en vue du côté dorsal de la mère, illustrant le dégagement du fœtus lors d'un accouchement en DLD. [11]

2.3.5 Le reflexe expulsif [8], [17]

Retrouvé dans la littérature, il s'agit, d'une réponse à une stimulation hormonale d'ocytocine et d'adrénaline. Il est facilement repérable chez une femme accouchant sans péridurale car il correspond au moment où l'on a l'impression que la

femme « perd pied » et où elle peut paniquer. On entend parfois à ce moment là ; « je n'y arriverais jamais ! », « je ne veux plus accoucher ! ». Mais cette peur transitoire est vite suivie par une série de contractions irrésistibles et un regain d'énergie. Cela correspond au moment où en descendant, le fœtus va solliciter le muscle transverse du périnée, qui par reflexe myotatique à l'étirement, va se contracter. La parturiente va alors spontanément se pencher vers l'avant, chercher à se verticaliser, à s'agripper. En fait, elle va instinctivement chercher la rotation interne des fémurs. Cela va permettre d'écarter les ischions l'un de l'autre, de rapprocher les ailes iliaques et donc d'entrainer la contraction très puissante des muscles abdominaux profonds : le transverse inférieur et les petits obliques. S'en suit alors une augmentation maximale de la pression par contraction des muscles abdominaux cette fois-ci, qui permet le mouvement inverse : le rapprochement des ailes iliaques et l'écartement des épines sciatiques et permet donc la nutation. « Il s'agit de mouvements extrêmement rapides (réflexes) qui font se succéder nutation et contre nutation. » [8] Associé à une contraction utérine de forte intensité, l'efficacité est très importante.

Ce réflexe est avantageux car il pousse la femme à se mettre dans des positions penchées en avant permettant une ouverture de la vulve particulière diminuant le risque de déchirures graves du périnée.

Comme tout réflexe dépendant de la stimulation d'ocytocine, il est très influencé par les facteurs environnementaux. Il sera donc inhibé par le manque d'intimité, une lumière trop forte, une température inadaptée...

Ce reflexe dépend de la position adoptée par la parturiente. En effet, *« il n'apparaît pas quand les ischions sont rapprochés et que l'étirement périnéal est dans le sens uniquement antéro-postérieur (ampliation). »* [8] Le DL, rend possible l'apparition de ce réflexe. Si la patiente se focalise sur ses sensations elle peut accompagner ce reflexe de ses poussées volontaires.

2.4 Les différents types de poussées [11], [14]

2.4.1 La poussée bloquée

La poussée bloquée est la plus connue et la plus pratiquée actuellement en salle de naissance.

Il s'agit d'inspirer de l'air et de le bloquer pour pousser vers le bas. On utilise ainsi l'air pour exercer une forte pression sur le fond utérin par l'intermédiaire du diaphragme. L'utérus, et tous les viscères avec lui, sont projetés vers le bas et l'avant. Le périnée, lui, oppose une résistance (d'autant plus chez les primipares) qui oblige à une poussée plus violente.

Cette poussée est efficace (et donc nécessaire dans certaines situations d'urgence) mais aussi plus traumatisante pour le périnée.

2.4.2 La poussée en expiration forcée

Il s'agit d'effectuer une expiration prolongée et à laquelle on inflige une résistance. C'est une expiration similaire à celle qu'on a lorsque l'on gonfle un ballon. La résistance à la sortie de l'air permet une contraction importante de la ceinture abdominale.

Cette poussée s'inscrit dans la logique du réflexe expulsif. Nous avons expliqué précédemment son incomparable force. Mais nous avons également noté qu'il pouvait être difficile à obtenir. B. de Gasquet, ayant fait ce constat, a cherché une alternative de poussée volontaire, physiologiquement proche de la poussée réflexe.

On a donc cherché à obtenir une contraction maximale des abdominaux profonds synchronisée avec la contraction utérine et une remontée du diaphragme afin que le périnée soit détendu.

L'expiration forcée permet une remontée diaphragmatique, un relâchement périnéal et une contraction des abdominaux synchronisée à celle de l'utérus, l'enfant est comme « démoulé ».

L'efficacité de cette poussée est moins forte que celle du réflexe, mais elle a l'avantage d'être moins traumatique pour le périnée.

2.5 Avantages et inconvénients de chaque position.

La position gynécologique pour l'accouchement est la position de référence, celle qui est étudiée par les professionnels et utilisée pour les manœuvres obstétricales.

C'est aussi la position de référence pour pratiquer la délivrance artificielle ou la révision utérine.

Les patientes, à partir du milieu de la grossesse, du fait de la compression aorto-cave, ne sont souvent plus à l'aise sur le dos. Le poids de l'utérus gravide comprime l'aorte et la veine cave inférieure entraînant une moins bonne vascularisation et un moins bon retour veineux. On explique ainsi les malaises survenant parfois dans cette position. Le DL est un recours pour la position de repos en fin de grossesse.

La ventilation maternelle est améliorée en DL car c'est une position d'étirement, contrairement à la position gynécologique dans laquelle la course diaphragmatique est réduite.

Carbonne a mesuré la saturation fœtale en oxygène par oxymétrie de pouls chez 12 patientes en travail positionnées successivement 10 minutes en DD, DLD, DLG dans un ordre tiré au sort. La saturation fœtale en oxygène serait meilleure en DL qu'en DD, et en DLG qu'en DLD. [12], [13]

Il y aurait donc un avantage maternel et fœtal à l'installation en décubitus latéral, en ce qui concerne le confort maternel, la ventilation maternelle, et la saturation fœtale en oxygène.

Dans la position gynécologique, le poids du corps repose en grande partie sur le bassin et limite ainsi les jeux articulaires : le sacrum est le plus souvent bloqué contre la table d'accouchement et la nutation n'est alors pas possible. Par l'asymétrie des membres inférieurs, l'hyper flexion d'une cuisse et le dégagement du sacrum, le DL va permettre un jeu articulaire facilitant le passage fœtal à chaque étage.

Lors de l'expulsion, le DL permet d'augmenter les diamètres des détroits moyen et inférieur, évitant ainsi au fœtus la rotation et la restitution. Le périnée postérieur est déchargé lui permettant de se détendre. Le DL est donc protecteur du périnée postérieur, et pour éviter des déchirures antérieures, un maintien de la tête fœtale à l'expulsion est possible. L'opérateur se place du côté du dos de la patiente et accompagne la flexion de la présentation. Ainsi, la meilleure détente du périnée postérieure en position latérale est utilisée à bon escient.

L'étirement possible en DL permet une meilleure efficacité de la poussée en expiration bloquée. Cela contribue à protéger le périnée.

Le DL offre des conditions favorables à l'apparition du réflexe expulsif : écartement des ischions, meilleure intimité maternelle, étirement…

3 CONTEXTE DU CENTRE HOSPITALIER D'ANCENIS

La maternité du Centre Hospitalier Francis Robert d'Ancenis, est une maternité de type 1, faisant partie du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire. La pratique de l'accouchement voie basse spontanée en décubitus latéral y est fréquente.

Il s'agit d'une maternité comprenant un service de consultation, un bloc obstétrical, un bloc opératoire pour les césariennes et un service de suites de couches.

Le bloc obstétrical abrite 3 salles de travail, 2 salles accouchements et 1 salle nature en cours d'aménagement.

Une particularité de cette maternité est l'absence de service de pédiatrie. Un accord a été établit avec la maternité du centre hospitalier universitaire de Nantes pour la prise en charge pédiatrique.

Cette maternité prend en charge les nouveau-nés à partir de 35SA et 2 000g.

En 2012, à Ancenis il y a eu 838 accouchements.

Le taux de césariennes a été de 12.2% et celui des extractions instrumentales de 11.2%.

Il y a eu 642 accouchements spontanés VB en 2012 (76.6%). Parmi eux, 163 (25.4%) ont été réalisés en positions autres que sur le dos (sur le côté, assise, à 4 pattes, debout…). Finalement, 127 patientes ont accouché sur le côté en 2012 à Ancenis. Cela représente 14.7% des accouchements totaux et 19.2% des accouchements voie basse spontanée.

4 MATERIEL ET METHODE

Souhaitant réaliser cette étude sur plusieurs maternités du réseau, nous avons été confrontés à plusieurs obstacles. Certaines maternités ne réalisent que très peu d'accouchements en DL, d'autres en réalisent mais ne spécifie pas la position maternelle pour l'accouchement dans le registre des naissances, d'autres enfin n'ont pas souhaité faire partie de l'étude.

Finalement, seule la maternité d'Ancenis a présenté les critères nécessaires à l'étude et a accepté de nous accueillir.

Après accord du chef de service et de la sage femme cadre, nous avons pu consulter le registre d'accouchements de l'année 2012 et sélectionner 127 dossiers de patientes ayant accouché sur le côté. Les secrétaires ont pu nous en obtenir 119, certains étant non disponibles.

Nous avons donc étudié la quasi-totalité des accouchements en décubitus latéral de l'année 2012.

Les données ont été saisies sur Epidata Entry et analysées sous Epidata Analysis. Les données sont présentées sous forme de pourcentage pour les données codées, et sous forme de moyenne avec écart type pour les données quantitatives.

5 RESULTATS

Nous avons analysé 119 dossiers. Dans certains, nous avions des données manquantes, le nombre total est donc précisé pour chaque donnée.

5.1 Situation maternelle

5.1.1 Age de la patiente

Dans notre population, les femmes avaient en moyenne 29.7 ans ± 4.4, la médiane étant de 29 ans. La parturiente la plus jeune avait 19 ans et la plus âgée 42 ans.

5.1.2 Gestité et parité

13.6% des patientes sont primigestes contre 86.4% de multigestes.

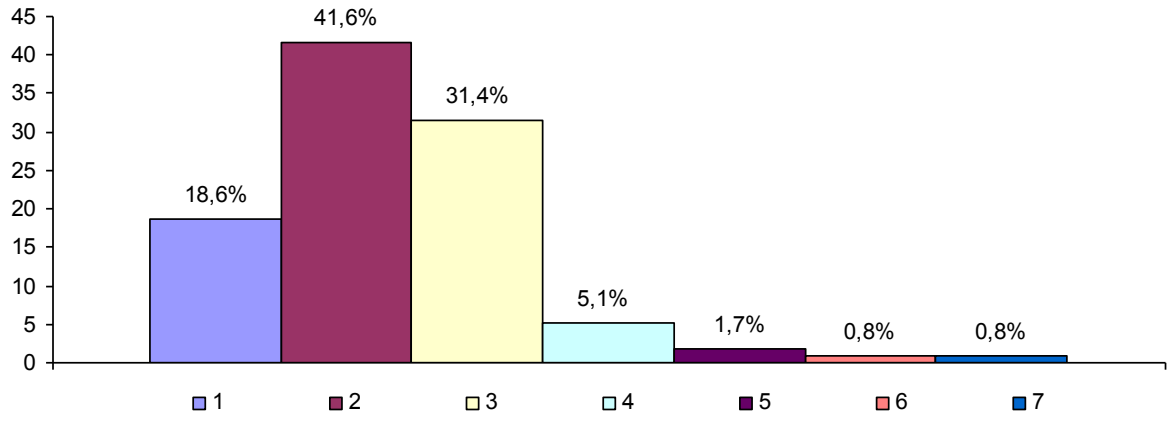


Figure 1 : Parité des femmes ayant accouché en DL au CH de Ancenis en 2012 (n=119)

18.6% sont primipares contre 81.4% de multipares avec 73% des patientes pour qui c'est le 2ème ou 3ème accouchement.

5.1.3 Antécédents obstétricaux

2.5% de nos patientes présentaient un utérus cicatriciel avant d'accoucher en décubitus latéral. 7.6% avaient bénéficié d'une extraction instrumentale. Enfin, 57.1% avaient un périnée cicatriciel.

5.1.4 Statut pondéral

La taille moyenne des femmes est de 1.64 mètre (+/- 0.1). La plus petite mesure 1.50 m et la plus grande 1.80 m.

Le poids moyen des femmes est de 61.3 kg (+/- 13.6), la médiane étant de 58 kg. Le poids le plus faible est 40 kg et le plus important 122 kg.

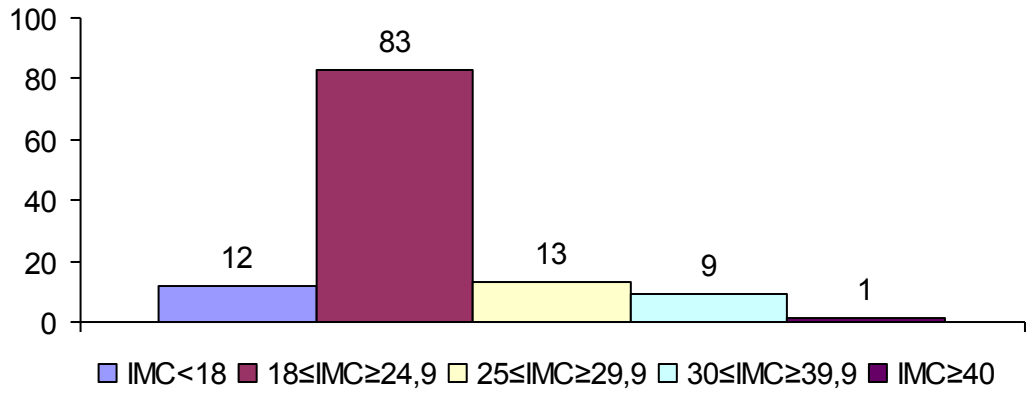


Figure 2 : Indice de Masse Corporelle des femmes avant la grossesse (n=118)

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen des femmes de notre étude est 22.8 kg/m² (+/- 4.8), l'IMC le plus bas est 16 et le plus élevé est 44.

10 patientes (8.4%) présentaient une obésité (IMC≥30) dont une seule avait une obésité morbide (IMC≥40). Seules 12 patientes étaient maigres (IMC<18). 69.8% des patientes de l'étude avaient un IMC normal.

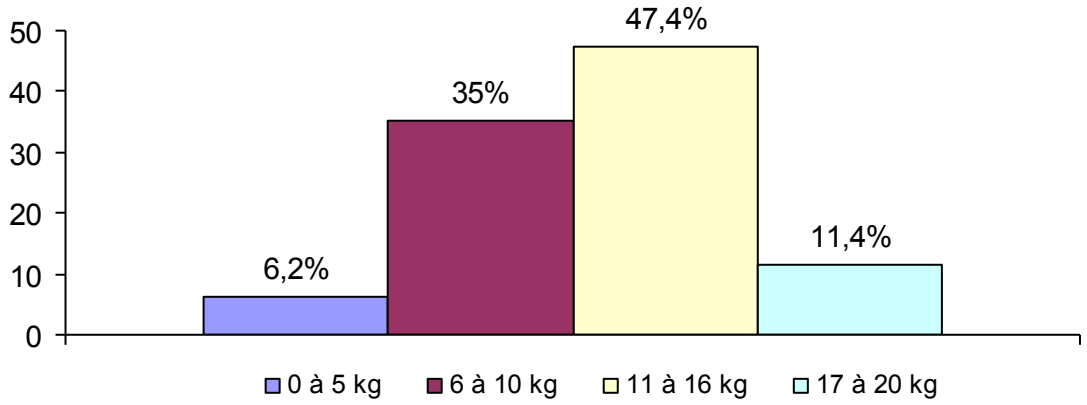


Figure 3 : Prise de poids pendant la grossesse (n=114)

La prise de poids des femmes pendant leur grossesse était de 11.4kg (+/- 3.6) en moyenne. Les extrêmes étant 20kg et 2kg.

47.4% des patientes avaient pris entre 11 et 16 kg.

5.1.5 Préparation à la naissance

61.1% des patientes ayant accouché sur le côté avaient participé à des cours de préparation à la naissance, contre 38.9% qui n'y ont pas participé. (n=54)

On constate que dans 54.7% des cas cette information n'était pas renseignée.

De plus, parmi les primipares de notre étude, elles étaient 45.5% à avoir suivi des cours de préparations à la naissance. Pour les 54.5% de primipares restantes, l'information n'a pas été retrouvée dans le dossier.

5.1.6 Estimation de poids fœtal

L'estimation de poids fœtal a été recueilli sur le compte rendu de l'échographie du troisième trimestre réalisée entre 31 et 33 SA. (Le poids entre 31 et 33SA est en moyenne de 1 800g pour les garçons d'après Audipog. Dans notre étude, nous n'avons pas tenu compte de la différenciation sexuelle)

Cette estimation est calculée par échographie, par la formule d'Hadlock. Elle prend en compte : le diamètre bipariétal, le périmètre crânien, le périmètre abdominal, le diamètre abdominal transverse et la longueur fémorale.

La moyenne de L'EPF pour notre population est de 1 951g. La plus petite EPF est 1400g et la plus importante est 2 439g.

5.2 Déroulement de l'accouchement

5.2.1 Terme à l'accouchement

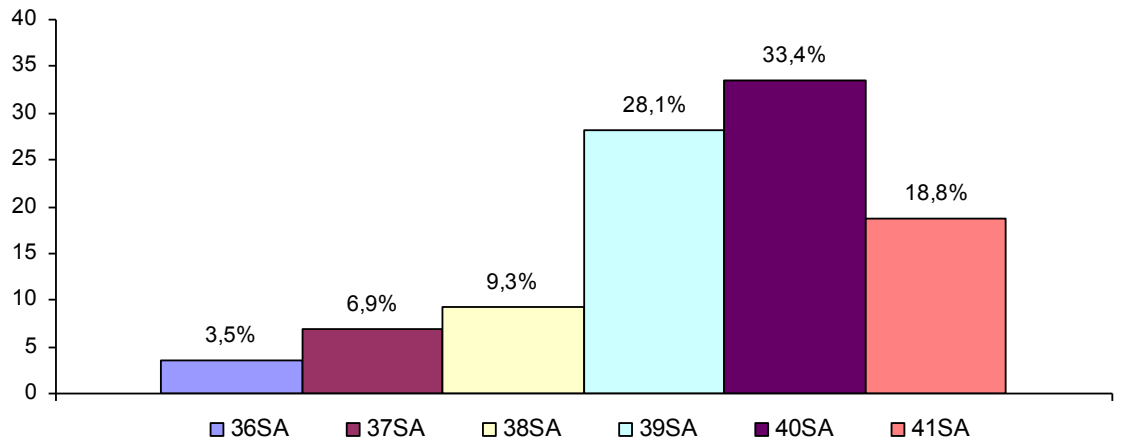


Figure 4 : Terme à partir de 36 SA

Le terme moyen à l'accouchement est en moyenne de 39.6 SA (+/-1.7) avec une médiane de 40 SA.

Les extrêmes sont 27.7 SA et 41.9 SA

113 patientes ont accouché à terme (c'est-à-dire 37 SA ou plus), 4 ont accouché entre 35 et 37 SA et 1 seule avant 35 SA.

61.5% des femmes ont accouché entre 39 et 40SA.

5.2.2 Mode de début du travail

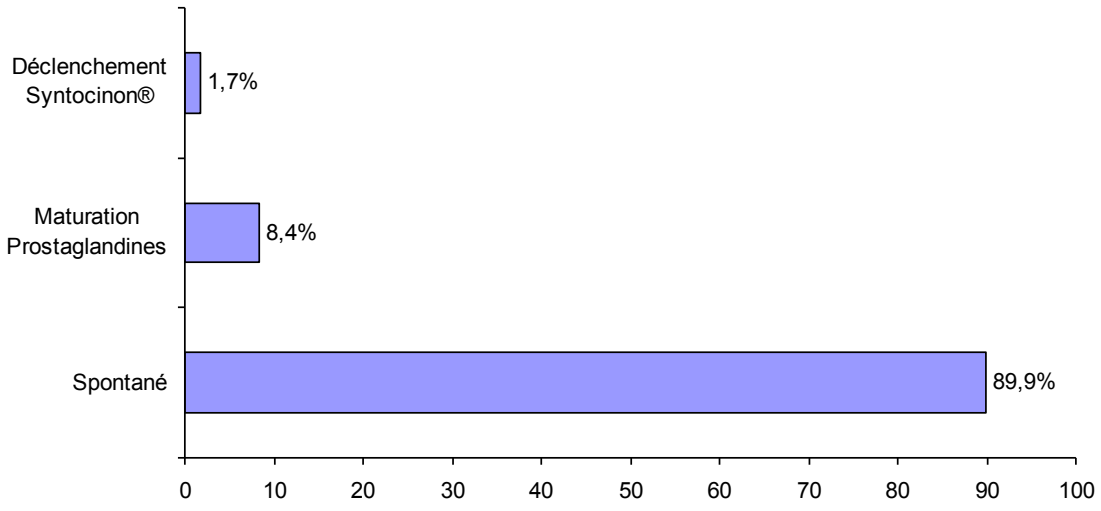


Figure 5 : Mode de début de travail (n=119)

89.9% de nos patientes se sont mises en travail spontanément.

8.4% ont bénéficié d'une maturation cervicale par prostaglandines (Propess® ou Prostine®).

1.7% ont bénéficié d'un déclenchement artificiel du travail par Syntocinon®.

5.2.3 Type de rupture des membranes

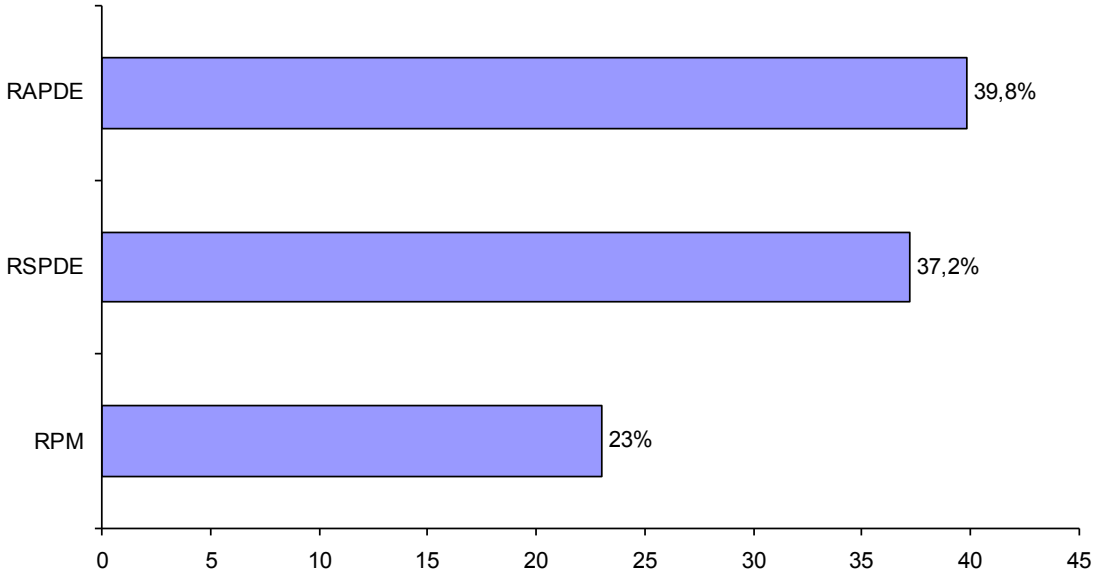


Figure 6 : Type de rupture des membranes (n=119)

Dans 23% des cas, les membranes se sont rompues spontanément et prématurément (RPM : Rupture Prématurée des Membranes) avant le début du travail.

Dans 37.2% des cas, la poche des eaux, s'est rompue spontanément au cours du travail (RSPDE : Rupture Spontanée de la Poche Des Eaux).

Et, dans 39.8% des cas, la poche des eaux a été rompue artificiellement au cours du travail (RAPDE : Rupture Artificielle de la Poche Des Eaux).

5.2.4 Couleur du liquide amniotique pendant le travail

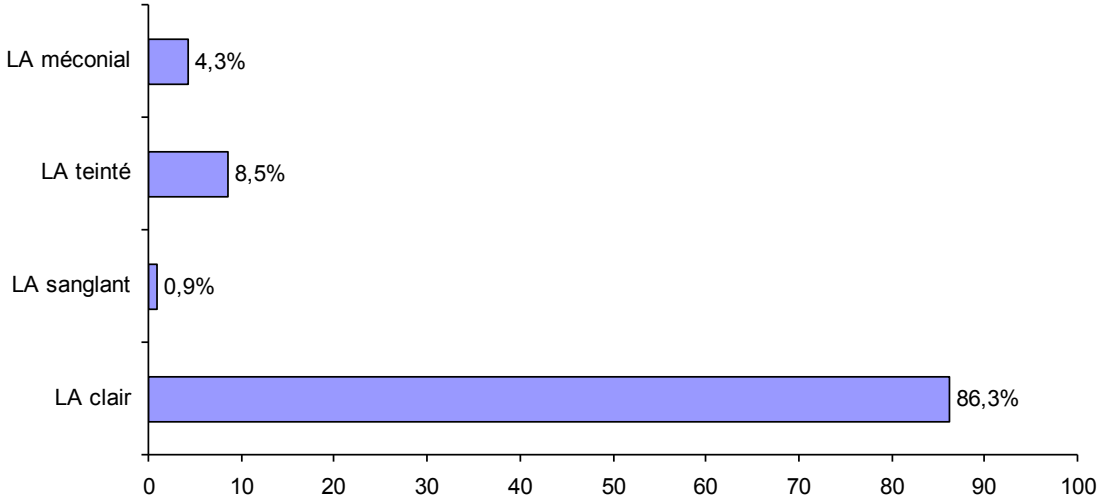


Figure 7 : Couleur du liquide amniotique au cours du travail (n=117)

Dans notre population, 86.3% des patientes ont présenté un liquide amniotique clair pendant tout le travail.

Il était sanglant dans 0.9% de cas, teinté dans 8.5% de cas et méconial dans 4.3% de cas.

5.2.5 Usage de Syntocinon® pendant le travail

Le Syntocinon® a été utilisé en cours de travail pour 17.6% des patientes de notre étude.

Sachant que seulement 1.7% des femmes avait bénéficié d'un déclenchement au Syntocinon®. Dans 15.9% des cas, du Syntocinon® a été utilisé pour une direction du travail.

5.2.6 Durée de 5cm à Dilatation Complète

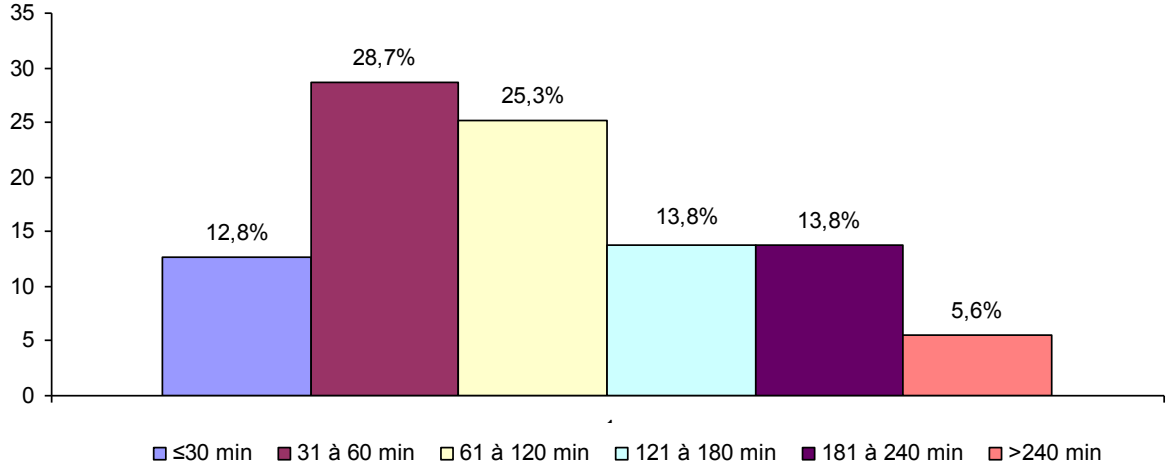


Figure 8 : Durée de 5 cm à DC (n=87)

Dans 66.8% des cas, la durée de 5cm à dilatation complète a été inférieure à 120 minutes ou 120 minutes. (n=87)

La durée moyenne de 5cm à dilatation complète est de 116.9 minutes soit 1h56. La médiane est de 90 minutes, soit 1h30.

Les extrêmes vont de 20 minutes à 8 heures.

Dans 3 cas, la durée à été supérieure à 300 minutes soit 5 heures.

5.2.7 Durée entre la Dilatation Complète et le début des efforts expulsifs

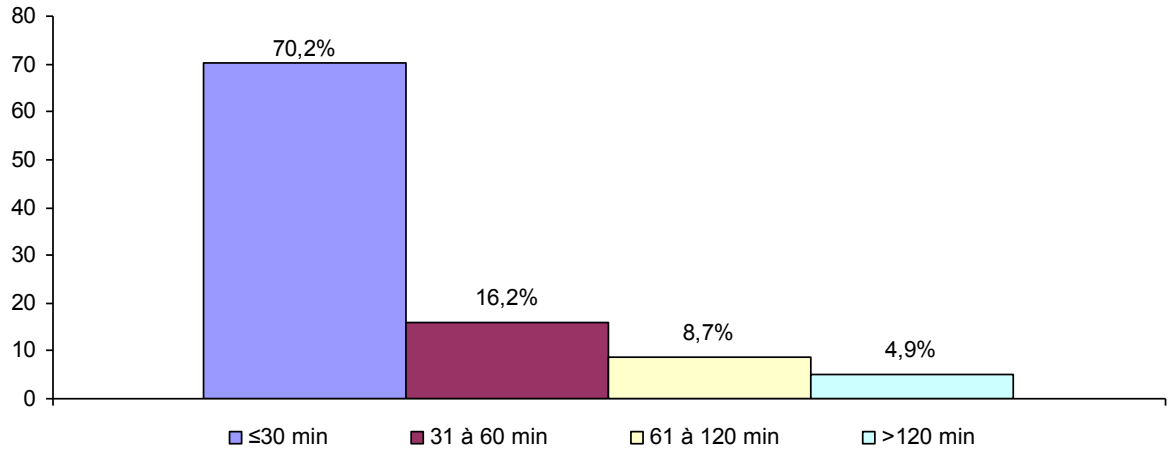


Figure 9 : Durée entre la DC et le début des EE (n=81)

Dans 70.2% des cas, la durée entre la dilatation complète et les efforts expulsifs est inférieure ou égale à 30 minutes.

La durée moyenne de dilatation complète au début des efforts expulsifs est de 31.5 minutes (+/-42.3) sachant que la médiane est de 15 minutes.

Les extrêmes vont de 0 à 180 minutes, soit 3 heures.

5.2.8 Anomalie du rythme cardiaque fœtal pendant le travail

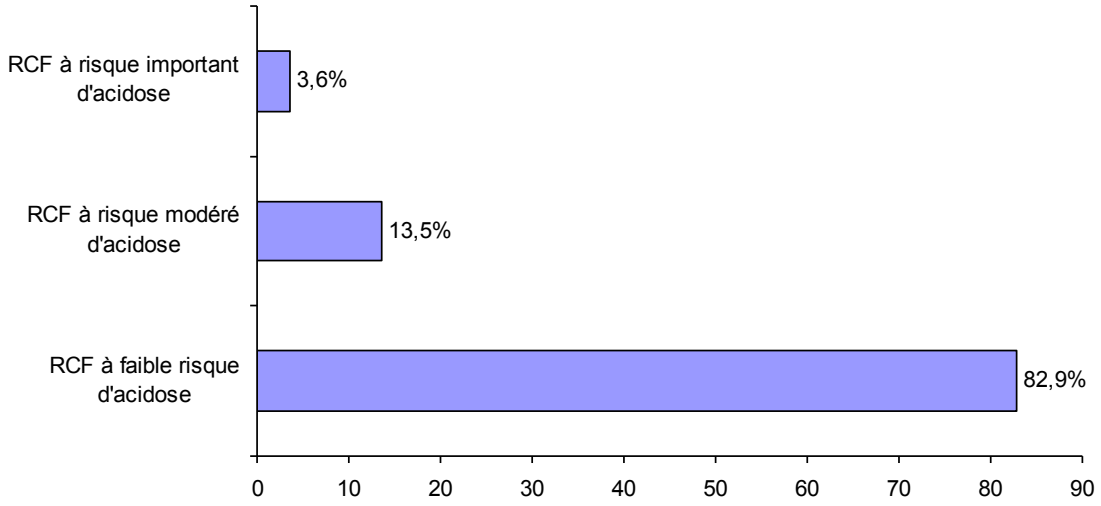


Figure 10 : RCF pendant le travail (n=111)

Les rythmes cardiaques fœtaux (RCF) ont été analysés et nous les avons classés en fonction du risque d'acidose (cf. annexe).

82.9% des RCF sont à faible risque d'acidose.

17.1% des RCF sont à risques modéré ou important d'acidose. Parmi les nouveau-nés qui ont présenté ces ARCF, seulement 2 n'ont pas eu un Apgar de 10 à une minute de vie. Ils étaient alors respectivement de 8 et 9. Aucun nouveau-né n'a eu besoin d'une réanimation néonatale.

Aucun ne présentait de risque majeur d'acidose

5.2.9 Durée des efforts expulsifs

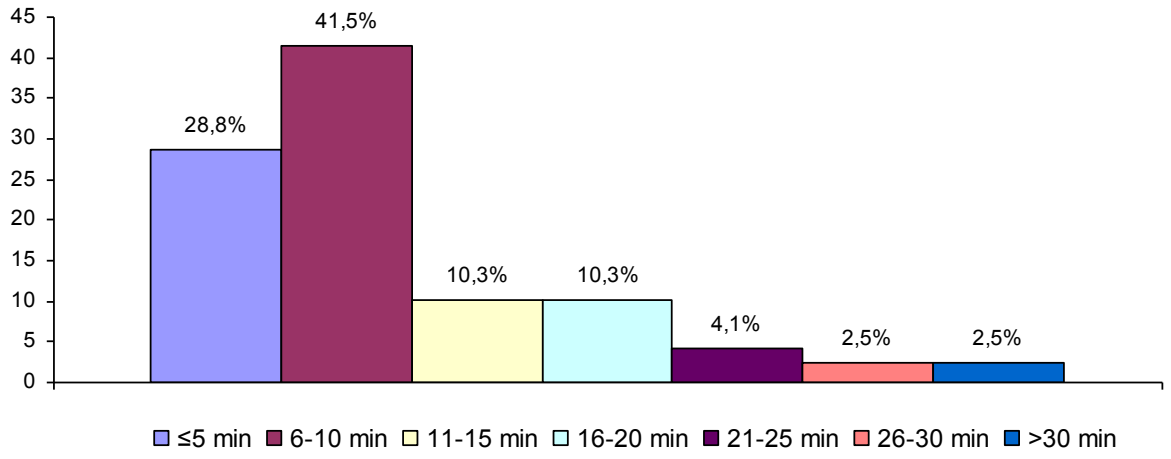


Figure 11 : Durée des efforts expulsifs (n=118)

Dans 70.3% des cas, les efforts expulsifs ont duré 10 minutes ou moins.

Les efforts expulsifs ont durée en moyenne 11.6 minutes (+/-7.4), la médiane est de 10 minutes.

Les extrêmes sont 2 et 35 minutes.

5.2.10 Niveau de la présentation au début des efforts expulsifs

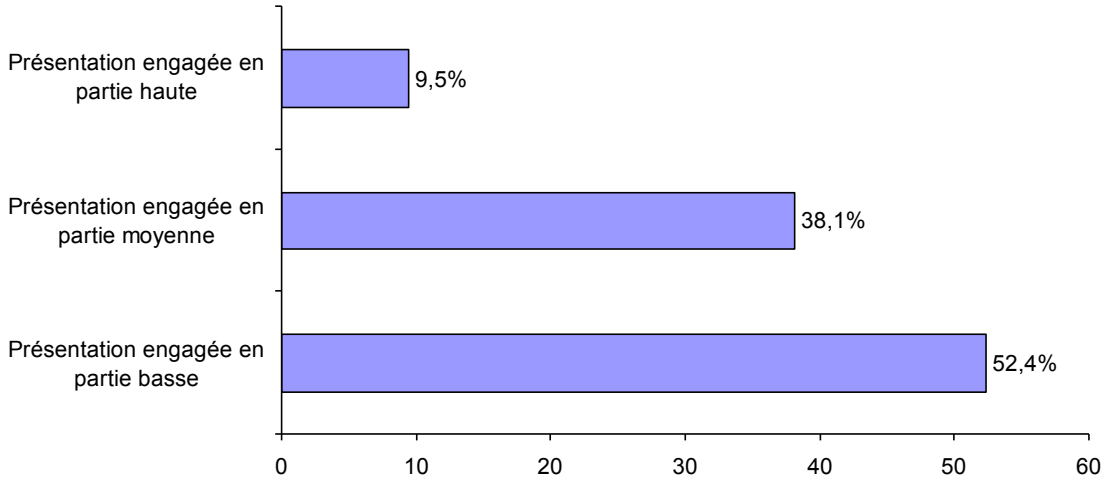


Figure 12 : Niveau de la présentation au début des EE (n=42)

En ce qui concerne le niveau de la présentation lors du début des efforts expulsifs, nous remarquons que cette information n'est renseignée que dans 42 dossiers.

Dans 52.4% des cas, les efforts expulsifs ont été débutés alors que la présentation était engagée en partie basse du bassin.

Ils ont été débuté en partie haute dans 9.5% des cas.

Pour les primipares (n=14) : 7 ont débuté les EE avec une présentation en partie basse, 5 avec une présentation en partie moyenne et 2 avec une présentation en partie haute.

Pour les multipares (n=28) : 15 ont débuté les EE avec une présentation en partie basse, 11 avec une présentation en partie moyenne et 2 avec une présentation en partie haute.

5.2.11 Variété de présentation à l'engagement

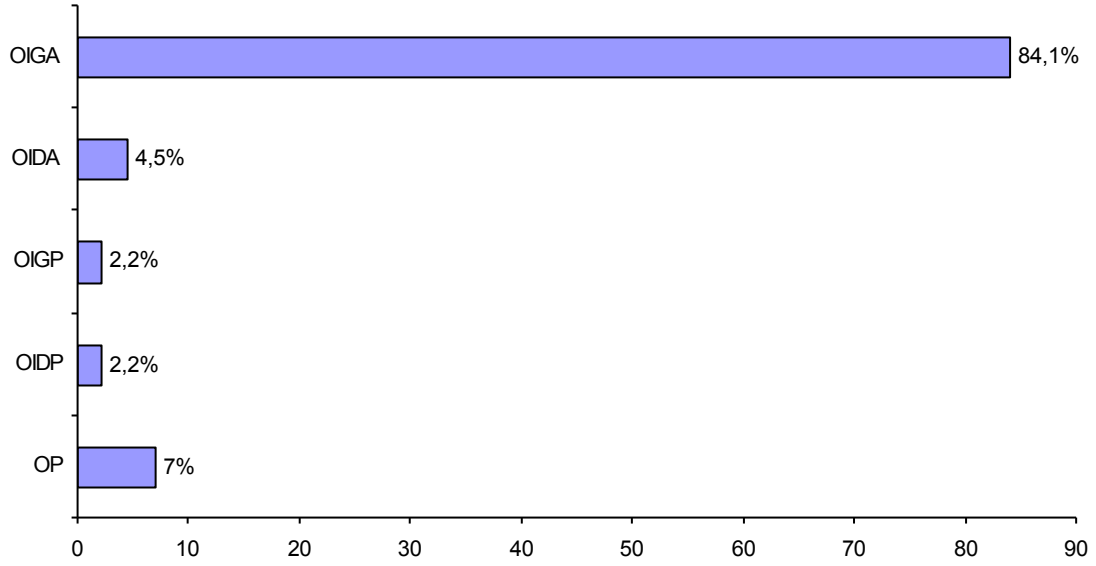


Figure 13 : Variété de la présentation à l'engagement (n=44)

La variété de la présentation à l'engagement était principalement non renseignée : pour 56 patientes sur 119.

Quand elle était renseignée, elle était dans 84.1% des cas en Occipito-Illiaque Gauche Antérieure (OIGA).

On note que 7% des fœtus se sont engagés en Occipito-Pubien (OP).

5.2.12 Analgésie

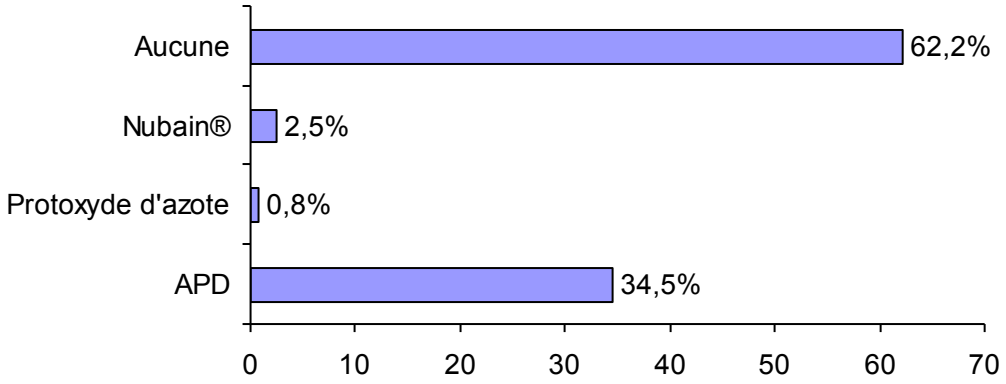


Figure 14 : Analgésie pendant le travail (n=119)

34.5% ont bénéficié de l'analgésie péridurale.

La majorité des patientes (62.2%), n'ont pas eu recours à la péridurale ou à d'autres sortes d'analgésie.

Nous remarquons que parmi les primipares, 31.8%(n=22) n'ont pas eu de péridurale.
Parmi les multipares, 68.0% (n=97) n'ont pas eu de péridurale.

5.2.13 Côté du dos du fœtus

Dans 34.4% des cas, l'information concernant le côté du dos du fœtus n'a pas été retrouvée dans les dossiers.

Quand nous étions informés du côté du dos fœtal, il était majoritairement à gauche : 70.2% contre 29.8% du côté droit (n=78).

5.2.14 Côte du décubitus de la mère

Les parturientes ont accouché sur le côté gauche dans 74.4% des cas et sur le côté droit dans 25.6% des cas (n=119).

Parmi les patientes dont on connaissait la position du dos fœtal, 37.2% ont accouché en s'installant du côté opposé à celui-ci.

5.2.15 Dégagement de la tête fœtale

La tête fœtale s'est dégagée dans 116 cas en OP, dans 1 cas en OIGA et dans 2 cas et OS (n=119).

Dans les 2 cas d'OS, nous n'avons pas de renseignement sur la variété de présentation de la tête fœtale à l'engagement.

5.2.16 ERCF à l'expulsion selon la classification de Melchior

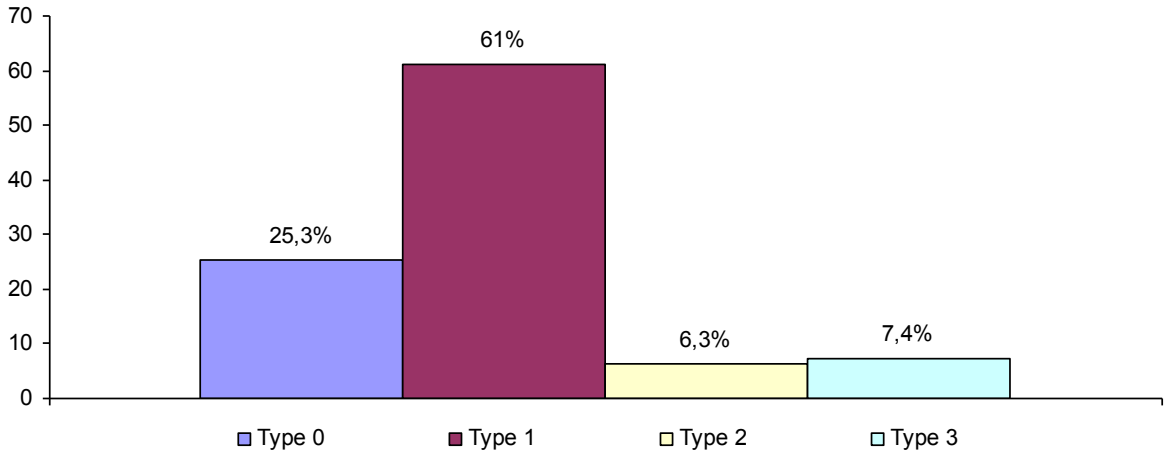


Figure 15 : ERCF à l'expulsion selon la classification de Melchior (n=95)

Nous nous sommes intéressés à l'oxygénation fœtale pendant la période de l'expulsion, par l'intermédiaire du rythme cardiaque fœtal. La classification utilisée a été celle de Melchior (cf. annexe).

Seuls 95 RCF ont pu être analysés.

Dans 86.3% des cas, les RCF étaient de type 0 ou 1 à l'expulsion.

On remarque que nous n'avions aucun RCF de type 4 à l'expulsion.

5.2.17 Dégagement des épaules

Parmi nos 119 patientes, le dégagement des épaules a posé problème dans 3 cas où il était indiqué dans le dossier : difficulté au dégagement des épaules.

Aucune dystocie vraie des épaules n'a été décrite.

3 cas de difficultés au dégagement des épaules sont survenus :

-chez une primipare, d'1.60m et d'IMC normal, un nouveau-né de 3 320g avec un cordon court. Le travail a été physiologique et la deuxième phase a été de durée normale, les efforts expulsifs ont duré 10 minutes. L'enfant est né avec un Apgar à 10.

-chez une multipare avec antécédent de forceps, mesurant 1.67m et présentant un IMC normal, un nouveau-né de 4 270g avec un circulaire lâche du cordon. Le travail a été spontané, physiologique et rapide. Les efforts expulsifs ont duré 10 minutes. L'enfant est né avec un Apgar à 10.

-chez une primipare mesurant 1.70m et présentant une obésité avec un IMC à 33, un bébé de 4 350g avec un circulaire lâche du cordon. La patiente a bénéficié d'une maturation cervicale puis un déclenchement au Syntocinon®. La durée entre la dilatation complète et le début des efforts expulsifs a été de 50 minutes. Les efforts expulsifs ont duré 10 minutes. L'état néonatal de cet enfant a nécessité une réanimation néonatale : désobstruction oro-pharyngée et ventilation au masque. L'Apgar a été de 4 à une minute, puis 8 à 5 minutes de vie.

5.2.18 Anomalie du cordon

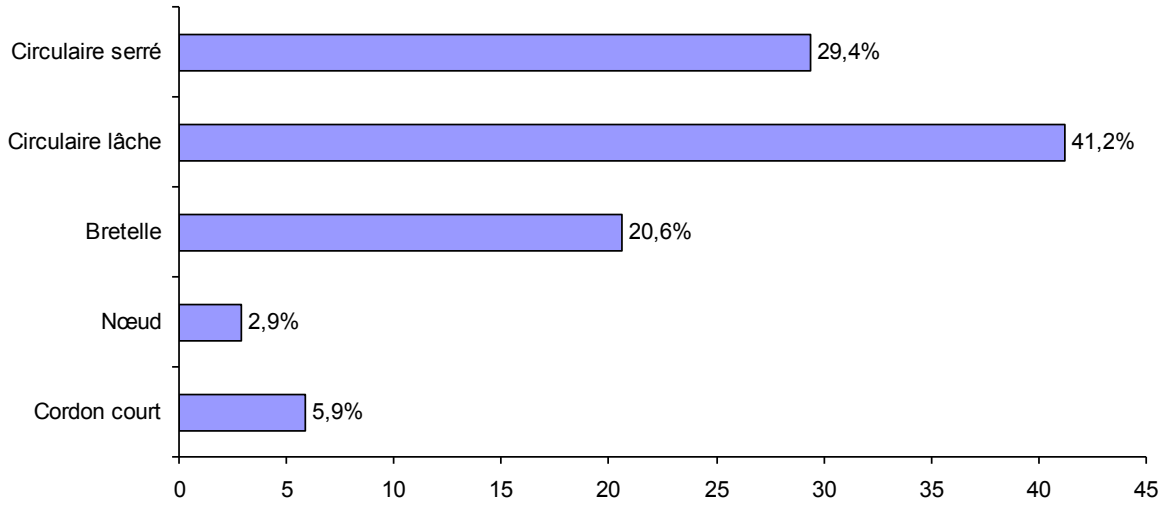


Figure 16 : Anomalie du cordon ombilical (n=34)

Une anomalie au cordon ombilical a été décrite dans 28.7% des cas (n=119). Des bretelles ou circulaires sont décrit dans 26.3% des cas (n=119).

L'anomalie la plus fréquente est le circulaire lâche du cordon : 41.2% des cas. Dans 70.6%, l'anomalie retrouvée est un circulaire, qu'il soit lâche ou serré (n=34).

5.2.19 Etat périnéal

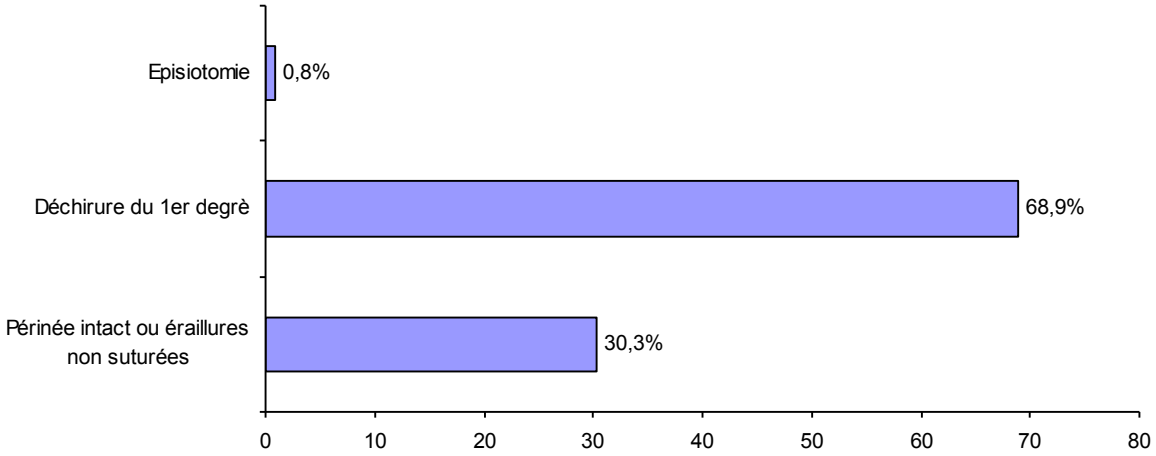


Figure 17 : Etat périnéal (n=119)

En ce qui concerne l'état périnéal, on peut noter qu'aucune patiente n'a eu de déchirure grave du périnée (déchirures du 2ème ou du 3ème degré), qu'une seule patiente a eu une épisiotomie et que 30.3% ont eu un périnée intact.

68.9% des patientes ont eu une déchirure du 1er degré (primipares 81.8% versus multipares 65.6% (p=0.14))

5.2.20 Durée entre l'accouchement et la délivrance

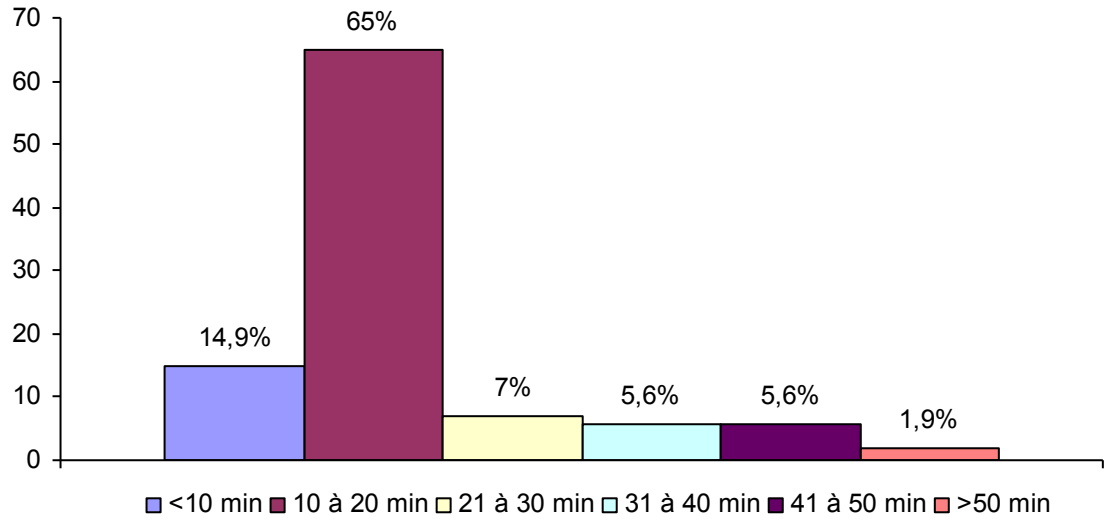


Figure 18 : Durée accouchement-délivrance (n=54)

Dans 79.9% des cas, la durée entre l'accouchement et la délivrance a été inférieure ou égale à 20 minutes.

Remarquons que dans 13.1% des cas, cette durée a été supérieure à 30 minutes.

La durée moyenne est de 17.4 minutes avec une médiane de 15 minutes.

Les extrêmes vont de 3 à 55 minutes.

Pour 7 patientes la durée a été supérieure à 30 minutes (n=54). Elles ont toutes eu besoin d'une DA et/ou d'une RU, 5 n'avaient pas bénéficié de DD, 3 ont fait une HDD (2 HDD modérées et 1 HDD sévère).

5.2.21 Délivrance

Pour la délivrance, seulement 26.9% des patientes ont bénéficié d'une injection de 5 UI de Syntocinon® au dégagement des épaules (n=119).

5 patientes ont eu une révision utérine à la suite de la délivrance. Parmi elles, seulement 2 avaient bénéficié d'une délivrance dirigée (4.2%).

4 patientes ont eu une délivrance artificielle et une révision utérine. Aucune d'entres elles n'avaient bénéficié d'une délivrance dirigée.

5.2.22 Pertes sanguines

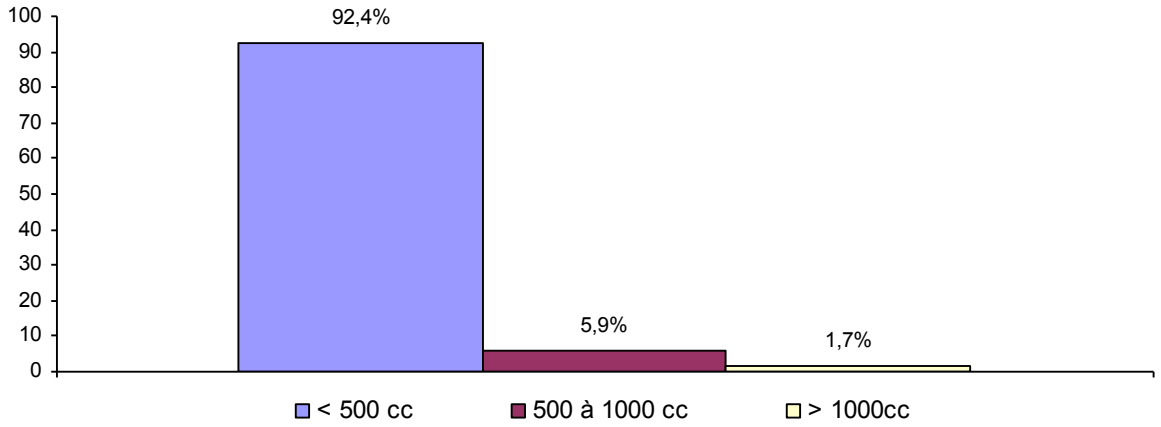


Figure 19 : Pertes sanguines (n=119)

9 patientes (7.6%) ont fait une hémorragie de la délivrance. Ce taux est de 6.3% en cas de DD et de 8.0% en l'absence de DD (non significatif).

A signaler que le taux d'HDD sur les VB dans les pays de la Loire de 2006 à 2012 a été de 4.8% (la différence avec les 7.6% n'est pas significative).

L'âge moyen de ces 9 patientes est de 27.6 ans. Une seule d'entre elles présente un IMC>25 kg/m², et il est de 33 kg/m². Aucune d'entre elles n'a d'utérus cicatriciel et il s'agissait de grossesses monofoetales, et 7 patientes sur 9 sont multipares. La durée moyenne du travail (2ème phase du travail : de 5cm au début des efforts expulsifs) est de 114 minutes (n=5).Enfin, le poids moyen des nouveau-nés à la naissance est de 3 504g. 2 nouveau-nés pèsent plus de 4 kg à la naissance. Aucun n'est macrosome.

5.3 Etat néonatal

5.3.1 Mensurations

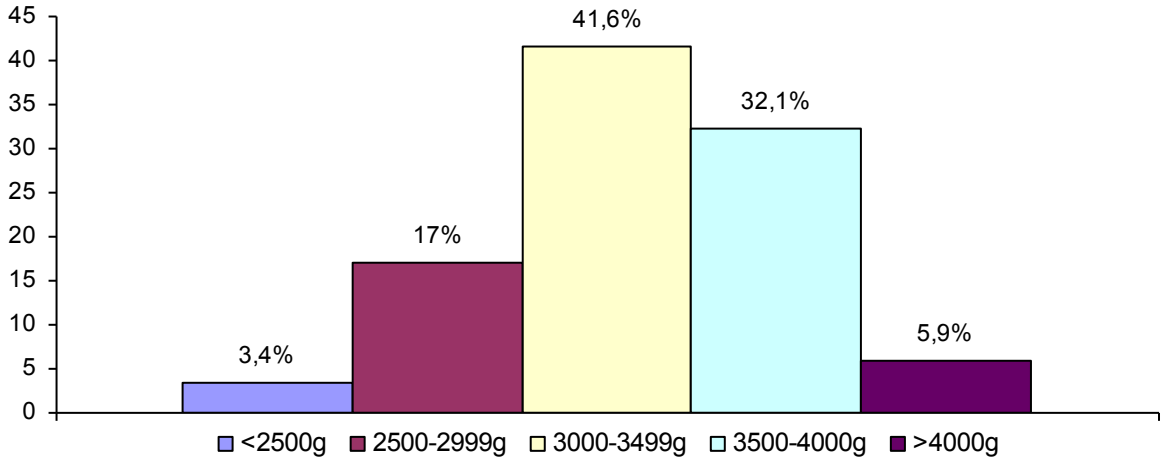


Figure 20 : Poids nouveau-nés à la naissance (n=118)

Le poids des nouveau-nés à la naissance est en moyenne de 3 345g (+/- 421.8) en excluant le bébé de 27SA.

Les extrêmes vont de 2 230g à 4 040g.

41.6% des nouveau-nés pèsent entre 3 000 et 3 499g.

7 nouveau-nés (5.9%) pèsent plus de 4 kg. Ils sont les enfants de femmes multipares dont 2 ont eu d'HDD et 3 des déchirures.

5.3.2 Score d'Apgar

A 5 minutes de vie, il est chez nos nouveau-nés de 9.7 (+/- 1.3) en moyenne. Le score le plus bas est de 1.

89.1% des nouveau-nés ont un Apgar à 10 à 5 minutes (n=119).

8.4% ont un score entre 6 et 9.

3 nouveau-nés ont un score inférieur ou égal à 5. Il s'agit de 3 nouveau-nés ayant nécessité une réanimation néonatale.

A 10 minutes de vie, il est en moyenne de 9.9 (+/- 0.5), avec un score minimum à 5.

116 nouveau-nés ont un score à 10 à 10 minutes de vie.

Les 3 autres nouveau-nés ont des scores respectifs à 5,8 et 9. Il s'agit là encore de nouveau-nés ayant bénéficié d'une réanimation néonatale.

A signaler qu'aucun pH au cordon n'a été fait.

5.3.3 Réanimation néonatale

Dans notre population, 4 enfants ont nécessité des gestes de réanimation néonatale. Il s'agissait de réanimation simple : désobstruction oropharyngée, ventilation au masque.

Le contexte de leur naissance est respectivement :

-un nouveau-né de 36SA+6j. On note pour l'accouchement un travail spontané et rapide (2ème phase : 30 minutes). Le LA a été clair pendant tout le travail. Il s'est dégagé en OP et a présenté des ARCF de type 3 au moment de l'expulsion, qui a duré 5 minutes. Aucune anomalie n'a été retrouvée au cordon. Il pesait 2 350g à la naissance avec un Apgar à 8 à 1 minute de vie et 10 à 5 minutes de vie.

-un nouveau-né de 39SA+6j. On note pour l'accouchement un travail spontané et rapide (2ème phase : 1 heure). Le LA a été clair pendant tout le travail et le RCF est resté normal. Il s'est dégagé en OP et a présenté un RCF de type 1 au moment de l'expulsion, qui a duré 5 minutes. Aucune anomalie n'a été retrouvée au cordon. Il pesait 3 360g à la naissance avec un Apgar de 1 à 1 minute de vie puis 9 à 5 minutes.

-un nouveau à 41SA+5j. On note pour l'accouchement, un travail déclenché au Syntocinon® après une maturation cervicale au Propess®. La deuxième phase du travail a été rapide (2heures). Le LA est resté clair pendant tout le travail et le RCF était normal. Il s'est dégagé en OP, une difficulté au dégagement des épaules est constatée. Le RCF de l'expulsion était de type 1, elle a durée 10 minutes. Un circulaire lâche a été retrouvé au cordon. Le nouveau-né pesait 4 350g avec un Apgar de 4 à 1 minute de vie puis de 8 à 5 minutes.

-un nouveau-né à 27SA+5j. On note pour l'accouchement un travail rapide et spontané à la suite d'une RPM. Le LA a été méconial durant le travail, il n'y a pas eu d'ERCF. Aucune anomalie au cordon n'a été retrouvée. L'Apgar fut de 5 à 1 et 5 minutes de vie. Cet enfant a été rapidement pris en charge et transféré par une équipe de SMUR pédiatrique dans une maternité de type 3.

5.3.4 Transfert

Sur l'ensemble des dossiers, un seul transfert d'enfant a été retrouvé, vers un service pédiatrique d'une maternité de type 3 pour grande prématurité.

6 DISCUSSION

Notre étude rétrospective nous a permis d'évaluer la pratique de l'accouchement en DL en prenant en compte les critères qui nous intéressent. Nous avons donc décrit le statut maternel et le déroulement du travail, cherchant à savoir s'il existait des critères d'exclusion à l'expulsion en position latérale, pour les sages femmes d'Ancenis. Puis nous avons analysé la pratique de l'accouchement en DL afin de comprendre ses particularités et de constater ses avantages et ses inconvénients. Enfin, nous nous sommes intéressés à l'état néonatal, dans le but de savoir si cette position était bénéfique ou non pour le nouveau-né.

Nous utiliserons parfois les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2010 [20]. Même si nous serions tentés de comparer nos résultats à ceux-ci, rappelons que cette enquête englobe dans sa catégorie des accouchements voies basses normaux et tous les types d'accouchements voie basse, sans tenir compte de la position d'expulsion. Rappelons enfin qu'un des avantages principaux de notre étude est que nous avons eu comme unique critère d'inclusion le fait d'avoir accouché en décubitus latéral.

Cette étude porte sur 119 dossiers d'une même maternité de la région, ce qui entraine un biais de sélection. De plus, un autre biais de sélection existe du fait que nous ayons réalisé cette étude au sein d'une maternité de type 1 et que nous excluons (par la méthode utilisée) les patientes pour qui l'expulsion en DL s'est soldée d'une extraction instrumentale ou d'une césarienne.

6.1 Situation maternelle

L'âge moyen des femmes est 29.7 ans. Il correspond à la moyenne nationale (29.9 ans en 2008 dans ENP 2010 [20]). Nous avons aussi deux patientes de plus de 40 ans ayant accouché en DL. L'âge maternel n'est pas un critère de choix à l'accouchement en DL.

Nous retrouvons dans notre population des primipares et des multipares. Nous remarquons, que 18.6% des femmes ayant accouché sur le côté sont des primipares. La primipare peut donc accoucher en position latérale. Néanmoins, ce chiffre est faible quand on sait que 43.4% des femmes qui accouchent par voie basse en France sont primipares [20]. On sait que l'accouchement d'un premier enfant est souvent plus long. Ceci est expliqué par le fait que le bassin, l'utérus et le périnée sont pour la première fois sollicités ainsi. La question qu'on pourrait se poser alors est la suivante : si on admet l'hypothèse que l'accouchement sur le côté permet d'augmenter les diamètres du bassin maternel, facilitant ainsi la descente et l'expulsion du fœtus, pourquoi ne pas proposer cette position aux primipares ?

On pourrait s'interroger sur l'origine de la réticence des professionnels face à une primipare formulant la demande d'un accouchement sur le côté. Est-ce que les praticiens ont vraiment remarqué dans leurs pratiques, que l'accouchement sur le côté était moins aisé que sur le dos chez une primipare, ou est ce parce que, l'accouchement étant en règle générale plus compliqué pour un premier enfant, on préfère maitriser la situation et installer les patientes sur le dos en prévision de la nécessité d'avoir recours à une aide médicale ? Qui sont alors ces femmes qui ont malgré tout accouché sur le côté pour leur premier ? Est-ce que d'autres facteurs entrent en ligne de compte (analgésie péridurale, cours de préparations à la naissance, estimation du poids fœtal,…) ?

Nous avons essayé de comprendre cela en croisant certaines données. Pour commencer, les données « primipare » et « accouchement sans péridurale ». On remarque alors que seules 31.8% des primipares n'ont pas eu recours à la péridurale. Il est possible, pour une primipare ayant la péridurale, de s'installer sur le côté au moment de l'expulsion.

De même, on peut voir que parmi les primipares de notre étude, qui ont accouché sur le côté, 45.5% avaient suivi des cours de préparations à la naissance. En outre, il est intéressant de savoir que pour les 54.5% restant nous ne possédions pas l'information. Il apparait (bien que ces chiffres soient trop peu importants pour conclure) qu'un grand nombre de primipares qui accouchent sur le côté connaissent cette pratique auparavant grâce aux cours de préparations. Dans la population générale, d'après l'ENP 2010, les primipares sont 73.2% à assister aux cours de préparations à la naissance. Il est possible que les praticiens tentent l'accouchement sur le côté chez les primipares uniquement si elles en font la demande.

Certaines femmes se renseignent durant leur grossesse sur le déroulement de l'accouchement, mais pour la plupart, c'est sans doute sur proposition du praticien qu'elles découvrent cette possibilité.

A Ancenis, les consultations prénatales sont assurées à la fois par des sages femmes et des obstétriciens. Chaque femme voit donc, au cours de sa grossesse, des sages femmes de la maternité, et il est courant qu'elles abordent les différentes positions du travail et de l'accouchement.

De même, de nombreuses femmes utilisent, pendant leur grossesse, le « coussin d'allaitement » leur permettant de s'allonger confortablement, notamment sur le côté. Les femmes qui ont apprécié le DL, sont souvent plus réceptives aux propositions du corps médical d'adapter ce type de position au moment de l'accouchement. Enfin, une sage femme remarquant qu'une parturiente est installée confortablement sur le côté durant le travail, pourra l'inciter à garder la position pour l'expulsion.

Parmi les primipares, seules 2 patientes avaient une estimation de poids fœtal supérieure ou égale à 2 100g, sachant que la moyenne du poids fœtal chez les garçons entre 31 et 33SA est de 1 800g (selon les courbes Audipog). Les primipares qui ont accouché sur le côté avaient donc des fœtus dont l'EPF ne présageait pas qu'ils soient macrosomes.

On peut donc en conclure, qu'à Ancenis, les sages femmes laissent vraisemblablement la possibilité aux primipares d'accoucher sur le côté uniquement si elles disposent de facteurs rassurants quant au bon déroulement de l'accouchement. Une autre hypothèse, que nous ne pouvons avancer, est que les primipares souhaitent moins que les multipares accoucher sur le côté. Il serait intéressant de poser ces questions aux femmes enceintes durant leur fin de grossesse.

Enfin, une primipare a besoin de découvrir les sensations permettant de pousser pour l'expulsion et d'être guidée. Certains professionnels semblent préférer la position gynécologique, qui permettrait d'avoir un meilleur accès au périnée, pour l'expulsion d'une primipare.

En ce qui concerne les multipares de notre étude, c'est à dire 81.4% des femmes, nous remarquons que le fait d'avoir un utérus cicatriciel n'est pas un facteur d'exclusion. En effet, 2.5% des femmes de notre étude ont un antécédent de césarienne et ont pu accoucher sur le côté. Dans la population générale, 18,9% des patientes avec un utérus cicatriciel accouchent par les voies naturelles. [20]

De même, le fait d'avoir un antécédent d'extraction instrumentale ou de déchirure périnéale n'exclut pas la possibilité d'accoucher ultérieurement en DL. Dans notre étude, 7.6% des femmes ont un antécédent d'extraction instrumentale et 57.1% avaient une cicatrice périnéale.

Si nous revenons à l'intégralité de la population de notre étude, nous pouvons voir que 69.8% des femmes avaient un IMC normal (entre 18.5 et 24.9) avant leur grossesse . Seules 10 patientes étaient en situation d'obésité (IMC entre 25 et 29.9) et une patiente en obésité morbide (≥30). Nous pouvons supposer que l'IMC est un critère d'exclusion de l'accouchement sur le côté. Notons néanmoins que le niveau de la maternité a peut- être biaisé ce résultat.

Nous ne pouvons malheureusement pas analyser nos résultats concernant les patientes qui ont assisté à des cours de préparations avant d'accoucher sur le côté. En effet, le recueil de cette information n'a pas été possible dans 54.6% des cas. Nos résultats, non significatifs, montrent que 27.7% des patientes de notre étude y ont participé.

6.2 Déroulement de l'accouchement

Il semblerait que peu d'éléments survenant durant le travail soient à Ancenis des obstacles à l'installation de la patiente en DL pour l'expulsion. Ainsi, il parait pouvoir se proposer à tout terme, peu importe que le début du travail ait été spontané ou provoqué, que les membranes se soient rompues prématurément ou que la rupture des la poche des eaux ait été artificielle ou spontanée.

Dans 89.9% des cas, le travail s'est déclenché spontanément. C'est supérieur au chiffre retrouvé par l'ENP 2010 qui décrit un travail spontané dans 77.3% des cas en France. [20] Cette différence est sans doute plus spécifique du niveau de la maternité et de sa politique. Autant que possible, le choix des patientes qui désirent éviter le déclenchement est respecté.

Malgré un travail physiologique, certains fœtus ont présenté des signes d'hypoxie. Nous avons 3.6% de RCF à risques importants d'acidose et 12.8% de liquides amniotiques teintés ou méconiaux. On remarque que cela n'a pas été une entrave à l'accouchement sur le côté. Nous irons même plus loin en rappelant l'étude de Carbonne [13], citée précédemment, et qui démontre le bien fait du DL sur l'oxygénation maternelle et par conséquent fœtale. Le CNGOF recommande ainsi l'utilisation du DL en cas d'ARCF : *« Le décubitus latéral en deuxième phase du travail réduit la fréquence des anomalies du RCF (grade A). La mise en décubitus latéral peut faire disparaître certaines anomalies du RCF (grade C). Son intérêt sur une éventuelle amélioration du pronostic néonatal n'a pas été évalué. Il est recommandé de positionner la patiente en décubitus latéral en cas d'anomalies du RCF (grade C). »* [21] Ainsi, le DL est la première intervention à laquelle ont recours les praticiens lorsqu'ils constatent des ARCF. Une patiente pour qui cette action correctrice aurait permis une réelle amélioration durant le travail peut être amenée à conserver cette position au moment de l'expulsion.

Concernant le déroulement du travail, on constate qu'il a été physiologique le plus souvent. En effet, le Syntocinon® n'a été utilisé, en cas de travail spontané, que dans 15.9% de cas contre 58% en France selon l'ENP 2010. [20] Cette différence importante nous indique peut-être une particularité du déroulement du travail des femmes qui accouchent sur le côté : le travail est physiologique et rapide.

Pour compléter cette hypothèse, prenons les chiffres de la durée du travail de 5cm à la dilatation complète. On sait qu'habituellement, pendant cette partie du travail, une primipare doit se dilater à raison d'1cm par heure et une multipare à raison d'1.5 cm par heure. Entre 5cm de dilatation cervicale et la dilatation complète,

nous devrions avoir une durée maximale de 3h18min pour un multipare et de 5 heures pour une primipare. On remarque que les femmes de notre population, sont passées de 5cm de dilatation cervicale à la dilatation complète en 1h56min en moyenne. Seules 3 patientes ont mis plus de 5 heures à se dilater ainsi. Le maximum ayant été de 8 heures. On peut donc dire que globalement, les femmes ont eu une deuxième partie du travail très rapide. Cela tend à confirmer notre hypothèse.

La relative rapidité du travail, semble se confirmer par le faible taux de patientes ayant eu recours à l'analgésie péridurale. En effet, seules 34.5% des femmes ont bénéficié de cette analgésie contre 77.8% dans la population générale. [18] On peut néanmoins se poser la question de cause à effet. Est-ce la rapidité du travail, qui a permis aux femmes de se passer d'APD, ou est ce le fait de se passer d'APD qui a permis un travail plus rapide (par exemple par la recherche de positions antalgiques et une meilleure mobilisation) ? A Ancenis, beaucoup de femmes déambulent et ce, pendant une grande partie du travail. La dilatation puis l'engagement en sont facilités. Ces femmes sont actives et impliquées car on leur a expliqué les bienfaits de cela. On peut supposer que celles-ci, qui ont participé de façon si dynamique au déroulement de leur travail, soient plus ouvertes à la proposition d'une position différente au moment de l'expulsion, justifiée comme bénéfique pour cette phase.

De même, la durée entre la dilatation complète et le début des efforts expulsifs qui correspond à l'engagement et la descente dans l'excavation, doit durer au maximum 2 à 3 heures (sur avis médical et en l'absence de signe d'hypoxie fœtale). On remarque que dans notre population, cette phase du travail a globalement été rapide elle aussi. Dans 70.2% des cas, elle a été inférieure ou égale à 30 minutes, et dans 95.1% des cas, elle a été inférieure ou égale à 2 heures.

Nous pouvons relier ces informations aux chiffres de l'APD. En effet, pour la parturiente sans péridurale, il est plus difficile d'attendre la descente spontanée du fœtus, à ce moment où les contractions sont à leur apogée.

Nous remarquons également que dans plus de la moitié des cas (52.4%), quand cela était renseigné dans le dossier, les efforts expulsifs ont été commencés avec une présentation fœtale engagée en partie basse du bassin. Dans 38.1% des cas, la présentation fœtale était en partie moyenne du bassin. Notons tout de même, que cette information n'était renseignée que dans 42 dossiers.

Il est intéressant de constater que parmi les 22 primipares de notre étude, 7 font partie de celles dont la présentation était en partie basse au début des efforts expulsifs, 5 en partie moyenne, et 2 en partie haute (n=14). Pour les 8 autres nous ne sommes pas renseignés à ce sujet. On aurait pu supposer que, la condition à un accouchement en DL pour une primipare, soit que le fœtus descende spontanément en partie basse. Nous constatons que cela ne concerne que la moitié de celles-ci. Pour les autres, le DL a été sollicité pour permettre le franchissement du détroit moyen ou inférieur. Pour les multipares, c'est pratiquement les mêmes proportions que l'on retrouve à chaque niveau du bassin. Il ressort que pour une femme qui accouche sur le côté le début des efforts expulsifs, a lieu, le plus souvent, lorsque le fœtus est en partie basse ou en partie moyenne. Ceci concorde avec ce que nous avons expliqué concernant la mécanique obstétricale de cette position, à savoir que le DL augmente les diamètres moyen et inférieur du bassin.

Enfin, et cela est sans doute corrélé à ce qui vient d'être décrit, la durée des efforts expulsifs a la particularité d'être très courte : 10 minutes ou moins dans 70.3% des cas. Et, alors que le CNOGF préconise des efforts expulsifs de moins de 30 minutes [21], on remarque que la moyenne de cette durée dans notre population est de 11.6 minutes seulement. Une femme installée pour débuter les efforts expulsifs, avec une présentation déjà engagée en partie moyenne ou basse du bassin, aura souvent une durée d'efforts expulsifs plus courte.

En ce qui concerne l'orientation de la tête fœtale, on retrouve sans surprise, une large majorité d'OIGA (84.1%), néanmoins les trois autres orientations ne sont pas absentes. Deux données nous ont interpellés.

Tout d'abord, le fait que la variété de présentation à l'engagement ne soit retrouvée dans le dossier que dans 44 cas sur 119. Nous pouvons nous demander si le fait que les femmes n'aient en majorité pas de péridurales, ait pu être un obstacle à un examen gynécologique plus invasif, permettant de connaître l'orientation fœtale. S'il est probable que la variété de présentation était connue des sages femmes, nous regrettons qu'elle ait été si peu renseignée sur les partogrammes. Les recommandations de l'HAS à ce sujet indiquent que : *« le partogramme doit contenir l'ensemble des paramètres de la surveillance de la mère et du fœtus »* et insiste en particulier ainsi : *« la variété de la présentation, son degré de flexion et d'asynclitisme…sont eux aussi mentionnés sur le partogramme. »* [25]

Ensuite, nous sommes interpellés par le fait que dans 7% des cas, il était noté que l'engagement avait eu lieu en OP. Ceci est impossible pour un fœtus eutrophe, même lorsque la femme est installée sur le côté. Les fœtus s'étant engagés ainsi étaient- ils des nouveau-nés de petits poids ? Ou, est-ce un abus de langage des sages femmes qui auraient en fait décrit un dégagement en OP ?

Pour répondre à cela, nous avons cherché le poids des bébés qui se sont, selon le partogramme, engagés en OP. Cela correspondait à 3 nouveau-nés pesant respectivement 2 350g, 3 710g et 3 820g. L'hypothèse est éliminée.

Il serait donc intéressant de questionner les professionnels à ces sujets, et peut- être de rappeler l'importance de la traçabilité dans le dossier obstétrical.

Théoriquement, les femmes s'installent sur le côté correspondant au côté du dos du fœtus. Elles devraient ainsi être majoritairement allongées sur le côté gauche. L'information « côté du dos fœtal » a été retrouvée dans 78 dossiers seulement, en revanche la totalité des dossiers renseignait le côté du décubitus maternel. Il y avait en effet une majorité de fœtus ayant le dos à gauche (70.2%) et de parturientes installées en DLG (74.3%). On remarque néanmoins que 37.2% des patientes dont on connaissait le côté du dos fœtal, se sont installées du côté opposé au dos du fœtus. Ce chiffre peut s'expliquer de plusieurs façons.

Tout d'abord, il est vrai que l'information « côté du dos fœtal », a été recueillie dans le compte rendu de l'examen d'entrée en travail. Il est possible qu'il y ait eu des erreurs de diagnostic à la palpation abdominale ou, que le fœtus ait changé de position durant le travail. Le fait que les femmes n'aient souvent pas eu de péridurale peut renforcer cette hypothèse. Par la déambulation fréquente et la meilleure mobilité des femmes sans APD, nous pourrions supposer qu'un fœtus en variété postérieure par exemple, ait pu tourner.

Enfin, rien n'exclut que l'expulsion ait eu lieu dans une position inverse de ce qui est décrit dans la littérature.

En pratique, le choix du décubitus est très souvent laissé à la mère, ou dicté par le RCF (DLG). Le côté du dos fœtal n'est pas un critère décisif pour le côté du décubitus maternel.

A propos du dégagement de la tête fœtale, notre étude révèle qu'elle a eu lieu en OP dans la quasi-totalité des cas. Du fait de la spécificité de l'accouchement sur le côté (absence de rotation de la tête fœtale), nous nous attendions à avoir des dégagements en OIGA en majorité, nous avons donc cherché à expliquer cette apparente incohérence entre la théorie et la pratique. C'est à nouveau, le fait d'avoir pu aller sur le terrain qui a permis de nous éclairer. Deux sages femmes d'Ancenis nous ont expliqué qu'elles notaient OP lorsque la tête se dégageait occiput vers le haut qu'elle soit en OIGA ou OIDA. Nos données à ce sujet sont donc peu révélatrices de la réalité.

En pratique, la tête fœtale se dégage dans le même diamètre oblique que celui dans lequel elle s'est engagée. Les praticiens interrogés, décrivent tout de même, certains cas de dégagement en OP, notamment lorsque le fœtus est de petit poids.

Il est intéressant de voir que dans 2 cas de notre étude, le dégagement a eu lieu en OS. Il est possible que de la même façon qu'expliqué précédemment, il s'agisse en fait d'un dégagement dans le même diamètre oblique que celui de l'engagement. Ainsi, les fœtus se seraient engagés et dégagés en variété postérieure. Nous n'avons pas trouvé les diamètres d'engagements des têtes fœtales dans ces deux cas particuliers.

Enfin, pour le dégagement des épaules, nous n'avons constaté aucune description de dystocie des épaules. Nous ne pouvons conclure à ce sujet, car la fréquence de la dystocie des épaules étant de 1/1000 [23], il était peu probable d'en retrouver dans notre échantillon. La littérature explique néanmoins que *« le risque de dystocie des épaules est diminué* [lorsque l'expulsion a lieu en DL] *puisqu'il n'y a pas de désolidarisation et que les bras restent devant (bi-acromial accommodable) »* [8]

En revanche, bien qu'il y ait un gain de quelques centimètres dans le bassin, il a été décrit des difficultés au dégagement des épaules dans 3 cas soit dans 2.5% de cas. Ce chiffre est étonnamment élevé par rapport aux données du CNGOF qui estime sa prévalence à 4-5/1000 naissances, soit 0.45%. [23]

Dans le premier dossier, la patiente présente une obésité. Le travail a débuté par une maturation cervicale suivi d'un déclenchement au Syntocinon®. Les risques de dystocie pour cette patiente sont les suivants [23] : obésité maternelle, prise de poids importante durant la grossesse, utilisation d'ocytocine et travail long.

Dans le 2ème dossier, un seul facteur de risque est retrouvé : un antécédent de forceps.

Et, dans la 3ème situation on retrouve un cordon court.

L'accouchement en DL est particulier dans le sens où l'expulsion du fœtus se fait en « monobloc ». Il n'y a pas de restitution et pas de « pause » entre l'expulsion de la tête et celle des épaules. On suppose, que lorsque cela ne se passe pas en « monobloc », les professionnels sont rapidement en alerte et envisagent qu'il puisse

y avoir une dystocie. La littérature explique que dans ces cas là, c'est probablement qu'il y a une anomalie de cordon : cordon court, circulaire ou bretelle et que le simple fait d'enlever l'obstacle résout la difficulté. Le cordon entrainerait en fait une désolidarisation tête-tronc, inhabituelle lors d'une expulsion sur le côté, empêchant la sortie en monobloc. [8]

Nous constatons dans nos 3 situations ce type d'anomalie au cordon (2 circulaires et 1 cordon court). Nous n'avons pas de renseignement sur la façon dont les difficultés ont été résolues, nous pouvons supposer que ces difficultés notées n'ont pas nécessité de manœuvres particulières. La rigueur dans la tenue du partogramme semble parfois faire défaut.

Pendant l'expulsion, du moment que rien ne limite la surveillance du bien-être fœtal, aucune position n'est a priori bannie. Notre étude des RCF à l'expulsion a pu être réalisée sur 80% de notre échantillon. 20% n'ont pas pu être interprétés. Ce chiffre est important et dessert le DL. Il est vrai que le monitorage sur le côté ne semble théoriquement pas plus difficile que sur le dos, mais il est probable qu'il le soit en pratique. Lorsque la patiente est sur le dos au moment de l'expulsion, le capteur est placé en sus pubien et il est facile de le maintenir ou de le replacer avec la main. Si sur le côté, il est difficile de capter les bruits du cœur, faut il installer une électrode de scalp, sachant que les efforts expulsifs sont souvent courts ? Quoi qu'il en soit, il est indispensable de réussir à surveiller la vitalité fœtale durant cette période à risque.

Par ailleurs, le côté a l'avantage de ne pas requérir de matériel particulier et de se faire sur les mêmes tables d'accouchements que celles utilisées pour la position gynécologique. Ceci permettant donc un retour rapide sur le dos en cas de besoin.

Comme nous l'avons exposé préalablement, l'étude de Carbonne [13] a montré que le DL était d'autant plus avantageux qu'il permettait une meilleure oxygénation maternelle et par conséquent fœtale. Le constat que nous faisons quant aux rythmes cardiaques fœtaux lors de l'expulsion en DL va dans ce sens. Nous avons, il est vrai, 86.4% de RCF à l'expulsion correspondant à des types 0 et 1 de la classification de Melchior et aucun de type 4. Le DL est donc d'autant plus intéressant durant cette période plus à risque d'hypoxie fœtale qu'est l'expulsion.

On estime le taux de circulaire et bretelle au cordon (et tout autre enroulement) de l'ordre de 15 à 30% des accouchements. [8] Dans notre étude, il est donc dans la moyenne puisqu'il est de 26.3%.

6.3 Issue maternelle

L'accouchement en DL est souvent prôné comme protecteur du périnée. Dans notre étude, on constate qu'il n'y a qu'une seule épisiotomie et aucunes déchirures du 2ème ou 3ème degré. A Ancenis en 2012, le taux d'épisiotomie est de 21.8% pour l'ensemble des accouchements par voie basse y compris ceux ayant nécessité une aide instrumentale. Si, par excès, on suppose que les accouchements par voies basses instrumentales ont systématiquement nécessité une épisiotomie, cela fait un taux de 10.6% pour les accouchements par voie basse spontanés. On peut supposer alors, que l'accouchement sur le côté protège de l'épisiotomie.

En revanche, nous trouvons un taux de déchirures du 1er degré de 68.9%. Ce taux est élevé quand on le compare à celui de l'ENP 2010 où il est de 41.8%.

Parmi les femmes qui ont eu une déchirure périnéale, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les primipares et les multipares (p=0.14).

De plus, le poids fœtal moyen de notre population n'est pas spécialement élevé puisqu'il est de 3 345g. Nous ne pouvons pas incriminer celui-ci pour notre taux élevé de déchirures. Nous pouvons même ajouter que parmi les 7 patientes ayant des nouveau-nés de plus de 4kgs, 3 seulement ont eu des déchirures, et qu'il ne s'agissait que de déchirures du 1er degré.

Afin de comprendre ce chiffre élevé de déchirures du 1er degré, nous nous interrogeons sur la maitrise du dégagement au cours de ces accouchements. Les sages femmes ont- elles comme pratique de ne pas maintenir la tête fœtale lorsque la femme est sur le côté ?

En pratique, nous avons remarqué que contrairement à l'accouchement sur le dos, lorsque la femme est sur le côté, beaucoup de petites déchirures étaient situées au niveau du périnée antérieur. Cela s'explique facilement par la mécanique obstétricale : le fœtus se dégageant dans son axe d'engagement, l'axe ombilico-coccygien, sans effectuer de rotation, il sort quasiment rectiligne. De plus, du fait de position, l'ampliation périnéale est bien moindre et il y a une *« ouverture ano-coccygien et latérale du sphincter anal, ce qui est plus protecteur»* pour le périnée postérieur. [8] Le fœtus sort donc plus en antérieur, ce qui peut expliquer nos déchirures. Il serait instructif de réaliser une étude comparant les déchirures antérieures en fonction que la sage femme ait maintenu ou non la tête fœtale et l'ait hyper fléchie vers le périnée postérieur.

D'autre part, on peut supposer que le taux plus élevé de déchirures du 1er degré, que l'on a remarqué dans notre population, s'explique par l'absence de déchirure compliquée et le faible taux d'épisiotomie. Une déchirure simple étant, selon nous, préférable à l'épisiotomie, on peut dire que le DL est plutôt protecteur du périnée.

Enfin, on peut se demander si des déchirures des lèvres par exemple, n'ont pas été classées par défaut dans la catégorie des déchirures du 1er degré.

Des sages femmes réticentes au décubitus latéral pour l'expulsion, m'ont fait part de leurs impressions de taux d'HDD plus élevés lors de ces accouchements. Nous avons donc porté une attention particulière à cette partie de notre étude afin de savoir si cette crainte était fondée.

Tout d'abord, il est important de signaler que le taux de délivrance dirigée dans notre étude est faible : 26.9%. On dispose pourtant *« actuellement, d'arguments scientifiques indiscutables pour recommander sa réalisation systématique chez toutes les patientes accouchant voie basse. »* [26] Nous nous sommes alors demandés si le fait d'être sur le côté au moment de l'expulsion avait joué un rôle en défaveur de la DD. Le fait que ces accouchements aient souvent été rapides a-t-il dissuadé les sages femmes de prendre la précaution d'installer une voie veineuse aux patientes ? Pourtant, la rapidité du travail peut être un facteur à risque d'HDD. La position en elle-même rend elle difficile l'injection d'ocytocine ? En nous renseignant sur les pratiques d'Ancenis, nous avons appris que la délivrance dirigée avait été imposée aux sages femmes au cours de l'année 2012-2013.

Toujours est-il que ce faible chiffre va sans doute rendre nos taux d'HDD, de DA et de RU erronés.

On se rend compte en effet que la plupart des patientes ayant eu besoin d'une révision utérine n'avaient pas eu de DD (3/5), et que toutes celles qui ont eu besoin d'une DARU n'avaient pas bénéficié d'une DD.

En ce qui concerne la durée entre l'accouchement et la délivrance, la moyenne de 17.4 minutes est correcte. En revanche, pour 7 patientes elle a été supérieure a 30 minutes (n=54). Leur délivrance a été artificielle et/ou suivie d'une révision utérine. Parmi elles 5 n'avaient pas bénéficié de DD, 3 ont fait une HDD (2 HDD modérées et 1 HDD sévère). Le DD devrait donc améliorer ces chiffres.

Enfin, dans notre population, 9 patientes ont fait une HDD (7.6%). Ce taux est de 6.3% en cas de DD et de 8.0% en l'absence de DD, la différence n'est pas significative. Nous notons que le taux d'HDD sur les accouchements par voie basse, dans les Pays de la Loire de 2006 à 2012 a été de 4.8% (la différence avec les 7.6% n'est pas significative).

La population de femmes ayant fait une HDD est majoritairement multipares (7/9 patientes). Les seuls autres éléments significatifs sont : dans une situation un IMC à 33kg/m², 2 nouveau-nés de plus de 4 kg (ce qui favorise la sur-distension utérine) et 3 patientes pour qui la durée entre l'accouchement et la délivrance est supérieure à 30 minutes. La durée moyenne du travail est assez courte (114min).

Néanmoins, rappelons que dans 90% des cas d'HDD, aucun facteur de risque n'est retrouvé. [8]

Nous n'avons aucun élément permettant d'affirmer qu'il y a plus d'HDD sur le côté. Il semblerait que la réflexion des professionnels à cet égard soit erronée. Il serait intéressant de réaliser une étude comparative, spécialement à ce sujet, pour pouvoir conclure et rassurer les praticiens. Nous pouvons par contre constater que l'absence de DD augmente le risque d'HDD. A Ancenis, elle a été imposée aux sages femmes au cours de l'année 2012-2013. Notre étude, à ce sujet, serait aujourd'hui plus intéressante.

6.4 Issue néonatale

Les nouveau-nés de notre étude avaient un poids moyen de 3 345g. On remarque que 7 nouveau-nés pesaient plus de 4kg.

Concernant l'adaptation des nouveau-nés à la vie extra utérine, nous notons qu'elle a été bonne dans une grande majorité des cas, avec un score d'Apgar moyen de 9.7 à 1 minute de vie et de 9.9 à 5 minutes de vie. Dans la population générale, 92.9% des nouveau-nés avaient un Apgar à 1 minute de vie supérieure ou égale à 8, contre 95% dans notre population. [20] Les enfants nés sur le côté s'adapteraient bien à la vie extra-utérine. On dit que cette naissance leur est plus douce, puisqu'elle leur évite rotation et restitution. La littérature rapporte en effet que, les phénomènes de rotation, déflexion et de restitution, entrainent un risque de *« compression et de torsions des artères vertébrales »* pouvant provoquer *« une ischémie du bulbe, celui-ci étant vascularisé à partir des vertébrales »* [8]

De plus le périnée est plus détendu, l'ultime obstacle est moins important. Le fait qu'ils sortent en « monobloc » les épargne de ce passage de la restitution où la tête est dégagée mais le reste du corps pas encore, et où l'oxygénation fœtale n'est

pas toujours bonne. En cela, il est vrai que cette façon d'accoucher parait moins traumatique pour le nouveau-né. Rappelons tout de même, que cela se passe ainsi, quand tout va bien ; qu'il n'y a pas de circulaire ou de bretelle au cordon et quand la position maternelle est bien tenue.

Il est dommage de ne pas avoir eu de pH réalisés au cordon, cela nous aurait permis d'analyser le bienfait du DL lors de cette phase à risque d'hypoxie qu'est l'expulsion. Une défaillance technique a en effet empêché leur réalisation.

Enfin, 4 nouveau-nés ont bénéficié de mesures de réanimation néonatale. Pour 3 d'entres eux, il y a eu besoin d'une aspiration oro-pharyngée accompagnées d'une ventilation au masque. Le dernier d'entre eux est un grand prématuré (27SA+4j), qui a été rapidement transféré dans un service adapté en niveau 3.

6.5 Ce qui ressort de notre étude

Cette étude montre donc que l'adoption du DL par les femmes et les sages femmes, au moment de l'expulsion, est possible, et ce sans critère d'exclusion majeur. Le fait d'être primipare et d'avoir une péridurale, ou d'être multipare avec un antécédent d'extraction instrumentale, n'exclut pas d'accoucher en DL par exemple.

Cette position au moment de l'expulsion protège le périnée du risque d'épisiotomie et de déchirures graves du périnée. En revanche, le taux de déchirures simples est plus important.

Aucun élément ne nous permet de dire que le risque d'hémorragie de la délivrance est plus important en DL.

Les nouveau-nés des femmes installées en DL pour l'expulsion, ont une bonne adaptation à la vie extra utérine.

6.6 Les réticences des professionnels

A la vue de cette étude plutôt en faveur de l'utilisation du décubitus latéral, nous tentons de comprendre les réticences des professionnels à l'égard de cette position au moment de l'expulsion.

La principale réticence est celle de la sécurité.

En effet, de nombreux praticiens redoutent de positionner les femmes autrement que sur le dos du fait d'un moins bon contrôle du périnée durant la phase d'expulsion. Pourtant, on a pu remarquer que le côté était plutôt protecteur. On suppose que la réserve de ces professionnels, vient du fait qu'ils pensent devoir moins contrôler le périnée et faire « confiance » à la position « protectrice ». Rappelons que rien n'empêche de maintenir la tête fœtale, ce qui est souvent fait en pratique. De plus, des professionnels craignent les déchirures antérieures, car leurs proximités avec le méat urinaire peuvent les rendre désagréables en post partum. Pour cela, la sage femme peut favoriser la flexion de la tête afin de décharger le périnée antérieur au profil du postérieur, lui-même plus détendu lorsque la femme est sur le côté.

Face à l'éventualité d'avoir besoin de changer de position en cas d'instruments ou de manœuvres, malgré le fait que le retour sur le dos soit assez aisé, il peut être vu comme contraignant pour des professionnels. Lorsqu'ils ont à faire à des primipares, il leur parait plus prudent de les laisser en position gynécologique. Il est intéressant de comparer nos pratiques à celles des nos voisins. Notons ainsi qu'en Grande Bretagne les forceps peuvent être réalisés sur le côté. Cela n'est pas d'actualité en France, tout ayant été appris dans la position de référence : le DD. Ajoutons que le retour sur le dos est relativement rapide n'entrainant donc pas de pertes de temps notables en cas de nécessité. Certes, le DL ajoute de la manutention dans le cas d'une situation d'urgence, mais tend à réduire la survenue de telles situations. Il est regrettable, de rester dans une position de prudence extrême par peur de dystocies pouvant être créées par cette même position.

La question des réticences importantes à l'égard des primipares est également intéressante. On remarque qu'au XIX siècles, le côté était d'autant plus utilisé, dans les pays d'Europe, que les femmes étaient primipares. On peut le voir dans cette citation déjà exposée précédemment au sujet du DL : « *aussi est elle employée de nos jours (1886) 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 de ce pays, accouchent comme en France, dans le décubitus dorsal.* » Quelles sont les raisons qui font qu'actuellement on privilégie au contraire les multipares ? On peut penser que cela est dû, en partie, à la péridurale. Il est vrai qu'une femme soulagée par la péridurale et qui n'a jamais expérimenté les efforts de poussée peut avoir du mal à trouver le « lieu de la poussée ». Ainsi, sur le dos, les praticiens pensent pouvoir davantage aider à faire comprendre l'effort expulsif efficace. Le DL est pourtant bénéfique, par son effet sur les dimensions du bassin au moment de la descente et l'expulsion. Il peut être un atout supplémentaire pour les primipares dont ces étapes sont justement plus laborieuses.

L'hémorragie de la délivrance est également un élément qui inquiète lorsque les professionnels positionnent sur le côté. Bien que nous ayons montré que cela ne semblait pas se justifier, il est vrai que le simple fait d'être sur le côté est moins confortable ne serait ce que pour le recueil des saignements. En pratique, le sac de recueil est installé sous la jambe allongée de la patiente. Il est donc à plat et non en suspension comme c'est le cas sur le dos. Le recueil est moins « propre », le lit peut rapidement être tâché et surtout, la précision est moindre. Mais dès la naissance, la patiente est repositionnée sur le dos, les jambes dans les étriers pour la délivrance. C'est parfois cette manutention que n'apprécient pas certains professionnels, ajoutée à une moins bonne précision. Enfin, pour d'autres c'est véritablement le fait que cela soit plus « sale » qui les perturbent lorsque la femme est en DL.

Dans ce sens, nous pouvons ajouter que si pour les femmes, la pudeur est mieux respectée, respectant du même temps la pudeur du conjoint n'ayant pas à tourner la tête comme on peut le voir parfois en position gynécologique, pour les professionnels cela ne fait pas l'unanimité. En effet, en les questionnant sur leurs réticences, certains ont admi qu'ils trouvaient que la vue des fesses de la patiente, les gênaient. Cela peut paraître étonnant quand on sait quelle vision ils peuvent avoir du corps de la femme sur le dos, mais on peut sans doute l'expliquer par l'habitude. De fait, lors des premiers accouchements auxquels on assiste, la confrontation à la

nudité et à son exposition : jambes écartées, lumière du scialytique dirigée sur le périnée, commence par choquer. Peu à peu pourtant, par habitude, cela ne provoque plus de sentiments de gêne ou de dégoût : l'œil s'accoutume et ne devient plus qu'uniquement professionnel. On peut alors penser qu'il en adviendrait de même lorsque le praticien aura assisté à plusieurs accouchements sur le côté. On se demande alors : à qui doit-on donner l'avantage de la pudeur ? L'accouchement est un acte relationnel où trois corps : le corps de la femme, le corps de l'enfant et le corps médical sont un instant nécessairement unis dans un même objectif, pour être aussitôt nécessairement séparés. Cette relation exige évidemment la sécurité, la confiance mais aussi le respect de chacun d'entre eux dans l'écoute mutuelle de leurs besoins. Le corps médical est indispensable pour garantir la sécurité, il peut donc être en mesure d'entendre et de répondre aux désirs maternels, dans la mesure où ceux-ci respectent les besoins de l'enfant. Une écoute mutuelle est indispensable et, dans l'idéal, le consensus doit toujours être visé. Bien sûr, ce climat idéal doit être recherché, mais dans certaines situations il sera impossible à obtenir. C'est alors que peut se poser la question suivante : à qui revient l'autorité dans une situation de désaccord ?

Par les médias et internet avec les forums de discussions, les femmes sont plus largement informées. Elles ont les moyens d'obtenir des informations autrement que par l'intermédiaire du corps médical. Elles ont alors des attentes qu'elles expriment et notamment au sujet du choix de leur position d'accouchement. En effet, selon une étude réalisée par le collectif inter associatif autour de la naissance (Ciane) en 2012 : *« le pourcentage de femmes, exprimant pendant leur grossesse, des choix particuliers concernant leur accouchements est passé de 36% avant 2005 à 57% en 2011. »* [27]

De même, questionner les patientes sur leurs satisfactions peut apporter un éclairage intéressant. Les résultats de l'étude du Ciane montrent que *« le vécu de l'accouchement était lié au respect des souhaits des futures mères »*. [27]

Quant à la satisfaction des patientes ayant accouché sur le côté, l'étude réalisée dans la maternité du Centre Hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges est très positive [28]. 150 questionnaires ont été récupérés et l'on retrouve alors un taux de satisfaction des patientes ayant accouché sur le côté de 80.7%, contre un taux 50.5%, lorsqu'elles ont accouché sur le dos. Peut être parce que leur choix a été respecté ou leur pudeur mieux protégée, les femmes qui expérimentent le DL, en paraissent convaincues.

Pour les professionnels, la perte de repères qu'ils éprouvent lorsqu'ils changent de position au moment de l'expulsion, peut contribuer à entraver leur motivation. Dans la formation initiale des praticiens, seule la mécanique obstétricale en position gynécologique est étudiée. Des écoles de sages femmes, désireuses d'étendre leur formation théorique aux diverses positions d'accouchements, ne savent vers qui se tourner pour intervenir. En effet, il n'existe qu'une formation étiquetée comme telle : la formation de Gasquet, dont la vocation commerciale entache, pour certains, sa crédibilité. En évoquant ce sujet avec des sages femmes, celles-ci nous expliquaient que ces connaissances étaient majoritairement transmises de paires en paires. Chacune partageant sur son expérience personnelle des diverses positions. C'est pourquoi, il nous semblerait important que chaque étudiante sage

femme réussisse à faire au moins un stage au sein d'une maternité réputée pour sa pratique de diverses positions. Ceci lui permettrait d'agrandir son champ de vision et de découvrir de nouvelles pratiques. Néanmoins, la théorie nous semble indispensable afin de maitriser les particularités de la mécanique obstétricale sur le côté. Pour cela, nous pouvons nous appuyer sur l'ouvrage de Schall [8], qui consacre tout un chapitre aux différentes positions d'accouchement.

Enfin, nous pouvons ajouter que notre propre expérience de la pratique de cette position, nous a procuré une grande satisfaction et le sentiment du travail bien accompli. En effet, la sage femme respectant la physiologie, peut contribuer à éviter certaines dystocies. Elle peut alors être pleinement dans son rôle d'accompagnement de la physiologie. Tenter diverses positions peut ainsi « débloquer » une situation et permettre d'éviter une intervention médicale. Néanmoins, il est important de se soumettre à une rigueur irréprochable afin de dépister la pathologie et de ne pas retarder sa prise en charge. Cette rigueur doit se retrouver autant dans la pratique clinique que dans la tenue des dossiers.

7 CONCLUSION

A la fin de cet état des lieux, nous pouvons nous apercevoir des bienfaits de l'accouchement sur le côté. Tout en paraissant respecter la pudeur des parents, cette position facilite l'accouchement et semble protéger le périnée. Il semblerait aussi être plus « doux » pour le nouveau-né et évite parfois des situations dystociques.

Notre étude montre que se mettre sur le côté pour l'expulsion semble possible à n'importe quelle femme à partir du moment où cette position est confortable et qu'elle lui permet de pousser aisément. De nos jours, le choix de la patiente a une place importante dans la décision de la position à l'expulsion. En effet, de plus en plus de parturientes aujourd'hui souhaitent participer activement à leur accouchement. La sage femme doit donc les accompagner dans leur décision mais rester rigoureuse dans le dépistage de situations devenant pathologiques.

Toutefois, ce qui nous semble indispensable, plus que la connaissance des bienfaits d'une position en particulier, c'est que la sage femme ait une large connaissance des effets de la mobilité du bassin. Ainsi, chaque moment de l'accouchement sera facilité et la dystocie au maximum diminuée.

Cette étude nous aura donc permis de constater l'importance, pour la sage femme, de remettre régulièrement en question ses pratiques quotidiennes. Savoir se questionner sur les avantages de telles ou telles pratiques permet de ne pas tomber dans l'habitude et d'évoluer.

Au terme de cette étude, nous constatons que l'accouchement sur le côté a l'avantage de réunir plusieurs critères de qualité : la sécurité à l'expulsion, la possibilité d'une bonne surveillance maternelle et fœtale, tout en rendant à ce moment sa pleine humanité.

8 BIBLIOGRAPHIE

1. BARRAULT J.
   Histoire de la naissance à travers le monde, Editions Paris Plume, 1990, 175 pages

2. LEROY F.
   Histoire de naitre, de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Editions De Boeck, 2011, 455 pages

3. RACINET C., BREMENT S., LUCAS C.
   Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement, décembre 2008 [consulté le 3/09/2013] disponible à partir de l'URL : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_083_racinet.pdf

4. FINLEY H.
   Touch but don't look: "The Touch" and the shame of physical examination, [consulté le 23/10/2013] disponible à partir de l'URL: http://www.mum.org/thetouc2.htm

5. WITKOWSKI GJ.
   Histoire des accouchements chez tous les peuples. Editions Steinhell, 1886, 182 pages

6. LUISIER, V.
   Sages femmes : la cornette sous le paillasson ?, Editions Médecine et hygiène, 2006, 170 pages

7. VAUTIER, M-L.
   Histoire des positions obstétricales, Les dossiers de l'obstétrique, octobre 1995, n°232, pages 4-5

8. SCHALL J-P., RIETHMULLER D., MAILLET R., et all.
   Mécanique et techniques obstétricales, Editions Sauramps médical, 2012, 604 pages

9. Université Virtuelle de Maïeutique Francophone,
   Unité d'enseignement obstétrique, anatomie et physiologie de l'obstétrique [consulté le 4/11/2013] disponible à partir de l'URL : http://uvmaf.fr/UE-obstetrique/liste-1.html

10. TROST O., MOURTIALON P., DOUVIER S., et all.
    Anatomie pelvis féminin, morphologie, morphogénèse, obstétrique, Editions Ellipses, 2013, 181 pages

11. DE GASQUET B.
Bien-être et maternité, Editions Albin Michel, 2009, 284 pages

12. EVRARD-DELAS M-L.
Accouchement en décubitus latéral versus accouchement en décubitus dorsal A propos des 193 premiers cas de l'étude Accoulado, Th : Méd : Lille 2, 2005, 117 pages

13. CARBONNE B., BENACHI A., LEVEQUE ML., et all.
Maternal position during labor: Effects on fetal oxygen saturation measured by pulse oximetry. Obstet Gynecol 1996; n°88, pages 797-800.

14. DOUCIN H.
Evaluation de l'efficacité de l'accouchement en décubitus latéral, mémoire maïeutique, Angers, 2011, 73 pages

15. LEBOYER F.
Pour une naissance sans violence, Editions Points, 2008, 160 pages

16. DE GASQUET B.
Les positions pour l'accouchement, Les dossiers de l'obstétrique, octobre 1995, n°232, pages 20-30

17. ODENT M.
Le reflexe d'éjection du fœtus, Les dossiers de l'obstétrique, juin 2001, n°295, page 36

18. BOUVIER-COLLE M-H., SZEGO E.
La population de la France, Tome 2, Editions Cuped, 2005, 891 pages

19. Réseau Sécurité Naissance-Naitre ensemble Pays de la Loire
[consulté le 04/02/2014] disponible à partir de l'URL :
http://www.reseau-naissance.fr/module-Contenus-viewpub-tid-2-pid-57.html

20. BLONDEL B., KERMARREC M.
Enquête nationale périnatale 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. [consulté le 18/11/2013] disponible à partir de l'URL : http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html

21. SCHALL J.-P., DREYFUS, M. GOFFINET F. et all.
Collège National de Gynécologues et Obstétricien Français, Recommandation pour la pratique clinique, modalité de surveillance fœtale pendant le travail, publiée en décembre 2007. [consulté le 10/01/2014] disponible à partir de l'URL : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_surv-foet_2007.pdf

22. MAILLET R., MARTIN A., RIETHMULLER D.
CNGOF, Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, publié en décembre 2004, Fait on trop ou trop peu d'épisiotomies ? [consulté le 10/01/2014] disponible à partir de l'URL : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Go_021_maillet.pdf

23. FERAUD D., SCHMITZ T., BORIE-MOUTATOFF C., et all.
CNGOF, De la difficulté à la dystocie des épaules, prise en charge, publié en décembre 2011. [consulté le 02/01/2014] disponible à partir de l'URL : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2011/confs2011/053/swf/index.htm

24. RICHARD-GUERROUDJ N.
Des positions faites pour changer, Profession Sage-femme, mai 2009, n°155, pages 36-38

25. Haute Autorité de Santé, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme, publié en janvier 2000. [consulté le 10/01/2014] disponible à partir de l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/partogramme.pdf

26. LANSAAC J., DESCAMPS P., OURY J-F.
Pratique de l'accouchement, 5ème éditions, Editions Elsevier Masson, 2011, 594 pages

27. DUTRIAUX N., CHARLES C.
Faut-il repenser les méthodes d'accouchement ?, Paroles de sages-femmes, mai 2013, n°5, pages 16-19

28. CREPIN S., VENERIN A., TANDY F.
Positions pendant le travail et l'accouchement, opinions des patientes, Profession Sage-femme, juillet-août 2006, n°127, pages 27-34

ANNEXES

Annexe 1 : RCF pendant le travail, classification en fonction du risque d'acidose-CNGOF [17]

Anomalies à faible risque d'acidose

Ces anomalies sont : la tachycardie modérée (160-180 bpm), la bradycardie modérée 100-110 bpm, une variabilité minime (≤ 5 bpm) pendant moins de 40 minutes, les ralentissements précoces, les ralentissements prolongés inférieurs à 3 minutes, les ralentissements variables typiques non sévères.

La présence d'accélérations et l'existence d'une variabilité normale sont des éléments rassurants.

La présence d'anomalies à faible risque d'acidose nécessite une surveillance cardiotocographique continue (grade C).

Anomalies à risque d'acidose

Ce sont : la tachycardie > 180 bpm isolée, la bradycardie entre 90-100 bpm isolée, une variabilité minime (≤ 5 bpm) plus de 40 minutes, une variabilité marquée (> 25 bpm), des ralentissements variables atypiques et/ou sévères, des ralentissements tardifs non répétés, des ralentissements prolongés de plus de 3 minutes.

Ces anomalies sont d'autant plus suspectes d'acidose qu'il existe des éléments non rassurants : perte des accélérations, variabilité 5 bpm, associations de plusieurs anomalies, persistance des anomalies inférieure, aggravation des ralentissements (amplitude, atypies).

Dans ces circonstances, il faut tenter une action correctrice. Si les anomalies persistent, il est conseillé de mettre en oeuvre un moyen de surveillance de deuxième ligne (grade C).

Anomalies à risque important d'acidose

Ce sont :

Variabilité minime (≤ 5 bpm) ou absente inexpliquée plus de 60 à 90 minutes ;

Rythme sinusoïdal vrai de plus de 10 minutes (rare) ;

Ralentissements tardifs répétés ou ralentissements prolongés répétés ou ralentissements variables répétés et accélérations absentes ;

Ralentissements tardifs répétés ou ralentissements prolongés répétés ou ralentissements variables répétés et variabilité minime (≤ 5 bpm).

Dans ces cas, une décision d'extraction rapide devrait être prise, l'utilisation des moyens de surveillance de deuxième ligne permettant d'exclure une acidose foetale est possible si elle ne retarde pas l'extraction (grade B).

Anomalies à risque majeur d'acidose

Ce sont :

Bradycardie persistante et variabilité absente ;

Bradycardie sévère subite (< 90 bpm) ;

Tachycardie progressive, variabilité minime, perte des accélérations, puis ralentissements (séquence de Hon) ;

Ralentissements tardifs répétés et variabilité absente ;

Ralentissements variables répétés et variabilité absente ;

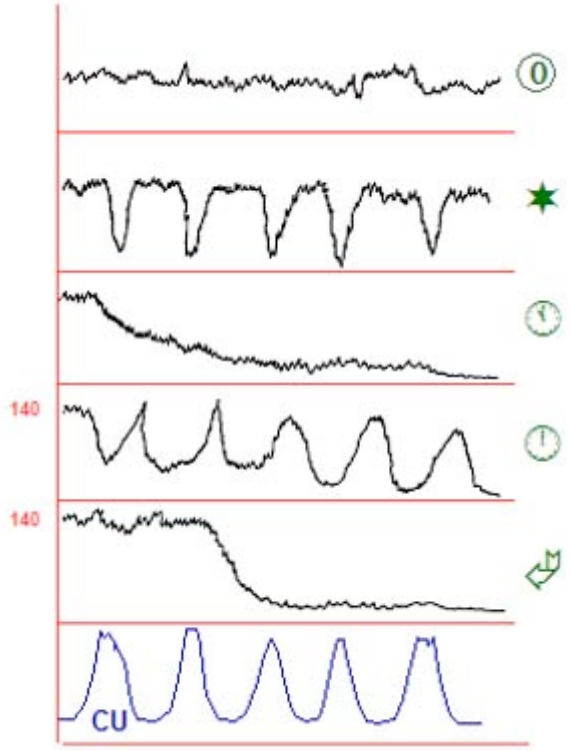
Ralentissements prolongés répétés et variabilité absente.

Dans ces cas, une décision d'extraction immédiate devrait être prise sans recours à une technique de deuxième ligne (grade B).

Annexe 2 : RCF à l'expulsion selon la classification de Melchior [17]

Types de tracés du RCF pendant l'expulsion (d'après MELCHIOR)

- *Type 0* : pas de modification du RCF (2 %)
- *Type 1* : ralentissement se produisant à chaque effort expulsif (43 %)
- *Type 2* : bradycardie progressive avec souvent diminution des oscillations (43 %)
- *Type 3* : bradycardie avec accélérations lors des poussées (4 %)
- *Type 4* : au début le rythme est stable puis survient une bradycardie progressive (8 %).



Annexe 3 : Rappel sur la classification des déchirures périnéales-CGNOF [18]

On distingue :

– les déchirures fermées :

Les structures musculo-aponévrotiques peuvent être lésées sans effraction cutanéo-muqueuse. L'hématome peut donner une sclérose cicatricielle. Le diagnostic en est difficile ;

– les déchirures ouvertes :

Elles sont les plus fréquentes. On distingue :

• les déchirures incomplètes du 1er degré qui respectent le sphincter anal ;

• les déchirures complètes du 2e degré où le sphincter anal est concerné ;

•les déchirures complètes compliquées du 3e degré qui mettent en communication le vagin et le bas rectum

Résumé :

Installer une femme pour l'accouchement est une pratique quotidienne de la sage femme. Chercher à s'interroger sur nos pratiques les plus courantes est important pour ne pas rester dans l'habitude et nous permettre d'évoluer.

Ce mémoire est un état des lieux, réalisé à la maternité d'Ancenis, à partir de 119 dossiers de l'année 2012. Il s'agit d'une étude de la pratique de l'accouchement lorsque l'expulsion a eu lieu sur le côté.

Le but de ce mémoire est de sonder les tendances positives et négatives lors de cet accouchement. Nous avons cherché à savoir s'il y avait des critères d'exclusion à la mise en décubitus latéral pour l'expulsion puis, par la description de sa pratique, nous avons tenté d'en distinguer les avantages et inconvénients.

Les résultats tendent à montrer que cette position protège le périnée du risque d'épisiotomie et de déchirures graves du périnée, mais montrent un taux de déchirures du 1er degré élevé. Aucun élément ne nous permet de dire que le risque d'hémorragie de la délivrance est plus important en décubitus latéral. Enfin, l'état néonatal à la suite de cet accouchement est bon.

Les réticences qu'expriment les professionnels ont été discutées, et il semblerait que le manque de formation soit la seule réticence vraiment fondée.

Un meilleur apprentissage, de la mobilité du bassin, en fonction des diverses positions existantes, parait donc intéressant à développer.

Mots clés : Décubitus latéral, expulsion, positions d'accouchement, côté, état des lieux