Accoucher : dans quelle position?

Autor(en): **Bourquin, M. / Béguin, F.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **82 (1984)**

Heft 4

PDF erstellt am: **24.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-951244

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Accoucher: dans quelle position?

par le Dr M. Bourquin et le Prof. F. Béguin, Genève

«Retour à la nature – Ecoute de son corps – Bien-être dans l'accouchement»: ces revendications sont formulées régulièrement par les femmes enceintes lors des séances de préparation à la naissance. Les mères s'interrogent, après lecture de différents ouvrages parus récemment, sur l'opportunité d'être debout, couchées, soutenues-accroupies lors de leur accouchement, sur les exercices qui pourraient leur être utiles. Ces interventions nous ont poussés à nous interroger, nous aussi, sur les positions pouvant être adoptées par la femme pendant l'accouchement, leur effet sur l'évolution du travail, le bien-être foetal et maternel.

C'est en 1738 que Mauriceau, accoucheur de la reine de France, remplaça la traditionnelle chaise d'accouchement par un plan horizontal qui lui facilitait le travail de dégagement des enfants et l'éventuelle application d'un forceps. L'usage de cette position se répandit rapidement, fut renforcé par l'emploi du stéthoscope obstétrical et, actuellement, non seulement la femme accouche allongée, mais bien souvent semble fixée à son lit pendant toute la durée du travail. Partant de l'observation d'accouchements dans d'autres civilisations, diverses études récentes ont démontré que lorsqu'une femme est mise en position verticale pendant la dilatation (debout, assise, déambulant), on peut observer une meilleure coordination du travail, une tendance à un raccourcissement de la durée de l'accouchement, une amélioration subjective importante du confort maternel, et, donc, une diminution de l'emploi des analgésiques, ceci sans altération aucune du bien-être foetal.

Avant d'introduire éventuellement une nouvelle «position» à l'accouchement, nous avons décidé d'entreprendre une étude prospective sur les effets de la position de la femme pendant la dilatation sur la durée du travail, l'évolution de l'accouchement, le bien-être foetal et le confort de la parturiente.

De janvier à avril 1982, 57 femmes ont été sélectionnées pour cette étude: il s'agissait de nullipares, sans facteurs de risque. A l'entrée, un tirage au sort déterminait leur appartenance au groupe «horizontal» ou «vertical». Chaque patiente bénéficiait à l'entrée du monitoring conventionnel de 20 minutes; les patientes du groupe «horizontal» gardaient pendant la dilatation une position de décubitus dorsal, latéral droit ou gauche, tandis que celles du groupe «vertical» étaient encouragées à maintenir aussi longtemps que possible une position debout, en déambulation, ou assise. Pour les deux groupes, l'expulsion et l'accouchement avaient lieu en position habituelle (décubitus dorsal, jambes soutenues par des supports). Dans les deux groupes, une surveillance foetale continue était assurée par la mise en place d'un monitoring interne, après rupture précoce des membranes; un dispositif de télémétrie permettait de transmettre les signaux lorsque la patiente désirait déambuler en salle d'accouchements.

Nous avons étudié dans les deux groupes la durée du travail, le mode d'accouchement, l'état du nouveau-né, l'analgésie nécessaire, ainsi que le confort de la femme (évalué par un questionnaire dans les deux heures suivant la naissance).

Sur le collectif de 57 femmes étudié, 29 ont «dilaté» en position horizontale, 28 en position verticale. Il s'agissait dans les deux groupes de femmes d'un âge moyen de 25,9 ans, accouchant à un âge gestationnel moyen de 39 semaines.

Nous n'avons pas relevé de différences concernant les modes d'accouchement:

	«Horizontal» (29)	«Vertical» (28)
Accouchement spontané	23	22
Forceps	4	4
Ventouse	1	1
Césarienne	1	1

La durée du travail

Nous avons été surpris de constater que la durée du travail est prolongée de façon significative dans le groupe «vertical».

Vu la difficulté de déterminer précisément le début du travail par l'anamnèse, nous avons calculé:

a) la durée de toute la dilatation

b) la durée de la phase active de la dilatation (de 30 mm à dilatation complète), donnée plus précise car toujours objectivée par un contrôle en salle d'accouchement

c) la durée de l'expulsion.

Les résultats, ainsi que leur estimation statistique, sont consignés ci-dessous.

Les nouveau-nés

Les femmes du groupe horizontal ont donné naissance à 11 garçons et 18 filles d'un poids moyen de 3374 g, tandis que celles du groupe vertical donnaient naissance à 11 garçons et 17 filles d'un poids moyen de 3259 g. L'Apgar moyen des nouveau-nés étaient bon dans les deux groupes:

Apgar à:	Horizontal	Vertical
1 min	8,3 (± 0,9)	8,1 (± 1,3)
5 min	9,5 (± 0,6)	9,6 (± 0,7)
10 min	9,9 (± 0,2)	9,8 (± 0,4)

Le pH de l'artère ombilicale était également bon: moyenne de 7,24 dans le groupe «horizontal» et de 7,20 dans le groupe «vertical».

L'analgésie

Si, dans chacun des 2 groupes, l'usage de la péthidine semble pareil, on note que la péridurale a été employée plus souvent dans le groupe «horizontal», tandis qu'on faisait 3 blocs paracervicaux dans le groupe «vertical».

Analgésie	Horizontal (29)	Vertical (28)
Aucune	7	8
Péthidine	22	18
Péridurale	11	5
BPC	–	3

Ceci nous amène à examiner l'élément «confort» de l'accouchement, et c'est là que les résultats nous paraissent les plus intéressants; nous avions posé la question de la «localisation maximum»

La durée du travail

	Horizontal	Vertical	Valeur statistique
Dilatation	7 h 2 min ± 3 h 44 min	8 h 39 min ± 3 h 7 min	$p < 0,05$
Phase active	2 h 46 min ± 1 h 46 min	4 h 16 min ± 2 h 34 min	$p < 0,01$
Expulsion	32,5 min ± 23,8 min	31,3 min ± 18,7 min	NS

de la douleur pendant la contraction. Dans les deux groupes, la réponse a été identique dans la répartition des douleurs abdominales, lombaires ou mixtes. Par contre, dans le groupe «vertical», le changement de position (d'horizontale à verticale) a été ressenti comme une amélioration du confort dans 19 cas, comme un statu quo dans 9 cas, jamais comme une péjoration.

Quelques remarques en guise de conclusion:

- Une certaine liberté de positions et de mouvements pendant l'accouchement est souvent réclamée par les femmes lors des cours de préparation à la naissance; une réponse favorable augmente la confiance, même si elle fixe des limites (maintien de l'accouchement dans une position traditionnelle, usage d'un monitoring, etc.).
- La position verticale est maintenue surtout en début de travail, et non pas pendant toute la dilatation; les femmes sont restées debout en moyenne pendant 38% de la durée totale de la dilatation, verticales (debout et assises) en moyenne pendant 62% de la durée totale de la dilatation. Nous pensons important de souligner que la position verticale a souvent amélioré, jamais péjoré le confort de la femme, ce qui pourrait expliquer l'usage moins fréquent de l'anesthésie péridurale.
- L'état des enfants est très bon à la naissance, comme pouvait le laisser prévoir le monitoring sub-partu, et ne semble pas un facteur limitatif à l'emploi de cette méthode.
- Par contre, la durée de la dilatation est nettement prolongée dans le groupe «vertical», ce qui va à l'encontre de nos attentes, et serait à confirmer sur un plus grand nombre d'accouchements, avant d'y trouver une éventuelle explication.

Si ces résultats ne nous poussent pas actuellement à revoir complètement nos méthodes d'accouchement, ils nous autorisent toutefois à accéder avec une bonne garantie de sécurité au désir de certaines femmes d'être, pendant une partie de leur accouchement au moins, en position «verticale».

Entrée en vigueur de la loi fédérale concernant les centres de consultation en matière de grossesse

Cette loi, datée du 9 octobre 1981, est fondée sur l'article 34quinquies Cst. concernant la protection de la famille; elle est entrée en vigueur le 1er janvier 1984. Son application sur le plan fédéral incombe à l'OFAS; elle sera assurée par la section de la protection de la famille. Le Département de justice et police, qui devait s'en occuper jusqu'ici, a publié à son sujet, en date du 12 décembre 1983, le communiqué de presse ci-après:

Se fondant sur la loi du 9 octobre 1981 concernant les centres de consultation en matière de grossesse, le Conseil fédéral a édicté une ordonnance qui entrera en vigueur en même temps que ladite loi, le 1er janvier 1984. Elle porte essentiellement sur l'organisation des services que la loi prescrit de créer dans les cantons. L'article 3 de la loi autorise le Conseil fédéral à édicter des dispositions concernant les centres de consultation après avoir pris l'avis des cantons. Conformément aux résultat de la consultation qui a eu lieu en 1982, notre gouvernement s'est limité à une ordonnance-cadre dont les principes peuvent être résumés comme suit:

- Obligation, pour les cantons, d'organiser les centres de consultation prévus par la loi, ainsi que d'édicter des dispositions réglant la reconnaissance, le financement et la surveillance des centres existants et de ceux qui seront créés. Entrent en considération, en tant que centres de consultation en matière de grossesse, les institutions cantonales, intercantonales, communales et privées. Des tâches analogues à celles qu'assument les centres d'information sexuelle et de consultation conjugale ou familiale peuvent leur être confiées, et vice-versa.

- Obligation des cantons de publier sans délai, dans un organe officiel adéquat, toute reconnaissance d'un centre de consultation en matière de grossesse. Publication obligatoire, également, à la fin de chaque année, d'une liste des centres reconnus avec indication de l'adresse, du numéro de téléphone et des heures de consultation de chacun d'eux; cette liste devra être communiquée à L'OFAS, qui est l'office compétent dans ces questions.

- Obligation de l'OFAS de publier annuellement le répertoire complet des centres, afin d'assurer pour toute la Suisse une vue d'ensemble de ces institutions; ce répertoire sera mis gracieusement à la disposition des intéressés.

- Obligation, pour les cantons, de communiquer à l'OFAS leurs dispositions légales concernant les centres de consultation en matière de grossesse, de même que tout refus de reconnaissance d'un centre. Ils renseigneront également chaque année l'Office fédéral au sujet de l'organisation interne (notamment la composition du personnel) des centres reconnus et au sujet de leur activité.

Le comité central de l'ASSF a demandé aux présidentes des sections de prendre contact avec les départements cantonaux de santé respectifs et de leur offrir leur collaboration.