Décibitus latéral : naître sur le côté, naître autrement

Autor(en): **Delouane-Abinal, Aurélie / Roulet, Céline**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **104 (2006)**

Heft 6

PDF erstellt am: **27.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949877

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

(20–30 ans) qui sera «a peer» pour moi. Je sens que je serais mieux avec un homme sage-femme de mon âge qu'avec une femme plus âgée. La maternité devrait être une étape dans mon cheminement vers la vie adulte» (octobre 2005)

5. Les avis des féministes

Les réactions des mères sont parfois influencées par des principes féministes, mais ceux-ci peuvent autant les amener à accueillir les hommes sages-femmes qu'à les exclure: «Avant la naissance de ma fille, naturellement à la maison, je n'avais pas idée de l'importance du pouvoir des femmes donnant la vie. Pour une majorité des femmes, ce pouvoir est confisqué par le système hospitalier, ses médecins, ses procédures et ses principes de gestion» (mars 2006).

L'anthropologue Françoise Héritier[6] a montré comment, tout au long de l'histoire de l'humanité, à travers chaque civilisation, les hommes se sont montrés «jaloux» de ce pouvoir féminin exorbitant qui est celui de reproduire à la fois du même (des filles) ou du différent (des garçons), et comment ils ont inventé mythes, rites et traditions pour minimiser le pouvoir féminin ou en confisquer une partie. Cette conscience est évidemment présente dans certains courants féministes: «Je suis mère et je n'accepterais en aucun cas un homme sage-femme parce que la naissance est un territoire essentiellement féminin» (octobre 2003).

Pour contrer d'éventuelles remises en question du pouvoir féminin, des femmes s'interrogent sur les motivations profondes des hommes attirés par l'acte de naissance: «Je me demande pourquoi un homme en arrive à choisir une profession aussi intimement féminine. Est-ce la fascination de ce qu'il ne pourra jamais vivre? Est-ce la jalousie du pouvoir des femmes donnant la vie? Est-ce une forme de sublimation, un voyeurisme à la recherche d'une expression acceptable de son fétiche? Historiquement, lorsque les hommes investissent un terrain d'action, ils commencent à changer les choses, à contrôler la situation, à planifier, à ‹faire marcher la machine›, à rendre tout plus ‹efficient›. Ne laissons pas les hommes prendre la première place!» (septembre 2005). ◀

Josianne Bodart Senn, sociologue, spécialisée Etudes Genre (2004), rédactrice «Sage-femme.ch».

Décibitus latéral

Naître sur le côté, naître autrement

Un mémoire récent[1] fait le point sur l'accouchement en décubitus latéral. Celui-ci est perçu positivement par les six sages-femmes interviewées, mais il n'est pas une pratique courante et le fait de ne pas le pratiquer régulièrement engendre peur et manque de références. Une sensibilisation des sages-femmes sur le sujet pourrait aider. Il serait également important d'en parler aux futures mères, notamment lors des cours de préparation à la naissance, pour qu'il y ait de plus en plus de demandes.

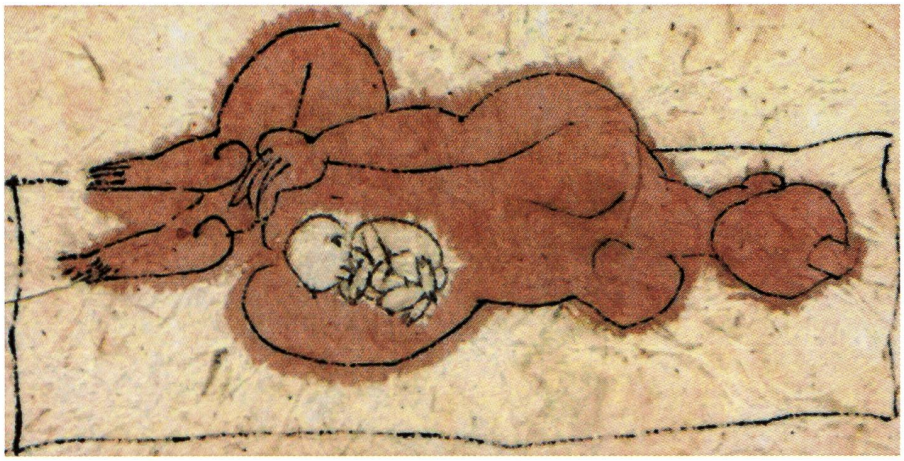


Illustration de Ye Xin visible à l'exposition «Naissances» à Paris jusqu'au 4 septembre 2006.
Photo: Musée de l'Homme, Paris

EN tant qu'élèves sages-femmes, nous avons eu l'occasion d'effectuer quelques accouchements dans en position latérale tout en éprouvant, au départ, une certaine difficulté à trouver nos points de repère. Sur le plan ergonomique, nous avons eu de la peine à trouver une position dans laquelle nous sentir à l'aise. Ayant l'habitude de nous positionner entre les jambes de la parturiente pour effectuer le dégagement du nouveau-né, nous avons dû apprendre à nous situer d'une façon différente, sur le côté et derrière la femme, pour accueillir la naissance de manière optimale.

Par ailleurs, ce que nous avons pu observer dans l'accouchement en décubitus latéral, c'est que la descente du nouveau-né se fait d'une façon plus harmonieuse et qu'il est donc quasiment inutile d'intervenir. Ce qu'il n'est pas toujours facile à faire! Nous avons dû apprendre à laisser évoluer la descente du fœtus, à ne pas agir, tout en continuant à accompagner la femme. Ces accouchements en décubitus latéral nous ont beaucoup touchées, car il nous a semblé que cela se passait d'une façon plus naturelle et surtout plus harmonieuse. Quelques encouragements et notre présence suffisent. Nous sommes moins interventionnistes. Tout se passe en douceur.

En ce qui concerne les femmes qui désiraient accoucher sur le côté, nous avons pu remarquer qu'elles se sentaient tout à fait confortables dans cette position. Il nous a semblé qu'elles poussaient souvent plus longtemps avant de ressentir une certaine fatigue. Cette position leur permet de bien récupérer entre les contractions. Nous avons toujours eu un très bon retour sur le vécu de leur accouchement et plusieurs d'entre elles ont exprimé un grand plaisir de ne pas avoir été en position gynécologique, l'accouchement sur le côté leur semblant plus naturel. Quant aux futurs pères, ils participaient davantage à l'accouchement en accompagnant leurs femmes lors des poussées. Le fait

[1] «Naître sur le côté, une autre façon de voir le monde» Mémoire présenté par Aurélie Delouane-Abinal et Céline Roulet à la Haute école cantonale vaudoise de la santé (Lausanne, 25 août 2005).

Revue de littérature

Avantages et inconvénients de la position latérale

Nous avons pu recenser trois études randomisées significatives et récentes en rapport avec notre sujet, ce qui confirme que le thème de la position latérale est très peu étudié.

«Position for wornen during second stage of labour» de JK Gupka; VC Nikodem, Cochrane Database Syst. Rev. 2004 (1) CD002006

La première étude recensée traite de la position des femmes dans la seconde partie du travail. Réalisée en Angleterre en 2004, elle avait pour objectif d'évaluer les bénéfices et les risques de différentes positions pendant la seconde phase du travail. La méthode utilisée a été d'étudier le registre des naissances et des grossesses de la «Cochrane Database» en avril 2003. Un regroupement d'études randomisées ou semi randomisées (19 essais, soit 5764 patientes) a été réalisé tout en comparant différentes positions. Les bénéfices de la position latérale sont:

- Diminution de la seconde phase du travail
- Diminution des accouchements assistés
- Diminution des épisiotomies
- Diminution de la douleur
- Diminution des anomalies des bruits du cœur fœtal

Ses désavantages sont:

- Augmentation des pertes de sang
- Augmentation des déchirures du second degré

«A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcorne in nulliparous women using epidural analgesia» de S Downe; D Gerrett; MJ Renfrew, Midwifery, juin 2004, 157–168.

Il s'agit d'une étude prospective randomisée sur les effets de la position pendant la seconde phase du travail pour les nullipares sous analgésie péridurale. Réalisée en Angleterre en juin 2004, elle comprend 107 parturientes divisées en deux groupes: l'un devait tester la position latérale, l'autre tester la position assise. Ce qui donne:

En position latérale	En position assise
33% d'extractions instrumentales	52%
45% d'épisiotomies	65%
78% de sutures du périnée	86%

La conclusion principale qui se dégage de cette étude est que les patientes tirées au sort pour l'accouchement en décubitus latéral ont davantage de chances d'éviter une extraction instrumentale. Dans sa conclusion, l'auteur indique que «Ceux qui en ont l'expérience savent que le décubitus latéral est tout à fait confortable pour les patientes, qu'elles gagnent en efficacité tout en gardant une mobilité des cuisses et des jambes pendant l'effort de poussée et que la qualité de la surveillance obstétricale reste excellente.»

«Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior)» de GJ Hofmeyr; R Kulier, Cochrane Database Syst Rev 2000 (2) CD001063

La troisième étude porte sur «La position mains genoux en fin de grossesse ou pendant le travail pour les malpositions fœtales». Réalisée à Londres en 2000, auprès de 100 patientes, l'étude mentionne en préambule que la présentation fœtale latérale ou postérieure («latérale» signifie qu'il y a un asynclitisme) est davantage associée à un défaut de progression, à des douleurs ou des difficultés d'accouchement. Les auteurs proposent de déterminer si ceci peut être modifié par la position maternelle. Parmi les 100 parturientes, quatre groupes de vingt personnes plus un groupe de référence ont été constitués. Ce qui est ressorti de cette étude, c'est que, dans le groupe de la position latérale, les présentations fœtales latérales ou postérieures avaient moins tendance à dépasser les dix minutes.

d'être face à elle leur permettait d'être plus proche et de pouvoir les soutenir d'une façon optimale. C'est donc au travers de ce premier vécu – personnel et professionnel – positif que nous avons eu envie d'approfondir le sujet en interviewant six sages-femmes actives dans le canton de Vaud. Nos hypothèses de départ étaient les suivantes:

1) Les avantages de l'accouchement en décubitus latéral restent mal connus de l'équipe obstétricale et des parturientes.
2) Les sages-femmes manquent d'aisance dans la pratique et utilisent donc peu cette position.
3) L'équipe obstétricale préfère le décubitus dorsal par précaution, en cas de nécessité d'une intervention.

Appréciation générale

Dans l'ensemble, lorsque nous avons demandé aux sages-femmes ce qu'elles pensaient de l'accouchement en décubitus latéral, les premiers sentiments évoqués étaient plutôt positifs. Dans deux des entretiens, les sages-femmes n'ont pas vraiment répondu à la question. Elles ne nous ont pas donné leurs pensées ou leurs sentiments vis-à-vis de cette position, mais plutôt un résultat d'observations ou d'actions décrites comme positives. De ce fait, nous n'avons pas eu de réponses précises.

Il est intéressant de constater que les sages-femmes provenant du Royaume-Uni connaissent l'accouchement en décubitus latéral depuis bien longtemps, car l'utilisation de cette position fait pleinement partie de leur pratique professionnelle. C'est une question d'école. D'un autre côté, les sages-femmes ayant fait leur école en Suisse n'ont été que peu sensibilisées à cette position. Nous passons d'une position considérée comme «naturelle» pour les unes et comme «exceptionnelle et arrivant fortuitement» pour les autres. Et cela se ressent dans la pratique quotidienne...

Changement de position

En ce qui concerne la question «Avez-vous souvent dû changer la position de la patiente au moment de l'expulsion? Quelles en étaient les raisons?», nous avons pu ressortir plusieurs éléments significatifs.

1) Position naturellement prise par la femme.
   «Au bout d'un moment, elles se mettent presque sur le dos spontanément et il y en avait qui étaient un peu plus efficaces dans les poussées à l'effort expulsif. Elles se mettaient sur le dos en tenant leurs jambes.»
2) Poussées inefficaces sur le côté qui nécessitent de l'aide, voire une intervention.
   «Ce que j'ai pu observer, c'est que pour certaines patientes qui ne connaissent pas très bien leur corps et qui ont une pé-

ridurale très fortement dosée, on s'est trouvé avec des poussées pas très efficaces, car la façon de pousser est quand même très différente. Du coup, le bébé ne descendait pas, donc on a dû les installer sur tiges et faire un Kristeller.»

3) CTG pathologique qui nécessite une intervention.
«Il est vrai qu'ici, avec un CTG pathologique, il est clair que j'ai intérêt à la mettre sur tiges.»
«Si on devait changer, c'était pour l'intervention du médecin. En général, pour les forceps, car ils ne se faisaient pas en décubitus latéral, mais sur tiges. C'était la raison la plus fréquente, ou alors quand on devait partir en césarienne.»
4) Routine
«Ça m'arrive régulièrement de faire pousser une dame sur le côté et quand le périnée est bien sollicité par la tête, j'ai tendance à la mettre sur le dos. Ici, cela fait partie des routines d'accoucher sur lit cassé ou sur tiges.»

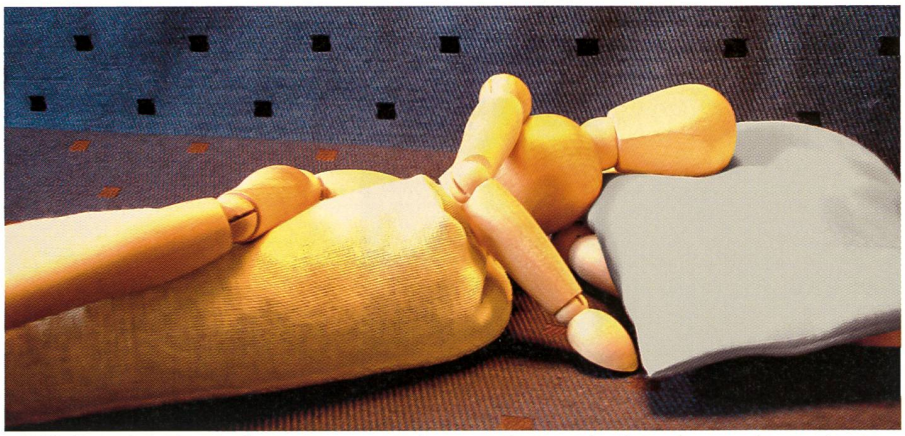
Avantages du décubitus latéral

Les avantages observés – et que l'on peut mettre en lien avec notre cadre de référence (voir encadré) au travers de la littérature et des différentes études – sont les suivants:
1) La progression de la tête est favorisée
2) La santé fœtale est favorisée
3) Le périnée est protégé
4) Le risque de dystocie des épaules est diminué

Un autre élément, qui n'apparaissait pas dans la littérature, a pu être observé dans nos entretiens avec les six sages-femmes du canton de Vaud. Il tient pourtant une place importante:
5) La place du père est favorisée:
«Il regarde sa femme qui est là et lui sur le coté. Il voit bien la progression, plus qu'en décubitus dorsal car, dans cette position, il doit se pencher pour voir ce qui se passe.»
«Il est tout près de sa femme. Même durant le travail, il peut bien lui masser le dos. Ils sont face à face, alors que, lorsque la dame est sur le dos, le mari est un peu plus perdu, plus mal à l'aise.»

Inconvénients du décubitus latéral

1) Les réactions du reste de l'équipe ne sont pas toujours favorables
«Eux, ils perdent un petit peu leurs repères, ils se sentent désécurisés.»
2) Il existe des difficultés sur le plan ergonomique
«Si tu as le moindre problème de dos ou de nuque, ce n'est pas facile.»



Au fil du temps, de nombreuses postures furent prises par les femmes pour accoucher. Aujourd'hui, ce qui compte, c'est la formation de la sage-femme mais surtout les habitudes de l'équipe présente en salle d'accouchement. Photo: Josianne Bodart Senn

3) La sage-femme perd le contact visuel avec la femme
«La seule chose qui me gêne, c'est que comme on soutient en étant derrière la femme, on perd un petit peu le contact visuel avec elle. C'est ce que je trouve dommage.»
4) Il est difficile de mobiliser la femme, si la péridurale est trop dosée
«Pour le décubitus latéral, il n'est pas facile et confortable de tenir la jambe de la patiente qui ne la sent pas.»

Une pratique peu courante en Suisse

Au travers de ces différents entretiens, reliés à nos expériences professionnelles vécues, nous avons pu retirer plusieurs éléments cités par les sages-femmes qui peuvent expliquer pourquoi nous pratiquons peu cette position en Suisse:
1) Habitudes et routine
«Je crois que c'est l'habitude. Je crois qu'on est assez traditionnel. Il y a un manque de demande et en particulier un manque de connaissance et un manque d'envie.»
2) Formation
«J'ai fait mon école de sages- femmes en Ecosse et, là-bas, c'était la position standard comme le décubitus dorsal ici.»
«C'est que, dans notre culture, on accouche sur le dos.»

Aurélie Delouane-Abinal

Céline Roulet

3) Manque de connaissances
«C'est peu utilisé car peu connu. Il y a peu de gens qui se sont penchés sur cette question et il y a une minorité de personnes qui se posent des questions et qui ont fait un travail là-dessus.»
4) Manque de demandes
«Au niveau de la clientèle, il y en a peu qui veulent accoucher sur le côté, très peu en font la demande.»
5) Peur de l'équipe obstétricale face à l'inconnu
«Pour tout cela, il faut une sage-femme avec de l'expérience, une certaine ouverture d'esprit et une bonne confiance en elle. Pas quelqu'un qui se cherche encore.»
6) Augmentation de la médicalisation
«Même si les médecins viennent dans la salle sans intervenir, cela coupe la relation que la sage-femme a avec la patiente. La sage-femme peut avoir une excellente relation avec la patiente. Si quelqu'un entre dans la salle sans intervenir, cela coupe cette relation, surtout lors des poussées.»

Négociations avec l'équipe obstétricale

Par rapport aux négociations que l'on pourrait proposer pour pratiquer cette position à l'accouchement, il est très intéressant de voir que l'accord des médecins prend une part importante, voire indissociable, dans l'éventuelle intégration de cette pratique en milieu hospitalier:
«Ce serait une chose à négocier en équipe, puis avec les médecins-chefs.»
«Pour le corps médical, c'est un peu plus long pour être convaincu. C'est difficile de changer les habitudes.» ◀

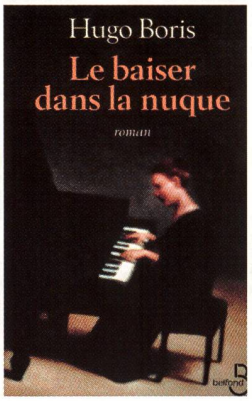
Bibliographie

Barbault, Jacques: Mythes et légendes de la naissance, Paris, Ed. Plume, 1990.
Calais-Germain, B.: Le périnée féminin et l'accouchement: éléments d'anatomie et exercices pratiques d'application, 1996.
Fraser, Diane M.; Cooper, Margaret A.: Myles textbook for midwives. Ed. Churchill Livingstone, 2003.
Gasquet, Bernadette de: Bien-être et maternité. Paris, Implexe, 2004.
Gasquet, Bernadette de: Prévention périnéale et maternité, Résumé du Collège national des sages-femmes, Paris-PACI, mars 2005.
Lansac, J. et al.: Pratique de l'accouchement. Paris, Masson, 2001 (3e éd.).
Myles, Margaret F.: A textbook for midwives. Edinburgh – London, E&S Livingstone LTD, 1968 (6ème éd.).
Nock, Francis: Petit guide de l'évaluation en Promotion de la santé. Mutualité Française, 2000.
Vautier, Marie Laure: Les positions de l'accouchement en question Les Dossiers de l'obstétrique n° 232, octobre 1995.

Une sage-femme, un personnage

«Le baiser dans la nuque»

Un roman de Hugo Boris, chez Belfond, 2005, 180 pages, ISBN = 2-7144-1939



C'est un roman d'ambiance. On sent presque la douceur d'une peau, l'odeur de la pluie sur l'asphalte, le bruissement de l'herbe sous un vent d'été ou le nectar sucré d'une cerise mûre. Sur ces impressions sensorielles, se greffe l'histoire simple et complexe d'une rencontre. Lui est musicien et ne peut avoir d'enfant, elle est sage-femme et mère. Chacun s'essayant de faire découvrir à l'autre son univers. Elle est en train de devenir sourde et désire faire le deuil de la musique avant de sombrer dans le silence; alors il lui donne des leçons de piano et, au travers des bracelets d'identification des bébés nés dans son service, elle lui fait le récit de leurs naissances.
Les descriptions de la femme enceinte ou de l'accouchement sont enrichies de belles métaphores et empreintes d'infinies douceurs, même si l'auteur n'occulte pas la douleur ou le sang, les complications ou les situations particulières, comme la naissance d'un enfant handicapé ou une mère adolescente. Il décrit la césarienne de façon très crue mais réaliste!
Sa vision de la mise au monde est celui de la sage-femme. Le médecin n'a d'ailleurs pas le beau rôle; il est imbu de lui-même et flagorneur.
Si le rôle de la sage-femme est parfois décrit de façon succincte, il est cependant empreint de respect; il la considère plutôt comme un guide, s'immisçant à bon escient dans le processus de la vie.
S'il donne l'impression d'avoir parfois le regard d'une femme, l'auteur parle toutefois des pères avec beaucoup de finesse, de leur place en salle d'accouchement, de leurs attitudes parfois incongrues, parfois touchantes, des impressions qu'ils peuvent ressentir.
C'est une histoire simple et touchante, triste et belle à la fois qui nous rappelle que la vie, l'amour, la mort sont étroitement liées...

Elvire Sheikh-Enderli

Genève

Un homme à l'Arcade

Il n'est pas sage-femme mais thérapeute et père de deux enfants. Pour le premier, Marius Moutet avait été témoin d'un accouchement très médicalisé. Douze ans plus tard, il a apprécié un meilleur accompagnement durant l'accouchement et les premières semaines de vie de son deuxième enfant. Et l'idée lui est venue de proposer aux pères – et futurs pères – de «partager leurs espoirs et difficultés, plaisirs et frustrations, dans un climat où franchise et humour sont les bienvenus».
Une fois par mois, un mardi soir, Marius Moutet anime, depuis fin 2005, au sein même de l'Arcade, un groupe de parole « Autour de la paternité et... si on en parlait entre hommes!» Mais, les hommes ne s'y bousculent pas, du moins pas encore: «Il faut bien reconnaître que le groupe peine à se faire connaître. Pourtant, les sages-femmes de l'Arcade se sont chargées de relayer l'information et leur site annonce les prochaines dates des rencontres. Mais il n'est pas évident de toucher cette population masculine plutôt jeune. Autant les femmes sont avides de lire la presse grand public ou de s'inscrire à des cours, autant les hommes restent passifs devant de telles opportunités et ont besoin d'un intermédiaire – le plus souvent, leur épouse ou compagne – pour les y amener. Comme si la répartition sexuée des tâches allait de soi et qu'elle ne devait être ni rediscutée, ni bousculée... Et pourtant, l'arrivée d'un nouvel être dans le cercle familial est une période particulièrement propice aux transformations. Ce serait pourtant une belle occasion pour le couple de se parler car, après, ce sera bien plus dur!»

Propos recueillis par Josianne Bodart Senn
Pour en savoir plus: www.arcade-sages-femmes.ch

Revue Cochrane

Décollement des membranes

Le décollement des membranes est une technique relativement facile qui peut, en règle générale, être effectuée sans hospitalisation. Pendant un toucher vaginal, la sage-femme ou le médecin introduit un doigt dans le col et décolle les membranes amniotiques du segment inférieur par un mouvement circulaire. Cette intervention peut éventuellement déclencher le début du travail, car la production de prostaglandines est stimulée localement. De cette façon, une grossesse peut être raccourcie ou une provocation par d'autres moyens (ocytocine, prostaglandines, amniotomie) évitée.
La revue Cochrane tient compte de 22 études avec en tout 2797 femmes. 20 études ont comparé le décollement des membranes à «aucune intervention», trois l'ont comparée à l'utilisation de prostaglandines et une avec celle d'ocytocine.
Résultats: Le risque de césarienne était égal dans tous les groupes. Le décollement des membranes était associé à une grossesse plus courte et à moins de dépassement de terme. Pour éviter une provocation par moyens médicamenteux ou par amniotomie, huit décollements ont été nécessaires. Il n'y a pas d'évidence pour un risque augmenté d'infections maternelles ou néonatales. Les femmes qui ont subi cette intervention se plaignent plus souvent de douleurs et d'effets désagréables tels que saignements et contractions irrégulières. Des études qui comparent le décollement des membranes et l'application de prostaglandines ne concernent que peu de femmes et pas d'évidence pour des effets positifs.
Conclusions: Un décollement des membranes de routine après 38 semaines de grossesse ne semble pas apporter d'avantages cliniques significatifs. Si l'on veut utiliser cette méthode comme alternative à une induction médicamenteuse, il faut peser les avantages comme les inconvénients tels que douleurs, saignements et contractions désagréables.

Boulvain M. et al.: Membrane sweeping for induction of labour (Review). The Cochrane Database of systematic Reviews 2005, Issue 1.