

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



# MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de  
l'université Claude Bernard – Lyon 1  
UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

---

## Impact de la position, lors des efforts expulsifs, sur l'issue de l'accouchement : décubitus latéral vs décubitus dorsal

---

Camille GILBERT  
Née le 21 Aout 1998

GALLICE Colin, Gynéco-obstétricien, CH Saint-Joseph-Saint-Luc  
GRANGIE-VACHET Caroline, sage-femme enseignante, UFR Lyon Sud

Directeur de mémoire  
Enseignant référent

# Remerciements

Avant tout propos, voici quelques mots propices.

Je remercie chaleureusement Colin Gallice,

Pour son implication et sa disponibilité ;

Un maître de mémoire hors pair, plein de bonté.

Nous comptons aussi d'autres protagonistes :

Mes parents, mon frère et un ami altruistes,

Qui m'ont relue, corrigée et aiguillée.

Autant de personnes sur qui compter

Sans qui ce mémoire n'aurait abouti.

Un travail enrichissant que j'entrepris,

Et dois à l'école lyonnaise et ses formateurs

Où les remerciements sont de vigueur.

4 années d'études et d'épreuves franchies ;

Et mon compagnon je remercie.

Un jour une main il me tendit,

Un accompagnement il m'offrit.

Nous terminons ces quelques vers par un simple MERCI !

A M. Gallice, MM. et Mme. Gilbert, M. Phelut et M. Gonnard

# Glossaire

APD : Anomalie du rythme cardiaque fœtal

ARCF : Analgésie péridurale

CPP : Comité de la protection des personnes

CRF : Case report form - formulaire de rapport de cas

DD : Décubitus dorsal

DEE : Durée des efforts expulsifs

DL : Décubitus latéral

EE : Efforts expulsifs

HPPI : Hémorragie du post-partum immédiat

IMC : Indice de masse corporelle

RIPH : Recherche impliquant la personne humaine



# Sommaire

Introduction.....	5
Matériel et Méthodes .....	6
Résultats.....	8
Discussion .....	13
Validité interne de l'étude.....	13
<b>Les points positifs</b> .....	13
<b>Les limites et biais</b> .....	13
Validité externe de l'étude .....	14
<b>Issue de l'accouchement</b> .....	14
<b>Durée des efforts expulsifs</b> .....	15
<b>Etiologie des dystocies et état néonatal</b> .....	15
<b>Facteurs de morbidité maternelle</b> .....	16
Perspectives.....	17
Conclusion .....	18
Bibliographie.....	19
ANNEXES .....	21
Annexe I : Protocole de recherche .....	22
Annexe II : Avis du CPP.....	24
Annexe III : Notice d'information à la personne .....	26
Annexe IV : Formulaire de rapport de cas.....	28

# Introduction

Les femmes occidentales du XXI<sup>ème</sup> siècle, pratiquent majoritairement l'accouchement, processus naturel permettant la mise au monde d'un être humain, en décubitus dorsal (DD). Facilitant initialement une intervention obstétricale, cette position permettait d'agir plus rapidement lorsque la sécurité de la mère ou de l'enfant était en jeu au cours de l'accouchement (1). Pourtant, le DD ne serait pas la position spontanément prise par les femmes lors du travail et des efforts expulsifs, sans analgésie péridurale (APD) (2). Depuis une trentaine d'années, l'évolution de l'accouchement a suivi celle de la médecine avec un abandon du modèle paternaliste vers un modèle informatif, avec une patiente prenant ses décisions à la lumière des informations du personnel de santé. C'est pourquoi, différentes variantes positionnelles sont dorénavant choisies par les parturientes (1). Celles-ci sont nombreuses, mais le décubitus latéral (DL) serait la deuxième plus répandue en France en 2016. (2–4).

Les données de la littérature rapporteraient plusieurs bénéfices lors de la seconde phase du travail, période à partir de laquelle le col est à dilatation complète jusqu'à la naissance du fœtus, dans cette position ; notamment une augmentation du nombre de périnées intacts et une meilleure accommodation foeto-pelvienne par la liberté de mobilisation sacrée (5–8). En outre, le DL pratiqué en seconde phase du travail préviendrait le risque de « fausse » dystocie, et diminuerait les anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) (5,9).

L'objectif de notre étude était de comparer la position en DL par rapport au DD lors des efforts expulsifs sur l'issue de l'accouchement au sein de la maternité de Givors.

# Matériel et Méthodes

Cette étude épidémiologique de cohorte, de type exposé – non-exposé comportait un cas en DL pour deux cas en DD.

Elle a été réalisée en salle de naissances du centre hospitalier de Givors du 26 juin 2021 au 29 décembre 2021. Il s'agit d'une maternité de type I, dont le personnel soignant est formé aux accouchements physiologiques et à différentes positions maternelles.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : grossesse d'évolution normale, âge supérieur à 18ans, taille supérieure à 1,55m, utérus vierge, accouchement entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée (SA) et présentation céphalique.

Notre étude s'inscrit dans une recherche impliquant la personne humaine, non interventionnelle (RIPH 3). Une demande auprès du comité de la protection des personnes a été effectuée le 25 février 2021. Le comité s'est réuni le 12 avril 2021 au cours duquel il a donné un avis favorable sous réserve de modifications mineures. Les modifications amendées ont été prises en compte et incluses dans la recherche. Une fiche informative du mémoire a été faite à l'attention des patientes. Elle a été remise et expliquée, lors de la consultation du 9<sup>ème</sup> mois, à toutes les femmes enceintes répondants aux critères d'inclusion dans l'étude. Ces femmes étaient incluses dans l'étude, mais pouvaient manifester leur refus de participation avant l'accouchement et dans le mois suivant ce dernier. Lors de l'accouchement, la parturiente est restée libre de choisir sa position et de modifier celle-ci lorsqu'elle le souhaitait. Au décours de la naissance, le praticien remplissait la fiche d'observation, correspondant à un rapport de cas (CRF) papier.

Les données recueillies ont été réparties en quatre catégories :

- Les caractéristiques générales : la parité, l'indice de masse corporel (IMC), l'antécédent d'une déchirure de périnée complet ou d'excision ;
- Les données liées aux efforts expulsifs : la position prise majoritairement, la durée des efforts expulsifs (DEE), l'APD et la présentation fœtale à l'expulsion ;
- Les données sur l'issue de l'accouchement : le caractère eutocique ou dystocique tel qu'une manœuvre (nécessaire à la résolution d'une dystocie des épaules), une extraction ou une césarienne, et le motif de l'intervention ;

- Les données liées au post-partum : la classification du CNGOF de l'état périnéal (10), la survenue ou absence d'une hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) et le poids fœtal de naissance.

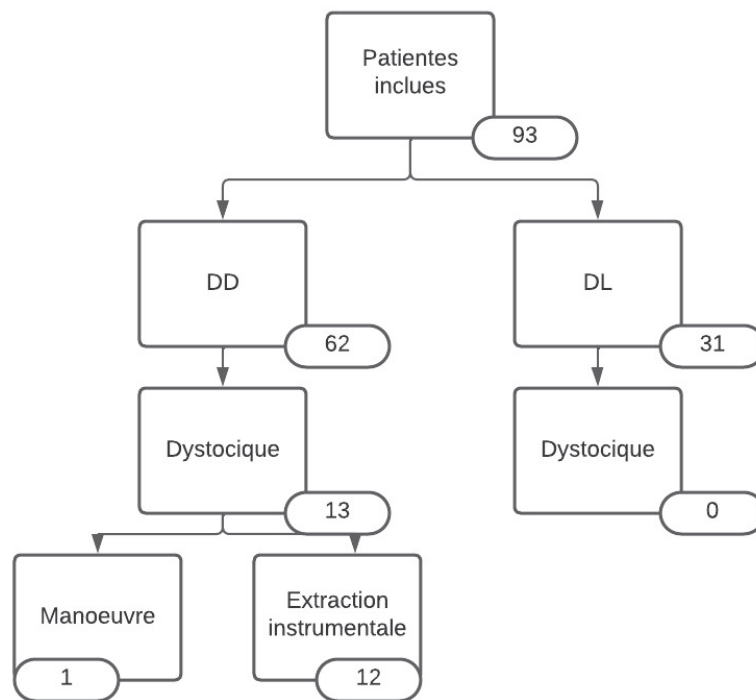
Deux populations ont été distinguées en fonction de la position majoritaire lors des efforts expulsifs, celle en DD et celle en DL. L'évènement principal étudié était le taux d'accouchement dystocique. Les seconds évènements étudiés étaient l'état périnéal, le type de présentation céphalique lors de l'expulsion, la DEE et la présence d'HPPI.

Les données collectées ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives et quantitatives. Le risque alpha a été fixé à 5%. En raison d'un faible échantillon, l'analyse statistique a été effectuée à partir du test exact de Fisher avec le logiciel Biostat TGV et R studio.

# Résultats

Du 26 juin 2021 au 29 décembre 2021, 93 patientes ont été incluses. L'inclusion a été dépendante de la spontanéité des sages-femmes. Parmi les 93 naissances, 62 ont eu lieu en DD soit le double de celles en DL, qui en compte 31 (*Figure 1*).

Figure 1. Flow chart de l'inclusion de notre population.



DD : Décubitus dorsal

DL : Décubitus latéral

Manoeuvre : acte manuel urgent corrigeant une dystocie des épaules (Jaquemier, Wood inversé...).

Extraction instrumentale : ventouse, spatules ou forceps.

Les caractéristiques des patientes selon leur position d'accouchement sont rapportées dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques de la population selon leur position d'accouchement.

	DL (n=31)	DD (n=62)
<b>Parité</b>		
Primipare	9 (29%)	25 (40,3%)
Multipare	22 (71%)	37 (59,7%)
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>		
< 25	19 (61,3%)	42 (67,7%)
> 25	11 (35,5%)	19 (30,7%)
Inconnu	1 (3,2%)	1 (1,6%)
<b>APD</b>		
Présente	17 (54,8%)	45 (72,6%)
Absente	14 (45,2%)	17 (27,4%)

IMC : Indice de masse corporelle

APD : Analgésie péridurale

DL : Décubitus latéral

DD : Décubitus dorsal

Nous observons une différence significative du taux de dystocie entre le groupe DD et DL (21% vs 0%, p=0,004). Les accouchements dystociques en DD sont répartis comme suit : 19,4% d'extractions instrumentales, 1,6% de manœuvres et aucune césarienne. Nous retrouvons également une différence significative pour le taux d'extractions instrumentales entre le groupe DD et DL (19,4% vs 0%, p=0,007) (Tableau 2).

Tableau 2. Issue de l'accouchement selon la position majoritaire d'accouchement

Pronostic obstétrical	DL (n=31)	DD (n=62)
<b>Eutocique</b>	31 (100%)	49 (79%)
<b>Dystocique</b>	0	13 (21%)
Manœuvre	0	1 (1,6%)
Extraction instrumentale	0	12 (19,4%)
Césarienne	0	0

DL : Décubitus latéral

DD : Décubitus dorsal

Manœuvre : acte manuel urgent corrigeant une dystocie des épaules (Jaquemier, Wood inversé...).

Extraction instrumentale par ventouse, spatules ou forceps.

L'équipe obstétricale est intervenue dans 7 cas pour défaut de progression, dans 3 cas pour défaut de progression avec anomalie du rythme cardiaque fœtal (ARCF), dans 2 cas pour ARCF uniquement, et un cas pour dystocie des épaules. Nous avons relevé également 2 ARCF en DD dont l'issue est eutocique ; aucune ARCF ne fut retrouvée dans le groupe DL.

La différence de taux de dystocie est non significative chez les multipares entre le groupe DD et DL (8,1% vs 0%,  $p=0,29$ ). En revanche, il existe une différence significative de taux de dystocie chez les primipares entre le groupe DD et DL (40% vs 0%,  $p=0,03$ ) (*Tableau 3*).

Tableau 3. Issue de l'accouchement selon la parité et la position majoritaire d'accouchement.

Pronostic obstétrical	DL (n=31)	DD (n=62)	P value
<b>Primipares</b>			
Eutocique	9 (100%)	15 (60%)	0,03
Dystocique	0	10 (40%)	
Total	9	25	
<b>Multipares</b>			
Eutocique	22 (100%)	34 (91,9%)	0,29
Dystocique	0	3 (8,1%)	
Total	22	37	

DL : Décubitus latéral

DD : Décubitus dorsal

Dystocique : Manœuvre, extraction instrumentale ou césarienne

L'un de nos critères de jugement secondaire correspondait à l'impact sur l'état périnéal. La classification périnéale a été basée sur la classification du CNGOF (10). Nous avons observé une différence significative du taux de périnée intact (PI) et superficiel (P1) dans le groupe DD comparé au groupe DL (71% vs 93,5% ;  $p=0,02$ ). Concernant le taux de PI sur l'ensemble des lésions périnéales, une différence significative est perçue uniquement dans le groupe des primipares en faveur du DL (33,3% vs 0% ;  $p=0,01$ ) (*Tableau 4, Graphique 1*).

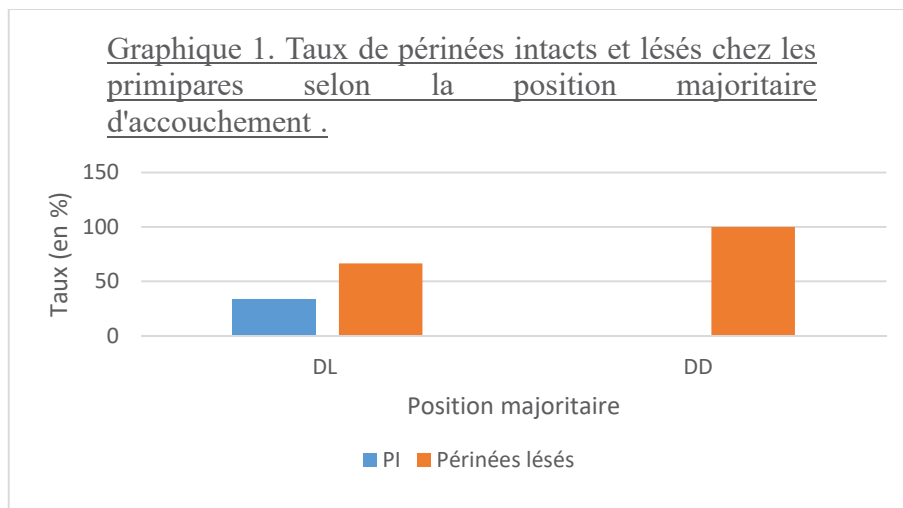


Tableau 4. Répartition des états périnéaux, des présentations céphaliques, de la durée des efforts expulsifs et des poids de naissance selon la position majoritaire d'accouchement.

	DL (n=31)	DD (n=62)
<b>Périnée</b>		
Intact	12 (38,7%)	16 (25,8%)
P1	17 (54,8%)	28 (45,2%)
P2	2 (6,5%)	13 (21%)
P3	0	2 (3,2%)
Episiotomie	0	3 (4,8%)
<b>PC</b>		
OP	31 (100%)	58 (93,5%)
OS	0	2 (3,2%)
Transverse	0	1 (1,6%)
Inconnu	0	1 (1,6%)
<b>DEE</b>		
< 30min	28 (90,3%)	42 (67,7%)
> 30min	1 (3,2%)	17 (27,4%)
Inconnu	2 (6,2%)	3 (4,8%)
<b>PDN</b>		
< 3,8kg	24 (77,4%)	55 (88,7%)
> 3,8kg	6 (19,4%)	7 (11,3%)
Inconnu	1 (3,2%)	0

DL : Décubitus latéral  
DD : Décubitus dorsal  
PC : Présentation céphalique  
DEE : Durée des efforts expulsifs  
PDN : Poids de naissance



Chez les primipares, nous observons une différence significative de la DEE de moins de 30 min, en défaveur du DD (36% vs 66,7%,  $p=0,02$ ). Chez les multipares, il n'existe pas de différence significative sur la DEE (*Tableau 5*).

Tableau 5. Durée des efforts expulsifs selon la parité et la position majoritaire d'accouchement.

<b>Durée des efforts expulsifs</b>	<b>DL (n=31)</b>	<b>DD (n=62)</b>	<b>P value</b>
<b>Primipares</b>			
< 30 min	6 (66,7%)	9 (36%)	0,02
>30 min	1 (11,1%)	15 (60%)	
Inconnue	2 (22,2%)	1 (4%)	
Total	9	25	
<b>Multipares</b>			
<30 min	22 (100%)	33 (89,2%)	0,4
>30 min	0	2 (5,4%)	
Inconnue	0	2 (5,4%)	
Total	22	37	

De plus, nous avons relevé 3 HPPI sur les 31 patientes en DL contre une seule sur les 62 patientes en DD. Soit respectivement 9,7% contre 1,6%. Nous retrouvons des taux équivalents pour les pertes sanguines estimées entre 400 et 500cc.

# Discussion

## Résultats principaux de l'étude

En somme, notre étude a mis en évidence quatre résultats significatifs.

Le critère de jugement principal correspondait au pronostic obstétrical répartis en deux catégories, eutocique ou dystocique. Nous avons retrouvé une différence significative du nombre d'accouchements dystociques en faveur du DL comparé au DD ; cette différence est également perçue dans le groupe des primipares. Parmi les objectifs secondaires, nous observons une diminution significative de la DEE et du taux de PI en faveur du DL chez les primipares. Lors de la comparaison de ces résultats aux recherches déjà menées, nous avons retrouvé des conclusions plutôt équivoques.

## Validité interne de l'étude

### Les points positifs

La recherche a été menée en milieu hospitalier, au sein d'une maternité de type 1. Les grossesses sont physiologiques, réduisant le nombre de facteurs de confusion. De plus, ces facteurs ont été limités par l'exclusion de toute femme mineure, dimension du bassin non définitif avant 18 ans et passage à l'adolescence d'un bassin à forme androïde à gynoïde. La forme androïde, comporte un risque de non accommodation fœto-pelvienne (11).

Sont également exclues les femmes ayant un utérus cicatriciel, portant plusieurs fœtus, ou d'un fœtus se présentant autrement qu'en présentation céphalique, ou naissant pré ou post-maturément ; Ces facteurs, à risque d'ARCF, de dystocie, nécessite une surveillance accrue du travail et de la poussée, et pourraient nécessiter une intervention obstétricales indépendante de la position maternelle.

### Les limites et biais

Malgré un nombre de cas DD deux fois supérieur au nombre de DL, le faible nombre de patiente recueilli pour cette étude de cohorte réduit la puissance de l'étude.

Le contexte sanitaire actuel avec un sous-effectif des professionnels de santé et une surcharge d'activité au cours de l'année 2021, a compliqué le recueil de données en prospectif. Les femmes étant libres du choix de position et pouvant la changer à tout moment, le recueil de la position majoritaire à l'accouchement n'a pas été évident à recueillir pendant la DEE. La possibilité que certain CRF papier complétés au décours

de l'accouchement, par une collègue et qu'une position inexacte à l'expulsion soit notée ne peut être exclue ; révélant de ce fait un biais de classement.

De plus, le nombre de pertes de vue n'a pu être relevé. La totalité des patientes inclus à l'entrée en salle de naissance mais dont l'issue de l'accouchement a été réalisée majoritairement dans une position d'accouchement verticales, quatre pattes ou s'est conclu par une césarienne durant la première phase de travail n'a pas été comptabilisée.

Par ailleurs, la notion de déclenchement ou de travail dirigé par syntocinon n'a pas été prise en compte. Cette pratique est plus à risque d'hémorragie du post-partum immédiat, à effet dose dépendante. Elle peut constituer un facteur de confusion des facteurs de risque d'HPPI.

## Validité externe de l'étude

### Issue de l'accouchement

Plusieurs études aboutissant à une protection périnéale lors d'un accouchement en DL comparé au DD, nous pouvions poser un questionnement autour de l'impact de la position sur le pronostic obstétrical, objectif principale de notre recherche.

Nous avons retrouvé une différence statistiquement significative du taux d'accouchement eutocique en faveur du décubitus latéral. Ce résultat est identique chez les primipares lors de l'analyse selon la parité. L'étude de Walker et al avait donné les mêmes résultats : une diminution du taux d'extraction à l'expulsion en DL par rapport au DD. Ce dernier essai a été réalisé auprès de femmes ayant toutes reçu une APD, et pouvaient se mouvoir toutes les 20-30 min pendant la phase passive de la 2<sup>nd</sup> phase du travail et pas la phase active. Cette significativité est d'autant plus importante que les extractions étaient majoritairement faite chez les patientes nullipares, dans la situation d'un fœtus non engagé et une envie de poussée présente (12). A la différence de notre étude où la péridurale pouvait ou non être présente et la partie de l'engagement fœtal à l'installation aux efforts expulsifs inconnue. En effet, au centre hospitalier de Givors les femmes ne sont pas toujours examinées à l'installation aux EE si le rythme cardiaque fœtal est normal. Selon leur protocole, dans le cas où la patiente ressent le besoin de poussée, elle peut le faire sur une durée d'une heure, en poussée sur le souffle, avant l'appel du médecin, contrairement aux pratiques majoritairement suivies en France où la poussée est limitée à 30 minutes (min) avant l'appel de l'obstétricien (13). L'article rédigé par Maria Simarro et al, et

intitulé « *A Prospective Randomized Trial of Postural Changes vs Passive Supine Lying during the Second Stage of Labor under Epidural Analgesia* » décrit, avec un début des EE lorsque le vertex fœtal était à la vulve, une diminution statistiquement significative du taux d'extraction et de césarienne lors d'une pratique avec des changements de positions (taux d'accouchement eutocique 74%) par rapport DD (taux d'accouchement eutocique 50,6%). Ce résultat pourrait être à nuancer par ces variations de position en présence d'un kinésithérapeute durant la seconde phase du travail, dans le groupe à sacrum libre et non dans le groupe en DD (14). Le changement de position aurait un rôle prépondérant dans la descente du mobile fœtal dans le bassin (15,16).

### **Durée des efforts expulsifs**

En France, après 30 min d'effort expulsifs, l'appel de l'obstétricien afin d'envisager une assistance médicale est recommandé. Le décubitus latéral diminuant le risque d'intervention obstétricale, nous pouvons supposer qu'elle réduirait également la DEE. Notre étude relevait un taux de DEE supérieure à 30min sept fois plus important dans le groupe DD comparé au groupe DL. Nous avons approfondi notre observation chez les primipares et multipares retrouvant 5 fois plus de poussées excédant 30min dans le groupe DD, significativement différent dans le groupe des primipares uniquement. Une méta-analyse, réalisée par Berta et al, sur la DEE dans des positions à sacrum libre en opposition au DD, a conclu, à une diminution de 21,118 minutes (IC : 11,839-30,396) dans le groupe expérimental (17). Cette position à sacrum libre, pourrait diminuer la DEE. Nos résultats coïncident avec l'étude énoncée précédemment, en faveur d'une diminution de la DEE en position à sacrum libre et plus précisément, dans notre étude, en décubitus latéral.

### **Etiologie des dystocies et état néonatal**

En regroupant l'ensemble des accouchements dystociques, perçus uniquement dans le groupe décubitus dorsal, nous avons recensé les étiologies d'une intervention obstétricale ; correspondant majoritairement à un défaut de progression ou une ARCF. Deux ARCF ont été aussi retrouvé en DD lors d'une issue eutocique. Une discordance des résultats a été retrouvée dans la revue de la littérature : l'étude « *Accouchement en décubitus latéral, essai clinique randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail.* » de

Masson a relaté une augmentation non significative des lactates au cordon en DL, et pas de différence sur l'état néonatal à la naissance éprouvé par l'APGAR (18). En revanche, l'essai « *Accouchement sur le côté. Etude comparative chez les grossesses à bas risque entre décubitus latéral et dorsal lors de la phase expulsive des accouchements eutociques.* » de Paternotte et al a dénombré d'avantage de rythmes cardiaques fœtaux normaux (résultats significatif ;  $p = 0,000004$ ) et moins d'altération transitoire du rythme lors de l'accouchement sur le côté (5).

### **Facteurs de morbidité maternelle**

L'analyse de l'état périnéal a montrée 12,9% de périnée intact de plus en DL vs DD ; et un nombre significativement réduit de déchirures périnéales du second degré, des LOSA et d'épisiotomies. Des résultats similaires ont été retrouvés dans l'étude menée par Masson, à niveau de preuves élevées (NP1), ainsi que dans l'étude de Walker et al (12,18).

En outre, la présentation en Occipito sacrée est plus à risque de déchirure périnéale et d'extraction instrumentale (16). Des présentations céphaliques autres qu'occipitopubienne ont été retrouvées uniquement dans le groupe DD (4,8%). Cependant, la recherche « *Comparaison de l'accouchement en décubitus latéral et décubitus dorsal lors de la phase d'expulsion.* », menée dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude par une étudiante sage-femme, révèle un taux plus important de fœtus en présentation OS dans le groupe DL mais une protection périnéale majorée (19).

Enfin, notre recherche a souligné une augmentation clinique, non statistiquement significative, du taux d'hémorragie du post-partum immédiat et de la quantité de pertes sanguines évaluée à l'accouchement en défaveur du DL. La recherche menée par Masson, a retrouvé une différence clinique et statistiquement significative ( $p$  value 0,002) avec le double d'hémorragie suite à un accouchement en DL. La quantification a été estimée à environ 111mL supplémentaire (18).

La comparaison de notre recherche aux essais de la littérature scientifique a soulevé plusieurs questions.

## Perspectives

L'accouchement en DL réduirait le risque d'une issue dystocique. Au cours de l'étude, nous avons observé l'impact du poids de naissance du nouveau-né, facteur de risque de dystocie, sur le pronostic obstétrical. La proportion de nouveau-nés ayant un poids de naissance supérieur à 3,8kg n'étant pas significativement différente entre les groupes DL et DD, nous ne pouvons conclure à l'intérêt du DL comme facteur protecteur d'une issue dystocique en présence de ce facteur de risque. Nous n'avons pas retrouvé d'étude à ce sujet ; l'impact de la position sur le pronostic obstétrical en présence d'un facteur de risque de dystocie par un essai clinique randomisé pourrait confirmer ou infirmer cette hypothèse.

De plus, le DL, facteur protecteur de l'état périnéal à l'accouchement, n'influencerait pas la rotation d'une variété postérieur en antérieur. Cependant, au-delà d'une protection périnéale, la forme du bassin favoriserait-elle le passage du mobile fœtale quel que soit la variété de présentation céphalique ?

Par ailleurs, ces avantages au DL et la possible diminution de la DEE, qui reste à confirmer, réduisant par conséquent la durée de présence du fœtus dans la filière génital, nous conduit à une réflexion supplémentaire concernant le bien-être fœtal : Le DL favoriserait-il une bonne adaptation fœto-pelvienne et une meilleure gestion de la pression pour le fœtus ? A ce jour, les conclusions d'essais cliniques sont discordantes.

Enfin, des recherches (à niveau de preuve élevé) ont souligné une estimation des pertes sanguines et un nombre d'hémorragie plus important en DL. Notre recherche menée au centre hospitalier de Givors, les sages-femmes pratiquent régulièrement des accouchements en DL. Nos suppositions se portent d'avantage sur la possibilité d'une quantification difficilement réalisable : elle peut être majorée ou sous-estimée retardant le diagnostic d'HPPI, en raison de la non « cassure » de la table d'accouchement engendrant une possible diffusion sanguine en dehors du sac de recueil, mélangé au liquide amniotique, ou une perte de temps à la réinstallation pour la prise en charge de l'hémorragie. A l'inverse, Masson supposait pour son essai un manque d'expérience de la délivrance en DL et du repérage, retardant le diagnostic et la prise en charge conduisant à une majoration des pertes totales (18). L'étiologie de cette augmentation d'HPPI pourrait être intéressante à étayer.

# Conclusion

En somme, notre recherche a comparé l'impact de la position majoritairement prise lors des EE sur l'issue de l'accouchement. Elle a révélé une réduction significative du taux d'accouchements dystociques en DL comparé au DD. Cette différence est d'autant plus importante chez les primipares.

L'étude a été initiée sur les conclusions de nombreux essais sur l'impact de la position sur l'état périnéal ; qui a été l'un de nos objectifs secondaires. Nos conclusions sont concordantes à celles retrouvées dans la littérature et les résultats sont favorables au DL : une augmentation significative de périnées intacts et superficielles. Notre analyse soulève également une DEE significativement réduite chez les primipares dans le groupe DL ; les essais retrouvés dans la littérature révèlent une réduction de cette durée dans le cas de positions à sacrum libre (comprenant le DL). Une analyse spécifique de cette position pourrait être envisagée afin d'affirmer ou infirmer ce résultat. Cependant, les pertes sanguines seraient majorées lors d'un accouchement en DL ; plusieurs hypothèses ont été soumises mais aucune raison n'a été retenue à ce jour.

L'analyse de l'ensemble des résultats abouti à un avantage de la pratique des EE en DL, favorable à un accouchement eutocique et facteur protecteur de l'état périnéal chez les primipares. Or, cette position ne devrait peut-être pas être prise comme référence à l'accouchement, les sensations corporelles de la patiente étant essentielles pour l'aider à trouver une position confortable et efficace pour la pratique des EE ; l'écoute de la femme et le respect de ses choix restant essentiels.

# Bibliographie

1. Robert H. L'évolution des positions d'accouchement en France et dans nos cultures occidentales. :83.
2. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. sept 2005;34(5):513.
3. Barasinski C. Pratiques obstétricales maïeutiques lors de l'accouchement: État des lieux et évaluation des types de poussée. :243.
4. ENP2016\_rapport\_complet.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf)
5. Paternotte J, Potin J, Diguisto C, Neveu MN, Perrotin F. Accouchement sur le côté. Étude comparative chez les grossesses à bas risque entre décubitus latéral et dorsal lors de la phase expulsive des accouchements eutociques. Gynecol Obstet Fertil. mai 2012;40(5):279-83.
6. Racinet C, Eymery P, Philibert L, Lucas C. L'accouchement en position accroupie. Essai randomisé comparant la position accroupie à la position classique en phase d'expulsion. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). juin 1999;28(3):263-70.
7. Positions durant le travail et l'accouchement — Nicolas Lacroix-Pépin Ph.D. [Internet]. [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://nicolaslacroixpepin.com/positions-durant-le-travail-et-laccouchement>
8. de Gasquet B. Mon cours de préparation à l'accouchement. Marabout; 2019. 224 p. (Famille-Education).
9. Doucin H. Évaluation de l'efficacité de l'accouchement en décubitus latéral. :74.
10. cngof-2018-prevention-et-protection-perineale-en-obstetrique.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/cngof-2018-prevention-et-protection-perineale-en-obstetrique/>
11. Dystocie mécanique. :21.
12. Walker C, Rodríguez T, Herranz A, Espinosa JA, Sánchez E, Espuña-Pons M. Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. Int Urogynecol J. sept 2012;23(9):1249-56.
13. Le Ray C, Audibert F. Durée des efforts expulsifs : données de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. juin 2008;37(4):325-8.
14. Simarro M, Espinosa JA, Salinas C, Ojea R, Salvadores P, Walker C, et al. A Prospective Randomized Trial of Postural Changes vs Passive Supine Lying during the Second Stage of Labor under Epidural Analgesia. Medical Sciences. mars 2017;5(1):5.



15. Lepleux F, Hue B, Dugué AE, Six T, Riou C, Dreyfus M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. sept 2014;43(7):504-13.
16. Karine P. Haute Autorité de santé. 2017;196.
17. Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. déc 2019;19(1):1-8.
18. Masson E. Accouchement en décubitus latéral. Essai clinique randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail [Internet]. EM-Consulte. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/64597/>
19. Francisco-Vivier D. Comparaison de l'accouchement en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la phase d'expulsion. Angers: Université Angers; 2016. p. 21.
20. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 25 mai 2017;5:CD002006.
21. Schmitz T, Meunier E. Mesures à prendre pendant le travail pour réduire le nombre d'extractions instrumentales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 déc 2008;37(8, Supplement 1):S179-87.
22. Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 9 nov 2018;11:CD008070.
23. Racinet C, Eymery P, Philibert L, Lucas C. L'accouchement en position accroupie. Essai randomisé comparant la position accroupie à la position classique en phase d'expulsion. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. juin 1999;28(3):263-70.
24. Bernard E, Zakarian C, Pauly V, Riquet S. Evaluation of the perception of postpartum stressors at the Marseille Gynepole. *Sante Publique*. 20 déc 2017;29(5):611-22.
25. Sultan AH. Editorial: Obstetrical Perineal Injury and Anal Incontinence. *AVMA Medical & Legal Journal*. nov 1999;5(6):193-6.
26. Desmidt C. Décubitus dorsal versus décubitus latéral durant la 2e phase du travail. :77.
27. Camille LR, Marion C, Gérard B, François G. 55 Primipares à bas risque : influence de la structure de la maternité sur la « médicalisation » de l'accouchement dans 138 maternités volontaires. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2005;34(3, Part 1):302-302.

# ANNEXES

# Annexe I : Protocole de recherche



## Résumé protocole de recherche Sujet Personnel Etude quantitative

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux

Site Lyon Sud

<b>Auteur :</b> GILBERT Camille		<input type="checkbox"/> <b>Sujet commun avec :</b>
<b>Directeur de recherche :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Choisi par l'étudiant		<input type="checkbox"/> <b>Proposé par l'école</b>
<b>Nom :</b> Dr GALLICE Colin (gynécologue-obstétricien de l'hôpital St-Joseph-St-Luc)		
<b>Titre provisoire :</b> Impact de la position maternelle, lors des efforts expulsifs, sur l'issue de l'accouchement : Décubitus latéral vs Décubitus dorsal.		
<b>Mémoire réalisé dans le cadre d'un Master de biologie humaine :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non		
<b>Si oui, lequel :</b>		
<b>INTRODUCTION/ CONTEXTE/JUSTIFICATION</b> <p>La société du XXIème siècle, pratique majoritairement l'accouchement en décubitus dorsal. Or cette position, favorable pour une intervention obstétricale, n'est pas spontanément prise par les femmes lors du travail et des efforts expulsifs (1). De plus, elle ne permet pas une mobilisation du bassin optimale. En effet, chaque position influe sur l'orientation de l'engagement du fœtus (2). C'est pourquoi, nous constatons une remise en question progressive du décubitus dorsal depuis une trentaine d'années. Les variantes sont nombreuses : décubitus latéral, 4 pattes, accroupies, debout, à genoux... (1) Parmi ces positions, le décubitus latéral serait la deuxième plus répandue en France en 2016 (3) ; mais également dans les maternités du Rhône.</p> <p>Par ailleurs, après la lecture de diverses revues scientifiques, le décubitus latéral montre plusieurs bénéfices, notamment une augmentation du nombre de périnées intacts (4) (5). Seulement les facteurs de confusion sont nombreux : la dystocie, la macrosomie et les extractions instrumentales sont des facteurs de risque connus de déchirures périnéales (6). En outre, le décubitus latérale pratiqué en seconde phase du travail préviendrait du risque de dystocie mineure (7) et diminuerait les anomalies du rythme cardiaque fœtal (4). Ainsi, il est légitime de se demander dans un premier temps, si des positions d'accouchements réduisent le risque d'avoir recours à une extraction instrumentale ou une césarienne ; et par conséquent, les risques qui en découlent autant pour la mère que pour son enfant ? Et dans un second temps, quelles sont les conséquences sur l'état périnéal ?</p>		
<b>OBJECTIFS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Objectif principal : Impact du décubitus latéral sur le pronostic obstétrical.</li><li>• Objectif(s) secondaire(s) : Impact sur l'état périnéal.</li></ul>		

## METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE

Notre schéma de recherche sera une étude **de cohorte comparative et descriptive**, de type « exposé/non exposé ». Nous réaliserons le recueil d'informations par une **fiche d'observation (CRF papier)** auprès des sages-femmes. Pour se faire, un dossier de recherche non interventionnel (RIPH 3) est en cours de soumission au comité de la protection des personnes. Après validation, le CRH papier sera remis aux sages-femmes de la salle de naissances.

Cette démarche sera monocentrique et réalisée au centre hospitalier de Givors, maternité de niveau I réalisant le plus fréquemment des accouchements de patientes en décubitus latéral dans leur pratique courante

Les explications seront remises aux femmes enceintes à la consultation du 9<sup>ème</sup> mois ; la patiente pourra exprimer son opposition à l'étude à la sage-femme qui la prendra en charge à l'arrivée en salle de naissance. Les sages-femmes rempliront la **fiche d'observation** a postériori de l'accouchement si les données médicales de la patiente répondent aux critères d'inclusion et de non-inclusion qui sont : **patiente majeure, de taille minimal de 1,55m, n'ayant pas un utérus cicatriciel, à terme, d'un unique fœtus, se présentant pas la tête (Présentation céphalique).** Les données recueillies seront : la parité, l'Indice de Masse Corporel (IMC), l'antécédent ou non d'une déchirure de périnée complet, la position majoritairement prise lors des efforts expulsifs, la durée des efforts expulsifs, si présence d'une péridurale ou non, l'issue de l'accouchement (eutocique/manœuvre/extraction/césarienne) ; Et quelques données sur le post-partum immédiat : le type de déchirure ou épisiotomie, la survenue ou non d'une hémorragie du post-partum immédiat, et la présentation du fœtus lors de l'expulsion et le poids de naissance. De plus, **uniquement le n° d'accouchement, rattaché à l'identité d'une patiente, sera recueilli.**

Au préalable de la réalisation de l'étude, une enquête préliminaire du nombre d'accouchements en décubitus latéral et dorsal a été réalisé dans cette structure afin d'estimer la proportion d'accouchement en DL dans l'étude. Nous estimons une inclusion de 3 cas « non exposés » pour un cas « exposé ». **Cependant, en raison d'un manque de données statistique de la littérature, le nombre de sujet nécessaire ne pourra être déterminé pour l'étude.**

La base de données, ne sortant pas du milieu professionnel (CH de Givors), sera construite sur un système sécurisé assuré par le Promoteur. L'ensemble des données patients collectées seront détruite 1an après le rapport final du mémoire, conformément aux recommandations de la CNIL pour une recherche MR-0003.

Le recueil des données se fera sur une période de 6 mois, sous réserve du respect de la date limite imposée par la faculté de Maïeutique dans le cadre de la réalisation du mémoire.

Cette recherche étant réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études, aucune publication ultérieure n'est envisagée. Et l'ensemble des données recueillies seront détruite à la fin de la réalisation du mémoire.

### CRITERES DE JUGEMENT

- Critère principal :  
Voie d'accouchement : eutocique, extraction, césarienne d'urgence
- Critère secondaire :  
Classification CNGOF de l'état périnéale : périnée intact, superficielle (I), simple (II), complet (IIIa, IIIb, IIIc), complet compliqué (IV).  
Episiotomie

### POPULATION

Cette étude porte sur des femmes majeures, primipares ou multipares, mesurant minimum 1,55m. Les femmes recueillies auront réalisées des efforts expulsifs en décubitus latéral ou en décubitus dorsal, où le fœtus se présentera en position céphalique ; en présence d'une péridurale ou non.  
Le terme de la naissance inclut dans l'étude sera entre 37SA et 41SA ; nous excluons les prématurés et termes dépassés qui peuvent influençait, indépendamment de la position, la décision de l'issue de l'accouchement.  
Les femmes ayant un ATCD de césarienne seront exclues du recueil.

#### Critères d'inclusion :

- Majeure
- Taille minimale de 1.55
- APD ou non
- Présentation du sommet

#### Critères d'exclusion :

- ATCD césarienne
- Césariennes programmée ou de convenance



## Annexe II : Avis du CPP

### Comité de Protection des Personnes Est-II

◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆  
Siège : CHRU – Hôpital Saint Jacques  
2 place Saint Jacques  
25030 Besançon Cedex  
Tel : 03-81-21-93-12  
Fax : 03-81-21-93-13  
Email : cpp@chu-besancon.fr

Besançon, le 06 décembre 2021

Le Président,

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAÏEUTIQUE  
LYON SUD - Charles Mérieux  
Madame Camille GILBERT  
165 Chemin du Petit Revoyet  
69921 OULLINS**

JMC/KJ

Réf CNRIPH : 21.02.19.79040

Vos réf : « Impact de la position en décubitus latéral, lors des efforts expulsifs, sur l'issue de l'accouchement » - Etude ESF  
référence à rappeler impérativement dans toute correspondance)

Madame,

Le Comité lors de la session du Lundi 12 avril 2021 a examiné l'étude (cat.3 HPS) intitulée :

**« Impact de la position en décubitus latéral, lors des efforts expulsifs, sur l'issue de l'accouchement » - Etude ESF.**

Par vos réponses du 26/11/21 : les modifications apportées au protocole répondent à l'ensemble des questions soulevées par le CPP lors de la séance.

Le CPP Est II fonctionne en conformité avec les Bonnes Pratiques Cliniques (ICH-GCP).

Vu le dossier de demande initiale du 25/02/21, le protocole amendé (version du 26/11/21), la note d'information et formulaire de non-opposition (version 02 du 27/05/21), la déclaration de conformité CNIL n° 2221316v0 du 25/02/21 et le CV du Dr Gallice – Hôpital Femme/Mère/Enfant à Lyon, le CRF fourni et le bordereau IRCB du 19/02/21, le comité donne un **AVIS FAVORABLE** à l'unanimité.

#### PRESENCE DES MEMBRES

CATEGORIE	TITULAIRES	FONCTION	PRESENT	SUPPLEANTS	FONCTION	PRESENT
I. RECHERCHE BIOMEDICALE	Dr M.B VALNET RABIER	Praticien Hospitalier CHRU Besançon		Dr C. GUILLERMET-FROMENTIN	Pédiatre CHRU de Besançon	x
	Mme L. VETTORETTI	Ingénieur Recherche Clinique CHRU Besançon	x	Mme A. POZET	Cheffe de Projets Unité de Méthodologie et de Qualité de Vie en Cancérologie CHRU de Besançon	x
	Pr J.M. CHALOPIN (Président)	Néphrologue Consultant CHRU Besançon	x	Dr J. LEROY	Infectiologue CHRU de Besançon	

	Pr E. MONNET	Médecin épidémiologiste CHRU Besançon		Dr G. BESH	PH Anesthésiste CHRU de Besançon	
II. MEDECINE GENERALE						
III. PHARMACIEN(NE)	Mme S. PERRIN- BONNOT	Praticien Hospitalier CHRU de Besançon	x	Mme P. DEMOLY- POURET	Praticien Hospitalier GCS Pharmacie de Bavilliers	x
IV. INFIRMIER(E)	Mme K. MOUGEY- CHEMETT	Infirmière Direction des Soins – CHRU de Besançon	x	Mme I. GRANDHAY	Cadre de Santé Infirmier Formateur GH de la Haute- Saône	
V. ETHIQUE	Mr A. DIRAND	Doctorant en philosophie à l'UFC	x	Mme A. GODARD- MARCEAU	Chef de Projet C.I.C CHRU des Besançon	x
VI. SOCIAL	Mme A. BOURGE	Assistante sociale CHBM				
VII. PSYCHOLOGIE	Mme M. BONNET LLOMPART	Maître de Conférences en Psychologie Clinique à l'UFR SLHS de Besançon	x	Mme L. BARTHOD	Psychologue Clinicienne Clinique CHRU de Besançon	
VIII. JURISTE						
	Mlle S. DEPIERRE (Vice-Présidente)	Responsable Unité Réglementaire DRCI CHRU Besançon	x	Mme Séverine PERROT	Magistrat Tribunal Judiciaire de Vesoul	
	Mr C. CHERFAOUI	Educateur de Prévention Conseil Départemental du Territoire de Belfort		Mr D. PARATTE	Retraité Pharmacien d'Officine de Besançon	x
				Mr R. MARTINEZ	Retraité Assurance Maladie (membre de l'ARUCAH)	x

Les membres titulaires (ou suppléant en l'absence du titulaire) ont participé au vote. **A noter que les membres impliqués dans le projet ne participent pas à la délibération.**

Professeur Jean-Marc CHALOPIN



# Annexe III : Notice d'information à la personne

Mémoire ESF

Notice d'information

Version 02 du 27/05/2021

## INFORMATION DES PERSONNES

### Qui suis-je ?

Je suis Camille, étudiante sage-femme en 4<sup>ème</sup> année d'étude à la Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud – Charles Mérieux à OULLINS.

Je réalise un mémoire dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'état.

### Quel est mon étude ?

Mon étude porte sur l'impact de la position, que vous prenez lors des efforts expulsifs, sur l'issue de l'accouchement.

- Auriez-vous besoin d'aide pour aider votre enfant à naître ? Si oui, par quel moyen ?
- Comment se porte votre enfant à la naissance ?
- Lors de cette naissance avez-vous eu une déchirure ?

L'objectif de l'étude est de comparer les données des accouchements sur le côté par rapport aux accouchements sur le dos, et observer s'il y a un avantage ou non de l'une des deux positions ; et si oui lequel.

### Comment est menée cette recherche ?

Elle se réalise uniquement au sein de la maternité de Givors, sur une période de 6 mois.

J'ai confié aux sages-femmes une fiche de recueil de données sur l'accouchement, qu'elle remplisse à posteriori de celui-ci ; à conditions que votre accouchement réponde à certains critères nécessaires à une réalisation correcte de la recherche. **Vous restez libre de choisir la position pour votre accouchement ; et s'il s'agit d'une des deux positions étudiées (position sur le dos ou sur le côté), alors vous êtes éligible à participer à l'étude. Vous êtes aussi libre de refuser de participer à l'étude.**

Cette recherche a également reçu un avis favorable à sa réalisation par le Comité de la Protection des Personnes le 12 Avril 2021.

### Qu'est-ce que ça implique ?

Cette fiche est bien évidemment anonyme, et n'entraîne aucune conséquence vous concernant ou concernant votre enfant ; En effet, l'accouchement étant déjà réalisé pour compléter le questionnaire.

Par ailleurs, les données resteront confidentielles et seront vues uniquement par les praticiens (iennes) de la salle d'accouchement et les membres de l'étude. **De plus, les données seront détruites 1an après le rapport final du mémoire et la soutenance validée (courant Mai 2022), conformément aux recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), et ne pourront être retracées.**

- ❖ Votre participation n'est pas obligatoire. Vous pouvez manifester votre opposition en le signalant auprès de l'équipe thérapeutique en charge de vos soins. Votre décision ne modifiera en rien vos relations avec les soignants en charge de vos soins ou ceux de votre enfant.
- ❖ Vous pouvez également contacter l'investigateur (Mlle GILBERT, [camille.gilbert@etu.univ-lyon1.fr](mailto:camille.gilbert@etu.univ-lyon1.fr)) ou son maître de mémoire (M. GALLICE, [cgallice@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr](mailto:cgallice@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr)) si vous avez besoin d'informations complémentaires.

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION	
<b>Titre identifiant la recherche :</b> Impact de la position en décubitus latéral, lors des efforts expulsifs, sur l'issue de l'accouchement.	
<b>Etudiante responsable de l'étude :</b> GILBERT Camille E-mail : <a href="mailto:camille.gilbert@etu.univ-lyon1.fr">camille.gilbert@etu.univ-lyon1.fr</a>	<b>Promoteur :</b> Faculté de Médecine et de Maieutique Lyon Sud - Charles Mérieux  <b>Coordonnées :</b> 165, Chemin du Petit Revoyet 69921 OULLINS Tel : 04 27 18 73 21 (secretariat)
<b>Directeur de mémoire :</b> GALLICE Colin E-mail : <a href="mailto:cgallice@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr">cgallice@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr</a>	

J'ACCEPTE DE PARTICIPER A CETTE RECHERCHE DANS LES CONDITIONS PRECISEES CI-DESSUS.

Si je le désire, j'ai le droit de refuser de participer à cette recherche ou de retirer mon consentement, durant le mois suivant la validation de l'accord, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. J'en informerai alors Mlle GILBERT Camille et M. GALLICE Colin.

Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par des personnes soumises au secret professionnel et collaborant à cette recherche.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire auprès de l'étudiante investigatrice, du directeur de mémoire ou de la faculté.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur.

J'ai reçu un formulaire d'information et une copie du présent document. J'ai été informée qu'une copie sera également conservée par les organisateurs dans des conditions garantissant la confidentialité, et y consens.

J'ai été informé(e) que conformément à la réglementation sur les recherches biomédicales, le Comité de la Protection des Personnes a donné un avis favorable le 12 Avril 2021.

<b>VOLONTAIRE :</b>	<b>SAGE-FEMME :</b>
Nom:	Nom:
Prénom:	Prénom:
Date :	Date :
Signature	Signature



## Annexe IV : Formulaire de rapport de cas

Mémoire ESF

Fiche de recueil

Vr04 du 07/07/2021

### Impact de la position maternelle, lors des efforts expulsifs, sur l'issue de l'accouchement : Décubitus latéral vs Décubitus dorsal

#### Critères d'inclusion :

- Les patientes mesurant minimum 1.55m
- Terme 37 – 41 SA
- Accouchement Vole Basse DD ou DL ou Césarienne en cours de travail

#### Critères d'exclusion :

- Mineure
- Variétés podaliques, transverses
- Utérus cicatriciel
- Grossesses multiples

---

#### La Participante

N° d'accouchement :

#### La mère

- Parité :
- IMC (kg/m<sup>2</sup>) : ☐ < 18,5 ☐ entre 18,5 – 24,9 ☐ entre 25 – 29,9 ☐ ≥ 30
- ATCD de périnée complet ou complet compliqué : ☐ Oui ☐ Non ☐ Exclusion

#### Accouchement

- Péridurale : ☐ Présente ☐ Absente
- Position majoritaire pendant les efforts expulsifs :  
☐ Décubitus Dorsal ☐ Décubitus Latéral
- Durée des efforts expulsifs : .....
- Type d'effort expulsif : ☐ En bloquant ☐ En soufflant *Commentaire : .....*
- Issue de l'accouchement :  
☐ Eutocique ☐ Manœuvre \* ☐ Extraction instrumentale \* ☐ Césarienne \*

#### \*Motif de l'intervention : ☐ Défaut de progression ☐ ARCF

- ☐ Présentation céphalique défléchie (bregma, front, face)
- ☐ Dystocie des épaules

#### La mère

- HPPI : ☐ Oui ☐ Non
- Déchirure : ☐ Périnée intact ☐ Périnée superficiels (1<sup>re</sup>) ☐ Périnée simple (2<sup>ème</sup>)  
☐ Périnée complet (IIla, IIlb, IIlc) ☐ Périnée complet compliqué (IV)
- ☐ Episiotomie

#### Le nouveau-né :

- Présentation à l'issue des EE : ☐ OP ☐ OS
- Poids de naissance : .....

1/1

<b>Auteur :</b> GILBERT Camille	<b>Diplôme d'Etat de sage – femme.</b>
<b>Titre :</b> Impact de la position, lors des efforts expulsifs, sur l'issue de l'accouchement : décubitus latéral vs décubitus dorsal.	
<p><b>Résumé :</b></p> <p><i>Introduction.</i> Le décubitus dorsal (DD) est la position majoritairement utilisée en France lors de l'accouchement. Cependant, depuis une trentaine d'années, elle laisse d'avantage place à diverses positions, notamment le décubitus latéral (DL). Cette dernière démontre une augmentation du taux de périnée intact et une réduction des dystocies foeto-pelviennes par la liberté de mobilisation sacré. Ces conclusions nous amènent à la question de l'impact du DL, sur l'issue de l'accouchement.</p> <p><i>Objectif.</i> L'objectif de notre étude était de comparer la position en DL par rapport au DD lors des efforts expulsifs sur l'issue de l'accouchement au sein de la maternité de Givors.</p> <p><i>Méthode.</i> Nous avons réalisé une étude épidémiologique de cohorte. La population étudiée, de cette recherche monocentrique, concerne des femmes majeures, dont la grossesse est d'évolution normale et la naissance, d'un fœtus en présentation céphalique, s'effectuant à terme. Le recueil de données se déroula sur une période de 6mois de juin à décembre 2021.</p> <p><i>Résultats.</i> Nous avons recueillis 93 patientes, dont 31 et 62 ont respectivement prises, lors des efforts expulsifs, une position majoritaire en DL et DD. L'étude a révélé une diminution significative du taux d'accouchements dystociques (manœuvre, extraction instrumentale) dans le groupe DL (21% vs 0%, <math>p=0,004</math>) ; perçu également, lors de l'analyse selon la parité, chez les primipares (40% vs 0%, <math>p=0,03</math>). Les analyses ont montré une diminution, du taux de déchirures périnéales et de la durée des efforts expulsifs en DL. Cependant, nous avons retrouvé une majoration du nombre d'hémorragie du post-partum dans le groupe DL.</p> <p><i>Conclusion.</i> La position en DL, lors des efforts expulsifs, impacterait positivement l'issue de l'accouchement comparé au DD, par une réduction du risque de dystocie, notamment chez les primipares. La réduction de la durée des efforts expulsifs et la majoration des saignements du post-partum retrouvé après un accouchement en DL, restent à confirmer et étayer.</p> <p><b>Mots clés :</b> décubitus latéral ; décubitus dorsal ; efforts expulsifs ; issue de l'accouchement ; eutocie ; dystocie ; état périnéale.</p>	
<p><b>Title :</b> Impact of the position, during expulsive efforts, on the outcome of the delivery: lateral decubitus vs supine decubitus.</p> <p><b>Abstract :</b></p> <p><i>Introduction.</i> The supine decubitus (DD) is the most commonly used position in France during childbirth. However, for the last thirty years, it has been replaced by various positions, in particular the lateral decubitus (LD). The latter demonstrates an increase in the rate of intact perineum and a reduction in foeto-pelvic dystocia by the freedom of sacral mobilization. These findings lead us to evaluate the impact of LD on the labor outcome.</p> <p><i>Objective.</i> Ours study aims to compare the position of LD versus DD during expulsive efforts on the outcome of the delivery in the maternity hospital of Givors.</p> <p><i>Method.</i> We carried out an epidemiological cohort study. The people who were reviewed in this monocentric research focuses on adult women, whose pregnancy is of normal evolution and the birth of a fetus in cephalic presentation, taking place at term. The data were collected over a period of 6 months from June to December 2021.</p> <p><i>Results.</i> We reviewed 93 patients, of which 31 and 62 respectively took, during expulsive efforts, a majority position in DL and DD. The study revealed a significant decrease in the rate of dystocic deliveries (maneuver, instrumental extraction) in the DL group (21% vs. 0%, <math>p=0.004</math>); also perceived, when analyzed by parity, in primiparous women (40% vs. 0%, <math>p=0.03</math>). The analyses showed a decrease in the rate of perineal tears and the duration of expulsive efforts in LD. However, we found an increase in the number of postpartum hemorrhages in the DL group.</p> <p><i>Conclusion.</i> The LD position, during expulsive efforts, could have a positive impact on the outcome of the delivery compared to the DD, by decreasing the risk of dystocia, especially for primiparous women. The reduced duration of expulsive efforts and the increase in postpartum bleeding found after a delivery in LD, remain to be confirmed and substantiated.</p> <p><b>Key words :</b> lateral decubitus ; supine decubitus ; expulsive effort ; delivery outcome ; eutocie ; dystocie ; perineal status.</p>	

