

Faculté de Médecine  
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme  
2019-2020

**Les connaissances et pratiques des sages-femmes de salle de  
naissance du territoire Limousin sur l'expulsion en décubitus  
latéral**

Présenté  
par

**Diane VINCENTI**

Expert scientifique : Marie-France JAYAT

Expert méthodologique : Karine BOMPARD-GRANGER



## Remerciements

---

Je tiens à remercier Karine BOMPARD-GRANGER, sage-femme enseignante et guidante, pour ses nombreuses corrections apportées à mon mémoire ainsi que sa disponibilité.

Je remercie également Marie-France JAYAT d'avoir accepté de diriger ce mémoire, d'avoir accordé une partie de son temps pour m'apporter de précieux conseils ainsi que son expérience.

Merci à toutes les sages-femmes qui ont répondu à mon questionnaire, me permettant de réaliser cette étude.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Première partie : Introduction .....	6
1. Evolution des positions d'accouchement.....	6
2. La médicalisation des accouchements.....	7
3. Un retour vers la physiologie.....	7
4. Les accouchements aujourd'hui.....	8
5. La mécanique obstétricale lors de l'accouchement .....	8
5.1. Physiologie de l'accouchement .....	8
5.2. L'expulsion en décubitus latéral.....	9
Deuxième partie : Matériel et Méthode .....	11
1. Critères d'éligibilité de la population .....	11
2. Faisabilité et modalités d'identification des sages-femmes .....	11
3. Critères d'évaluation .....	11
4. Collecte des données .....	12
5. Méthode d'analyse des données.....	12
Troisième partie : Résultats .....	13
1. Résultats.....	13
1.1. Description de la population .....	13
1.2. Les connaissances des sages-femmes .....	16
1.3. Les pratiques des sages-femmes .....	18
Quatrième partie : Analyse et discussion.....	23
1. Points forts et limites de l'étude.....	23
1.1. Les points forts de l'étude.....	23
1.2. Les limites de l'étude .....	23
2. Discussion .....	24
2.1. Les connaissances.....	24
2.2. La proposition du décubitus latéral .....	25
2.2.1 La fréquence des propositions .....	25
2.2.2 Les motifs de proposition .....	25
2.2.3 Les motifs de non-proposition .....	26
2.3. Les pratiques.....	27
3. Propositions .....	30
Conclusion .....	31
Références bibliographiques .....	32
Annexes .....	34
Annexe 1 : Questionnaire .....	34

## Table des figures

---

Figure 1 - Répartition des âges des sages-femmes.....	13
Figure 2 - Répartition de l'expérience des sages-femmes .....	14
Figure 3 - Répartition des sages-femmes en fonction du type de maternité.....	14
Figure 4 – Nombre d'accouchements réalisés par an par sage-femme .....	15
Figure 5 - Répartition des sages-femmes selon leur secteur d'activité .....	15
Figure 6 - Répartition des sages-femmes selon le suivi ou non d'une formation.....	16
Figure 7 – Niveau de connaissances sur le décubitus latéral.....	17
Figure 8 – Fréquence de proposition du décubitus latéral aux patientes .....	18
Figure 9 – Motif de proposition du décubitus latéral aux patientes.....	19
Figure 10 – Motif de non-proposition du décubitus latéral aux patientes.....	20

## Première partie : Introduction

---

Les pratiques en salle de naissance peuvent différer d'un professionnel de santé à un autre. Aussi, des recommandations sont rédigées pour harmoniser les pratiques dans les différents établissements de soins.

En décembre 2017, la HAS a émis de nouvelles recommandations concernant l'accouchement normal en incitant les sages-femmes à laisser les parturientes adopter les positions d'accouchement qu'elles souhaitent afin de rendre les efforts expulsifs plus efficaces. Ces recommandations sont basées sur des études mettant en évidence les avantages de chaque position d'accouchement, et notamment du décubitus latéral qui permet de réduire les lésions périnéales, de diminuer la douleur, d'améliorer le confort maternel par rapport au décubitus dorsal et de rendre les parturientes actrices de leur accouchement. (1)

Dans ses recommandations, l'OMS encourage également les professionnels de santé à utiliser des positions d'accouchement autres que le décubitus dorsal puisque chaque position possède ses avantages, que ce soit au niveau du confort maternel, des conséquences fœtales ou obstétricales. De plus, elle recommande de laisser aux parturientes le choix de la position d'accouchement. (2)

### 1. Evolution des positions d'accouchement

Lors de l'accouchement physiologique, de nombreuses positions d'accouchement peuvent être utilisées par la parturiente. La mécanique obstétricale et l'importance d'une position adaptée pour l'accouchement ont été établies depuis l'Antiquité, grâce aux sensations des parturientes, à l'expérience des matrones et des sages-femmes et aux connaissances scientifiques. En effet, des chaises percées sont apparues pour l'accouchement permettant à la parturiente d'avoir un appui pour les mains lors de la poussée et une mobilité du sacrum et du coccyx. Des manœuvres comme l'expression abdominale étaient également utilisées pour augmenter la pesanteur, la pression abdominale et favoriser l'engagement du fœtus. (3)

Entre le Moyen-Age et le XVIIIème siècle, le décubitus dorsal n'était pas utilisé. Ainsi les femmes accouchaient accroupies, debout, à quatre-pattes voire à genoux mais peu accouchaient allongées. Ces positions réduisent les douleurs de la parturition et permettent d'améliorer la mécanique obstétricale avec une meilleure mobilité du sacrum. Les positions accroupies et debout entraînent aussi une concordance de l'axe de poussée et de l'axe d'engagement diminuant ainsi les dystocies. La position à quatre-pattes permet quant à elle de réduire les tensions sur le périnée. (4) (5)

Différents moyens humains ou matériels étaient utilisés pour se suspendre et se soutenir, permettant aux femmes de s'étirer et ainsi d'atténuer leurs douleurs. Les femmes se

tenaient à d'autres personnes, à un piquet de bois, une botte de paille, des briques, une liane ou une corde. (8)

Cependant, à la fin du XVII<sup>ème</sup>, la pratique des accouchements par les obstétriciens va modifier ces pratiques.

## **2. La médicalisation des accouchements**

En 1668, François Mauriceau, un célèbre accoucheur français, a instauré la position du décubitus dorsal dans les maternités pour permettre au praticien d'avoir une vue dégagée sur le périnée et de pratiquer des manœuvres obstétricales si nécessaire, en cas de dystocies (6). Cette position s'est ensuite généralisée grâce à la médicalisation des accouchements en milieu hospitalier depuis les années 1960 (4).

De plus, l'arrivée de l'anesthésie péridurale dans les années 80 a modifié la prise en charge des parturientes. A ses débuts, le bloc moteur induit par les anesthésiques entraînait chez les patientes une absence de sensibilité et de motricité. A cette période, la péridurale ne permettait pas l'utilisation de certaines positions, comme les positions verticales, qui nécessitent une bonne motricité. Aujourd'hui, les anesthésiants de la péridurale présents à des doses moindres, permettent aux patientes de se mobiliser, d'adopter diverses positions et de ressentir la sensation de pousser. Cette mobilisation est d'ailleurs possible, lors des péridurales ambulatoires. (7) (8)

## **3. Un retour vers la physiologie**

C'est dans ce contexte de médicalisation qu'à la fin des années 70, certains obstétriciens souhaitent revenir à un accouchement plus naturel, moins médicalisé, avec notamment des précurseurs tels que Frédérick Leboyer et Michel Odent. Michel Odent proposait un siège pour l'accouchement, à disposition de ses patientes. Il remettait en cause l'accouchement en décubitus dorsal et laissait ses patientes choisir leur propre position, leur permettant ainsi de devenir actrices de leur accouchement. (5)

Cependant, depuis les années 2000 cette volonté de retrouver des accouchements plus physiologiques vient également des patientes qui souhaitent se réapproprier leur accouchement. Elles désirent une prise en charge moins médicalisée et respectueuse de la physiologie de la naissance dans les situations à bas risque obstétrical. C'est d'ailleurs pour cette raison que depuis les années 2000, ont pu apparaître des maisons de naissance ainsi que des pôles physiologiques dans les maternités permettant aux patientes d'accoucher dans un environnement moins médicalisé et de se sentir « comme à la maison », la patiente étant libre de se déplacer comme elle le souhaite, de se mettre dans la position qu'elle désire sans avoir en permanence un monitoring et une perfusion. (9)

Depuis les années 90, le docteur Bernadette de Gasquet s'est, elle aussi, intéressée aux positions d'accouchement et a avancé de nombreux arguments en faveur des positions non dorsales pour protéger au mieux le périnée des femmes (8). Elle a encouragé la pratique de l'accouchement en décubitus latéral pour favoriser la concordance des axes du bassin maternel et du mobile fœtal et ainsi favoriser l'engagement et la descente. (10)

L'Institut de Gasquet, fondé par le Dr De Gasquet, encourage les sages-femmes à utiliser des positions d'accouchement plus physiologiques et leur propose des formations à la pratique de ces positions. Nous constatons donc un retour de certaines positions comme le décubitus latéral, sujet de ce présent mémoire. (10)

#### **4. Les accouchements aujourd'hui**

Malgré cette volonté d'accoucher dans une position plus physiologique, une étude de 2015 montre que plus de 86% des accouchements en France sont réalisés en position gynécologique, au détriment des autres positions (13). Les patientes sont installées sur le dos, avec les jambes en appui sur les étriers ou sur un arceau avec un angle fémur/rachis de moins de 90°, le dos légèrement relevé pour éviter le tassement du dos et le blocage du coccyx.

La position d'accouchement est presque toujours choisie par la sage-femme en fonction des différentes données obstétricales comme le bien-être fœtal, la présentation, la vitesse de progression du mobile fœtal ou le confort de l'opérateur. En effet une étude menée en France par C.Barasinski montre que seulement 16% des sages-femmes laissent systématiquement le choix de la position d'accouchement à leurs patientes contre 25% qui ne leur laissent jamais le choix. Cette possibilité est accordée plus facilement en maternités de type 1 qu'en maternités de type 3, probablement en raison d'une activité moindre ainsi qu'une majorité de grossesses à bas risque. De plus, les sages-femmes comptabilisant moins de 5 ans d'expérience utilisent généralement le décubitus dorsal contrairement à celles justifiant de plus de 15 ans d'activité qui, fortes de leur expérience et se sentant plus à l'aise, proposent à leurs patientes des positions différentes. (12) (15)

#### **5. La mécanique obstétricale lors de l'accouchement**

##### **5.1. Physiologie de l'accouchement**

Lors de l'accouchement, au moment de l'expulsion, le mobile fœtal se situe au niveau du détroit inférieur du bassin maternel et franchit le plancher pelvi-périnéal. Lors du dégagement, la présentation va se caler sous la symphyse qui va lui servir de charnière, le sommet va ainsi se défléchir. L'axe de la présentation va passer d'une direction jusque-là horizontale à un axe oblique en haut et vers l'avant

. Les fibres musculaires du périnée postérieur vont progressivement s'étirer et le coccyx est simultanément refoulé en arrière. Puis le périnée antérieur s'étend à son tour et le périnée superficiel va se dilater aux dimensions de la présentation qui va ensuite se dégager.

Ce déroulé reste toujours le même mais dans certaines positions, comme le décubitus latéral, la descente du mobile fœtal peut être facilitée.

## **5.2. L'expulsion en décubitus latéral**

Le Dr De Gasquet décrit le décubitus latéral de la manière suivante : la parturiente est installée en décubitus latéral de manière à ce que le côté sur lequel se tourne la mère concorde avec le côté du dos du fœtus (par exemple si le fœtus a le dos à droite, la patiente se met en décubitus latéral droit). Il est ensuite nécessaire de mettre un coussin ou un étrier sous le genou de la jambe supérieure et de la fléchir afin que l'angle fémur-rachis soit inférieur à 90°. Le fémur doit être en adduction et en rotation interne en soulevant légèrement le pied. La jambe du dessous doit être tendue avec le pied en appui sur un cale-pieds. La patiente étire son bras supérieur vers le haut. Elle peut s'agripper à la tête du lit ou au père et pousse ainsi en s'étirant. Dans cette position, le fœtus s'engage en oblique et sort selon le même diamètre oblique, ainsi que les épaules. Il n'est, dès lors, pas nécessaire de faire de manœuvre de restitution. (17)

Contrairement à la France, cette position est très largement répandue en Grande-Bretagne. Au XVIIIème siècle, cette position permettait de respecter la « pruderie britannique » en mettant l'accoucheur dos à la patiente. Elle est toujours d'actualité aujourd'hui et est utilisée pour l'accouchement mais aussi pour les examens gynécologiques. Cependant ce n'est qu'au XXème que Montgomery montrera l'intérêt de cette position. (16)

Le décubitus latéral permet la nutation, c'est à dire la bascule en avant du promontoire sacré et le refoulement en arrière du coccyx. Le diamètre sacro sous pubien augmente et le diamètre bi-ischiatique agrandissant ainsi le détroit inférieur, permettant ainsi une ouverture maximale du bassin qui favorise le dégagement de la tête fœtale. Cette position permet également de protéger le périnée des déchirures puisqu'il s'assouplit plus progressivement et sans tension grâce à la mobilité du sacrum associée à la poussée en expiration, qui permet une pression intra-abdominale moins importante (l'abdomen et le périnée sont relâchés). Le fœtus ne rencontrant aucun obstacle osseux, sa descente est facilitée. En effet, une étude a montré que le taux d'épisiotomies était divisé par 2 lors de l'expulsion en décubitus latéral contrairement au décubitus dorsal avec un taux de périnées intacts identique. (17)

La poussée sur l'expiration est une méthode plus douce pour le périnée, puisqu'elle est plus progressive. Ainsi la durée des efforts expulsifs est augmentée par rapport au décubitus dorsal où la poussée se fait de manière générale en bloquant la respiration (10).

De même, le décubitus latéral améliore la ventilation pulmonaire maternelle et prévient le syndrome de compression aorto-cave qui entraîne une hypotension maternelle ainsi qu'une bradycardie fœtale en raison d'un moindre débit du retour veineux engendré. Nous constatons donc une diminution des anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Cependant nous ne remarquons pas d'amélioration de l'état néonatal en décubitus latéral en comparaison au décubitus dorsal puisqu'il n'y a pas de différence significative de pH artériel et du score d'Apgar à la naissance. (17)

Une étude canadienne a montré que lorsqu'on laisse aux patientes le choix de leur position, une majeure partie d'entre elles se mettent naturellement en décubitus latéral, notamment les primipares (14). Cette position leur assure un meilleur confort physique, une diminution de la douleur si elles n'ont pas d'anesthésie et une participation plus active à leur accouchement. (11) Cette diminution de la douleur s'explique par la non-compression des nerfs sacrés entre le mobile fœtal et la table d'accouchement. (18) De plus, nous pouvons facilement repositionner la patiente en décubitus dorsal dans le cas où un recours à une épisiotomie ou à une extraction instrumentale est nécessaire.

Ainsi, à la vue des avantages liés à cette position, il nous a semblé important de faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes sur les conséquences maternelles, fœtales et obstétricales de l'accouchement en décubitus latéral. L'objectif secondaire était de décrire leurs pratiques en phase d'expulsion en décubitus latéral et de mettre en évidence les freins à celles-ci.

## Deuxième partie : Matériel et Méthode

---

Cette étude est observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique. Elle a été réalisée à l'aide de questionnaires anonymes comportant un ensemble de questions fermées, de QCM et de questions ouvertes.

### 1. Critères d'éligibilité de la population

- Critères d'inclusion

Les sages-femmes du Limousin pratiquant des accouchements dans les maternités de l'Hôpital mère-enfant et de la clinique des Emailleurs à Limoges, et des hôpitaux de Brive, Tulle, Saint-Junien, Ussel et Guéret.

- Critères de non-inclusion

Les sages-femmes refusant de participer à l'étude.

- Calcul de la taille de l'étude

Notre échantillon était constitué de 118 sages-femmes du Limousin répondant aux critères d'inclusion soit 35 à l'HME, 20 aux Emailleurs, 15 à Tulle, 12 à Guéret, 8 à Saint-Junien, 10 à Ussel et environ 18 à Brive.

### 2. Faisabilité et modalités d'identification des sages-femmes

Des questionnaires anonymes, réalisés à l'aide du logiciel Google Forms, ont été envoyés par l'intermédiaire des cadres, après leur accord préalable, sur les mails personnels des sages-femmes travaillant en salle de naissance. Une phase de pré-test a été organisée avec l'envoi des questionnaires en ligne à cinq étudiantes sages-femmes de cinquième année afin de vérifier la bonne compréhension des questions et le temps de remplissage.

### 3. Critères d'évaluation

- Critère d'évaluation principal

Les connaissances des sages-femmes sur l'expulsion en décubitus latéral ont été évaluées avec une moyenne des notes obtenues. Une note de 1 a été attribuée pour chaque item juste et une note de 0 pour les réponses fausses. La moyenne des notes rapportée à 20 a permis de classer les niveaux de connaissances en quatre catégories : non satisfaisantes (note comprise entre 0 et 5), moyennes (note comprise entre 6 et 10), satisfaisantes (note comprise entre 11 et 15) et très satisfaisantes (note comprise entre 16 et 20).

Les variables étudiées étaient l'âge, l'expérience, le type de maternité où exerçaient les sages-femmes, le nombre d'accouchements réalisés par an, leurs secteurs d'exercice et

les formations suivies sur l'expulsion en décubitus latéral. Cela nous a permis de créer des groupes pour comparer les connaissances des sages-femmes ainsi que leurs pratiques et déterminer si celles-ci étaient influencées par différentes variables. Nous avons ainsi pu identifier les profils des sages-femmes qui pratiquaient le plus le décubitus latéral lors de l'expulsion, et celles qui le pratiquaient le moins.

- Critère d'évaluation secondaire

Le critère d'évaluation secondaire est la fréquence des pratiques du décubitus latéral des sages-femmes.

#### **4. Collecte des données**

Les sages-femmes ont retourné le questionnaire rempli par internet. Deux relances ont été effectuées un et deux mois après l'envoi initial. 67 questionnaires ont été reçus et tous étaient exploitables.

Les données ont été ensuite collectées dans un tableau Excel.

#### **5. Méthode d'analyse des données**

Le niveau de connaissances a été évalué sous forme de moyenne. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de pourcentage. Le test de Student et le test Anova ont ensuite été utilisés pour comparer les moyennes des niveaux de connaissances. Le test du Chi2 et le test exact de Fisher ont été utilisés pour les comparaisons de proportions. Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est fixé à  $p < 0,05$  avec un risque  $\alpha$  de 5%.

Le logiciel Excel a été utilisé pour les statistiques descriptives et le logiciel Biostat a été utilisé pour les comparaisons.

## Troisième partie : Résultats

---

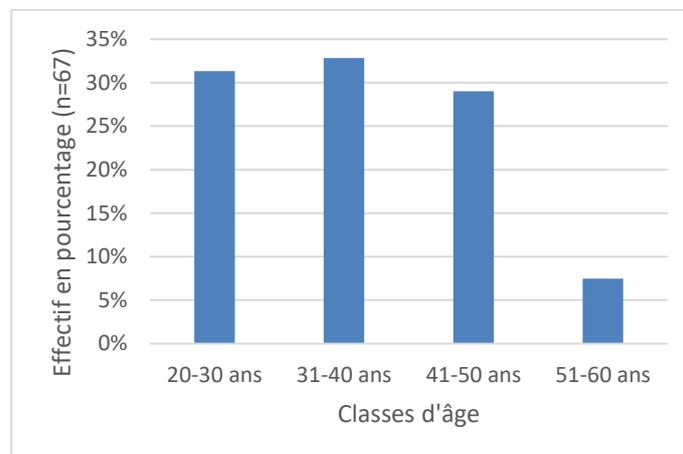
### 1. Résultats

#### 1.1. Description de la population

67 sages-femmes ont répondu au questionnaire sur les 118 envoyés, soit un taux de réponse de 57%.

- Age

La moyenne d'âge des sages-femmes ayant répondu était de 37,25 ans. L'âge minimum était de 24 ans et l'âge maximum de 60 ans. L'âge médian était de 36 ans.

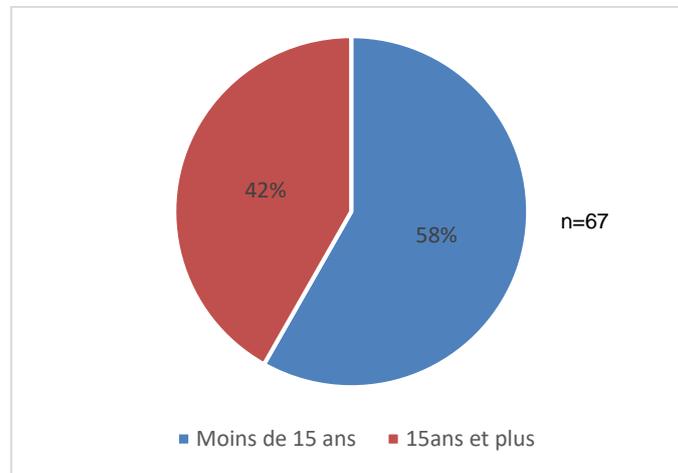


**Figure 1 - Répartition des âges des sages-femmes**

La moyenne d'âge pour les sages-femmes travaillant en type 1 était de 38 ans, 35,5 ans en type 2 et 36 ans en type 3.

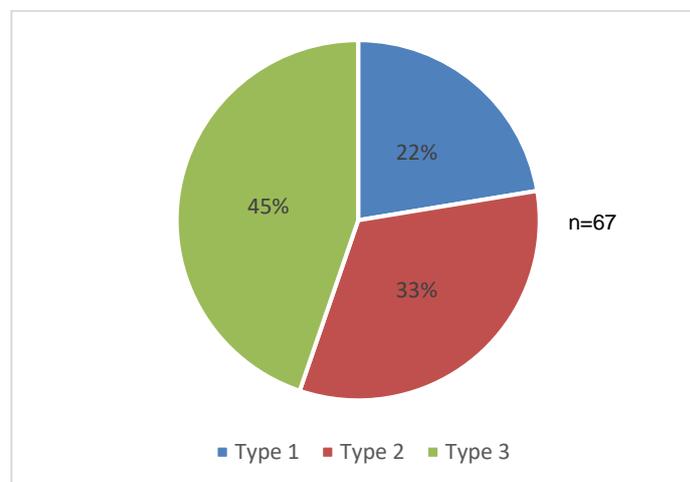
- Expérience

Nous avons demandé aux sages-femmes, l'année d'obtention de leur diplôme d'Etat pour connaître leur nombre d'années d'expérience.



**Figure 2 - Répartition de l'expérience des sages-femmes**

- Répartition des sages-femmes en fonction du type de maternité



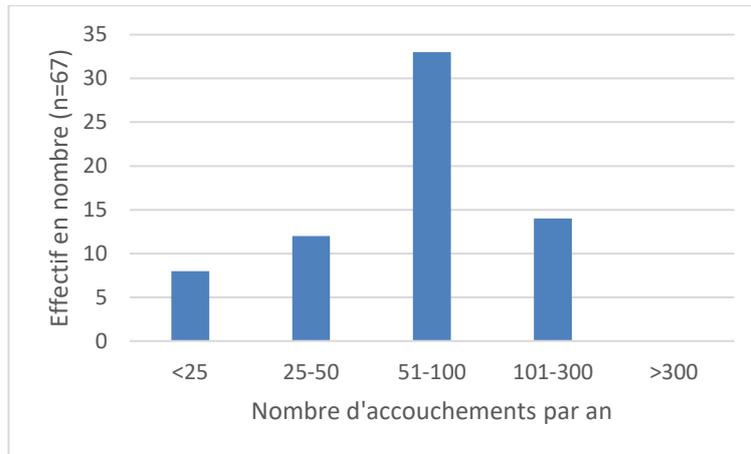
**Figure 3 - Répartition des sages-femmes en fonction du type de maternité**

La majorité des sages-femmes ayant répondu soit 45%, travaillaient dans une maternité de type 3.

- Nombre d'accouchements réalisés par an par sage-femme

Concernant le nombre d'accouchements réalisés par an, 12% estimaient effectuer moins de 25 accouchements par an, 18% en réalisaient entre 25 et 50 par an, 49% entre 51

et 100 accouchements par an et 21% entre 101 et 300 accouchements par an. Aucune sage-femme n'a attesté effectuer plus de 300 accouchements par an.

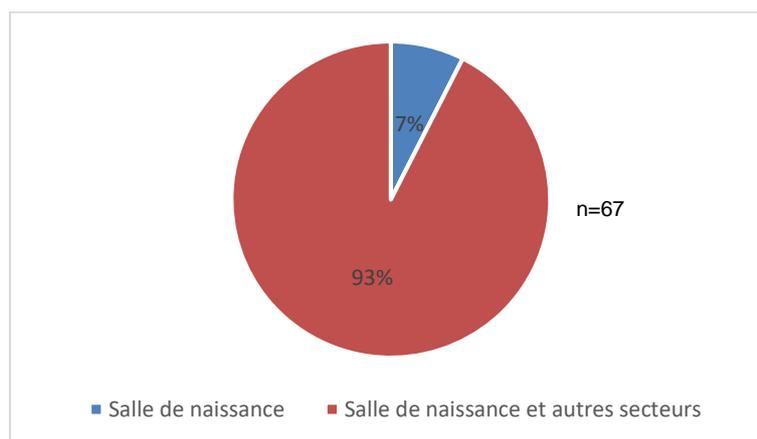


**Figure 4 – Nombre d'accouchements réalisés par an par sage-femme**

Une nette majorité des sages-femmes, soit 33 sages-femmes, réalisaient entre 51 et 100 accouchements par an.

- Secteurs d'activité

Concernant les secteurs, 7% des sages-femmes n'exerçaient qu'en salle de naissance tandis que 93% travaillaient en salle de naissance et dans d'autres secteurs.

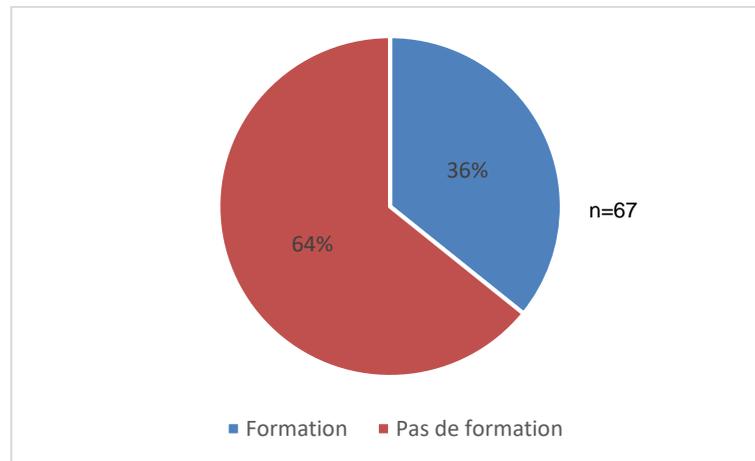


**Figure 5 - Répartition des sages-femmes selon leur secteur d'activité**

Les sages-femmes exerçant exclusivement en salle de naissance sont minoritaires puisqu'elles ne représentent que 7% des sages-femmes ayant répondu.

- Formation sur l'accouchement en décubitus latéral

36% des sages-femmes ont répondu avoir déjà suivi une formation sur l'accouchement en décubitus latéral et 64% n'en ont jamais suivi.



**Figure 6 - Répartition des sages-femmes selon le suivi ou non d'une formation**

En type 1, 40% des sages-femmes ont suivi une formation, 32% en type 2 et 36% en type 3.

Concernant les classes d'âge, les sages-femmes ayant suivi une formation représentent :

- 19% des 20-30 ans,
- 32% des 31-40ans,
- 58% des 41-50 ans,
- 40% des 51-60ans.

## 1.2. Les connaissances des sages-femmes

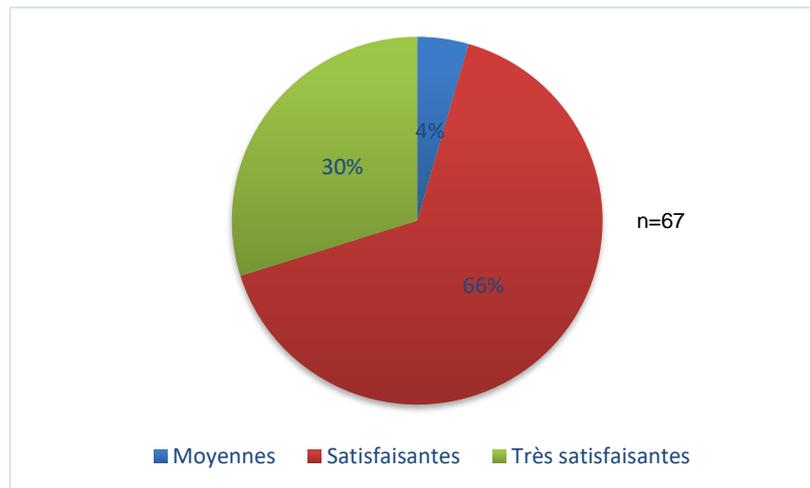
Nous avons tout d'abord évalué les connaissances des sages-femmes sur la position en décubitus latéral. Ces dernières ont obtenu une moyenne de 3,0/5.

Pour les connaissances sur le confort maternel, la moyenne était de 3,3/5.

Pour les connaissances sur l'impact fœtal, la moyenne était de 3,8/5.

Pour les connaissances sur la mécanique obstétricale, la moyenne était de 4,2/5.

Ainsi la moyenne de l'ensemble des questionnaires était de 14,3/20, ce qui correspondait à une connaissance satisfaisante du décubitus latéral avec des notes allant de 10 à 18/20.



**Figure 7 – Niveau de connaissances sur le décubitus latéral**

96% des sages-femmes avaient des connaissances satisfaisantes ou très satisfaisantes de l'expulsion en décubitus latéral. Aucune n'avait de connaissances non satisfaisantes.

- Selon l'âge

Il existe une différence significative des connaissances selon l'âge ( $p=0,02$ ).

Les sages-femmes dont l'âge varie entre 51 et 60 ans avaient de meilleures connaissances que celles dont l'âge était compris entre 20 et 30 ans ( $p=0,007$ ), entre 31 et 40 ans ( $p=0,017$ ) et entre 41 et 50 ans ( $p=0,05$ ). Il n'existe pas de différence significative entre les autres groupes.

- Selon l'expérience

Il existe cependant une différence significative des connaissances des sages-femmes ayant moins de 15 ans d'expérience et celles ayant 15 ans d'expérience ou plus ( $p=0,02$ ).

Les sages-femmes ayant le plus d'expérience ont obtenu une moyenne de 15/20 tandis que celles avec le moins d'expérience ont obtenu une moyenne de 13,9/20.

- Selon le type de maternité

Il existe une différence significative des connaissances selon le type de maternité ( $p=0,02$ ). Les sages-femmes exerçant en type 3 avaient de moins bonnes connaissances que celles exerçant en type 1 ( $p=0,01$ ) et en type 2 ( $p=0,046$ ). Cependant il n'existe pas de différence significative entre les sages-femmes exerçant en type 1 et 2 ( $p=0,59$ ).

- Selon le nombre d'accouchements réalisés par an

Il n'existe pas de différence significative des connaissances selon le nombre d'accouchements réalisés par an par sage-femme ( $p=0,41$ ).

- Selon le suivi d'une formation ou non

Nous constatons une différence significative entre les sages-femmes ayant suivi une formation sur l'expulsion en décubitus latéral et celles n'en ayant pas suivi ( $p=0,046$ ).

Celles n'ayant pas suivi de formation ont obtenu une moyenne de 14/20. Quant aux sages-femmes ayant suivi une formation, elles ont obtenu une moyenne de 15/20.

- Selon le secteur d'exercice

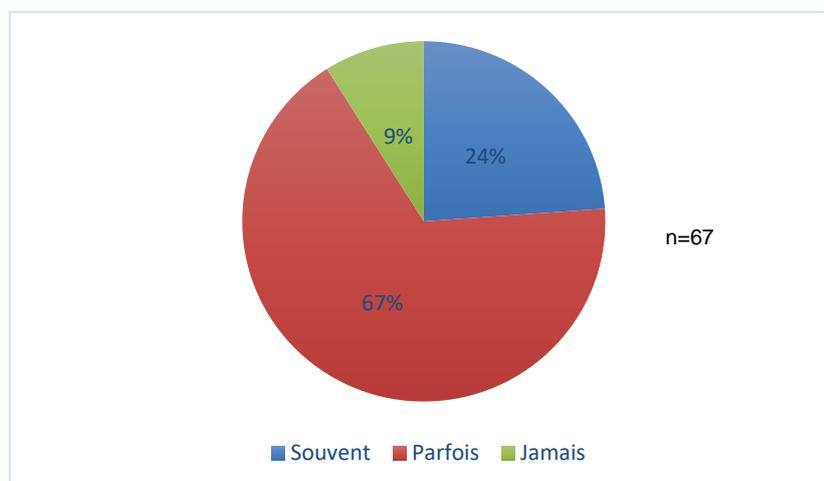
Il n'existe pas de différence significative entre les sages-femmes travaillant uniquement en salle de naissance et celles travaillant dans plusieurs secteurs ( $p=0,89$ ).

Celles travaillant uniquement en salle de naissance ont obtenu la moyenne de 14,2/20 et celles travaillant dans plusieurs secteurs 14,4/20.

### 1.3. Les pratiques des sages-femmes

- Fréquence de proposition du décubitus latéral

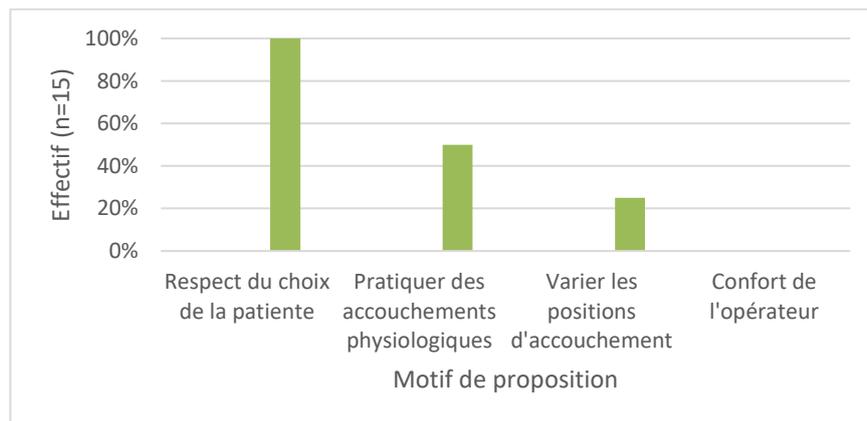
Nous avons demandé aux sages-femmes à quelle fréquence elles proposaient à leurs patientes le décubitus latéral pour l'expulsion.



**Figure 8 – Fréquence de proposition du décubitus latéral aux patientes**

Sur l'ensemble des sages-femmes, 91% ont indiqué le proposer souvent ou parfois à leurs patientes. Seulement 9% des sages-femmes ayant répondu ne le proposent jamais. Aucune sage-femme n'a répondu qu'elle le proposait toujours.

- Motif de proposition du décubitus latéral

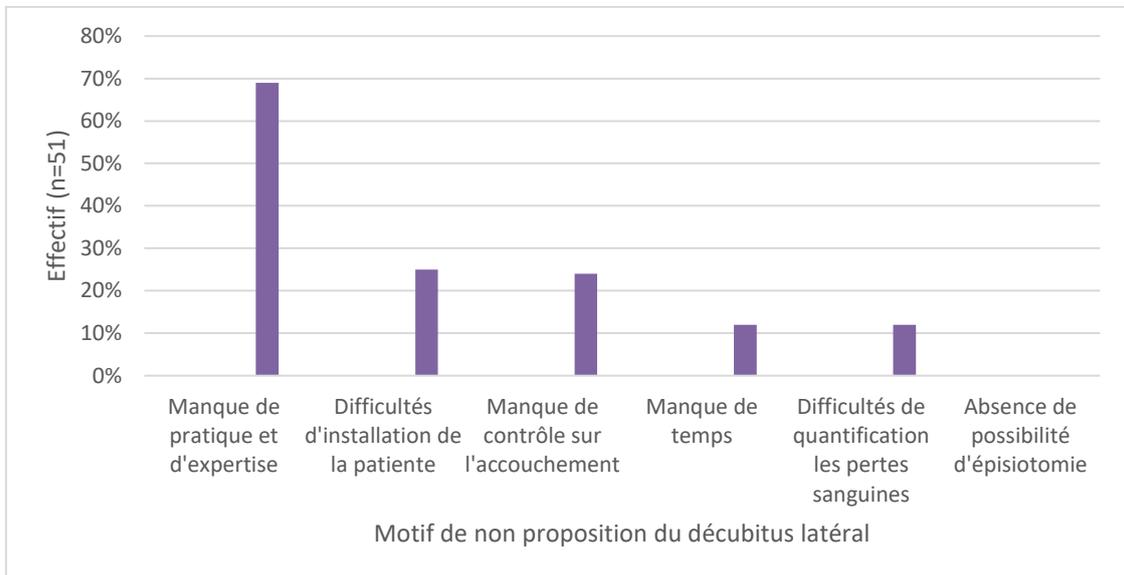


**Figure 9 – Motif de proposition du décubitus latéral aux patientes**

Nous avons demandé aux sages-femmes qui le proposaient toujours ou souvent leurs motifs de proposition du décubitus latéral aux patientes, plusieurs réponses étaient possibles.

Parmi celles qui le proposaient souvent, toutes ont dit le faire pour respecter le choix de la patiente, la moitié ont dit vouloir pratiquer des accouchements plus physiologiques qu'en décubitus dorsal et un quart ont dit vouloir varier les positions d'accouchement qu'elles utilisent. Aucune n'a répondu qu'elle le faisait pour son propre confort.

- Les freins à la pratique du décubitus latéral



**Figure 10 – Motif de non-proposition du décubitus latéral aux patientes**

Nous avons demandé aux sages-femmes leurs motifs de non-proposition du décubitus latéral aux patientes, plusieurs réponses étaient possibles.

Parmi celles qui le proposaient parfois ou jamais :

- 69% manquaient de pratique et d'expertise,
- 25% avaient des difficultés pour installer la patiente,
- 24% avaient un sentiment de manque de contrôle sur l'accouchement,
- 12% manquaient de temps,
- 12% avaient des difficultés à quantifier les pertes sanguines.

Aucune sage-femme n'a répondu que ce choix était fait par absence de possibilité d'épisiotomie.

- Selon l'âge

Il n'existe pas de différence significative des pratiques selon la catégorie d'âge ( $p=0,6$ ).

Chez les 20-30 ans, 16% proposaient toujours ou souvent le décubitus latéral, 27% chez les 31-40 ans, 31% chez les 41-50 ans et 20% chez les 51-60 ans.

- Selon l'expérience

Il existe une tendance à la significativité des pratiques selon l'expérience ( $p=0,054$ ).

Chez celles ayant moins de 15 ans d'expérience, 15% proposaient toujours ou souvent le décubitus latéral et 36% chez celles ayant 15 ans d'expérience ou plus.

- Selon le type de maternité

Les sages-femmes qui proposaient toujours ou souvent le décubitus latéral représentent 27% des sages-femmes de type 1, 41% des sages-femmes de type 2 et 10% des sages-femmes de type 3.

Il existe une différence significative entre les pratiques des maternités de type 2 et 3 ( $p=0,017$ ), mais pas entre les maternités de type 1 et 2 ( $p=0,5$ ) ni entre les maternités de type 1 et 3 ( $p=0,2$ ).

- Selon le nombre d'accouchements réalisés par an

Il n'existe pas de différence significative des pratiques selon le nombre d'accouchements réalisés par an par sage-femme ( $p=0,9$ ).

Les sages-femmes proposant toujours ou souvent le décubitus latéral représentent 25% des sages-femmes pratiquant moins de 25 accouchements par an et de celles pratiquant entre 25 et 50 accouchements, 21% de celles pratiquant entre 51 et 100 accouchements et 29% de celles pratiquant entre 101 et 300 accouchements.

- Selon le suivi d'une formation ou non

Il n'existe pas de différence significative des pratiques chez les sages-femmes ayant suivi une formation et celle n'en ayant pas suivi ( $p=0,8$ ).

25% des sages-femmes ayant suivi une formation et 23% des sages-femmes n'en ayant pas suivi proposaient toujours ou souvent le décubitus latéral.

- Selon le secteur d'exercice

Il n'existe pas de différence significative des pratiques des sages-femmes selon leur secteur d'exercice ( $p=1$ ).

20% des sages-femmes travaillant uniquement en salle de naissance et 24% des sages-femmes travaillant dans plusieurs secteurs proposaient toujours ou souvent le décubitus latéral.

## Quatrième partie : Analyse et discussion

---

### 1. Points forts et limites de l'étude

#### 1.1. Les points forts de l'étude

Cette étude nous a permis de faire le point sur les connaissances et pratiques des sages-femmes concernant l'expulsion en décubitus latéral. Nous avons pu constater que les sages-femmes possèdent des connaissances pouvant être qualifiées de satisfaisantes, ce qui est bien évidemment rassurant.

Le taux de réponses était de 57%, ce qui représente plus de la moitié des sages-femmes interrogées et donc un taux de réponses satisfaisant.

La totalité des questionnaires était remplie correctement et pouvait ainsi être exploitable.

#### 1.2. Les limites de l'étude

Seules les sages-femmes du Limousin ont été interrogées, nous ne pouvons donc pas étendre nos résultats à la population générale des sages-femmes.

De plus, nous aurions pu interroger les sages-femmes sur leur exercice durant leur carrière. Nous nous sommes intéressées au type de maternité où elles exerçaient ainsi que le secteur mais nous n'avons pas demandé si elles avaient ou non toujours travaillé ainsi. Il en est de même pour l'expérience qui a été calculée en fonction de l'année d'obtention de leur diplôme mais nous n'avons pas demandé si, jusqu'à aujourd'hui, elles avaient ou non pratiqué leur activité en continu.

Lors des questions sur les connaissances, les seules réponses possibles étaient vraies ou fausses, nous pouvons donc penser que certaines réponses justes étaient dues au hasard.

Dans le type 3, la grande majorité (85%) des sages-femmes a répondu au questionnaire, contrairement aux types 1 (39%) et 2 (57%) pour lesquels nous avons obtenu peu de réponses. Cet écart peut donc avoir une influence sur nos résultats, si dans les types 1 et 2 seules les sages-femmes les plus intéressées et motivées par le sujet ont répondu.

Certains termes des questions ont pu être interprétés de façon différente, comme la formation qui inclut la formation initiale ainsi que la formation continue.

## 2. Discussion

### 2.1. Les connaissances

Les sages-femmes possèdent une connaissance satisfaisante de l'expulsion en décubitus latéral. Il ne s'agit pas d'une pratique inconnue puisque les sages-femmes ont reçu un enseignement concernant ce type d'expulsion durant leurs études, leurs stages, ou lors de leur carrière par leurs collègues ou lors de formations. De même, de part leurs recherches ou travail personnel, elles peuvent être amenées à se documenter personnellement sur la méthode De Gasquet.

Les sages-femmes les plus âgées et celles avec le plus d'expérience ont les meilleures connaissances. Au fur et à mesure de leur pratique, elles ont pu suivre des formations, s'informer sur les recommandations des pratiques et donc sur leur utilité et leurs conséquences. Nous pouvons d'ailleurs observer que les sages-femmes les plus âgées sont plus susceptibles d'avoir suivi une formation durant leur carrière. Fortes de leurs nombreuses années d'expérience, elles ont également pu évaluer les conséquences de leurs différentes pratiques et donc en apprendre davantage sur les effets de leur manière d'exercer. Nous pouvons également nous demander si les plus anciennes sages-femmes ont suivi la même formation que les jeunes diplômées. Cependant lorsque les sages-femmes les plus âgées ont débuté leur carrière dans les années 80, il n'existait pas de formations sur les différentes positions d'accouchement qui sont apparues principalement à partir des années 90.

Les sages-femmes de maternité de type 3 possèdent de moins bonnes connaissances que les sages-femmes exerçant dans les maternités de type 1 et 2, alors que la proportion de sages-femmes ayant suivi une formation est identique dans les trois types. Nous pouvons supposer qu'en type 3, avec l'activité et les pathologies, les sages-femmes s'intéressent moins aux différentes possibilités de position d'expulsion puisque les situations ne sont pas toujours favorables à la pratique de l'expulsion en décubitus latéral. De plus, il existe un fort taux de réponse en maternité de type 3 et, à l'inverse, un taux plus faible pour les types 1 et 2. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que, dans ces derniers, seules les sages-femmes intéressées par le sujet, et donc ayant plus de connaissances sur l'expulsion en décubitus latéral, ont répondu au questionnaire.

Le nombre d'accouchements réalisés par an ne définit pas le niveau de connaissances. Il en est de même pour le fait d'exercer uniquement en salle de naissance ou dans plusieurs secteurs. Ainsi, les sages-femmes exerçant dans des petites maternités avec un faible taux

d'activité ont des connaissances identiques aux grands centres car les sages-femmes ont suivi la même formation initiale, quel que soit leur lieu d'exercice.

Nous pouvons également constater que les sages-femmes possèdent de meilleures connaissances après avoir suivi une formation. Nous pouvons donc penser que, pendant la formation initiale, cette pratique est peu abordée et qu'il est donc nécessaire d'effectuer des formations au cours de sa carrière afin d'approfondir ses connaissances. Cependant, le type de formation n'étant pas indiqué dans le questionnaire, les sages-femmes l'ont interprété comme elles le souhaitaient. Bien qu'il leur ait pourtant apporté des connaissances sur le sujet, elles pouvaient donc penser qu'un simple enseignement lors de leurs études ne représentait pas une véritable formation de cette pratique. Cela expliquerait le faible taux de réponses positives dans le questionnaire pour les formations suivies.

## **2.2. La proposition du décubitus latéral**

### **2.2.1 La fréquence des propositions**

Nous pouvons remarquer que, malgré ces bonnes connaissances, le recours au décubitus latéral n'est pas systématiquement proposé et certaines sages-femmes ne le proposent même jamais. Dans le questionnaire, nous avons fait le choix de demander aux sages-femmes si elles « proposent » l'expulsion en décubitus latéral et non si elles « pratiquent » car le fait de proposer laisse supposer que la sage-femme est favorable à cette pratique. Dans le cas où elle ne l'a pas pratiqué, cela signifiait que les conditions n'étaient pas optimales ou que la sage-femme se heurtait à un refus de la patiente. Dans ce cas précis, cela est indépendant de la volonté de la sage-femme.

Nous pouvons observer dans l'Enquête périnatale de 2016, que 8,4% des patientes étaient positionnées en décubitus latéral au début des efforts expulsifs et seulement 2,9% à l'expulsion. Même si certains essais n'ont pas été concluants, la sage-femme a tout de même essayé et cet échec était indépendant de son bon vouloir. Le but n'est pas ici de savoir si les sages-femmes réussissent à faire accoucher leurs patientes sur le côté, mais si elles le proposent et essayent d'être en accord avec les recommandations. (19)

### **2.2.2 Les motifs de proposition**

Parmi les raisons de le proposer, nous retrouvons le respect du choix de la patiente, la volonté de pratiquer des accouchements physiologiques et de varier les positions d'accouchements. Les sages-femmes souhaitent proposer à leurs patientes d'avoir un

accouchement moins médicalisé et de pouvoir choisir leur méthode d'accouchement, comme le recommandent la HAS et l'OMS. (1) (2) Certaines patientes également en font la demande dans leur projet de naissance, mais cela reste minoritaire car toutes les patientes ne sont pas informées de la possibilité d'un projet de naissance. Les professionnels de santé ne leur en parlent pas de manière systématique. De plus, les patientes ne sont pas toujours accompagnées pour élaborer ce projet de naissance. Elles effectuent donc des recherches sur internet ou se font leurs propres idées mais ne connaissent pas toutes les possibilités d'accouchements physiologiques comme par exemple l'expulsion dans diverses positions. Ces pratiques sont abordées par les sages-femmes lors des cours de préparation à la naissance. Cependant toutes les patientes n'y participent pas. L'entretien prénatal précoce doit, lui aussi, permettre aux patientes de faire part de leurs choix concernant la grossesse et l'accouchement mais n'est pas proposé, à ce jour à toutes les patientes. (20)

### **2.2.3 Les motifs de non-proposition**

Parmi les raisons de ne pas proposer le décubitus latéral, nous retrouvons le manque de pratique et d'expertise, ainsi que les difficultés d'installation de la patiente. C'est une pratique peu courante que nous voyons peu pendant nos études, et c'est pourquoi les sages-femmes n'y pensent pas systématiquement. Dans le cas où elles l'envisagent, elles ne savent pas toujours comment s'y prendre ou ne voient pas d'intérêt à le proposer aux patientes. Nous ne nous lançons pas dans des pratiques que l'on ne maîtrise pas, et c'est pourquoi si elles n'ont jamais été formées dans le but d'effectuer une expulsion en décubitus latéral, elles ne vont pas se risquer à tenter de nouvelles techniques.

Une autre raison est le sentiment de manque de contrôle sur l'accouchement. C'est une position physiologique, sans manœuvres à effectuer pour sortir l'enfant, induisant simplement d'attendre que le dégagement se fasse seul. Pour une sage-femme qui a l'habitude de tout gérer, de contrôler le dégagement, d'avoir une action sur l'accouchement, cela peut donc paraître frustrant de devoir simplement et passivement attendre que l'accouchement s'effectue. Aujourd'hui nous intervenons très souvent lors du travail ou de l'accouchement sur des aspects techniques pour la moindre chose, mais ici le principe repose sur l'inaction lors de l'expulsion. Or, l'installation de la patiente dans la bonne position reste un facteur de réussite pour lequel la sage-femme garde un rôle primordial, avec celui notamment d'accompagnante.

Certaines sages-femmes déplorent manquer de temps. Dans le cas d'un accouchement en décubitus latéral, nous dirigeons moins l'accouchement et avons tendance à laisser faire les choses. L'expulsion peut donc être un peu plus longue que lors d'un accouchement en position

gynécologique. (10) Lors d'une garde chargée, nous souhaitons que l'expulsion se fasse rapidement afin de nous occuper d'autres patientes mais aussi afin de libérer des salles d'accouchement pour les prochaines patientes. Cependant, d'une garde à l'autre, le temps alloué aux patientes peut varier. En effet, nous n'avons parfois qu'une seule patiente en salle de naissance et nous pourrions alors prendre le temps de lui laisser choisir sa position d'accouchement. De plus, le temps perdu lors de l'expulsion peut être gagné lors de la suture car les sages-femmes font face à moins de déchirures en décubitus latéral.

La difficulté à quantifier les pertes sanguines est la dernière raison. Les pertes sont facilement sous-estimées puisqu'elles ne n'écoulent pas dans le sac de recueil. Cette position nous obligeant à positionner le sac de recueil à plat sur le lit. Mais la majeure partie du recueil de sang se fait après l'expulsion, lors de la délivrance. Or à ce moment précis la patiente est repositionnée sur le dos pour la délivrance, il est donc facile d'installer correctement un sac de recueil, ou de placer un bassin.

Aucune sage-femme n'a répondu « par absence de possibilité d'épisiotomie ». En effet, une épisiotomie n'est pas nécessaire en décubitus latéral puisque les pressions sur le périnée sont moindres qu'en position gynécologique, avec une diminution des périnéales de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degré. (17) De plus, nous pouvons observer une diminution de la fréquence des épisiotomies aujourd'hui puisqu'elles ne sont plus recommandées systématiquement comme dans les années 80. (20)

### **2.3. Les pratiques**

Il n'existe pas de différence des pratiques selon l'âge bien que les sages-femmes les plus âgées, fortes de leur savoir-faire et des formations suivies, possèdent de meilleures connaissances. Nous pouvons ainsi remarquer que le niveau de connaissances est indépendant des pratiques. Les sages-femmes les plus âgées, maîtrisant les expulsions en position gynécologique, ont tendance à garder leurs habitudes et ne souhaitent pas changer leurs pratiques. Elles se placent dans une position de confort et de routine, nous poussant à nous questionner sur un éventuel manque de motivation.

Cependant nous pouvons observer que les sages-femmes avec le plus d'expérience le proposent davantage. On peut penser que l'expérience fait qu'elles sont plus à l'aise dans leur pratique et qu'elles souhaitent tester de nouvelles méthodes, varier leur pratique, sortir de leur routine. Cela semble pourtant contradictoire avec le fait que l'âge ne change pas les pratiques puisque l'expérience vient avec l'âge. Nous pouvons alors nous demander si les résultats auraient été différents avec un seuil d'expérience plus élevé.

Les sages-femmes exerçant en maternité de type 2 sont celles qui pratiquent le plus le décubitus latéral. Dans ces centres, l'activité et les pathologies sont moindres que dans les types 3, et ainsi nous observons une augmentation des conditions favorables et de temps à accorder à l'expulsion en décubitus latéral. L'absence de différence significative entre les types 1 et 3 peut s'expliquer par le faible taux de réponses des sages-femmes de type 1 (39% contre 85% de réponses en type 3) puisque le pourcentage de sages-femmes qui le pratiquent est plus de 2,5 fois plus élevé qu'en type 3. Les raisons de pratiquer plus fréquemment en type 1 qu'en type 3 sont les mêmes que pour le type 2. En type 3, nous observons plus de pathologies comme les obésités morbides, les grossesses multiples ou les macrosomies. Lors de déclenchements pour altération du bien-être foetal, alors que l'enregistrement du rythme cardiaque foetal est primordial, il s'avère plus difficile à réaliser correctement en position latérale d'expulsion.

Ainsi, même si l'on peut penser que les sages-femmes exerçant dans des petites maternités avec un faible taux d'activité « perdent la main », en fait il n'en est rien, puisque qu'elles pratiquent autant d'accouchements en décubitus latéral que celles qui travaillent dans des plus grandes maternités.

Ayant moins d'activité en type 1, les sages-femmes ont alors la possibilité de prendre davantage le temps pour adapter la prise en charge de leurs patientes. (20)

De plus, à l'HME, en raison d'un manque de budget alloué à la formation, les sages-femmes ne sont plus formées systématiquement aux différentes positions dès qu'elles commencent à exercer comme c'était le cas il y a encore quelques années. Nous n'avons pas de notions portant sur le pourcentage de sages-femmes en types 1 et 2 formées ou non et cela pourrait également expliquer nos résultats.

Enfin, les populations de sages-femmes ne sont pas les même dans les trois types. En effet les sages-femmes de type 1 peuvent s'orienter vers ce type de maternité par choix car elles recherchent davantage de physiologie et moins de médicalisation, comme beaucoup de patientes actuellement.

Le nombre d'accouchements ainsi que le fait d'exercer sur plusieurs secteurs autres que la salle de naissances n'influencent pas les pratiques. De plus, ne pas effectuer d'accouchements pendant plusieurs mois (comme c'est le cas à l'HME de Limoges) n'entraîne pas un changement des pratiques lors du retour en salles de naissances. Les sages-femmes préfèrent rester dans leur zone de confort en réalisant des accouchements en position gynécologique comme elles ont l'habitude de faire. Les sages-femmes qui réalisent moins d'accouchements, notamment dans les petits centres, sont tout aussi aptes à changer leurs habitudes et à tester de nouvelles positions.

Le suivi d'une formation n'influence pas les pratiques. Les formations permettent d'acquérir de meilleures connaissances mais pour autant n'entraînent pas de nouvelles pratiques chez les sages-femmes à long terme. Les changements qui en découlent peuvent perdurer sur quelques semaines après la formation. Non questionnées à ce sujet, nous pouvons dès lors nous demander quelles ont été les motivations à suivre cette formation : demande personnelle ou imposée par le service. Un choix délibéré des sages-femmes d'effectuer cette formation démontre leur volonté à vouloir changer leurs pratiques. Dans le cas où cette formation reste une obligation, nous pouvons penser que les sages-femmes l'ont suivi contre leur gré, que le sujet ne les intéressait pas et que leur pratique habituelle leur suffisait. Nous pouvons également nous demander si celle-ci était purement théorique ou également pratique (à l'aide, par exemple, d'exercices et d'entraînements sur des mannequins afin de montrer les bonnes positions à adopter). Ainsi, les sages-femmes qui pratiquent le plus l'expulsion en décubitus latéral l'ont majoritairement appris avec leurs collègues, lors de stages pendant leurs études, sans pour autant suivre une formation spécifique plus tard. Elles ne le proposent cependant pas systématiquement car elles peuvent penser qu'il s'agit d'une pratique qui n'aboutit pas à de bons résultats : en stage, nous entendons régulièrement les sages-femmes préciser que l'expulsion en décubitus latéral est plus difficile avec la péridurale, que cette pratique fonctionne moins bien pour les primipares, et qu'il est plus compliqué de faire pousser les patientes en expirant...

### 3. Propositions

Les sages-femmes possèdent globalement de bonnes connaissances sur l'expulsion en décubitus latéral mais n'y ont pas recours fréquemment.

Le manque d'entraînement et d'expertise étant le frein principal, des formations pourraient être proposées aux sages-femmes non formées. Ainsi cela pourrait leur permettre d'améliorer leur technique. Et de former les futures sages-femmes dans leur cursus initial afin que cette pratique puisse être davantage proposée à leurs patientes.

Ces formations pourraient également être proposées aux sages-femmes libérales et de la PMI, afin que celles-ci sensibilisent leurs patientes aux différentes positions d'accouchement lors des séances de préparation à l'accouchement. Les femmes enceintes découvrirait ainsi un panel plus important des différentes positions d'accouchement et pourraient donc choisir celle qu'elles désirent, en accord avec la sage-femme qui les prend en charge lors de leur accouchement.

Pour suivre les recommandations de la HAS, lors des cours de préparation à la naissance, nous devrions informer systématiquement les femmes de la possibilité d'un projet de naissance corrélé à la possibilité d'accoucher en décubitus latéral. Cela pourrait induire une augmentation des demandes des patientes et donc inciterait plus de sages-femmes au décubitus latéral.

## Conclusion

---

Nous avons pu mettre en évidence un niveau de connaissances satisfaisant des sages-femmes concernant l'expulsion en décubitus latéral. Logiquement, ces connaissances augmentent avec l'expérience, l'âge des sages-femmes et le suivi de formations.

Cependant, par manque de temps, de pratique, d'expertise et peut-être d'investissement, les sages-femmes proposent encore peu l'expulsion en décubitus latéral à leurs patientes.

Certaines sages-femmes y restent favorables afin de respecter le choix des patientes dans le cadre notamment d'un projet de naissance.

Le choix de la position d'accouchement par la patiente est recommandé par la HAS et il semble important de le respecter afin que les patientes restent actrices de leur accouchement qui se doit d'être le plus physiologique possible.

Il pourrait être intéressant d'intégrer au cursus des études de sages-femmes une formation plus approfondie sur l'expulsion en décubitus latéral.

Cette étude proposée aux sages-femmes du territoire Limousin, leur permettra peut-être, d'une part de réfléchir à leurs pratiques et de les remettre en question, ce qui est la base même de notre profession, et d'autre part, de se sensibiliser aux recommandations de la HAS concernant le choix des positions d'accouchement par les patientes.

Il pourrait également être intéressant de réaliser une étude auprès des sages-femmes réalisant des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, afin de faire un état des lieux des informations transmises aux femmes et ainsi observer si le projet de naissance et toutes les possibilités liées à leur accouchement sont abordés.

## Références bibliographiques

---

- (1) HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. « Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales ». 2017. Consulté le 11/06/18
- (2) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. « Les soins liés à un accouchement normal ». 1997. Consulté le 23/06/18
- (3) ROBERT H. Mémoire de fin d'études de sages-femmes. « L'évolution des positions d'accouchement en France et dans nos cultures occidentales ». 2014. Consulté le 10/10/18
- (4) CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. « Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique ». Tome XXII. 1998. [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/1998\\_GO\\_331\\_racinet.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1998_GO_331_racinet.pdf). Consulté le 12/06/18
- (5) RACINET C. « Positions Maternelles Pour L'accouchement ». Gynécologie Obstétrique & Fertilité 33, no. 7–8 (July 1, 2005): 533–38. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2005.05.022>. Consulté le 11/06/18
- (6) MAURICEAU F. « Des maladies des femmes grosses et accouchées ». Livre II. Chapitre VIII. 1668. Consulté le 23/06/18
- (7) VUILLE M. « L'invention de l'accouchement sans douleur ». Travail, genre et société. 2015. 39-56. Consulté le 24/06/18
- (8) DE GASQUET B. « Trouver sa position d'accouchement ». Marabout. 2010. Consulté le 24/06/18
- (9) IZARD L. Mémoire de fin d'études de sages-femmes. « Les limites à l'utilisation d'un pôle d'accouchement physiologique selon les professionnels de santé ». 2015. Consulté le 10/10/18
- (10) FRANCISCO-VIVIER D. Mémoire de fin d'études de sages-femmes. « Comparaison de l'accouchement en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la phase d'expulsion ». 2016. Consulté le 23/06/18
- (11) DELOUANE-ABINAL A. ROULET C. «Naître sur le côté, naître autrement». 2006. Consulté le 27/06/18

- (12) GELEBART M. « La position préférée... des sages-femmes ». 2018. Consulté le 10/10/18
- (13) DESSEAUVE D. « Dans Quelle Position Les Femmes Accouchent-Elles En 2015 ? Résultats D'une Étude Prospective Régionale Multicentrique. » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 44, no. 10 (October 1, 2016): 548–56. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2016.06.010>. Consulté le 11/06/18
- (14) REID A. HARRIS N. « Alternative Birth Positions. » *Canadian Family Physician* 34 (September 1988): 1993–98. Consulté le 27/06/18
- (15) BARASINSKI C. « Practices during the active second stage of labor: a survey of french midwives ». *Midwifery*. 2018. 48-55. Consulté le 10/10/18
- (16) MOREAU Y. « Décubitus latéral ou décubitus dorsal : que préfère le périnée des patientes ? ». *La revue sage-femme*, vol 8, issue 3. 2009. Consulté le 20/11/18
- (17) DOUCIN H. Mémoire de fin d'études de sages-femmes. « Evaluation de l'efficacité de l'accouchement en décubitus latéral ». 2011. Consulté le 21/11/18
- (18) LEFRANC E. Mémoire de fin d'études de sages-femmes. « Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales ». 1981. Consulté le 20/01/19
- (19) INSERM et DREES. « Enquête nationale périnatale. Rapport 2016 ». 2017. Consulté le 05/02/20
- (20) FOURNIER R. Mémoire de fin d'études de sages-femmes. « Objectifs de PNP : attentes et satisfaction des femmes ». 2018. Consulté le 05/02/20

## Annexes

---

### Annexe 1 : Questionnaire

Bonjour, Je m'appelle Diane Vincenti et je suis étudiante sage-femme en quatrième année à l'école de sages-femmes de Limoges.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise un état des lieux sur les connaissances et les pratiques des sages-femmes concernant l'expulsion en décubitus latéral. Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire. Le temps est estimé à 5min. Je vous remercie de votre participation.

Questionnaire :

- 1) Quel est votre âge ?
  
- 2) Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?
  
- 3) Dans quel type de maternité travaillez-vous ?
  - Type 1
  - Type 2
  - Type 3
  
- 4) A combien estimez-vous le nombre d'accouchements que vous réalisez par an ?
  - < 25
  - Entre 25 et 50
  - Entre 51 et 100
  - Entre 101 et 300
  - > 300
  
- 5) Dans quel service travaillez-vous ?
  - Uniquement en salle de naissance
  - En salle de naissance et dans d'autres services (suites de couche, grossesse pathologique...)
  
- 6) Avez-vous déjà suivi une formation sur l'expulsion en décubitus latéral ?
  - Oui
  - Non

- 7) Concernant la position de l'expulsion en décubitus latéral (cocher la ou les réponses justes):
- La patiente est positionnée de préférence en décubitus latéral gauche
  - Le fémur de la jambe supérieure effectue une abduction et une rotation interne
  - L'angle fémur-rachis de la jambe supérieure doit être inférieur à 90°
  - La jambe inférieure est tendue dans l'axe du rachis de la patiente
  - La poussée se fait sur l'expiration
- 8) Comparée au décubitus dorsal, l'expulsion en décubitus latéral agit sur le confort maternel de part (cocher la ou les réponses justes):
- La diminution des douleurs par l'absence de compression des nerfs lombaires
  - L'augmentation de la sensation de poussée
  - Le sentiment pour la patiente d'être actrice de son accouchement
  - La diminution du temps des efforts expulsifs
  - Une meilleure ventilation maternelle ainsi qu'une diminution des hypotensions
- 9) L'expulsion en décubitus latéral impacte l'état fœtal avec (cocher la ou les réponses justes):
- Une diminution des anomalies du rythme cardiaque fœtal
  - Une diminution des souffrances fœtales avec une diminution des lactates et une augmentation du pH par rapport au décubitus dorsal
  - Une diminution de la saturation fœtale en oxygène
  - Une augmentation de l'Apgar à 1min de vie
  - Une augmentation du risque d'avoir une bosse séro-sanguine
- 10) Concernant la mécanique obstétricale, le décubitus latéral (cocher la ou les réponses justes):
- Diminue le diamètre sous sacro pubien et le diamètre bi-ischiatique
  - Augmente le risque d'extraction instrumentale pour non-progression du mobile fœtal
  - Favorise la nutation
  - Facilite le dégagement de la tête
  - Les mêmes manœuvres de restitution que pour l'expulsion en décubitus dorsal sont utilisées
- 11) Proposez-vous à vos patientes le décubitus latéral pour l'expulsion?
- Toujours
  - Souvent

- Parfois
- Jamais

12) Si vous avez répondu toujours ou souvent à la question 11, est-ce par :

- Volonté de respecter le choix de la patiente
- Volonté de pratiquer des accouchements plus physiologiques qu'en décubitus dorsal
- Volonté de varier les positions des accouchements que vous réalisez
- Confort pour votre pratique

13) Si vous avez répondu jamais ou parfois à la question 11, est-ce par :

- Manque de temps
- Manque de pratique, d'expertise
- Absence de possibilité d'épisiotomie
- Sentiment de manque de contrôle sur l'accouchement
- Difficultés d'installation de la patiente
- Difficultés à quantifier les pertes sanguines

# Les connaissances et pratiques des sages-femmes de salle de naissance du territoire Limousin sur l'expulsion en décubitus latéral

---

37 pages

Mémoire de fin d'études – École de sages-femmes de LIMOGES – Année universitaire  
2019-2020

## Résumé

La HAS recommande de laisser les patientes choisir leur position d'accouchement, malgré cela le décubitus latéral reste très peu utilisé pour l'expulsion.

Afin d'évaluer le niveau de connaissances et les pratiques des sages-femmes sur ce sujet, nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique au sein des maternités du territoire Limousin.

96% des sages-femmes avaient des connaissances satisfaisantes ou très satisfaisantes de l'expulsion en décubitus latéral. Sur l'ensemble des sages-femmes, 91% ont indiqué le proposer souvent ou parfois à leurs patientes dans le but de respecter le choix de leur patiente et de pratiquer des accouchements plus physiologiques.

**Mots-clés :** niveau de connaissances, pratiques, expulsion en décubitus latéral, sages-femmes

