

L'accouchement en position libre peut-il être une solution de rechange à l'accouchement en position classique dans les salles de naissance en Afrique : résultats d'une étude prospective à Cotonou au Bénin

Justin Dénakpo, MD,^{1,2,3} Antionne Lokossou, MD,¹ Josiane Angéline Tonato-Bagnan, MD,¹ Jules Alao, MD,² Benjamin Hounkpatin, MD,¹ Didier Gounou Komongui, MD,¹ D.A. Tamou-Tabé, MD,¹ René-Xavier Perrin, MD¹

¹Hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL) 01 BP 107, Cotonou, Bénin, Service de gynécologie-obstétrique

²Hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL) 01 BP 107, Cotonou, Bénin, Service de pédiatrie

³Service de gynécologie-obstétrique du Centre hospitalier universitaire (CHU) Bretonneau, Tours, France

Résumé

Objectif : Dans la plupart des salles de naissance d'Afrique, il est souvent interdit aux femmes d'adopter une position verticale durant le travail et l'accouchement. L'objectif de cette étude est de déterminer l'effet de la position libre verticale (debout, assise, accroupie), comparativement à la position classique de décubitus dorsal, sur le déroulement de l'accouchement et les issues périnatales et maternelles incluant la satisfaction des mères.

Méthodologie : Nous avons comparé un groupe de 490 parturientes ayant choisi d'accoucher en position libre verticale à 490 femmes accouchées en position classique, à l'Hôpital de la mère et de l'enfant Lagune de Cotonou, du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2011. Les variables examinées sont la durée du travail, le type d'accouchement, la fréquence d'épisiotomie, les indices de bien-être fœtal et néonatal (rythme cardiaque fœtal, Apgar, réanimation) et les issues postnatales maternelles (déchirures périnéales, complications hémorragiques), y compris la satisfaction maternelle. L'analyse descriptive englobe des comparaisons entre les deux groupes.

Résultats : Les deux groupes ont un âge maternel (25 ans) et gestationnel (39 semaines) similaire. Le groupe du choix de la position se distingue par un plus grand nombre de nullipares (53 % contre 40 %, $P < 0,001$) et un niveau d'instruction plus élevé (études secondaires et supérieures : 77,5 % contre 45,1 %; $P < 0,001$). La durée moyenne de la phase active est raccourcie

de 20 minutes en position libre ($P < 0,01$). En outre, la fréquence d'accouchements spontanés augmente en position libre avec dix fois moins d'extractions fœtales instrumentales (0,4 % contre 4,3 %; $P < 0,01$) et deux fois moins d'épisiotomies (3,5 % contre 8,0 %; $P < 0,01$). En position libre, les anomalies du rythme cardiaque fœtal et l'apparition de méconium diminuent dans une proportion de près du triple (2,9 % contre 8,9 %; $P < 0,01$ et 0,4 % contre 1,4 %; $P < 0,01$). Les lacérations périnéales et cervicales sont rares et de nombre semblable dans les deux groupes ainsi que la fréquence des hémorragies de la délivrance. Les mères satisfaites de leur expérience sont plus nombreuses dans le groupe de la position verticale libre que dans l'autre (87,0 % contre 61,2 %; $P < 0,01$).

Conclusion : La position verticale libre semble une option efficace et sécuritaire pour le déroulement du travail et de l'accouchement, et elle est plus satisfaisante pour les mères.

Abstract

Introduction: In most of Africa's birthing units, women are often forbidden to stand during labour and delivery. This study aimed to determine the effect of a freely vertical position (standing, sitting, crouching) compared with the traditional supine position on the course of delivery and on perinatal and maternal outcomes (including the satisfaction level of mothers).

Methods: We compared a group of 490 women who chose to deliver in a freely vertical position with 490 women who delivered in a traditional position, at the Hôpital de la mère et de l'enfant Lagune of Cotonou, from January 1, 2009, to December 31, 2011. Variables studied include length of labour, type of delivery, frequency of episiotomy, fetal and neonatal well-being indices (fetal heart rate, Apgar score, resuscitation), and postnatal maternal outcomes (perineal tears, hemorrhagic complications), including maternal satisfaction. Descriptive analysis includes comparisons between those two groups.

Mots clés : accouchement, positions d'accouchement, issues maternelles, fœtales, néonatales

Conflit d'intérêts : aucun

Reçu le 12 mars 2012

Accepté le 11 mai 2012

Results: Both groups had similar maternal (25 years old) and gestational (39 weeks) ages. The "Choice of position" group had a greater number of nulliparous women (53% vs. 40%, $P < 0.001$) and a higher educational level (high-school diploma and postgraduate training: 77.5% vs. 45.1%; $P < 0.001$). The average length of the active phase was shortened by 20 minutes in women who freely chose their delivery position ($P < 0.01$). Moreover, these women experienced spontaneous delivery in higher numbers, with 10 times fewer assisted deliveries (0.4% vs. 4.3%; $P < 0.01$) and two times fewer episiotomy interventions (3.5% vs. 8.0%; $P < 0.01$) than their counterparts. When women freely choose their delivery position, there are close to three times fewer cases of fetal heart rate anomalies and meconium liquor (2.9% vs. 8.9%; $P < 0.01$ and 0.4% vs. 1.4%; $P < 0.01$). Perineal and cervical tears are rare and occur in similar numbers in both groups, and the same can be said of cases of postpartum hemorrhage. The number of satisfied mothers is higher in the "Choice of position" group (87.0% vs. 61.2%; $P < 0.01$).

Conclusion: The choice of a freely vertical position seems to be an efficient and safe option during labour and delivery, and is more satisfying for mothers.

J Obstet Gynaecol Can 2012; 34(10):947–953

INTRODUCTION

À la conférence interrégionale sur la technologie de l'accouchement en 1985 au Brésil, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'était préoccupée de l'amélioration du vécu de l'accouchement et du confort de la parturiente¹. La position adoptée par la parturiente est un élément déterminant du bon déroulement de l'accouchement et du confort de la femme. Depuis l'antiquité jusqu'à une période récente, outre la déambulation, les femmes ont adopté diverses positions verticales (debout, assise, accroupie, agenouillée ou à quatre pattes) pour accoucher avec moins de douleur et de dystocie².

Accoucher en position accroupie est encore fréquent dans plusieurs pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique du Sud^{1,3}. Cependant, il s'agit surtout d'accouchements à domicile avec l'aide d'une sage-femme, d'une matrone ou d'une accoucheuse traditionnelle.

Il y a trois siècles, Mauriceau a proposé le décubitus dorsal pendant le travail d'accouchement⁴. Cette position s'est imposée dans les sociétés occidentales et s'est ensuite généralisée dans le monde pour les accouchements en milieu hospitalier. Mais dans les dernières années, un mouvement de retour vers la liberté posturale se dessine. Grâce aux travaux de Paciornik⁵ au Brésil et d'Odent⁶ en France, entre autres, l'on assiste à une redécouverte des positions spontanément adoptées par les parturientes, en particulier pour leur accouchement. Une analyse documentaire de l'OMS³, qui remonte à 2006, présente les effets bénéfiques et les risques liés aux différentes positions choisies par les 6 136 parturientes des 20 études recensées, durant leur deuxième stade du travail.

Dans les salles d'accouchement en Afrique et au Bénin en particulier, sévit un « conflit permanent » entre la volonté de la patiente de gérer sa douleur par la déambulation et les instructions de l'équipe obstétricale soucieuse du bien-être fœtal et maternel.

L'objectif de la présente étude est de déterminer l'effet de la position libre verticale, par rapport à la position classique en décubitus dorsal, sur le déroulement de l'accouchement ainsi que sur les issues périnatales et maternelles incluant le degré de satisfaction des accouchées.

MÉTHODOLOGIE

L'étude se déroule à l'Hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL), un hôpital universitaire de Cotonou au Bénin, du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2011. L'hôpital dispose de salles d'accouchement équipées en vue d'un accouchement en position classique (décubitus dorsal) ou en position libre verticale. De plus, l'équipe obstétricale a été formée à la pratique de l'accouchement en position libre avant le début de l'étude par un groupe de pairs gynécologues obstétriciens et de sages-femmes formés au Japon.

Au nombre des critères d'admissibilité figurent quatre consultations prénatales à l'HOMEL à tout le moins, une grossesse unique à terme et l'accouchement par voie vaginale, ainsi que l'absence de facteurs de risque de dystocie fœtopelvienne, d'utérus cicatriciel et de conditions de morbidité maternelle telles que la prééclampsie et l'infection au VIH.

C'est au cours des visites prénatales que le choix de positions à adopter pendant le travail est expliqué aux femmes enceintes. À l'admission en travail, après vérification des critères d'admissibilité, l'étude leur était présentée à nouveau.

Après avoir consenti à participer à l'étude, les parturientes choisissent entre l'une des deux options : accouchement en position dite classique, soit en décubitus dorsal jambes fléchies, ou accouchement en position libre « verticale » incluant la position debout, la position accroupie caractérisée par l'absence d'appui fessier, les genoux étant fortement fléchis, la position agenouillée avec appui sur les genoux et les pieds, et la position à quatre pattes.

Toutes les femmes qui ont choisi la position « libre verticale » durant le travail et qui ont accouché par voie basse sont incluses dans l'étude. Le groupe de comparaison se compose d'un même nombre de femmes sélectionnées de façon aléatoire parmi toutes les femmes ayant accouché en position dite classique qui satisfont les critères d'admissibilité de l'étude.

Tableau 1 Caractéristiques des parturientes des groupes en positions libre et classique

	Libre n = 490	Classique n = 490	P
Âge, ans, moyen ± ET	25,6 ± 11,5	24,9 ± 9,1	ns
Âge gestationnel, sem., moyen ± ET	39,1 ± 1,6	38,8 ± 1,8	ns
Parité, n (%)			< 0,001
nulliparité	260 (53,1)	198 (40,4)	
parité 1	152 (31,0)	141 (28,8)	
parité 2	45 (9,2)	98 (20,0)	
parité > 2	33 (6,7)	53 (10,8)	
Niveau instruction, n (%)			< 0,01
non instruit	59 (12,0)	107 (21,8)	
primaire	51 (10,04)	162 (33,1)	
secondaire	193 (39,4)	127 (25,9)	
supérieur	187 (38,2)	94 (19,2)	

n : nombre; sem : semaines; ET : écart type; ns : valeur P ≥ 0,05.

Les variables étudiées ont trait au déroulement du travail, aux issues périnatales et aux issues maternelles, y compris la satisfaction maternelle. La durée de la phase active du premier stade du travail jusqu'à la dilatation complète, la durée du deuxième stade jusqu'à l'accouchement, le type d'accouchement et la fréquence d'épisiotomie constituent les paramètres d'évaluation du déroulement du travail. Les issues périnatales englobent la fréquence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal durant l'expulsion du fœtus et la présence de méconium dans le liquide amniotique au deuxième stade du travail, l'indice d'Apgar à une et à cinq minutes, la nécessité de réanimation néonatale et de transfert en unité de néonatalogie, ainsi que les décès périnataux. Les issues maternelles comprennent tout décès maternel, les fréquences des déchirures périnéales et cervicales, les ruptures utérines, ainsi que les complications hémorragiques de la délivrance. Enfin, un questionnaire présenté en postpartum aux accouchées a permis d'évaluer leur satisfaction sous l'angle de trois paramètres, soit le vécu de la douleur, la durée du travail et la qualité de l'accompagnement. L'échelle de cotation va de l'insatisfaction (0) à la très grande satisfaction (2) en passant par la satisfaction (1). La note de quatre ou plus sur six est considérée comme reflétant une satisfaction globale à l'égard de l'expérience du travail et de l'accouchement.

Nous avons procédé au calcul de la taille de l'échantillon selon la formule de Schwartz⁷ destinée à l'étude de cohortes, sur la base d'un taux d'accouchement en position libre de 17 %, lors d'une étude préliminaire effectuée au même centre. Le nombre minimal nécessaire était de

217 parturientes dans chacun des deux groupes, pour une marge d'erreur de 5 %.

Les données ainsi collectées ont été analysées avec les logiciels SPSS ou EpiInfo. Les résultats sont présentés de façon descriptive principalement sous la forme de la fréquence des résultats. Par la suite, nous avons établi les comparaisons entre les deux positions de travail et d'accouchement en fonction du test du chi-carré de Pearson, du test exact de Fisher ou même du test t de Student, lorsque cela était approprié. La différence statistique est jugée significative lorsque la valeur P est égale ou inférieure à 0,05.

Cette étude a reçu l'approbation éthique de l'hôpital au préalable et toutes les parturientes ont consenti à participer en bonne et due forme. Toutes les données ont été recueillies de façon confidentielle avec l'assurance qu'aucune parturiente ne sera identifiée.

RÉSULTATS

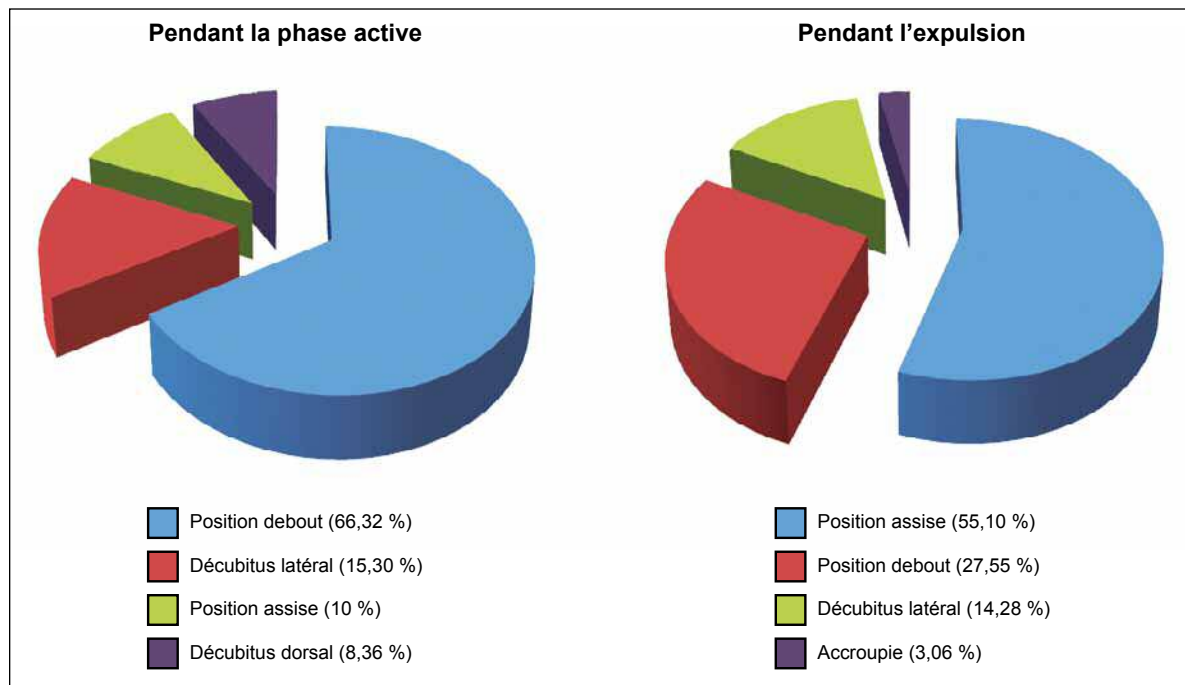
Fréquence de l'accouchement en position libre

Durant les trois ans de l'étude, 490 parturientes ont choisi l'expérience de l'accouchement en position libre sur un effectif de 6 670 accouchements par voie basse, soit 7,4 %. Cette fréquence a varié de 6,4 % en 2009 à 8,4 % en 2011.

Caractéristiques des parturientes

Dans les deux groupes, l'âge maternel moyen est de 25 ans (voir le tableau 1). Il en va de même de l'âge gestationnel qui est de 39 semaines (voir le tableau 1). En ce qui concerne la

Positions adoptées par les parturientes



parité, la majorité des nullipares (53,1 %) ont choisi l'option de la position libre d'accouchement alors que la grande majorité des femmes ayant accouché auparavant (59,6 %; $P < 0,001$) ont préféré la position classique (voir le tableau 1). Les femmes qui ont choisi la position libre durant le travail semblent aussi avoir un niveau d'instruction plus élevé (études secondaires et supérieures) que dans le groupe de la position usuelle (77,5 % contre 45,1 %, $P < 0,01$).

Nature de la position durant le travail du groupe accouchement en position libre

Du groupe des parturientes ayant opté pour une position libre, les deux tiers (66,3 %) ont traversé le travail en position debout, alors qu'une femme sur six (15,3 %) l'a fait en décubitus latéral. À noter que près d'une femme sur 12 (8,3 %) était en décubitus dorsal durant le travail et qu'aucune de ces femmes n'a accouché dans cette position (voir la figure). À la phase de l'expulsion, plus de la moitié (55,1 %) des femmes ont donné naissance en position assise, plus du quart (27,6 %) en position debout et les autres, soit en décubitus latéral (14,3 %), soit accroupies (3,1 %) (voir la figure).

Déroulement de l'accouchement

Dans les deux groupes, plus de huit femmes sur dix ont été admises en travail actif spontané, les autres étant provoquées. Pour ce qui est du recours à l'oxytocine, la proportion est sensiblement la même dans les deux groupes, à savoir de 10 % à 12 % des parturientes (voir le tableau 2).

La phase active jusqu'à la dilatation complète du col est abrégée significativement de près de 20 minutes chez les parturientes en position libre, soit une réduction de 11 % comparativement à la position classique ($159,5 \pm 23,6$ minutes contre $179,3 \pm 19,9$ minutes; $P < 0,01$). Il en est de même de la durée du deuxième stade du travail de la dilatation complète du col jusqu'à l'accouchement : 435 femmes (88,8 %) en position libre et 403 femmes (82,2 %) du groupe en position classique ont accouché en moins de 15 minutes ($P < 0,01$; voir le tableau 2).

La fréquence d'accouchements spontanés augmente de façon significative en position libre (99,6 % contre 95,7 %; $P < 0,01$) et l'on assiste à dix fois plus de recours à l'extraction fœtale instrumentale dans le groupe de position classique (4,3 % contre 0,4 %; $P < 0,01$). De la même façon, la fréquence de l'épisiotomie double (8,0 % contre 3,5 %, $P < 0,01$) dans le groupe de la position classique, comparativement au groupe de la position libre (voir le tableau 2).

Issues périnatales

Quant aux anomalies du rythme cardiaque fœtal et à l'apparition de méconium durant le deuxième stade du travail, jusqu'à l'accouchement, leur fréquence triple dans le groupe de la position classique comparativement au groupe de la position libre : 8,0 % contre 2,9 % ($P < 0,001$) et 1,4 % contre 0,4 % ($P < 0,01$) respectivement (voir le tableau 3).

Néanmoins, à la naissance, il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne les indices d'Apgar à une et

Tableau 2 Déroulement de l'accouchement selon la position

	Libre n = 490 (%)	Classique n = 490 (%)	P
Travail spontané	403 (82,3)	410 (83,7)	ns
Recours oxytocine	51 (10,5)	60 (12,2)	ns
Durée moyenne de la phase active, min, moyenne (± ET)	159,5 (± 23,6)	179,3 (± 19,9)	< 0,01
Fréquence phase expulsion de < 15 min	435 (88,8)	403 (82,2)	< 0,01
Mode d'accouchement			
spontané	488 (99,6)	469 (95,7)	< 0,01
assisté	2 (0,4)	21 (4,3)	< 0,01
Épisiotomie	17 (3,5)	39 (8,0)	< 0,01

n : nombre; min : minutes; ET : écart type; ns : valeur P ≥ 0,05.

à cinq minutes, la fréquence de réanimation et les transferts à l'unité de néonatalogie (voir le tableau 3). Un seul décès néonatal est survenu, à cinq jours de vie, dans un contexte infectieux et d'ictère nucléaire; le travail et l'accouchement ayant été marqués par une hyperthermie maternelle traitée par antibiotiques et antipaludiques.

Issues maternelles

La fréquence des lacérations périnéales est du même ordre dans les deux groupes, de 2 % à 3 % (voir le tableau 4). Une seule déchirure du troisième degré a été observée dans le groupe d'accouchement en position classique. Les lacérations cervicales sont rares. Une seule rupture utérine a été décelée par révision utérine à la suite d'une hémorragie postpartum profuse. Une hystérorraphie par laparotomie a été effectuée sans complication opératoire.

Le taux d'hémorragie postpartum est semblable dans les deux groupes, 3,9 % et 4,5 % selon la position libre et classique, respectivement (voir le tableau 4). Un décès maternel a été déploré dans le groupe de la position classique; il s'agit d'une grande multipare (Para 5), à terme, dont le travail a été induit par oxytocine. La cause en est une hémorragie extensive par atonie utérine, survenue une heure postpartum, compliquée de coagulation intravasculaire disséminée, qui n'a pu être contrôlée.

La mesure de la satisfaction maternelle, selon leur position à l'accouchement, illustre que près de 90 % des femmes ayant accouché en position libre (429 sur 490, 87 %) sont satisfaites de leur expérience d'accouchement comparativement à celles qui ont accouché en position classique de décubitus dorsal (300 sur 490, 61,2 %; P < 0,001). Des femmes qui ont déjà accouché au moins une fois auparavant, celles qui ont adopté la position libre sont plus nombreuses à se dire satisfaites (221 sur 230, 96,1 %) que les femmes qui ont opté pour la position classique (174 sur 292, 59,6 %; P < 0,01).

DISCUSSION

Pour autant que nous sachions, la présente étude comparative des effets de la position de la parturiente durant son travail et son accouchement est la première à être rapportée, du moins sur le continent africain. Notre intervention expérimentale (position verticale) a également ceci de particulier que la parturiente a eu la liberté de modifier sa position verticale selon ses besoins et ses préférences, comme en témoignent les changements de position lors de la phase d'expulsion, au profit surtout de la position assise, adoptée par la majorité des parturientes.

Même après avoir fait le tour de la question en période prénatale, moins d'une femme sur dix a choisi d'accoucher d'une nouvelle façon. Ceci peut paraître surprenant et relève de plusieurs facteurs dont certains restent incertains en raison du devis de l'étude voulant que seulement une fraction des femmes ayant accouché en position classique aient été retenues. Dans les deux groupes comparés, les femmes qui ont choisi la position libre étaient en majorité des femmes qui en étaient à leur premier accouchement, sans expérience antérieure avec un niveau d'instruction sensiblement plus élevé. Cependant, 230 femmes comptant au moins un accouchement antérieur en décubitus dorsal ont opté pour la nouvelle possibilité de vivre leur travail et leur accouchement, celle de la liberté de position. Ce choix peut s'expliquer par un vécu de l'environnement et une ambiance des salles d'accouchement ordinaires moins gratifiants. Bien souvent dans les maternités du Bénin, les sages-femmes, obstétriciens et aides-soignantes imposent le décubitus dorsal tout au long du travail. Néanmoins, nous n'avons pas demandé à ces femmes qui avaient déjà accouché la raison de leur choix de la position libre. D'autre part, dans le groupe ayant choisi la position dite classique, près de 60 % des femmes avaient déjà accouché dans cette position et ont préféré répéter l'expérience. La position libre réduit la durée du travail de

Tableau 3 Issues périnatales selon la position libre ou classique à l'accouchement

	Libre n = 490 (%)	Classique n = 490 (%)	P
Anomalies RCF à l'expulsion	14 (2,9)	39 (8,0)	< 0,001
Méconium à l'expulsion	2 (0,4)	7 (1,4)	< 0,01
Indice d'Apgar			
1 min			
> 7	475 (96,9)	466 (95,1)	ns
7 - 3	12 (2,5)	21 (4,3)	
< 3	3 (0,6)	3 (0,6)	
5 min			
> 7	484 (98,8)	487 (99,4)	ns
7 - 3	5 (1,0)	3 (0,6)	
< 3	1 (0,2)	0	
Réanimation	15 (3,1)	24 (4,9)	ns
Transfert néonatalogie	2 (0,4)	1 (0,2)	ns
Décès néonatal	0	1 (0,2)	na

RCF : rythme cardiaque fœtal , min : minute; n : nombre; ns : valeur P ≥ 0,05.

Tableau 4 Issues maternelles postnatales selon la position libre ou classique à l'accouchement

	Libre n = 490 (%)	Classique n = 490 (%)	P
Lacération périnéale	14 (2,9)	11 (2,2)	ns
1 ^{er} degré	12 (2,5)	9 (1,8)	
2 ^e degré	2 (0,4)	1 (0,2)	
3 ^e degré	0	1 (0,2)	
Lacération cervicale	3 (0,6)	5 (1,0)	ns
Rupture utérine	0	1 (0,2)	
Hémorragie postpartum	19 (3,9)	22 (4,5)	ns
Décès maternel	0	1 (0,2)	ns

n : nombre de femmes; ns : valeur P ≥ 0,05.

11 %, soit de 20 minutes. Cette réduction est du même ordre de grandeur que celle observée par Golara dans son étude en 2002⁸. La baisse de la durée du travail, due à la verticalité et à l'effet de la pesanteur accélérant la descente du mobile fœtal, est associée à une meilleure efficacité des contractions utérines comme le démontrent Mendez-Bauer⁹ et Caldeyro-Barcia¹⁰. La diminution du nombre d'accouchements assistés par extraction instrumentale, d'un facteur de 10 ici, se compare à la réduction de 15 % observée dans la méta-analyse de Nikoderm¹¹ regroupant 19 études randomisées chez 5 764 parturientes. Notre réduction de moitié des épisiotomies dans l'accouchement en position libre va dans la même direction que les observations de M^{me} De Gasquet¹².

La diminution notable d'extractions instrumentales et d'épisiotomies s'expliquerait par l'optimisation des dimensions du bassin, surtout en position agenouillée et accroupie. Cette dernière position semblerait élargir les diamètres antéropostérieur et transversal du détroit inférieur jusqu'à deux centimètres, expliquant ainsi la réduction des extractions instrumentales et la nécessité d'épisiotomie.

Pendant la phase d'expulsion, les anomalies du rythme cardiaque fœtal sont deux fois plus fréquentes en position de décubitus dorsal, soit l'un des motifs de l'augmentation décuplée des extractions instrumentales relevées dans ce groupe. La méta-analyse de Vendittelli¹³ constatait elle aussi

une réduction de moitié des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RC : 0,46; IC à 95 % : 0,30 - 0,69) à la position verticale, ainsi qu'une réduction conséquente mais non significative de la fréquence des indices d'Apgar < 7 (RC : 0,72; IC à 95 % : 0,46 - 1,13). Notre étude révèle elle aussi une tendance non significative dans le même sens au test effectué une minute après la naissance, ainsi qu'en ce qui a trait à la nécessité de réanimation néonatale.

La présente étude recense une fréquence très faible, similaire dans les deux groupes, de lacérations périnéales et cervicales. Aucune lacération périnéale du 3^e degré n'a été observée dans le groupe de la position verticale et aucune lacération périnéale du 4^e degré n'a été observée. La littérature à ce sujet est contradictoire : augmentation pour certains¹⁴ et diminution des lacérations périnéales du 3^e et 4^e degré pour d'autres¹³.

Quant à la fréquence des hémorragies postpartum, elle se rapproche de 5 % dans les deux groupes et le seul décès maternel est dû à cette complication. Ici encore, les auteurs ne s'entendent pas : De Jong¹⁵ n'a pas cerné de différence alors que la méta-analyse de Vendittelli¹³ décèle une hausse de l'hémorragie de la délivrance (RC : 1,71; IC à 95 % : 1,31 - 2,23) en position verticale. Les raisons invoquées sont confuses : moins bonne rétraction utérine en position verticale, béance des veines périnéales, effet de la gravité ou même possibilité de sous-estimation des pertes en position allongée¹³.

À l'unanimité ou presque (221 des 230 femmes, 96,1 %), ce sont les femmes qui ont déjà eu au moins une expérience d'accouchement en décubitus dorsal qui se disent le plus satisfaites de l'accouchement en position libre. Ce constat est corroboré par les quelques études publiées sur le sujet¹⁴⁻¹⁶, dont l'une fait état d'une réduction importante de la douleur¹⁵.

CONCLUSION

La présente étude démontre les bienfaits de laisser à la parturiente la liberté de position durant le travail et l'accouchement dans les salles de naissance, du moins au Bénin, notamment sur les plans de la durée du travail et de la sécurité pour l'enfant et sa mère avec une satisfaction très élevée chez la grande majorité des mères.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé. Accoucher autrement. Les recommandations de l'OMS. Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement. Fortaleza, Brésil; 22 au 26 avril 1985. Paraît à <http://accoucherautrement.free.fr/Recommandations-OMS.htm>; consulté en mai 2008.
2. Lucas C, Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. *Gynecol Obstet Fertil*, 2005;33:533-8.
3. Lavender T, Mlay R. Position lors de la seconde phase du travail pour les femmes sans anesthésie péridurale : Commentaire de la Bibliothèque de santé génésique (dernière révision : le 15 décembre 2006). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève : Organisation mondiale de la santé.
4. Mauriceau F. Des maladies des femmes grosses et accouchées. Paris, France : Jean Henault; 1668.
5. Paciornik M. Apprenez l'accouchement accroupi. Éditions Pierre-Marcel Favre, Lausanne 1982.
6. Odent M, Husson JF, Yannotti S. Les positions de la mère au cours de l'accouchement. *Cahiers du nouveau-né*, 1983;4:13-28.
7. Schwartz D. Méthodes et statistiques à l'usage des médecins et biologistes, 4^{ème} édition. Paris : Éditions Médecine Sciences Flammarion; 1995.
8. Golar M, Plaat F, Shennan AH. Epidural analgesia. *Int J Obstet Anesth*, 2002;11:19-22.
9. Mendez-Bauer C, Arroyo J, Garcia-Ramos C. Effects of standing position on spontaneous uterine contractibility and other aspects of labor. *J Perinat Med*, 1975;3:89-100.
10. Caldeyro-Barcia R. The influence of maternal position on time of spontaneous rupture of membranes, progress of labor and foetal head compression. *Birth Fam J*, 1979;6:7-15.
11. Nikodem VC. Upright vs recumbent position during second stage of labour. *The Cochrane Collaboration*, 1995. Issue 2, Oxford : Update Software.
12. De Gasquet B. Bien-être et maternité, 2^{ème} édition. Implexe éditeur, Paris : Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté; 1997.
13. Vendittelli F. Position allongée ou verticale durant le 2^e stade du travail : revue des métaanalyses. 28^e Journées de la Société française de Médecine Périnatale, Arnette Éditions, Paris, 1998 : 167-76.
14. Stewart P, Spiby H. A randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair. *Br J Obstet Gynaecol*, 1989;96:327-33.
15. De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians D, Westuisen S, Jones PW. Randomized trial comparing the upright and supine position for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol*, 1997;104:567-571.
16. Paufichet C. Intérêt obstétrical du changement de position au cours du travail. *La revue Sage-femme* 2004;3:197-203.