

<b>Zeitschrift:</b>	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	88 (1990)
<b>Heft:</b>	9-10
<b>Artikel:</b>	Positions pour le travail et l'accouchement
<b>Autor:</b>	Cittadini, Marisa / Cairney, E.M. / Alleman, M.A.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-950363">https://doi.org/10.5169/seals-950363</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 23.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Positions pour le travail et l'accouchement

Travail de Marisa Cittadini, infirmière sage-femme, en collaboration avec E.Mc. Cairney, infirmière sage-femme, et Dr M.A. Alleman, obstétricien.

## Introduction

Toutes les notions rapportées ne concernent que la grossesse et l'accouchement normaux.

Cette dernière décennie de nombreux obstétriciens se sont penchés sur la question des différentes positions d'accouchement envisageables et de leurs répercussions respectives.

C'est une partie de leurs conclusions que nous présentons dans ce travail. Une estimation primordiale s'en dégage: le fait d'imposer aux femmes la position en décubitus dorsal et sur tiges pour l'accouchement repose sur des facteurs culturels, de mode, de confort de l'obstétricien et de ses assistants plutôt que sur des bases physiologiques.

En effet, avant le 17ème siècle, nous n'avons aucune notion de l'accouchement en décubitus. Que ce soit dans l'Antiquité ou plus tard, chez les Egyptiens, comme chez les Romains ou les Indiens, dans l'acte de mise au monde la femme est toujours représentée en position verticale – debout, accroupie, assise ou à genoux.

La première démarche scientifique dans le domaine de l'obstétrique fut entreprise par le français François Mauriceau (1637-1709), qui fournit une exacte description anatomique et physiologique des organes génitaux féminins. Il fut le premier à apporter une aide instrumentale à l'accouchement en utilisant le forceps de Chamberlain.

C'est ainsi que débute l'installation de la parturiente en position couchée pour l'accouchement, la pose du forceps étant plus aisée, mais c'est aussi ainsi que s'instaura progressivement la position horizontale standard pour l'accouchement. La découverte du stéthoscope obstétrical vers 1850 renforcera encore cette tendance, les BCF étant mieux perçus lorsque la femme est couchée.

## Positions possibles

### Verticales

- Debout
- Assise
- Accroupie
- À genoux

### Horizontales

- Decubitus – latéral
  - dorsal
  - ventral
- Genupectoral
- Trendelenbourg
- Lit cassé non sur tiges
- Demi assise
- Sur tiges

## Avantages presumés de la position verticale

### Gravité:

- Pression sur le col: + 25 mm Hg
- Meilleure adaptation tête – bassin

### Diamètres du bassin

Augmentés de 1-2 cm en pos. assise ou accroupie

### Contractions

	Fréquence	Intensité
Dorsale	+++	+
Latérale	++	++
Verticale	+	+++

### Force des poussées

Augmentée d'environ 30%

## Avantages et désavantages des positions courantes

### Accroupie ou assise

- Elargit le pelvis
- Augmente force de poussée
- Gravité
- Pas de syndrome veine cave
- Diminue douleurs lombaires
- Moins d'incontinence urinaire d'effort secondaire

- Difficulté d'intervenir
- Oedème col et vulve
- Hémorragie troisième phase = phase de délivrance

### Latérale

- Confort
- Pas de syndrome veine cave
- Accès au périnée

Forceps acc. siège ou post. difficiles

### Sur tiges

- Asepsie aisée
- Surveillance mère et foetus facile
- Accès au périnée
- Adaptée aux manœuvres obstétricales
- Confort de l'accoucheur

- Syndrome veine cave
- Poussée moins efficace
- Inconfort de la patiente
- Rares lésions des membres inf. dues aux tiges

## Positions durant la première phase = phase de dilatation

### Choix des patientes

Carlson 86

80 patientes. Choix libre de la position

599 positions différentes observées

Fréquences des changements de position diminuée en cours de travail

### Position choisies

Dec. lat. G	31 %
Demi assise	25%
Dec. lat. D	15%
Marche	13%
Assise	9%

Stewart 84

30% des primipares et 50% des multipares marchent durant le travail

### Durée première phase

	Horizontal	Vertical	
Mitre 74	6,85 h	5,42 h	p < 0,05
Caldeyro	3 h	2,25 h	p < 0,01
Barcia 76			
Mc Manus 78	5,6 h	5,3 h	NS*
Chen 87 P	254 m	195 m	NS
	M 125 m	72 m	p < 0,05

La première phase pourrait être raccourcie par la position verticale

\*NS = non significatif

### Marche versus position fixé

Williams 80

- Durée du travail
- Incidence souffrance foetale NS
- Mode d'accouchement

Flynn 78, étude randomisée

- Durée du travail
- Besoin analgésie Diminués
- Besoin oxytocine

Stewart 84

Durée du travail diminuée

Marche durant le travail éventuellement bénéfique en tout cas pas néfaste

## Seconde phase = phase d'accouchement études randomisées

### Choix des patientes

Gupta 89 40% randomisées assises refusent

Turner 80 20% randomisées assises refusent

Rossi 86 Demi assise 50% Dec. lat. 30% Verticale 20%

Carlson 86 45% primipares choisissent assise

Aucune patiente ne choisit le decubitus dorsal

### Durée seconde phase (min)

	Assise	Couchée	
Martilla 83	P* 42	41	NS
	M* 22	25	NS

	Assise	Couchée	
Stewart 83	P 81	94	NS
	M 18	26	NS

	Assise	Couchée	
Gupta 89	P 69	59	NS
	M 17	22	NS

	Assise	Couchée	
Turner 86	P 58	56	NS
	M 20	19	NS

	Assise	Couchée	
Chen 87	P 30	58	p<0,05
	M 20	22	NS

	Assise	Couchée	
Gardosi 89	31	45	p<0,05

Position assise sans influence

P\* primipare, M\* multipare

### Intensité des cu

Caldeyro Barcia 76

– Verticale 160 U Montevideo

– Horizont. 130 U Montevideo

Chen 87

Différence non significative

Position verticale n'augmente pas l'intensité des CU de façon certaine

### CTG

Martilla 83

Position assise diminue la fréquence des décélérations variables

Décélérations tardives et bradycardie idem

Chen 87

Idem

Pas d'effet délétère de la position assise

### Forceps et ventouses (%)

	Assise	Couchée	
Martilla 83	4	12	NS

	P	M	
Stewart 83	24	2	NS

	P	M	
Gupta 89	17	2	NS

	P	M	
Turner 86	20	5	NS

	P	M	
Caldeyro Barcia 78	0,7	4	p<0,02

	P	M	
Chen 87	22	3	p<0,05

	P	M	
Gardosi 89	9	16	p<0,05

En tous les cas la position assise n'engendre pas une augmentation du nombre de forceps

### Périnée (%)

	Assise	Couchée	
--	--------	---------	--

	P	M	
Stewart 83	13	13	NS

	P	M	
Déch. degré	16	12	NS

	P	M	
Périnée	20	5	p<0,01

	P	M	
Gupta 89	12	24	NS

	P	M	
Déch. degré 2	40	10	p<0,02

	P	M	
Episiotomies	33	66	NS

	P	M	
	20	31	NS

### Gardosi 89

Déch. degré 2

26

37

NS

Périnée intact

46

32

p<0,01

### Cottrel 86

Déch. degré 2

52

23

NS

Episiotomies

82

91

NS

### Turner 86

Déch. degré 2

36

19

p<0,05

Périnée intact

12

22

p<0,05

– Pas de déchirure degré 3 rapportée

– Nombre de déchirures inversément proportionnel au nombre d'épisiotomies, c'est-à-dire que si il y a épisiotomie, le risque de déchirure est diminué

– Position assise diminue le nombre d'épisiotomies et augmente le nombre de déchirures

– Le nombre de périnées intacts est identique

### pH et apgar

Humphrey 74

40 patientes randomisées dec. lat. versus dorsal

pH scalp en début seconde phase Différence pH scalp et pH ombilical augmentée après 15 minutes significativement plus sur le dos que sur le côté

Aucune étude ne montre de différence significative entre les positions assise et couchée

### Hémorragie post partum

Serait augmentée en position assise pour certains auteurs, mais elle est mieux quantifiable en position assise que couchée

### Oedème vulvaire

Serait augmenté en position assise pour certains auteurs

## Conclusion

Aucune raison scientifique de garder les femmes couchées durant le travail. C'est à nous de repenser et de faire évoluer nos mentalités, de remettre en question nos méthodes.

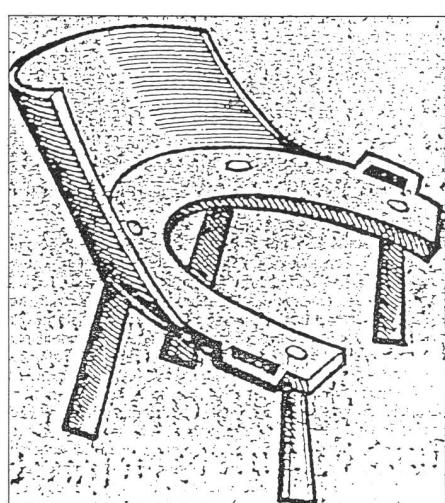
Pas de position idéale pour accoucher. Nous n'avons pas le droit d'imposer une position plutôt qu'une autre, chaque accouchement a ses particularités et pourquoi ne pas essayer par tous les moyens de le mener à bien.

Aucune position ne nuit au foetus hormis le décubitus dorsal prolongé.

Rares sont les patientes qui choisissent d'accoucher sur tiges. En respectant le choix des patientes, nous favorisons leur collaboration.

Quand cela est possible, laissons les femmes choisir la position.

Chaise d'accouchement du XIV<sup>e</sup> siècle



Matelas adapté pour un accouchement assis



Par possible, nous entendons:

- situation normale: grossesse physiologique et accouchement eutocique.
- matériel adéquat: appareils de CTG munis d'une télémétrie, coussins ou wedge pouvant s'adapter aux lits obstétricaux habituels afin de soutenir la femme dans la position désirée. A noter qu'on assiste sur le marché à un développement de la fabrication de chaises obstétricales sophistiquées fort coûteuses et pas nécessairement indispensables.
- personnel expérimenté et motivé.

En guise d'illustration de ces propos sur les postures d'accouchement, voici le résumé d'un texte écrit par le Dr. Nicolas Journet dans la revue *Science et Vie* (1985):

Donner le jour est un acte sur lequel la médecine moderne exerce un contrôle serré et exclusif.

Un médecin anglais nommé Engelmann entreprit, à la fin du siècle dernier, de découvrir la posture la plus naturelle dans laquelle une femme pût accoucher.

Soucieux de rigueur, il compara deux sources d'informations: celle des peuples dits primitifs, et celle des femmes obligées par les circonstances à accoucher sans assistance. Quelle ne fut pas sa surprise de constater qu'aucune manière de donner le jour ne semblait franchement plus spontanée et universelle qu'une autre. En revanche, il lui fallut reconnaître qu'en dehors de l'Europe de l'époque on ne pratiquait guère «le lit de misère».

En effet, aussi impérative que paraisse aujourd'hui l'association du lit et de la naissance, celle-ci n'a, dans la pratique générale, pas plus de deux siècles d'existence: on la doit à la médicalisation de l'obstétrique et, plus récemment, au «grand naufrage de la culture rurale», c'est-à-dire celui des traditions locales.

Auparavant, et même dans les campagnes du XIX<sup>e</sup> siècle européen la plus grande diversité régnait selon les provinces et peut-être même les usages familiaux.

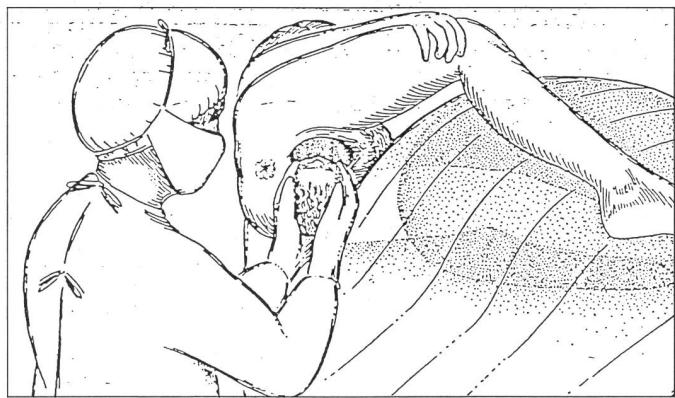
Comment comprendre la formation de variantes dans les traditions locales, sinon comme l'expression de préférences résultant de l'harmonie entre différents domaines de la pensée et de l'expérience?

«Laissons les femmes choisir la position...»:  
Pourquoi pas en décubitus latéral gauche?

*Conduite du dégagement de la tête*



*Position pour le dégagement de l'épaule postérieure*



En Europe, en l'absence de prescription arrêtée, on trouva, semble-t-il, des raisons d'exclure certaines manières de faire, elles ressemblaient trop à celles des animaux. Ainsi, certains accoucheurs du XVIII<sup>e</sup> siècle trouvaient-ils indécent qu'une femme donnât le jour à quatre pattes. Et c'est pour cette même raison que des paysannes refusèrent longtemps de s'allonger à l'instar du bétail qui se couche pour mettre bas. En fait, plus qu'à tout autre aspect du processus de naissance, c'est au premier receptacle de l'enfant que les savoirs traditionnels se sont intéressés pour la charger de signification. Nombreux sont les peuples qui, dans des traditions anciennes ou exotiques, attribuent à l'autochtonie valeur de loi.

C'est sans doute pourquoi chez eux les postures qui favorisent le contact du nouveau-né avec le sol ne peuvent être qu'à l'honneur. Le dépôt sur la Terre, déesse-mère ou simplement lieu d'origine, fait de chaque naissance l'occasion de rappeler celle de l'humanité ou de ses ancêtres. Ces postures d'accouchement verticales supportent une autre métaphore tout aussi répandue dans le monde: la mère est comme un arbre et l'enfant comme un fruit qui, tombé en terre, germe à son tour. Cette façon de voir s'exprime parfois dans

des usages rituels où le placenta est enfoui au pied d'un arbre. L'enfant et l'arbre, liés pour la vie, grandiront ensemble. Avec ces usages, on le voit, c'est, plus que l'accouchement, l'accueil formel de l'enfant et son agrégation au monde que les traditions s'occupent à codifier.

Les variations traditionnelles sont infinies, mais aucune ne semble devoir isoler la posture de l'accouchement comme un élément en lui-même chargé de significations et de rituels, comme si, frappées de l'effrayante naturalité de l'acte, les cultures humaines avaient hésité à l'enserrer dans un carcan de croyances. Et c'est pourquoi la discipline hospitalière moderne, qui tend à se répandre dans le monde entier, est un exemple exceptionnel de dogme en cette matière. La position dorsale couchée est, on le sait, la plus favorable à une surveillance médicale de la progression de l'enfant et à une intervention directe sur le processus. Mais qui sait si, au-delà du principe objectif, cette disposition obligatoire ne recèle pas quelque secrète harmonie avec l'idée selon laquelle, dans la société moderne, l'enfant se propose et la science en dispose.

Résumé  
Denise Vallat

# Admis par les caisses-maladie

# Pulmex® Baby

Bals. peruvian., Ol. aether.

pommade destinée aux nourrissons et aux enfants en bas âge.

Pulmex Baby n'irrite pas la peau délicate du nourrisson. Appliqué matin et soir en frictions légères sur le haut du dos et de la poitrine, Pulmex Baby combat les refroidissements, bronchites, rhume et toux.

Le prospectus d'emballage vous donne les informations détaillées et le mode d'emploi.

