



**HAL**  
open science

# **L'utilisation de la baignoire de dilatation en phase de latence : étude épidémiologique, observationnelle, multicentrique, descriptive des pratiques professionnelles par entretiens individuels auprès de 12 sages-femmes de Lorraine**

Alexiane Chir

## **► To cite this version:**

Alexiane Chir. L'utilisation de la baignoire de dilatation en phase de latence : étude épidémiologique, observationnelle, multicentrique, descriptive des pratiques professionnelles par entretiens individuels auprès de 12 sages-femmes de Lorraine. Médecine humaine et pathologie. 2020. <hal-04344534>

**HAL Id: hal-04344534**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04344534v1>**

Submitted on 14 Dec 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

L'utilisation de la baignoire de dilatation  
en phase de latence

Etude épidémiologique, observationnelle, multicentrique, descriptive des pratiques professionnelles par entretiens individuels auprès de 12 sages-femmes de Lorraine.

Mémoire présenté et soutenu par

Alexiane CHIR

Née le 5 Novembre 1996

Directeur de mémoire : Mme MANGEOT Joëlle

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2015 - 2019



Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

L'utilisation de la baignoire de dilatation  
en phase de latence

Etude épidémiologique, observationnelle, multicentrique, descriptive des pratiques professionnelles par entretiens individuels auprès de 12 sages-femmes de Lorraine.

Mémoire présenté et soutenu par  
Alexiane CHIR

Née le 5 Novembre 1996

Directeur de mémoire : Mme MANGEOT Joëlle

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2015 - 2019

# REMERCIEMENTS

J'aimerais adresser mes profonds remerciements :

À Mme Mangeot, ma directrice de mémoire, pour ses encouragements, ses conseils et surtout sa grande patience pour l'élaboration de ce travail.

À Mme Contreras pour son investissement dans ce mémoire, son soutien et sa disponibilité.

Aux sages-femmes ayant accepté de participer à cette étude et à leur intérêt pour ce sujet.

À ma famille, mes parents, mon frère, pour leur soutien tout au long de ces études.

À Augustin, pour m'avoir encouragé, supporté, d'avoir été présent et de l'être toujours.

À mes copines de promotion, pour ces précieux souvenirs que nous avons bâties ensemble durant ces quatre années et leur soutien incroyable. Nous l'avons fait.

# SIGLAIRE

**AFNA** : Association Française des Naissances Aquatiques  
**ACNM** : American College of Nurse Midwives  
**ARCF** : Altérations du Rythme Cardiaque Fœtal  
**CIANE** : Collectif InterAssociatif autour de la Naissance  
**CNSF** : Collège National des Sages-Femmes  
**CRP** : Protéine C Réactive  
**EN** : Echelle Numérique  
**EVA** : Echelle Visuelle Analogique  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**RCF** : Rythme Cardiaque Fœtal  
**RCIU** : Retard (Restriction) de Croissance Intra Utérin(e)  
**RPM** : Rupture prématurée des membranes  
**RR** : Risque Ratio  
**SF** : Sages-Femmes

# SOMMAIRE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>REMERCIEMENTS .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>SOMMAIRE .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>INTRODUCTION .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>PARTIE 1 : LA BAIGNOIRE DE DILATATION .....</b>                 | <b>9</b>  |
| <b>1. L'HISTOIRE DE L'IMMERSION DANS L'EAU.....</b>                | <b>9</b>  |
| 1.1 HISTORIQUE ET PRECURSEURS .....                                | 9         |
| 1.2 AUJOURD'HUI EN FRANCE .....                                    | 10        |
| 1.3 DANS LA CULTURE OCCIDENTALE.....                               | 10        |
| <b>2. CONTEXTE MEDICAL ET IMPLICATION EN OBSTETRIQUE.....</b>      | <b>11</b> |
| 2.1 LA PHASE DE LATENCE : UN MOMENT CLE DE L'ACCOMPAGNEMENT .....  | 11        |
| 2.2 LA DOULEUR.....  | 12        |
| 2.3 L'HYDROTHERAPIE AU SERVICE DE L'OBSTETRIQUE .....              | 13        |
| 2.4 RECOMMANDATIONS ET CONTRE-INDICATIONS A L'IMMERSION.....       | 14        |
| 2.5 LES RISQUES MATERNELS ET FŒTAUX.....                           | 16        |
| <b>3. UNE FEMME DANS LA BAIGNOIRE .....</b>                        | <b>18</b> |
| 3.1 LE PROJET D'UN COUPLE.....                                     | 18        |
| 3.2 LE CONCEPT DE PUDEUR.....                                      | 18        |
| <b>PARTIE 2 : METHODOLOGIE.....</b>                                | <b>20</b> |
| <b>1. LA PROBLEMATIQUE.....</b>                                    | <b>20</b> |
| <b>2. LES OBJECTIFS.....</b>                                       | <b>20</b> |
| 2.1 L'OBJECTIF PRINCIPAL.....                                      | 20        |
| 2.2 LES OBJECTIFS SECONDAIRES .....                                | 20        |
| <b>3. LES HYPOTHESES .....</b>                                     | <b>20</b> |
| <b>4. LES CRITERES .....</b>                                       | <b>20</b> |
| 4.1 LES CRITERES DE JUGEMENT .....                                 | 20        |
| 4.2 LES CRITERES D'INCLUSION, DE NON-INCLUSION ET D'EXCLUSION..... | 21        |
| <b>5. MATERIELS ET METHODES .....</b>                              | <b>21</b> |
| <b>6. LE GUIDE D'ENTRETIEN .....</b>                               | <b>21</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>PARTIE 3 : RESULTATS</b> .....  | <b>23</b> |
| <b>1. PRESENTATION DE L'ECHANTILLON</b> .....                                      | <b>23</b> |
| <b>2. RESULTATS DES ENTRETIENS AUPRES DES SAGES-FEMMES</b> .....                   | <b>23</b> |
| <b>PARTIE 4 : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION</b> .....                        | <b>32</b> |
| <b>1. ANALYSE DES RESULTATS</b> .....  | <b>32</b> |
| 1.1. DONNEES DE L'ANALYSE ET CONFRONTATION AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE..... | 32        |
| 1.2. VALIDATION DES HYPOTHESES .....   | 36        |
| <b>2. DISCUSSION</b> .....   | <b>38</b> |
| 2.1. ATTEINTE DES OBJECTIFS .....  | 38        |
| 2.2. FORCE DE L'ETUDE .....  | 38        |
| 2.3. LIMITE DE L'ETUDE .....   | 39        |
| 2.4. PROPOSITIONS ET PROJET D'ACTION .....   | 39        |
| <b>CONCLUSION</b> .....  | <b>41</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....   | <b>42</b> |
| <b>ANNEXES</b> .....   | <b>46</b> |

# INTRODUCTION

L'eau est un élément auquel l'homme ne peut se détacher. La terre est recouverte à 71% d'eau, notre corps est composé en moyenne de 65% d'eau et s'hydrater quotidiennement est primordial à une bonne santé. Elle est indispensable au quotidien et nécessaire à son confort. Ainsi, depuis de nombreux siècles certains Hommes ont compris les différentes vertus de celle-ci, et principalement sa vertu antalgique. De là est apparu la balnéothérapie et la thalassothérapie, qui est maintenant utilisée dans plusieurs milieux médicaux et notamment en obstétrique. Lors de l'immersion, l'eau a un effet relaxant, décontractant, ou encore de drainage des membres. Elle est stimulante et facilite les mouvements, ce qui apporte de nombreux bénéfices lorsque celle-ci est utilisée pendant le travail obstétrical.

La prise en charge de la douleur est une notion importante dans l'accompagnement d'une femme lors de son accouchement. La notion d'accouchement sans douleur avait été initiée par le Dr Lamaze dans les années 1950. Et depuis les années 1970 et l'arrivée de l'analgésie péridurale, celle-ci représente la principale prise en charge de la douleur. Mais cette dernière requiert une surveillance rapprochée ainsi que l'atteinte d'un objectif de dilatation cervicale. Cependant aujourd'hui, les femmes se tournent davantage vers une prise en charge d'autant plus physiologique et naturelle en optant pour des alternatives moins technicisées. Parmi les méthodes non pharmacologiques proposées aux parturientes, nous retrouvons donc la baignoire de dilatation. Michel Odent, obstétricien français, est l'un des précurseurs en proposant notamment la piscine de dilatation dès 1970. Il est le premier à voir ses effets bénéfiques et à la recommander à ses patientes aussi bien pour le travail que pour l'accouchement.

Puis les maternités s'équipent davantage : ballon, liane, tabouret, galette, mais également baignoire de dilatation. Les sages-femmes accompagnant les femmes lors de leur accouchement, proposent plusieurs alternatives pour gérer la douleur des contractions utérines. Ce sont-elles qui proposent les différentes méthodes non pharmacologiques aux femmes le désirant et notamment la baignoire de dilatation lorsque cela est possible.

Lors de mes différents stages, j'ai pu observer l'utilisation de cette baignoire, parfois située dans une salle dite « nature » ou simplement dans une salle de pré-travail classique. En fonction des maternités, elle n'était pas proposée de la même manière, ni à la même fréquence. Cependant j'observais déjà ses effets bénéfiques. De là est né un questionnement qui a donné lieu à la problématique suivante : Comment les sages-femmes hospitalières proposent l'utilisation de la baignoire en phase de latence à leurs patientes ?

Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs sur la base du volontariat auprès de sages-femmes hospitalières de trois maternités de Lorraine. Notre étude est une étude épidémiologique, qualitative, observationnelle, descriptive et multicentrique. Notre objectif principal est d'améliorer l'accès à la baignoire en phase de latence et permettre d'uniformiser les pratiques.

Ce mémoire propose dans une première partie le contexte actuel avec l'historique, les recommandations françaises et étrangères, l'implication en obstétrique ainsi qu'un chapitre sur le souhait de la femme et le respect de sa pudeur. La deuxième partie présente le matériel et la méthode utilisée pour réaliser notre étude. En troisième partie nous présentons les résultats de nos entretiens. Et pour finir en quatrième partie, nous analysons les résultats puis nous statuons sur le devenir des hypothèses, sur les limites et les forces de notre étude mais également sur les propositions à venir.

# PARTIE 1 : LA BAIGNOIRE DE DILATATION

## 1. L'HISTOIRE DE L'IMMERSION DANS L'EAU

### 1.1 HISTORIQUE ET PRECURSEURS

La naissance aquatique n'est pas une notion récente, en effet elle était déjà présente dans la mythologie grecque avec la naissance d'Aphrodite, déesse de l'amour, où cette dernière naquit de l'écume de la mer.

Depuis bien longtemps l'eau est utilisée comme moyen thérapeutique. De nombreuses cultures utilisaient des bains d'hydrominéaux, des sources chaudes, ou encore des geysers pour soulager les maux. De là est née l'hydrothérapie, méthode très ancienne consistant à utiliser l'eau à différentes températures destinée à un effet thérapeutique. D'après la littérature, les Assyriens, les Grecs ou encore les Romains ont utilisé l'eau pour soulager les douleurs liées à l'accouchement. [1]

Puis c'est dans cette optique là que plusieurs cas ont été décrits dans la littérature abordant l'accouchement dans l'eau aussi bien dans les légendes que dans les mœurs. Les Egyptiens par exemple faisaient naître dans l'eau certains bébés destinés à devenir prêtre. Les Amérindiens racontaient que les femmes se dirigeaient vers des piscines naturelles pour le travail du fait de leur proximité avec des sources d'eaux chaudes. Ou encore à Hawaï de nombreuses familles seraient nées dans l'eau depuis des générations et des générations il y a de ça 16 000 ans. [2]

En France, la première immersion dans l'eau au cours du travail obstétrical rapportée dans la littérature scientifique, remonte quant à elle à 1803. Elle a été réalisée par un gynécologue obstétricien Français : Dr Embry, à Montpellier qui s'est conclu par un accouchement aquatique. Alors qu'une de ses patientes présentait un travail dystocique de plusieurs heures, il lui proposa une immersion dans l'eau qui lui sera bénéfique avec un accouchement deux heures plus tard.

Frédéric Leboyer, Gynécologue et Obstétricien Français fut lui le précurseur en 1918 de la notion de « naissance sans violence » à laquelle il donna son nom et où il privilégie le bain à température corporelle pour les nouveau-nés.

Mais le principal pionnier de l'accouchement dans l'eau est Michel Odent, chirurgien et obstétricien français qui a popularisé cette méthode en France dans les années 1960-1970, puis dans les pays européens. Il est un des précurseurs de la démedicalisation et suggère l'immersion des femmes dans l'eau chaude pour réduire la douleur et augmenter la détente. En 1970, il crée le concept de « piscine de dilatation ». Il exercera plusieurs années à la maternité de Pithiviers (45) où il réalisera des accouchements dans l'eau, puis s'exilera à Londres où il continuera d'exercer. [3]

Enfin, Thierry Richard, Gynécologue et Obstétricien Français mit en place des baignoires conçues pour la surveillance du travail et l'accouchement en sécurité. Il a écrit de nombreux articles sur le sujet et est le fondateur de l'Association Française des Naissances Aquatiques (AFNA) qu'il créa en 2000. [4]

## 1.2 AUJOURD'HUI EN FRANCE

En France, les accouchements dans l'eau sont très peu communs. Le site internet de l'AFNA recense sept maternités proposant cette pratique dans tout l'Hexagone : La maternité des Lilas (93), Le centre hospitalier de Guingamp (22), La maternité d'Arcachon (33), la polyclinique d'Oléron (64), l'hôpital des Métallurgistes Paris (75), la clinique générale de l'Etang de Berre à Vitrolles (13), ou encore le centre hospitalier du Haut Bugey à Oyonnax (01). Ce nombre peu important est notamment dû aux différentes craintes quant à cette pratique et notamment à ses risques, qu'ils soient vérifiés ou non.

Aujourd'hui la tendance est à la démedicalisation de l'accouchement. Ce terme définissant une logique d'intervention minimale nécessaire, est plaidé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis de nombreuses années, ainsi que par le gynécologue et obstétricien Michel Odent. [5] C'est pourquoi la baignoire de dilatation s'inscrit dans ce mouvement et les maternités s'en équipent. La majorité de celles-ci possèdent des salles dites « natures » ou « espaces physiologiques ». Selon les maternités, nous pouvons y retrouver un lit d'accouchement sans étriers permettant la mobilité de la femme, une baignoire pour la relaxation et aider à la dilatation, un ballon de naissance pour mobiliser le bassin et soulager les maux de dos, une liane en tissu permettant les étirements, ou encore un équipement musical. En Lorraine, 14 des 20 maternités de la région possèdent une baignoire au sein de leur établissement.

Actuellement, neuf maisons de naissances sont expérimentées en France depuis 2016. Toutes permettent un accouchement physiologique sans médicalisation avec un accompagnement global : une seule et même sage-femme accompagne le couple pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum. Nous y retrouvons l'équipement plus ou moins identique à celui présent dans les salles « natures », cependant l'accompagnement y est différent, et la sage-femme présente est entièrement disponible au couple. [6-7]

## 1.3 DANS LA CULTURE OCCIDENTALE

### 1.3.1 En Amérique du Nord

Au Canada, les sages-femmes exercent dans les maisons de naissances ou aux domiciles des patientes. La baignoire est un outil très utilisé pour la phase de latence, la phase active ou encore l'accouchement dans l'eau. Elle est également présente dans les structures hospitalières sous la supervision des obstétriciens.

Aux Etats-Unis, l'American College of Nurse Midwives (ACNM) s'est exprimé quant à l'hydrothérapie pendant le travail et l'accouchement. D'après eux, 6% des femmes ont bénéficié des avantages de l'immersion dans l'eau pour notamment soulager la douleur pendant le travail et/ou l'accouchement. Dans leurs déclarations, ils évoquent d'autres avantages moins évidents notamment la relaxation, la progression de la dilatation cervicale, la résolution de la dystocie du travail mais surtout le coût qui est moindre du fait du non recours à l'analgésie péridurale, ce qui est une notion importante aux vues du système de santé américain. Ils recommandent également, une régulation de la température de l'eau entre 36 et 37,5 °C pour prévenir l'hyperthermie fœtale et le fait que les patientes

peuvent y avoir accès sur demande, après délivrance d'une information présentant les bénéfices et les risques de la méthode. [8]

### 1.3.2 En Europe

En Angleterre, cette pratique est largement développée depuis les années 1980 et les accouchements dans l'eau représentent près de 1% des naissances. Outre-manche nous dénombrons 84 « *birth centers* » ou maisons de naissances qui accueillent les femmes à bas risque obstétrical et à terme dans un environnement calme, apaisant et confortable. Ces lieux possèdent une baignoire et proposent son utilisation pour la détente au cours du travail ou pour accoucher. Les maternités s'en équipent également, 89% d'entre elles rapportent utiliser la baignoire, ainsi The Royal College of Midwife publie régulièrement des recommandations quant à l'utilisation de celle-ci pendant le travail et l'accouchement. [9-10]

En Belgique, 19 maternités proposent l'accouchement dans l'eau. Des baignoires sont mises à disposition aussi bien pour le travail que pour l'accouchement. Par exemple, à l'hôpital Henri Serruys à Oostende, 60 % des accouchements se déroulent dans l'eau. Cette maternité accueille des patientes du monde entier pour accoucher dans leurs locaux mais également des sages-femmes pour former ces dernières à l'accouchement aquatique.

En Allemagne, il existe 150 maisons de naissances environ, toutes équipées de baignoire. Certaines présentent des statistiques de 40 à 50% de naissances aquatiques. 30% des femmes souhaiteraient accoucher dans l'eau et seulement 10% le pourront. [11-12]

## 2. CONTEXTE MEDICAL ET IMPLICATION EN OBSTETRIQUE

### 2.1 LA PHASE DE LATENCE : UN MOMENT CLE DE L'ACCOMPAGNEMENT

Le Collège National des Sages-Femmes (CNSF) a publié en 2016 des recommandations et une définition du travail obstétrical, divisé en trois stades : le premier stade du travail comprenant la phase de latence et la phase active, le deuxième stade du travail comprend la phase de descente et la phase d'expulsion et enfin le troisième stade avec la délivrance placentaire.

La phase de latence, est définie comme allant de « la présence de contractions utérines régulières, associées à des modifications cervicales jusqu'à cinq à six centimètres de dilatation cervicale », phase pendant laquelle aucune intervention n'est nécessaire et il n'y a pas d'objectif fixé de dilatation par heure. En effet le CNSF rappelle qu'il est important pendant la phase de latence et lors d'un travail physiologique, de « savoir attendre et de respecter ce temps », mais également qu'il n'existe pas de notion de stagnation de la dilatation pendant cette période. [13]

Friedman a étudié la durée de cette phase de latence dans ses travaux de 1955. Bien qu'anciennes, ses études ont montré que la durée moyenne chez une primipare était de 8,6 heures en moyenne et pouvant aller jusqu'à 20 heures contre 5,3 heures en moyenne allant jusqu'à 14 heures pour une multipare. [14] Or d'après Friedman, la phase de latence se définit comme la période allant

jusqu'à la dilatation cervicale de trois centimètres. Une étude de 2010 plus récente et à l'échantillon plus important a redéfini la phase de latence et la phase active, il s'agit des travaux de Zhang et al. Ils émettent l'hypothèse que la phase active, notamment chez les primipares, ne commence qu'à partir de six centimètres. (Annexe 1) Mais également qu'intervenir au bout de deux heures de stagnation avant la phase active serait trop restrictif. [15]

## 2.2 LA DOULEUR

La douleur est un élément clé de l'accouchement, bien que difficile à évaluer du fait de la charge affective qui l'accompagne. D'après l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), la douleur se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » Seule la personne qui en est atteinte peut la décrire. [16] Pendant de nombreux siècles, cette notion n'intéressait pas ou peu les médecins accoucheurs, c'est avec les progrès de la médecine du XXe siècle qu'ils s'y sont préoccupés davantage. Le docteur Lamaze fut le précurseur de la notion d'accouchement sans douleur en France. Il proposa dès 1952 des méthodes de relaxation, d'accompagnement de la femme et de respiration après avoir étudié des techniques de psychoprophylaxie soviétique. [17]

Lors de l'accompagnement d'un accouchement, il est indispensable d'être en mesure de pouvoir proposer une prise en charge de la douleur. Pour évaluer cette douleur ressentie, nous pouvons utiliser une échelle validée : L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) et/ou Echelle Numérique (EN) sont des échelles notées de 0 à 10 permettant d'évaluer et suivre une douleur sur plusieurs heures voir plusieurs jours. La douleur est dite modérée lorsqu'elle est cotée supérieure à quatre et intense lorsqu'elle est supérieure à sept. Il n'y a pas de lien direct entre le score obtenu et le type d'antalgique administré, cependant cela est intéressant pour évaluer l'efficacité d'un traitement ou pour suivre la parturiente. Ces critères sont utilisés dans toutes les unités hospitalières et notamment à la maternité où il permet de quantifier la douleur des contractions et leur évolution au cours du travail. C'est un bon indicateur pour proposer à une patiente l'utilisation de la baignoire et évaluer son efficacité. [18-9]

Lors de la première phase du travail, la douleur provient des contractions utérines et notamment de la dilatation du col et de la formation du segment inférieur, zone où les récepteurs sensitifs sont les plus nombreux. Différents facteurs influencent cette douleur et notamment : la parité, l'anxiété, le soutien et l'accompagnement par les professionnels, l'âge maternel et la durée du travail.

L'arrivée de l'analgésie péridurale et son développement a permis de prendre en charge efficacement la douleur liée au travail et à l'accouchement, elle représente la technique de choix en obstétrique. 82% des femmes ont recours à la péridurale lors d'un accouchement voie basse en 2016 ; ce qui fait de la France un des pays où la pratique est la plus répandue. [20] Cela est notamment dû à son remboursement à 100% par la sécurité sociale depuis 1994. A contrario ; outre-manche, quatre femmes sur cinq n'ont pas recours à cette analgésie. Ainsi l'utilisation de la baignoire se présente comme être une alternative à la péridurale dans la gestion de la douleur. D'après une étude de Cluett and Burns de 2009, le soulagement de la douleur pendant le travail est l'unique bénéfice démontré de

l'immersion, ce qui a entraîné également une diminution du recours à la péridurale dans cette étude. [21-22]

Dans la baignoire, les femmes peuvent se mouvoir facilement et s'installer dans les positions qu'elles désirent et où elles se sentent à l'aise. (Annexe 2) C'est également un moment de détente et de distraction qui permet d'atténuer le stress et la peur éprouvés par le couple. Les femmes ont le sentiment d'avoir davantage de contrôle sur leur accouchement et l'évolution du travail. [23]

La sage-femme possède un rôle fondamental dans la prise en charge de la douleur. En effet, dès la préparation à la naissance, elle informe et conseille les patientes sur le travail et l'accouchement : elle peut conseiller les massages, la mobilisation, l'utilisation du ballon, l'application de chaud associé ou non à de l'eau, de l'homéopathie parfois ou à l'immersion dans l'eau dans notre cas. Puis au moment du début de travail ces conseils peuvent être appliqués tout en étant accompagné par la sage-femme présente.

### 2.3 L'HYDROTHERAPIE AU SERVICE DE L'OBSTETRIQUE

L'hydrothérapie est reconnue depuis toujours pour ses vertus relaxantes mais également thérapeutiques. Utilisée d'abord pour les personnes souffrant de douleurs lombaires et articulaires, les scientifiques ont ensuite élargi son utilisation (dermatologie, digestion, circulation...). Elle réunit plusieurs principes et propriétés : la poussée d'Archimède, la notion de flottabilité, la pression hydrostatique ou encore l'utilisation de la chaleur.

Une parturiente immergée jusqu'aux épaules, son poids apparent n'est plus que d'environ 20% de son poids réel. Sur tout objet immergé dans un fluide, s'applique la poussée d'Archimède qui est une force allant à l'encontre de la pesanteur : cette poussée définit la flottabilité. Ainsi plus nous nous immergeons dans l'eau, plus notre corps s'allège car la poussée d'Archimède se fait plus forte et libère les articulations et les muscles. Cela permet un meilleur relâchement, une meilleure détente et l'amplitude des mouvements devient également plus importante.

$$\text{Poids apparent} = \text{Poids réel du corps} - \text{Poussée d'Archimède}$$

La pression hydrostatique est une pression qu'exerce un liquide sur un corps immergé. Cette pression est proportionnelle à la profondeur d'immersion et à la densité du liquide, ainsi plus nous sommes immergés plus la pression augmente ; cela a notamment pour effet de drainer les membres.

Une autre notion importante de la balnéothérapie, est l'eau chaude. Elle est considérée comme telle à partir de 34°C. Ainsi à 37°C, l'eau chaude permettra une vasodilatation des vaisseaux sanguins maternels ce qui entraînera un meilleur apport oxygéné au fœtus mais également une décontracture musculaire de l'utérus.

Tous ces éléments réunis justifient l'utilisation de l'immersion pour le pré-travail et davantage pour les femmes souffrant de maux de dos. Au niveau musculaire, l'immersion suscite de façon moins importante les faisceaux neuromusculaires pour ainsi permettre un meilleur relâchement et une

meilleure détente. Cet assouplissement tissulaire serait aussi bénéfique pour la zone périnéale bien que cela ne soit pas définitivement prouvé scientifiquement. [24-7]

## 2.4 RECOMMANDATIONS ET CONTRE-INDICATIONS A L'IMMERSION

### 2.4.1 Les recommandations Françaises

Actuellement en France, aucune recommandation nationale ou régionale n'existe quant à l'utilisation de la baignoire de dilatation, ce qui implique des discordances dans les protocoles des maternités dont ces derniers sont davantage fondés sur des habitudes de pratique que des recommandations. Les indications et contre-indications sont diverses, les protocoles d'hygiène aussi et l'ergonomie de la baignoire en elle-même peut s'avérer différente.

### 2.4.2 Les recommandations anglo-saxonnes

Cependant, de nombreux pays notamment anglo-saxons ont quant à eux rédigés des recommandations fondées sur différentes études sur l'immersion dans l'eau pendant le travail.

Tout d'abord au Canada, The College of Midwives Of British Columbia ont rédigé des recommandations sur l'utilisation de la baignoire pour le travail et l'accouchement. Ici nous nous intéressons uniquement à l'utilisation de celle-ci lors du pré-travail. Ils ont listé les avantages à cette pratique avec tout d'abord les avantages physiques : la pression artérielle est abaissée, la durée du travail peut être réduite, l'étirement périnéal est amélioré pour réduire les lésions périnéales. Mais également des avantages psychologiques et émotionnels comme la flottabilité de l'eau permettant la mobilisation de la femme son confort et sa relaxation sont améliorés. De plus, le sentiment de contrôle maternel augmente et cultive son bien-être émotionnel. Mais surtout cela permet de diminuer le besoin d'un soulagement pharmacologique de la douleur grâce à l'eau chaude qui réduit la perception de celle-ci. Ils décrivent également une diminution de l'intensité et de la fréquence des contractions utérines lors de l'immersion dans l'eau quand celle-ci est proposée avant que le travail ne soit établi. La baignoire est donc un indicateur pour différencier les femmes en « faux début de travail » de celles dont le travail obstétrical a commencé.

Les grossesses simples d'au moins 37 semaines d'aménorrhées associées à un rythme cardiaque fœtal normal c'est à dire sans risque d'acidose sont les critères pour pouvoir bénéficier de la baignoire de dilatation. Sont contre-indiqués, le travail prématuré (avant 37 semaines d'aménorrhées), les infections maternelles par un agent pathogène transmissible par le sang, une fièvre maternelle, une altération du rythme cardiaque fœtal et les problèmes de mobilité pouvant empêcher la sortie de la baignoire en cas de besoin. [28]

Aux Etats-Unis, deux comités se sont exprimés sur l'immersion dans l'eau : l'ACNM et The American Academy Of Pediatrics associé à The American College of Obstetricians and Gynecologists. Le premier confirme les avantages déjà évoqués précédemment et affirme que les infirmières-sages-

femmes ainsi que les sages-femmes sont formées pour fournir les informations nécessaires et évaluer les risques. Elles peuvent fournir les soins aux femmes qui souhaitent une immersion dans l'eau pendant le travail avec notamment la surveillance de la température, la surveillance des signes vitaux maternels et du bien-être du fœtus. Le deuxième est quant à lui plus réticent notamment durant la deuxième phase du travail. Mais ils affirment tout de même que l'immersion dans l'eau durant la première phase du travail réduit sa durée et diminue le recours à l'analgésie péridurale. [29]

En Angleterre, The Royal College of Midwives affirme que l'immersion dans l'eau pendant le travail n'est associée à aucune différence dans le type d'accouchement, le score d'Apgar, l'infection néonatale ou l'admission en néonatalogie du nouveau-né. Ils recommandent l'établissement de protocoles de nettoyage et des procédures de contrôles des infections de la baignoire. Ils confirment la nécessité de la surveillance de l'apyrexie maternelle toutes les heures [30]

Pour conclure, toutes ces instances sont d'accord sur le principal avantage de la baignoire de dilatation : son action antalgique et sa réduction du recours à l'analgésie péridurale. De plus, ils confirment que la température de l'eau doit toujours se trouver entre 36 et 37,5°C. Ils sont en accord sur la proposition de la baignoire de dilatation pendant la première phase du travail, sous condition d'une surveillance étroite ; cependant ils sont davantage exigeants sur l'accouchement aquatique.

La Cochrane a réalisé en 2018 une revue de la littérature comprenant 15 études de 1990 à 2015 dont huit concernent l'immersion et la première phase du travail. La Cochrane a conclu qu'il n'y a pas ou peu de différence entre l'immersion ou non pendant le travail selon le type d'accouchement : 83% vs 82% Risque Ratio pour l'accouchement voie basse, 12% vs 14% RR pour l'accouchement instrumental et 5% vs 4% RR pour la césarienne. De plus il y a une petite réduction du recours à l'analgésie péridurale. [31]

#### 2.4.3 Les contre-indications

Bien qu'aucune recommandation n'existe, nous considérons que les parturientes à bas risque obstétrical peuvent bénéficier de la baignoire de dilatation. Ainsi les contre-indications à l'immersion sont les pathologies pour lesquelles la femme n'est plus incluse dans un accouchement à bas risque. La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations de bonne pratique pour le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées, permettant ainsi de définir les patientes à bas risque obstétrical. [32]

Premièrement, les contre-indications maternelles à l'immersion sont : les pathologies maternelles comme le diabète, pathologies rénales, pulmonaires, cardiaques, la pré-éclampsie, ou encore la cholestase gravidique ; la présence d'une maladie contagieuse : Séropositif au Virus de

l'immunodéficience Humaine ou présence d'Antigène Hbs dans le sang ; les patientes sous péridurale ou nécessitant une perfusion et enfin les patientes présentant un placenta prævia.

Secondairement, les pathologies fœtales tel qu'un liquide amniotique teinté ou méconial, une altération du rythme cardiaque fœtal, un retard de croissance intra-utérin ou encore une prématurité présentent une contre-indication à l'utilisation de la baignoire.

Egalement des contre-indications d'ordre environnemental sont possibles, comme notamment une équipe indisponible ou un défaut de matériel.

Cependant, certaines contre-indications sont relatives et à l'appréciation de l'obstétricien de garde comme les déclenchements aux prostaglandines, la rupture prématurée des membranes supérieure ou non à 24 heures, le portage vaginal d'un Streptocoque B Agalactiae, les femmes présentant un utérus cicatriciel. Ces situations présentent des divergences selon les maternités et leur protocole, le niveau de preuve de ces éléments étant insuffisant. [33-4]

## 2.5 LES RISQUES MATERNELS ET FŒTAUX

### 2.5.1 Le risque infectieux

Le risque infectieux est le premier point qui interpelle les professionnels de santé aussi bien pour la mère que le nouveau-né à naître. En effet nombreux sont ceux qui contre-indiquent l'accès à la baignoire de dilatation aux femmes ayant rompu la poche des eaux. Cependant, d'après la revue de la Cochrane « *plusieurs essais cliniques, des études comparatives, des études de cohortes et des audits n'indiquent aucun risque accru d'infection pour le fœtus* ». Néanmoins, la présence d'un liquide teinté ou méconial représente un facteur de risque et une contre-indication. La société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique affirment qu'il n'y a pas de risque infectieux supplémentaire et la présence d'un portage vaginal au Streptocoque B agalactie n'est pas une contre-indication, même si ce dernier reste un sujet de discordance en France. A noter également que chaque maternité possédant une baignoire, doit disposer d'un protocole de désinfection pour celle-ci. [34-5]

### 2.5.2 L'hydrothermie

Quelques précautions sont à prendre avant l'immersion d'une patiente dans l'eau. Notamment sur la température de l'eau. En effet, une femme immergée dans une eau trop chaude (et donc supérieure à 38°C) peut engendrer une augmentation de sa température corporelle. L'hyperthermie maternelle peut alors entraîner par la suite des complications fœtales : une tachycardie fœtale, une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine ou encore une hypoxie. Par conséquent, l'eau ne doit pas dépasser la température corporelle maternelle mais a contrario, un bain froid ne permettra pas à la femme de bénéficier des effets positifs de celle-ci. [36]

### 2.5.3 La surveillance maternelle

Lorsqu'une parturiente est immergée dans l'eau, celle-ci doit être surveillée étroitement. Tout d'abord il est déconseillé de laisser une femme dans la baignoire sans accompagnant, aussi bien un

proche, qu'un professionnel de santé. En effet, l'eau chaude et son effet vasodilatateur peut entraîner quelques sensations de malaise, nécessitant une sortie de l'eau. Au cours du premier stade du travail, l'HAS recommande une surveillance minimum avec tout d'abord un examen général : prise de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle, de la température toutes les quatre heures et la surveillance des mictions spontanées qui doivent être notées. Puis un examen obstétrical avec une évaluation de la fréquence des contractions utérines toutes les 30 minutes et durant 10 minutes au cours de la phase active sans oublier l'évaluation de la douleur, la proposition d'un toucher vaginal toutes les deux à quatre heures ou avant si la patiente le demande. La sage-femme doit s'assurer du bien-être de la femme, lui proposer la consommation de liquides clairs, l'accompagner et la soutenir autant que possible. L'HAS recommande que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté à leur demande et de mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires pour améliorer leur confort. [36]

#### 2.5.4 La surveillance fœtale

Le fœtus doit être également surveillé. Pour cela, l'HAS recommande une surveillance du rythme cardiaque fœtal soit de manière continue ou discontinue lors de la première phase du travail obstétricale. La surveillance discontinue peut être acceptée lorsque l'effectif hospitalier est suffisant, c'est-à-dire une sage-femme par patiente et dans le cadre d'un accompagnement d'une femme à bas risque obstétrical. Elle peut être réalisée par Auscultation Intermittente ou bien par Cardiotocographie Fœtale, pendant 20 minutes toutes les heures durant la phase de latence. Ou si la femme le souhaite, une surveillance continue peut être proposée. De plus, certains appareils de monitoring fœtal ont l'avantage d'être waterproof et sans fil ce qui s'avère utile pour une immersion. [37]

#### 2.5.5 L'accouchement aquatique

Lorsque l'accouchement dans l'eau n'est pas pratiqué dans la maternité, celui-ci est aussi un risque à craindre pour les professionnels. En effet il se peut que la baignoire ne soit pas adaptée à celui-ci et que les professionnels de santé ne soient pas formés. Parmi les principales préoccupations quant à l'accouchement inopiné dans l'eau, la détresse respiratoire associée à l'hyponatrémie, significatif d'une noyade ou quasi-noyade, est la première crainte évoquée. Cependant dans la revue de la Cochrane de 2018, il a été conclu qu'il n'y a « *aucune preuve d'effets indésirables accrus pour le bébé ou la femme, que ce soit au première ou au deuxième stade du travail* ». Des études démontrent que l'environnement chaud et liquidien dans lequel né l'enfant, inhibe l'activité respiratoire. Ainsi au maximum, la respiration sera retardée d'une minute, le temps de porter l'enfant à la surface.

Dans le cas où la situation deviendrait pathologique ou des complications se présenteraient, la salle où se situe la baignoire doit être équipée de matériel d'urgence pour une sécurité maximale : un système d'appel, le nécessaire pour perfuser en situation d'urgence, un monitoring fœtal, une table/un lit d'accouchement. [38]

### 3. UNE FEMME DANS LA BAIGNOIRE

#### 3.1 LE PROJET D'UN COUPLE

L'utilisation de la baignoire est un souhait qui peut être évoqué dans le projet de naissance du couple. Celui-ci est un support, un outil de communication permettant aux couples de se renseigner, de penser et de réfléchir à leurs envies et ainsi y inscrire leurs souhaits quant à l'accouchement et à ses suites. Pour l'HAS il s'agit de « *l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant [...] Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les parents* »

Dès les années 1960, Michel Odent mettait en garde contre la technicisation de l'accouchement. Lors d'une enquête de 2012 par le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE), un lien a été réalisé entre le vécu de l'accouchement et le respect des souhaits des femmes avec « *90% des femmes dont les souhaits ont été respectés ont très bien ou plutôt bien vécu leur accouchement* » C'est pourquoi le recours à l'utilisation de la baignoire peut être inscrit dans le projet de naissance des couples, lorsque ceux-ci sont informés de son existence dans le service ainsi que de ses bénéfices, indications et contre-indications. [39-41]

#### 3.2 LE CONCEPT DE PUDEUR

L'accouchement est un moment intime au sein d'un couple où la femme est souvent face à sa nudité devant différents acteurs de santé comme les sages-femmes, les aides-soignants, les médecins et parfois des étudiants. Lors de l'utilisation de la baignoire, l'intimité est moindre alors que la femme est nue –ou presque- dans l'eau pendant ce moment qui est présumé être distrayant et relaxant.

Les droits du patient sont un principe essentiel au métier de sage-femme et pour cela, de nombreuses lois y attestent. Premièrement, la Loi Kouchner du 4 mars 2002 du Code de la Santé Publique précise à ce sujet que « *la personne malade a le droit au respect de sa dignité* ». [42] Mais également dans la Charte de la Personne Hospitalisée du 2 mars 2006 est décrit « *Le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et plus généralement à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards.* » [43] Pareillement, dans le Code de Déontologie des Sages-Femmes, il y est écrit que « *La sage-femme doit prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci* » [44] et dans le Code de Santé Publique nous retrouvons que « *La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.* » [45] Nous ne sommes pas égaux face au ressenti de la pudeur mais les professionnels de santé se doivent de respecter au possible celle de leur(s) patient(e)(s). [46-7]

D'après la définition du Larousse, la pudeur est « *une disposition à éprouver de la gêne devant ce qui peut blesser la décence, devant l'évocation de choses très personnelles et, en particulier, l'évocation de choses sexuelles* » [48] tandis que la dignité est définie comme « *le respect que mérite quelqu'un ou quelque chose* ». [49] L'intimité quant à elle se caractérise par le « *caractère de ce qui est intime, profond intérieur. De la vie privée* » [50] La salle de naissance est un des lieux les plus

impudiques, les femmes s'y dévoilent et doivent montrer leur sexe, à plusieurs personnes la plupart du temps. Lorsqu'elles sont sur la table d'accouchement, elles sont couvertes par un drap mais qu'en est-il lorsqu'elles sont immergées dans l'eau ? Parfois, les femmes ayant pour projet d'utiliser la baignoire de dilatation, pensent à emmener un maillot de bain afin de pouvoir en profiter en toute intimité. Cependant lorsque ce n'est pas le cas, celles-ci y vont généralement entièrement nues. Certaines salles proposent alors des paravents afin de proposer une barrière visuelle supplémentaire pour la femme.

# **PARTIE 2 : METHODOLOGIE**

## **1. LA PROBLEMATIQUE**

Au cours de mon expérience en tant qu'étudiante sage-femme et des différentes observations faites lors des stages, j'ai pu remarquer un engouement de plus en plus important pour l'accompagnement vers l'accouchement physiologique le moins médicalisé. Certaines maternités où j'ai effectué mes stages possèdent une salle nature et/ou une baignoire. Sa fréquence d'utilisation a été variée en fonction des lieux, de là est née cette problématique : Comment les sages-femmes hospitalières proposent l'utilisation de la baignoire en phase de latence à leurs patientes ?

## **2. LES OBJECTIFS**

### **2.1 L'OBJECTIF PRINCIPAL**

L'objectif principal de nos recherches est de décrire l'accès à la baignoire en phase de latence et permettre d'uniformiser les pratiques.

### **2.2 LES OBJECTIFS SECONDAIRES**

De notre objectif principal a émané plusieurs objectifs secondaires : Identifier les motifs d'utilisation de la baignoire, identifier les avantages, les freins et les inconvénients liés à l'utilisation de la baignoire, et enfin identifier les contraintes évoquées par les sages-femmes.

## **3. LES HYPOTHESES**

Les hypothèses à notre étude ont été les suivantes : Les sages-femmes respectent le protocole d'utilisation de la baignoire du service ; les sages-femmes proposent la baignoire dans l'objectif de faire avancer le travail ; les sages-femmes proposent la baignoire pour soulager la douleur ; les sages-femmes proposent la baignoire dans le cadre d'un projet de naissance ; les sages-femmes proposent rarement la baignoire car elles évoquent des contraintes matérielles, environnementales et médicales.

## **4. LES CRITERES**

### **4.1 LES CRITERES DE JUGEMENT**

Quatre critères de jugement ont été retenus pour mon étude : le respect du protocole ou non par les sages-femmes ; l'ensemble des motifs évoqués par les sages-femmes ; l'ensemble des freins cités par les sages-femmes et enfin la proposition ou non de la baignoire par les sages-femmes.

## 4.2 LES CRITERES D'INCLUSION, DE NON-INCLUSION ET D'EXCLUSION

L'étude a inclus les sages-femmes exerçant dans une maternité de Lorraine, travaillant en salle de naissances et ayant déjà proposé la baignoire en phase de latence. Les sages-femmes libérales, les sages-femmes hospitalières n'ayant jamais proposé la baignoire ou n'ayant jamais exercé en salle de naissances ont été non-inclus. Enfin les entretiens interrompus ou incomplets ont été exclus.

## 5. MATERIELS ET METHODES

### 5.1 TYPE D'ETUDE

Afin de répondre à la problématique, nous avons décidé de réaliser une étude épidémiologique, qualitative, observationnelle, descriptive et multicentrique fondée à partir d'entretiens réalisés auprès de sages-femmes hospitalières.

### 5.2 LIEUX ET PERIODE DE L'ETUDE

Trois maternités possédant une baignoire de dilatation au sein de leur service ont été choisies : La maternité du centre hospitalier François Maillot de Briey (niveau 1), la maternité du centre hospitalier de Verdun (type 2A) et enfin l'Hôpital Femme Mère Enfant de Mercy (type 2B). Cette dernière a la particularité de posséder deux baignoires au sein de sa salle de naissances. L'étude a été réalisée à partir d'octobre 2018 jusqu'à février 2019.

### 5.3 RECUEIL ET GESTION DE DONNEES

Un courrier électronique a été envoyé aux cadres supérieurs des maternités afin de leur demander leur accord d'étude au sein de leur établissement. Les données ont été recueillies ensuite par des entretiens semi-directifs réalisés après accord de volontariat. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone, retranscrits sur un logiciel de traitement de texte puis analysés sur un logiciel tableur. Tout au long de la procédure le recueil a été anonymisé. Les données recueillies ont été détruites après analyse et publication des résultats.

## 6. LE GUIDE D'ENTRETIEN

Les entretiens ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien composé de six questions principales associées à des questions de relance. Les six questions ont représenté les six thèmes abordés dans notre étude. (Annexe 3) Trois entretiens ont permis de tester le guide puis à le rectifier lorsque cela a été nécessaire. Ils ont été exclus par la suite de notre échantillon.

### 6.1 LES MOTIFS

La première question posée a abordé les motifs ou les indications pour lesquelles les sages-femmes ont pu proposer la baignoire de dilatation aux patientes. L'intérêt étant de lister les situations où les patientes ont pu se voir proposer l'accès à celle-ci et de s'interroger sur les disparités. La fréquence de la proposition d'accès à l'immersion dans l'eau a été également demandée.

## 6.2 LES AVANTAGES

La deuxième question a abordé les avantages observés sur les patientes suite à l'immersion dans l'eau, pour permettre ainsi aux sages-femmes de partager sur leurs différentes expériences avec cette méthode et les effets, positifs ou négatifs, de celle-ci.

## 6.3 LES FREINS ET CONTRE-INDICATION

La troisième question a évoqué les freins et les inconvénients de l'utilisation de la baignoire. Ces freins ont pu être aussi bien d'ordres médicaux mais également environnementaux et matériels. Cela nous a permis de savoir si des disparités ont été présentes au sein des mêmes établissements, ou non.

## 6.4 L'INTIMITE

Lors de l'utilisation de la baignoire de dilatation s'est posée la question de l'intimité pour la patiente l'utilisant, c'est pourquoi nous avons tenu à aborder ce point. Nous avons souhaité lister l'ensemble des propositions faites aux patientes afin de respecter la pudeur de celles-ci et évoquer les divergences possibles entre les différents lieux de l'étude.

## 6.5 L'HYGIENE ET LA SECURITE

Tout d'abord l'hygiène a été un point très important et certainement la première compétence que les sages-femmes ont apprises en entrant dans ce milieu. L'ensemble des professionnels de santé ont connu l'importance de celui-ci et des protocoles ont été parfois rédigés pour une harmonisation des pratiques quant à la désinfection, préparation, protection du matériel ou des soignants lors d'un soin. Il en a été de même pour la sécurité des patientes au sein des services. Nous avons voulu alors connaître ce qui a été mis en place pour la sécurité de la femme lors de l'immersion dans l'eau.

## 6.6 LE PROTOCOLE

Aucune recommandation n'existe en France, comme nous l'avons évoqué précédemment. Cela a été une des raisons pour laquelle nous avons souhaité aborder la question du protocole aux sages-femmes afin de savoir si les services ont rédigé un protocole pour uniformiser les pratiques, mais également pour savoir si les sages-femmes en ont connaissance lorsque ce dernier existe. Une question détaillée sur la température de l'eau a également été posée.

## 6.7 QUESTIONS GENERALES

Afin de connaître davantage la population de l'étude ; le sexe, l'année du diplôme, le nombre d'années effectuées en salle de naissances, le niveau de la maternité exercée ainsi que la possession de formations diplômantes ou non diplômantes ont été demandés. Enfin il a été proposé aux sages-femmes interrogées de faire des commentaires, des remarques supplémentaires à la fin de l'entretien.

# PARTIE 3 : RESULTATS

## 1. PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

Pour cette étude, 12 entretiens ont été réalisés au sein des quatre maternités. Ils ont été répartis de manière équitable avec quatre entretiens en maternité de niveau I, quatre entretiens en maternité de niveau IIA et quatre entretiens en maternité de niveau IIB. L'échantillon a été uniquement composé de femmes.

Les entretiens ont duré environ 30 minutes avec une moyenne de 22 minutes.

Les années d'obtention du diplôme ont varié entre 1995 et 2018, avec une moyenne de 7 ans d'exercice dans le service de salle de naissances.

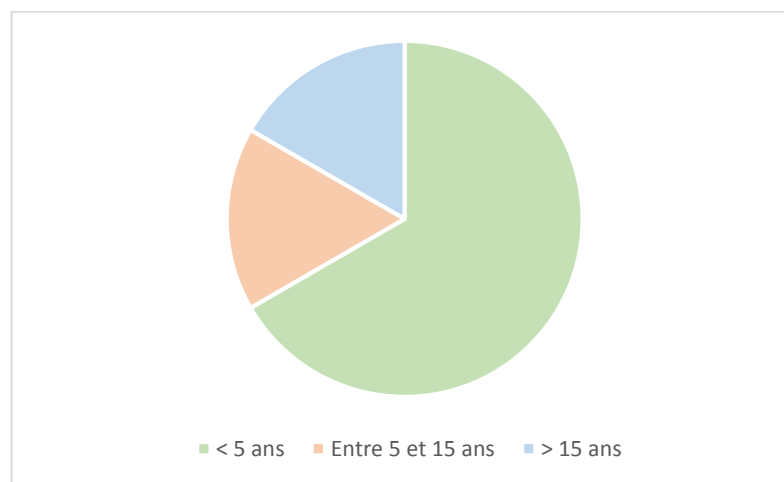


Figure 1: Années d'expérience en salle de naissances des sages-femmes interrogées – Etude utilisation de la baignoire de dilatation en 2018-2019 – Site de Mercy, Verdun, Briey (n=12).

Nous avons désiré également connaître les formations diplômantes et non diplômantes des personnes interrogées. Sept des 12 sages-femmes ont des formations. Parmi celles qui ont été citées, on retrouve la réanimation néonatale pour quatre sages-femmes, accouchement et périnée de Gasquet pour deux sages-femmes et enfin grossesse pathologique, suivi gynécologique de prévention, massage bébé, portage bébé et allaitement ont été citées une fois.

## 2. RESULTATS DES ENTRETIENS AUPRES DES SAGES-FEMMES

Nous avons retranscrit les 12 entretiens et avons classés les résultats en différentes parties représentant chaque question.

### 2.1 LES INDICATIONS A L'UTILISATION DE LA BAIGNOIRE

A la première question, nous avons souhaité savoir pour quels motifs et quelles indications la baignoire a été proposée aux parturientes. Neuf motifs ont été évoqués au cours des entretiens. En moyenne, 3,5 motifs et indications ont été cités par sage-femme interrogée. Parmi ceux-ci, trois motifs mettent plus de la moitié des sages-femmes en accord : l'utilisation de la baignoire pour son action

antalgique (11 SF), dans le cadre du pré-travail (9 SF) ou également lorsque les patientes ne souhaitent pas avoir d'analgésie péridurale (8 SF).

Ensuite certains motifs ont été évoqués plusieurs fois, ainsi la baignoire a été proposée aux patientes en attente d'une analgésie péridurale (5 SF) à la demande de la patiente (3 SF) ou pour la détente (3 SF).

Enfin, trois motifs ont été proposés une seule fois : l'indication dans le cadre d'une stagnation de la dilatation cervicale (1 SF), pour le confort de la patiente (1 SF), ou dans le cadre d'un faux début de travail (1 SF).

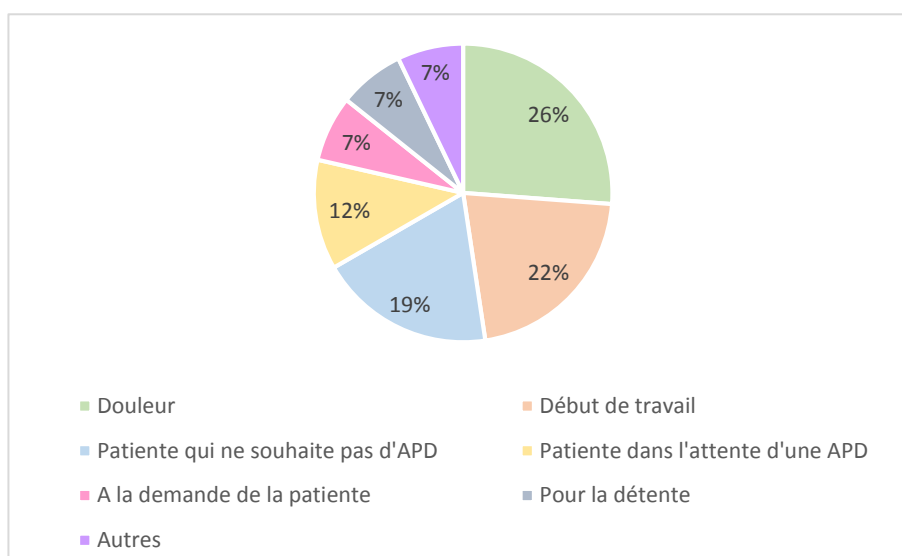


Figure 2 : Les motifs d'utilisation de la baignoire cités par les sages-femmes – Etude utilisation de la baignoire de dilatation en 2018-2019 – Site de Mercy, Verdun, Briey (n=12).

Nous avons voulu également connaître la fréquence de la proposition de l'immersion dans l'eau à la patiente en demandant « proposez-vous de façon systématique la baignoire lorsque les conditions sont réunies et que cela est possible ? » Huit des 12 sages-femmes ont répondu positivement à cette question (66,7%) : « Dès que la salle est disponible et que la femme le souhaite, je la propose à tout le monde » (SF1) « Oui quand il n'y a pas de contre-indication, ça dépend si la patiente peut tout de suite avoir une péridurale et qu'elle la désire, je lui demande quel est votre projet si c'est une péridurale, je dis qu' à la dilatation qu'elle a, elle peut l'avoir mais que si elle veut attendre on est là pour l'accompagner [...]. Donc je la propose quand même à chaque fois » (SF3)

## 2.2 LES AVANTAGES

Nous avons souhaité en apprendre davantage sur les différentes expériences professionnelles des sages-femmes avec la baignoire, c'est pourquoi nous leur avons demandé les bénéfices qu'elles ont pu constater suite à l'immersion d'une parturiente dans l'eau. Nous avons alors recensé neuf avantages que nous avons départagé en deux catégories : les avantages physiques et les avantages psychologiques. En moyenne, nous avons 3,17 avantages par sage-femme.

Tableau 1a : Les avantages physiques à l'immersion d'une parturiente dans l'eau évoqués par les sages-femmes – Etude utilisation de la baignoire de dilatation en 2018-2019 – Site de Mercy, Verdun, Briey (n=12).

|                         | Accélération de la dilatation | Diminution de la douleur | Déclenchement du travail | Modification de la dynamique utérine |
|-------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Nombre de SF ayant cité | 11 (91,7%)                    | 9 (75,0%)                | 2 (16,7%)                | 1 (8,3%)                             |
| Fréquence*              | 29%                           | 23,7%                    | 5,3%                     | 2,6%                                 |

*\*Fréquence calculée sur le total des avantages cités par les sages-femmes*

Tableau 1b: Les avantages psychologiques à l'immersion dans l'eau évoqués par les sages-femmes – Etude utilisation de la baignoire de dilatation en 2018-2019 – Site de Mercy, Verdun, Briey (n=12).

|                         | Détente    | Alternative | Meilleur vécu | Occupation | Pas de médicalisation |
|-------------------------|------------|-------------|---------------|------------|-----------------------|
| Nombre de SF ayant cité | 10 (83,3%) | 2 (16,7%)   | 1 (8,3%)      | 1 (8,3%)   | 1 (8,3%)              |
| Fréquence*              | 26,3%      | 5,3%        | 2,6%          | 2,6%       | 2,6%                  |

*\*Fréquence calculée sur le total des avantages cités par les sages-femmes*

*« En plus d'avoir une action antalgique ça a vraiment une action relaxante et du bien-être. C'est aussi essentiellement pour ça que je l'utilise et en même temps le double effet c'est qu'une fois qu'elles sont bien détendues et qu'elles gèrent un peu mieux et bien on a quand même une dilatation qui est un petit peu favorisée. Ça permet de gagner des fois le centimètre ou les deux centimètres qui manquent pour arriver à des bonnes conditions pour une péridurale. » (SF5)*

*« Je trouve que cela modifie aussi la dynamique utérine, souvent elle va être de meilleure qualité. J'ai vu sur des tendances à l'hypertonie, des contractions qui se régularisent et qui s'espacent, voilà qui sont de meilleure qualité» (SF4)*

L'ensemble des sages-femmes interrogées ont pensé que la baignoire de dilatation a été utile et présente dans toutes les maternités pour pouvoir être proposée aux patientes : *« Je pense effectivement que c'est important dans le sens ou vraiment l'eau c'est unique comme milieu, comme sensation et ce qu'elle peut ressentir là-dedans. Et puis elles sont enveloppées complètement, par rapport à la douche où finalement je pense que tu consommes plus d'eau. [...] et puis elle a l'eau devant et pas l'eau derrière. » (SF5)*

### 2.3 LES INCONVENIENTS ET LES FREINS

Au-delà des avantages vus précédemment, nous avons voulu connaître les inconvénients mais surtout les freins rencontrés en pratique par les sages-femmes qui ont empêché une utilisation optimale et plus fréquente de la baignoire. 15 inconvénients ont été cités, nous les avons classés dans trois catégories : les contre-indications médicales, les freins logistiques et enfin le refus de la patiente. En moyenne, les sages-femmes ont cité 3,25 inconvénients chacune.

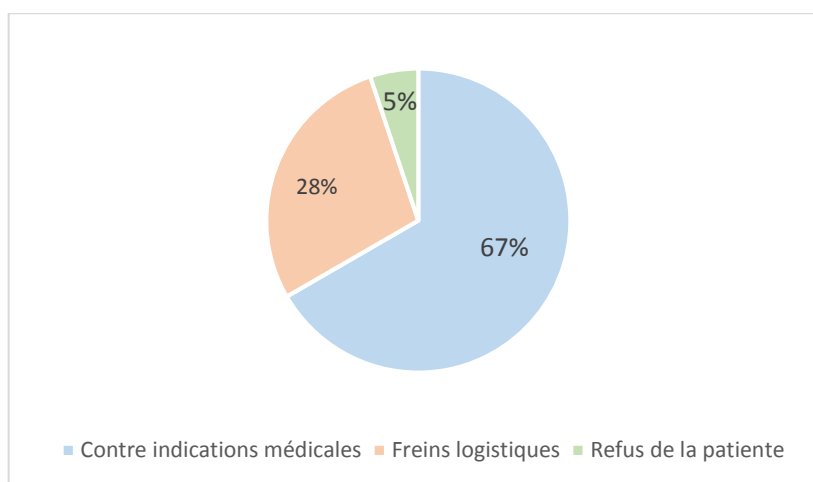


Figure 3: Répartition des freins à l'utilisation de la baignoire parmi ceux cités par les sages-femmes – Etude utilisation de la baignoire de dilatation en 2018-2019 – Site de Mercy, Verdun, Briey (n=12).

### 2.3.1 Les contre-indications médicales

Tout d'abord, les contre-indications médicales ont été les premières situations pour lesquelles les patientes n'ont pas accès à la baignoire, et lors de nos entretiens, neuf situations ont été proposées.

#### **La rupture prématurée des membranes (RPM):**

Cinq sages-femmes sur 12 ont évoqué la RPM comme contre-indication à l'immersion dans l'eau : « à savoir que moi je ne mets pas dans le bain non plus les dames qui ont rompu » (SF9), Cependant certaines ont évoqué cette raison médicale utilisée par d'autres soignants, mais ne l'ont pas contre-indiqué à titre personnel « Il y a des collègues qui ne mettent pas dans l'eau quand y a une rupture... » (SF4) « Y a des médecins qui ne veulent pas quand elles ont rompu » (SF6)

Cette contre-indication a semblé être une interrogation pour certaines sages-femmes, « je me pose la question quand y a une rupture de poche mais il m'est arrivé de mettre des dames avec une rupture de poche » (SF12), « C'est ce qu'on dit après... en même temps y a pas vraiment d'étude qui dit que la rupture il ne faut pas... Mais c'est dans les mœurs quoi » (SF10)

Une des sages-femmes interrogée nous a demandé également à la fin de notre entretien « par contre si tu trouves des études sur les poches rompues ça m'intéresse » (SF10)

#### **La rupture prématurée des membranes associée à un streptocoque B :**

Une précision a été apportée dans certains entretiens. Certaines sages-femmes n'ont pas considéré la RPM comme une contre-indication. Cependant si celle-ci a été associée à un prélèvement vaginal positif au streptocoque B Agalactiae ; alors cela en devient une : « Par exemple je sais qu'ils y en a qui n'aiment pas quand il y a une poche rompue et streptocoque B et qu'ils ne veulent pas mettre dans la baignoire. Donc là je ne les mets pas, mais juste poche rompue je mets » (SF3)

### **Les altérations du rythme cardiaque fœtal (ARCF):**

Cinq sages-femmes sur 12 ont également évoqué les ARCF comme une contre-indication « [...] des altérations du rythme en cours du travail mais à ce moment-là tu ne te diriges plus vers un accouchement physio [...] Mais effectivement celle qui a des altérations du rythme je ne la mettrais pas dedans non plus » (SF5), « un rythme pathologique avant, tu ne vas pas la mettre dans l'eau car tu dois surveiller régulièrement » (SF3)

### **Les pathologies maternelles et fœtales:**

« Les pathologies nécessitant une surveillance accrue » (SF1) a été une contre-indication à l'utilisation de la baignoire pour quatre des 12 sages-femmes : « Effectivement si il y a une pathologie sévère qui demande une surveillance tu ne vas pas la mettre dans l'eau si ce n'est plus physiologique ça paraît évident » (SF4), « tout ce qui est pathologique en fait » (SF7)

### **Le Retard de Croissance Intra Utérin (RCIU) :**

Au cours de deux entretiens, deux sages-femmes ont cité le RCIU comme contre-indication à l'immersion dans l'eau, toutes deux issues de la même maternité : « retard de croissance, tout ce qui est pathologique en fait » (SF7)

### **La dilatation cervicale trop avancée chez une patiente multipare:**

Lorsqu'une patiente multipare a souhaité aller dans la baignoire de dilatation, mais qu'elle a une dilatation cervicale bien avancée, cela a été un frein à l'immersion, comme nous l'ont indiqué deux sages-femmes : « ce qui peut me freiner c'est la dilatation trop avancée chez une multipare » (SF9), « la dilatation trop avancée, la multipare à 7-8 centimètres je ne la mettrai pas dedans » (SF5)

### **L'antécédent d'accouchement rapide :**

Lors d'un entretien, une sage-femme n'a pas proposé l'accès à la baignoire lorsque « Une femme par exemple tu vois qui a accouché rapidement, franchement très très rapide » (SF3), par crainte de l'accouchement inopiné.

### **RPM associée à un syndrome infectieux et/ou fièvre :**

Une sage-femme a évoqué la contre-indication à l'immersion lors de signes infectieux : « Je crois que la seule fois où je ne mets pas dans la balnéo c'est quand y a Strepto B et CRP augmentée (NDLR : Protéine C Réactive, marqueur sanguin d'infection) ou de la fièvre sur une poche rompue. Strepto B de manière générale. Si y a une poche rompue, CRP négative et qu'elle n'a pas de fièvre je la mets dans la baignoire » (SF2)

## **2.3.2 Les freins logistiques**

Ensuite, au-delà des contre-indications médicales, les sages-femmes ont mentionné des freins d'ordre logistique pouvant contraindre à l'immersion dans l'eau.

### **La femme seule :**

Lorsque la patiente a été immergée dans l'eau, une surveillance a été nécessaire, c'est pourquoi plusieurs sages-femmes interrogées ont contre-indiqué l'accès à la baignoire lorsque la patiente n'a pas été accompagnée. « *Si la patiente est seule je ne la mets pas dans le bain, il faut qu'elle soit accompagnée de quelqu'un parce qu'on ne peut pas les surveiller* » (SF7)

Il est possible qu'un professionnel de santé soit resté présent auprès de la patiente lorsque la charge de travail n'a pas été trop importante comme l'a évoqué cette sage-femme « *Une patiente qui est toute seule qui n'est pas accompagnée, je pense que je préférerais qu'il y ait moins de monde en salle, ou que quelqu'un du haut (NDLR : du service de suites de couches) soit là pour surveiller car tu ne sais jamais ce qui peut arriver.* » (SF3)

### **L'activité importante dans le service :**

La salle de naissances est un service d'urgence où l'activité a pu varier d'un jour à l'autre, peu importe le niveau de la maternité. La suractivité a du donc être une contrainte pour une surveillance optimale de la parturiente, même si les sages-femmes ont évoqué que cela n'a pas dû empêcher l'accès à la baignoire « *Le manque de personnel non, la surcharge de travail éventuellement et encore... parce que même si tu as une surcharge de travail pour moi ça ne devrait pas être un frein à une bonne prise en charge des autres patientes donc si elle veut une balnéo oui. Effectivement si tu cours partout peut être dans certaines conditions tu ne vas pas la mettre dedans car tu ne peux pas la surveiller correctement* » (SF5)

### **La baignoire non adaptée et/ou sa localisation peu idéale :**

Pour la maternité de niveau 1, les sages-femmes ont exprimé leur principale contrainte à l'utilisation idéale de la baignoire « *C'est une salle de bain classique, il n'y a pas du tout un décor, il n'y a rien, même au niveau de l'intimité, tu vois la salle un peu cosy. C'est la salle de bain carrelée* » (SF9), « *Elle n'est pas adaptée aux personnes obèses, ce n'est pas très simple ... Elle est toute étroite notre baignoire ce n'est pas une baignoire de travail [...] C'est surtout que la nôtre n'est pas au bon endroit, et puis elle n'est pas adaptée. Ce n'est pas une baignoire de travail mais une baignoire de salle de bain* » (SF12)

### **La salle est indisponible :**

Dans de rares cas, la salle a pu être occupée par une autre patiente. En effet, toutes les maternités ne possèdent qu'une baignoire de dilatation, excepté la maternité de niveau IIB de notre étude. « *Peut-être qu'elle sera occupée car on en a qu'une.* » (SF10)

### **Le manque de sécurité :**

Une sage-femme a abordé le « *Le manque de sécurité autour de la baignoire* » (SF8) lors de la question sur les inconvénients et les freins à l'utilisation de la baignoire. Cependant nous verrons que ce point sera également abordé dans les questions ultérieures.

### 2.3.3 Le refus de la patiente

Enfin le dernier point important qui a pu empêcher l'immersion dans l'eau, a été le refus de la patiente après proposition par la sage-femme. Il a été cité par deux sages-femmes : « *Le premier frein c'est le refus de la patiente pour moi, celle qui ne veut pas je ne la force pas* » (SF5), « *Si elle ne veut pas, parce que cela peut arriver parfois, tu en as qui n'aiment pas l'eau.* » (SF4)

## 2.4 L'INTIMITE

Nous avons demandé aux sages-femmes ce qu'elles ont mis en place pour le respect de l'intimité et de la pudeur des patientes utilisant la baignoire. Tout d'abord il y a du matériel dédié à l'intimité: la porte toujours fermée (20%), un paravent (10,0%), du linge (10,0%), un écriteau sur la porte pour désigner que la salle est occupée (10,0%), la lumière tamisée (6,7%), des fenêtres opaques (6,7%), un système d'appel (3,3%). Ensuite les sages-femmes ont proposé aux patientes d'aller dans la baignoire avec leurs sous-vêtements ou un maillot de bain (16,7%), elles ont pris des précautions en rentrant dans la salle (6,7%), ont proposé de la mousse de bain (6,7%). Enfin une sage-femme a précisé que la femme n'étant pas seule, l'accompagnement a rendu l'instant plus intime (3,3%).

Nous avons également questionné sur ce qui a été proposé aux personnes accompagnant la femme. Nous avons retranscrit les réponses dans ce graphique.

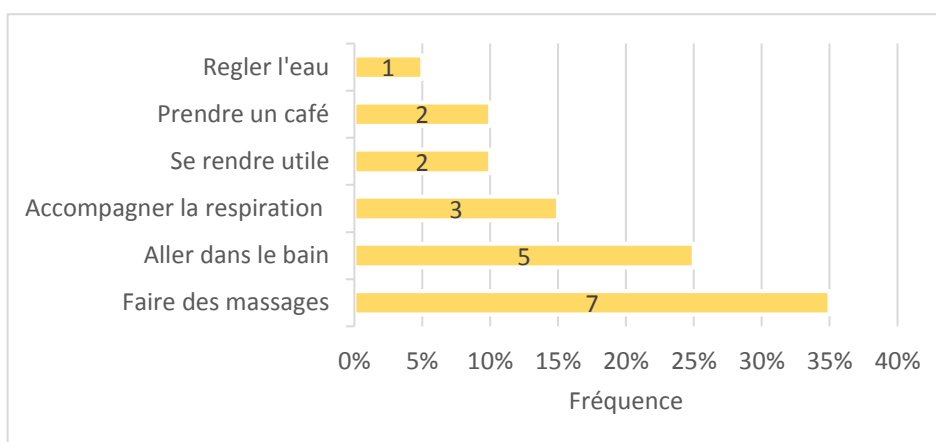


Figure 4: Les propositions d'accompagnement proposées par les sages-femmes au conjoint(e) lors de l'immersion dans l'eau – Etude utilisation de la baignoire de dilatation en 2018-2019 – Site de Mercy, Verdun, Briey (n=12).

« *Moi je leur propose à chaque fois d'aller dans l'eau si ils le souhaitent [...]! Il y en a pas beaucoup qui veulent mais après voilà au même titre que tu leur montre un petit peu comment ils peuvent faire des massages sur le ballon ou dans la chambre je leur explique comment les faire dans l'eau. Et puis d'être présent à côté de leur femme* » (SF5)

## 2.5 L'HYGIENE ET LA SECURITE

Une partie de notre entretien a été destinée à l'hygiène et à la sécurité mis en place lorsqu'une femme a été installée dans la baignoire.

Tout d'abord, pour l'hygiène de la baignoire, aucune des sages-femmes interrogées n'a connaissance d'un protocole d'hygiène. La désinfection de celle-ci a été effectuée par les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture ou le service de nettoyage du service. « *C'est les AP (NDLR : Auxiliaire de puériculture) qui le font, il faut leur demander, mais elle est désinfectée ainsi que les circuits.* » (SF4), « *C'est nettoyé tous les jours, tous les matins et même après la patiente* » (SF11)

Ensuite pour la sécurité, huit sages-femmes sur 12 nous ont parlé d'un système d'appel présent à proximité de la baignoire (66,7% des SF) tandis que les quatre restantes, issues de la même maternité, nous ont averti de l'absence de système d'appel près de la femme lorsqu'elle est dans l'eau : « *C'est des sonnettes murales et du coup quand elles sont dans le bain, elles n'y ont pas accès* » (SF6), « *La sonnette elles n'en ont pas dans le bain elle est à 3 mètres de la baignoire* » (SF7), « *On n'a pas de sonnette à proximité de la baignoire* » (SF8)

Pour leur sécurité, il a été demandé aux patientes qu'elles soient accompagnées et des alèses ont été installées au sol pour éviter le sol glissant. Les sages-femmes nous ont décrit le matériel mis à disposition pour la sécurité comme la barre à côté de la baignoire, l'antidérapant au sol, le monitoring, la chaise roulante ainsi que le matériel d'urgence présent dans la salle, ou encore la présence de serviettes.

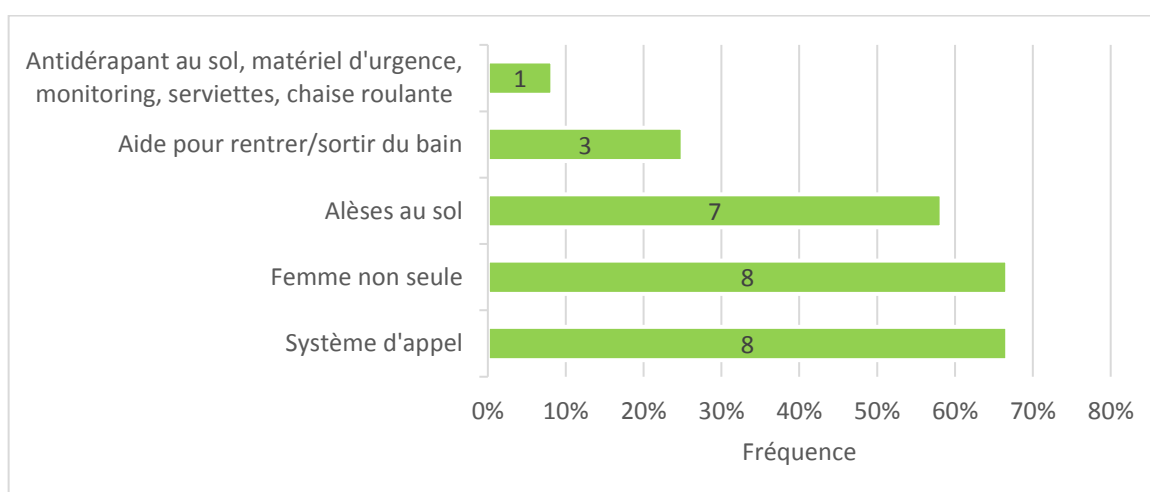


Figure 5: Les précautions installées par les sages-femmes pour la sécurité des patientes lors de l'immersion dans l'eau – Etude utilisation de la baignoire de dilatation en 2018-2019 – Site de Mercy, Verdun, Briey (n=12).

## 2.6 LE PROTOCOLE

Nous avons souhaité interroger les sages-femmes sur leurs connaissances sur l'existence d'un protocole au sein de leur service, et si cela a été le cas, de leur demander leur fréquence de consultation de ce dernier. Cependant, l'ensemble des sages-femmes interrogées n'ont pas connaissance de l'existence d'un protocole d'utilisation de la baignoire.

Nous nous sommes demandées tout particulièrement quelles connaissances ont les sages-femmes sur la température à laquelle l'eau de la baignoire a été réglée et nous avons réalisé le graphique suivant.

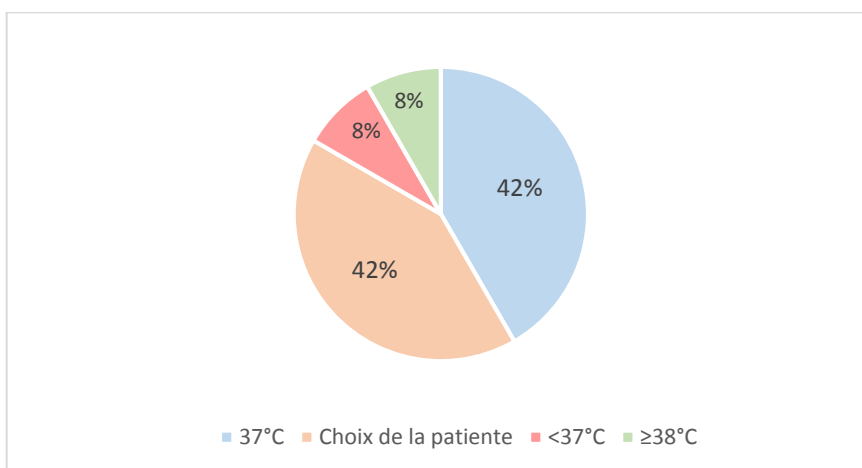


Figure 5: Température de l'eau recommandée par les sages-femmes – Etude utilisation de la baignoire de dilatation en 2018-2019 – Site de Mercy, Verdun, Briey (n=12).

## 2.7 LE PARTAGE D'EXPERIENCE

Au cours des entretiens, certaines sages-femmes ont parlé de leurs expériences et de cas rencontrés au cours de leur vie professionnelle. Nous avons retranscrits ces témoignages.

*« J'ai le cas d'une patiente qui était obèse qu'on n'arrivait pas du tout à déclencher et vraiment ça a permis de décanter... des situations où l'on pense que l'on va partir en césarienne et finalement non » (SF2)*

*« Il y en a une comme ça que ma relève (NDLR : une collègue sage-femme) me dit « oh je pense que c'est un col à balnéo » je la propose à la dame et puis elle me dit « non, je ne veux pas » donc elle a été toute la journée en suite de couches et ça n'a pas bougé. Et le soir elle a enfin accepté la balnéo à 18h30, elle a été une heure dedans et le col a lâché donc je pense que ça a un effet, ça aide à détendre des fois et donc le col aussi. » (SF3)*

*« Je me souviens d'une femme qui est restée dans la baignoire, on l'a sortie avec son mari au dernier moment et elle a accouché sur le tapis à côté par terre (rires) » (SF4)*

# **PARTIE 4 : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION**

## **1. ANALYSE DES RESULTATS**

### **1.1. DONNEES DE L'ANALYSE ET CONFRONTATION AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE**

#### **1.1.1. Les indications à la baignoire**

Lors des entretiens réalisés pour notre étude, nous avons pu remarquer que l'ensemble des sages-femmes interrogées étaient en majorité en accord sur les indications à l'utilisation de la baignoire. En effet les motifs évoqués sont principalement ceux que nous retrouvons dans la littérature et ceux dont nous nous attendions : comme la douleur en pré-travail, dans l'attente d'une analgésie péridurale ou lorsque la femme n'en désire pas, mais également pour la détente ou à la demande des patientes. Ces résultats sont en accord avec les recommandations étrangères et l'ensemble des articles de la littérature.

#### **1.1.2. Les avantages de la baignoire**

Les sages-femmes ont cité différents avantages constatés lors de l'utilisation de la baignoire.

En premier lieu ce fut l'accélération de la dilatation pour les parturientes utilisant la baignoire. Bien que dans la littérature, aucune étude n'ait prouvé son efficacité sur la dilatation cervicale, 11 des 12 sages-femmes l'ont pourtant mentionné majoritairement. En effet, les différentes études et recommandations sont discordantes et le niveau de preuve est insuffisant. A noter que notre outil est souvent prénommé baignoire de dilatation par les professionnels.

En deuxième lieu fut évoquée la détente. C'est grâce à celle-ci que la dilatation du col peut être favorisée. En effet, la détente et le relâchement permet parfois au col de l'utérus de s'assouplir et ainsi de se dilater plus facilement. De plus, l'eau étant chaude (pour rappel, pas au-delà de 37,5°C), celle-ci assouplit les tissus en provoquant une décontracture.

Puis pour neuf sages-femmes nous retrouvons l'avantage de la diminution de la douleur. Comme nous l'avons vu précédemment, la balnéothérapie est utilisée pour son effet antalgique et relaxant grâce à la libération des articulations ainsi qu'à la sensation de pesanteur qui devient moins importante à l'aide de la poussée d'Archimède. D'après l'étude de 2009 de Cluett and Burns, l'action antalgique est le seul bénéfice démontré à l'immersion. De plus la femme gagne en mobilité lorsqu'elle se trouve dans la baignoire et l'eau répand une sensation de flottaison rendant moins importants les maux de dos.

Ensuite, deux avantages physiques furent cités et sont liés aux précédents : le déclenchement du travail qui entraîne une dilatation cervicale améliorée, et la modification de la dynamique utérine citée

comme étant de meilleure qualité suite à une immersion. Le bénéfice final de ces deux avantages, est une avancée du travail améliorée.

Les trois derniers avantages sont des avantages psychologiques avec un meilleur vécu du travail obstétrical : « *ça permet de dire aux femmes « vous ne pouvez peut être pas avoir la péridurale tout de suite mais on a quelque chose à vous proposer » car les femmes des fois elles pensent qu'on ne fait rien* » (SF3) Cela permet de distraire la patiente et/ou le couple car le travail obstétrical peut être long parfois comme l'a montré les études de Friedmann et Zhang et al (Annexe 1) Enfin cela a l'avantage d'être une alternative non médicalisée pour la prise en charge de l'accouchement.

L'ensemble de ces avantages cités par les sages-femmes représentent leur expérience avec la baignoire. Bien que ceux-ci ne soient pas véritablement vérifiés et justifiés dans la littérature, l'ensemble des constatations et des connaissances de notre population est importante et enrichissant pour notre étude.

### 1.1.3. Les contre-indications médicales

Lorsque nous demandions les freins et les inconvénients à l'immersion, les sages-femmes ont mentionné en majorité des contre-indications médicales. La première sur laquelle l'ensemble des sages-femmes n'étaient pas d'accord est la rupture prématurée des membranes. Cinq d'entre elles, contre-indiquent l'accès à la baignoire pour une patiente présentant une RPM alors que d'après la revue de la Cochrane de 2018, cette dernière ne présente aucun risque accru d'infection pour le fœtus. De plus lorsque la RPM est associée à un portage au Streptocoque B Agalactiae, la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique affirme également qu'il n'y a pas de risque infectieux ajouté alors que trois sages-femmes supplémentaires le contre-indiquent également. Enfin une sage-femme a évoqué la RPM associée à une fièvre et/ou une CRP élevée et pour cette contre-indication nous n'avons pas de recommandation dans la littérature. Dans cette situation, le recours à l'avis du gynécologue obstétricien de garde est préconisé.

Ensuite il s'agit des Altérations du Rythme Cardiaque Fœtal pour cinq sages-femmes. Effectivement la plupart des monitorings vont désormais dans l'eau et sont étanches, ce qui peut être intéressant lors de la surveillance du RCF. Mais lorsque celui devient pathologique, il ne s'agit plus d'un accouchement à bas risque obstétrical et donc d'une indication à l'utilisation de la baignoire. Il en est de même pour les Restrictions de Croissance Intra-Utérine, mentionné par deux sages-femmes également.

Puis, quatre sages-femmes ont classé comme contre-indication à l'utilisation de la baignoire, l'ensemble des pathologies maternelles et/ou fœtales avec comme exemples cités une patiente épileptique ou encore une pré-éclampsie puisque ces dernières nécessitent une surveillance particulière. Véritablement cela correspond à l'ensemble des patientes appartenant à un groupe à risque obstétrical pour l'accouchement.

Enfin, l'antécédent d'accouchement rapide ou la dilatation cervicale trop avancée est principalement une contre-indication à l'appréciation de la sage-femme car il s'agit avant tout d'une

crainte de l'accouchement aquatique ou de l'accouchement inopiné, et d'un manque de confort pour celle qui accompagnera celui-ci.

Certaines de ces contre-indications médicales citées n'en sont pas, preuve d'un défaut de connaissances sur l'utilisation de la baignoire. Certaines habitudes restent et beaucoup de sages-femmes se questionnent sur les réelles contre-indications. Plusieurs nous ont demandé à la suite des entretiens, ce que la littérature mentionnait et ce que nous en pensions.

#### 1.1.4. Les inconvénients et les freins

Plusieurs inconvénients et freins logistiques ont été cités. En premier lieu, si la patiente est seule dans la baignoire, certaines sages-femmes contre-indiquent la baignoire. Soit celle-ci doit avoir un(e) accompagnateur/accompagnatrice, soit une sage-femme est disponible pour la surveiller étroitement lorsque l'activité du service le permet. Cet inconvénient est justifié notamment lorsque le système d'appel n'est pas à proximité, mais également du fait de la vasodilatation sanguine. En effet des sensations de vertiges peuvent survenir lors d'une immersion. Dans ce cas, il est conseillé de sortir la patiente de l'eau.

Ensuite l'ensemble des sages-femmes d'une même maternité évoquent une baignoire non adaptée et située dans le service voisin. La salle est décrite comme une salle de bain carrelée et non comme une salle de pré-travail. Ce qui entraîne un manque de sécurité et des possibilités d'utilisations plus restreintes. C'est d'ailleurs le manque de sécurité qui freine une de ces sages-femmes à utiliser la baignoire.

Enfin, les derniers freins à l'utilisation de la baignoire est le refus de la patiente pour deux sages-femmes. Effectivement le consentement libre et éclairé est une obligation professionnelle de la part de ces dernières pour permettre de laisser le choix à la patiente. Une sage-femme a également évoqué que la salle peut parfois être occupée et donc indisponible.

#### 1.1.5. Le respect de la pudeur et de l'intimité

Le thème de la pudeur est un chapitre que nous voulions tout particulièrement aborder. Ce sujet qui est rarement étudié et avec lequel nous prenons moins de précautions, participe au bien-être de la patiente. Sur une table d'accouchement, cette dernière est principalement couverte d'une blouse et d'un drap. Cependant lorsque la femme choisit d'aller dans la baignoire que lui est-il proposé ?

Pour la moitié des sages-femmes interrogées, la porte de la salle est toujours fermée, et dans une des maternités, un écriteau a été confectionné pour être accroché sur celle-ci et informer de la présence d'une patiente.

Pour seulement cinq des 12 sages-femmes, il est proposé aux patientes d'aller dans l'eau avec un maillot de bain, si elles avaient anticipé l'utilisation du bain, ou alors en sous-vêtements.

Un paravent est installé lorsqu'il y en a un présent dans la pièce, du linge est à disposition ou encore les lumières tamisées peuvent être proposées. Deux sages-femmes proposent d'ajouter de la mousse dans le bain et deux évoquent également la présence de vitres opaques. Enfin pour une sage-femme, le système d'appel ainsi que la présence d'un accompagnateur/trice permet de respecter la pudeur.

Il nous semblait également important de questionner sur l'accompagnateur/trice et sur ce qu'il/elle lui était proposé(e) afin de rendre l'instant davantage intime. Pour sept sages-femmes parmi les 12, elles expliquent comment réaliser des massages avec l'eau, tandis que cinq sages-femmes proposent à la personne d'accompagner la patiente dans l'eau, lorsque la baignoire le permet. En effet, la baignoire d'une de nos maternités étudiées ne permet pas à deux personnes d'y accéder simultanément du fait de sa taille. Puis trois sages-femmes montrent à la personne qui accompagne comment guider la femme avec la respiration et comment se rendre utile au maximum pour renforcer l'instant de détente. La présence d'une personne de confiance (mari, mère, ami(e)..) est bénéfique pour les patientes. Des études ont démontré que celles-ci étaient plus détendues, plus à l'aise et moins stressées. Lorsqu'il s'agit du futur père, son implication dans l'accouchement est important également pour la femme et a un impact positif sur le plan émotionnel et psychologique.

#### 1.1.6.L'hygiène et la sécurité

Pour l'hygiène, The Royal College of Midwives recommande l'établissement d'un protocole de nettoyage de la baignoire. Aucune des sages-femmes interrogées n'a notion d'un protocole d'hygiène au sein de leur établissement et elles n'ont pas toujours connaissance du nettoyeur utilisé car elles ne réalisent pas la désinfection de celle-ci. Mais elles précisent que la baignoire est nettoyée chaque jour et après chaque utilisation par des collègues. Cela est un point important qu'il serait intéressant d'évoquer aux responsables hygiénistes des établissements pour permettre une uniformisation des désinfections au sein d'une même équipe.

Pour la sécurité des patientes, toutes les sages-femmes de la maternité de niveau I et IIA ont mentionné la présence d'un système d'appel à portée de main de la patiente lorsque celle-ci se trouve dans le bain. Cependant les quatre autres sages-femmes issues de la même maternité évoquent un manque de sécurité car le système d'appel est mural et donc à distance de la patiente. Ce défaut peut mettre en danger la parturiente si elle se trouve seule.

Cependant, la majorité de notre population interrogée est également en accord sur la nécessité que la parturiente ne soit pas seule dans la pièce. Comme nous l'avons évoqué précédemment, certaines femmes peuvent ne pas se sentir à l'aise dans l'eau et des sensations de malaise peuvent survenir aussi bien dès le début de l'immersion, qu'après quelques minutes en raison de la vasodilatation. C'est pourquoi il est recommandé dans l'ensemble de notre littérature, que la patiente soit accompagnée.

Une des inquiétudes principales des sages-femmes sur la sécurité des patientes, est le sol glissant. Pour limiter les chutes, certaines baignoires sont équipées d'antidérapant au sol ou d'une barre de sécurité, comme il a été mentionné dans les entretiens. Cependant, pour la majorité des sages-

femmes, elles installent également des alèses au sol pour protéger de la chute, ou se rendent disponibles pour aider la femme à rentrer et/ou sortir de la baignoire lorsque cette dernière le désire. Cela peut être également avec l'aide de l'accompagnateur/trice.

Dans la pièce où se trouve la baignoire, certaines sages-femmes mentionnent la présence de matériel d'urgence comme un monitoring, du matériel à perfusion ou encore la chaise roulante si besoin. Cela permet une prise en charge plus rapide en cas d'urgence.

#### 1.1.7. Le protocole et la température de l'eau

Comme nous l'avons vu précédemment, aucune recommandation sur l'utilisation de la baignoire en France n'existe, et donc aucun protocole n'a été rédigé dans les maternités de notre étude lors de l'installation de la baignoire dans leurs locaux. C'est pourquoi les sages-femmes ont toutes affirmé ne pas connaître l'existence de ce dernier.

D'après les recommandations de l'obstétricien Michel Odent, la température de l'eau du bain doit être régulée. Nous avons vu que l'eau ne doit pas dépasser la température corporelle maternelle mais qu'à contrario, un bain froid ne permettra pas à la femme de bénéficier des effets positifs de celui-ci. C'est pourquoi d'après les différentes recommandations anglo-saxonnes que nous avons relevées précédemment, la température doit être réglée entre 36°C et 37,5°C. Cinq sages-femmes sur 12 ont répondu mettre la température de l'eau à 37°C. Tandis que cinq sages-femmes ont répondu que la température était réglée à la convenance des patientes. Et enfin deux sages-femmes ont répondu respectivement : inférieur à 37°C et 38°C. Nous pouvons donc affirmer que cinq des 12 sages-femmes sont en conformité avec les nombreuses recommandations.

Cependant lorsque la question fut posée, la plupart ont répondu à celle-ci avec incertitude et parfois avec bon sens en comparant l'eau de la baignoire à l'eau du bain pour un nouveau-né. Certaines nous ont également avoué ne jamais vérifier cette température. Elles n'ont d'ailleurs pas connaissance des effets engendrés par un bain trop chaud, c'est à dire au-delà de 37,5°C.

### 1.2. VALIDATION DES HYPOTHESES

#### 1.2.1. Les sages-femmes respectent le protocole d'utilisation de la baignoire de leur service.

Nous avons pu observer dans notre étude, qu'aucune sage-femme interrogée n'avait connaissance d'un protocole d'utilisation de la baignoire dans leur service et donc, qu'aucune n'en avait déjà consulté un auparavant. De plus, nous avons remarqué que les pratiques étaient divergentes, que les indications et contre-indications également. Il y a donc un manque d'uniformisation des pratiques au sein des différents centres.

**Ainsi notre hypothèse, les sages-femmes respectent le protocole d'utilisation de la baignoire de leur service, est invalidée.**

1.2.2. Les sages-femmes proposent la baignoire dans l'objectif de faire avancer le travail - Les sages-femmes proposent la baignoire pour soulager la douleur - Les sages-femmes proposent la baignoire dans le cadre d'un projet de naissance.

Dans notre étude, nous avons identifié les différents motifs pour lesquels les sages-femmes proposent la baignoire. Parmi les principaux, nous avons l'utilisation de l'immersion dans l'eau pour son effet antalgique, dans le cadre du pré-travail, pour les femmes qui ne souhaitent pas d'analgésie péridurale ou pour celles qui sont en attente d'en avoir une. Mais également pour son effet relaxant et à la demande de la patiente.

Puis, nous avons questionné sur les avantages et les bénéfices retrouvés. En majorité nous avons, une accélération de la dilatation, un effet antalgique et la détente que cela procure.

Cependant, aucune sage-femme interrogée n'a évoqué le projet de naissance comme motif d'utilisation de la baignoire, bien qu'elle soit souvent proposée à la demande de la patiente.

**Ainsi, notre hypothèse « les sages-femmes proposent la baignoire dans l'objectif de faire avancer le travail » est validée. L'hypothèse « les sages-femmes proposent la baignoire pour soulager la douleur » est validée. Tandis que l'hypothèse « les sages-femmes proposent la baignoire dans le cadre d'un projet de naissance » est invalidée.**

1.2.3. Les sages-femmes proposent rarement la baignoire car elles évoquent des contraintes matérielles, environnementales et médicales

D'après notre étude, 66,7% des sages-femmes interrogées, proposent la baignoire de façon systématique, lorsque nous leurs posons la question, ce qui représente plus de la moitié. De plus elles ont évoqué en moyenne 3,25 inconvénients contre 3,17 avantages par sage-femme. Sur les 15 inconvénients cités, neuf sont d'origine médical, et seulement six d'origine matériel et environnemental.

Ainsi, il existe des inconvénients et des freins à l'utilisation de la baignoire dont certains pourraient être corrigés notamment avec l'harmonisation des pratiques et l'accord entre professionnels. Cela permettrait aux sages-femmes de connaître les indications et contre-indications pour ainsi s'assurer de son utilisation optimale sans craindre la faute professionnelle.

**De ce fait, notre hypothèse « les sages-femmes proposent rarement la baignoire car elles évoquent des contraintes matérielles, environnementales et médicales » est en partie invalidée car des contraintes sont évoqués mais la proposition d'accès à la baignoire n'est cependant pas rare.**

## **2. DISCUSSION**

### **2.1. ATTEINTE DES OBJECTIFS**

Grâce à la réalisation d'entretiens qualitatifs, les informations recueillies auprès des 12 sages-femmes permettent de répondre à notre problématique « Comment les sages-femmes hospitalières proposent l'utilisation de la baignoire en phase de latence à leurs patientes ? » Dans notre étude, nous avons analysé les pratiques des sages-femmes et leurs expériences.

Ainsi, nos objectifs secondaires qui étaient : Identifier les motifs d'utilisation de la baignoire, identifier les avantages, les freins et les inconvénients liés à l'utilisation de la baignoire, et enfin identifier les contraintes évoquées par les sages-femmes ; ont été réalisés.

Tandis que notre objectif principal est d'améliorer l'accès à la baignoire en phase de latence et permettre d'uniformiser les pratiques. Nous avons déjà pu effectuer un état des lieux grâce aux entretiens, ce qui va permettre par la suite de rédiger un protocole (ou un guide de bonnes pratiques), ce que nous évoquons dans une partie suivante.

### **2.2. FORCE DE L'ETUDE**

La baignoire étant un outil disponible dans les maternités depuis déjà quelques années, plusieurs études avaient déjà été réalisées mais avec une méthodologie différente et parfois une orientation vers l'accouchement aquatique. Cependant une seule étude, réalisée en Alsace, interrogeait les représentations des sages-femmes à partir d'une analyse par questionnaire. Cette dernière a également démontré une forte hétérogénéité dans l'analyse des pratiques professionnelles.

De plus, notre étude est la première réalisée en Lorraine où plus de la moitié des maternités possèdent une baignoire (14 sur 20). Nous avons décidé de cibler trois maternités, de niveau différent pour permettre de varier les niveaux d'activités mais également les situations pathologiques et physiologiques que nous pouvons retrouver. En effet, dans la maternité de niveau I, on retrouve peu de situations pathologiques, qui sont rapidement transférées vers un centre de plus haut niveau. Cependant la sage-femme au sein d'une maternité de niveau I a l'avantage d'être plus disponible pour accompagner les patientes lors de leur accouchement. Inversement, le centre de niveau IIB ayant une activité plus importante dans la majorité des cas, la sage-femme peut s'avérer par moments être moins disponible.

La méthodologie de notre étude étant une étude qualitative multicentrique en fait sa force. Chaque sage-femme interrogée était libre de s'exprimer ce qui nous a permis d'obtenir un partage d'expériences enrichissant, mais également une diversité dans les réponses.

## 2.3. LIMITE DE L'ETUDE

### 2.3.1. Biais

La méthodologie que nous avons employée est à l'origine de plusieurs biais. Le premier est un biais de puissance car notre échantillon est faible (12 entretiens) et il était difficile d'en réaliser d'avantage du fait de la répétition des réponses et l'intérêt moindre que cela aurait apporté. De plus, il s'agit d'une étude qualitative, les résultats ne sont donc pas généralisables.

Ensuite, nous avons un biais de sélection car nous pouvons supposer que les sages-femmes ayant accepté de répondre à nos entretiens sont principalement celles dont la baignoire présente un intérêt particulier. Outre cela, nous avons choisi de restreindre nos entretiens à trois maternités, ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble de la Lorraine.

Puis, un biais de précision car tout d'abord, les entretiens sont de durées inégales. Mais également les questions étaient variables en fonction des situations et des relances que nous pouvions faire.

### 2.3.2. Difficultés

Lors de notre étude, nous avons fait face à plusieurs difficultés. Tout d'abord, l'absence de recommandations officielles en France, ou régionales, ne nous permet pas d'affirmer ou d'infirmer les pratiques recueillies lors des entretiens. Nous avons dû nous fonder sur les recommandations étrangères, notamment anglo-saxonnes. C'est également pour cela que nous rencontrons une hétérogénéité des pratiques notamment entre les différentes maternités.

Ensuite, nous avons eu des contraintes de temps lors de la réalisation des entretiens. En effet, ils ont été réalisés lors des prises de postes des sages-femmes, et il était difficile de se libérer 30 minutes sans interruption pour la réalisation de ceux-ci.

## 2.4. PROPOSITIONS ET PROJET D'ACTION

Notre étude ainsi que nos lectures nous ont permis de décrire et d'évaluer les différentes pratiques de notre population étudiée. Les publications françaises peu nombreuses comparées aux recommandations étrangères, soulèvent des points et des interrogations. Nos observations nous montrent qu'il y a des lacunes de pratiques au sein d'un même établissement, justifiées par l'absence de recommandations de bonnes pratiques.

Il serait donc intéressant de rédiger un protocole d'utilisation de la baignoire (ou un guide de bonnes pratiques), de le présenter aux gynécologues-obstétriciens des établissements afin d'en débattre et pouvoir à l'avenir le valider par les institutions supérieures. Des critères d'exclusion doivent être définis, mais aussi les indications, la surveillance materno-fœtale ainsi que l'installation dans la baignoire. Cela permettrait de limiter les disparités dans les pratiques professionnelles pour mieux répondre à la demande des patientes et permettre aux sages-femmes de s'appuyer sur un support fiable et actualisé.

Quelques modifications des salles où se situent les baignoires pourraient être envisagées pour pallier au manque de sécurité lorsque celui est présent : des systèmes antidérapants sur les marches ou au sol voir la vidange automatique rapide en cas d'urgence.

Pour le respect de la pudeur et de l'intimité de la patiente, les informer lors des consultations ou des séances de préparation à la naissance, de l'existence de la baignoire dans les services et de leur conseiller de prendre un maillot de bain si elles désirent essayer l'immersion dans l'eau.

Enfin la rédaction d'un protocole d'hygiène, qui est parfois recommandé par le fournisseur de la baignoire pourrait être diffusé au sein de l'ensemble des équipes soignantes en salle de naissances pour uniformiser l'entretien de celle-ci.

# CONCLUSION

La sage-femme accueille, installe et accompagne le couple lors de l'accouchement physiologique. Certaines femmes ont d'ailleurs des souhaits pour son bon déroulement et peuvent les exprimer à la personne qui la guidera. Mais cette dernière peut également proposer à la patiente diverses prises en charge, et notamment l'utilisation de la baignoire de dilatation.

C'est sur l'utilisation de celle-ci que nous avons souhaité réaliser cette étude. Nous nous étions posé la question suivante : Comment les sages-femmes hospitalières proposent l'utilisation de la baignoire en phase de latence à leurs patientes ? Notre objectif principal était d'améliorer l'accès à la baignoire en phase de latence et permettre d'uniformiser les pratiques.

Nos résultats ont permis de mettre l'évidence sur une disparité des pratiques et un manque d'informations. Beaucoup de précautions sont prises sur l'immersion du fait de l'absence de consensus, réduisant ainsi le nombre de patientes pouvant accéder à la baignoire. En moyenne, chaque sage-femme nous a cité 3,1 indications, 3,17 avantages contre 3,25 contre-indications médicales, freins et inconvénients. Cela nous montre que les indications sont multiples, qu'elles y voient plusieurs avantages à la proposer mais qu'il y a cependant autant de freins que de bénéfices à son utilisation.

La baignoire s'inscrit dans un accompagnement physiologique. Depuis 2015, neuf maisons de naissances ont vu le jour en France et permettent une approche personnalisée du suivi de grossesse jusqu'à l'accouchement. Les femmes ne présentant alors aucun facteur de risque connu et désirant un accouchement physiologique, peuvent opter pour ces structures. La baignoire est un accessoire présent au sein de ces établissements et peut être proposée aux parturientes. Il serait intéressant de comparer l'utilisation hospitalière à l'utilisation en maison de naissances de celle-ci.

De plus, dans la continuité de l'immersion pendant le travail, il serait également intéressant de comparer nos recherches à une étude similaire réalisée au sein des hôpitaux français proposant l'accouchement dans l'eau. L'accouchement aquatique est une pratique peu courante en France faisant face à de nombreuses craintes et interrogations. Cependant si à l'avenir, des recommandations sont publiées sur l'utilisation de la baignoire pendant le travail obstétrical, peut-être que celles-ci seraient suivies par des recommandations sur l'accouchement dans l'eau. Nous pouvons donc nous demander, si cette pratique se développait davantage au national, peut-être que les maternités de Lorraine offrirait cette possibilité ?

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] Bonnavia A. Impact du travail dans l'eau sur l'accouchement. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Metz. Université de Lorraine. 2010; 70p.
- [2] Embry, M. Observation sur un accouchement terminé dans le bain. Arm Soc Med Pral Muntpellier 1805; 5:13.
- [3] Sarah Kraft. The Science of Water Birth, [en ligne]. (Consulté le 14/09/2018). Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=I2GVIIInsi8>
- [4] Association Française de Naissance Aquatique. T. Richard : Accoucher dans l'eau, [en ligne]. (Consulté le 04/07/2018). Disponible sur : <http://accouchement-dans-leau.com/>
- [5] Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Recommandations de l'OMS sur l'accouchement, [en ligne]. (Consulté le 14/09/2019)]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/recommandations-de-loms-sur-laccouchement/>
- [6] Mougenez E, Duperray M-C, Gémignani V. Si l'histoire d'une naissance en « salle nature » m'était contée... Vocation sage-femme. Juil Aout 2011; 91 : 19-22.
- [7] Colin Z. Retour sur 8 mois d'utilisation de salle nature à la maternité Port Royal. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Paris Baudelocque. Université Paris Descartes. 2015; 50p.
- [8] Position Statement. Hydrotherapy during labor and birth. Recommendation by The American College of Nurse-Midwives. 2014 Apr; 6p.
- [9] Freydier A. Un accouchement naturel en birth center. Vocation Sage-Femme. Nov Dec 2016; 123 : 15-19.
- [10] Henrion C. L'accouchement dans l'Eau : une étude descriptive évaluant les issues maternelles et néonatales. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme Paris Baudelocque. Université Paris Descartes. 2012 ; 67p.
- [11] Connexion française. Les maisons de naissance en Allemagne pour accoucher, [en ligne]. (Consulté le 12/12/2018). Disponible sur : <https://www.connexion-francaise.com/votre-region/a/les-maisons-de-naissance-en-allemande-pour-accoucher>
- [12] Baby Familie. Wassergeburt : Entspannt für Mutter und Kind ?, [en ligne]. (Consulté le 12/12/2018). Disponible sur : <https://www.baby-und-familie.de/Geburt/Wassergeburt-Entspannt-fuer-Mutter-und-Kind-33004.html>
- [13] Dupont C, Carayol M, le Ray C, et al. Administration de l'ocytocine lors du travail spontané: adoptons les bons réflexes. Dossier de presse : les premières Recommandations pour la Pratique Clinique du Collège National des Sages-Femmes de France. 2016; 1-16
- [14] Boeuf G. Etude descriptive de la prise en charge des anomalies de la phase de latence chez la primipare, dans trois maternités d'Auvergne. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Clermont-Ferrand. Université d'Auvergne. 2014 ; 58p

- [15] De Mot M, Mignon A. Le partogramme de Friedman est-il toujours adapté à la gestion du travail des primipares ?. Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges. 5p.
- [16] Inserm. Douleur, [en ligne]. (Consulté le 05/01/2019). Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
- [17] Wikipedia. Fernand Lamaze, [en ligne]. (Consulté le 05/01/2019). Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fernand\\_Lamaze&oldid=155642277](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fernand_Lamaze&oldid=155642277)
- [18] HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, [PDF]. (Consulté le 09/07/2018). Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf)
- [19] Afssaps. Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses, [en ligne]. (Consulté le 04/07/2018). Disponible sur : [http://www.anism.sante.fr/var/anism\\_site/storage/original/application/a6497f74fc2f18e8db0022973f9327e1.pdf](http://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/a6497f74fc2f18e8db0022973f9327e1.pdf)
- [20] INSERM. Enquête nationale périnatale 2016, [en ligne]. (Consulté le 01/05/2016). Disponible sur : [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_plaquette.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_plaquette.pdf)
- [21] Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth (Review). The Cochrane Library. 2009 ; 105p.
- [22] Anselmi J. Accouchement dans l'eau : quelles sont les conséquences maternelles et fœtales d'un accouchement dans l'eau chez des patientes présentant un faible risque obstétrical comparé aux accouchements sur terre avec ou sans analgésie péridurale ? Vocation sage-femme. 2016 ; 15 : 219-27.
- [23] Pagès J. Vécu et prise en charge des parturientes au sein de l'espace physiologique d'une maternité de type III. Vocation sage-femme. Sept Oct 2017; 128 : 26-29.
- [24] Sadok G. L'hydrothérapie appliquée à l'homme [certificat]. Sousse : Ecole supérieure des sciences et techniques de santé de Sousse ; 2010. 14p.
- [25] Kinecours.com Hydrokinésithérapie – Kiné balnéothérapie, [en ligne]. (Consulté le 05/01/2019). Disponible sur : <https://www.kinecours.com/technologie-techniques-actives/hydrokinesitherapie-kine-balneotherapie.html>
- [26] Seguin P. Satisfaction des parturientes ayant bénéficié de la baignoire de dilatation au cours du travail d'accouchement. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Clermont-Ferrand. Université d'Auvergne. 2013 ; 85p.
- [27] Inigo A. Pratiques professionnelles des sages-femmes quant à l'accouchement dans l'eau. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Clermont-Ferrand. Université d'Auvergne. 2016 ; 64p.
- [28] Guideline for the use of water in labour and birth. College of Midwives of British Columbia. 2014 Mar 17; 6p.
- [29] American Academy of Pediatrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Immersion in Water During Labor and Delivery. FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. 2014 April; 133(4): 758-61.

- [30] Evidence Based Guidelines for Midwifery-led Care in labour, Immersion in Water for Labour and Birth. By The Royal College of Midwives. 2012; 9p.
- [31] Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub4.
- [32] Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Haute Autorité de Santé. Mai 2016 ; 39p.
- [33] Moser L. La baignoire de dilatation en salle de naissances : Pour qui ? Comment ? [Mémoire]. Ecole de Sages-Femme de Strasbourg. Université de Strasbourg. 2017 ; 57p.
- [34] Geissnühler V, Widmer A, Surbek D et al. Avis d'experts N°7 de la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique : Accouchement dans l'eau : prophylaxie anti-infectieuse et contre-indications. 2020 ; 2p.
- [35] Weaver M. Water Birth in the Hospital Setting. Nursing for Women's Health. 2014 Oct Nov; 18 (5): 365-9.
- [36] Odent M. Birth under water. Lancet. 1983 ; 2 : 1476-7.
- [37] HAS. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, [PDF]. (Consulté le 04/07/2018). Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement\\_normal\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf)
- [38] Henrion C. L'accouchement dans l'Eau : une étude descriptive évaluant les issues maternelles et néonatales. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme Paris Baudelocque. Université Paris Descartes. 2012 ; 67p.
- [39] Barraud L, Storme B, Leymarie M-C. Une enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance. Vocation Sage-Femme. Nov Dec 2015 ; 117 : 18-21.
- [40] Meledo A. Représentations des sages-femmes concernant le projet de naissance. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Brest. Université de Brest. 2016 ; 25p.
- [41] CIANE. Enquête sur les accouchements, Dossier n°3 : Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. Aout 2012 ; 18p.
- [42] Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Art. L. 1110-2 (version à jour au 4 mars 2002)
- [43] Ministère de la Santé et des Solidarités. Usagers, vos droits : charte de la personne hospitalisée. Mar 2006 ; 26p.
- [44] Code de déontologie des sages-femmes. Article 27, décret n°2004-802 (version du 8 août 2004).
- [45] Code de la Santé Publique. Article R4127-302 (version mis à jour le 16 mars 2019).
- [46] Harroué E. La pudeur en salle de naissances : concepts et analyse à partir du ressenti des patientes. [Mémoire]. Ecole universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée. Aix Marseille Université. 2015 ; 54p.

[47] Salvaggio C. Respect de la pudeur de la patiente en salle d'accouchement à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble par le personnel hospitalier. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Grenoble. Université Joseph Fourier. 2015 ; 34p.

[48] Pudeur, [en ligne]. Larousse (Consulté le 11/01/2019). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pudeur/64989>

[49] Dignité, [en ligne]. Larousse (Consulté le 11/01/2019). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dignit%C3%A9/25525>

[50] Intimité, [en ligne]. Larousse (Consulté le 11/01/2019). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dignit%C3%A9/25525>

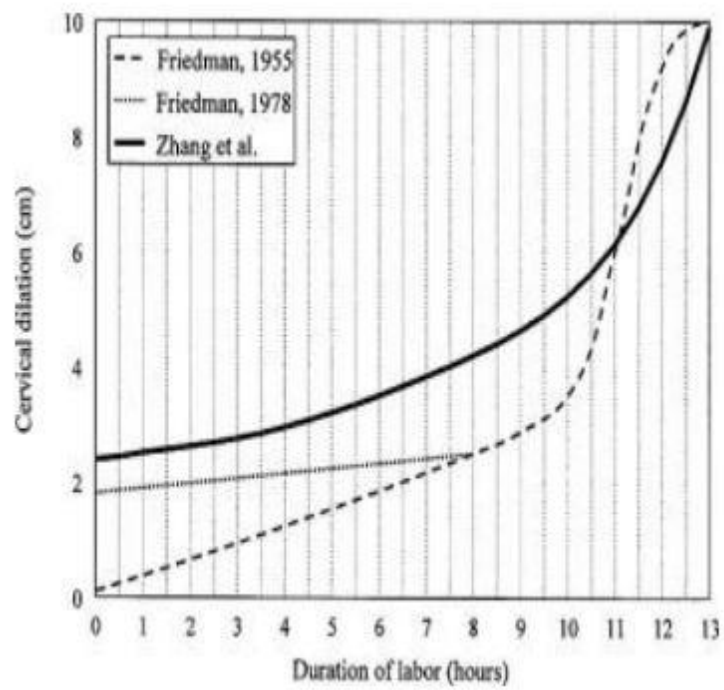
# ANNEXES

Annexe I : Comparaison des courbes de dilatation cervicale selon le temps, établies par E. Friedman et par Zhang et al

Annexe II: Positions proposées lors de l'immersion dans l'eau par la maternité de Nanterre (92)

Annexe III : Guide d'entretien de l'étude

# Annexe I



*Annexe 1: Comparaison des courbes de dilatation cervicale selon le temps, établies par E. Friedman et par Zhang et al*

## Annexe II



Annexe 2: Positions proposées lors de l'immersion dans l'eau par la maternité de Nanterre (92)

# ANNEXE III

## Guide d'entretien

Bonjour,

Je vous remercie de bien vouloir m'accorder du temps. Je suis étudiante en 5<sup>e</sup> année d'école de Sages-Femmes à Metz et je réalise une étude sur l'utilisation de la baignoire de dilatation dans le cadre de mon mémoire de fin d'études.

Je souhaiterais à partir de votre expérience, pouvoir découvrir comment vous l'utilisez chez la parturiente en pré-travail. L'entretien est enregistré à l'aide du téléphone mais reste entièrement anonyme. La durée de l'entretien est d'environ 30 minutes à 1 heure.

Melle CHIR Alexiane

**Q1 : Dans quelles situations avez-vous recours à l'utilisation de la baignoire ?**

QR : Comment utilisez-vous la baignoire de dilatation en pré-travail ?

**Q2 : Quels avantages avez-vous pu remarquer suite à l'immersion d'une parturiente dans la baignoire ?**

QR : Quels sont les bénéfices à l'utilisation de la baignoire en pré-travail que vous avez pu remarquer ?

**Q3 : Quelles sont les raisons qui vous freinent à son utilisation ?**

QR : Quelles sont les limites de l'utilisation de la baignoire de dilatation que vous avez pu rencontrer ?

**Q4 : Que mettez-vous en place pour le respect de l'intimité ?**

QR : Que mettez-vous en place pour respecter la pudeur de la parturiente lors de l'utilisation de la baignoire de dilatation ?

**Q5 : Que mettez-vous en place pour le respect des règles d'hygiène et la sécurité des patientes lors de l'utilisation de la baignoire de dilatation ?**

QR : Quelles sont les règles d'hygiène et de sécurité appliquées lors de l'immersion d'une parturiente dans la baignoire de dilatation ?

**Q6 : Quelles connaissances avez-vous du protocole d'utilisation de la baignoire ?**

QR : Le protocole d'utilisation de la baignoire de votre service est –il respecté ?

Homme

Femme

Niveau de la maternité :

Année du diplôme :

Nombres d'années effectuées en salle de naissance :

Formations diplômantes ou non diplômantes :

Avez-vous quelque chose à ajouter concernant l'utilisation de la baignoire de dilatation chez une parturiente en pré-travail ?

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé.

## Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de Metz

Mémoire de fin d'études de sage-femme de Alexiane CHIR - Année 2019

### L'utilisation de la baignoire de dilatation en phase de latence

Etude épidémiologique, observationnelle, multicentrique, descriptive des pratiques professionnelles par entretiens individuels auprès de 12 sages-femmes de Lorraine

#### Résumé

**Introduction :** L'eau est un élément utilisé depuis des siècles pour son action antalgique mais également pour la détente qu'elle procure. Ainsi certains obstétriciens ont utilisé ses avantages pour le pré-travail et l'accouchement. Désormais, de nombreuses maternités disposent de baignoire de dilatation pour proposer l'immersion dans l'eau aux patientes en travail, accompagnés par les sages-femmes. De là est née la problématique : comment les sages-femmes hospitalières proposent l'utilisation de la baignoire en phase de latence à leurs patientes ? L'objectif principal de nos recherches est d'améliorer l'accès à la baignoire en uniformisant les pratiques. **Méthode :** Il s'agit d'une étude épidémiologique, qualitative, observationnelle, descriptive et multicentrique fondée à partir d'entretiens réalisés auprès de 12 sages-femmes hospitalières. **Résultats :** En moyenne, les sages-femmes ont proposé 3,5 indications à la baignoire, 3,17 avantages et 3,25 inconvénients et freins. 11 solutions sont mentionnées pour le respect de l'intimité de la patiente. 5 sages-femmes sont en conformité avec les recommandations pour la température de l'eau. **Discussion :** L'utilisation de la baignoire par les sages-femmes présente des disparités au sein d'un même service. Les indications sont globalement communes à l'ensemble de la population étudiée, cependant les contre-indications notamment médicales sont parfois contradictoires à la littérature. Le respect de la pudeur et de l'intimité ne sont pas pris en considération de façon identique et la notion de la température de l'eau est méconnue. **Conclusion :** L'absence de protocole ou de recommandations de bonne utilisation de la baignoire empêche l'uniformisation des pratiques et son utilisation optimale. Certains freins pourraient être résolus notamment sur la sécurité.

**Mots clés : Baignoire de dilatation – Immersion – Sage-Femme – Pré-travail**

#### Abstract

**Introduction:** Water is an element which has been used for centuries regarding its analgesic action and relaxation that it can provide. That's why some obstetricians used its advantages during labor and childbirth. Nowadays, lots of maternity wards have birth pools, in order to propose immersion in water to patients during labor, under the midwife's supervision. Then occurs the research problem: How do midwives propose the use of birth pool during latency phase to women in labour in the hospital? The main goal of our research is to ameliorate the access of birth pools by having standardized practices. **Method:** An epidemiological study, qualitative, observational, descriptive and multicentric based on interviews with 12 hospital working midwives. **Results:** Midwives gave on average 3,5 indications for the birth pool, 3,17 advantages and 3,25 inconvenient and obstacles. 11 solutions are envisaged regarding patient's intimacy's respect. 5 midwives are on conformity considering water's temperature recommendations. **Discussion:** There are disparities with the use of birth pools between the midwives, in the same ward. Indications are mostly the same inside the studied population, however, contraindications, particularly medical ones, are sometimes in contrast with literature. The respect of intimacy is not always the same, and there is an ignorance about the optimal water temperature. **Conclusion:** The absence of protocols or guidance regarding the best use of birth pools is an obstacle to the standardization of practices. Some obstacles could be resolved, especially considering security.

**Keywords : Birth pool – Immersion – Midwife – Labor**