Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 109 (2011)
Heft: 4

Artikel: Accouchement dans l'eau : un choix donné aux femmes
Autor: Riquet, Sébastien
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949924

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

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

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

Download PDF: 04.08.2025

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

Accouchement dans l'eau

Un choix donné aux femmes

Au sein de l'Hôpital intercantonal de la Broye, la maternité de Payerne possède une baignoire depuis 1989 qui, au départ, ne servait que pour aider les femmes à supporter les douleurs de la 1ère phase du travail et les accompagner dans un projet d'accouchement sans analgésie péridurale. Ce n'est qu'en 1995 qu'a eu lieu le tout premier accouchement sur l'initiative d'une sage-femme en lien avec le souhait de la patiente. Depuis 2008, le nombre d'accouchements dans l'eau augmente, du fait que ce choix est proposé aux patientes qui ont le projet d'accoucher sans péridurale. D'un à deux accouchements dans l'eau par an, on est passé à une moyenne d'un par mois. Une étude rétrospective cas/témoins en évalue les effets biomédicaux.

Sébastien Riquet, sage-femme cadre HIB Payerne. Doctorant en santé publique Université Paris 13.

La Commission d'Assurance de la qualité de la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SSGO) rapporte que les accouchements dans l'eau sont pratiqués dans les maternités en Suisse depuis les années 90[1]. Celle-ci a émis en 2010 un «avis d'experts» relevant que les études menées jusqu'ici ne démontrent pas d'insécurité pour la mère et l'enfant, présentant un risque faible, d'accoucher dans l'eau avec une surveillance obstétricale correcte[2-3].

Population et méthode

L'inclusion des cas s'est faite en reprenant tous les accouchements dans l'eau pratiqués à la Maternité Régionale de Payerne entre janvier 2009 et décembre 2010 (n=26). Ces accouchements ont tous été effectués de manière autonome par un(e) des sages-femmes du service adhérant à cette philosophie obstétricale.

Critères d'inclusion: patientes à bas risques: présentation céphalique, travail eutocique (dilatation d'au moins 1 cm/h, bruit cardiaque fœtal (BCF) satisfaisant selon Schaal et Martin[4] au cours de la première phase du travail), terme > 35 SA et patiente désireuse et à l'aise d'accoucher dans l'eau.

Critères d'exclusion: refus de la patiente (le bain pouvait être utilisé que pour soulager les douleurs de la 1ère phase du travail), présentation autre que céphalique, grossesses multiples, tracé cardiotocographqiue (CTG) pathologique.

Les témoins (n=26) ont été choisis, au hasard, parmi les patientes ayant accouché sur un lit, sans péridurale et accompagnées de manière autonome par les mêmes sages-femmes du service.

Les variables qualitatives ont été comparées par test de Fisher excat.

Tableau I. *Déclenchement, analgésie et conduite du travail*

	Accouchements dans l'eau (n=26)	Accouchements sur un lit (n=26)
Travail spontané	85% (n=22)	62% (n=16)
Déclenchement artificiel	15% (n=4)	38% (n=10)
Analgésie péridurale	0% (n=0)	0% (n=0)
Analgésie par IM Péthidin®	4% (n=1)	42% (n=11)
Correction thérapeutique (chez les patientes non déclenchées)	0% (n=0)	31% (n=5)

Tableau II. *Durée moyenne du travail (de 3 à 10 cm) en minutes*

	Accouchements dans l'eau (n=26)	Accouchements sur un lit (n=26)
Primipares	170 min.	280 min.
Multipares	167 min.	188 min.

Tableau III. *Durée moyenne des efforts expulsifs en minutes*

	Accouchements dans l'eau (n=26)	Accouchements sur un lit (n=26)
Primipares	21 min.	23 min.
Multipares	10 min.	14 min.

Tableau IV. *Lésions périnéales*

	Accouchements dans l'eau (n=26)	Accouchements sur un lit (n=26)
Episiotomie	0% (n=0)	19% (n=5)
Déchirure vaginale	15% (n=4)	19% (n=5)
Déchirure périnéale	31% (n=8)	47% (n=12)
Périnée intact	54% (n=14)	15% (n=4)

Tableau V. *Caractéristiques de la délivrance*

	Accouchements dans l'eau (n=26)	Accouchements sur un lit (n=26)
Délivrance naturelle	15% (n=4)	0% (n=0)
Délivrance dirigée	85% (n=22)	100% (n=26)
Délivrance artificielle	0% (n=0)	8% (n=2)
Révision utérine	0% (n=0)	4% (n=1)
Pertes < 500 ml	100% (n=26)	88% (n=23)
Pertes > 500 ml	0% (n=0)	12% (n=3)
	Délivrance dans l'eau 81% (n=21) Délivrance hors de l'eau 19% (n=5)	

Résultats

Pour les cas comme pour les témoins, nous avions à notre disposition les dossiers de 9 primipares, 7 IIpares, 6 IIIpares et 4 IVpares. Dans les deux groupes, les patientes avaient un âge gestationnel supérieur à 37 SA.

Discussion

Au total, nous n'observons pas de grande différence entre les deux groupes: en tout cas, il n'y a pas d'effet délétère. Nous notons même un avantage périnéal: aucune épisiotomie et plus de périnées intacts pour les femmes ayant accouché dans l'eau.

Biais de l'étude: il vient du petit nombre de patientes inclus dans l'échantillon de départ. Ceci est principalement dû au fait que, pour bénéficier d'un accouchement dans l'eau, il ne faut pas avoir recours à l'analgésie péridurale, représentant moins de 45% de nos accouchements. Ainsi, la patiente doit en faire le libre choix.

Analgésie et conduite du travail: nous constatons que nous avons proposé le bain et accompagné des patientes pour accoucher dans l'eau majoritairement à des femmes qui se sont mises spontanément en travail (85%). Cette mise en travail physiologique nous a alors permis d'accompagner 20 patientes sur 26 par une surveillance allégée du travail. Cette modalité de surveillance est moins importante chez les patientes ayant accouché sur un lit puisque celles-ci présentent un plus fort taux de déclenchement artificiel du travail nécessitant alors une surveillance en continu du travail selon les recommandations actuelles[5] et ont eu significativement (p=0,008) plus de correction thérapeutique par Syntocinon®. Ainsi il semble compréhensible que les patientes ayant accouché sur un lit aient eu plus recours à une analgésie IM de Péthidin® pour supporter les contractions utérines de manière significative (p=0,002) puisque le bain ne semble pas la solution de premier recours pour les patientes dont le travail est déclenché artificiellement.

De plus, il est démontré que l'utilisation de l'eau durant le travail associé à un accompagnement par un(e) sage-femme réduit considérablement le recours aux analgésies médicamenteuses[6-7]. La température de l'eau n'étant pas mesurée dans notre pratique quotidienne, elle ne peut pas être ici reportée. Cependant, les patientes ont apprécié de pouvoir se baigner dans une eau «tiède». La température de l'eau semble être un des effets appaisant pour les patientes qui peuvent en réguler elles-mêmes la température dans notre maternité. Les études à ce sujet restent floues et n'ont pas démontré qu'un accouchement dans l'eau pourrait poser des risques thermiques pour la mère et son enfant. La conclusion est donc que celui qui sait le mieux quelle température convient à la patiente reste la patiente elle-même[8].

Durée du travail et des efforts expulsifs: alors que la littérature ne démontre pas de différence significative sur la réduction du temps de dilatation chez les patientes immergées dans l'eau[7] et démontrerait même une prolongation du temps de travail chez les patientes immergées avant 5 cm de dilatation[9], nous constatons dans notre pratique les mêmes conclusions chez les multipares. Néanmoins, nous avons pu observer une diminution du temps de travail chez les primipares, pouvant nous questionner sur notre définition du travail. En ce qui concerne la durée des efforts expulsifs, nos conclusions sont cette fois semblables à la littérature [7-9]: il n'y a pas de significativité pour un temps d'expulsion plus court dans l'eau.

Bien-être fœtal et adaptation des enfants à la naissance: l'analyse des BCF pendant le travail ne diffère pas dans les deux groupes. Ceci est dû au fait que nous n'avons pris en compte que des patientes avec un travail physiologique et que les BCF pathologiques ont été exclus de l'étude. Cependant, le fait de ne pas avoir bénéficié d'analgésie péridurale pour les patientes de nos deux groupes, a augmenté leur mobilisation quel que soit leur mode d'accouchement, alors qu'un décubitus dorsal prolongé est associé à une baisse de la saturation fœtale par rapport aux autres positions et que la position allongée augmente le stress fœtal[10-11]. Nous pensons donc que la mobilisation et l'alternance de positions que peuvent prendre naturellement les femmes durant leur bain est bénéfique tant pour l'évolution du travail que pour le bien-être fœtal. Les BCF enregistrés à l'expulsion sont satisfaisants dans les deux groupes.

La littérature ne démontre pas de différence significative sur les issues néonatales des enfants nés dans l'eau[7]. Les valeurs moyennes des pH prélevés au cordon par ponctions veineuses sont sensiblement les mêmes (7,36 vs 7,34) dans nos deux groupes et identiques pour les ponctions artérielles (7,31). De même, nous retrouvons deux Apgar inférieurs à 7 à une minute de vie dans chacun de nos deux groupes. Ce résultat pour ces deux enfants est dû à une difficulté légère du dégagement des épaules n'ayant pas nécessité de manœuvre obstétricale particulière par la sage-femme. Ainsi, le seul enfant ayant présenté un démarrage à la vie extra-utérine moins réactif que les 25 autres ne nous semble pas être imputable à sa naissance dans l'eau. En effet, nous retrouvons cette même situation chez des enfants nés sur un lit.

Lésions périnéales: avec les accouchements dans l'eau nous avons eu significativement (p=0,03) une large majorité de périnées intacts, seulement éraillés ou avec une simple déchirure vaginale (69%). De plus, nous n'avons dû pratiquer aucune épisiotomie au cours d'un accouchement dans l'eau (p=0,05). Rapidement, nous en avons conclu que nos accouchements dans l'eau avaient eu un effet protecteur pour le périnée des femmes. Néanmoins, la littérature est moins claire sur cette issue apportant d'un côté des résultats significatifs pour un taux plus élevé de périnées intacts et un recours plus bas à l'épisiotomie lors d'accouchements dans l'eau[3-12]; puis, de l'autre, des résultats toujours en faveur d'une différence mais non significative quel que soit le mode d'accouchement[7]. Des calculs statistiques complémentaires semblent donc nécessaires pour pouvoir affirmer ce que nous avons constaté. Cependant, il nous semble aisé de comprendre que pratiquer une épisiotomie dans l'eau n'est pas une chose facile. Ainsi, il se peut que «l'impratique» favorise le non-recours à l'épisiotomie, contrairement à une patiente en position gynécologique, les jambes dans des étriers, le périnée offert pour une incision.

3ème phase du travail: les études ayant pratiqué les délivrances placentaires usuellement dans l'eau, pendant que les mères tenaient leur enfant, n'ont pas reporté de complication durant cette phase[3-12]. Dans notre étude, une majorité des sages-femmes ont gardé la femme dans l'eau pour la 3ème phase, alors que d'autres se sont senties plus tranquillisées ou à l'aise en la faisant sortir du bain. Aucune hémorragie > 500 ml n'a été déplorée mais, avec une proportion à 81% des cas ayant délivrés dans l'eau, nous pouvons penser que ce fût là une évaluation subjective de la part de la sage-femme. Car comment évaluer «très» objectivement les pertes sanguines dans l'eau? Nous aurions peut-être pu apporter une réponse à cette question en comparant les résultats des hémoglobines que nous réalisons en systématique à l'entrée de la patiente à la maternité et au 3ème jour en suite de couche, comme dans l'étude de Geissbuhler et Eberhard[2], mais cela n'a pas été fait.

Satisfaction des patientes: L'ensemble de nos patientes ont été satisfaites de leur accouchement dans l'eau, correspondant à un choix de leur part accompagnées et soutenues en cela par un(e) sage-femme. Elles ont pu librement se mobiliser dans le bain ayant, pour la plupart, bénéficié d'une surveillance allégée du travail (77%). Le bain et la naissance dans l'eau sont aussi un moment qu'elles ont pu partager avec leur mari qui était présent à leurs côtés renforçant un besoin de sécurité émotionnelle que les femmes peuvent avoir intimement besoin[14]. De même, toutes les patientes ont été satisfaites de l'accompagnement prodigué par la sage-femme qui les a suivi, ayant assuré leur sécurité médicale sur les plans cliniques et psychiques pour elles et leurs enfants. Ainsi, conformément aux données de la littérature[15-16], notre travail de sage-femme auprès de ces femmes a contribué à les soulager de la douleur leur permettant de ne pas recourir à la péridurale et, de ce fait, à pouvoir leur permettre d'accoucher dans l'eau selon leur choix éclairé.

Conclusion

Notre expérience d'accouchements dans l'eau nous montre donc que cette solution n'est pas délétère, tant du point de vue des issues fœtales que des issues maternelles. L'une des fonctions essentielles de la sage-femme est de diagnostiquer la normalité et de favoriser la physiologie durant les trois phases qui constituent l'accocuchement. L'utilisation du bain et de l'auscultation intermittente pour surveiller les BCF durant le travail correspondent sous le contrôle d'un(e) sage-femme aux recommandations des directives internationnales actuelles et celles de la SSGO, dans le cadre d'une grossesse s'étant déroulée normalement [1-14-17] permettant aussi aux femmes de pouvoir accoucher sans péridurale. ◀

Références

[1] Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique. Avis d'experts n°27. Commission Assurance de la qualité, SSGO, Inselspital Bern, 2010.

[2] Geissbuhler V., Eberhard J., Waterbirths: a comparative study. A prospective study on more than 2000 waterbirths. Fetal Diagn Ther. 2000; 15(5): 291–300.

[3] Geissbuhler V., Stein S., Eberthard J., Waterbirths compared with landbirths: on observational study of nine years. J Perinat Med. 2004; 32(4): 308–14.

[4] Schaal JP., Martin A., Guide de l'enregistrement cardiotocographique et autres moyens de surveillance du fœtus (avec CD-Rom). Ed. Sauramps Médical, Montpellier, 2000.

[5] National Institue for Clinical Evidence. The Use of Electronic Fetal Monitoring: the use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. London: NICE; 2001.

[6] Royal College of Midwives. The Use of Water in Labour and Birth. Position Paper no. 1a. London: RCM; 2000.

[7] Cluett ER., Nikodem VC., McCandlish RE., Burns EE., Immersion in water in pergnancy, labor and birth. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (2): CD000111.

[8] Geissbuhler V., Eberhard J., Lebrecht A., Waterbirth: water temperature and bathing time – mother knows best! J Perinat Med. 2002; 30(5): 371–8.

[9] Eriksson M., Mattson LA., Ladfors L., Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women. Midwifery; 1997; 13: 146–148.

[10] Bhardwaj N., Kukade JA., Patil S., Bhardwaj S., Randomised controlled trial on modified squatting position of delivery. Indian J Matern Child Health. 1995; 6: 33–9.

[11] Carbonne B., Benachi A., Leveque ML., Cabrol D., Papiernik E., Maternal position during labor: effects on fœtal oxygen saturation measured by pulse oxymétrie. Obstet Gynecol. 1996; 11: 797–800.

[12] Richemond H., Women's experience of waterbirth. Practising Midwife. 2003; 6: 26–31.

[13] Hall SM., Holloway IM., Staying in control: women's experience of labor in water. Midwifery. 1998; 14: 30–36.

[14] Page LA., Le nouvel art de la sage-femme. Paris, Elsevier, 2004.

[15] Hodnett ED., Support from caregivers during childbirth. Cochrane Databse Syst Rev, Issue 2. Oxford: Update Software; 1995.

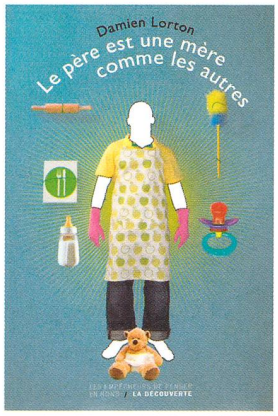
[16] MIDRIS and NHS Centre for Reviews and Dissemination. Informed choise for professionnals: support in labour. Bristol: MIDRIS; 1996a.

[17] National Institute for Health and Clinical Excellence, Intrapartum care. Clinical Guideline n°55 – NICE, London, 2007.

Damien Lorton

Le père est une mère comme les autres

Les Empêcheurs de tourner en rond/La Découverte, 2010, 196 p., 14 euros
ISBN = 2-35925-020-6



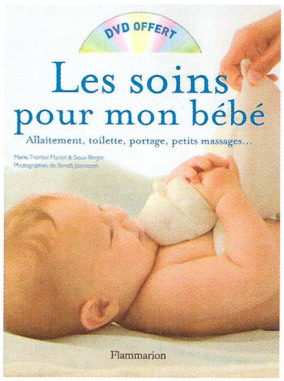
Mr. Lorton est un auteur qui, pendant deux années, s'est consacré uniquement à ses trois filles. Dans un livre plein d'humour et de réflexions remplies de bons sens, il nous raconte comment il partage avec tendresse et lucidité sa vie avec ses filles.
Il commence par 50 pages sur la naissance où il décrit ce qu'il a ressenti en assistant aux trois accouchements. Il décrit avec sympathie, finesse et justesse notre rôle de sage-femme.
Ensuite, il raconte d'une façon plus générale sa manière de voir ses filles grandir et sa manière de les éduquer.
C'est un «livre plaisir», plein de tendresse et d'humour, qui se lit comme un bon roman.

Edith Antonier

Marie-Thérèse Marcel & Sioux Berger

Les soins pour mon bébé

Flammarion, 2008, 144 p. + DVD.
ISBN=2-0812-0829-2



Ce livre est richement illustré de photos explicatives. C'est un livre plein de conseils pour bien s'occuper de son bébé durant ses premiers mois.
De plus, un DVD accompagne le livre, ce qui permet de mieux visualiser – par exemple – les positions d'allaitement ou de simples positions de portage en écharpe.
Le livre est très compréhensible, bien mis en valeur. Il y a de nombreux conseils qui vont aider les parents à s'y retrouver à la sortie de la maternité. Les conseils vont de la façon d'allaiter à comment enlever et mettre un body, en passant par le sommeil et la gestion des angoisses de bébé.
C'est très complet mais très répétitif aussi par rapport aux conseils que les sages-femmes prodiguent. C'est finalement un bon support didactique.

Edith Antonier