



HAL
open science

Satisfaction des parturientes ayant bénéficié de la baignoire de dilatation au cours du travail d'accouchement

Pauline Seguin

► **To cite this version:**

Pauline Seguin. Satisfaction des parturientes ayant bénéficié de la baignoire de dilatation au cours du travail d'accouchement. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00910417

HAL Id: dumas-00910417

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00910417>

Submitted on 28 Nov 2013

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.

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1

**Satisfaction des parturientes ayant bénéficié de la
baignoire de dilatation au cours du travail
d'accouchement.**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Pauline SEGUIN

Née le 11 Mai 1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2013



ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1

**Satisfaction des parturientes ayant bénéficié de la
baignoire de dilatation au cours du travail
d'accouchement.**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Pauline SEGUIN

Née le 11 Mai 1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2013



Je tiens à remercier :

Madame Leymarie Marie-Christine, Directrice de l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand pour ses corrections attentives.

Madame Barasinski Chloé, sage-femme et attachée de recherche clinique au CHU de Clermont-Ferrand pour ses conseils, ses corrections et son soutien dans la réalisation de ce travail.

Aux femmes qui ont pris le temps de remplir mon questionnaire.

Ce mémoire est aussi l'occasion de remercier mes parents pour leur soutien et leur investissement dans mes études.

Un grand merci à Lionel et sa famille.

Enfin, merci à toute la promotion pour ces quatre belles années passées ensemble.

Glossaire

APD : Analgésie Péridurale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCEA: Patient Controlled Epidural Analgesia. (Analgésie Péridurale Contrôlée par le Patient)

PDE : Poche Des Eaux

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SA : Semaine d'Aménorrhée

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE	3
I. HYDROTHERAPIE APPLIQUEE A L'HOMME	3
II. HISTOIRE ET DEVELOPPEMENT DE LA PRATIQUE D'UTILISATION DE L'EAU PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT.....	10
III. UTILISATION DE LA BAIGNOIRE DE DILATATION PENDANT LA PREMIERE PHASE DU TRAVAIL.....	13
IV. INTERET DE LA MESURE DE LA SATISFACTION DES PATIENTES A L'EGARD DE LA BAIGNOIRE DE DILATATION AU CHU DE CLERMONT-FERRAND	28
MATERIEL ET METHODES	34
I. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	34
II. ETUDE.....	34
RESULTATS.....	39
I. PARTICIPATION	39
II. DESCRIPTION DE LA POPULATION	39
III. SATISFACTION DES PATIENTES AYANT BENEFICIE DE LA BAIGNOIRE DE DILATATION AU CHU DE CLERMONT-FERRAND.....	52
IV. EFFET DE L'IMMERSION DANS L'EAU SUR LA PERCEPTION DE LA DOULEUR PAR LES PARTURIENTES	61
DISCUSSION	64
I. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	64
II. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	66
III. PROJET D'ACTION.....	82
CONCLUSION.....	85
REFERENCES.....	
ANNEXES.....	

INTRODUCTION

Depuis ces dernières décennies, l'obstétrique a réalisé d'importants progrès notamment en améliorant la prise en charge des grossesses et accouchements à hauts risques. L'aspect de plus en plus technicisé de la surveillance des grossesses et des accouchements a apporté une sécurité supplémentaire pour les femmes.

Cependant, la sur-médicalisation de cette surveillance serait susceptible d'engendrer des risques, notamment d'augmenter le nombre d'hospitalisations, d'extractions instrumentales et de césariennes, mais également d'entraîner une insatisfaction des patientes. En effet, de plus en plus de parturientes et de couples dénoncent cette prise en charge trop technique qui interfère, selon eux, avec le processus physiologique de la naissance [1].

Les équipes obstétricales proposent aujourd'hui des alternatives permettant d'accompagner les femmes de manière plus individuelle et d'aborder plus naturellement la naissance sans que la sécurité acquise ces dernières années ne soit remise en cause. Ainsi, après l'utilisation des ballons, galettes, stratégies posturales, la baignoire de dilatation est devenue un outil thérapeutique aidant à la relaxation. C'est pourquoi son utilisation est de plus en plus répandue.

C'est dans ce contexte que la maternité du CHU de Clermont-Ferrand s'est équipée d'une baignoire de dilatation dans une salle d'accouchement pour permettre aux parturientes de profiter de celle-ci tout au long de la première phase du travail.

Aussi, la mise en place de ce nouvel outil d'accompagnement nécessitait une évaluation de la satisfaction des parturientes afin d'ajuster les pratiques à leurs besoins et à leurs ressentis.

Nous nous sommes également intéressés aux bénéfices que présentait la baignoire de dilatation sur la perception de la douleur au cours du travail d'accouchement.

L'objectif principal de cette étude était donc d'évaluer la satisfaction globale des parturientes ayant pu bénéficier de la baignoire de dilatation pendant la première phase du travail.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'effet de l'immersion dans l'eau sur la perception de la douleur par les parturientes.

Dans un premier temps, nous avons effectué une revue de la littérature sur le sujet avec les effets généraux de l'hydrothérapie et l'impact de l'immersion de la parturiente, du fœtus et du nouveau né. Les attentes des femmes à l'égard du travail d'accouchement et l'intérêt de la mesure de la satisfaction des patientes ont également été étudiés.

Dans un second temps, nous avons réalisé notre travail de recherche. A travers les conclusions issues de l'analyse des questionnaires de satisfaction, nous avons tenté de dégager des propositions pour optimiser la satisfaction des patientes vis-à-vis de l'utilisation des baignoires de dilatation.

**REVUE DE LA
LITTERATURE**

I. Hydrothérapie appliquée à l'homme

I.1. Définition de l'hydrothérapie [2]

Il existe plusieurs termes désignant les soins de santé par l'eau. L'hydrothérapie est le terme le plus approprié pour désigner l'ensemble des techniques employant l'eau de façon externe, dans un but thérapeutique, de remise en forme, ou tout simplement dans un objectif de bien être en apportant une détente physique et un apaisement émotionnel.

Cette pratique, qui s'est considérablement développée au cours de ces dernières années, utilise l'eau sous diverses formes: liquide ou gazeuse, à des températures variables et de quelque nature que ce soit (mer, source, minérale). Cela comprend les bains, vapeurs, jets, douches, enveloppements...

L'hydrothérapie consiste donc à utiliser les propriétés physiques de l'eau à des fins thérapeutiques.

I.2. Principes mécaniques de l'hydrothérapie et effets de l'immersion dans l'eau [2-4]

En milieu aquatique, l'homme se trouve dans des conditions relevant de l'hydrostatique et de l'hydrodynamique.

I.2.1. Hydrostatique

- **Pression hydrostatique**

Il s'agit de la pression qu'exerce l'eau sur la surface d'un corps immergé. Elle est définie comme étant le poids exercé par une colonne d'eau sur une surface d'un centimètre carré à une profondeur donnée. Elle augmente en fonction de la profondeur d'environ 1 bar tous les 10 mètres.

Cette pression associée à la viscosité de l'eau est à l'origine de stimuli sensoriels extéroceptifs ce qui permet alors une meilleure perception de la position des membres dans l'eau et ainsi une meilleure prise de conscience du schéma corporel.

La pression hydrostatique stimule également les récepteurs baresthésiques. Selon un mécanisme encore peu connu, cette stimulation entraînerait une antalgie dans les articulations notamment en cas de douleurs chroniques.

De plus, la pression hydrostatique agit sur la respiration. Si l'on prend l'exemple d'une personne debout dans l'eau, cette pression s'exerce notamment sur l'abdomen offrant une résistance au diaphragme, elle entraîne alors une stimulation de la ventilation par accroissement du volume sanguin intra-thoracique. Ce qui a pour effet d'augmenter le travail de ventilation et de diminuer le volume de réserve expiratoire.

La pression hydrostatique provoque aussi un drainage circulatoire ayant un effet favorable sur les œdèmes orthostatique des femmes enceintes par exemple.

Dans une baignoire de dilatation, cette pression est faible mais non négligeable et permet alors un massage permanent de la partie immergée du corps.

- **Principe d'Archimède**

L'intérêt principal de la balnéothérapie est représenté par le principe d'Archimède.

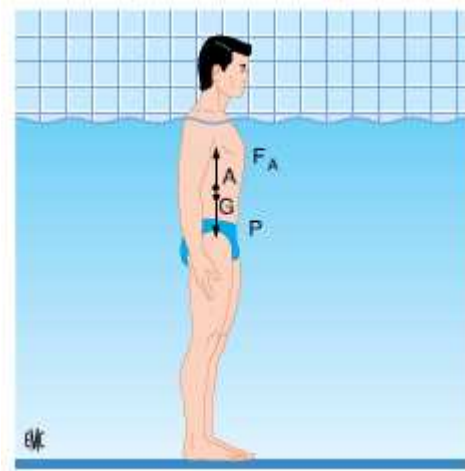
Énoncé : « *Tout corps plongé totalement ou partiellement dans un liquide au repos subit de la part de ce liquide une force verticale dirigée de bas en haut et égale au poids du volume de liquide déplacé* », soit :

$$\mathbf{F_a = d \times V}$$

Avec F_a = poussée d'Archimède (Newton), d = densité du liquide (1 pour l'eau douce, 1,021 pour l'eau de mer) et V = volume du liquide déplacé (l).

La poussée d'Archimède est appliquée au centre de gravité du volume de liquide déplacé ou centre de poussée (A).

Il existe une relation entre la poussée d'Archimède et la pesanteur : le corps immergé est soumis à deux forces verticales mais de directions opposées : la pesanteur (P) appliquée au centre de gravité du corps immergé (G) et la poussée d'Archimède appliquée au centre de poussée de la partie immergée. Pour qu'il y ait équilibre, les deux centres doivent être confondus ou alignés verticalement.



Poussée d'Archimède (F_a) et Pesanteur (P)

Cette poussée d'Archimède correspond à la résultante des forces de pression hydrostatique. Elle place le patient dans un état de pesanteur relative qui allège son poids apparent. En pratique, cela signifie que nous nous sentons plus léger dans l'eau. Les mouvements sont donc plus facile à réaliser et surtout avec de plus grandes amplitudes.

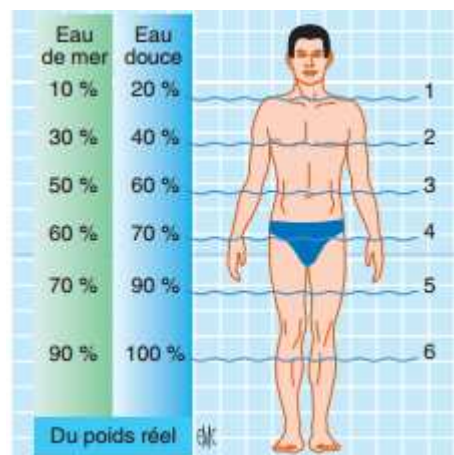
- **Notion de poids apparent**

L'action la plus évidente de l'immersion dans l'eau est la diminution apparente du poids du corps. Ainsi, le poids apparent (P_a) d'un corps immergé est égal à la différence algébrique entre le poids réel (P) et la poussée d'Archimède (F_a) qu'il subit :

$$\underline{P_a = P - F_a}$$

Ainsi, plus l'immersion est grande, plus le poids apparent est faible. Pour un individu donné, l'allègement du poids du corps augmente de façon proportionnelle avec le niveau d'immersion.

De même, il existe de grandes variations individuelles de ce poids apparent pour un même niveau d'immersion selon la morphologie.



Variations du poids apparent suivant le niveau d'immersion.

1. Immersion sternale ; 2. Immersion xiphoïdienne ; 3. Immersion ombilicale ; 4. Immersion pubienne ; 5. Immersion fémorale ; 6. Immersion tibiale.

Cette notion de poids apparent a une importance fondamentale notamment en rééducation, puisqu'elle permet de comprendre l'allègement du poids du corps. Cet allègement est particulièrement intéressant lors du traitement des lésions des membres.

Dans le cas particuliers des baignoires de dilatation, les parturientes sont immergées jusqu'aux épaules. Leur poids apparent n'est plus que d'environ 20 % de leur poids réel.

Elles peuvent alors ressentir une sensation de légèreté et sont libérées de toute contrainte physique avec un gain de mobilité.

- **Tension de surface**

Un corps partiellement immergé est aussi sous la dépendance de la tension de surface. Celle-ci est la résultante des forces de cohésion entre les molécules du liquide. Il se forme à la surface de l'eau une espèce de « peau » qui oppose une résistance au déplacement.

I.2.2. Hydrodynamique

L'eau oppose une résistance au déplacement d'un corps immergé. Cette résistance est liée à la vitesse des mouvements et à la surface d'attaque du corps lors du mouvement. On utilise cette résistance dans les techniques de renforcement musculaire.

I.2.3. Effets thermiques

Des effets thermiques peuvent s'ajouter aux effets propres de l'eau. Ils dépendent bien évidemment de sa température.

- **Les bains chauds**

Les bains chauds, caractérisés par une température supérieure à 35°C ont des propriétés myorelaxantes et antalgiques. La chaleur permet une diminution généralisée du tonus musculaire facilitant la mobilisation mais aussi une élévation du seuil de la douleur. En effet, la chaleur induit une augmentation des taux sériques d'endorphines pouvant expliquer une réaction antalgique.

La chaleur augmente également l'extensibilité des tissus riches en collagène et diminue la viscosité du liquide synovial qui permet l'amélioration de la mobilité articulaire.

Les parturientes qui utilisent la baignoire à une température de 37°C, pendant le travail, bénéficient alors d'un meilleur relâchement musculaire entre les contractions et d'une meilleure relaxation.

- **Les bains froids**

Les bains froids sont définis par une température inférieure à 15°C. A l'inverse, ils permettent une vasoconstriction qui réduit instantanément l'inflammation.

L'alternance des bains chauds et froids est indiquée dans le traitement de certaines pathologies.

I.2.4. Effets psychologiques

L'eau provoque une sensation de bien-être, d'apaisement. L'amélioration des capacités fonctionnelles en immersion provoque aussi chez les patients une impression de sécurité.

I.3. Indication de l'hydrothérapie : quelques exemples [5-7]

Les applications thérapeutiques de l'hydrothérapie sont très variées.

- **Angiologie**

L'eau a un effet décongestionnant sur les stases veineuses et lymphatiques. La gymnastique aquatique permet d'améliorer le retour veineux aussi bien sur le système superficiel que profond.

Les femmes enceintes peuvent bénéficier de cet effet sur la circulation de retour.

- **Appareil cardio-respiratoire**

L'hydrothérapie a des effets bénéfiques sur les symptômes d'insuffisance cardiaque mais également sur la fréquence cardiaque de repos et à l'exercice. Elle est aussi recommandée pour les asthmatiques.

- **Psychiatrie**

Comme cela a déjà été évoqué, l'eau procure un sentiment de bien-être et serait un élément de la prise en charge des patients. La facilité de mouvement dans l'eau redonne confiance au patient. Des travaux ont montré l'intérêt de l'hydrothérapie dans les troubles anxieux et les syndromes dépressifs légers.

- **Rhumatologie**

Les effets mécaniques et thermiques de l'eau permettraient de soulager les douleurs de certaines pathologies telles que l'arthrose, l'ostéoporose, les lombalgies.

- **Autres applications**

L'hydrothérapie est aussi indiquée dans certaines pathologies neurologiques, affections cutanées telles que le psoriasis, l'eczéma et en traumatologie orthopédique.

Elle est également utilisée dans le domaine de l'obstétrique notamment pour la préparation à la naissance et à la parentalité en piscine, mais aussi pendant le travail grâce à l'utilisation des baignoires de dilatation.

II. Histoire et développement de la pratique d'utilisation de l'eau pendant le travail et l'accouchement

Historiquement, il existe peu de données concrètes concernant la pratique des accouchements dans l'eau. Cependant, les égyptiennes donnaient naissance dans l'eau aux bébés destinés aux carrières de prêtres et prêtresses. Les minoens de l'île de Crète avaient consacré un temple destiné à ce type de naissance. Certaines tribus indiennes d'Amérique du Nord ainsi que les Maoris de Nouvelle Zélande et les Samoans du Pacifique accouchaient dans l'eau des océans ou des rivières. De plus à Hawaï, les femmes accouchaient dans l'eau de manière traditionnelle [8].

Le premier accouchement dans l'eau a été décrit en 1805 lorsqu'une parturiente, après une première phase du travail longue et douloureuse, s'est immergée dans un bain pour se soulager et qu'elle a fini par accoucher dans ce même bain peu de temps après [8].

Des auteurs ont travaillé autour de l'utilisation de l'eau pendant le travail et l'accouchement. Leurs travaux ont permis d'améliorer la prise en charge des grossesses physiologiques et d'apporter des connaissances ainsi qu'une meilleure compréhension des techniques de naissances en douceur.

Il a été montré à partir des années 70, que les nouveaux-nés naissent dans un état de parfaite adaptation à l'eau. La réalisation d'un bain quelques minutes après la naissance ne semble pas avoir d'effets secondaires délétères s'il est effectué dans d'excellentes conditions. Au contraire réalisé précocement dans la première heure de vie, le bain est un moyen de rétablir une continuité indispensable « entre le milieu externe et interne » c'est-à-dire de redonner à l'enfant de la chaleur, du soutien et une sensation d'enveloppement. Cependant, il existe un débat sur l'opportunité de baigner ou non les nouveaux-nés à la naissance en raison du risque d'hypothermie [9].

Ainsi en reprenant largement ces théories, entre les années 1962 à 1993, le médecin Michel Odent a mis à disposition des patientes de la maternité de Pithiviers une baignoire d'eau chaude pour le travail et l'accouchement. A l'occasion du 100^{ème} accouchement dans l'eau, il publia un article résumant ses expériences et affirma

clairement qu'il n'y avait aucun risque lié au travail et à l'accouchement dans l'eau. De plus, cela avait permis de réduire l'usage de médicaments et le taux d'interventions au cours de l'accouchement [10].

Suite à ces travaux, le Family Birthing Center de Californie fut créé en 1985, permettant aux parturientes d'accoucher dans l'eau.

En 1993, l'utilisation de l'immersion dans l'eau comme une option de soin pendant le travail et l'accouchement est acceptée officiellement au Royaume-Uni suite à la publication d'un rapport par le ministère de la santé recommandant la présence de baignoire de dilatation dans toutes les maternités britanniques.

De plus, la pratique des accouchements dans l'eau fait aujourd'hui partie du champ de compétences des sages femmes au Royaume Uni [11].

En Belgique, la toute première maternité entièrement aquatique a été ouverte en 1983 [8].

En France, l'association française des naissances aquatiques créée en 1999, permet de développer la pratique des accouchements dans l'eau [12].

La France compte ainsi plusieurs centres pratiquant l'accouchement dans l'eau :

- **Maternité des Lilas à Paris**, maternité de niveau 1.
- **Hôpital les Bleuets à Paris**, maternité de niveau 1.
- **Centre Hospitalier de Pithiviers dans le Loiret**, maternité de niveau 1.
- **Centre Hospitalier de Guingamp dans les Côtes-d'Armor**, maternité de niveau 1.
- **Clinique générale de l'Etang de Berre à Vitrolles**, maternité de niveau 1.
- **Maternité d'Arcachon en Gironde**, maternité de niveau 1.
- **Centre Hospitalier d'Orthez dans les Pyrénées-Atlantiques**, maternité de niveau 1.
- **Clinique Sarrus Teinturiers à Toulouse**, maternité de niveau 2.
- **Centre hospitalier de Sedan dans les Ardennes**, maternité de niveau 2.

Néanmoins, des cas isolés de complications sévères maternelles et fœtales peuvent être relevés à l'occasion d'accouchement dans l'eau. Ces publications n'indiquent pas si une surveillance obstétricale a eu lieu pendant l'accouchement. Le lien direct avec le déroulement du travail dans l'eau n'a pu être établi.

Enfin, selon une méta-analyse de la Cochrane Library, il n'existe pas de preuve suffisante pour conseiller ou déconseiller cette forme d'accouchement [11].

III. Utilisation de la baignoire de dilatation pendant la première phase du travail

III.1. Rappels sur la première phase du travail

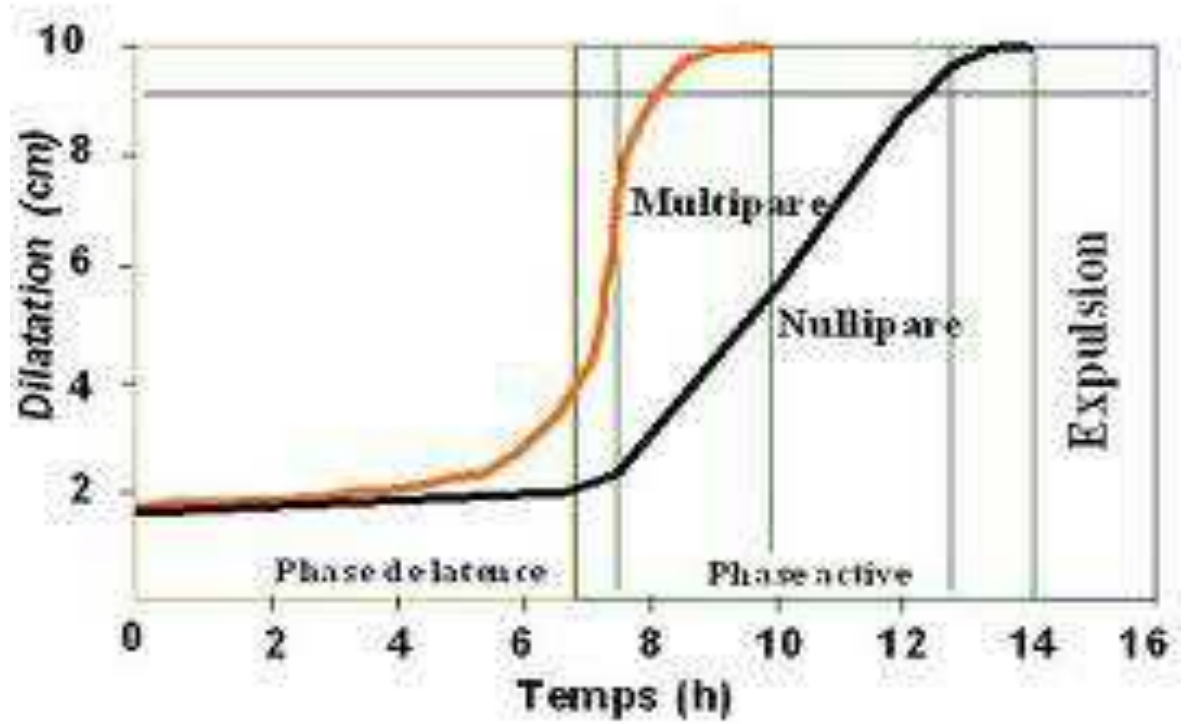
Le diagnostic de début du travail, associe la présence de contractions utérines régulières et douloureuses à des modifications cervicales. Il s'affirme le plus souvent après un délai d'observation d'au moins une heure afin de visualiser la fréquence, l'intensité des contractions utérines et les modifications cervicales.

Classiquement, le travail est divisé en trois étapes : la première correspond aux phénomènes dynamiques permettant l'effacement et la dilatation du col, la seconde étape correspond aux phénomènes mécaniques permettant l'engagement, la descente et l'expulsion de la présentation et la troisième permettant l'expulsion des annexes fœtales.

Selon Friedman, la première phase du travail est divisée en deux phases successives [13] :

-la phase de latence : c'est la phase de préparation au travail correspondant à l'effacement du col et à sa dilatation jusqu'à 2 à 3 centimètres. Elle dure de 8 à 10 heures pour une primipare et de 5 à 6 heures pour une multipare.

-la phase active : elle correspond au travail proprement dit. Elle comprend une phase d'accélération et une phase de décélération selon les auteurs au-delà de 8 cm qui précède la deuxième étape du travail. La dilatation progresse de manière régulière de plus de 1 cm par heure en moyenne et les contractions augmentent en fréquence et en intensité. Elle dure 5 heures \pm 3 heures pour une primipare et 2 heures 30 \pm 1 heure 30 pour une multipare.



Courbe de Friedman

III.2. La douleur en obstétrique

- **Définition**

La douleur est définie de manière générale selon l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle et potentielle ou décrite en terme évoquant une telle lésion* ».

La douleur du travail est perçue comme l'une des douleurs les plus intenses par un certain nombre de femmes. Elle serait susceptible de modifier les seuils douloureux après l'accouchement [14].

La principale source de douleurs provient des contractions utérines. Les récepteurs sensitifs sont plus nombreux dans le col et le segment inférieur de l'utérus. Ainsi au cours de la première phase du travail, la douleur naît de la dilatation du col et du segment inférieur de l'utérus ainsi que de la distension concomitante de ces structures pendant les contractions. Il existe un délai entre le début de la contraction et l'apparition de la douleur puisque la pression intra-amniotique doit atteindre 15mmHg avant de provoquer la distension du col et du segment inférieur. La douleur est essentiellement sous-ombilicale pour les variétés antérieures et touche la région lombaire et la partie supérieure du sacrum pour les variétés postérieures [15].

Lors de la deuxième phase du travail, la douleur provient essentiellement du corps de l'utérus et de l'impact de la présentation sur les structures du pelvis. Elle est liée à l'étirement des annexes et des ligaments qui soutiennent les éléments anatomiques voisins, à l'écartement du bassin et à la traction sur les ligaments utérins et le péritoine pariétal [15].

- **Facteurs influençant la douleur obstétricale [16-18]**

De nombreux facteurs intercurrents peuvent modifier l'intensité de la douleur ressentie.

- **La parité** : le travail est souvent considéré comme plus douloureux chez les nullipares. En effet, le travail est généralement plus long et elles ont plus souvent recours à l'analgésie péridurale que les multipares.

- **Le stade du travail** : l'intensité de la douleur augmente avec le degré de dilatation cervicale.

- **Travail dystocique** : en cas de dystocie, le travail est prolongé, mais il est également plus douloureux avec une augmentation des besoins analgésiques.

- **L'anxiété** : l'anxiété maternelle contribue à augmenter le ressenti de la douleur. La préparation à la naissance et à la parentalité diminue l'anxiété pendant le travail et contribue ainsi à une moindre demande d'analgésie.

- **Soutien par les professionnels** : un soutien continu pendant le travail contribue à diminuer la douleur ressentie, il est associé à un travail plus court et une diminution des besoins d'analgésie pharmacologique. En revanche, la présence du conjoint ou d'une autre personne choisie par la patiente, bien qu'importante, ne remplace pas le soutien par une personne spécialement formée à cet accompagnement.

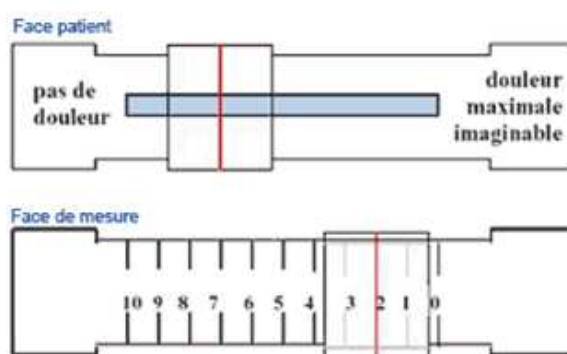
- **Age maternel** : Selon certaines études, l'âge maternel est également un facteur pouvant influencer avantageusement les sensations douloureuses durant le travail.

- **Méthode d'évaluation de la douleur obstétricale**

L'évaluation de la douleur pendant le travail doit être réalisée à chaque examen, retranscrite sur le partogramme et réévaluée à chaque douleur induite [19].

Il existe différentes échelles, (spécifiques ou non à l'obstétrique) pour évaluer cette douleur. Cependant l'échelle visuelle analogique reste la méthode la plus employée pour quantifier la douleur en salle de naissance [20].

L'échelle visuelle analogique permet d'apprécier la douleur ou son soulagement en regardant l'évolution du score. Il s'agit d'une réglette graduée d'une longueur de 10 cm dont les extrémités représentent pour l'une l'absence de douleur, pour l'autre la douleur maximale imaginable. La face présentée au patient ne comprend que ces deux informations et la ligne qui les relie n'est pas graduée. Le patient déplace sur la ligne un curseur qu'il positionne au niveau de douleur ressentie. Au verso de la réglette, la ligne est graduée de 0 à 10 cm et le chiffre lu par le soignant ne peut être visualisé par le patient. Cet instrument est très largement utilisé.



EVA : échelle visuelle analogique

- **Analgésie péridurale**

Le développement de l'analgésie péridurale a permis d'assurer efficacement la prise en charge de la douleur liée au travail et à l'accouchement. L'analgésie péridurale se définit par l'injection d'anesthésiques locaux dans un espace virtuel entre la dure mère et le canal rachidien à travers un cathéter laissé en place.

Elle représente la technique de choix dans l'analgésie obstétricale pendant le travail. Selon l'enquête périnatale nationale de 2010, on note une forte augmentation de la prise en charge de la douleur par cette technique. Parmi les femmes qui ont eu un début de travail spontané ou déclenché, 79,3 % ont eu une analgésie péridurale [21]. Celle-ci a notamment permis d'améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant et a contribué à diminuer la morbidité et la mortalité anesthésique en obstétrique.

Cependant des travaux ont montré qu'une mise en place précoce (avant 5 cm) de l'analgésie péridurale augmentait la durée moyenne de la phase de dilatation. De plus, elle augmenterait le recours aux manœuvres d'extractions instrumentales et le taux de césarienne. L'analgésie péridurale engendrerait alors une satisfaction plus faible par rapport aux patientes n'ayant pas bénéficié de la péridurale [22].

III.3. Effets de l'immersion pendant la première phase du travail

III.3.1. Effets sur les parturientes

- **Action sur la douleur**

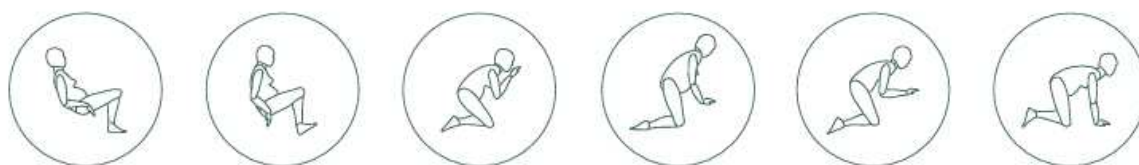
L'utilisation de la baignoire de dilatation est une alternative antalgique pendant le travail [23].

Les scores de douleur obtenus en utilisant différentes échelles d'évaluation de la douleur sont moins importants chez les patientes bénéficiant de la baignoire que pour celles n'utilisant pas ce procédé et ne pouvant que déambuler [23, 24].

L'usage de l'eau se révèle comme étant une expérience très positive pour les patientes.

Ainsi, l'immersion dans un bain chaud entraîne un apaisement, une détente qui permettent de diminuer l'anxiété maternelle grâce à la stimulation de la sécrétion d'endorphine et ainsi concourir à une diminution de la douleur ressentie [25].

De plus, dans la baignoire de dilatation, les femmes peuvent changer plus librement de position grâce à l'effet de pesanteur, ce qui permet de réduire la douleur et d'éprouver moins d'inconfort [26].



Positions pouvant être adoptées dans les baignoires de dilatation

- **Recours à l'analgésie péridurale**

Grâce aux effets de l'immersion sur la douleur, l'utilisation de l'eau au cours de la première phase du travail, associée à un accompagnement par une sage-femme, réduit de manière importante les demandes d'analgésie péridurale ou permet d'en différer la mise en place [27].

- **Durée du travail et effort expulsif**

L'immersion dans l'eau apporte une augmentation de la vitesse de dilatation pendant la durée du bain grâce aux effets antispasmodiques et relaxants d'une eau à 37°C. En effet, le travail dans l'eau est associé à une diminution des hormones du stress qui ont la propriété d'inhiber l'ocytocine et la progression du travail. Ainsi plus l'immersion est prolongée, plus l'effet sur la durée du travail est important [28].

De plus, la meilleure mobilité des parturientes dans la baignoire permet d'optimiser les diamètres du bassin. Le fœtus est alors plus enclin à adopter une position de flexion.

Mais de courtes périodes d'immersion (45 à 60 min) ne semblent pas apporter de bénéfices sur le temps de travail [29].

Une immersion précoce avant 5 cm de dilatation cervicale serait même susceptible de prolonger la durée du travail et d'augmenter le recours à l'ocytocine et à l'analgésie péridurale [30].

Il convient également de noter que lorsque la première phase du travail se déroule dans l'eau, cela semble plus bénéfique aux primipares qu'aux multipares, le temps de dilatation étant sensiblement le même [31].

Concernant la durée des efforts expulsifs, l'immersion au cours de la première phase du travail n'entraîne pas un temps d'expulsion plus court [24].

- **Risque infectieux**

Le risque infectieux a souvent été cité comme une raison de la réticence à l'utilisation du bain pendant le travail surtout après une rupture des membranes. En effet, l'eau pénètre dans la partie inférieure du dôme vaginal pendant le bain, ce qui soulève la possibilité d'introduire des agents pathogènes véhiculés par l'eau.

Cependant, il n'existe pas de risque infectieux supplémentaire pour la mère et le fœtus lors d'un travail dans l'eau et la rupture de la poche des eaux n'est pas une contre indication à l'utilisation du bain [32,33].

Les facteurs retrouvés comme favorisant la survenue d'infections, sont le nombre de touchers vaginaux, le délai depuis la rupture des membranes jusqu'à la naissance, les accouchements dystociques et les manœuvres endo-utérines.

Néanmoins, certaines mesures de sécurité sont recommandées. La présence d'un portage vaginal à streptocoque B Agalactiae ou d'antécédent de portage associé à une rupture de la poche des eaux, la présence d'un liquide teinté ou méconial constituent des facteurs de risque à l'utilisation du bain pendant le travail [32].

Toutes les maternités doivent disposer de protocoles de désinfection et de nettoyage des baignoires de dilatation. Une attention particulière est nécessaire à la qualité de l'eau et aux techniques de nettoyage du bain.

- **Lésions périnéales**

La classification française permet de définir 3 degrés de déchirures spontanées, de gravité croissante, selon les tissus affectés.

Les déchirures simples ou incomplètes (1^{er} degré) se définissent par l'absence d'atteinte du sphincter anal. Elles peuvent toucher la muqueuse vaginale, la peau et les muscles périnéaux (noyaux fibreux central et muscles bulbo caverneux).

Les déchirures complètes (2^{ème} degré) correspondent à une atteinte du sphincter anal mais la marge anale reste fermée sur tout son périmètre. On ne retrouve pas de communication entre le vagin et l'anus.

Les déchirures complètes compliquées (3^{ème} degré) mettent en communication le vagin et l'anus réalisant alors un cloaque. La cloison recto-vaginale et la muqueuse anale sont rompues.

L'épisiotomie est réalisée par incision chirurgicale du périnée idéalement lorsque la présentation fœtale se trouve au grand couronnement au moment de l'expulsion. En France, l'épisiotomie est très généralement médio-latérale.

Certains travaux ont mis en évidence un taux plus élevé de périnées intacts et un recours moins fréquent à l'épisiotomie, mais ces résultats sont contrastés [24,25]. On ne peut donc pas conclure à l'action d'un bain chaud sur l'assouplissement direct des muscles.

- **Hémorragie du post partum**

L'hémorragie du post-partum immédiat correspond à des pertes sanguines supérieures à 500ml dans les 24h qui suivent un accouchement.

L'immersion dans l'eau, pendant la première phase du travail, n'a pas d'incidence sur les taux d'hémorragie de la délivrance, ni sur leur gravité [24,25].

III.3.2. Effets sur le fœtus et le nouveau-né

- **Risques fœtaux selon la température du bain. [34-36]**

Comme pour n'importe quelle femme en travail, il est important d'éviter toute hyperthermie.

L'hyperthermie en cours de travail est une situation assez fréquente, de gravité variable en fonction du seuil retenu (le plus souvent supérieur à 38°C).

Toute élévation de la température maternelle entraîne une élévation de température fœtale qui dépasse de 0.5 à 1°C la température maternelle.

L'hyperthermie pendant le travail est associée à un certain nombre de complications fœtales : tachycardie fœtale, score d'Apgar bas, détresse respiratoire, morbidité neurologique à court et long terme avec notamment un risque d'encéphalopathie néonatale et de convulsions.

Par conséquent, il est important que la température de l'eau dans une baignoire de dilatation ne dépasse pas la température corporelle maternelle.

Avec une immersion dans un bain à 39°C, la température du corps est supérieure à 38° ce qui entraîne des conséquences sur le bien être fœtal.

Dans un bain à 38°C, on constate des variations hémodynamiques si l'immersion se prolonge au-delà de 30 minutes.

Par contre à une température de 37°C, le bain apporterait un effet positif sur la circulation fœto-placentaire et entraînerait une augmentation des mouvements actifs fœtaux.

Par conséquent, la température de l'eau devra rester proche de 37°C et ne pas dépasser la température corporelle maternelle pour éviter toute hyperthermie fœtale.

A l'inverse, un bain froid ne permettrait pas à la patiente de bénéficier des effets positifs de l'eau.

Il est ainsi recommandé dans certains protocoles d'utilisation des baignoires de surveiller toutes les heures la température maternelle.

- **Rythme cardiaque fœtal**

L'objectif de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal est de détecter d'éventuelles anomalies pouvant traduire un état de souffrance fœtale nécessitant une prise en charge rapide afin d'éviter d'éventuels risques d'anoxie voire d'asphyxie périnatale.

Les principales caractéristiques analysées sont : le rythme de base, la variabilité, la réactivité, l'absence de ralentissements.

Le rythme de base est apprécié sur 10 min d'un tracé sans variation. La normalité se situe entre 120 et 160 battements par minute.

La variabilité consiste en l'appréciation de l'amplitude des variations (en battements par minute) et de leur fréquence (nombre de cycles/min). La fréquence normale des oscillations doit être au moins de 4 cycles par minute de variations supérieures à 5 battements par minute.

La réactivité sur un tracé normal est définie par au moins 3 accélérations pendant plus de 15 secondes pendant 15 minutes [37].

La réalisation de la première phase du travail dans l'eau n'induit pas plus d'anomalies du rythme cardiaque fœtal [31].

Comme cela a été évoqué précédemment, un bain à 37°C possède des propriétés myorelaxantes, ce qui permet de diminuer l'anxiété maternelle. Physiologiquement, le stress et l'anxiété activent le système nerveux sympathique provoquant alors une hypersécrétion de catécholamines, d'adrénaline et de noradrénaline, responsables d'une vasoconstriction des vaisseaux placentaires, ce qui peut générer une hypoxie fœtale [25].

De plus, dans les baignoires de dilatation, les patientes peuvent se mobiliser davantage en adoptant des postures accroupies ou verticales. Ces postions n'ont pas d'effet compressif sur l'aorte et la veine cave inférieure et permettent alors une bonne adaptation hémodynamique maternelle et placentaire. A contrario, la position allongée sur le dos affecte le débit sanguin dans l'utérus ce qui peut induire une hypoxie [38].

Il est possible d'utiliser un enregistrement cardiotocographique discontinu pendant 30 min toutes les deux heures, associé à une auscultation par sonicaid pendant 60 secondes toutes les 30 min.

- **Score d'Apgar**

En pratique, dans les dix premières minutes de vie, l'adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine est vérifiée par la cotation du score proposé par Virginia Apgar en 1953. Le score d'Apgar comprend cinq critères cotés de 0 à 2. Le score de 2 est réservé aux états strictement normaux, le score de 0 aux anomalies majeures, et 1 à tous les états intermédiaires. La cotation est systématiquement pratiquée au bout d'une minute, 5 minutes et 10 minutes de vie.

L'immersion dans l'eau pendant le travail n'a aucune répercussion négative sur l'adaptation cardio-respiratoire à la naissance. Il faut toutefois noter que ce critère reste subjectif dans la mesure où son évaluation est opérateur dépendant [24,25].

- **Mortalité périnatale**

L'immersion dans l'eau uniquement au cours de la première phase du travail ne semble pas avoir d'incidence sur les taux de mortalité périnatale et le risque d'admission en unité de soins intensifs [24,25].

III.4. Conditions d'utilisation de la baignoire de dilatation à la maternité du CHU de Clermont-Ferrand

- **Caractéristique de la baignoire : GENEROSA ®**

La baignoire de dilatation est installée dans l'une des 9 salles de naissances.

- Longueur : 1720 mm
- Largueur : 1165 mm
- Hauteur : 860 mm
- Volume : 350-500 l
- Poids (vide) : 95 kg
- Le temps de remplissage avec le mitigeur thermostatique est d'environ 9 minutes. Le temps de vidange est d'environ 7 minutes.



- **Les indications**

Les indications à l'utilisation de la baignoire pendant la première phase du travail sont les suivantes :

- Souhait de la patiente
- Contre-indication à l'analgésie péridurale
- Faux travail

- Dystocie de démarrage
- Attente du bilan d'analgésie péridurale
- Déclenchement

- **Les contre-indications**

Les contre-indications à l'utilisation de la baignoire de dilatation pendant la première phase du travail sont les suivantes :

- Portage vaginal de streptocoque Agalactiae ou antécédent de portage associé à une rupture de la poche des eaux.
- Prélèvement vaginal positif à un quelconque germe non traité associé à une poche des eaux rompues
- Infections materno-fœtales avérées
- Liquide amniotique teinté ou méconial
- Hyperthermie maternelle
- Mise en place d'une APD ou d'une anesthésie par PCEA de morphine
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal
- Métrorragie
- Prématurité inférieure à 34SA

- **Les conditions d'utilisation**

La baignoire est utilisable jusqu'à dilatation complète et sans limite de durée.

La température de l'eau est de 37°C. La baignoire doit régulièrement être remplie afin de maintenir une température assez élevée.

La patiente ne doit pas rester seule lorsqu'elle utilise la baignoire : soit la sage-femme a la possibilité et le temps nécessaire pour rester avec la patiente, soit une personne de son entourage (mari, mère, amie...) doit l'accompagner.

Lorsqu'une patiente bénéficie de la baignoire, la surveillance du rythme cardiaque fœtal est réalisée en discontinu. Un enregistrement de 30 minutes est réalisé toute les deux

heures, à condition que le rythme cardiaque fœtal soit réactif et oscillant, avec un rythme de base entre 110 et 160 battements par minute sans aucune décélération.

Afin de respecter la pudeur des patientes, un rideau a été installé, cachant la baignoire de l'entrée de la salle.

Aucune préparation à la naissance et à la parentalité spécifique n'est nécessaire pour pouvoir bénéficier de la baignoire de dilatation.

IV. Intérêt de la mesure de la satisfaction des patientes à l'égard de la baignoire de dilatation au CHU de Clermont-Ferrand

IV.1. Définition du concept de satisfaction des patients

La satisfaction peut être définie comme « *un sentiment de bien être, plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce que l'on attend, désire, ou simplement d'une chose souhaitable.* » [39].

Dans le système de santé, l'objectif des soins médicaux est d'améliorer l'état de santé du patient mais aussi d'assurer sa satisfaction [40].

Le terme de satisfaction est largement utilisé mais rarement défini. Il existe plusieurs définitions.

La satisfaction peut être obtenue lorsque les services correspondent aux besoins et à la perception du patient. Les besoins ne se résument pas qu'à des besoins physiques mais aussi aux besoins affectifs et sociaux. La perception est la manière selon laquelle l'homme comprend son environnement. Elle est fortement influencée par les caractéristiques de celui qui perçoit (interaction dynamique entre l'individu et la réalité objective) mais également par l'ensemble de tout l'acquis culturel de l'individu. Ce déterminant est donc fonction des caractéristiques des patients [41].

En revanche, selon d'autres définitions, la satisfaction se produit dans la confirmation des attentes du patient. L'attente peut être définie comme la perception qu'a un patient des bénéfices qu'il a retiré du système de soins et de la mesure dans laquelle ces bénéfices sont à la hauteur de ce qu'il en attendait. Pour réaliser la satisfaction, il est nécessaire que les performances perçues atteignent ou dépassent les attentes [42].

De plus, même si les perceptions des patients constituent des données valables, il est souhaitable d'inclure également les attentes de ces derniers. Selon ce modèle qui semble être le plus pertinent et le plus utilisé, la satisfaction peut alors se définir comme le

degré de différence entre les attentes des patients et leurs perceptions de la qualité des soins reçus [43].

La satisfaction humaine est donc un concept complexe, dynamique, influencée par un certain nombre de facteurs comprenant le style de vie, les expériences antérieures, les expériences futures, l'image personnelle de la santé et les valeurs de chaque individu voire même celles de la société [44]. Ainsi dans les mêmes conditions, les individus peuvent avoir des taux de satisfaction discordant en raison de leurs attentes et de leurs perceptions individuelles. Certains considèrent d'ailleurs que la satisfaction des patients ne peut être que subjective et que les perceptions individuelles de la réalité vécue par le patient peuvent être différentes de la réalité objective de l'expérience d'hospitalisation [45].

La satisfaction des patients est également un phénomène multidimensionnel. On peut alors retenir quatre grandes classifications [46] :

- la satisfaction globale : elle permet d'explorer l'avis général des patients sur la qualité des soins
- les relations interpersonnelles : il s'agit de la qualité de la relation soignant soigné
- les aspects techniques des soins
- les prestations non médicales : l'analyse de l'organisation des prestations non-médicales peut porter sur l'accueil, l'attente en consultation, les aspects administratifs de la prise en charge ou les prestations hôtelières (repas, hygiène, confort, bruit...).

IV.2. Objectifs de l'évaluation de la satisfaction des patients

Avant toute chose, il faut souligner que la notion de satisfaction du patient s'inscrit dans une tendance visant à mieux prendre en considération le point de vue du patient.

En effet, l'évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés vis-à-vis des soins qui leurs ont été prodigués est l'une des priorités des établissements de santé. L'élément

déclenchant est l'ordonnance du 24 avril 1996 sur l'hospitalisation publique et privée qui prévoit pour l'établissement de procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients [47].

Cette dernière a été renforcée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui confère notamment aux patients, le droit de bénéficier de soins de qualité, le droit à l'information, le droit à accéder aux dossiers médicaux, les plaçant ainsi au cœur du système de soins.

La satisfaction des patients constitue en soi un élément de santé et un résultat légitime des soins. De nombreuses études ont ainsi mis en évidence l'importance que revêt la mesure de la satisfaction sur la qualité des soins et ont montré l'existence d'un lien entre la qualité effective des soins reçus et le niveau de satisfaction des patients [48] comme, par exemple, pour la prise en charge de la douleur [49].

On peut alors se servir des enquêtes de satisfaction pour identifier les aspects jugés les moins satisfaisants qui seront des éléments à améliorer et ceux jugés les plus satisfaisants qui seront des éléments à maintenir, quelque soit l'établissement de santé visé et les services offerts.

Ceci a alors conduit naturellement la Haute Autorité de Santé à inscrire l'analyse de la satisfaction des patients parmi les procédures à valider dans les démarches de certification.

Il s'agit d'apprécier la capacité de l'établissement à s'organiser en fonction des besoins et attentes du patient. L'ensemble des références et des étapes de la procédure est centré sur l'appréciation de la prise en charge du patient tout au long de son parcours dans l'établissement et en lien avec les prestations complémentaires offertes dans son territoire de santé [50].

La satisfaction des patients s'avère donc d'une importance fondamentale comme mesure de la qualité des soins car elle permet de donner des informations sur la capacité des professionnels de santé à répondre aux valeurs et attentes du client, d'identifier des dysfonctionnements et trouver des axes d'amélioration. C'est bien dans ce but que s'inscrit notre étude.

IV.3. Baignoire de dilatation et satisfaction

IV.3.1. Attente globale des parturientes à l'égard du travail d'accouchement

La revue de la littérature ne décrit pas les attentes spécifiques des parturientes concernant la baignoire de dilatation. En revanche, on retrouve surtout des attentes générales relatives au déroulement du travail d'accouchement.

Les parturientes et leurs entourages ont des exigences croissantes depuis plusieurs années vis-à-vis de la prise en charge de la grossesse et surtout de l'accouchement [51].

Il y a plusieurs années, la prise en charge de la grossesse s'orientait vers une approche très médicalisée en faisant le postulat que ce qui est bénéfique en cas de grossesse à risque obstétrical était également efficient pour les grossesses à bas risque. Mais il a été mis en évidence que la sur-médicalisation des grossesses et des accouchements physiologiques pouvait engendrer des risques, et notamment augmenter le taux d'hospitalisation et entraîner alors une insatisfaction des patientes qui revendiquent une prise en charge plus personnalisée [1].

Le plan de périnatalité 2005-2008 tente de répondre en grande partie à ces souhaits et de rechercher un équilibre autour de quatre concepts : humanité, proximité, sécurité, qualité. L'un de ses objectifs est de renforcer l'individualisation de la prise en charge de la grossesse et de la naissance et de favoriser une meilleure prise en compte de la physiologie. Ce plan a également pour volonté d'optimiser la prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux-nés, cela passe par l'amélioration de la collaboration entre les différents professionnels de la périnatalité, l'harmonisation des pratiques professionnelles et la prise en charge des patientes et de leurs enfants dans un niveau de soins adapté à leurs risques médicaux [52].

Dans ce cadre, une enquête a été menée par la DRESS sur la satisfaction globale des patientes à l'égard de leur prise en charge périnatale, à savoir le suivi de grossesse et le déroulement de l'accouchement. Les premiers résultats ont mis en évidence des attentes spécifiques concernant le travail et l'accouchement, comme par exemple la présence

continue d'un même soignant, les conditions du premier contact avec le nouveau-né, la possibilité de déambuler pendant le travail. Les patientes émettent également des attentes par rapport à la douleur, sur le contrôle de la prise de décision médicale ou sur l'implication dynamique lors du travail. Selon les patientes, la douleur n'est pas associée à un sentiment négatif et fait partie de « *l'expérience enrichissante de la naissance* » [53].

Les parturientes ayant eu une analgésie péridurale ont une satisfaction moindre par rapport aux patientes ayant bénéficié d'un accouchement dit « naturel » sans utiliser des techniques analgésiques pharmacologiques [54].

On peut alors être amené à faire deux constats antinomiques : les parturientes souhaitent à la fois un soulagement de la douleur mais également une implication active dans leur accouchement.

De plus, selon le compte rendu des 36^{ème} assises nationales des sages-femmes à Marseille en 2008, « *redonner la maîtrise de leur accouchement aux femmes sans pour autant perdre en sécurité devrait être l'objectif des professionnels de la naissance* » [55].

Les patientes souhaitent donc se réapproprier leur travail d'accouchement. Ainsi, des mesures se développent dans les maternités, y compris dans les grands centres de type 3, afin d'offrir aux familles des alternatives à la technique et à la médicalisation appliquées à la naissance.

IV.3.2. Maternité de type 3 et accompagnement des accouchements physiologiques

Il convient avant toute chose de donner une définition de la notion de grossesses à bas risque.

Ainsi selon l'Organisation Mondiale de la Santé, on peut parler de grossesse à bas risque *« comme une grossesse dont le déclenchement est spontané, le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37èmes et 42èmes semaines de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau né se portent bien »* [56].

Une enquête menée dans les maternités de type 3 s'est intéressée à l'avis des professionnels concernant la prise en charge des grossesses à bas risques. Le premier constat de cette étude est l'augmentation du nombre de femmes à bas risque obstétrical venant accoucher en maternité de type 3. Le deuxième constat est qu'il n'est pas envisageable de supprimer les grossesses à bas risque des centres de type 3, d'une part parce que les choix des patientes doivent être respectés et d'autre part car les sages-femmes souhaitent vivement conserver ces grossesses qui font *« l'essence même de leur profession »*. De plus, les sages-femmes déplorent les pratiques systématiques qui laissent alors peu de possibilités aux patientes de choisir et de s'impliquer activement dans leur accouchement. Les équipes obstétricales apparaissent donc favorables à une réorganisation du bloc obstétrical. Elles sont pleinement conscientes qu'accoucher naturellement est une demande qui existe. La sécurité ne doit pas justifier des comportements rigides mais des prises en charges rationnelles et personnalisées, compatibles avec le confort et l'intimité de la femme [57].

Les maternités développent alors une prise en charge plus adaptée aux grossesses physiologiques avec l'utilisation de baignoire de dilatation ou la présence de centres de naissance implantés dans les maternités à proximité du bloc obstétrical. Des études ont d'ailleurs montré que la sécurité de la mère et de l'enfant est équivalente dans ces centres, avec une durée du travail plus longue mais un taux significativement plus faible d'extractions instrumentales, de périnées intacts et moins d'épisiotomies. Les scores d'Apgar, et la mortalité périnatale ne diffèrent pas [57].

**MATERIEL ET
METHODES**

I. Objectifs de la recherche

I.1. Objectif principal

L'objectif principal était d'étudier la satisfaction globale des parturientes vis-à-vis de l'utilisation de la baignoire de dilatation.

I.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire était d'évaluer l'effet de l'immersion dans l'eau sur la perception de la douleur par les parturientes.

II. Etude

II.1. Type d'étude

L'étude réalisée est une étude observationnelle descriptive transversale.

II.2. Population

Notre population se composait de femmes ayant bénéficié de la baignoire de dilatation au CHU de Clermont-Ferrand entre le 10 octobre 2012 et le 10 février 2013.

II.3. Echantillon

- **Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion étaient les patientes ayant accouché au CHU de Clermont-Ferrand après avoir utilisé la baignoire de dilatation.

- **Critères d'exclusion**

Toutes les patientes ne comprenant pas et ne lisant pas le français ainsi que les patientes mineures (dont l'âge est inférieur à 18 ans) ont été exclues de notre étude.

II.4. Critères de jugement

- **Critère de jugement principal**

Le critère de jugement principal était le taux de patientes satisfaites de la baignoire de dilatation. L'évaluation de la satisfaction était mesurée par un score de 0 à 10. Notre seuil de satisfaction était un score supérieur ou égal à 7.

- **Critère de jugement secondaire**

Le critère de jugement secondaire était l'écart entre les scores de douleur avant l'entrée dans l'eau et à 30 min d'immersion (Δ scores de douleur = score de douleur à 30min – score de douleur initial). Un delta positif indiquait donc un effet bénéfique alors qu'un delta négatif n'indiquait pas d'effet bénéfique sur les scores de douleur.

II.5. Le recueil des données

Deux supports ont été nécessaires à la mise en place de cette étude.

- **Partie médicale**

Une partie médicale remplie par les sages-femmes en salle de naissance et complétée par nous même via le dossier informatique de la patiente (ICOS Maternité) disponible sur les ordinateurs de la maternité.

Chaque partie médicale était numérotée, le numéro correspondait au questionnaire distribué à la patiente, ainsi aucune information ne permettait de connaître l'identité de celle-ci.

Sur la partie médicale étaient mentionnés :

- Le terme à l'accouchement
- Le type de travail : spontané ou déclenché.
- Le motif d'utilisation de la baignoire de dilatation ainsi que le motif de sortie.
- La durée d'utilisation de la baignoire de dilatation.
- La dilatation avant et après immersion.
- La durée du travail.
- Le type d'accouchement : voie basse spontanée, voie basse avec extraction instrumentale, césarienne.
- L'état néonatal : poids, Apgar à 1 min et à 5 min, ph artériel, transfert

- **Le questionnaire**

Un auto questionnaire a été distribué aux patientes hospitalisées en suite de couche, à J1 du post partum.

Le recueil de données a été établi à partir des réponses aux questionnaires distribués aux patientes.

Le questionnaire comportait 25 questions divisées en cinq parties :

- Première partie : *caractéristiques socio-démographiques* (date de naissance, profession).
- Deuxième partie : *déroulement de la grossesse et information de la patiente* (connaissance de la baignoire, information par les professionnels, cours de préparation à la naissance...).
- Troisième partie : *utilisation de la baignoire de dilatation pendant le travail* (douleur, analgésie péridurale...).
- Quatrième partie : *accompagnement par les professionnels* (information, soutien).
- Cinquième partie : *souhait pour une future grossesse*.

II.6. Analyse statistique

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2007 et analysées avec le logiciel R version 2.12.0.

Afin de mettre en évidence un lien entre deux variables qualitatives, nous avons utilisé le test de Fisher car les effectifs attendus sous l'hypothèse nulle étaient < 5 .

Afin de mettre en évidence un lien entre une variable qualitative et une variable quantitative, nous avons utilisé le test de Student.

L'ensemble des représentations graphiques a été réalisé à partir du logiciel Microsoft Excel version 2007.

II.7. Particularité éthique

Avant de commencer le recueil de données, nous avons recueilli les autorisations de distribution des questionnaires du médecin et de la sage-femme cadre supérieur du pôle du CHU de Clermont-Ferrand (Monsieur Lémery et Madame Delpirou), ainsi que de Madame Barasinski, directrice de mémoire et de Madame Leymarie, sage femme guidante de ce projet, conformément aux instructions.

Les données médicales relatives aux patientes ont été recueillies grâce à un numéro d'anonymat. Ainsi aucune information ne permet de retrouver l'identité des patientes ayant répondu aux questionnaires. L'anonymat a donc été respecté.

Le consentement des patientes a également été recueilli préalablement.

RESULTATS

I. Participation

100% des patientes recensées par l'équipe comme ayant bénéficié de la baignoire de dilatation entre le 10 octobre 2012 et le 10 février 2013 ont reçu le questionnaire. Le taux de réponse est de 100%.

II. Description de la population

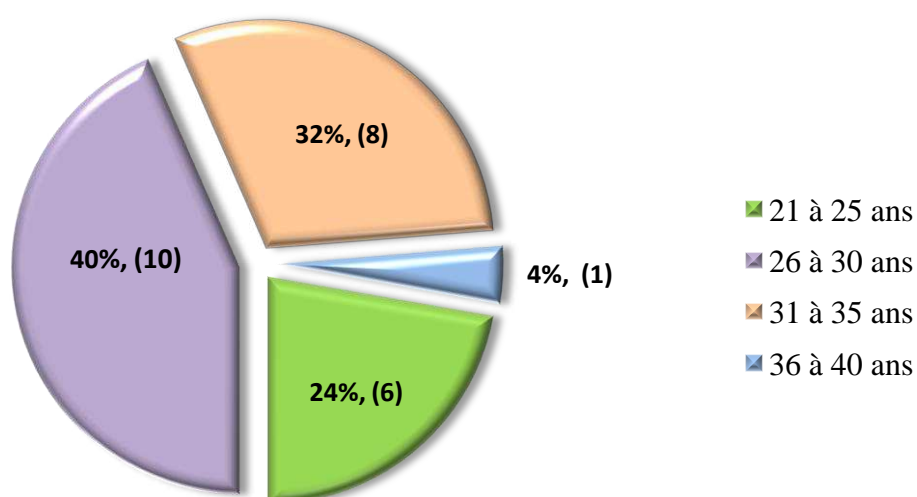
II.1. Caractéristiques socio-démographiques

- Age

La majorité de la population se situait dans la tranche d'âge 26 à 30 ans (40%).

La moyenne d'âge de la population était de 29 ans avec des extrémités allant de 20 à 40 ans. [Figure 1]

Figure 1 : Répartition de la population étudiée selon la classe d'âge en % (n=25)

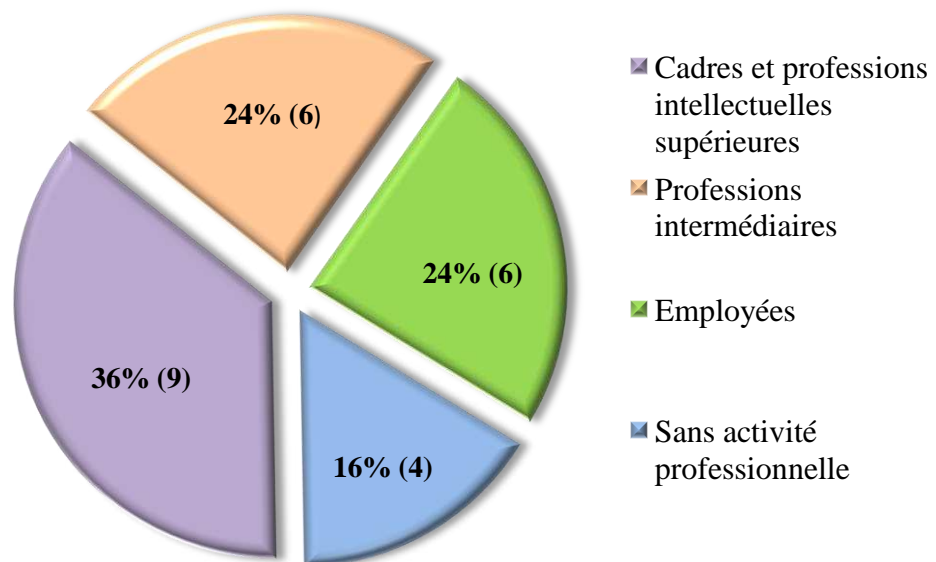


- **Profession exercée avant la grossesse**

Parmi les femmes exerçant une profession, 36% étaient cadres ou professions intellectuelles supérieures », 24% étaient issues d'une profession intermédiaire et 24% étaient employées.

16% de la population n'exerçait aucune profession. [Figure 2]

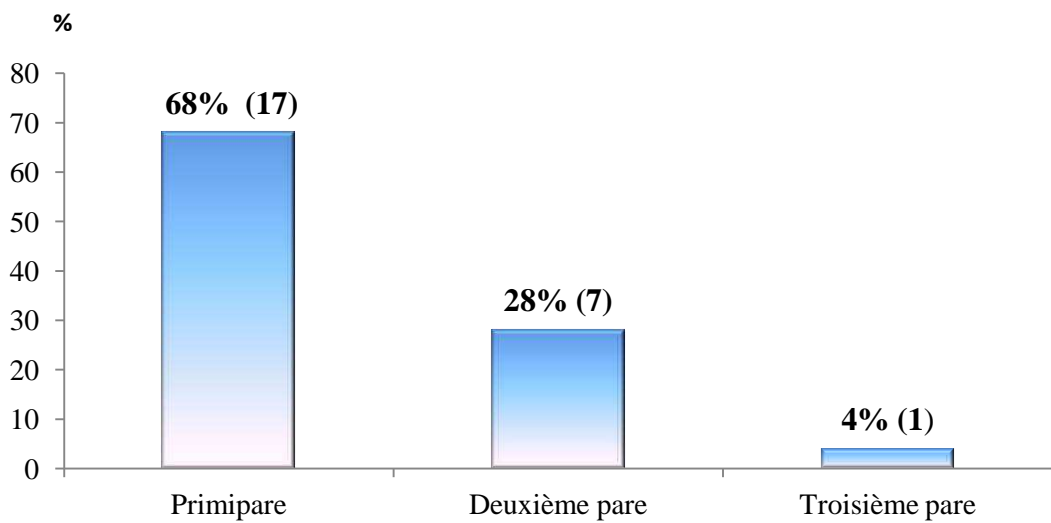
Figure 2 : Répartition de la population en fonction de la catégorie socio professionnelle en % (n=25)



- **Parité**

La majorité de la population était des primipares (68%). Le reste de la population était des secondes paires (28%) et une troisième paire (4%). Soit 32 % de multipares. [Figure 3]

Figure 3 : Répartition de la population en fonction de la parité en % (n=25)



II.2. Caractéristiques obstétricales et déroulement de la grossesse

- **Pathologies médicales et obstétricales**

84% des patientes déclaraient avoir eu une grossesse physiologique.

12% des patientes avaient une pathologie antérieure interférant avec l'APD

Seule une patiente a présenté une complication liée à la grossesse à savoir une hypertension artérielle (4%).

- **Préparation à la naissance et à la parentalité**

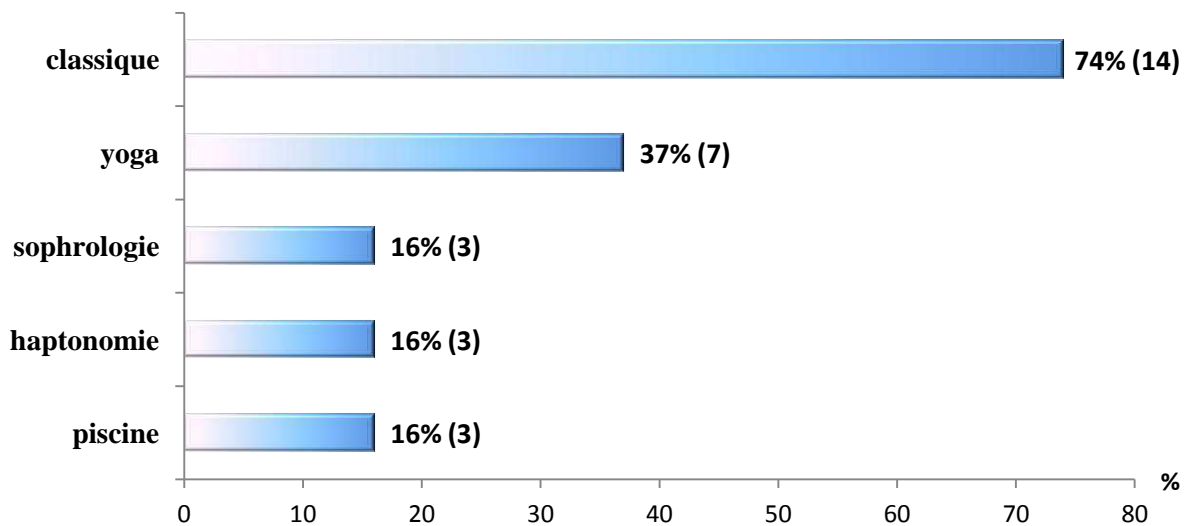
Environ 4/5 des patientes avaient suivi une préparation à la naissance (76%).

La participation à une préparation à la naissance était de 88% chez les primipares et de 50% chez les multipares.

Les patientes ont suivi majoritairement des cours de préparation classiques (74%) suivi du yoga (37 %). Seule 16% de la population avait suivi une préparation en piscine.

[Figure 4]

Figure 4 : Répartition des patientes en fonction du type de préparation à la naissance suivi pendant la grossesse en % (n=19)

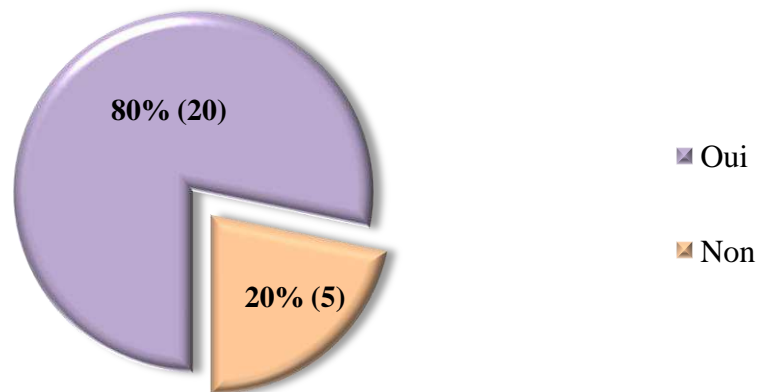


- **Informations préalables à l'égard de la baignoire de dilatation**

80% la population avait connaissance de l'existence d'une baignoire de dilatation au CHU de Clermont-Ferrand. [Figure 5]

Parmi les patientes qui ne connaissaient pas la baignoire (20%), une patiente présentait une contre-indication à la péridurale.

Figure 5 : Pourcentage de femmes ayant eu connaissance de la présence d'une baignoire de dilatation au CHU de Clermont-Ferrand % (n=25)

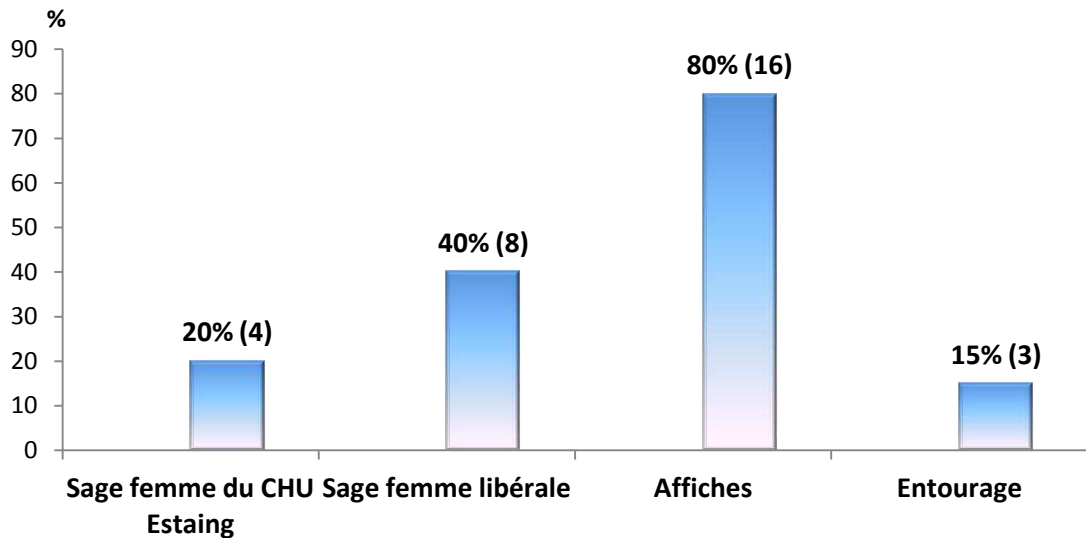


Parmi les 20 patientes ayant reçu l'information, celle-ci provenait le plus souvent des affiches exposées au CHU (80%).

On retrouvait ensuite l'information délivrée par des sages-femmes libérales (40%), puis des sages-femmes exerçant au CHU de Clermont-Ferrand (20%) et de l'entourage (15%).

48% de notre population totale avait donc pu recevoir une information par les professionnels de santé. De plus, parmi les patientes ayant une pathologie pré-existante (12%), aucune n'a été informée par un professionnel de santé au sujet de la baignoire de dilatation. [Figure 6]

Figure 6 : Origine de l'information reçue par les patientes sur la baignoire de dilatation en % (n=20)



Il y avait plus de femmes ayant connaissance de l'existence de la baignoire de dilatation au CHU de Clermont-Ferrand dans le groupe ayant réalisé une préparation à la naissance (95% vs 33%). De plus, le lien entre ces deux variables était statistiquement significatif. L'Odd-ratio du groupe ayant réalisé une préparation à la naissance était de 27.59 et l'intervalle de confiance excluait la valeur 1. [Tableau I]

Tableau I: Connaissance de la baignoire de dilatation en fonction de la participation à une préparation à la naissance.

	PNP : Oui	PNP : Non	TOTAL
Connaissance : Oui	18	2	20
Connaissance : Non	1	4	5
TOTAL	19	6	25

p : 0.005477; OR : 27.59 [1.79 ; 1833,44]

- **Souhait préalable de bénéficier de la baignoire de dilatation**

Parmi les patientes ayant eu connaissance préalablement de la baignoire, 28% souhaitaient en bénéficier pendant le travail. Pourtant, 94% de celles-ci n'avaient pas choisi leur lieu d'accouchement en fonction de la présence d'une baignoire.

- **Description du travail et de l'accouchement**

Le terme moyen à l'accouchement était de 40 SA. Le terme minimal retrouvé était de 38SA et le terme maximal était de 41SA+5 jour.

20% des patientes ont été déclenchées pour différents motifs (rupture PDE, terme dépassé, oligoamnios, HTA) et 80% de la population a bénéficié d'une analgésie péridurale.

La durée moyenne du travail global était de 7h07 (+/- 3h09) pour les primipares et de 7h15 (+/-2h52) pour les multipares.

76 % des accouchements ont été eutociques.

Parmi les accouchements non eutociques, 12% des patientes ont eu une extraction instrumentale et 12% une césarienne. [Tableau II]

Tableau II : Description du travail et de l'accouchement

	n	%
Terme (SA)		
[37- 40+6]	22	88
≥41	3	12
Terme moyen	40 (+/1)	
Travail		
Spontané	20	80
Déclenché	5	20
APD	20	80
Durée moyenne du travail (en heures)		
Primipares	7.12 (+/- 3.16)	
Multipares	7.25 (+/-2.87)	
Accouchement		
Voie basse spontanée	19	76
Extraction instrumentale	3	12
Césarienne	3	12

- **Utilisation d'une APD en fonction du projet initiale**

Préalablement au début du travail, 40% de notre population ne souhaitait pas bénéficier de l'analgésie péridurale pendant le travail.

Parmi les patientes qui ne souhaitaient pas d'APD pendant la grossesse, 50% ont changé d'avis durant le travail.

- **Etat néonatal**

Le poids de naissance moyen était de 3195g (+/- 345g) avec un minimum à 2520 g et un maximum à 3770g.

La moyenne des scores d'Apgar à 1 min était de 8.48 (+/-1.59). 8% des nouveaux nés avaient un score d'Apgar inférieur à 8 à 1 min avec un score minimal à 2.

La moyenne des scores d'Apgar à 5 min était de 9.44 (+/-1.47). Seul 1 nouveau né présentait un score d'Apgar inférieur à 8 à 5 min, en raison d'une détresse respiratoire (score à 3). Il fut transféré en unité de réanimation néonatale.

La moyenne des pH artériels au cordon était à 7.28. Aucun n'était inférieur à 7,15 (signe d'acidose néonatale). [Tableau III]

Tableau III : Description de l'état néonatal

	n	%
Poids de naissance en g	3195 (+/-345)	
Apgar < 7 à 1 min	3	8
Apgar <7 à 5 min	1	4
Ph artériel	7.28 (+/- 0.05)	
Transfert en unité de réanimation	1	4

II.3. Modalités d'utilisation de la baignoire de dilatation

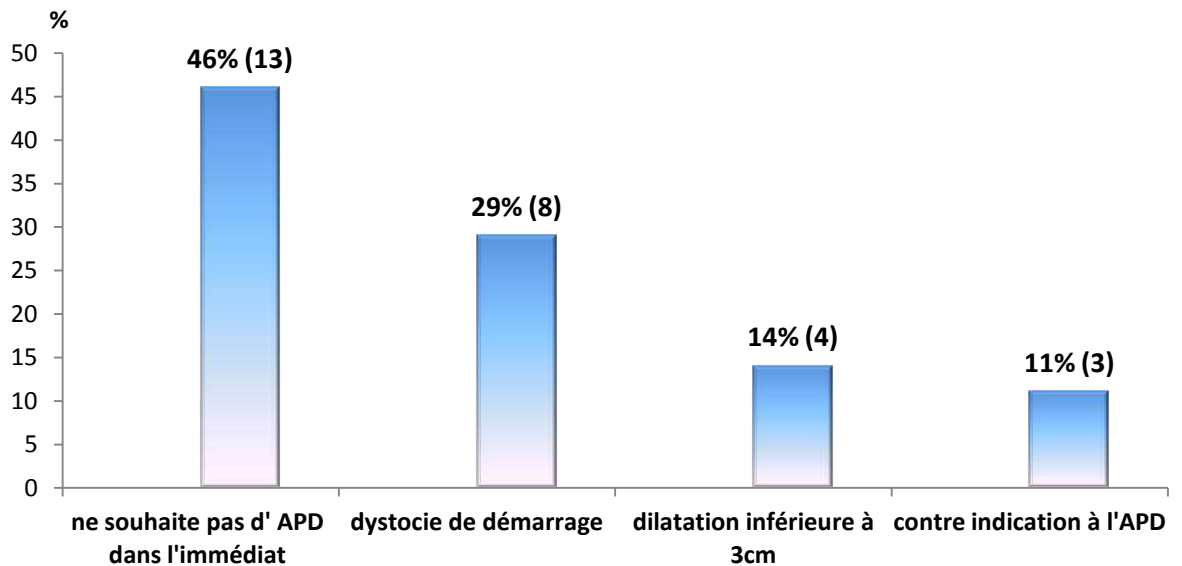
- Les indications d'utilisation de la baignoire de dilatation

La majorité des patientes ont utilisé la baignoire car elles ne souhaitent pas bénéficier d'une analgésie péridurale dans l'immédiat (46%). Puis 1/3 présentait une dystocie de démarrage (29%), et 14% une dilatation précoce à la pose d'une analgésie péridurale.

En minorité, la baignoire était utilisée en cas de contre-indication à l'APD (11%).

[Figure 7]

Figure 7: Les indications d'utilisation de la baignoire de dilatation en % (n=28*)



* n représente le nombre de bains

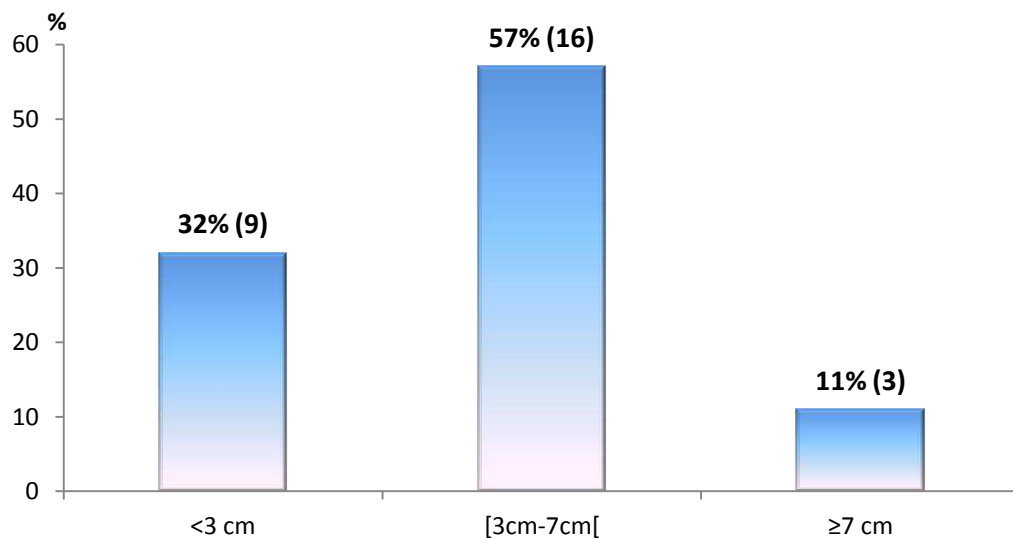
- **Dilatation à l'entrée dans l'eau**

La dilatation cervicale moyenne avant l'entrée dans l'eau était de 3.64 cm avec un écart type à la moyenne de 1.89.

32% des bains ont été réalisés avant la phase active du travail. Cette période était définie dans notre revue de la littérature par la phase de latence qui précède 3 cm de dilatation.

57 % des bains ont été réalisés à une dilatation entre 3 et 7 cm et 11% à une dilatation supérieure ou égale à 7cm. **[Figure 8]**

Figure 8 : Dilatation à l'entrée dans l'eau en % (n=28*)



* n représente le nombre de bains

- **Durée d'immersion**

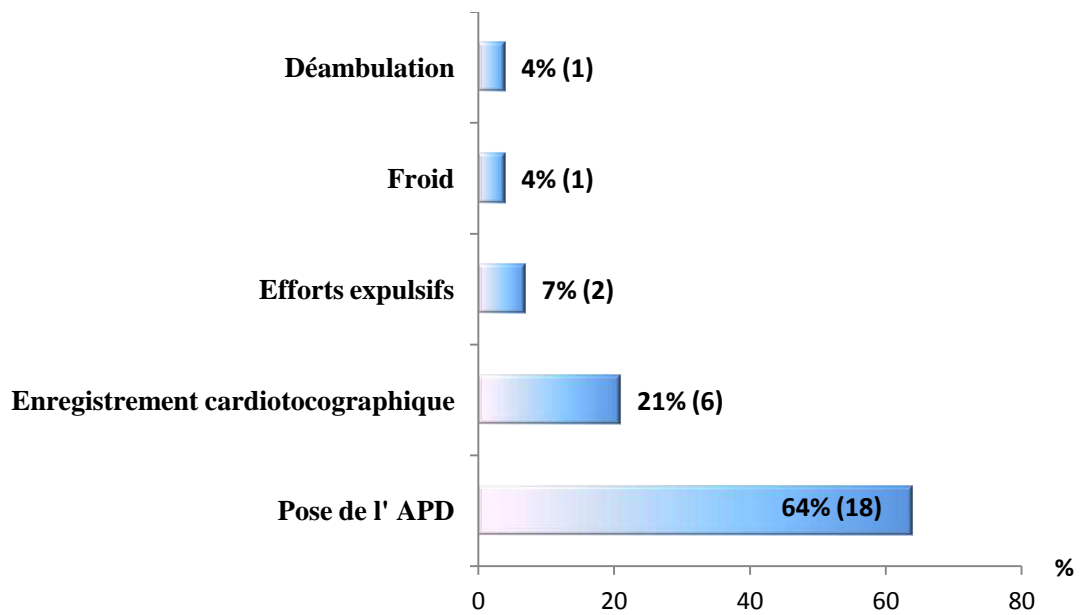
La moyenne de la durée d'un bain est de 67 min avec un écart type à la moyenne de 19 min. La durée maximum retrouvée était de 2h et la durée minimum était de 45 min.

La durée d'immersion était quasi équivalente entre primipares et multipares respectivement de 70min (+/- 24.0) et 69 min (+/- 19.6).

- **Les indications de sortie du bain**

Le motif le plus fréquent de sortie du bain était la pose de l'analgésie péridurale (64%, n=18). Les autres motifs de sortie du bain retrouvés en minorité étaient l'enregistrement cardiocardiographique (21%), les efforts expulsifs (7%), le souhait de déambuler (4%), ou le froid (4%). [Figure 9]

Figure 9 : Les indications de sortie du bain en % (n=28*)



**n représente le nombre de bains*

- **Dilatation à la sortie du bain et Vitesse de dilatation cervicale**

La dilatation cervicale moyenne à la sortie du bain était de 5.28 cm avec un écart type à la moyenne de 2.29. Le gain moyen de dilatation était donc de 1.64 cm.

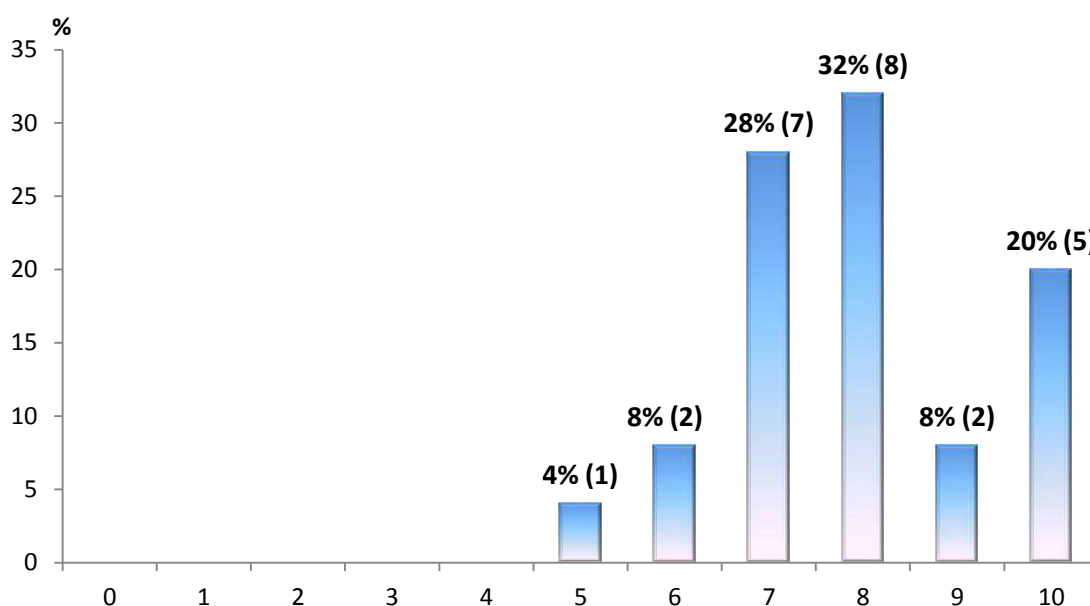
Pour les patientes primipares, la vitesse de dilatation cervicale moyenne pendant la durée du bain était de 1.8cm/h (+/- 1.6). Pour les patientes multipares, la vitesse de dilatation cervicale moyenne pendant la durée du bain était de 1.2cm/h (+/-0.8).

III. Satisfaction des patientes ayant bénéficié de la baignoire de dilatation au CHU de Clermont-Ferrand

III.1. Satisfaction globale des patientes

88% de la population générale avait un score de satisfaction supérieur ou égal à 7. [Figure 10]

Figure 10: Répartition de la satisfaction à l'égard de la baignoire de dilatation par note de 0 à 10 dans la population générale en % (n=25)



III.2. Satisfaction en fonction de la parité

La moyenne des notes représentant la satisfaction globale des patientes concernant l'utilisation de la baignoire de dilatation était de 7.92. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les moyennes des notes de satisfaction chez les patientes primipares et multipares. [Tableau IV]

Tableau IV : satisfaction à l'égard de la baignoire de dilatation par une note de 0 à 10 en fonction de la parité.

Evaluation de la satisfaction	Moyenne (+/- écart type)	p-value
Primipares (n=17)	7.76 (+/- 1.30)	p=0.4646
Multipares (n=8)	8.25(+/-1.58)	
Total (n=25)	7.92(+/-1.38)	

III.3. Satisfaction en fonction de la participation à une préparation à la naissance

Parmi les patientes ayant participé à des séances de préparation à la naissance, 42% ont déclaré avoir pu mettre à profit dans l'eau des exercices appris dans les différents cours de PNP à savoir des exercices de respiration (62%), exercices de relaxation (50%) et des positions (25%).

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative concernant la satisfaction des femmes ayant participé à une préparation à la naissance et les autres.

[Tableau V]

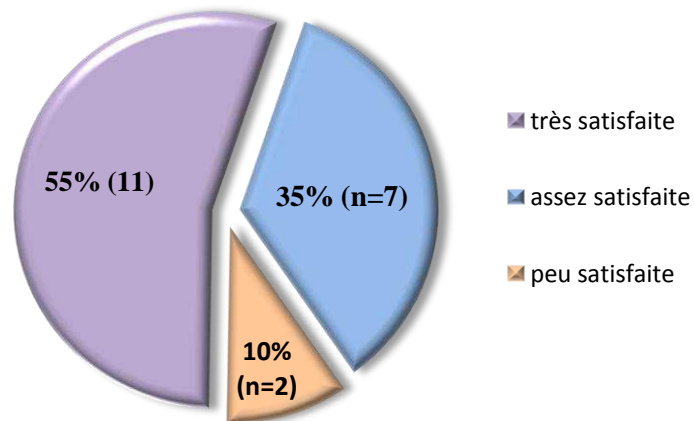
Tableau V : satisfaction à l'égard de la baignoire de dilatation par une note de 0 à 10 en fonction de la réalisation d'une préparation à la naissance

Evaluation de la satisfaction	Moyenne +/- écart type	P-value
PNP : Oui (n=19)	7.89 (+/-1.14)	p=0.9103
PNP : Non (n=6)	8(+/-2.10)	
Total (n=25)	7.92(+/-1.38)	

III.4. Satisfaction à l'égard de l'information reçue pendant la grossesse

Les femmes sont à 90% satisfaites (très satisfaites ou assez satisfaites) de l'information reçue sur la baignoire de dilatation pendant la grossesse. [Figure 11]

Figure 11 : Satisfaction des patientes par rapport à l'information reçue sur la baignoire de dilatation en % (n=20)



III.5. Satisfaction en fonction du projet préalable de bénéficié de la baignoire de dilatation

Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée concernant la moyenne des notes de satisfaction entre les femmes désirant préalablement bénéficier de la baignoire et celles n'ayant pas fait ce choix préalable. [Tableau VI]

Tableau VI : satisfaction des patientes à l'égard de la baignoire de dilatation par une note de 0 à 10 en fonction du projet préalable d'utiliser la baignoire de dilatation.

Evaluation de la satisfaction	Moyenne (+/- écart type)	P-value
Projet : oui (n=6)	8.00 (+/-1.09)	p=0.8163
Projet non (n=14)	7.85(+/-1.51)	
Total (n=20)	7.90 (+/-1.37)	

III.6. Satisfaction en fonction du respect du souhait de ne pas bénéficier d'une analgésie péridurale

La moyenne des notes de satisfaction à l'égard de l'utilisation de la baignoire de dilatation est plus faible dans le groupe ayant eu recours à la péridurale malgré leur souhait de ne pas en bénéficier par rapport aux patientes qui ont conservé leur projet. Mais cette différence n'est pas statistiquement significative. [Tableau VII]

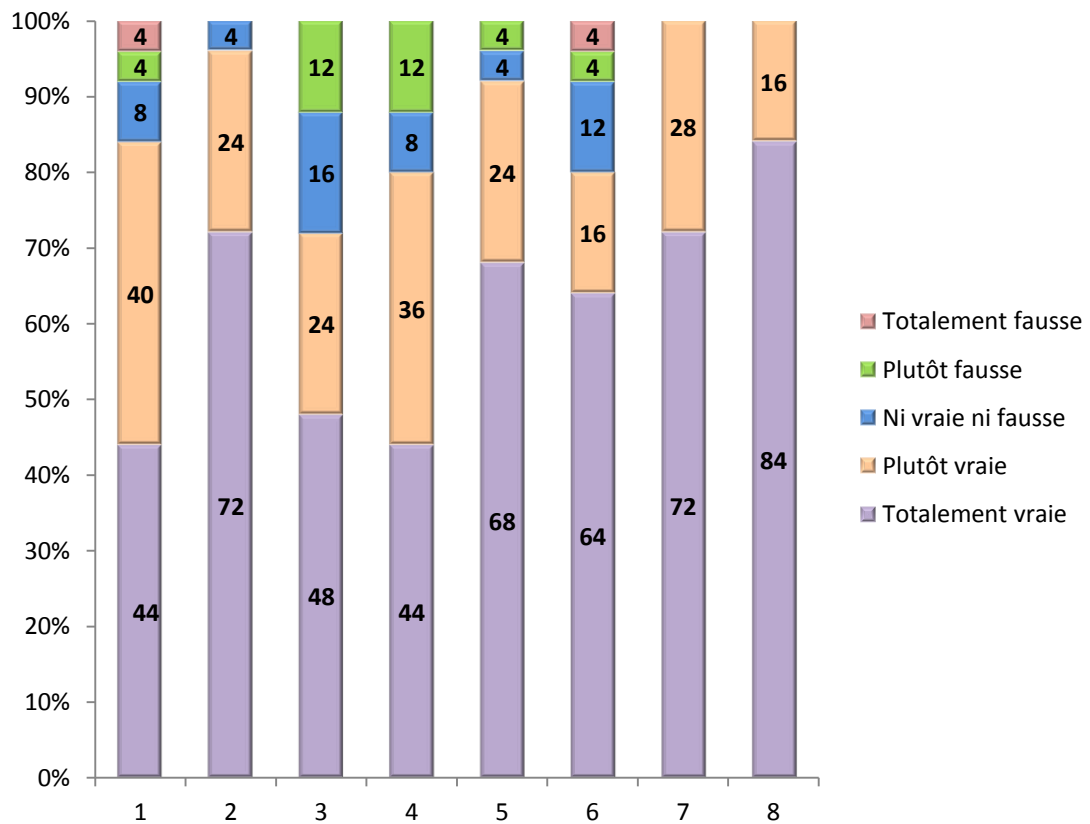
Tableau VII : satisfaction à l'égard de la baignoire de dilatation par une note de 0 à 10 en fonction du respect du souhait de ne pas bénéficier de l'APD.

Evaluation de la satisfaction	Moyenne (+/- écart type)	P-value
Respect du souhait (n=5)	8.00 (+/-1.22)	p=0.1721
Non respect du souhait (n=5)	6.8 (+/-1.30)	
Total (n=10)	7.4 (+/-1.35)	

III.7. Avis des patientes sur l'utilisation générale de la baignoire

- 84% de la population a déclaré avoir pu se relaxer dans l'eau.
- 96% des patientes ont affirmé avoir pu entrer et sortir facilement de la baignoire.
- 72% de la population a pu se mobiliser plus facilement dans l'eau et 80 % des patientes se sont senties plus libre de bouger et plus légère.
- Pour 92% des patientes, la température de l'eau leur convenait parfaitement.
- 4/5 de la population interrogée a trouvé que le côté médicalisé du travail d'accouchement était moins présent (80%).
- Toutes les patientes ont déclaré que l'équipe avait respecté leur intimité (100%) et s'être senties en sécurité (100%). **[Figure 12]**

Figure 12: Avis des patientes concernant les différentes affirmations proposées en %



Affirmation 1 : Vous avez pu vous relaxer physiquement et/ ou mentalement.

Affirmation 2 : Vous avez pu entrer et sortir de la baignoire sans difficulté.

Affirmation 3 : Vous avez pu vous mobiliser plus facilement dans l'eau.

Affirmation 4 : Vous vous êtes senties plus libre de bouger et plus légère.

Affirmation 5 : La température de l'eau vous convenait parfaitement.

Affirmation 6 : Le côté médicalisé du travail d'accouchement était moins présent.

Affirmation 7 : Vous vous êtes senties en sécurité.

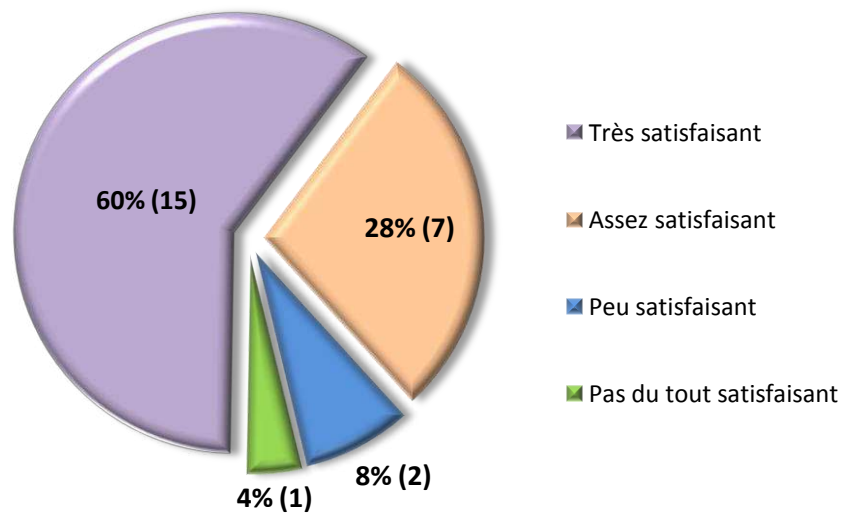
Affirmation 8 : L'équipe a respecté votre intimité.

III.8. Prise en charge par les professionnels

La majorité de la population se disait très satisfaite de l'accompagnement par les professionnels pendant le temps où elles ont utilisé la baignoire (60%). 28% des femmes étaient assez satisfaites.

Seulement 12% des femmes étaient peu ou pas du tout satisfaites de l'accompagnement par les professionnels. **[Figure 13]**

Figure 13 : Répartition des femmes en fonction de leur satisfaction concernant l'accompagnement par les professionnels lors de l'utilisation de la baignoire de dilatation en % (n=25)



En revanche, il n'existait pas de lien entre la satisfaction globale des patientes et la prise en charge par les professionnels. [Tableau VIII]

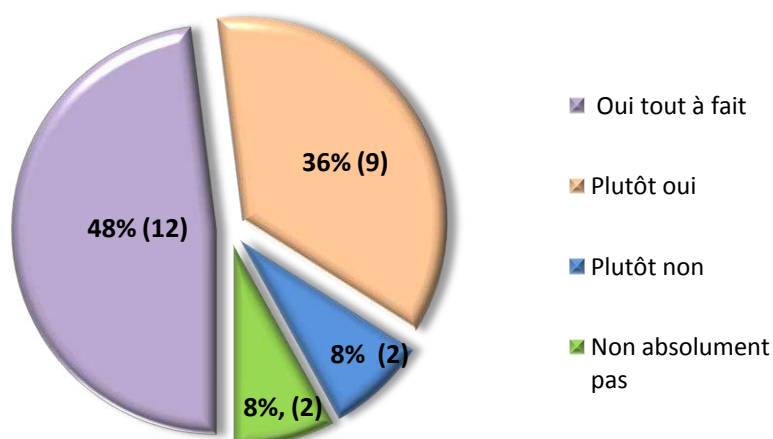
Tableau VIII : Influence de l'accompagnement par les professionnels sur la satisfaction globale des patientes à l'égard de la baignoire de dilatation

Evaluation de la satisfaction	Moyenne (+/- écart type)	P-value
Satisfaites de l'accompagnement (n=22)	8.00 (+/-1)	p=0.878
Insatisfaites de l'accompagnement (n=3)	7.80 (+/-1.49)	
Total (n=25)	7.96 (+/-1.43)	

De plus, 84% des patientes ont déclaré avoir reçu par l'équipe soignante les informations nécessaires leur permettant d'utiliser au mieux la baignoire de dilatation. [Figure 14]

Figure 14 : Répartition des femmes en fonction de leur satisfaction concernant l'information reçue en salle de naissance sur l'utilisation de la baignoire de dilatation en % (n=25)

Question : Avez-vous reçu les informations nécessaires ?



III.9. Commentaires des patientes

Plusieurs patientes ont ajouté des remarques concernant la baignoire de dilatation

Concernant l'information pendant la grossesse :

- Une patiente a écrit « *les professionnels ne nous informe pas assez sur la présence de la baignoire au CHU* »
- Une autre a ajouté « *j'ai connu la baignoire grâce aux affiches ce qui m'a permis de savoir à quoi cela servait.* »

Concernant l'ergonomie de la baignoire :

- L'une à écrit : « *Les marches de la baignoire sont trop hautes, au moment des contractions impossible de rentrer ou de sortir seule* »
- Une patiente a aussi écrit « *j'ai eu la chance d'avoir la baignoire car il n'y en a qu'une dans un si grand hôpital* »

Concernant la prise en charge par les équipes :

- Une patiente a écrit « *Tout le monde a été très respectueux. Le suivi a été espacé pendant le temps où j'étais dans la baignoire mais je savais qu'en cas de besoins, le personnel était là !* »
- Une patiente aurait souhaité que « *le personnel soit davantage formé à l'utilisation de la baignoire pour mieux accompagner les futures mamans* »
- Une autre a déclaré « *j'ai été entourée par une très bonne équipe qui a su m'aider pendant que j'étais dans le bain* »
- Une autre patiente aurait souhaité « *une affiche sur les positions et qu'une sage femme m'explique les positions à prendre dans l'eau* »

IV. Effet de l'immersion dans l'eau sur la perception de la douleur par les parturientes

IV.1. Mesure des scores de douleur

- Les scores de douleur à l'entrée dans l'eau

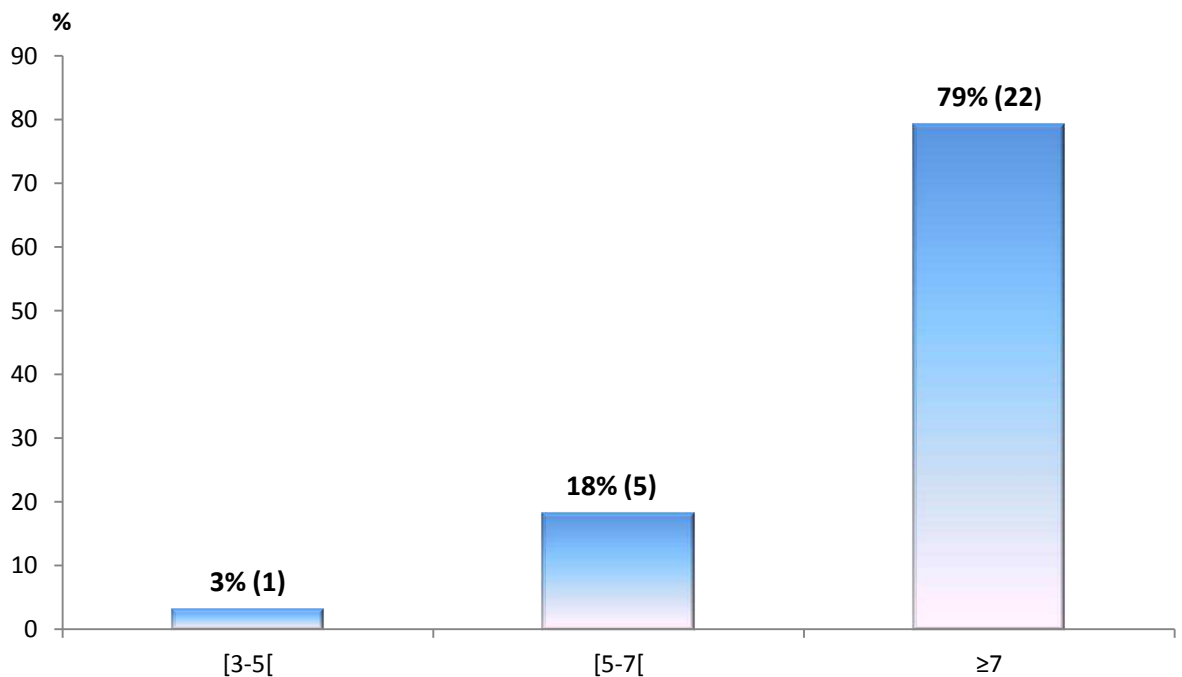
Les patientes présentaient majoritairement des douleurs très intense ≥ 7 avant leur entrée dans l'eau (79%) avec un score maximal retrouvé à 9.

28% des patientes ont décrit des douleurs intenses.

Une seule patiente décrivait des douleurs d'intensité modérée (3%) avec un score à 4.

[Figure 15]

Figure : 15 Les scores de douleur à l'entrée dans la baignoire de dilatation en % (n=28*)



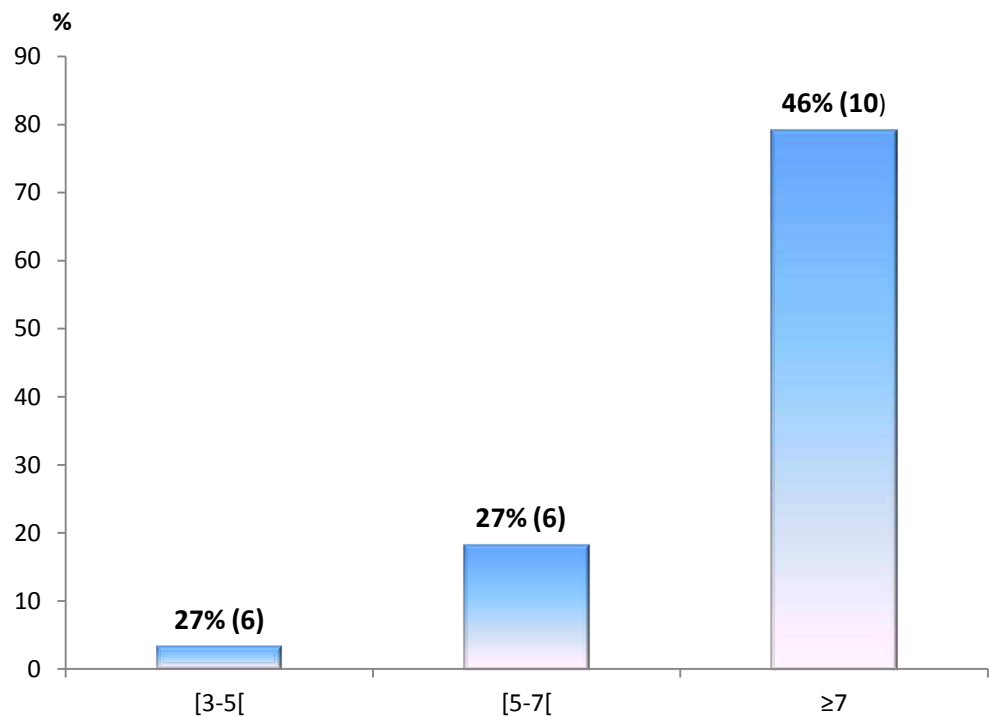
*n représente le nombre de bains

- **Evaluation des scores de douleur à 30 min d'immersion**

Parmi les patientes qui présentaient à l'entrée dans l'eau un score de douleur supérieur ou égal à 7 (douleurs très intense) ;

- Plus de la moitié ont décrit à 30 min d'immersion des douleurs moins intenses dont 27% décrivant des douleurs d'intensité modérée (score compris entre 3 et 5).
- 46% décrivaient toujours à 30 min des douleurs de la même intensité. [Figure 16]

Figure 16 : Evaluation à 30 min des scores de douleur parmi les patientes présentant un score initial supérieur à 7 % (n*=22)



**n représente le nombre de bains*

La moyenne des scores de douleur des patientes avant l'entrée dans la baignoire de dilatation était de 7.53.

La moyenne des scores de douleur à 30 min d'immersion était de 5.53. Les scores de douleur étaient significativement plus faibles à 30 min d'immersion. [Tableau IX]

Tableau IX : Evolution des scores de douleur à l'entrée dans l'eau et à 30 min d'immersion

	Scores de douleur initiale	Scores de douleur à 30 min	Δ scores de douleur	P-value
Population	7.53 (+/- 1.55)	5.53 (+/-1.99)	2.00	p= 1.393e-05
Primipares	7.61 (+/-1.41)	5.94(+/-1.92)	1.67	p= 0.000427
Multipares	7.22 (+/-1.86)	4.67 (+/- 2.06)	2.55	p= 0.004908

IV.2. Perception des patientes

La baignoire de dilatation a permis à 68% des patientes de mieux gérer la douleur.

Seules 16% ont déclaré que la baignoire ne les avait pas aidés au niveau de la gestion des douleurs.

Plus de la moitié des patientes (54%) ont ressenti des contractions moins intenses dans la baignoire de dilatation. Cependant 44% des patientes n'ont pas perçu de changement sur l'intensité des contractions.

Concernant la fréquence des contractions utérines dans l'eau, 69% des patientes n'ont pas trouvé de différence.

DISCUSSION

I. Forces et faiblesses de l'étude

I.1. Les faiblesses

La principale faiblesse de l'étude est son manque de puissance. 25 questionnaires ont été distribués et tous étaient exploitables. Bien que le taux de réponses soit extrêmement satisfaisant (100%), le manque de puissance de l'étude vient nuancer les résultats de celle-ci. Mais compte tenu du temps imparti pour réaliser cette étude, il n'était pas possible d'étendre davantage la période de recueil de données.

Nous avons également été confrontés à un biais de mémorisation. En effet, il a été demandé aux patientes de se souvenir de l'intensité de la douleur avant l'entrée dans l'eau et à 30 min d'immersion puisque cette information ne pouvait être directement recueillie en salle de naissance. Cet effort de mémorisation n'est pas évident, les patientes ont pu sous ou surestimer l'intensité douloureuse ressentie. Nous avons essayé de réduire ce biais en proposant le questionnaire aux accouchées au premier jour du post partum.

De plus, il est nécessaire de préciser que nos résultats ne peuvent pas être généralisés à une plus large population en raison des spécificités inhérentes à la population du CHU de Clermont-Ferrand qui est une maternité de type 3.

Enfin, il aurait été intéressant d'évaluer en parallèle l'avis des professionnels de santé sur l'utilisation de la baignoire de dilatation et les difficultés rencontrées.

I.2. Les forces

Notre sujet était novateur puisque nous n'avons retrouvé aucune étude concernant l'évaluation de la satisfaction des patientes bénéficiant d'alternatives de prise en charge durant la première phase du travail.

De même, nous avons bénéficié du soutien du service du bloc obstétrical du CHU de Clermont-Ferrand puisque cette étude va leur permettre de faire évoluer leurs pratiques

en fonction du ressenti des parturientes et de diversifier les alternatives antalgiques durant le travail.

Enfin, nous avons eu un taux de réponses de 100% ce qui nous laisse penser que les patientes étaient intéressées de pouvoir s'exprimer sur cette modalité de prise en charge pendant le travail.

II. Discussion des résultats de l'étude

Pour comparer nos résultats, nous avons pris comme référence la population qui ressort de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 [21]. Au cours de cette discussion, nous garderons bien sûr à l'esprit les différents biais évoqués précédemment.

II.1. Description de la population

II.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

- **L'âge**

D'après les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, l'âge moyen de la maternité est de 29 ans [21].

Notre population globale présente cette même caractéristique avec une moyenne d'âge de 29 ans, avec des extrémités allant de 20 à 40 ans.

Notre échantillon était majoritairement représenté par des femmes entre 25 et 30 ans (40%) puis par les femmes ayant de 31 à 35 ans (32%). Les groupes des moins de 20 ans et des plus de 40 ans n'étaient pas représentés dans l'étude.

- **La profession**

A l'inverse, on retrouve peu de similitudes avec l'Enquête Nationale Périnatale [21] concernant la profession des parturientes.

Dans notre étude, les classes socio-professionnelles des « agricultrices », des « artisans, commerçantes » et des « ouvrières » n'étaient pas représentées alors que ces catégories représentent 9% de la population prise en référence dans l'Enquête Nationale Périnatale.

De plus, la proportion de « cadres et de professions intellectuelles supérieures » qui constituait la majorité de la population était largement supérieure dans notre étude par rapport à l'Enquête Périnatale (36% vs 16.5%) [21].

Les seuls chiffres comparables sont la proportion de professions intermédiaires avec des chiffres quasi équivalents (24% vs 27.6%) [21].

Il convient également d'ajouter qu'au sein de notre population, les femmes inactives représentaient une minorité mais en proportion largement différente à l'Enquête Nationale Périnatale (16% vs 0.4%) [21].

On observe alors qu'un niveau socio-économique favorisé pouvait être une caractéristique des patientes utilisant la baignoire de dilatation. On peut supposer que les parturientes de ces statuts bénéficient de meilleures connaissances sur les méthodes alternatives à la prise en charge de la douleur. Ces femmes sont peut être également plus à même de communiquer et d'exprimer leurs besoins à l'équipe soignante.

- **La parité**

Les primipares étaient majoritaires au sein de notre population (68%). Cette proportion était différente au sein de la population générale prise en référence où 43.4% des femmes accouchent pour la première fois [21].

Ainsi, on remarque que la baignoire de dilatation était plus fréquemment utilisée par des patientes primipares. En effet dans notre étude, la baignoire apparaît être un outil intéressant pour la prise en charge de la douleur des primipares en particulier lors de la phase de latence.

II.1.2. Caractéristiques obstétricales et déroulement de la grossesse

- **Les pathologies médicales et obstétricales**

Le CHU de Clermont-Ferrand accueille et traite la pathologie mais compte également de nombreuses grossesses physiologiques. En effet, au sein de notre population, 84% ont eu une grossesse physiologique.

Ce résultat est en accord avec l'étude de Dabadie qui affirme qu'une part importante de femmes à bas risque obstétrical vient accoucher en maternité de type 3 [57]. De plus, mise à part le CHU, l'agglomération de Clermont-Ferrand ne compte qu'une seule autre maternité, de type 2, dans une clinique privée.

- **La participation à des séances de préparation à la naissance**

Les femmes montrent un intérêt certain pour les séances de préparation à la naissance. Nous remarquons que 76% de notre population avait suivi une telle préparation. La participation à une préparation à la naissance était plus importante chez les primipares que chez les multipares au sein des populations de notre étude et de l'Enquête Nationale Périnatale, montrant leur souhait d'être informées sur le déroulement de leur grossesse. Quant aux multipares, elles éprouvent moins le besoin de participer à ces cours, s'appuyant sur leurs connaissances déjà acquises et l'expérience de leurs précédentes grossesses.

Néanmoins, dans notre population, on compte une participation à la préparation à la naissance supérieure par rapport à l'Enquête Nationale Périnatale (88% vs 73,2% pour les primipares ; 50% vs 28,5% pour les multipares). Cette Enquête Nationale Périnatale montre tout de même que l'intérêt pour la préparation à la naissance se développe à travers une augmentation de la participation à ces séances depuis 2003 [21]. Les patientes bénéficiant de la baignoire ont donc plus tendance à suivre une PNP que dans l'Enquête Nationale Périnatale.

Le type de préparation majoritairement suivi dans notre population était des cours classiques (74%), suivi du yoga (37%) puis de la sophrologie et de l'haptonomie à part égale (16%). Il est intéressant de remarquer que peu de patientes ayant bénéficié de la baignoire de dilatation avaient suivi une préparation en piscine (16%) à l'instar de ce que soulignait Odent [10]. En effet, la maternité du CHU de Clermont-Ferrand ne propose pas de séances de préparation à la naissance en piscine. De plus, dans le secteur libéral, peu de sages-femmes pratiquent ce type de préparation.

- **L'information reçue pendant la grossesse au sujet de la baignoire de dilatation**

La majorité des patientes avaient connaissance de la présence d'une baignoire de dilatation au CHU de Clermont-Ferrand (80%).

L'information provenait majoritairement des affiches d'information (80%), des sages-femmes libérales (40%), puis des sages-femmes du CHU de Clermont-Ferrand (20%) et de l'entourage des patientes (15%). Ainsi, seulement 48% de notre population totale avait été informée par les professionnels de santé au sujet de la baignoire de dilatation.

On remarque également que cette information n'a jamais été délivrée par les anesthésistes ou les gynécologues-obstétriciens.

Le fait d'être informé était étroitement corrélé avec le fait de participer à des séances de PNP, ce lien était statistiquement significatif ($p < 0.05$).

La PNP est orientée vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active pendant la grossesse et l'accouchement. Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, un des nombreux objectifs spécifiques des séances de préparation à la naissance est d'informer et d'expliquer aux patientes le déroulement du travail, de l'accouchement et en particulier aborder la prise en charge de la douleur en salle de naissance [58].

Ainsi, on retrouve la place importante de la sage-femme parmi tous les professionnels de la périnatalité pour informer la femme / le couple sur les moyens alternatifs à

l'analgésie péridurale. Il ne s'agit pas pour la sage-femme d'encourager ou de décourager la patiente à recourir à une analgésie, mais plutôt de savoir l'accompagner quelle que soit sa décision.

Il aurait pu être judicieux d'interroger en parallèle les professionnels de santé afin de connaître leur avis et leur implication dans la transmission d'informations sur cet outil.

- **Le projet préalable de pouvoir bénéficier de la baignoire de dilatation**

Sur les 25 patientes interrogées, seules 28% avaient préalablement choisi d'utiliser la baignoire de dilatation, avec une volonté d'appréhender le travail de manière différente. Accoucher naturellement est donc une demande qui existe y compris dans les maternités de type 3 [57].

Paradoxalement, 94% de celles-ci n'avaient pas choisi leur lieu d'accouchement en fonction de la présence d'une baignoire. Ceci peut s'expliquer par un sondage réalisé en 2005, au cours duquel les motifs les plus fréquemment évoqués concernant le choix de la maternité sont : la proximité de la maternité, la présence d'un service de néonatalogie, la modernité des locaux ou la connaissance d'un gynécologue-obstétricien ou d'une sage-femme [59].

Cependant, le projet des patientes de bénéficier de la baignoire de dilatation pendant le travail est un élément à prendre en compte pendant la grossesse. Selon Odent, il est intéressant de partager ce choix avec un professionnel car il doit découler d'une information adéquate [10].

- **Description du travail et de l'accouchement**

Le terme moyen à l'accouchement dans notre population était de 40 SA. 57 % des accouchements ont eu lieu à un terme supérieur ou égal à 40 SA ce qui est plus important par rapport aux chiffres de l'Enquête Nationale Périnatale qui met en évidence que 45,1% des naissances surviennent après 40 SA [21]. Le terme était globalement plus élevé car que le protocole du CHU de Clermont-Ferrand prévoit que seul les patientes présentant un terme supérieur à 34 SA peuvent bénéficier de la baignoire.

Le pourcentage de femmes ayant eu un déclenchement du travail dans notre population est comparable à celui de l'Enquête Nationale Périnatale (20% vs 22.7%) [21].

D'autre part, 80% de notre population a bénéficié d'une analgésie péridurale pendant le travail et ce résultat est proche de celui de l'Enquête National Périnatale, qui remarque que depuis 7 ans la prise en charge de la douleur pendant le travail s'est accrue. Les accouchements avec péridurale ou rachianesthésie sont passés de 74.9% à 81,4% [21]. On constate que malgré l'utilisation de la baignoire de dilatation, le taux d'analgésie péridurale dans notre population est resté relativement élevé.

Enfin, concernant la durée moyenne du travail, nous avons pu observer une diminution dans le groupe des primipares par rapport aux données de la littérature (7h07 vs 12h). En revanche, concernant les multipares, le temps de travail était sensiblement le même (7h15 vs 8h) [13]. Ce résultat doit cependant être nuancé car certaines patientes incluses dans notre étude présentaient une dystocie de démarrage.

- **Utilisation d'une analgésie péridurale en fonction du projet initial**

Du fait de sa fréquence d'utilisation, nous nous sommes également intéressés au projet initial des parturientes vis-à-vis d'une analgésie péridurale. Au cours de cette étude, 40% des patientes ne désiraient pas bénéficier de la péridurale. Ce résultat diffère d'une étude réalisée dans 4 maternités françaises où seulement 21.1% de la population ne souhaitait pas en bénéficier pendant le travail [60]. Nous avons cependant un biais de

recrutement puisque certaines patientes avaient choisi préalablement d'utiliser la baignoire.

Parmi les patientes qui ne souhaitaient pas d'APD pendant la grossesse, 50% ont changé d'avis au moment du travail d'accouchement. Selon une étude réalisée par Stark, le souhait exprimé en pré-partum n'est pas toujours prédictif de l'utilisation de l'analgésie péridurale durant l'accouchement. Ainsi, certaines femmes y ont finalement recours malgré leur souhait de s'en passer. De plus, pendant le travail, les femmes expriment globalement des douleurs plus fortes que celles attendues pendant la grossesse [61].

Il a également été démontré que pour les patientes qui n'envisageaient pas d'APD pendant le travail, celles qui accouchaient dans des maternités de type 1 ou 2 changeaient significativement moins d'avis que celles qui accouchaient dans un CHU [62].

Il aurait pu être judicieux de savoir si l'analgésie péridurale avait été proposée par l'équipe obstétricale ou si les patientes l'avaient demandée avant qu'on ne leur propose. En effet, l'analgésie péridurale peut être aussi un « confort » pour l'équipe soignante surtout si la charge de travail est importante par ailleurs, comme c'est le cas dans les maternités de type 3. L'accompagnement des parturientes est déterminant dans leurs choix. Si les équipes sont présentes pour les soutenir, les encourager, il est évident qu'il sera plus simple pour les patientes de ne pas recourir aux techniques d'analgésie pharmacologique.

- **Etat néonatal**

L'état néonatal a bien sûr été pris en compte. Le poids moyen de naissance retrouvé était de 3195g. 70% des nouveaux-nés présentaient un poids de naissance supérieur à 3000g ce qui est en accord avec l'Enquête Périnatale Nationale (70% vs 71.6) [21].

Concernant les scores d'Apgar, 8% des nouveaux nés présentaient un score inférieur à 8 à 1 minute vs 7.1 % dans la population générale prise en référence [21].

A 5 min, 4% des nouveaux-nés présentaient un coefficient inférieur à 8. Ce résultat diffère de la population prise en référence (4% vs 1.1 %) [21]. Cependant, ce résultat est à interpréter avec précaution, l'effectif de notre population n'étant pas très élevé.

S'agissant des valeurs des pH artériels réalisés au cordon, la moyenne était de 7.28. Cette valeur dépasse largement le seuil pathologique défini par un pH artériel inférieur à 7.15 et traduit l'absence d'acidose [63]. L'artère ombilicale reflète la situation fœtale alors que la veine ombilicale rend compte de la qualité des échanges placentaires. C'est pour cela que les valeurs des pH veineux n'ont pas été retranscrites.

II.1.3. Modalités d'utilisation de la baignoire de dilatation

- **Indications d'utilisation de la baignoire de dilatation**

Nous avons vu qu'une majorité de patientes ont utilisé la baignoire de dilatation car elles ne souhaitent pas l'analgésie péridurale dans l'immédiat (46%). La baignoire de dilatation a aussi été utilisée lorsque les patientes présentaient une contre indication à l'APD (11%).

Le bain était également indiqué lors de dystocie de démarrage (29%) mais également en cas de dilatation précoce à la pose d'une analgésie péridurale (14%). En effet, une analgésie péridurale posée précocement peut augmenter la durée moyenne de la phase de la dilatation [22]. L'utilisation de la baignoire peut alors permettre de différer la mise en place d'une APD.

Ces indications sont conformes au protocole d'utilisation de la baignoire de dilatation au CHU de Clermont-Ferrand.

- **Dilatation cervicale à l'entrée dans l'eau**

La plupart des patientes accédaient à la baignoire en début de travail avec une dilatation moyenne de 3.64 cm. Notons que 32% des bains ont été réalisés avant la phase active du travail ce qui, selon Eriksson, serait susceptible de prolonger la durée de travail et d'augmenter le recours à l'ocytocine et à l'analgésie péridurale [30].

- **Durée d'immersion**

Le temps moyen d'utilisation était de 67 min. La durée maximale retrouvée était de 2h et la durée minimale était de 45 min. Cette durée est satisfaisante par rapport aux données de la littérature qui indique un temps moyen d'utilisation de 62 min [30] et permet d'apporter des bénéfices sur le temps de travail.

- **Dilatation cervicale à la sortie du bain et vitesse de dilatation cervicale**

La dilatation cervicale moyenne à la sortie du bain était de 5.28 cm. Le gain moyen de dilatation était donc de 1.64 cm.

De plus, il est communément admis dans la littérature que la vitesse de dilatation cervicale moyenne, quelque soit la parité doit être supérieur à 1cm/h [13]. Ainsi, dans nos résultats, nous n'avons pas mis en évidence d'anomalies sur la dynamique cervicale pendant la durée du bain puisque la vitesse de dilatation cervicale moyenne pour les patientes primipares et multipares était respectivement de 1.8 et 1.2cm/h.

Cependant, il est difficile de conclure dans notre étude à un effet bénéfique de l'immersion dans l'eau sur la dilatation cervicale puisque toutes les patientes ne présentaient pas la même dilatation à l'entrée dans l'eau.

II.2. Satisfaction des patientes ayant bénéficié de la baignoire de dilatation au CHU de Clermont-Ferrand

Le but de notre étude était d'évaluer la satisfaction des patientes lors de l'utilisation de la baignoire. En raison de la complexité du phénomène de satisfaction, nous avons considéré ici différents critères.

- **Satisfaction globale des patientes**

La majorité de notre population (88%) était satisfaite de l'utilisation de la baignoire de dilatation avec un score supérieur ou égal à 7 sur une échelle de 0 à 10.

Ce score est difficilement comparable puisque peu d'études ont mesuré la satisfaction des patientes à l'égard des baignoires de dilatation.

Cependant, nos résultats concordent avec l'étude de Woodward qui montre une satisfaction des patientes ayant bénéficié d'un travail dans l'eau à 7.01 (+/- 1.20) sur 10 [27].

De plus, toutes les patientes souhaiteraient renouveler l'expérience du travail dans l'eau pour une future grossesse et toutes recommanderaient l'utilisation de la baignoire de dilatation.

En revanche selon Woodward, la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'un travail dans l'eau n'est pas plus élevée par rapport à celles ayant eu un travail « classique » [27].

- **Satisfaction en fonction de la parité**

Dans une étude menée par la DRESS, il a été observé que les primipares portaient des jugements un peu plus sévères sur le suivi de grossesse et en particulier sur le déroulement de l'accouchement [53].

De plus, selon l'étude de Riquet, la satisfaction à l'égard du travail dans l'eau était plus prononcée chez les multipares ayant précédemment vécu un accouchement sans la possibilité de prendre un bain [31].

Cependant dans notre étude, la parité ne semble pas influencer la satisfaction à l'égard de la baignoire de dilatation.

- **Satisfaction en fonction de la participation à une préparation à la naissance**

Les séances de préparation à la naissance visent à préparer le couple à l'accueil de leur enfant, à repérer les situations de vulnérabilité en prévention des troubles de la relation parents-enfants, à soutenir la parentalité et enfin à favoriser une meilleure coordination entre professionnels. Outre ces objectifs, elles servent également à apporter aux patientes des conseils et outils pour mieux maîtriser les douleurs du travail d'accouchement [58]. Ces séances permettent une préparation psychologique et physique, notamment par l'apprentissage de techniques de relaxation, de respiration et de position.

Cependant dans notre étude, parmi les patientes ayant participé à des séances de préparation, seules 42% ont déclaré avoir pu mettre à profit dans l'eau des exercices appris en préparation à la naissance. Il s'agissait d'exercices de respiration (62%), de relaxation (50%) et des positions (25%).

De plus, nous n'avons pas constaté de différence statistiquement concernant la satisfaction à l'égard de la baignoire entre les femmes ayant suivi des séances de PNP et les autres.

- **Satisfaction concernant l'information reçue sur la baignoire de dilatation**

Les patientes se sont dites satisfaites à 89% des informations qui leurs étaient apportées pendant la grossesse au sujet de la baignoire de dilatation.

L'enquête réalisée par la DRESS avait mis en évidence le fait que les usagères des maternités étaient globalement satisfaites de leur suivi de grossesse sur plusieurs aspects: l'écoute, les conseils, les actes, le suivi global et notamment les informations. Une femme sur cinquante seulement se déclarait peu ou pas satisfaite [53].

L'information sur la baignoire nous paraît alors importante car elle permet d'améliorer la confiance des patientes à l'égard d'un nouveau concept mais aussi de prendre conscience qu'il y a d'autres possibilités de prise en charge pendant le travail d'accouchement que l'analgésie péridurale.

- **Satisfaction en fonction du projet préalable de bénéficier de la baignoire de dilatation**

Selon une étude anglo-saxonne, il ressort qu'un sentiment de contrôle et de participation à la prise de décision améliore la satisfaction des femmes [64]. De plus, une femme ayant plus d'attentes serait plus encline à avoir une bonne expérience, alors qu'au contraire une femme sans attente particulière aurait beaucoup plus tendance à vivre difficilement cette naissance [65].

Lors de notre étude, l'utilisation de la baignoire ne correspondait pas forcément à un projet préalable de la part de toutes les patientes.

Cependant, il semblerait que celui-ci n'influence pas la satisfaction des patientes à l'égard de la baignoire de dilatation.

- **Satisfaction en fonction du respect du souhait de ne pas bénéficier de la péridurale**

Melzack rapporte que les femmes qui ont anticipé un accouchement « naturel et sans recours aux techniques d'analgésie pharmacologique » éprouvent souvent des sentiments intenses de culpabilité, de colère et d'échec lorsqu'elles sont confrontées à des douleurs si sévères qu'elles ont besoin d'une analgésie péridurale [14].

Nous avons également pu constater une satisfaction plus faible chez les femmes ayant eu recours à la péridurale malgré leur désir de ne pas en bénéficier par rapport aux patientes qui ont respecté leur projet initial. Mais cette différence n'était pas statistiquement significative.

- **Avis des patientes sur l'utilisation générale de la baignoire**

Dans l'étude réalisée par Benefield, l'immersion dans un bain chaud favorise à court terme la relaxation [25]. Nos résultats rejoignent son étude puisque la majorité des patientes (84%) ont déclaré avoir pu se relaxer physiquement et mentalement dans la baignoire.

Afin de maintenir les propriétés myorelaxantes d'un bain chaud, la température de l'eau doit être maintenue à 37°C par un remplissage régulier. Cette température convenait parfaitement à la majorité des patientes (94%).

De plus, 72% des patientes ont affirmé avoir pu se mobiliser plus facilement dans l'eau et 80% se sont senties plus libres de bouger et plus légères ce qui confirme les données de la littérature.

Dans la pièce, des aménagements ont été nécessaires (seconde barre de fixation, paravent) afin de respecter la sécurité et la pudeur des patientes. Dans la majorité des cas, les patientes ont pu accéder et sortir de la baignoire sans difficulté (96%). Toutes les patientes ont affirmé que leur intimité avait été respectée et s'être senties en sécurité tout en déclarant dans 80% des cas que le côté médicalisé du travail d'accouchement était moins présent.

L'utilisation des baignoires de dilatation permet donc d'allier sécurité et confort tant sur le plan physique que psychologique et d'offrir aux couples une alternative au modèle classique des maternités hospitalières.

- **Prise en charge par les professionnels**

L'accompagnement par les professionnels pendant l'utilisation de la baignoire a également été satisfaisant pour 88% de notre population. Une grande majorité a également déclaré avoir reçu les informations nécessaires permettant d'utiliser au mieux la baignoire de dilatation (84%). A l'inverse, seules 12% des patientes étaient peu ou pas du tout satisfaites de l'accompagnement par les professionnels.

Ce résultat est proche de celui de l'étude menée par la DRESS, qui rapporte que 80% des femmes sont satisfaites de leur prise en charge en salle de naissance. En revanche, les femmes apparaissaient un peu plus sceptiques quant à la capacité des professionnels à expliquer leur démarche médicale [53].

Il a été montré que les patientes se sentant épaulées, comprises, encouragées par les équipes seront globalement plus satisfaites [66].

Néanmoins, nous n'avons pas mis en évidence dans notre étude de lien entre la satisfaction à l'égard de la baignoire et l'accompagnement par les professionnels.

Concernant les différents commentaires des patientes, les jugements étaient globalement positifs. Une patiente aurait néanmoins souhaité « *que le personnel soit d'avantage formé à l'utilisation de la baignoire de dilatation* ».

Ce commentaire nous questionne sur la difficulté des sages-femmes exerçant en maternité de type 3 à adapter leurs pratiques actuelles à une prise en charge plus physiologique et moins standardisée. De plus, il se peut qu'elles ne se sentent pas très à l'aise avec l'utilisation des baignoires de dilatation.

II.3. Effet de l'immersion dans l'eau sur la perception de la douleur par les parturientes

Majoritairement, les patientes décrivaient à l'entrée dans l'eau des douleurs « très intenses », définies dans la littérature par un score supérieur ou égal à 7 (79%). La moyenne des scores de douleur à l'entrée dans l'eau était de 7.53 tandis que le score maximal retrouvé dans notre population était de 9.

Une étude réalisée sur 1000 femmes rapporte que 80% des parturientes décrivaient au cours de la première phase du travail des douleurs comme sévères à intolérables avec des scores de 70 à 90 sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 100. Ces résultats concordent avec notre étude pour dire que l'intensité des douleurs au cours du travail d'accouchement est importante [67].

La prise en charge de la douleur est donc un objectif majeur pour tous les intervenants en salle d'accouchement.

A 30 min d'immersion, la moyenne des scores de douleur était de 5.53. Le « Δ scores de douleur » dans la population globale était donc de 2 (Δ scores de douleur = score de douleur à 30min – score de douleur initial). On peut donc constater une baisse statistiquement significative des moyennes des scores de douleur ($p < 1.393e-05$).

Ces scores étaient confirmés par les commentaires des patientes. En effet, 68% des patientes ont affirmé que la baignoire leur avait permis de mieux gérer la douleur et 54% ont ressenti que les contractions étaient moins intenses.

On peut cependant souligner que le taux d'analgésie péridurale après immersion reste important car il était de 80%.

Il peut alors paraître étonnant que malgré cette baisse des scores de douleur, cela n'est pas été un facteur déterminant dans la réalisation de l'APD. Nous pouvons toutefois formuler quelques commentaires :

- Il faut souligner que l'analyse de la douleur était probablement biaisée car il n'y avait pas eu d'évaluation pendant le travail mais on a demandé à postériori aux patientes de

quantifier séparément la douleur avant l'entrée dans l'eau et à 30 min d'immersion. Il est préférable que cette mesure soit effectuée de manière immédiate, ou avec un retard inférieur à 24 heures [68].

- De plus, peu de données statistiques sont actuellement disponibles dans la littérature mentionnant la variation des scores de douleurs cliniquement significative permettant de juger de l'efficacité d'une thérapeutique pharmacologique ou non. Abaisser la valeur des scores de douleur ne doit pas être considéré comme un succès thérapeutique, même si cette baisse est perceptible [69].

- Par ailleurs, l'intensité de la douleur évolue au cours du travail, ce qui nécessite une modification des besoins analgésiques [18].

- Parmi les patientes ayant bénéficié de la baignoire, 60% avaient choisi préalablement de bénéficier de l'analgésie péridurale. L'utilisation de la baignoire dans notre étude n'était pas forcément corrélée avec le souhait de ne pas bénéficier d'APD.

- Plusieurs études ont démontré la supériorité de l'analgésie péridurale sur toute autre forme d'analgésie (pharmacologique ou autre). Une analgésie péridurale permet d'atteindre des scores de douleur de 20 ou 30mm sur une échelle visuelle analogique [69]. En revanche dans notre étude, parmi les patientes présentant des scores de douleur supérieurs à 7, seules 27% ont décrit à 30 min des douleurs d'intensité modérée avec un score compris entre 3 et 5. Par ailleurs, aucune n'a décrit de scores inférieurs à 3.

La baignoire de dilatation a donc une efficacité très inférieure à l'APD pour soulager la douleur au cours du travail. Mais paradoxalement, cette méthode alternative est associée à une satisfaction maternelle relativement élevée.

L'emploi de l'analgésie péridurale ne doit donc pas conduire à l'abandon des méthodes complémentaires que les sages-femmes prennent en charge et qui favorisent l'accompagnement.

III. Projet d'action

Compte tenu de nos résultats et des données de la littérature, la baignoire de dilatation apparaît être un outil apprécié des patientes et semble répondre en partie à leur demande.

Une réflexion pourrait être menée sur la création d'un espace physiologique au CHU de Clermont-Ferrand comme l'avait précédemment suggérée Margot Morlat dans son étude sur la surmédicalisation des grossesses à bas risque [70]. Cet espace permettrait de créer un nouveau lieu de naissance bien distinct de celui déjà existant, mais proche afin d'optimiser un éventuel transfert.

Ce projet a un coût et il nécessite du temps et de la réflexion avant son éventuelle mise en place effective mais il permettrait de poursuivre l'investissement des équipes du CHU afin de répondre de façon optimale aux demandes des femmes en permettant des accouchements moins médicalisés sans perdre leur sentiment de sécurité.

L'élaboration d'un protocole serait nécessaire pour fixer le cadre de fonctionnement :

- **Equipements**

Cet espace disposerait d'équipements privilégiant l'appropriation de l'accouchement par le couple à l'instar d'autres maternités ainsi que de tout le matériel permettant d'assurer une sécurité maximale :

- une baignoire de dilatation
- une corde de suspension pour adopter des positions favorisant la dilatation
- un ballon de mobilisation
- un éclairage modulable et de la musique propice à la relaxation.
- éventuellement un cardiotocographe sans fil (télémétrie) permettant la mobilisation ou des capteurs étanches pour la baignoire.

- **Accès à l'espace physiologique**

L'accès à cet espace devrait être réservé aux femmes pour lesquelles le suivi de grossesse aura été régulier et strictement normal. A l'admission, l'examen clinique général et obstétrical, l'enregistrement cardiotocographique ne présenteraient aucune anomalie. Une information préalable serait donnée aux patientes présentant une grossesse à bas risque et souhaitant bénéficier d'une approche différente.

- **Contre indication à l'espace physiologique**

Les contre-indications à l'admission dans l'espace physiologique pourraient être les suivantes :

- présentation dystocique
- anomalie du rythme cardiaque fœtal à l'admission
- utérus cicatriciel
- grossesse gémellaire ou multiple
- grossesse non suivie
- antécédent d'hémorragie de la délivrance
- prématurité inférieure à 37 SA
- hypotrophie/macrosomie
- pré-éclampsie
- diabète insulino-dépendant
- épreuve du travail
- souhait d'analgésie péridurale
- malformation fœtale...

- **Les limites de la présence dans l'espace physiologique**

De manière à conserver une réelle sécurité pour les patientes et les nouveaux-nés, face à l'apparition d'une anomalie en cours de travail ou après la naissance, l'obstétricien serait prévenu et la patiente transférée en salle de naissance.

Parmi les anomalies possibles, nous pouvons citer :

- les anomalies du rythme cardiaque fœtal
- l'hyperthermie
- le souhait ou la nécessité d'une analgésie péridurale
- la stagnation de la dilatation
- liquide amniotique teinté ou méconial

- **Sages-femmes dédiées à cet espace**

Cette prise en charge requiert la disponibilité d'une sage-femme dédiée exclusivement à cet espace. Le volontariat des sages-femmes pour travailler au sein de l'espace physiologique semble un pré-requis indispensable au fonctionnement optimal d'une telle structure.

Cette mise en œuvre passe aussi par des formations adaptées visant à développer les compétences des sages femmes vis-à-vis des accouchements physiologiques: positions d'accouchement, prise en charge de la douleur par des méthodes substitutives aux thérapeutiques médicamenteuses (baignoire de dilatation, techniques de relaxation, acupuncture...).

Il pourrait même être envisagé d'ouvrir cet espace aux sages-femmes libérales en vue de favoriser l'accompagnement global.

CONCLUSION

La baignoire de dilatation a été installée depuis 3 ans dans le bloc obstétrical du CHU de Clermont-Ferrand afin de permettre une prise en charge différente des parturientes durant le travail et d'offrir de nouvelles perspectives aux patientes.

Dans notre étude, les parturientes étaient globalement satisfaites de l'utilisation de la baignoire de dilatation. Avec une réduction de la perception de la douleur à 30 min d'immersion, même si le taux d'analgésie péridurale était important après l'immersion (80%), l'expérience du travail dans l'eau est généralement positive en termes de relaxation, de confort et de mobilité.

Nous avons donc pu confirmer le bienfondé de la mise à disposition de cet outil, qui reste cependant peu utilisé par les équipes obstétricales du CHU de Clermont-Ferrand. En effet, dans les maternités de type 3, les équipes sont quotidiennement confrontées à des grossesses pathologiques et donc à une prise en charge plus interventionniste du travail et de l'accouchement. De plus, elles rencontrent souvent des difficultés à accompagner les femmes sans analgésie péridurale lorsque la charge de travail est importante par ailleurs, comme c'est souvent le cas.

Pourtant, dans un contexte de demande croissante d'une moindre médicalisation de la naissance, de plus en plus de femmes souhaitent retarder ou éviter le recours à l'analgésie péridurale pour maintenir le contrôle de leur corps, vivre et participer activement à leur accouchement et à l'expérience de la naissance.

Il serait alors intéressant d'envisager une réorganisation du bloc obstétrical au CHU de Clermont-Ferrand avec la création d'un espace physiologique et de recueillir l'opinion des professionnels sur cette possibilité d'accueil des grossesses à bas risque.

La création d'un espace physiologique permettrait d'une part, d'offrir aux patientes qui le souhaitent une médicalisation raisonnée en cas de grossesse physiologique, d'autre part cet espace permettrait aux sages femmes d'apporter un soutien continu aux parturientes et de gérer uniquement des accouchements physiologiques en toute responsabilité.

REFERENCES

- [1] Buisson J. Comment en pratique mesurer la satisfaction des patientes des services d'obstétrique ? La revue Sage-femme. 2003 ; 2(4) : 204-217.
- [2] Chevutschi A, Dengremont B, Lensele G, Thevenon A. La balnéothérapie au sein de la littérature : propriétés de l'eau. Kinésithérapie, la Revue. 2007 ; 7(70) : 14-20.
- [3] Collot S, Griveaux H. Principes physiques en balnéothérapie. Kinésithérapie, la Revue. 2008 ; 7(70) : 21-7.
- [4] Kemoun G, Watelain E, Carette P. Hydrokinésithérapie. Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation. 2006 ; 26 : 140 -45.
- [5] Lacroix.P, Aboyans V. Thermalisme et médecine vasculaire. Angéiologie. 2005 ; 19 : 1-5.
- [6] Chevutschi A, Dengremont B, Lensele G, Pardessus V, Thevenon A. La balnéothérapie au sein de la littérature: Applications thérapeutiques. Kinésithérapie, la Revue. 2007 ; 7(71) : 14-23.
- [7] Dubois O. Intérêt de l'hydrothérapie en psychiatrie. L'Encéphale. 2011 ; 37(4) : 6-8.
- [8] Harper B. Choisir son accouchement [**en ligne**]. Disponible à partir de : URL : <<http://books.google.fr/books?id=hdcaVM8edMYC&printsec=frontcover&dq=Choisir+son+accouchement&hl>> (consulté le 21/09/2012).

- [9] Fock D. [A gentle birth without violence (Frédéric Leboyer)]. Katilolehti. 1980 ; 85(11) : 367-70.
- [10] Odent M. Birth under water .The Lancet. 1983 ; 322(8365) : 1476-77.
- [11] Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. Cochrane database of systematic reviews. 2004 ; Issue 2.
- [12] Dr Richard. AFNA - Accouchement Aquatique : Mise au point - Naissance aquatique et accouchement dans l'eau, toutes les infos, ce qu'il faut savoir pour les mamans désireuses [**en ligne**]. Disponible à partir de: URL : <http://www.accouchement-dans-leau.com/these-afna-naissance-aquatique-accouchement-dans-l-eau.php?>> (consulté le 12/10/2012).
- [13] Lansac J, Marret H, Oury J-F ,Andiet E. Pratique de l'accouchement : 4^{ème} ed. Masson ; 2006. p.46-52.
- [14] Melzack R. Labour pain as a model of acute pain. Pain. 1993 ; 53 : 117-20.
- [15] Pottecher I, Bénhamou D. Labor pain and obstetric analgesia. Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction. 2004 ; 33(3) : 179-91.

- [16] Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, Valentini G, Garassino A, Farcomeni A. Multidimensional evaluation of pain during early and late labor: a comparison of nulliparous and multiparous women. *The International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2010 ; 19(2) : 167-70.
- [17] Panni MK, Segal S. Local anesthetic requirements are greater in dystocia than in normal labor. *Anesthesiology*. 2003 ; 98 : 957-63.
- [18] Fridh G, Kopare T, Gaston-Johansson F, et al. Factors associated with more intense labor pain. *Research in Nursing and Health* 1988 ; 11 : 117-24.
- [19] Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé [en ligne]. Disponible à partir de : URL : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_final_-_partogramme.pdf > (consulté le 12/10/2012).
- [20] Bonnel AM, Boureau F. Labor pain assessment: validity of a behavioral index. *Pain*. 1985 ; 22(1) : 81-90.
- [21] Unité de Recherche Epidémiologique en Santé Périnatale et Santé des Femmes et des Enfants, INSERM. Enquête Nationale Périnatale 2010 [en ligne]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_naissances2010.pdf> (consulté le 25/11/2012)

- [22] Thorp JA, Hu DH, Albin RM, McNitt J, Meyer BA, Cohen GR. The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1993 ; 169 : 851–8.
- [23] Da Silva FMB, De Oliveira SMJV, Nobre MRC. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*. 2009 ; 25(3) : 286-94.
- [24] Eckert K, Turnbull D, MacLennan A. Immersion in water in the first stage of labor: a randomised controlled trial. *Birth*. 2001 ; 28(2) : 84–93.
- [25] Benfield RD, Herman J, Katz VL, Wilson SP, Davis JM. Hydrotherapy in labour. *Research in Nursing and Health*. 2001 ; 24 : 57–67.
- [26] Paufichet C. Intérêt obstétricale du changement de position au cours du travail. *La Revue Sage-femme*. 2004 ; 5 : 197-203.
- [27] Woodward J, Kelly S. A pilot study for a randomised controlled trial of waterbirth versus land birth. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2004 ; 111 : 537-45.
- [28] Lenstrup C. Warm tub bath during déelivery. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica journal*. 1987; 66 : 709-12.

- [29] Cammu H, Clasen K, Van Wettere L, Derde MP. 'To bathe or not to bathe' during the first stage of labor. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica journal*. 1994 ; 73 : 468-72.
- [30] Eriksson M. Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women. *Midwifery*. 1997 ; 13(3) : 146-8.
- [31] Riquet S. Accouchements dans l'eau, un choix donné aux patientes dans une maternité de niveau I : expérience de la maternité de Payerne. *La Revue Sage-Femme*. 2012 ; 11 : 105-112
- [32] Waldenstrom U, Nilsson C. Warm Tub Bath after spontaneous Rupture of Membranes Birth. 1992 ; 19(2) : 57-63
- [33] Robertson PA, Huang LJ, Croughan-Minihan MS, Kilpatrick SJ. Is there an association between water baths during labour and the development of chorioamnionitis or endometritis?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1998 ; 178(6) : 1215–21
- [34] Rosevear SK, Fox R, Marlow N, Stirrat GM. Birthing pools and the fetus. *The Lancet*. 1993 ; 342(8878) : 1048-9.
- [35] Weston CF, O'Hare JP, Evans JM, Corrall RJ. Haemodynamic changes in man during immersion in water at different temperatures. *Clinical Science*. 1987 ; 73(6) : 613-6.

- [36] Charles C. Fetal hyperthermia risk from warm water immersion British Journal of Midwifery. 1998 ; 6 : 152-6.
- [37] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal **[en ligne]**. Disponible à partir de : URL : <<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Rythme.card.synth.pdf>> (consulté le 18/08/2012).
- [38] Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. Gynécologie obstétrique et fertilité. 2005 ; 33 : 533-8.
- [39] Larousse. Définition : satisfaction **[en ligne]**. Disponible à partir de : URL : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction>> (consulté le 23/07/2012).
- [40] Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? Journal of the American Medical Association. 1988 ; 260(12) : 1743-8.
- [41] Hostutler JJ, Taft SH, Snyder C. Patient needs in the emergency department: nurses' and patients' perceptions. Journal of Nursing Administration. 1999 ; 29(1) : 43-50 .

- [42] Thompson DA, Yarnold PR. Relating patient satisfaction to waiting time perceptions and expectations: the disconfirmation paradigm. *Academic Emergency Medicine*. 1995 ; 2(12) : 1057–62.
- [43] Scardina SA. SERVQUAL: a tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*. 1994 ; 8: 38–46.
- [44] ANAES. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. *Revue de la littérature médicale*. 1996 ; 45p.
- [45] Stamps PL. Measuring patient satisfaction. *Journal of Medical Group Management Association*. 1984; 31(1) : 36-44.
- [46] Gasquet I. Satisfaction des patients et performance hospitalière. *Presse Medicale*. 1999 ; 28 : 1610-13.
- [47] Code de la Santé Publique. Ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996, Article L. 710-17 **[en ligne]**. Disponible à partir de : URL : <[http : www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)> (consulté le 25/08/12).
- [48] Hall JA, Milburn MA, Epstein AM. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Medical Care*. 1993 ; 31(1) : 84-94.

- [49] Heitman DE, Birdwell SW, Bennett DL. Patient satisfaction as an outcome indicator of pain management during labor and delivery. *Hospital Pharmacy*. 1995 ; 30 : 589-95.
- [50] Lopez A, Rémy PL. Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé : éléments de travail. Paris: Inspection général des affaires sociale. 2007 ; 134p.
- [51] Blondel B. Organisation de la surveillance prénatale pour les femmes à bas et haut risque. In : 30es Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale : Rapports, Reims, 2000 **[en ligne]**.
< www.sfmp.net > (consulté le 25/08/2012).
- [52] Ministère de la santé. Plan périnatalité 2005/2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité **[en ligne]**. <www.sante.gouv.fr> (consulté le 25/08/2012).
- [53] Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. *DREES* 2008 ; 660.
- [54] Kannan S, Jamison RN, Datta S.
Maternal Satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Regional Anesthesia and Pain Management*. 2001 ; 26: 468-72.

- [55] 36^{ème} Assises Nationales des Sages-femmes, 19^{ème} Session Européenne. Marseille. Evaluation des pratiques professionnelles. 2008 **[en ligne]**. Disponible à partir de : URL :
<<http://www.recherchez.org/-36%C3%A8mes+assises+nationales+sages+femmes>> (consulté le 22/09/2012).
- [56] OMS. Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique, rapport d'un groupe de travail technique **[en ligne]**. Disponible à partir de :URL :
<http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf> (consulté le 22/09/2012).
- [57] Dabadie C, Farge M, Vendittelli F, Gallot D, Lemery D, Accueil des grossesses à bas risque dans les maternités de niveau III. Comment offrir des services adaptés ? In : 34es Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale : Rapports, Dijon, 2004**[en ligne]**. Disponible à partir de : URL :
< http://www.sfmp.net/download/sfmp_rapport_perinat2004_34journee.pdf>
(consulté le 25/08/2012).
- [58] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles relatives à la préparation à la naissance et à la parentalité. 2005 **[en ligne]**.
Disponible à partir de : URL :
<http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite> (consulté le 23/02/2013).
- [59] Ipsos. Les attentes des Françaises à l'égard d'une maternité. 2005 **[en ligne]**.
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/sondages/attentes-francaises-1%E2%80%99egard-d%E2%80%99-maternite>> (consulté le 22/02/2013).

- [60] Sejourne N. Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2012 ; 42 : 56-63.
- [61] Stark MA. Exploring women's preferences for labor epidural analgesia. *J Perinat Educ* 2003 ; 12 : 16-21.
- [62] Palot M. Demande d'analgésie périmédullaire par les patientes et les équipes obstétricales dans quatre régions françaises: Partie I : demande d'analgésie. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2006 ; 25 : 559-68.
- [63] Westagat J, Greene KR. Umbilical cord blood gas analysis at delivery: a time of quality data. *Journal of obstetrics and gynaecology*. 1994 ; 101 : 1054-63.
- [64] Simkin P. Just another day in woman's life ? *Birth*. 1991 ; 18 : 203-210.
- [65] Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth : A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002 ; 186 : 160-72.
- [66] Larkin P, Begley C-M, Devane D. Women's experience of labour and birth : an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2009 ; 25 : 49-59.

- [67] Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P. Maternal expectations and experiences of labour pain--options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 1995 ; 39 : 60-6.
- [68] Bergeret S, Loffredo P, Bosson L. Enquête nationale prospective sur les alternatives à l'analgésie péridurale obstétricale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2000 ; 19(7) : 530-39.
- [69] Todd KH, Funk KG, Funk JP, Bonacci R. Clinical significance of reported changes in pain severity. *Annals of Emergency Medicine*. 1996 ; 27 : 485-9.
- [70] Morlat M. Existe-t-il une surmédicalisation des grossesses à bas risque en salle de naissance des maternités de niveau 3 ? Mémoire Sage-femme : Med : Université de Clermont-Ferrand I. 2012 ; MSF21.

ANNEXES

Annexe I

Mlle Pauline SEGUIN
Étudiante sage-femme 5^{ème} année
Université d'Auvergne – Clermont-Ferrand
mail : Pauline.Seguin@etudiant.u-clermont1.fr

A Clermont-Ferrand, le 1^{er} Octobre 2012

Madame,

Actuellement étudiante sage femme en dernière année du cursus maïeutique, j'effectue, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, une enquête de satisfaction sur l'utilisation de la baignoire de dilatation au Centre Hospitalier Universitaire d' Estaing.

Depuis l'installation sur le site du Centre Hospitalier Universitaire Estaing, une baignoire de dilatation a été mise à la disposition des patientes dans une des salles de naissance. Vous avez pu, durant le travail précédant l'accouchement, y accéder. Aussi la réalisation de cette enquête va permettre de recueillir vos appréciations concernant la baignoire pour mieux répondre à vos attentes et celles des futures patientes et pour conduire des démarches d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Les réponses que vous apporterez à ce questionnaire resteront strictement confidentielles et anonymes. Vous pourrez donc vous exprimer en toute liberté en répondant sincèrement aux questions vous concernant. Les soignants qui vous ont pris en charge n'auront pas connaissance de vos réponses.

Je vous remercie par avance du temps que vous allez consacrer à ce questionnaire et de l'aide précieuse que vous apportez à la réalisation de ce mémoire.

Je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations dévouées.

SEGUIN Pauline

Questionnaire de satisfaction des patientes ayant bénéficié de la baignoire de dilatation

Renseignements généraux

1. Votre date de naissance :/...../..... (jj/mm/aaaa)

2. Votre profession :

Pour les questions suivantes, merci de cocher la case correspondante à votre situation.

- | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------|
| Agriculteurs exploitants | <input type="checkbox"/> |
| Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | <input type="checkbox"/> |
| Cadres et professions intellectuelles supérieures | <input type="checkbox"/> |
| Professions intermédiaires | <input type="checkbox"/> |
| Employés | <input type="checkbox"/> |
| Ouvriers | <input type="checkbox"/> |
| Retraités | <input type="checkbox"/> |
| Sans activité professionnelle | <input type="checkbox"/> |
| Autre (précisez) : | <input type="checkbox"/> |

Grossesse

3. Il s'agit de votre :

- 1^{er} enfant
- 2^{ème} enfant
- 3^{ème} enfant
- 4^{ème} enfant et plus

4. Déroulement de la grossesse :

- Normal
- Pathologique (ex: Diabète, Hypertension...)

Précisez:

.....

.....

5. Connaissez-vous l'existence d'une baignoire de dilatation au CHU Estaing avant votre arrivée en salle de naissance ?

- Oui
- Non ([passez à la question 11](#))

6. Par quels intermédiaires avez-vous eu connaissance d'une baignoire de dilatation : (sage femme libérale, professionnels du CHU Estaing, entourage, affiche...)

.....

7. Quelle est votre satisfaction concernant l'information reçue, pendant la grossesse sur l'utilisation de la baignoire de dilatation ?

- Très satisfaite
- Assez satisfaite
- Peu satisfaite
- Pas du tout satisfaite

8. La présence d'une baignoire de dilatation était-elle un critère de choix pour votre lieu d'accouchement ?

- Oui
- Non

9. Pendant la grossesse, aviez-vous déjà choisi d'utiliser la baignoire de dilatation ?

- Oui
- Non

10. Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance ?

- Oui
- Non ([passez à la question 14](#))

11. De quels types étaient-elles? (Plusieurs réponses possibles)

- Cours classique
- Yoga
- Haptonomie
- Sophrologie
- Piscine
- Autre (précisez) :

.....

12. Avez-vous pu mettre à profit dans l'eau, les exercices appris en préparation à la naissance ? (positions, exercices de respiration, exercices de relaxation)

Oui

Précisez :.....

.....

Non

Utilisation de la baignoire de dilatation

13. Date d'admission en salle de naissance :

14. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant la plus mauvaise note et 10 la meilleure note, comment noteriez-vous votre satisfaction générale vis-à-vis de la baignoire de dilatation?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. Indiquer pour chacune des phrases suivantes la réponse qui vous semble le plus appropriée :

	totallement vraie	plutôt vraie	ni vraie ni fausse	plutôt fausse	totallement fausse
Vous vous êtes relaxée physiquement et/ou mentalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez pu entrer et sortir de la baignoire sans difficulté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez pu vous mobiliser plus facilement dans l'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes sentie plus libre de bouger et plus légère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La température de l'eau vous convenait parfaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le coté médicalisé du travail d'accouchement est moins présent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes sentie en sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipe a respecté votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous avez la possibilité de faire des commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

16. Cochez en mettant une croix (X) sur la ligne continue, à l'endroit qui correspondait le mieux à votre douleur :

- Juste avant l'entrée dans la baignoire de dilatation

Pas de
douleur

Pire douleur
possible

- Après une demi-heure, passé dans la baignoire

Pas de
douleur

Pire douleur
possible

17. La baignoire de dilatation a permis selon vous:

De réduire la douleur

De mieux gérer la douleur

N'a pas aidé au niveau de la gestion de la douleur

18. Concernant les contractions, comment les qualifieriez vous après votre entrée dans le bain:

- En intensité :

Plus intense

Même intensité

Moins intense

- En fréquence

Plus fréquente

Même fréquence

Moins fréquente

19. Vous avez eu la péridurale :

Oui et vous en souhaitiez une

Oui alors que vous n'en souhaitiez pas

Non alors que vous en souhaitiez une

Non et vous n'en souhaitiez pas

Accompagnement par les professionnels

20. Que pensez-vous de l'accompagnement par les professionnels, pendant le temps où vous avez utilisé la baignoire de dilatation ?

- Très satisfaite
- Assez satisfaite
- Assez insatisfaite
- Très insatisfaite

21. Selon vous, avez-vous eu par l'équipe soignante présente en salle de naissance, les informations nécessaires permettant d'utiliser au mieux la baignoire de dilatation ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non absolument pas

Annexe II

PARTIE MEDICALE DU QUESTIONNAIRE

N°

1. Gestité : Parité :

2. Terme : SA

3. Type de travail :

- spontané
- déclenché motif du déclenchement
précisez :

4. Motif d'utilisation de la baignoire

- Contre indication à l'APD
- Attente du bilan d'APD
- Ne souhaite pas la péridural dans l'immédiat
- Dystocie de démarrage
- Attente pour la péridural car dilatation inférieur à 3cm
- Autre, précisez :

5. Dilatation avant l'entrée dans l'eau : cm

6. Durée d'utilisation de la baignoire de dilatation : minutes

7. Motif de sortie de la baignoire :

- Pose de l'analgésie péridurale
- Froid
- Souhaite déambuler
- Enregistrement cardiotocographique
- Rupture spontanée des membranes
- Efforts expulsifs
- Autre, précisez :

8. Dilatation à la sortie de l'eau : cm

9. Durée du travail : heures

10. Type d'accouchement :

- Voie basse spontanée
- Voie basse avec extraction instrumentale (indication :.....)
- Césarienne (indication :.....)

11. Apgar : à 1min à 5min

12. Ph artériel :

13. Poids : grammes

Annexe III

Procédure d'utilisation de la baignoire au bloc d'obstétrique

Indications :

- Souhait de la patiente (projet de naissance ou pas de désir d'APD ou différé).
- CI à l'APD
- Faux travail
- Dystocie de démarrage
- Attente d'APD

Conditions d'utilisation :

- Pas de limite de durée
- Pas de dilatation limite (sauf DC)
- Douche bétadinée (Hibiscrub si allergie) avant l'entrée
- Eau à 37° Celsius minimum et renouvelée régulièrement
- Patiente accompagnée
- RCF en discontinue (30min toutes les 2h)
- Respect de la pudeur (Possibilité du port d'un maillot de bain ou d'un vêtement propre)

Pensez à tirer le rideau prévu à cet effet dans le box.

Contre-indications :

- Portage vaginal de streptocoque B Agalactiae ou ATCD de portage **ET** poche des eaux rompue
- PV positif à un quelconque germe non traité **ET** poche des eaux rompue
- Infections materno-fœtales avérées
- Liquide amniotique teinté ou méconial

Introduction : Le pôle d'obstétrique du CHU de Clermont-Ferrand propose, depuis l'ouverture de son nouveau service, une salle de naissance différente équipée d'une baignoire de dilatation afin de répondre aux demandes des patientes.

Matériel et méthodes : Les objectifs de notre étude étaient d'étudier la satisfaction globale des parturientes vis-à-vis de l'utilisation de la baignoire de dilatation et d'évaluer l'effet de l'immersion dans l'eau sur la perception de la douleur par les parturientes. Notre étude était observationnelle descriptive transversale. Notre population était composée des 25 femmes recensées comme ayant bénéficié de la baignoire de dilatation, au cours du travail d'accouchement, au CHU de Clermont-Ferrand entre le 10 octobre 2012 et le 10 février 2013.

Résultats et discussion : Les patientes étaient satisfaites de l'utilisation de la baignoire de dilatation puisque 88% de notre population présentait un score de satisfaction supérieur ou égale à 7 sur une échelle de 0 à 10. De plus, la baignoire de dilatation permettait d'atténuer la perception de la douleur et améliore sa gestion. En effet, la moyenne des scores de douleur était significativement abaissée à 30 minutes d'immersion. Néanmoins, le taux de péridurale après immersion était de 80%.

Conclusion : Les parturientes étaient satisfaites de l'utilisation de la baignoire de dilatation. De plus, même si le taux d'analgésie péridurale était important après l'immersion, l'expérience du travail dans l'eau est généralement positive en termes de perception de la douleur, de relaxation et de mobilité. Il serait alors intéressant d'envisager une réorganisation du bloc d'accouchement au CHU de Clermont-Ferrand avec la création d'un espace physiologique permettant d'offrir aux patientes qui le souhaitent une médicalisation raisonnée en cas de grossesse physiologique.

Mots clefs : baignoire de dilatation, satisfaction, douleur, physiologie, travail, accouchement

Introduction: Since the opening of the new obstetrics department of the CHU, (the teaching hospital in Clermont-Ferrand), a room has been available equipped with a bath. This facility was installed to meet patient demands.

Material and methods: The objectives of the study were to assess the global satisfaction of women using bath during labour and also to evaluate the pain relief caused by immersion in the water. The study was carried out in an observational capacity. Between 10th October 2012 and 10th February 2013, 25 women have benefited from using the bath during labour.

Results and discussion: 88% of patients who used bath during labour gave a satisfaction mark equal to or over 7 out of a possible 10. Furthermore, the bathing experience eased the perception of pain and was useful in pain management, significantly lowering scores of pain after just 30 minutes bathing. However the epidural rate after bathing was still 80%.

Conclusion: Patients were satisfied with the bath using during labour. Even though the rate of epidural after bathing was high, the experience in the water is generally positive in terms of perception of pain and in terms of relaxation and mobility. It would be interesting to envisage a reorganization of the childbirth unit in the CHU of Clermont-Ferrand with the creation of a physiological space, which could be offered to the patients who are hoping for a reasonable medicalization during physiological pregnancy.

Key words: bath, satisfaction, pain, physiology, labour, delivery