



HAL
open science

Pratiques professionnelles des sages-femmes quant à l'accouchement dans l'eau

Agathe Inigo

► **To cite this version:**

Agathe Inigo. Pratiques professionnelles des sages-femmes quant à l'accouchement dans l'eau. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01535790

HAL Id: dumas-01535790

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01535790>

Submitted on 9 Jun 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE D'Auvergne – CLERMONT 1

**PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES SAGES-FEMMES QUANT A
L'ACCOUCHEMENT DANS L'EAU**

MEMOIRE SOUTENU ET PRESENTE PAR

INIGO Agathe

Née le 30/08/1991

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE D'Auvergne – CLERMONT 1

**PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES SAGES-FEMMES QUANT A
L'ACCOUCHEMENT DANS L'EAU**

MEMOIRE SOUTENU ET PRESENTE PAR

INIGO Agathe

Née le 30/08/1991

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016

Remerciements

Je tiens à remercier :

Mme Cressin Marylène, sage-femme à la maternité de la Teste-de-Buch, pour avoir accepté d'être ma directrice de mémoire. Un grand merci pour votre soutien et votre disponibilité. Merci pour vos encouragements.

Mme Leymarie Marie-Christine, directrice de l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand, pour m'avoir guidé et encadré dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également les sages-femmes de la maternité où a été réalisée cette étude pour leur disponibilité et leur gentillesse. Merci d'avoir partagé vos expériences.

Ce mémoire est aussi l'occasion de remercier mes parents. Merci pour votre investissement et votre soutien sans faille tout au long de mes études. Merci à ma sœur, pour son soutien et sa bonne humeur. Merci à Florine, Audrey, Pauline pour leur soutien également.

Enfin, merci à Clément, pour m'avoir supporté et encouragé dans les moments difficiles.

Glossaire

AFNA : Association Française de Naissance Aquatique

ARS : Agence Régionale de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

Sommaire

Introduction	1
Revue de la littérature.....	3
1. La balnéothérapie	3
2. L'accouchement aquatique.....	6
3. Conditions et déroulement d'un accouchement aquatique.....	10
4. Bénéfices et Risques de l'accouchement dans l'eau	14
5. La pratique côté sage-femme.....	16
Méthode.....	19
1. Spécificité de la méthode	19
2. Méthode de recherche.....	20
3. L'étude.....	25
Résultats	26
1. Description de l'échantillon	26
2. Données de l'analyse.....	27
2.1. La perception des sages-femmes à leur arrivée dans cette maternité.....	27
2.2. La formation des sages-femmes à l'accouchement aquatique	28
2.3. La pratique des accouchements aquatiques.....	29
2.4. Les complications rencontrées lors d'accouchements aquatiques	38
2.5. Les parturientes	40
2.6. Les bénéfices et risques de la pratique	41
2.7. Expérience personnelle des sages-femmes	43
2.8. Le soutien et l'avis des médecins selon les sages-femmes	44
2.9. L'avis des sages-femmes sur cette pratique.....	45
Discussion	48
1. Atteinte des objectifs	48
2. Limites de l'étude	48
3. Analyse des résultats	49
4. Projet d'action	62
Conclusion.....	64
Références bibliographiques	65

Introduction

Depuis quelques années, de nombreux progrès dans le domaine de l'obstétrique ont permis une prise en charge complète et globale des grossesses les plus à risque, grâce à des diagnostics de plus en plus précoces et des thérapeutiques de plus en plus performants. Ces progrès permettent ainsi d'assurer une sécurité optimale lors des accouchements.

Actuellement l'analgésie péridurale représente la principale prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement. Mais parallèlement à cet essor de la médecine et de la prise en charge de la douleur, de plus en plus de femmes, ayant des grossesses physiologiques s'orientent vers des alternatives moins technicisées pour accoucher. Cela signifie ainsi une prise en charge de la douleur différente de l'analgésie péridurale. Il s'agit là de proposer d'autres techniques sans pour autant remettre en cause la sécurité acquise et permettant ainsi un accompagnement plus individuel des femmes et des couples, et d'aborder l'accouchement dans le respect de la physiologique.

L'accouchement dans l'eau apparaît comme l'une de ces alternatives, bien que très peu pratiqué en France. En effet, si cette façon d'accoucher existe depuis plusieurs siècles à travers le monde, la plupart des professionnels de santé n'adhèrent pas à cette pratique, du fait du manque de publications et d'études à ce sujet. Pourtant, d'autres pays européens tels que la Belgique ou encore l'Angleterre sont de grands leaders de cette pratique. Les taux maternels et néonataux de mortalité et morbidité n'y semblent pas plus élevés qu'en France. L'accouchement dans l'eau, pratiqué avec un enseignement et une surveillance adaptée, apparaît donc comme une pratique qui, non seulement ne serait pas plus dangereuse qu'un accouchement conventionnel, mais présenterait également certains effets bénéfiques pour le travail et l'accouchement. On conseille d'ailleurs souvent aux femmes en début de travail de prendre un bain pour se relaxer et essayer de diminuer la douleur des premières contractions.

L'immersion dans l'eau se définit par une situation où l'abdomen de la femme enceinte est complètement submergé par l'eau durant le travail et/ou l'accouchement [1]. Cette immersion correspond à un besoin exprimé par la femme, lorsque celle-ci est possible, selon un protocole établi par le personnel soignant de la maternité.

Il est de notre devoir en tant que professionnel de santé de respecter le souhait de la patiente et de l'accompagner dans celui-ci tout en sachant évaluer les bénéfices et les risques que peuvent comporter ces alternatives. Le choix des patientes pourra être respecté sans que les progrès de ces dernières années ne soient remis en cause.

Une des maternités du Sud-Ouest de la France s'étant équipée d'une baignoire de dilatation et d'accouchement depuis de nombreuses années, il apparaissait judicieux de s'intéresser au point de vue des sages-femmes. Pour tenter d'éveiller la conscience professionnelle des sages-femmes quant à l'accouchement dans l'eau, une étude qualitative a été réalisée, permettant ainsi de recueillir des données issues des entretiens avec les sages-femmes.

Dans ce mémoire, une première partie de la revue de littérature permettra de développer le principe de la balnéothérapie, ainsi que les grands principes physiques qui expliquent les effets de cette thérapie particulière. Une seconde partie présentera l'accouchement aquatique, l'historique de cette pratique. Puis un état des lieux de ce type d'accouchement à travers le monde sera présenté, ainsi que les conditions de déroulement de l'accouchement dans l'eau. Enfin les bénéfices et les risques de cette pratique seront comparés à un accouchement classique.

La partie méthodologique de ce mémoire traitera de la spécificité de la méthode qualitative appliquée ici, ainsi que de la méthode en elle-même, c'est-à-dire de l'entretien, de la technique d'échantillonnage et de l'analyse des données obtenues.

La troisième partie décrira les résultats obtenus après la réalisation des entretiens auprès des sages-femmes.

Et enfin, une dernière partie de discussion détaillera et analysera les résultats précédemment énoncés.

Revue de la littérature

1. La balnéothérapie

1.1.Définition

Il existe plusieurs termes pour désigner les soins en santé par l'eau. L'ensemble des pratiques qui utilisent l'eau de façon externe et à des fins thérapeutiques ou de confort, peut être désigné par le terme d'hydrothérapie. Cette thérapie peut être utilisée sous les diverses formes de l'eau, qu'elle soit liquide, gazeuse ou à des températures variables, par exemple, sous la forme de bain, de jets, de vapeurs etc...

Le terme de balnéothérapie est lui employé pour désigner la thérapie désignant le fait de baigner le corps, en entier ou en partie. Les indications de cette thérapie sont larges et le choix de cette technique dépend des effets physiques, physiologiques et psychologiques souhaités. En effet, dans la pratique courante, plusieurs objectifs peuvent être recherchés comme la sédation de la douleur, le relâchement musculaire, la détente ou la relaxation ou encore la facilitation des mouvements parmi tant d'autres.

Les indications de l'hydrothérapie concernent un grand nombre de domaines tels que la dermatologie, l'orthopédie, l'obstétrique, la pédiatrie, la rhumatologie, la gériatrie ou encore, la cardiologie [2].

1.2.Principes physiques en balnéothérapie

Dans le milieu aquatique, l'homme est soumis aux forces hydrostatiques et hydrodynamiques. Pour en comprendre les effets sur le corps humain ces différentes forces sont sommairement développées ci-après.

1.2.1. Effets de l'immersion

Pressions hydrostatique

Il s'agit de la pression qu'exerce l'eau sur la surface d'un corps immergé. Cette pression augmente proportionnellement avec la profondeur de l'eau et de la densité du liquide. Cette pression avec la viscosité de l'eau est à l'origine de différents stimuli qui

permettent une meilleure intégration du schéma corporel. Celle-ci provoque également un drainage circulatoire ayant un effet favorable sur les œdèmes circulatoires [2,3].

Principe d'Archimède

« 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 »

Cette poussée d'Archimède place le patient en état de pesanteur relative. Ces effets permettent au thérapeute de faciliter un mouvement ou au contraire de le rendre plus difficile [3].

Poids apparent

L'immersion induit un phénomène de diminution apparente du poids du corps. Ce poids est égal à la différence algébrique entre le poids réel et la poussée d'Archimède. Ainsi, plus l'immersion est importante, plus le poids apparent est faible. Il existe par ailleurs de grandes variations de ce poids apparent suivant les morphologies [3].

Cette notion est fondamentale, puisqu'elle permet de comprendre l'allègement relatif du poids, ressenti par les patients. Dans le cas des baignoires en obstétrique, où les patientes sont largement immergées, elles décrivent ainsi une sensation de légèreté et sont libérées de toute contrainte physique [2].

Tension de surface

Il s'agit là d'une propriété des fluides, la cohésion des molécules entre elles forme comme une « peau » qui oppose une résistance au déplacement [3].

Hydrodynamique

L'eau oppose une résistance au déplacement du corps immergé. Cette résistance est liée à la vitesse du mouvement et à la surface d'attaque du corps lors du mouvement.

1.2.2. Effets de la balnéothérapie

La température

Bains chauds

Il s'agit d'une eau à une température au-delà de 35°C. A cette température, l'eau a un effet antalgique et myorelaxant. Les effets cardiovasculaires sont modérés et peu dangereux, même s'il convient de faire un bilan cardiologique pour des patients à risque [4].

Bains froids

Il s'agit de bains à une température inférieure à 15°C. Cette température induit une vasoconstriction ayant un effet anti-inflammatoire [3].

Les effets psychologiques

Le bain provoque une impression de sécurité et d'apaisement. Lors de séances de balnéothérapie, la modification du comportement du patient a pu être observée, ce dernier serait moins replié sur lui-même [3].

2. L'accouchement aquatique

2.1. Historique

L'utilisation de l'eau dans le milieu médical et en particulier obstétrical n'est pas un concept nouveau. En effet, plusieurs peuples tels que les Chinois, les Egyptiens ou encore les Grecs utilisaient l'eau pour guérir certaines maladies. On peut d'ailleurs évoquer les thermes qui constituaient des traitements pour des maladies.

Pourtant, il faudra attendre l'année 1803 pour que le premier accouchement dans l'eau soit réalisé en France. Il a d'ailleurs été réalisé de manière fortuite car il s'agissait d'une femme ayant un travail dystocique avec des contractions depuis de nombreuses heures. Cette parturiente a été placée dans l'eau pour être soulagée, et a accouché dans l'eau deux heures plus tard [5].

Au 20^{ème} siècle, Frederick Leboyer, gynécologue et obstétricien français développe un concept de « naissance sans violence » qui révolutionne la conception du nouveau-né et sa prise en charge lors de l'accouchement [6]. Il estimait que l'arrivée de l'enfant dans le monde extra-utérin était extrêmement violente à l'époque. Il est parti étudier d'autres techniques, d'autres manières de procéder, en Inde principalement. En revenant, il décide de pratiquer l'accouchement de manière beaucoup plus physiologique et non traumatique. C'est notamment lui qui préconise par la suite les bains à température corporelle pour les nouveau-nés à la naissance.

En Russie, à la même période, une sage-femme, Igor Charkovsky, ayant accompagné un grand nombre d'accouchements aquatiques commence à réaliser des expériences sur ces accouchements particuliers. Au début des années 1980, il débute des expériences sur les accouchements et les dauphins, c'est d'ailleurs à cette occasion que naît un enfant dans la mer Noire entouré de dauphins [7].

En parallèle, en France, Michel Odent est un grand précurseur de l'accouchement dans l'eau. Il est gynécologue-obstétricien à Paris et développe le concept d'accouchements plus physiologiques, il met en place les « piscines de dilatation ». En 1983, il publie sur les cents premiers accouchements aquatiques réalisés dans ces piscines. Il démontre d'ailleurs qu'il n'a pas plus de complications infectieuses que lors d'accouchements conventionnels [8]. Il décrit également des femmes plus détendues dans

l'eau, plus libres de se mouvoir et de respecter la physiologie de leur corps. De plus, il observe que l'eau à température du corps, 37°C, aurait un effet antispasmodique et myorelaxant, permettant au col de se dilater plus harmonieusement et aux contractions d'être ressenties moins violemment.

En 1999, Richard Thierry, médecin, crée l'Association Française des Naissances Aquatiques (AFNA). Il écrit également de nombreux ouvrages démontrant les bénéfices de cette technique (9). Il a même créé sa propre baignoire de surveillance du travail obstétrical pour les accouchements en milieux aquatiques, et l'a implantée dans une maternité. Malheureusement cela lui a valu de nombreuses critiques, puisque celle-ci ne répondait pas aux critères d'hygiène et de sécurité selon l'Agence Régionale de Santé[10].

2.2.Epidémiologie

2.2.1. En Europe

Belgique

Parmi les différents pays d'Europe à pratiquer l'accouchement aquatique, il convient de citer en premier lieu la Belgique. En effet, à travers le pays, plus d'une quinzaine de maternité pratiquent ce type d'accouchement [11]. Le gynécologue et obstétricien Herman Ponette a été un grand précurseur en Belgique dans l'introduction de ce nouveau mode d'accouchement. Même si Herman Ponette et Michel Odent prônent tous deux une naissance moins violente, plus physiologique, le premier souhaiterait plus intégrer son approche au milieu hospitalier, contrairement au second souhaitant retourner vers des accouchements à domicile. Cela fait maintenant vingt-cinq ans que la maternité d'Ostende pratique les accouchements dans l'eau, des jumeaux ou encore des enfants se présentant par le siège, y sont nés. Les chiffres confortent les Belges dans leur décision de pratiquer de tels accouchements puisque le taux de césarienne a chuté de moitié par rapport à d'autres maternités de Belgique, de même que le taux d'épisiotomie ou encore l'utilisation d'analgésiques. Pour que tout se déroule de la meilleure manière possible, les futures mères souhaitant accoucher de cette manière doivent suivre une préparation à la naissance en piscine de manière systématique durant leur grossesse [12].

Angleterre

Déjà dans le début des années 1990, la House of Commons Health Committee, équivalent de la Haute Autorité de Santé (HAS) en France, recommandait aux maternités anglaises de se munir d'une baignoire qui pourrait offrir la possibilité aux femmes d'accoucher dans l'eau si elles le souhaitent [13]. D'ailleurs, depuis, les Collèges Royaux des Gynécologues-obstétriciens et des Sages-femmes soutiennent le travail dans l'eau pour des grossesses sans complications. Concernant l'accouchement dans l'eau, le manque d'études et de preuves à ce sujet montre que leur soutien n'est pas inconditionnel. Mais, ils estiment que si la ligne de conduite préalablement établie est correctement suivie, les risques de complications devraient en être considérablement réduits et peuvent donc être pratiqués en structures hospitalières. Chaque année plus de 5000 femmes donnent naissance à leur enfant dans l'eau au Royaume-Unis.

2.2.2. En Amérique

La culture des naissances a beaucoup changé ces dernières années. Les accouchements qui se déroulaient en majorité à domicile, se pratiquent maintenant à l'hôpital, l'évolution de la technologie a permis d'améliorer la surveillance des mères et des enfants tout au long du travail et de l'expulsion. Depuis les années 1980, l'accouchement aquatique a commencé à attirer l'attention comme étant une alternative à l'accouchement sur table. Ce type d'accouchement a été promu comme étant sécurisé et une alternative effective à la gestion de la douleur, surtout pour les femmes souhaitant un accouchement plus physiologique et moins médicalisé [14]. En Amérique du Nord, les accouchements dans l'eau ont été introduits au début des années 1980. Barbara Harper a toujours été et est toujours une fervente défenseuse de l'accouchement dans l'eau. Elle a commencé sa carrière en tant que « nurse ». Elle a toujours été passionnée par les naissances et les enfants. C'est pour cette raison, qu'après avoir voyagé dans le monde et particulièrement en Russie pour se former, elle a décidé de fonder Waterbirth International en 1988. Grâce à cette association elle a pu assister de nombreuses maternités quant à l'installation de baignoire dans plus de 200 hôpitaux à travers les Etats-Unis et dans plusieurs douzaines d'autres maternité à travers le monde, comme à Taiwan, en Chine, en Australie ou encore aux Philippines. Elle a, par ailleurs, également

développé le concept d'accouchement aquatique à la maison et aidé plusieurs milliers de couples grâce à la location de piscines portables spécialement conçues à cet effet.

Seulement dix pourcent des hôpitaux permettent aux patientes d'accoucher dans l'eau. Et quand ce type d'accouchement est adopté, ceux-ci sont majoritairement pratiqués par les sages-femmes [14].

2.2.3. En Océanie et en Asie

Concernant le continent de l'Océanie, l'accouchement aquatique a gagné en popularité ces dernières décennies en partie grâce aux travaux du médecin Bruce Sutherland. Depuis de nombreuses années, les sages-femmes libérales utilisaient déjà l'eau chaude pour accompagner le travail des femmes enceintes. Maintenant de nombreuses maternités sont équipées de baignoires de dilatation et d'accouchement. Il s'agissait initialement de l'idée de sa femme. Elle avait constaté que de nombreuses parturientes étaient mécontentes de leur expérience, puisqu'elles trouvaient qu'elles avaient, en quelque sorte, abandonné le contrôle de la naissance de leur enfant aux mains de quelqu'un d'autre. Mme Sutherland proposa donc une alternative à la naissance à la maison, puisque celui-ci n'étant pas autorisé par la législation australienne, en créant un accouchement, en structure hospitalière, mais « comme à la maison ». Ils ont bien sûr rencontré de nombreuses résistances à leur projet. Mais grâce à leur détermination, ils ont créé la Hawthorn Birth and Development Center permettant aujourd'hui de réaliser des accouchements physiologiques comme le souhaitent les futures mères.

Au Japon, par exemple, l'eau a depuis toujours, été un moyen commun de relaxation et fait partie des rituels de soins de la famille traditionnelle. Avant la Seconde Guerre Mondiale, la plupart des accouchements se faisaient à la maison. Mais après cette période, sous l'influence américaine, les naissances ont été plus médicalisées et se sont déroulées en majeure partie à l'hôpital, laissant de côté le confort de la maison et même l'utilisation de l'eau chaude dans le travail obstétrical. Malgré tout, ces dernières années, on a pu constater une réapparition des anciennes pratiques tout en gardant une sécurité certaine. En effet, il y a plus de sages-femmes médicalement formées au Japon qu'aux Etats-Unis [15].

2.2.4. En France

Bien que le premier accouchement aquatique ait eu lieu en France et qu'elle a été pionnière en la matière, à ce jour, l'accouchement dans l'eau reste très peu répandu en France. En effet, les rares études menées sur le sujet sont peu concluantes du fait du faible échantillonnage et de la façon rétrospective dont elles sont menées. De ce fait, le personnel soignant reste sur sa réserve et l'accouchement dans l'eau reste donc un mode d'accouchement très peu pratiqué en France.

Il n'a que quelques maternités en France qui pratiquent ces accouchements [9] :

- Maternité des Lilas (93)
- Centre Hospitalier de Guingamp (22)
- Centre Hospitalier de la Teste-de-Buch (33)
- Hôpital Pierre Rouques - Les Bluets (75)
- Clinique Générale de Vitrolles (13)
- Centre Hospitalier de Pithiviers (45)
- Centre hospitalier d'Oyonnax (01)

Ou encore à Toulouse, Sedan ou Strasbourg, mais ces accouchements ne sont que très rarement pratiqués.

Par contre, de nombreuses maternités en France sont maintenant équipées de baignoire que l'on nomme de « dilatation » permettant d'aider à la gestion de la douleur en absence de péridurale pendant le pré-travail ou pendant le travail lui-même. Elles ne sont pas conçues pour des accouchements aquatiques.

3. Conditions et déroulement d'un accouchement aquatique

3.1. Conditions pour envisager l'accouchement dans l'eau

Pour pouvoir prétendre à un accouchement dans l'eau en France les conditions restent très strictes. En effet, le manque de publications et de résultats concrets sur le sujet laisse de nombreux soignants sceptiques sur ce mode d'accouchement. Pour éviter les risques

potentiels, les futures mères pouvant prétendre à un accouchement aquatique doivent répondre à de nombreux critères d'inclusion et d'exclusion.

Pour cela, une maternité a mis en place un protocole. Différentes conditions doivent être remplies.

Concernant la patiente, celle-ci doit avoir exprimé sa demande durant son suivi de grossesse et confirmer son souhait d'accouchement aquatique à son arrivée. De plus, son dossier médical de suivi de grossesse doit permettre d'éliminer toutes les contre-indications qui seront détaillées ci-après.

Concernant l'équipe présente, il doit y avoir au moins deux personnes disponibles pour effectuer l'accouchement. Il faut absolument que la sage-femme réalisant cet accouchement soit en accord avec l'idée de naissance aquatique et qu'elle soit expérimentée ou accompagnée par une sage-femme ayant de l'expérience.

Concernant le matériel nécessaire au suivi du travail dans l'eau et à un accouchement aquatique le plus sécurisé possible, un matériel obstétrical opérationnel et fonctionnel sous l'eau (monitoring, tocogramme) est nécessaire. La baignoire doit être entretenue selon le protocole d'hygiène. Au niveau des trois arrivées d'eau, les filtres doivent être en place et valides, sachant que leur validité est inférieure à trente jours. Et enfin, une surveillance très régulière de la température de l'eau doit être réalisée. En effet, il est nécessaire que celle-ci soit et reste à 37°C puisqu'il faut que l'eau soit assez chaude un long moment pour permettre une relaxation musculaire. De même, l'eau ne doit pas se refroidir pour éviter l'hypothermie de la mère d'une part, puis de l'enfant à naître lors de l'accouchement d'autre part. L'eau devra donc être régulièrement renouvelée.

Pour terminer, les contre-indications à l'accouchement dans l'eau sont ordonnées selon trois axes. Le premier est l'organisation. En effet la patiente peut changer d'avis. L'équipe peut aussi manquer d'adhésion pour ce type d'accouchement ou être trop peu expérimentée. Un défaut de matériel rendrait un accouchement dans l'eau impossible.

Ensuite, les contre-indications médicales absolues sont, tout d'abord, la prématurité (terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhées), la présentation du fœtus par le siège, les grossesses multiples, l'obésité morbide, l'hyperthermie, un antécédent de dystocie des épaules, une suspicion de macrosomie fœtale ou à l'inverse une restriction de croissance avec une estimation de poids fœtal inférieure au dixième percentile.

Et les contre-indications médicales relatives, qui seront soumises à une décision médicale préalable, sont, une rupture de la poche des eaux d'une durée supérieure à 24 heures (avec un prélèvement vaginal fait et négatif et une absence d'hyperthermie), un liquide amniotique teinté, un antécédent d'hémorragie du post-partum ou de césarienne, et un déclenchement. Concernant ces dernières contre-indications relatives, le bain peut être proposé en début de travail, pour son intérêt myorelaxant, avant une installation pour un accouchement conventionnel.

3.2.A l'arrivée à la maternité

Dans un premier temps, après l'arrivée de la patiente, la sage-femme lira avec rigueur le dossier médical. Elle s'assurera de l'absence de contre-indication à l'entrée dans la baignoire. Un examen général et obstétrical s'assurant de la présentation céphalique sera réalisé. Un enregistrement cardiotocographique sera effectué. Une voie d'abord veineuse sera posée en prévision de toute urgence, l'étanchéité sera vérifiée, et suivant le dossier médical, un bilan sera prélevé ou non. Avant d'entrer dans l'eau, il pourra être proposé à la parturiente d'aller à la selle spontanément ou avec l'aide d'un laxatif (type Microlax®) pour une vacuité rectale complète.

3.3. Entrée dans l'eau et suivi du travail

La parturiente peut entrer dans le bain quand elle le souhaite. Pour cela, la sage-femme s'assurera que les contractions soient suffisamment efficaces pour qu'à l'entrée dans l'eau, l'effet myorelaxant ne perturbe pas la dynamique utérine. La sage-femme vérifiera également la situation cervicale et attestera d'un début de travail franc. De plus, le tracé du rythme cardiaque fœtal ne doit présenter aucune anomalie durant l'heure précédent l'entrée dans l'eau. La rupture de la poche des eaux depuis moins de 24 heures, n'est pas une contre-indication.

Dans un premier temps, la présence des filtres sur les arrivées d'eau sera contrôlée ainsi que leur validité. Pour le remplissage de la baignoire, le personnel soignant s'assurera d'une température comprise entre 36 et 37 °C, la température de l'eau ne devant

pas dépasser 37°C. La future mère sera accompagnée dans la baignoire, les capteurs cardiotocographiques auront été préalablement installés. Une fois dans l'eau, la sage-femme s'assurera d'une part du confort de la patiente et, d'autre part du fait que le rythme cardiaque fœtal soit capté.

Pendant le travail, l'intimité de la mère et/ou du couple devra être au mieux respectée, tout en maintenant une surveillance régulière. Les examens vaginaux resteront limités et le ressenti de la mère sera privilégié. La poche des eaux, si elle n'est pas rompue, ne le sera pas artificiellement sauf en cas de stagnation de la dilatation cervicale. La patiente sera libre de ses mouvements et pourra reproduire des positions et exercices de relaxation appris pendant la préparation prénatale.

Il est évident que l'équipe médicale se réserve le droit de sortir la femme du bain si elle souhaite une analgésie péridurale ou tout simplement sortir de l'eau, si on observe une anomalie du rythme cardiaque de l'enfant ou devant un problème hémodynamique ou toutes autres anomalies du travail ou de l'accouchement.

3.4.A la naissance

Dès les premiers signes témoignant de l'approche de l'expulsion il convient de préparer le matériel nécessaire pour effectuer un accouchement, comme pour un accouchement conventionnel. Des serviettes seront disposées sur la table chauffante de réanimation néonatale pour les chauffer. Il est également nécessaire qu'une autre personne soignante soit présente lors de l'expulsion (sage-femme ou auxiliaire de puériculture). La sage-femme reste à proximité de la baignoire de façon à surveiller le périnée et la progression fœtale hors des voies génitales. La femme peut bouger librement pendant cette phase d'expulsion. La durée d'expulsion est, comme pour un accouchement conventionnel, à l'appréciation de la sage-femme et doit rester dans un délai de temps raisonnable. Si l'eau devient trouble, la tierce personne, assistant la sage-femme responsable de la salle d'accouchement, a la possibilité de nettoyer l'eau grâce à un système d'aspiration. De plus, si la sage-femme juge qu'une aide à l'expulsion est nécessaire, elle doit en informer la mère/le couple, puis faire sortir la parturiente de l'eau

avant que le médecin n'intervienne. Il faudra bien sûr maintenir l'enregistrement cardiotocogramme.

Une fois le nouveau-né mis au monde, il est aussitôt remonté à la surface au contact de sa mère. L'enfant sera surveillé de la même façon qu'un enfant né de manière conventionnelle. Il reste en peau à peau sur sa mère, le visage dégagé et il est impératif qu'il soit au sec. Un bonnet lui est mis sur la tête dès qu'il est séché. La vidange de la baignoire est amorcée dès que l'enfant et la mère sont en sécurité.

Concernant la délivrance, il s'agit d'une délivrance dirigée effectuée selon les recommandations. La mère doit sortir de l'eau et s'installer sur le lit pour que la délivrance s'effectue et s'il y a d'éventuelles sutures à réaliser. Un prélèvement de sang au cordon est réalisé pour effectuer une mesure du pH sanguin. Le nouveau-né peut rester au contact de sa mère durant cette période.

4. Bénéfices et Risques de l'accouchement dans l'eau

4.1. Les effets favorables de l'immersion dans l'eau sur le travail obstétrical

Plusieurs effets de l'immersion dans l'eau ont été observés et expliquent l'attrait de certaines femmes pour cette technique d'accouchement. Tout d'abord, la flottabilité et la pression hydrostatique permettent d'avoir une grande liberté de mouvement pour la parturiente ainsi qu'un choix de positions plus confortables et antalgiques pour elle [16]. Ces changements de positions peuvent par ailleurs permettre une meilleure posture du fœtus du fait de la flexibilité de la mère [1]. De ce fait, ce meilleur positionnement de la mère et de l'enfant à naître ne permettrait-il pas une diminution de la survenue d'une dystocie des épaules [17] ?

Lorsque le corps humain est immergé dans l'eau chaude, il y a une redistribution du volume sanguin : plus de sang dans le thorax et moins dans les parties périphériques du corps. Dans le cœur, des cellules sensibles au changement de volume sanguin sont présentes. Ces cellules dans le cœur permettent de modérer l'activité de l'hypophyse postérieure, glande qui sécrète des hormones comme l'ocytocine ou encore la vasopressine. L'effet immédiat de l'immersion dans l'eau est donc l'augmentation de la sécrétion d'ocytocine qui induit des contractions utérines plus intenses et plus efficaces

[18]. Cet effet relaxant de l'eau chaude parallèlement à celui d'induction de contractions utérines plus efficaces permet ainsi d'optimiser le travail.

De plus, l'eau chaude, à température du corps, soit 37°C, a un effet relaxant reconnu du fait de la diminution des hormones de stress et conduit à une plus grande élasticité des tissus réduisant ainsi la douleur induite par les contractions. Il permettrait également la diminution du nombre de traumatismes périnéaux et leur sévérité [19,20].

Finalement, l'immersion dans une eau à température du corps induisant une vasodilatation associerait une meilleure perfusion utérine et une meilleure oxygénation du fœtus [1].

4.2. Les risques qui peuvent être associés à un accouchement aquatique

A côté de ces aspects qui semblent positifs, de nombreuses préoccupations restent associées à cette pratique.

Tout d'abord, l'une des grandes préoccupations concernant le travail et l'accouchement dans l'eau concerne la température de l'eau. Celle-ci ne doit pas être trop chaude ; en effet, certains pensent qu'une eau chaude induisant une redistribution du flux sanguin conduirait à une moins bonne perfusion du placenta [7]. De plus, une eau trop chaude provoquerait une hyperthermie fœtale qui induirait une augmentation du métabolisme fœtal amenant à une tachycardie tentant de compenser la diminution de l'oxygénation du fœtus [5]. La température de l'eau de la baignoire ne doit surtout pas être trop basse non plus, car elle entraînerait une perte de chaleur maternelle puis une hypothermie à long terme [21]. Si l'enfant naît dans une eau froide, cela entraînerait une stimulation de la respiration, qui se ferait alors sous l'eau [22].

Dans de nombreuses publications, les auteurs expriment la crainte de la première inspiration du nouveau-né sous l'eau. En effet, il pourrait y avoir une défaillance du réflexe de plongée qui conduirait à une inhalation du liquide avant que le nouveau-né n'ait atteint la surface. Mais d'autres pensent, à l'inverse, que le nouveau-né ne peut pas respirer sous l'eau tant que ses poumons n'ont pas encore été en contact avec l'air, ce qui signifierait qu'il n'y a pas de risque d'inhalation d'eau [8].

Enfin, certaines études montrent aussi des déchirures de cordon ombilical lors de la sortie hors de l'eau du nouveau-né. Cela pourrait se produire lors d'une remontée brutale et rapide du nouveau-né à la surface [5].

Un des risques fréquemment évoqué également, concernant l'accouchement aquatique, est le risque infectieux. Ce risque infectieux peut affecter le versant maternel comme le versant fœtal. La femme comme le nouveau-né pourraient être contaminés par des germes déjà présents dans la baignoire ou alors le nouveau-né pourrait être contaminé par les différents fluides expulsés lors du travail et de l'accouchement [1]. S'ajoute à la présence de ces germes, le fait qu'ils soient dans l'eau chaude, accélérant la reproduction de ces différents organismes potentiellement infectieux [8].

La température chaude de l'eau de la baignoire induit donc une dilatation des vaisseaux. Certains auteurs pensent que les pertes sanguines maternelles après l'accouchement pourraient être plus importantes lors d'un accouchement aquatique [1].

Ces différents aspects négatifs du travail et de l'accouchement dans l'eau peuvent être évités s'il y a une supervision médicale appropriée [22].

5. La pratique côté sage-femme

Le souhait des sages-femmes est de répondre aux attentes des patientes. Certaines en font même une priorité, tout en respectant les règles de sécurité nécessaire à l'exercice de la profession.

Certaines sages-femmes estiment que les pratiques systématiques laissent peu de place aux patientes qui souhaitent s'investir pleinement et activement dans leur accouchement. C'est pourquoi elles souhaitent plutôt permettre des prises en charges personnalisées et respectant le confort, l'intimité et le souhait des patientes et des couples, sans pour autant remettre en cause la sécurité.

Respecter les attentes des patientes reste même une obligation exposée dans le code de déontologie de la sage-femme avec les articles R.4127-305 et 306 du code la santé publique.

Article R.4127-305 du code de la santé publique

La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant.

Article R.4127-306 du code de la santé publique

La sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit.

La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque la patiente est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent être prévenus et informés, sauf urgence, impossibilité ou lorsque la sage-femme peut légitimement supposer que cette information irait à l'encontre des intérêts de la patiente ou de l'enfant.

Les sages-femmes sont prêtes à proposer des alternatives dans la gestion de la douleur et dans la façon d'aborder l'accouchement. Une de ces alternatives a été l'accouchement aquatique pour la maternité située près d'Arcachon.

Malheureusement, il n'existe à ce jour aucune formation pour pratiquer ce type d'accouchement bien particulier. Dans la formation continue, cette pratique est également peu abordée voire méconnue, à moins d'avoir pu l'observer et la pratiquer lors des stages de formation clinique. Toutefois, une sage-femme dispose d'une formation théorique en obstétrique très complète de plus de 500 heures.

La formation clinique au cours des stages permet aux étudiants d'acquérir de nombreuses capacités. En effet, lors de la formation initiale, un étudiant réalise environ 1000 heures de stage en salle de naissance. Une sage-femme est une professionnelle spécialisée dans le suivi du travail et la réalisation d'accouchement entre autres. Il apparaît que les sages-femmes restent les professionnels les mieux placés pour assurer le suivi du travail et de l'accouchement physiologique, hors l'accouchement aquatique reste un accouchement physiologique. De ce fait, même si cette pratique reste différente,

une sage-femme reste apte à réaliser ces accouchements sans formation spécifique. La sage-femme est formée par ses pairs en pratique comme lors de la formation initiale. Elle devra également se former tout au long de sa carrière pour maintenir ses connaissances à jour, comme énoncé dans le code de déontologie des sages-femmes.

Article R.4127-304 du code de la santé publique

Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012

La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L.4153-1 et L.4153-2.

Dans le cadre de son exercice professionnel, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs.

Enfin, il ne s'agit pas vraiment d'une question d'accouchement dans l'eau, mais plutôt d'assurer la sécurité maximale pour chaque patiente quel que soit le type d'accouchement. Le rôle et la présence de la sage-femme restent nécessaires pour assurer cette sécurité. En effet, même si la patiente a accès à tout le matériel nécessaire pour la surveillance du travail, la sage-femme reste un professionnel indispensable pour l'accompagnement de la future mère, l'analyse de cette surveillance et dans la détection de toute pathologie. La sage-femme connaît la physiologie de la grossesse, du travail et de l'accouchement, ce qui permet de déceler l'apparition d'une pathologie. Les appareils à disposition participent à ce rôle mais ne remplacent aucunement une sage-femme.

Toutes les alternatives que les professionnels peuvent proposer doivent avoir pour priorité la sécurité du patient.

Méthode

Pour effectuer cette étude, une enquête qualitative a été réalisée. Il s'agit d'une technique d'enquête qui est peu répandue dans le domaine scientifique et en particulier dans le domaine de la santé. Pourtant, cette technique permet d'appréhender de nombreux faits sociaux, approche qui reste néanmoins importante dans la prise en charge d'une pathologie ou tout simplement lors d'un accompagnement. C'est pour cette raison que, dans un premier temps, cette approche sera présentée en détails ainsi que les techniques d'échantillonnage utilisées pour répondre à l'enquête, et enfin les techniques d'analyses seront expliquées.

1. Spécificité de la méthode

La recherche qualitative vise à comprendre les visions, les comportements et les actions des personnes quant à certains phénomènes. Cette perspective oblige les chercheurs à comprendre les phénomènes et non à chercher à les expliquer. La recherche qualitative se base sur des discours, des actions, des documents et non sur des chiffres. Elle traite des données qui sont justement difficilement quantifiables. La méthode qualitative ne se prive pas de l'étude de chiffres ou de statistiques à proprement parler, elle ne les place simplement pas dans la liste des priorités premières. Elle cherche plutôt à s'interroger sur la façon dont les individus interprètent et donnent un sens à des paroles ou des actes [23].

La méthode qualitative n'aborde pas la recherche de la même façon que pour une méthode quantitative. En effet, les résultats attendus sont beaucoup moins prévisibles pour une recherche qualitative que lors d'une recherche quantitative. Ce type de recherche qualitative implique effectivement un contact particulier avec les personnes interviewées que ce soit lors de la réalisation d'entretiens ou d'observations.

La méthode quantitative a une démarche explicative. Elle cherche à mettre en évidence des liens de causalité entre des phénomènes et leurs effets, à la différence de la méthode qualitative qui a une démarche compréhensive. Cette dernière recherche plus à donner un sens à un phénomène plutôt subjectif.

L'approche qualitative permet donc le recueil de données sur des phénomènes sociaux, des pratiques individuelles en respectant leurs cadres de référence [24]. Un chercheur peut avoir recours à cette approche pour différentes raisons : rechercher des besoins particuliers, pouvoir prendre une décision, améliorer des processus de fonctionnement, des protocoles, comprendre un phénomène, ou réaliser un état des lieux par exemple [24,25].

C'est par l'interaction directe avec les sujets de l'étude que la personne menant l'étude peut appréhender le phénomène étudié. C'est par différentes stratégies d'analyse que les chercheurs tentent de prouver la fiabilité de leurs résultats. Il s'agit là d'un processus de recherche dynamique qui oblige les chercheurs à une continuelle remise en question et à une adaptation nouvelle face à chaque phénomène étudié.

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour la recherche qualitative. Tout d'abord, il est possible de mener une enquête grâce à l'observation d'un processus ou d'un sujet et d'en analyser par la suite l'objectif et la signification des phénomènes observés. Pour une enquête de ce type, il est également possible de réaliser des collectes de données à partir de documents ou encore de questionnaires distribués aux sujets de l'étude. Enfin, la technique de l'entretien avec les sujets de l'étude peut être utilisée. Il s'agit de la technique choisie ici pour la réalisation de cette étude sur les pratiques professionnelles des sages-femmes quant à l'accouchement dans l'eau [23–25].

2. Méthode de recherche

2.1.L'entretien

L'enquête par entretien a semblé, ici, pertinente puisqu'elle permettra ensuite l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. L'entretien permet de répondre à un objectif, il est d'ailleurs souvent décrit comme « une conversation avec un objectif », et permet ainsi de comprendre l'orientation des acteurs dans leur choix.

Il existe différents types d'entretiens :

- *L'entretien directif ou structuré* : il se présente sous la forme d'un questionnaire réalisé oralement par l'enquêteur à l'enquêté. Il s'agit d'une succession de

questions posées et ne laissant pas la liberté à l'enquêté de développer ses réponses comme il le souhaite. La durée de ce type d'entretien doit être normalement limitée et le fil conducteur de l'entretien reste la thématique de l'enquête et ne s'en éloigne pas.

- *L'entretien semi-directif* : il se rapproche d'une conversation. C'est un intermédiaire entre un entretien directif et un entretien libre. Un thème est choisi ainsi que des sous-thèmes qui seront le guide de l'entretien. Pour chacun des sous-thèmes abordés, le sujet de l'enquête a la possibilité de développer ses réponses.
- *L'entretien libre ou non directif* : il se déroule comme une conversation. Il ne comporte aucune question, qu'elle soit libre ou fermée afin de ne pas orienter les propos de la personne enquêtée. Un thème est proposé par l'enquêteur, ainsi le sujet peut s'exprimer à sa guise. Si l'enquêteur intervient ; c'est seulement pour relancer la dynamique de l'entretien et simplement en répétant ou en reformulant la dernière phrase de l'enquêté, afin de demander des précisions. L'entretien n'a pas de durée limitée [24].

Pour cette étude, l'entretien libre a été choisi puisqu'il permet d'obtenir des réponses approfondies de la part des personnes enquêtées et d'aborder tous les thèmes souhaités même ceux auxquels l'enquêteur n'aurait pas pu penser. En effet, chaque perception, chaque ressenti est différent suivant les personnes interrogées. Même si l'enquêteur a précédemment tenté d'évoquer les résultats attendus, il est possible qu'un enquêté n'ait pas le même comportement face à une situation particulière. Comme la liberté de s'exprimer est totale dans ce genre d'entretien, les informations recueillies se veulent les plus complètes possibles.

Pour cette technique d'entretien, l'enquêteur définit donc un thème principal, une phrase qui sera le guide conducteur de l'entretien. Plusieurs thèmes secondaires doivent cependant être abordés lors de cet entretien. Il faut prévoir de rediriger ou de relancer l'entretien si la conversation se tarit et que tous les thèmes secondaires n'ont pas été abordés mais sans influencer la réponse de l'interlocuteur.

Avant de débiter cette enquête et de réaliser les entretiens avec les sages-femmes de la maternité concernée, celle-ci a été soumise à l'autorisation de la directrice de mémoire, de la sage-femme directrice de l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand, et de la sage-femme coordinatrice des soins en maïeutique du Centre Hospitalier.

Un enquêteur unique a mené l'ensemble des interviews. Les entretiens individuels ont été réalisés auprès des sages-femmes du Centre Hospitalier. Ces entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail pour des raisons pratiques, la prise de rendez-vous étant facilitée. Les sages-femmes interrogées ont été choisies de manière aléatoire en fonction de leur disponibilité sur leur temps de travail ou en dehors de leurs heures de travail ainsi que sur le mode du volontariat. La participation était basée sur le consentement implicite des interviewés après les avoir informés sur l'objet de l'étude.

Avant de débiter l'entretien, les praticiennes ont été informées du déroulement de l'entretien, de sa durée et du sujet abordé. Il leur a clairement été indiqué que le sujet traiterait de leur pratique en tant que sage-femme de l'accouchement aquatique. De plus, les modalités souhaitables pour permettre un entretien convivial et réactif ont été exposées. L'enregistrement des conversations a été réalisé afin de ne pas recourir à la prise de notes et faciliter par la suite le traitement des données. Il a également été précisé aux sages-femmes que l'ensemble des informations enregistrées seraient rendues anonymes et confidentielles.

Avant chaque entretien, afin d'établir les singularités des praticiennes, il leur a été demandé des renseignements généraux. Les questions portaient sur leur âge, leur année d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, et enfin de l'année à partir de laquelle elles ont débuté leur exercice dans cette maternité. Ces questions ont été posées hors enregistrement pour conserver l'anonymat. Ces questions ont permis d'établir un premier contact avec les praticiennes et de leur exposer l'objectif de l'enquête. Ensuite l'entretien a débuté par une seule et même question : « Pouvez-vous me parler de votre expérience globale de l'accouchement dans l'eau ? » [26].

Afin de collecter des données de qualité, l'interviewé doit être attentif à la formulation de la question, afin que sa réponse et la conversation soient la plus globale possible. Pour mener à bien ces entretiens, il est donc apparu important de ne jamais influencer les personnes par des questions qui auraient pu être posées ou par des relances. Il a parfois suffi de reformuler leur discours pour obtenir une réponse plus développée. Une attitude d'écoute d'empathie a été adoptée, sans jamais exprimer une opinion sur les réponses données [27].

Les sages-femmes ont pu s'exprimer sans jamais être interrompues. Quelques interventions ont donc été nécessaires de la part de l'enquêteur, afin de relancer la conversation et d'obtenir plus de précisions.

Pour permettre une analyse future qui sera la plus complète possible, un premier entretien sera réalisé puis retranscrit afin d'en faire ressortir les principaux thèmes. A partir de celui-ci, il conviendra de retrouver les mêmes thèmes dans les entretiens suivants.

2.2. Techniques d'échantillonnage

La technique d'échantillonnage pour une recherche qualitative est très différente de celle d'une recherche de type quantitative. En effet, pour un type de recherche tel que celui effectué ici, l'accent est porté sur la qualité de l'échantillonnage et non sur la quantité de sujets.

Pour la méthode qualitative, c'est le chercheur lui-même qui choisit les participants de l'étude pour l'apport potentiel que ceux-ci peuvent fournir au développement de notre théorie. Le but étant de donner une vision globale [28].

Dans ce type de recherche, le chercheur peut arrêter la collecte des données lorsqu'il a atteint, ce que l'on appelle le phénomène de saturation. Ce critère de saturation est une technique d'échantillonnage qui permet au chercheur d'éviter une perte de temps inutile à la recherche de nouvelles preuves. En effet, l'excès de données est jugé sans intérêt s'il n'apporte pas de nouveauté à l'étude. Ce phénomène de saturation peut être évoqué lorsqu'aucune nouvelle preuve n'est apportée à l'étude. De plus, d'un point de vue méthodologique, le critère de saturation autorise le chercheur à généraliser les résultats à l'ensemble de la population à laquelle appartient le groupe analysé [23,28].

Ainsi dans cette étude, les participants sont donc des sages-femmes de la maternité qui pratiquent l'accouchement aquatique. Les sages-femmes qui ne pratiquent pas ce type d'accouchement, ont été exclues de l'étude. En effet, il s'agit d'une analyse des pratiques professionnelles sur l'accouchement aquatique, ces dernières ne pratiquant pas ce type d'accouchement, il n'a pas semblé pertinent de les interroger dans un premier temps. Cette sélection permet, en effet, de n'avoir des entretiens qu'avec des sages-femmes

pouvant apporter des informations et des données ayant un intérêt pour notre étude. Les sages-femmes ont été recrutées sur leur lieu de travail.

Les entretiens ont été arrêtés lorsque le phénomène de saturation a été atteint, c'est-à-dire, suite à neuf entretiens.

2.3. Analyse du contenu des données

La personne menant une recherche qualitative à partir d'entretiens se trouve confrontée à une masse importante de données à la suite de ces derniers. Ces données sont organisées de façons différentes selon chaque entretien. En effet, l'entretien se déroulant comme une conversation, les interviewés s'expriment et organisent leur discours d'une manière qui leur est propre. Pour pouvoir les analyser, il faut utiliser une méthode rigoureuse, afin d'en extraire le contenu, le retranscrire et l'interpréter.

Les données recueillies lors des entretiens non-directifs ont été exploitées selon les techniques d'analyse du contenu. Il s'agit d'un ensemble d'instruments méthodologiques s'appliquant à des discours. Ce type d'analyse correspond à la transformation de données brutes selon des règles précises permettant un découpage, agrégation et dénombrement. Le but étant d'aboutir à une représentation du contenu susceptible d'éclairer l'analyse [23].

Pour cette étude, il a été choisi de traiter les données selon une analyse thématique. Ce type d'analyse a paru la plus adaptée aux objectifs de cette recherche. Le découpage des données a donc été réalisé au niveau sémantique, par des « thèmes ». Le but étant de repérer des thèmes émergents qui composent la communication.

L'analyse des données obtenues a été réalisée en quatre temps :

Dans un premier temps, la retranscription intégrale de l'ensemble des propos recueillis sur un support informatique a été faite. Afin d'être le plus objectif et le plus exhaustif possible, la discussion a été saisie mot pour mot, sans correction, ni reformulation. Les hésitations, les silences et les rires ont également été notés. Cette retranscription pousse le chercheur à la réflexion et constitue un procédé d'une grande importance dans l'analyse.

Ensuite, une analyse verticale des données retranscrites a été effectuée. Les entretiens ont été étudiés individuellement afin d'en retirer les thèmes abordés. Il rend compte de la singularité de chaque discours.

A la suite de cette analyse verticale, une analyse horizontale, cette fois, a été réalisée. Celle-ci permet, par recoupement, d'extraire les similitudes et les divergences par thèmes entre les discours.

Enfin, après avoir organisé les données par thèmes, le travail a été de reconstruire une réalité telle qu'elle est perçue. Pour cela, les données ont été interprétées sur la base de notre objectif de recherche.

3. L'étude

L'étude réalisée ici s'est déroulée à la maternité du centre hospitalier de la Teste de Buch. Cette étude a débuté le 24 juillet 2015 lorsque le premier entretien a été effectué, elle s'est terminée le 9 août lors du dernier entretien. La population concernée par cette étude est représentée par les sages-femmes de la maternité en activité au moment de l'étude et pratiquant les accouchements aquatiques.

La maternité de la Teste de Buch, proche de la ville d'Arcachon, réalise environ 1000 accouchements par an, dont une cinquantaine d'accouchement aquatiques. Cette pratique a été initiée par Mr Maubaret, obstétricien et chef du service en 1995. Vingt sages-femmes exercent actuellement dans le service.

Résultats

A partir des entretiens, des informations pertinentes ont été recueillies. Elles ont été analysées et synthétisées ci-après. Au cours des échanges avec les sages-femmes, le sujet de l'accouchement dans l'eau a été abordé dans son ensemble.

Ce travail avait pour intérêt d'analyser les pratiques et le ressenti des sages-femmes quant à la pratique de l'accouchement dans l'eau.

Cette partie « résultats » a été écrite avec une partie générale décrivant l'échantillon. Ensuite le profil des sages-femmes a été rapidement présenté ainsi que les détails spécifiques de l'enquête.

1. Description de l'échantillon

Les entretiens ont été effectués entre le 24 juillet 2015 et le 9 août 2015. En tout, neuf entretiens ont été réalisés afin d'atteindre le principe de saturation des données, neuf sages-femmes ont donc été sollicitées.

Toutes les sages-femmes ont accepté de participer à cette étude.

Les entretiens ont duré de 15 minutes 23 secondes à 25 minutes 25 secondes. L'ensemble des entretiens représente 3 heures 14 minutes et 1 seconde d'enregistrement audio, soit cinquante pages de retranscription.

Le profil des sages-femmes interrogées est assez varié, contribuant à la diversification de notre échantillon. L'âge des sages-femmes variait de vingt-neuf à soixante-deux ans. Elles étaient toutes de nationalité française. La durée d'exercice variait entre quatre et trente-huit ans. Elles exercent dans cette maternité depuis 1990, pour la sage-femme qui travaille à la Teste-de-Buch depuis la plus longue durée, et depuis 2012, pour la dernière sage-femme arrivée ici. Cette expérience dans cette maternité ne correspond pas cependant pas à l'année du diplôme. En effet, la sage-femme travaillant dans le service depuis 1990 n'est pas la sage-femme la plus ancienne du service. Cela ne signifie donc pas que la sage-femme la plus expérimentée concernant l'accouchement dans l'eau est la sage-femme la plus ancienne.

L'ensemble des sages-femmes interrogées réalisent des accouchements aquatiques. Trois des sages-femmes qui ont été entretenues participent à la gymnastique prénatale aquatique suite à une formation spécifique [29]. S'ajoute à ce type de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), des séances de préparation classique, des consultations d'ostéopathie et d'haptonomie organisées par la maternité et réalisées par des sages-femmes.

Pour une question pratique, les noms des sages-femmes n'étant pas cités, un numéro leur sera attribué en fonction de l'ordre de réalisation de l'entretien. Lorsque que chaque sage-femme sera citée, ce sera de SF1 à SF9.

2. Données de l'analyse

2.1. La perception des sages-femmes lors de leur arrivée dans cette maternité

Après analyse des données, la connaissance ou non de la pratique de l'accouchement aquatique dans la maternité par les sages-femmes a été décrite. Certaines des sages-femmes (SF 2-3-4-6-8) avaient connaissance de cette pratique avant de travailler au sein de la maternité. Pour la SF4, cela a même été un critère pour postuler dans le service. Au contraire, pour les autres sages-femmes (SF 1-5-7-8), elles n'avaient pas eu connaissance de cette pratique et ne l'ont appris que lorsqu'elles ont commencé à exercer à l'hôpital de La Teste.

En apprenant que l'accouchement dans l'eau se pratiquait dans la maternité où elles exerçaient, les sages-femmes ont eu différentes réactions. Certaines ont réagi de manière positive. SF1 était « *curieuse* », « *émerveillée* », il lui a fallu « *être ouverte* » et réapprendre une autre façon d'exercer, comme l'a également exprimé SF9. SF2 était « *prête à connaître de nouvelles expériences* ». SF3 était présente lors de la mise en place de ce type d'accouchement en 1995, de la même façon que le chef de service qui a souhaité instaurer cette pratique. Elle s'est dit, « *on avait parlé de balnéothérapie et puis après on avait dit, bon, pourquoi pas les accouchements dans l'eau* ». SF6 reste neutre sur le choix de sa pratique, elle se dit « *moi je sais pas, je suis pas particulièrement pour, je suis pas particulièrement contre, mais c'est proposé au menu* ». A l'inverse, les SF5 et SF7 estiment que « *il y a pleins de dames qui viennent accoucher dans l'eau, donc t'es*

obligé de te former, après moi ça m'attirait. Je pense qu'on subit toutes le truc ». SF5 estime même que cela lui a été imposé, tout comme SF8 qui n'en ferait pas si cela ne tenait qu'à elle, même si elle savait que l'accouchement dans l'eau se pratiquait en postulant. SF9 considère tout de même avoir « *la possibilité de dire non, [...] j'ai l'impression d'avoir cette liberté-là* » même si personne ne lui a demandé si elle souhaitait ou non pratiquer ce genre d'accouchement.

2.2.La formation des sages-femmes à l'accouchement aquatique

2.2.1. Formation

Pour l'ensemble des sages-femmes, la formation s'est effectuée en pratique, grâce à l'aide des collègues disponibles lorsqu'une patiente souhaitait accoucher dans l'eau. Toutes les sages-femmes soulignent qu'elles n'ont pas eu de formation préalable. Pour la SF9, qui a appris que se pratiquait les accouchements aquatiques lorsqu'une patiente en a exprimé le souhait, sa collègue sage-femme lui a brièvement expliqué quoi faire, « *elle me décrit d'ailleurs assez peu le moment où il sort de l'eau, mais elle est restée avec moi* ». La plupart des praticiennes (SF1-2-4-5-6) racontent qu'elles se sont formées en binôme, SF4 explique que « *l'idée, c'était de se former avec des anciennes qui avaient vraiment l'habitude de pratiquer* ». SF8 avait réalisé des stages dans le service en tant qu'étudiante et avait donc pu observer et pratiquer des accouchements aquatiques lors de sa formation initiale.

SF5 raconte, « *tu te formais un peu toute seule, t'écoute un peu ce qu'on te dit à droite et à gauche* ». De ce fait, elle a pu faire des erreurs dans la prise en charge de ces patientes souhaitant un accouchement aquatique, « *au début j'ai mis vachement de patientes trop tôt dans l'eau quoi, qui arrivaient pas à tenir jusqu'au bout du coup. Et un jour, on m'a dit « ah non, on les met que à partir de six », ah d'accord !* », tout comme SF9 qui confie « *j'ai fait une ou deux boulettes (rire), en les mettant plus tôt* ».

2.2.2. Documentation des sages-femmes sur la pratique

Peu des sages-femmes interrogées se sont documentées sur le sujet de l'accouchement aquatique. Seules les SF1 et SF5 ont pu lire des mémoires et des thèses sur le sujet pour améliorer leur pratique et leurs connaissances. SF5 exprime que malgré tout « *il faudrait que quelqu'un te forme vraiment* ».

SF3, présente lors de la mise en place des premiers accouchements aquatiques, explique que le chef du service de l'époque, ainsi que la surveillante, sont partis en Belgique pour se former et se documenter, ainsi que dans d'autres maternités en France où cela se pratiquait. En revenant, SF3 relate « *ils nous ont montré des films en fait, qu'ils avaient ramené de Ostende* », « *on nous avait bien donné toutes les directives* ».

2.3. La pratique des accouchements aquatiques

2.3.1. Le protocole

Depuis peu de temps, un protocole a été instauré concernant l'accouchement aquatique.

SF4 explique que, pour réaliser ce protocole, ils se sont inspirés de protocoles déjà mis en place dans d'autres maternités, notamment de ceux de Belgique, où l'accouchement dans l'eau est une pratique beaucoup plus courante qu'en France. Elle indique que le protocole qui encadre la réalisation des accouchements aquatiques demeure également d'une certaine souplesse, puisqu'il comporte des contre-indications certes absolues mais aussi relatives. Ces contre-indications relatives restent à l'appréciation de la sage-femme. Elles sont selon la sage-femme, le médecin de garde ou encore l'activité en salle d'accouchement.

SF5 et SF7 déclarent que le protocole est une « *nouveauté* ». SF7 était gênée du fait de ne pas avoir d'encadrement quant aux patientes qui pouvaient ou non aller dans l'eau pour accoucher. Elle précise que ce dernier permet de cadrer les patientes souhaitant accoucher dans l'eau. SF5 précise « *Mais oui, c'était ça au départ qui était gênant [...] on te disait pas, aucune conduite à tenir spéciale* ».

SF9 quant à elle, avance « *le protocole qu'on a fait, il tient la route* ».

Malgré l'instauration de ce protocole, les sages-femmes conservent des critères d'exclusions qui leur sont propres. Plusieurs sages-femmes, SF1 et SF2, évoquent un critère d'exclusion personnel récurrent : les femmes qui peuvent être « *indisciplinées* », « *agitées* ». SF9 explique « *ça dépend aussi le contact qu'on a avec la patiente, ça dépend la confiance que la patiente, elle, peut avoir en nous et nous en elle* », de la même façon, SF6 évoque « *il faut forcément qu'elle soit coopérante, forcément* ».

Les anomalies du rythme cardiaque fœtal, une obésité, même non morbide, ainsi qu'une impression de bébé macrosome, même non avérée, restent des contre-indications pour les SF2-6-7-8-9. Le liquide teinté est un critère qui n'est pas une contre-indication pour toutes les sages-femmes. En effet, il est une contre-indication à l'accouchement dans l'eau pour SF2 et SF8, mais devient une indication à l'accouchement dans l'eau pour SF6 qui l'argumente : « *le liquide amniotique, bizarrement, un liquide amniotique teinté pour moi, c'est une excellente indication pour l'accouchement dans l'eau, parce qu'il y a pas d'inhalation, il respire pas à la sortie ! Il respire pas à la sortie, il peut pas inhaler son liquide puisqu'il y a dilution* », en précisant évidemment qu'il n'y ait pas d'anomalie du rythme cardiaque du fœtus. De plus, elle ne comprend pas pourquoi le déclenchement reste une contre-indication à ce type d'accouchement, pour elle, une fois que le travail a démarré il devient un travail comme un autre.

2.3.2. Les anciennes pratiques

En évoquant leur pratique de l'accouchement aquatique, les sages-femmes ont pu souvent parler de leurs débuts dans cette pratique. Certaines des sages-femmes étaient présentes lors de la mise en place des accouchements aquatiques à la maternité. Elles expliquent comment cela se passait à cette époque.

SF1 animait des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, au cours desquelles elle évoquait la possibilité d'accoucher dans l'eau. Elle répondait aux questions des futures mères et pouvait parfois y passer presque une séance entière. SF1 décrit ensuite que lorsque les sages-femmes avaient un souci lors d'une expulsion dans

l'eau, elles pouvaient appeler le médecin de garde, dont celui qui était à l'origine de cette initiative. Ce médecin réalisait même des extractions instrumentales dans la baignoire. Elle expose que le fait que cette initiative soit lancée par un médecin, qui a été par la suite le chef du service, était « *confortable* » pour les sages-femmes.

SF2 raconte qu'en plus de trente ans de carrière, elle n'avait jamais vu d'accouchement dans l'eau. Elle n'a connu cette pratique qu'en arrivant dans cette maternité, « *ça fait plus de trente ans que je travaille, et en fait, je n'avais jamais vu d'accouchement dans l'eau, je n'avais pas eu de formation pour faire un accouchement dans l'eau* ».

SF3 témoigne de l'installation et de la mise en place de la baignoire et des accouchements aquatiques. Elle explique qu'avant 1995, seule la balnéothérapie était proposée aux parturientes. Lorsque les futures mères profitaient de la baignoire, il n'y avait pas de surveillance du rythme cardiaque fœtal, « *c'est pour ça qu'après on a investi dans une télémétrie* ». Dès que la pratique a été initiée, SF3 raconte qu'au moindre problème, les sages-femmes avaient pour consignes de sortir les patientes de la baignoire. Ils mettaient d'ailleurs peu de primipares dans la baignoire pour accoucher dans l'eau.

En début de carrière, SF4 mettait beaucoup de patientes dans l'eau. Elle trouvait en effet, qu'il s'agissait d'une bonne alternative en début de travail lorsque les patientes ne souhaitaient pas de médicaments. Certaines des patientes qu'elle accompagnait, accouchaient dans l'eau du fait que le travail s'accélérait et que les patientes ne voulaient pas sortir de la baignoire. Elle a d'ailleurs choisit de venir travailler dans cette maternité pour cette raison.

SF6 raconte, tout comme SF1, que le chef de service se déplaçait pour faire les accouchements quand cela était nécessaire, ou pour superviser. Il réalisait les extractions instrumentales, telles que les ventouses, dans l'eau. La baignoire était différente de celle qui se trouve actuellement à la maternité. Il s'agissait d'une baignoire sur vérins. Même si les dimensions étaient plus réduites, et que les femmes ne pouvaient pas trop se mobiliser, les sages-femmes avaient la possibilité de bouger la hauteur de la baignoire, suivant leur taille. Les sages-femmes mettaient des sels marins dans l'eau pour détendre les parturientes. Cette pratique a, cependant, été rapidement abandonnée du fait du manque de mesure d'hygiène concernant ces sels marins. Enfin, concernant la pratique de la délivrance, la délivrance dirigée ne se pratiquait pas du fait de l'absence de

recommandation. Lors des accouchements aquatiques, ils attendaient que la baignoire se vide une fois l'accouchement terminé, et le médecin pensait que lorsque l'eau se vidait de la baignoire, il y avait un phénomène d'aspiration et de dépression qui activait la délivrance.

SF7 reprend le discours des SF1 et SF6, la pratique était validée par l'ancien chef, qui pratiquait des manœuvres dans l'eau. Avant la mise en place du protocole actuel, SF7 explique que pour mettre dans la baignoire des parturientes qui souhaitaient accoucher dans l'eau, c'était à l'appréciation personnelle, *« ça c'est une première chose moi qui m'a beaucoup gêné au départ, puisque voilà, j'avais du mal à évaluer ou à exclure des mamans pour ce type d'accouchement »*.

2.3.3. La pratique actuelle de l'accouchement aquatique

La pratique a évolué ces dernières années, notamment avec la mise en place de la télémétrie, de l'obligation d'un cathéter obturé et de la réalisation du protocole. A l'occasion des entretiens avec les sages-femmes qui pratiquent les accouchements aquatiques, celles-ci ont évoqué à de nombreuses reprises les différentes habitudes et procédés actuels concernant ces accouchements.

- Comment la sage-femme aborde-t-elle le sujet avec la patiente?

Chacune aborde le sujet différemment. En effet, quand une future mère arrive à la maternité et qu'il est, pour elle, le moment de donner naissance à son enfant, chaque sage-femme n'aborde pas de la même manière le moment de la naissance et du choix de la mère.

SF1, par exemple, ne demande jamais directement si la patiente souhaite une anesthésie péridurale. Elle aborde le sujet en leur demandant si elles ont réfléchi à la naissance qu'elles souhaitaient, si elles ont éventuellement un projet de naissance. De plus, si les futures mères évoquent ce souhait d'accouchement dans l'eau, elle leur explique qu'il y a quand même un risque si le bébé sort de l'eau au moment de l'expulsion.

Il faut absolument que les patientes coopèrent. Par ailleurs, il lui arrive de suggérer à certaines patientes, qui n'y avaient peut-être pas pensées, d'aller dans l'eau.

SF2 ne met les patientes dans l'eau que si le désir vient directement d'elles, la proposition ne vient jamais de son côté.

SF3 explique aux futures mères souhaitant un accouchement aquatique, qu'elles doivent accepter de sortir au moindre souci.

SF4 le présente aux femmes comme un accouchement respectueux de la physiologie mais tout en ayant une sécurité assurée. Si tel est le souhait de la patiente, elle fait, dans un premier temps, le point sur le dossier général et obstétrical de la patiente. Elle analyse les contre-indications possibles, le contexte de la salle d'accouchement, et également son ressenti par rapport à cet accouchement et *« sur ton sentiment à toi aussi après c'est un peu du feeling, du ressenti, est-ce que tu sens que ça va bien se passer, qu'elle va bien gérer, que le travail va évoluer favorablement »*.

De la même façon, si les patientes expriment le souhait d'aller dans l'eau, SF7 leur explique qu'il ne faut pas y aller trop tôt si elles désirent aller jusqu'à l'accouchement.

SF8 n'aborde pas le sujet de l'accouchement dans l'eau si les patientes ne le font pas, *« je leur dis « il y a la balnéothérapie et aller dans l'eau », je leur parle pas forcément de l'accouchement »*.

Et enfin SF9, expliquent à ces femmes qui souhaitent aller dans l'eau, qu'il s'agit d'un outil, et qu'une fois qu'elles seront dans la baignoire, elles verront si cela leur convient. Certaines femmes enceintes appellent la maternité pour avoir des renseignements à propos de ce type d'accouchement. Lorsque SF9 leur répond, elle met surtout en avant la sécurité, qui doit être respectée malgré un accouchement différent d'une naissance classique.

- Le matériel

Concernant le matériel de la maternité nécessaire à l'accouchement, l'élément principal reste la baignoire. La plupart des sages-femmes interrogées, SF2-3-4-5-6-7-8, évoquent le fait d'être mal installées. Même si ces sages-femmes sont conscientes que le

confort des patientes passe avant le leur, elles estiment néanmoins que pour assurer une sécurité maximum, elles se doivent d'être bien installées pour exercer de leur mieux.

En d'autres termes, SF2 décrit que la baignoire est très profonde, trop s'il y a des manœuvres à effectuer, pour elle, « *c'est vrai que la baignoire que l'on a là, elle est peut-être pas très très pratique* ».

SF3, qui pratique des accouchements aquatique depuis de nombreuses années, reprend « *on n'est pas forcément bien installé parce qu'on est vraiment penché en avant, on a de l'eau jusqu'à l'épaule* ».

SF4 développe un peu plus : « *En technique pour nous, c'est compliqué. C'est compliqué du fait de notre baignoire, on plonge [...] on n'a pas un accès visuel sur le périnée vraiment transcendant, du coup dans ce sens-là, je sais pas si on peut être vraiment optimum sur la protection du périnée.* », « *on est vraiment à bout de bras, plongé dans la baignoire, trempé généralement et voilà, c'est pas pratique mais bon voilà, on n'est pas là pour que ça soit pratique pour nous, il faut que ça soit bien pour elles* », « *à l'accouchement c'est compliqué pour abaisser les épaules* ».

De même, SF8 révèle être mal positionnée, « *je suis pas à l'aise dans le sens où, par rapport à me positionner dans la baignoire je me trouve trop petite, je suis pas du tout justement sur la maîtrise de la tête, je vois pas du tout, je me mets de l'eau [...] partout, ça me fais mal au dos* »

SF5 et SF7 restent vague quant à cet aspect, elles racontent seulement qu'elles sont « *mal installé* » ou « *positionné* » et SF5 précise même qu'elle ne « *voit rien* ».

Finalement, SF6 n'est pas aussi catégorique que ses collègues, elle raconte sur le ton de la rigolade « *ce modèle de baignoire, qui est... différent (rire)* ».

Mise à part la baignoire, au niveau du matériel, SF3 rapporte la présence d'un Combitrac au-dessus de la baignoire, permettant ainsi aux parturientes de se mobiliser durant la phase de travail.

Enfin, deux des praticiennes interviewées, SF5 et SF9, ont évoqué l'existence d'une sonnette ou bouton d'urgence dans la salle d'accouchement où se trouve la baignoire. En effet, il ne s'agit pas là d'une sonnette classique, mais bien d'un bouton indiquant une

urgence dans la salle, permettant au personnel proche de pouvoir venir rapidement en cas de problème. Ce bouton n'est présent que dans cette salle.

- Les différentes habitudes des sages-femmes

Bien qu'un protocole soit en place pour encadrer la pratique, les sages-femmes conservent chacune leurs habitudes lorsqu'elles pratiquent un accouchement aquatique.

SF1 raconte qu'elle utilise le bain en alternance avec techniques, les patientes peuvent donc en sortir puis y revenir par la suite. Elle utilise parfois même le protoxyde d'azote lorsque les femmes sont dans l'eau, avec une surveillance rapprochée. Elle révèle qu'elle n'a pas de délais maximum pour laisser les patientes dans l'eau. Mais par contre, si les efforts expulsifs sont longs, SF1 fait sortir la future mère de l'eau pour que l'expulsion soit sur la table d'accouchement. De plus, comme plusieurs sages-femmes le reprennent, SF1 essaie de mettre les patientes qui souhaitent accoucher dans l'eau plutôt en deuxième phase de travail, c'est-à-dire une fois que la patiente est à une dilatation de cinq centimètre au moins. Elle signale enfin que si la présence du médecin est nécessaire, à ce moment-là, la dame sera déjà hors de l'eau.

SF2, comme SF1, « *au niveau [...] de la dilation, je ne mets jamais les patientes dans l'eau très tôt parce que l'expérience montre que si on les met en début, pour moi, en début de travail, il y a vraiment un relâchement du corps, elles sont vraiment très détendues et il y a une mauvaise dynamique utérine* ». Concernant la pratique de l'accouchement en lui-même, elle rapporte que si l'expulsion est longue, avant de faire sortir la patiente de l'eau, elle essaie de mobiliser la patiente, de lui faire changer de position. SF2 invite la maman à prendre son enfant lors de l'expulsion. Elle précise cependant qu'il faut que le bébé sorte de l'eau le dos en l'air, pour ne pas qu'il inspire d'eau lors de son premier cri. Ensuite, pour la délivrance, SF2 ne la pratique jamais dans l'eau, pour cela, elle confie le nouveau-né à son père pendant que SF2 fait sortir la mère de la baignoire. Elle pratique la délivrance dirigée même lors d'un accouchement aquatique. Par contre, SF2 confie, « *j'aurais tendance à mettre du synto systématiquement après* », pour éviter tout saignement. Elle révèle qu'elle ne met dans l'eau que les patientes souhaitant un accouchement aquatique, parce qu'il n'y a qu'une seule baignoire. Enfin, pour assurer une sécurité maximum, elle demande qu'une collègue sage-femme soit à proximité

pendant les efforts expulsifs. Elle sort, de toute façon, la patiente au moindre souci, même s'il s'agit seulement d'une impression clinique défavorable.

SF3 qui est présente dans la maternité de La Teste-de-Buch depuis de nombreuses années, fonctionne un peu différemment. En effet, elle explique qu'elle ne met que très peu les mains dans l'eau lors de l'expulsion pour voir l'avancée de la tête. Elle se fie vraiment à son ressenti et au toucher lorsqu'elle réalise un examen vaginal. Elle raconte que si elle met une dame dans l'eau après cinq centimètres de dilatation, elle ne sort presque plus de la pièce. Elle déclare que ce type d'accompagnement demande beaucoup de surveillance et donc de présence et d'investissement. Lors des efforts expulsifs, elle prépare le lit et la table d'accouchement de façon à ce qu'ils soient proches de la baignoire, pour qu'au moindre problème, s'il faut sortir la dame de la baignoire, elle perde le moins de temps possible.

SF4 témoigne que les accouchements aquatiques demandent de la disponibilité. Si la salle d'accouchement est pleine, elle pense que ce type d'accompagnement ne peut pas se faire. Elle s'explique : *« ça nous demande une super disponibilité, et tu peux pas le faire si tu as la salle d'accouchement qui est pleine, si tu peux pas être avec la patiente, la surveiller, surveiller qu'elle fasse pas de malaise dans l'eau, surveiller la température de l'eau, surveiller ton tracé », « Donc il faut vraiment une disponibilité pour assurer la surveillance », « c'est quand même cadré, on leur explique qu'elles ont le cathéter, qu'elles ont la surveillance du monitoring », « Ok, c'est respectueux de la physiologie et elles sont dans un cocon un peu plus sympa avec la musique et lumières tamisées et leur mari, et on est un peu moins présentes, mais malgré tout, la sécurité est assurée ».* Lors de la naissance, elle apporte elle aussi la table d'accouchement à proximité de la baignoire. Une fois le bébé né, elle raconte qu'il faut le sécher rapidement pour qu'il ne se refroidisse pas, il faut vider l'eau de la baignoire, faire la délivrance dirigée et avancer la table pour la sortie. Elle confie que cette transition eau/table est compliquée : il n'y a pas de porte dans cette baignoire, la mère doit donc l'enjamber avec le cordon entre les jambes, et avec ce risque de glisser.

SF5, comme ses collègues, préfère attendre que la dilatation du col des patientes soit au moins de cinq ou six centimètres avant de pouvoir les mettre dans la baignoire. Concernant les examens vaginaux, étant donné qu'elle a un problème à une épaule, ces

examens dans l'eau restent difficiles pour elle. Enfin, SF5 reprend comme SF3 et SF4, qu'elle amène le lit à côté de la baignoire.

Pour tout accouchement dans l'eau, SF6 s'assure de trois sécurités : premièrement, elle s'assure de la coopération de la parturiente. Ensuite, il faut que la femme soit bien au fond de la baignoire lors des efforts expulsifs, pour que l'enfant n'ait pas de réflexe d'inspiration si jamais il se retrouve en contact avec l'air. Et enfin, il faut que la patiente puisse attraper ses genoux lors des efforts pour parer à l'éventualité d'une dystocie des épaules. En ce qui concerne la délivrance, elle effectue une délivrance dirigée comme ses collègues, mais à la différence de ses pairs, elle laisse la mère dans la baignoire et commence à vider la baignoire. Si les signes de la délivrance sont présents, elle peut effectuer la délivrance dans la baignoire sur un bassin. Sinon, elle fait sortir la dame de la baignoire avec une protection entre les jambes, elle raconte avec humour, « *c'est ce que je leur dis, c'est le moment non glamour de l'accouchement dans l'eau* ».

SF7, quant à elle, indique qu'en réalité, l'accouchement dans l'eau reste peu différent d'un accouchement sur table sans péridurale. Elle laisse beaucoup faire les patientes, elle les laisse se mobiliser comme elles le souhaitent. Pour les efforts expulsifs, néanmoins, elle préfère qu'elles soient en position semi-assise. En général, elle se donne deux heures pour que les patientes restent dans l'eau, elle ne fait donc entrer les dames que lorsque la dilatation du col est de huit centimètres, plutôt en fin de travail. Elle reprend, comme SF2 et SF4, qu'elle confie l'enfant au papa pour que la mère puisse sortir et que la délivrance, qui aura été dirigée, se fasse sur la table d'accouchement. Finalement, SF7 révèle que, comme SF1, si elle a besoin d'appeler le médecin pour le moindre problème lors d'un accouchement dans l'eau, elle aura fait sortir la dame de l'eau avant son arrivée.

SF8 reste brève quant à ses propos sur l'accouchement aquatique. Elle précise qu'elle appelle une collègue sage-femme, comme SF2, lors des efforts expulsifs pour qu'elle soit à proximité s'il venait à y avoir un problème. Elle affirme qu'elle sort rapidement les femmes de l'eau si la dilatation du col ne se fait pas de manière harmonieuse ou si un problème se présente. Elle effectue la délivrance dirigée sur la table. Elle confie que dans les trois à cinq minutes qui suivent la naissance, la mère comme son enfant sont séchés et sortis de l'eau.

Enfin, SF9 indique, comme plusieurs sages-femmes interrogées, qu'elle attend la deuxième phase du travail, c'est-à-dire après cinq centimètres de dilatation, pour que les

patientes puissent aller dans l'eau. De même, elle prévient également une collègue lorsqu'elle débute les efforts expulsifs même si elle confie « [...] j'ai tendance à prévenir. *Ca me gêne, je sais pas pourquoi, ça me gêne de devoir demander de l'aide pour un accouchement* ». Par contre, elle raconte, que la sortie de la mère de la baignoire reste une séparation mère-enfant alors que l'accouchement vient seulement de se terminer. Elle estime que cette séparation est aux antipodes de l'accueil du bébé dans la sérénité, « *Moi ce moment-là, je m'y fais pas* ».

2.3.4. Evolution de la pratique

SF4 reste la seule à évoquer l'évolution de la pratique des accouchements aquatiques. Il lui semble que le nombre de ces accouchements à tendance à diminuer. Elle se questionne quant à cette tendance « *est-ce que les patientes finalement, elles ont plus de péridurale, est-ce qu'elles sont moins préparées [...] à autre chose* ». Elle indique d'ailleurs qu'à son arrivée, ses collègues réalisaient « *pas mal* » d'accouchements aquatiques, « *peut-être plus que maintenant je pense* ». Pour se rendre compte de l'évolution de la pratique, elle réalise avec l'aide d'une autre collègue sage-femme et d'un qualicien, une étude. L'objectif de l'étude étant « *se rendre compte vraiment des chiffres, savoir vraiment la proportion de patientes qui voulaient réellement accoucher dans l'eau, celles qui, au final accouchaient dans l'eau, est-ce qu'on s'en servait plus en dilatation* ».

2.4. Les complications rencontrées lors d'accouchements aquatiques

Lors de la réalisation d'accouchements aquatiques, certaines sages-femmes ont dû faire face à des complications.

L'une des principales complications évoquée reste la dystocie des épaules. La plupart des sages-femmes n'ont pas fait face à de réelles dystocies mais à des difficultés au passage des épaules. Comme se souviennent les SF1-2-3-4-6-7 et SF9, les légères difficultés lors du passage des épaules du nouveau-né se sont toutes résorbées avec de simples manœuvres, telles que l'hyper flexion des cuisses et la pression sus-pubienne, encore appelée manœuvre de Mac Roberts. Toutefois, SF5 a dû affronter une réelle

dystocie des épaules dans la baignoire. Il lui a été impossible de faire la manœuvre de Mac Roberts. Comme le soulignent plusieurs sages-femmes, dans l'eau, la baignoire étant profonde, lorsqu'une pression sus-pubienne est nécessaire, la dame s'enfonce au fond de la baignoire et la manœuvre n'est que peu efficace voire totalement inefficace, comme cela a pu être le cas pour la SF5. Par ailleurs, en voulant défléchir la tête du bébé pour décoincer une épaule, la patiente qui flottant dans l'eau s'est retrouvée le périnée hors de l'eau. Hors, sachant qu'une fois la tête sortie hors de l'eau le bébé pouvait avoir pris une inspiration, sa crainte a été qu'en replongeant la tête au fond de la baignoire, l'enfant inhale de l'eau. Elle a donc essayé de sortir la dame de l'eau en urgence. Celle-ci ayant compris qu'il se passait quelque chose, a perdu ses moyens. La SF5 s'est retrouvée avec une patiente qui n'était plus dans la coopération mais dans la crainte. SF5 a demandé l'aide du père et ils ont porté la patiente avec la tête du bébé entre les jambes, jusqu'à la table d'accouchement. SF5 exprime ses sentiments « *Donc du coup, on l'a sorti, je t'assure, j'ai eu, en fait franchement j'ai eu peur, je me suis dit on va faire la fracture du crâne parce que c'est pas des baignoires qui s'ouvrent, il y a pas de portes, donc il fallait soulever la dame, tu vois, fin je veux dire, elle avait la tête entre les jambes* ». Enfin, sur la table d'accouchement, SF5 a réalisé une manœuvre de Jacquemier en allant chercher l'épaule postérieure. Heureusement, l'enfant a vite récupéré en considérant le traumatisme. Même si aujourd'hui tout le monde va bien, cette histoire restera ancrée dans l'histoire et la carrière de la SF5, qui reste encore maintenant en contact avec les parents qui ont dû suivre une thérapie pour se remettre de cet évènement.

Deux des sages-femmes interrogées, SF1 et SF7, ont également expliqué qu'elles ont eu à effectuer des épisiotomies dans la baignoire lors de la phase d'expulsion. Toutes les deux évoquent le fait que ce geste, réalisé dans de telles conditions, n'était absolument pas confortable. SF1 s'est d'ailleurs promis de ne jamais le refaire, « *pour moi, l'accouchement aquatique c'est, ça doit être, un accouchement physiologique* ».

SF1 raconte que lorsqu'elle doit faire face à des circulaires du cordon, plus spécialement des circulaires serrés où il est nécessaire de clamper et couper le cordon à la vulve, il s'agit d'un acte qui n'est « *pas confortable* » à exécuter dans l'eau. De même, SF7 assure que lorsqu'il y a un circulaire, pour clamper et couper le cordon, il s'agit d'un acte plus difficile à effectuer dans la baignoire que sur une table d'accouchement classique.

2.5. Les parturientes

2.5.1. Préparation pour ce type d'accouchement

Dans les entretiens réalisés avec les sages-femmes, celles-ci évoquent plusieurs fois la préparation parturientes en général. SF1 explique que les femmes qui souhaitent accoucher dans l'eau et à la maternité de la Teste en particulier, se renseignent beaucoup. Dans un premier temps, les femmes téléphonent à la maternité pour avoir de plus amples explications sur le déroulement de ce type d'accouchement. Elle explique ensuite qu'elles se documentent. SF3 reprend très bien cette notion en décrivant que les femmes qu'elle accompagne se renseignent notamment sur internet, en regardant des vidéos, ou simplement en venant voir comment se présente la baignoire.

Une grande partie des sages-femmes interrogées, SF1-2-3-4, témoignent que ces femmes qui souhaitent accoucher dans l'eau viennent de très loin spécifiquement pour pouvoir être accompagnée dans cet accouchement particulier. En ce sens, SF4 énonce que *«L'accouchement dans l'eau tu vois, pour moi, je le vois plus vraiment comme euh, la cerise sur le gâteau, ça ne doit pas être une fin en soi. C'est un peu ce qui me gêne chez certaines patientes qui viennent de loin pour accoucher»*. SF9 reprend une nouvelle fois cette idée *«C'est la cerise sur le gâteau l'accouchement aquatique mais c'est pas un but en soi. On peut pas arriver et dire «je veux accoucher dans l'eau», parce qu'on sait pas comment on va réagir, on sait pas comment bébé va réagir aux contractions, on sait pas ce qu'on aura envie»* et elle pense même que *«être trop formaté à vouloir à tout prix accoucher dans l'eau, c'est forcément aller droit dans le mur»*.

Pour éviter ce genre de désillusion des futures mères, SF4 leur conseille de bien réfléchir à ce projet quand elles prennent contact, elle les invite à venir en préparation à la piscine, même si cela ne reste pas une préparation spécifique à l'accouchement aquatique, comme souligne SF3. Ce type de préparation que pratique SF3 et SF4, permet aux femmes d'appréhender le milieu aquatique, de se mobiliser, et de se rendre compte des sensations perçues dans ce milieu singulier. SF3 travaille la respiration avec les femmes, et, si certaines le souhaitent, elle leur fait part du déroulement d'un

accouchement aquatique. Elle montre également les différentes positions que les futures mamans peuvent éventuellement prendre dans la baignoire.

Par contre, SF4 développe que celles qui vont dans l'eau, même ne serait-ce que pour la balnéothérapie pendant la phase de dilatation du col, sont vraiment des femmes qui y ont pensé pendant leur grossesse. Cela ne vient pas spontanément, pour la plupart des parturientes, si elles n'y ont pas pensé pendant leur grossesse. Beaucoup ne voient d'ailleurs pas la balnéothérapie en antalgique si elles ne s'y sont pas imaginées.

2.5.2. Motivation et satisfaction des patientes

SF6 souligne que *« il y a une vraie question de motivation pour les femmes, au même titre que la péridurale hein, au même titre que n'importe quel mode d'accouchement, il y a une vraie question de motivation, de ce que ça représente pour elles et qu'est-ce qu'elles sont capables de faire et qu'est-ce que la nature fait pour elles »*. SF3 partage ce point de vue quand elle explique que les femmes voulant accoucher dans l'eau se sont préparées, ont un projet de naissance et sont bien déterminées. La plupart vivent même un mois avant leur date prévue d'accouchement, dans les alentours de la maternité pour pouvoir effectuer leurs consultations anesthésiques et obstétricales au sein de l'hôpital.

En revanche, SF6 raconte que les patientes qui arrivent une première fois à accoucher dans l'eau, y reviennent lors d'une grossesse suivante. SF2 a pu également l'observer, *« je pense que dans l'ensemble les patientes ont l'air satisfaites »*.

2.6. Les bénéfices et risques de la pratique

2.6.1. Les bénéfices

L'expérience des sages-femmes leur permet aujourd'hui de constater les avantages et les bénéfices que l'accouchement dans l'eau peut apporter.

Plusieurs des sages-femmes interrogées, SF2-3-4, ont remarqué en premier lieu que les patientes qui étaient dans l'eau paraissaient plus détendues, plus calmes.

SF2 et SF4 rapportent une dilatation plus rapide que pour un accouchement classique. SF3 relève également une meilleure dilatation, qu'elle explique par le fait que les patientes soient justement plus détendues et qu'elles se relâchent entre les contractions utérines.

Trois des sages-femmes, SF3-4-5, rapportent que l'eau chaude détendrait les tissus. L'expulsion se ferait donc moins en force sur ces tissus. Le périnée en serait assoupli et il y aurait moins d'épisiotomies et moins de déchirures.

SF5 et SF9 exposent le fait que l'eau et la baignoire soient un « *confort* » pour les parturientes.

SF3 déclare que ce type d'accouchement est plus doux, elle a l'impression de prendre plus son temps. SF4 reprend, « *pour les papas, c'est souvent qu'ils nous disent, « ah ben c'était super joli », enfin voilà, alors que dans l'air, [...] ça peut être assez... assez violent quoi. [...] Et souvent, les parents qui ont eu une première expérience comme ça, ils ont envie de réitérer l'expérience, parce que ça reste un chouette moment pour eux* ».

SF6 le confirme en racontant que les femmes sont contentes. Il s'agit d'une expérience « *validante* » pour elles, et souvent pour une autre grossesse, elles souhaitent de nouveau accoucher de cette façon. En revanche, SF6 déclare « *Un bénéfice médical : non, en dehors je te dis, de la satisfaction des patientes, non vraiment* ». SF9 affirme également que le principal bénéfice reste la satisfaction de la mère.

SF7 dévoile qu'elle serait également de cet avis, « *c'est vrai que c'est très joli à voir, l'enfant quand il est encore dans l'eau, qu'il commence à ouvrir ses yeux qu'il se comporte encore comme s'il était dans le ventre c'est vrai que c'est très joli à voir. Maintenant à un moment donné il sort de l'eau, donc voilà je vois pas la... finalité* ».

2.6.2. Les risques

En ce qui concerne les possibles complications lors de l'accouchement aquatique, la principale crainte des sages-femmes reste la survenue d'une dystocie des épaules. En effet, SF4-5-6-7-8, révèlent que l'abaissement des épaules reste une période compliquée

de l'accouchement aquatique. SF6 rapporte que la baignoire ne permet pas d'avoir un angle assez important pour l'abaissement des épaules. Surtout que la vision est amoindrie avec l'eau qui remue et ondule. SF5, ayant connu une réelle dystocie, a bénéficié des conseils du médecin chef de service : elle aurait pu mettre la patiente à quatre pattes pour essayer de débloquer une épaule.

Ensuite, quelques-unes des sages-femmes, notamment SF2-6-8, ont pu remarquer des saignements augmentés une fois l'accouchement terminé et la délivrance effectuée. L'augmentation de ces saignements serait associée à une atonie utérine.

SF5 rapporte qu'en tant qu'observateur, un accouchement dans l'eau peut parfois être risqué dans le sens où : *« t'as pleins de trucs qui flottent, là, pour le coup, c'est pas... t'as pas trop envie de sortir le bébé là-dedans »*.

De plus, SF5 possède un DU (Diplôme Universitaire) d'ostéopathie. De son point de vue, elle se pose réellement la question du bien-être du nouveau-né. En effet, pour l'enfant, *« c'est pas forcément un bien, parce qu'on dit que c'est plus doux pour lui, mais en fait [...] c'est des bébés qui ont des détresses respiratoires comme les césariennes, et pourtant ils ont eu des compressions thoraciques par le bassin, autant importantes qu'un accouchement « aérien », sauf qu'ils sortent et ils sont encore dans l'eau donc ils ont pas ce premier cri direct, ils ont pas le fait de : hyperpression et dépression totale »*.

2.7. Expérience personnelle des sages-femmes

Au cours des entretiens avec les sages-femmes, celles-ci ont également évoqué leurs expériences personnelles vis-à-vis de la pratique.

SF1 a eu plusieurs enfants. Pour ses travaux précédents, elle s'était immergée dans l'eau instinctivement, pour gérer ses contractions. En arrivant ici et en découvrant que se pratiquaient les accouchements dans l'eau, cette idée lui est apparue comme une continuité des pré-travaux qu'elle a pu avoir au cours de ses accouchements précédents. Elle s'est donc dit, *« pourquoi pas »*, et a accouché dans l'eau.

SF3 ayant eu un mauvais vécu de son premier accouchement, puisqu'elle n'avait rien senti, a souhaité accoucher dans l'eau pour son accouchement suivant. Elle explique *« on*

arrive à peut-être mieux les accepter parce que voilà ça dure moins longtemps et donc on arrive à mieux se détendre entre les contractions ». Pour elle, « l'accouchement, j'en garderais toujours de bons souvenirs parce que..., je le revivrais presque tous les jours ».

SF5 souhaitait accoucher dans l'eau. Elle a effectué son travail dans l'eau mais n'a « pas réussi à accoucher dans l'eau ». Par contre, elle raconte « en tant que patiente, c'est du bonheur d'être dans l'eau ».

2.8. Le soutien et l'avis des médecins selon les sages-femmes

L'avis des sages-femmes quant au soutien des médecins est unanime : sans être pour autant défavorable à l'accouchement aquatique, ils n'y sont pas favorables.

Voici leurs impressions :

SF1 déclare que sa pratique est « gynéco-dépendante ». Elle ne voit pas l'intérêt d'aller à l'encontre de l'avis du médecin de garde. A ce moment-là, si le médecin est « fondamentalement contre », elle ne proposera pas l'accouchement aquatique. Mais si une femme le souhaite, elle accèdera à sa demande. Pour elle, de manière générale, les médecins « laissent faire », ils n'expriment pas d'opposition claire, sauf un, qui selon elle, est contre ce type d'accouchement.

Comme elle, les SF4-5-6-7-9 sont d'avis qu'un des médecins du service possède un avis défavorable concernant l'accouchement aquatique. Même si SF4 raconte qu'il n'empêche pas de les faire sauf contexte particulier, SF7 indique elle, qu'elle influence le choix des patientes concernant l'accouchement dans l'eau lorsque que ce médecin est de garde.

De même, SF3-4 et SF7 énoncent le fait que les médecins « laissent faire ». SF3 développe en expliquant tout de même qu'ils sont confiants envers les sages-femmes, alors qu'eux même ne sont pas à l'aise avec cette pratique. SF7, elle, pense que la position des médecins n'est pas claire, « c'était la volonté du chef de service d'il y a quelques années, [...] maintenant ça a perduré et je pense que les nouveaux obstétriciens sont pas forcément d'accord avec ce type d'accouchement, laissent faire parce que voilà, c'est

installé mais ne nous soutiennent pas, je pense, en cas de problème ». Elle trouve même que les médecins occultent une partie du travail qui est effectué à la maternité.

SF2 quant à elle, pense que les obstétriciens font confiance aux sages-femmes. Elle n'a jamais eu de refus complet de la part d'un médecin ou alors il a pu lui expliquer son point de vue et dans ce cas, elle ne va pas à son rencontre.

SF5 formule « *je suis pas sûre qu'ils soient à fond pro accouchement dans l'eau* », « *ils sont ouverts là-dessus parce que c'est quelque chose qui est là, ici et voilà, ils sont obligés de s'ouvrir. Ils le font peut-être pas par conviction personnelle mais par... professionnellement ils sont... ils le font et ils nous soutiennent* ».

SF6 estime qu'elle n'a pas le soutien des médecins. En effet, il y a eu un changement progressif d'obstétriciens et à présent, ils le « *tolèrent* » parce que cela fait partie du projet de service.

Enfin, SF8 et SF9 annoncent que concernant l'accouchement dans l'eau en lui-même, ce ne sont pas de « *grands fans* », « *ils ne sont pas enthousiastes, aucun n'est favorable* ». SF9 rajoute que tous n'en ont pas vu, et se questionne : « *Est-ce qu'on peut vraiment se faire une idée sans en avoir vu ?* »

2.9.L'avis des sages-femmes sur cette pratique

Au cours des entretiens, chacune des sages-femmes a pu donner son avis sur les différents aspects de l'accouchement aquatique. Pour la SF1, l'accouchement dans l'eau doit être un accouchement physiologique. Même si objectivement la visibilité est moindre, elle ne refusera pas un accouchement aquatique. Elle se sentirait mal placée pour cela, par contre elle pense qu'il faut que de vraies bonnes conditions soient réunies.

SF2 raconte que lorsqu'elle a découvert ce type de naissance, cela lui a « *beaucoup plu* ». Elle pense que l'eau est un confort pour les parturientes. Côté professionnel, elle considère que ce sont des accouchements qu'il faut avoir envie de faire et ne pas se forcer. Globalement, elle conclue : « *C'est très beau. (rire)* ».

SF3 trouve que c'est une autre façon d'accompagner la future mère. Elle considère que c'est un accouchement où l'ambiance est plus feutrée, différente. Au moment de

l'expulsion, les pères apprécient le fait de ne pas voir l'accouchement en lui-même, mais plus une naissance douce de leur enfant. Pour elle, le fait que l'eau bouge et que la visibilité soit diminuée ne lui pose pas de problème. Elle se fie à ses doigts, que ce soit pour une épisiotomie ou lors de l'expulsion de la tête.

L'hôpital ayant le label IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé), la pratique des accouchements dans l'eau reste pour SF4, dans la continuité de ce label. Elle aimait l'idée de proposer d'autres alternatives tout en restant dans le respect de la physiologie. Elle juge que l'accouchement dans l'eau doit être la « *cerise sur le gâteau* ». Il ne doit pas être une fin en soi, « *à mon avis comme tout projet pour l'accouchement plus elles se fixent sur un truc et moins ça réussit et plus il y a de risque d'échec parce qu'elles se sont pas préparées à d'autres éventualités* ». Les retours des parents sont, en tout cas, positifs, selon elle. Effectivement ces accouchements ne sont pas commodes à réaliser, mais elle estime qu'elles ne sont pas là pour que ce soit pratique mais pour que ce soit agréable pour les femmes. Elle confie que la sortie du bébé dans l'eau fait suite à un moment de « *zénitude* », celle-ci doit se faire rapidement après la naissance. Elle rompt ce moment de calme et sérénité. A l'inverse, lors d'un accouchement classique, le dégagement peut être perçu comme plus « *violent* », mais une fois le bébé sorti et posé sur sa mère, il fait suite un moment de calme. C'est un moment qui reste « *frustrant* » pour SF4 dans les accouchements aquatiques.

SF5 qui s'est retrouvé côté patiente, dans la baignoire, s'exprime : « *en tant que patiente, c'est du bonheur quoi d'être dans l'eau* ». Par contre, côté sage-femme, « *ça crée quand même pas mal d'angoisse* », même si elle trouve cela « *magnifique* » lorsque le bébé nage juste après la naissance. Au contraire de SF2, SF5 pensent que « *si tu fais bien ton boulot, t'es là pour les patientes donc euh, que ça te plaise ou pas, en tant que thérapeute, tu le fais* ».

SF6 affirme qu'elle n'est pas particulièrement pour ou contre. Elle pratique ces accouchements car ils sont proposés aux parturientes. Objectivement, n'y trouvant pas forcément d'intérêt médical, elle le fait pour les femmes et pour leur satisfaction. Elle émet cependant une interrogation pertinente, « *je me demande comment un utérus qui n'est plus gravide, qui a contenu cinq kilos de grossesse... je mettrais presque un fibroscope tu vois, sur le repos physiologique post accouchement, je me demande où va l'eau !* ».

A ses débuts, SF7 a eu du mal à évaluer quelles patientes avaient la possibilité d'aller dans l'eau. Aujourd'hui, même s'il existe un protocole, il s'agit, pour elle, d'une pratique qui reste « *compliquée à gérer* ». Elle confie même « *je me sens pas en sécurité* ». Elle réalise ces accouchements « *sans grande conviction* » et en étant « *surement assez stressée* ». D'ailleurs, elle « *ne comprends pas l'intérêt d'accoucher dans l'eau* ».

Dès la première phrase, lors de l'entretien, SF8 annonce clairement, « *moi je suis pas très à l'aise, voilà, je suis honnête* ». Tout comme SF7, elle ne voit pas vraiment de bénéfice à l'accouchement dans l'eau. Elle comprend l'intérêt pour l'eau lors de la phase de dilatation mais pas pour l'accouchement.

SF9, comme SF4, estime que l'accouchement dans l'eau ne doit pas être une fin en soi. Le déroulement d'un accouchement étant imprévisible, elle pense que les patientes ne doivent pas arriver dans ce seul but sans savoir comment elles réagiront. Elle met cependant en avant le respect de la sécurité lorsqu'elle pratique ces accouchements. Elle se rend compte au fur et à mesure qu'elle pratique, que c'est son travail de dire « *là, on est plus dans la sécurité* ». Ensuite, comme SF4, elle évoque le moment de la « *séparation mère-enfant* » après l'accouchement, « *chose que je déteste dans l'accouchement dans l'eau, c'est quand il faut séparer la mère de son bébé pour la sortir de l'eau* ». Globalement, elle déclare, « *je suis mitigé mais très contente pour les mères qui puissent y arriver, et effectivement je pense que c'est leur donner l'impression qu'elles sont des supers-warriors, mais on l'est toutes (rire). Qu'on accouche dans l'eau ou pas. Est-ce indispensable pour se sentir une bonne mère ? Je suis pas sûre* ». De plus, qu'un être humain, mammifère terrestre, souhaite mettre son petit au monde dans l'eau apparaît étonnant aux yeux de la SF9.

Enfin, SF9 émet un avis sur la pratique de ses pairs : « *Ce qui ne va pas du tout avec la balnéothérapie, qui est un truc topissime, on se retient ici de proposer la balnéothérapie. Pour en avoir discuté avec mes collègues, j'en suis persuadé, on se retient de proposer la balnéo en ayant peur que la femme ne veuille pas sortir, parce qu'ici elles savent qu'elles peuvent accoucher dans l'eau* ». SF9 semble penser que, certaines sages-femmes n'étant pas très à l'aise avec la pratique de l'accouchement aquatique, se retiennent de proposer la balnéothérapie aux patientes de peur que ces dernières souhaitent rester accoucher dans l'eau.

Discussion

1. Atteinte des objectifs

La réalisation d'entretiens libres a été indispensable pour cette étude. Les informations recueillies auprès de neuf sages-femmes permettent de répondre à l'interrogation de départ qui était « quelles sont les pratiques des sages-femmes face à l'accouchement aquatique ? ». En effet, dans cette étude, les pratiques des sages-femmes quant à l'accouchement aquatique ont été analysées. La compréhension de cette pratique du côté des professionnels de santé a été recherchée. Après ces entretiens, de nombreuses réponses ont pu être mises en évidence. Il existe des observations générales qui s'appliquent à toutes les sages-femmes qui exercent ce type d'accouchement, mais aussi des observations plus spécifiques à chacune d'entre elles.

La première partie de la discussion traite des limites de l'étude. La seconde partie permettra de confronter les résultats à l'hypothèse de travail. En effet, après analyse des résultats, la correspondance des dires des sages-femmes pourra être faite face aux articles scientifiques retrouvés dans la littérature. L'avis des sages-femmes quant à cette pratique sera également exposé. Enfin, la dernière partie de cette discussion permettra de proposer un projet d'action.

2. Limites de l'étude

2.1. Revue de la littérature

Concernant la revue de la littérature, elle est ici, d'une grande diversité. Les articles ont été sélectionnés selon leur qualité. De multiples données ont pu être avancées afin d'expliquer, et d'exposer les bénéfices et les risques que peut comporter l'accouchement aquatique.

La plupart des articles ont été trouvés sur Pubmed ou Science direct. Pour la majorité d'entre eux, il a été facile de les acquérir gratuitement. Néanmoins, certaines données intéressantes ont été rendues difficiles d'accès, et sur certains points, peu d'articles ont été retrouvés. Par exemple, pour le sujet traité ici, la pratique des sages-femmes quant à l'accouchement dans l'eau, aucun article n'a jamais été retrouvé dans la littérature scientifique. Il s'agit donc d'un sujet novateur.

2.2.Méthodologie

Concernant la méthodologie, le choix de l'étude qualitative a été judicieux. Les données recueillies par entretiens non directifs ont permis de réunir une somme considérable d'informations.

Le phénomène de saturation a été atteint au terme de neuf entretiens. La taille de l'échantillon a été suffisante pour répondre à la problématique de départ. L'échantillon était également bien diversifié du fait de l'âge différent de chaque sage-femme et de leurs années d'expérience de l'accouchement aquatique. Par contre, les entretiens ont été réalisés uniquement auprès des sages-femmes de la maternité de la Teste-de-Buch. Les sages-femmes d'autres maternités n'ont peut-être pas les mêmes pratiques, ou le même avis sur ce type de naissance. L'échantillon n'est donc pas complètement représentatif de la population générale des sages-femmes qui effectuent l'accouchement aquatique.

2.3.Recueil de données

La réalisation de ce mémoire a été l'occasion d'apprendre à réaliser des entretiens non directifs. Comme lors de tout apprentissage les débuts ne sont jamais parfaits. Cependant, persévérer dans ce sens a permis de progresser dans la conduite d'entretiens. Il a été difficile, surtout au début, de ne pas poser de questions pouvant orienter ou influencer les réponses des sages-femmes ou de marquer des temps de silence et pour laisser les sages-femmes émettre leurs réflexions.

3. Analyse des résultats

3.1.Les sages-femmes avaient-elles connaissance de la pratique à leur arrivée ? Quel a été leur état d'esprit ?

Parmi les neuf sages-femmes qui ont participé à l'étude, seulement la moitié d'entre elles avaient eu connaissance de la pratique des accouchements dans l'eau dans cette maternité. Comme le montre la liste réduite de maternités françaises pratiquant l'accouchement aquatique, il n'est pas étonnant de retrouver une grande partie des sages-

femmes pour qui ce type d'accouchement était méconnu. Un fait reste cependant déroutant, les sages-femmes découvrent cette pratique lorsqu'une patiente arrive et en exprime le souhait. En effet, une sage-femme qui n'a aucune connaissance à ce sujet, ne peut pas réaliser la surveillance du travail et la réalisation de l'accouchement en toute sécurité pour la patiente.

Quant à leur état d'esprit, certaines sont enthousiastes dans la réalisation de ces accouchements si particuliers. Par contre, d'autres, si elles en avaient la possibilité, ne le pratiqueraient pas. Ces sages-femmes qui ne souhaiteraient pas particulièrement réaliser d'accouchements aquatiques, les réalisent tout de même dans le but de satisfaire la demande de la future mère.

3.2.La formation des sages-femmes à l'accouchement aquatique

3.2.1. Formation

Toutes les sages-femmes interrogées, excepté une seule, ont expliqué qu'elles n'ont eu aucune formation théorique concernant l'accouchement aquatique. En effet, aucun organisme de formation ne propose de formation en regard de l'accouchement aquatique [30,31]. Ceci est compréhensible étant donné que peu de maternités effectuent ce genre d'accouchement. Le problème étant que, même les sages-femmes exerçant à la maternité, n'ont eu aucune formation préalable avant la réalisation d'un tel accouchement. Effectivement, elles se sont formées entre elles en se retrouvant confrontées à la situation. Mais cette « formation », si elle peut ainsi être appelée, ne reste que très brève puisque la plupart des sages-femmes racontent qu'elles n'en ont vu qu'un ou deux avant de les réaliser elles-mêmes, seules. En ce court laps de temps, toutes les informations ne peuvent être transmises correctement. C'est aussi ce qui a mené certaines sages-femmes à commettre des erreurs, qui restent certes minimales puisque ne mettant pas en danger la patiente, mais qui ont pu compromettre les chances des futures mères d'accoucher comme elles le souhaitaient.

Une seule des sages-femmes a reçu une formation théorique concernant les accouchements aquatiques. Il s'agit, de la sage-femme qui a participé à la mise en place de cette pratique dans la maternité. Le médecin responsable de l'initiative ainsi qu'une

des sages-femmes ont pu rapporter des écrits et des vidéos pour former les sages-femmes présentes à cette époque. Elles connaissaient donc parfaitement le fonctionnement de ce type de naissance et disposaient de recommandations pour cette pratique.

3.2.2. Documentation des sages-femmes sur la pratique

D'après les entretiens, force est de constater que rares sont les sages-femmes qui se documentent sur cette pratique. Est-ce par manque de temps, ou par manque d'intérêts ? Peut-être simplement, n'en ressentent-elles pas le besoin !

3.3.La pratique des accouchements aquatiques

3.3.1. Le protocole

Ce protocole récemment mis en place à la maternité de la Teste-de-Buch, a permis d'encadrer au mieux cette pratique. En effet, pour en revenir à la sécurité du patient, que chaque professionnel place au premier plan dans son exercice, cette pratique particulière des accouchements a nécessité un cadre. Un cadre, non seulement pour protéger les sages-femmes afin qu'elles puissent s'appuyer sur un écrit et justifier leur décision. Un cadre, également, pour protéger les patientes, afin que celles qui bénéficient de la balnéothérapie soient une population à bas risque. La possibilité de dire « non » lorsqu'une patiente exprime le souhait d'accoucher dans l'eau reste nouveau. Il est vrai qu'avant la mise en place du protocole, rien n'interdisait aux sages-femmes de répondre de manière négative à une femme qui exprimait le souhait d'accoucher dans l'eau. Mais peut-être que ce protocole, écrit, qui exprime ce droit, permet à certaines sages-femmes d'être plus confortable avec l'idée de refuser à une femme ce désir. Elles peuvent refuser simplement parce que leur intuition vis-à-vis de la patiente ou du début de travail n'est pas favorable à un accouchement aquatique.

Ce protocole énonce les contre-indications absolues qui ne permettent pas à la patiente d'accoucher dans l'eau. Elles relèvent du matériel à disposition, et de la clinique. Il s'agit de critères simples, précis et indiscutables quelle que soit l'équipe en charge de la patiente. A côté de ces contre-indications absolues, il existe des contre-indications

relatives qui peuvent être discutées par l'équipe en fonction du contexte et de l'appréciation de la sage-femme.

Les sages-femmes conservent effectivement des critères d'inclusion ou exclusion qui leur sont propres malgré la mise en place du protocole. Cela peut tout à fait rejoindre les contre-indications relatives qui peuvent être personnelles à chaque professionnel. Les contre-indications qu'elles évoquent restent cependant pertinentes : les anomalies du rythme cardiaque fœtal, décrites par le CNGOF [32], sont en effet, une indication pour qu'une patiente ne bénéficie pas de la baignoire. Ce serait même une indication médicale pour la péridurale, pour parer à toute éventualité. L'obésité, comme un fœtus macrosome, sont également des raisons d'exclure les patientes de l'accouchement aquatique. En effet, il a été démontré que le risque de dystocie des épaules est augmenté en cas d'obésité et de comorbidités associées [33–35]. Enfin, pour la sage-femme qui estime le liquide amniotique teinté comme une indication de l'accouchement dans l'eau, aucun article scientifique n'a été retrouvé dans la littérature permettant d'affirmer ou de d'infirmer ses dires. Son argument reste cependant pertinent, à savoir, le réflexe d'inhalation n'est déclenché qu'au contact de l'air [36].

En ce qui concerne une naissance dans l'eau après un déclenchement, ce dernier est décrit comme une contre-indication relative dans le protocole mis en place dans la maternité. L'accouchement aquatique est donc à discuter en fonction du contexte et en accord avec le médecin responsable.

3.3.2. Les anciennes pratiques

Plusieurs sages-femmes interrogées ont évoqué le médecin à l'origine de la mise en place de la pratique à la maternité. D'après leurs dires, ce qui reste marquant, ce sont les extractions instrumentales pratiquées dans l'eau par ce médecin. Que les sages-femmes émettent un avis positif ou négatif à l'égard de cette pratique, elles l'évoquent comme un fait remarquable.

Concernant les pratiques des sages-femmes avant leur arrivée dans cette maternité, chacune avaient une perception différente du travail obstétrical et de l'accouchement dans l'eau. En effet, une sage-femme ayant plus de trente ans de carrière n'avait jamais pensé à pratiquer des accouchements dans l'eau. A l'inverse, une des sages-femmes, a

naturellement proposé aux patientes qu'elle accompagnait, d'aller dans l'eau. C'est d'ailleurs à ces occasions qu'elle a pu pratiquer des accouchements aquatiques.

Enfin, une des sages-femmes a évoqué la baignoire de la précédente maternité. A la différence de la baignoire actuelle, l'ancienne baignoire où se pratiquaient les accouchements aquatiques pouvait s'ajuster en hauteur. La sage-femme qui évoquait cette précédente baignoire, raconte que le fait qu'elle soit sur vérins leur évitait d'avoir mal au dos.

3.3.3. La pratique actuelle de l'accouchement aquatique

- Comment la sage-femme aborde-t-elle le sujet avec la patiente?

Lorsqu'une future mère arrive à la maternité pour donner naissance à son enfant, chaque sage-femme possède ses propres habitudes quant aux propositions de gestion de la douleur. La plupart ne demandent jamais directement si la patiente souhaite la péridurale pour ne pas influencer son choix. Mais de la même façon, la plupart des sages-femmes ne parlent pas directement de la possibilité de l'accouchement dans l'eau. Si les patientes n'en expriment pas le souhait, la sage-femme ne le proposera pas. Pour certaines, elles pourront tout de même proposer la balnéothérapie pour la gestion de la douleur.

Deux des sages-femmes interrogées mettent un point d'honneur à expliquer à une patiente qui souhaite accoucher dans l'eau que, même s'il s'agit d'un accouchement qui se veut respectueux de la physiologie et différent, la sécurité reste une priorité. Une autre explique même que s'il y a le moindre problème, elles se doivent de sortir de la baignoire, toujours dans l'idée d'assurer une sécurité maximale pour la patiente et son enfant.

- Le matériel

Concernant le matériel mis à disposition pour la réalisation de l'accouchement aquatique, l'élément principal reste la baignoire. Selon les sages-femmes, la baignoire présente à la maternité où s'est déroulée l'étude ne permet pas une installation correcte pour pratiquer ces accouchements. Elles sont toutes conscientes que leur confort n'est pas

une priorité mais estiment qu'il ne s'agit pas là que d'une question de confort. Malgré cela, une aisance minimale doit être présente pour que le soignant puisse réaliser des actes permettant d'assurer une sécurité maximale pour le patient. Or, dans cette situation, la parturiente doit effectivement être le plus confortable possible, mais la sage-femme qui accompagne au mieux la future mère se doit d'être bien installée. En effet, l'accès visuel au périnée lors de l'expulsion leur paraît réduit. De même, lors de ces accouchements, plusieurs des sages-femmes signalent qu'elles sont trempées, ce qui, effectivement n'est pas forcément agréable, mais surtout peu sécuritaire concernant l'hygiène. La plupart des patientes sont dans la baignoire depuis au moins une heure, des sécrétions sont donc présente dans l'eau de cette baignoire. La sage-femme plonge les bras dans cette eau pour accompagner la patiente lors de l'expulsion, mais ne porte aucune protection sur les bras ou autre partie du corps.

Dans la littérature, on retrouve des baignoires qui permettent au soignant d'avoir une visibilité et un accès au périnée optimal. De même, certaines de ces baignoires possèdent des gants permettant la protection des sages-femmes [9].

Enfin, quelques sages-femmes ont évoqué la présence d'une sonnette d'urgence dans la salle où se trouve la baignoire. Cela reste un point positif et une amélioration qui s'est avérée nécessaire pour avertir les autres professionnels en cas de problème lors d'un accouchement aquatique.

- Les différentes habitudes des sages-femmes

La plupart des sages-femmes interrogées précisent que si les patientes souhaitent un accouchement aquatique, elles leur conseillent d'aller dans la baignoire plutôt en deuxième phase de travail [36]. Cette pratique est retrouvée dans beaucoup des articles de la littérature scientifique sans pour autant avoir prouvé son efficacité. Il est vrai que l'eau chaude peut altérer la dynamique utérine mais aucune limite de temps n'est précisée. Les temps maximum pour être dans la baignoire ou le moment pour que la patiente puisse y entrer sont, le plus souvent, arbitraire.

Plusieurs des sages-femmes racontent également que si la présence du médecin s'avère nécessaire, la patiente sera hors de l'eau à l'arrivée de ce dernier. Cela paraît logique. Bien que le médecin à l'origine de l'accouchement aquatique à la maternité

pratiquait les extractions dans l'eau, les médecins actuels ne réalisent les extractions instrumentales que sur une table d'accouchement.

Une des sages-femmes utilise la technique de la mobilisation au cours du travail dans l'eau et une autre utilise la mobilisation si une expulsion s'avère longue. Il s'agit d'initiatives pertinentes puisqu'il est reconnu que la mobilisation permet l'accommodation de la tête de l'enfant dans le bassin maternel [16,17].

Toutes les praticiennes réalisent une délivrance dirigée. Même si cette naissance est quelque peu différente d'une naissance classique, elles continuent toutes de suivre les recommandations de la HAS [37].

Ensuite, plusieurs professionnelles révèlent que lorsqu'une femme se trouve dans la baignoire, une surveillance quasi continue s'avère nécessaire. Cela demande une grande disponibilité de leur part, ce qui ne peut être possible si la sage-femme doit accompagner plusieurs patientes en même temps. Ce type de travail et d'accouchement demande donc de leur part de l'investissement et de la rigueur.

De plus, lors des efforts expulsifs, la plupart des sages-femmes souhaitent et préfèrent qu'une de leur collègue soit prévenue du déroulement de l'accouchement. Depuis qu'une des sages-femmes a fait face à une grave complication lors d'un de ces accouchements, elles préfèrent qu'une personne prête à aider soit proche et disponible. Cela en gêne certaines mais il s'agit d'assurer la sécurité de la patiente et une prise en charge optimale.

3.3.4. Evolution de la pratique

Une des sages-femmes a pu suggérer au cours d'un entretien, que le nombre d'accouchements aquatiques au sein de la maternité aurait tendance à diminuer. Pour étayer ses dires, elle a décidé, avec une collègue sage-femme, de réaliser une étude concernant la pratique de l'accouchement dans l'eau. Cela participe également à l'évaluation de leur pratique de sage-femme concernant l'accouchement aquatique [38]. Celle-ci aura pour but de se rendre compte du nombre d'accouchement dans l'eau par an à la maternité de la Teste-de-Buch, et de savoir combien de femmes souhaitaient en premier lieu accoucher dans l'eau et combien y parviennent réellement.

3.4. Les complications rencontrées lors d'accouchements aquatiques

La complication que redoutent toutes les sages-femmes qui pratiquent des accouchements reste la dystocie des épaules. Celle-ci peut survenir aussi bien sur une table d'accouchement classique, que dans la baignoire. Lors d'un accouchement classique, même s'il s'agit d'un évènement rare, lorsqu'il survient la sage-femme est préparée et peut effectuer des manœuvres pour réduire cette dystocie [33,34]. Dans la baignoire, à la crainte de la dystocie, s'ajoute le fait que la baignoire et l'eau ne permette pas de réaliser correctement les manœuvres. De plus, s'il est nécessaire de faire sortir la patiente, cela devient une opération périlleuse puisque le temps est compté et que la patiente peut difficilement se mobiliser seule étant donné qu'elle a la tête de son enfant entre les jambes.

Cette complication reste cependant difficile à prévoir et à prévenir. Effectivement, l'accouchement dans l'eau ne facilite pas une prise en charge optimale en cas de survenue d'une dystocie des épaules. Cependant, cette prise en charge peu péniblement être améliorée dans ce cas. Il faudrait un matériel différent, comme l'ont proposé plusieurs sages-femmes. Une baignoire avec une porte pourrait participer au perfectionnement de la conduite à tenir.

Il en va de même quant à la réalisation des épisiotomies. Effectivement, ce sont des actes inconfortables à réaliser dans l'eau. Peut-être faudrait-il alors changer la baignoire de la maternité pour faciliter la réalisation de ces actes par les professionnels ?

3.5. Les parturientes

Après la réalisation des entretiens avec les sages-femmes, il apparaît qu'il n'existe pas de préparation spécifique pour l'accouchement aquatique. Même si les sages-femmes conseillent aux femmes qui ont ce projet de naissance de pratiquer la PNP en piscine, cela reste simplement un moyen d'appréhender le milieu aquatique [29].

Pour la plupart des praticiennes, la préparation à ce type de naissance serait plus psychologique. Elles reprennent cette idée lorsqu'elles s'expriment sur le fait que les femmes qui vont dans l'eau, y ont pensé durant leur grossesse. Si la sage-femme le

propose en premier lieu à une parturiente n'ayant pas le projet d'aller dans l'eau, ne serait-ce qu'un temps durant le travail, souvent, elle refuse. Les femmes qui ne se sont pas projetées dans cette idée, n'envisagent pas l'eau comme un antalgique. D'ailleurs, les sages-femmes s'en aperçoivent lorsque des patientes ne sont pas contre le fait d'aller dans l'eau mais souhaitent quand même une anesthésie péridurale. Cela reste paradoxal puisque l'eau chaude est envisagée ici comme un moyen antalgique. Il n'est cependant pas inconcevable d'utiliser les deux techniques l'une après l'autre.

A l'inverse, pour ces femmes qui ont un projet de naissance très précis et qui n'ont d'autre but que d'accoucher dans l'eau, les sages-femmes pensent qu'elles le perçoivent comme une fin en soi et non un moyen de gestion de la douleur. Comme le reprend très bien une des sages-femmes, chaque femme est différente, et elles ne savent pas comment elles réagiront aux contractions et au fait d'être dans l'eau. En étant trop « formaté » dans le projet, si celui-ci devient impossible à réaliser, beaucoup le vivent comme un échec et conservent par la suite ce sentiment. Les sages-femmes conseillent aux femmes enceintes qui souhaiteraient accoucher dans l'eau, de se préparer à toute éventualité, pour ne pas être déçue.

Enfin, pour ces femmes qui réussissent leur projet d'accoucher dans la baignoire, les sages-femmes sont unanimes, elles sont toutes satisfaites. Aucune des sages-femmes n'a fait face à une patiente déçue d'avoir donné naissance dans l'eau.

3.6. Les bénéfices et risques de la pratique

3.6.1. Les bénéfices

Deux des sages-femmes rapportent une dilatation plus rapide dans l'eau. Cela a pu être retrouvé dans certains articles de la littérature scientifique mais d'autres études n'ont retrouvé aucune amélioration [1]. De plus, un biais peut être présent, dans les études retrouvées ou d'après les impressions des sages-femmes. En effet, tout d'abord, un toucher vaginal reste subjectif, d'un professionnel à un autre, chacun peut retrouver une dilatation différente. Les études peuvent donc être biaisées dans le sens où une femme peut être en première ou deuxième phase de travail selon l'examineur. De plus, les femmes qui ont participé à ces études ne sont pas entrées dans l'eau à la même dilatation.

Hors, il est reconnu que le travail obstétrical s'accélère lors de la deuxième phase, c'est-à-dire après cinq centimètres. Si une femme est entrée à une dilatation de trois ou quatre centimètres, son travail prendra sûrement plus de temps que si elle entrait à six centimètres. L'eau accélère peut être plus le travail en deuxième phase qu'en première phase [39]. La perception des sages-femmes n'est donc que peu pertinente ici puisqu'elles ont expliqué qu'elles mettaient les parturientes dans la baignoire de préférence en deuxième phase de travail.

La détente des futures mères dans la baignoire reste une perception subjective quoiqu'observable. Les sages-femmes n'ont pas parlé de la mesure de l'échelle numérique de la douleur durant leurs entretiens. Il est donc difficile de mesurer l'impact de l'eau sur la douleur ressentie par les patientes [40].

La satisfaction des patientes observée par les sages-femmes ne peut être affirmée non plus. En effet, les patientes n'ont pas bénéficié d'une mesure objective de la satisfaction. Il est tout de même possible de penser qu'elles ont raison. En effet, si une patiente ayant déjà accouché une première fois dans l'eau, revient pour accoucher une seconde fois dans la baignoire, cela semble signifier qu'elle a apprécié sa première expérience. Une revue de la Cochrane Library retrouve également une meilleure satisfaction des patientes [41].

La profession de sage-femme permet d'avoir un poste d'observateur crucial quant à la prise en charge des parturientes. D'après leurs expériences, elles peuvent après plusieurs années reconnaître les bienfaits ou les méfaits d'une pratique. Cependant, certaines des sages-femmes interrogées, ne retrouvent ni l'un, ni l'autre.

3.6.2. Les risques

L'augmentation de saignements a pu être observée par plusieurs sages-femmes qui mettraient de l'ocytocine en systématique en perfusion en plus de la délivrance dirigée. Une atonie utérine due à l'imprégnation d'eau chaude provoquerait l'augmentation des saignements. Une telle affirmation n'a pu être retrouvée dans la littérature. Des études ont pu analyser et comparer le taux d'hémorragie du post-partum entre des accouchements classiques et des accouchements aquatiques et aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence [19].

Une des sages-femmes a pu exprimer ses craintes quant au fait de faire naître un enfant parmi les sécrétions maternelles. Bien qu'à la maternité, aucune hospitalisation néonatale n'ait été nécessaire, son argument paraît légitime. Plusieurs auteurs se sont posés les mêmes questions, cependant aucune augmentation du taux d'infection néonatale ou même maternelle n'a été rapportée [8,42,43].

Cette même sage-femme, ayant un DU d'ostéopathie, s'est interrogée sur le risque de détresse respiratoire du fait de l'absence de compression-dépression immédiate après la naissance. Si elle s'est interrogée sur ce risque, c'est après avoir observé des cas similaires. Pourtant les auteurs qui ont pu comparer et analyser ce risque n'ont pas retrouvé de différence statistiquement significative et ne peuvent pas affirmer ou infirmer ce risque [5].

3.7. Expérience personnelle des sages-femmes

Pratiquant des accouchements aquatiques régulièrement, plusieurs des sages-femmes ont souhaité tenter l'expérience. Certaines y sont arrivées, d'autres pas. Pour autant, toutes ont pu apprécier d'être dans l'eau et de se détendre.

3.8. Le soutien et l'avis des médecins selon les sages-femmes

Les sages-femmes considèrent que les différents médecins du service ne sont pas favorables à l'accouchement aquatique. L'avis et le soutien des médecins concernant ce type d'accouchement influencent fortement les sages-femmes dans leur exercice.

Sachant qu'elles ne sont pas soutenues dans ce projet, il leur est parfois difficile de se positionner quant à cette pratique. Elles sont toujours dans la crainte d'un reproche si des complications surviennent et nécessitent une intervention du médecin.

Plusieurs des sages-femmes l'ont exprimé ainsi, les médecins « laissent faire ». Cela signifie qu'étant un projet de service, ils ne s'y opposent pas complètement mais ne soutiennent pas cette pratique pour autant. Une des sages-femmes avoue même, que leur position n'est pas claire.

La profession de sage-femme reste toutefois, comme l'énonce le code de déontologie des sages-femmes, une profession indépendante. En théorie, chaque sage-femme est libre d'exercer comme elle le souhaite tant que la surveillance du travail et la réalisation de l'accouchement restent physiologiques et eutociques. Pour autant, il s'agit là d'un travail d'équipe. Il n'est donc pas dans l'intérêt de la sage-femme d'aller à l'encontre de l'avis du médecin avec lequel la sage-femme travaille.

L'avis des médecins, qui serait plutôt neutre face à cette pratique, reste cohérent. En effet, la sage-femme gère le côté physiologique tandis que le médecin gère la pathologie. Il serait tout de même intéressant de demander l'avis des médecins du service concernant l'accouchement aquatique.

3.9.L'avis des sages-femmes sur cette pratique

Les avis des différentes sages-femmes de la maternité sont divisés.

Les SF1-2-3-4-9 ont un avis plutôt positif concernant l'accouchement aquatique. En effet, elles trouvent toutes que ce sont des accouchements atypiques et différents.

Une des sages-femmes, SF2, indique d'ailleurs de manière pertinente qu'il s'agit d'accouchements qu'il faut avoir envie de pratiquer. Il ne faut pas se forcer pour les réaliser. Effectivement, si une sage-femme se force à effectuer ces accouchements, d'une part, c'est qu'elle ne voit pas forcément d'intérêt à la pratique, et d'autre part, elle sera moins sûre d'elle dans ses gestes.

SF3 qui apprécie beaucoup l'accompagnement dans ce type de naissance, explique qu'elle se sent sûre d'elle et, malgré la visibilité réduite, se sent confiante dans sa pratique.

SF4 quant à elle, apprécie également ce type d'accompagnement. Pour autant, elle ne cautionne pas le fait que les patientes viennent dans le seul but d'accoucher dans l'eau. En effet, comme l'a plusieurs fois évoqué de la même façon SF9, l'accouchement dans l'eau ne doit pas être un but en soi. L'obstétrique étant un domaine des plus imprévisibles, personne ne peut prévoir la survenue de certains événements. Chaque parturiente, chaque grossesse et chaque accouchement est différent. Si le seul but de la patiente est l'accouchement aquatique, elle sera extrêmement déçue si un événement survient et

l'empêche d'accoucher selon son souhait. Cette patiente pourrait vivre son accouchement de manière négative. Ainsi, SF4 pense que les femmes enceintes peuvent effectivement avoir un projet de naissance mais devraient également se préparer à toute autre éventualité.

SF9 s'interroge dans un premier temps sur les raisons de cette pratique. En effet, elle n'a pas tort en se questionnant à ce sujet. Aucun mammifère terrestre ne met son petit au monde dans un milieu aquatique. Pourquoi certains êtres humains, eux, se dirigent-ils vers ce milieu au moment de la naissance ? Quoi qu'il en soit, elle accède aux souhaits des femmes qu'elle accompagne. Cependant, elle insiste sur la sécurité lors de la réalisation de ce type d'accouchement. Elle estime avoir assez d'expérience pour savoir à quel moment les patientes ne sont plus dans la sécurité. Il s'agit de son rôle de sage-femme de savoir quand sortir la patiente de l'eau pour assurer une naissance des plus sûres. Ensuite, lors de l'entretien, elle a déclaré comme SF4, être très gênée, voire même frustrée, par le moment de séparation mère-enfant après l'accouchement. En effet, la naissance s'est effectuée en douceur, mais une fois l'enfant né, ce moment de calme est immédiatement suivi d'un moment où il faut séparer la mère de son enfant. Il s'agit là d'une séparation qui reste courte mais qui rompt la rencontre de la mère avec son nouveau-né.

Enfin, elle a évoqué la balnéothérapie au sein de la maternité. Elle pense que ses collègues sages-femmes ne la proposent pas au cours du travail, de peur que les patientes souhaitent rester pour accoucher dans la baignoire. Selon elle, certaines sages-femmes ne sont pas à l'aise avec la pratique de l'accouchement dans l'eau et de ce fait, ne propose pas la balnéothérapie. En effet, dans d'autres établissements, les futures mères savent qu'en fin de travail, elles devront sortir pour accoucher sur une table d'accouchement. Ici, les femmes ont la possibilité de pouvoir rester dans la baignoire pour l'accouchement.

SF6, elle possède une opinion neutre. Elle explique qu'elle n'a pas d'avis sur cette pratique mais réalise les accouchements aquatiques pour les parturientes qu'elle accompagne. Elle n'y trouve cependant pas de bénéfice médical. A l'inverse, elle s'est interrogée sur le devenir de l'utérus non gravide dans l'eau chaude à 37°C. Elle se demande si l'utérus qui, d'un instant à l'autre passe de gravide à non gravide, ne se remplit pas d'eau. Aucune réponse n'est pour l'instant retrouvée dans la littérature scientifique,

mais selon les quelques articles retrouvés, le taux d'endométrite en post-partum n'en serait pas augmenté [8].

Les SF5-7-8 restent sur la réserve quant à ce type d'accouchement.

SF5 trouve que ce sont de beaux accouchements mais ils restent angoissants à pratiquer. Elle parle en connaissance de cause puisqu'elle est une des rares sages-femmes de la maternité à avoir connu une réelle difficulté lors d'un accouchement aquatique. Elle continue cependant d'accompagner les futures mères qui souhaitent accoucher dans l'eau puisqu'elle estime qu'en tant que professionnel de santé il est de son devoir d'essayer de satisfaire les patientes.

SF7, elle aussi continue à réaliser ces accouchements atypiques pour la satisfaction des patientes. Pour autant, elle ne se sent pas en sécurité lorsqu'elle pratique un accouchement aquatique. Elle l'avoue, elle l'effectue sans conviction, et ne comprend d'ailleurs pas l'intérêt d'une telle naissance.

De la même manière, SF8 reprend cette idée. Dès le début de l'entretien, elle indique qu'elle n'est pas à l'aise avec cette pratique. Tout comme SF7, elle ne comprend pas l'intérêt de ces accouchements.

4. Projet d'action

Après la réalisation d'entretiens auprès des sages-femmes de la maternité, plusieurs points à améliorer ont pu être mis en évidence.

Dans un premier temps, des lacunes quant à la formation et l'information au sujet de l'accouchement dans l'eau ont pu être observées. En effet, certaines sages-femmes commencent à exercer à la maternité sans avoir eu connaissance de cette pratique au sein du service. Il serait peut-être intéressant de proposer à chaque nouvelle sage-femme une formation ou information quant à l'accouchement aquatique et à la gestion du travail dans l'eau. Pour le label IHAB, il est effectué un compagnonnage de 20 heures avec une sage-femme référente ainsi qu'un entretien en fin de formation avec la sage-femme coordinatrice des soins en maïeutique. Un tel accompagnement pourrait être proposé en

ce qui concerne l'accouchement aquatique. Une formation aussi complète ne serait toutefois peut-être pas nécessaire. La sage-femme se verrait présenter le protocole de l'accouchement aquatique, le déroulement classique de ce type d'accompagnement, ainsi que le matériel nécessaire.

De plus, une remise à jour des connaissances quant à cette pratique, pourrait être envisagée. Comme en 1995, la sage-femme coordinatrice des soins ainsi que le médecin chef de service pourraient aller s'informer et continuer à se former à ce sujet dans d'autres maternités où les accouchements aquatiques y sont réguliers. Par la suite, une réunion d'information pourrait être organisée avec tout le personnel de la maternité : obstétriciens, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes et agents de service hospitalier.

Pour approfondir cette étude, il serait judicieux de réaliser des entretiens avec les médecins du service de la maternité. Les sages-femmes ont l'impression que les médecins ne les soutiennent pas ou peu. Si tel est le cas, ils pourraient expliquer et argumenter leurs avis quant à cette pratique. De la même manière, certaines sages-femmes pensent que plusieurs des médecins n'ont jamais observé d'accouchements aquatiques. Il serait avisé de les présenter à chaque médecin dès leur arrivée. Cela permettrait d'être certain qu'ils ne juge pas une pratique sans l'avoir observée, et ils pourraient avoir une opinion éclairée à propos de l'accouchement dans l'eau.

Enfin, concernant le matériel, il serait intéressant d'acheter une autre baignoire en plus de celle déjà présente à la maternité, pour la balnéothérapie seulement. En effet, les sages-femmes n'auraient plus de réserves quant à la balnéothérapie. Si une patiente ne souhaite utiliser la baignoire que pour la balnéothérapie, elle ne bloquera pas la place dans le cas où une autre patiente arriverait avec le souhait d'accoucher dans l'eau. Dans l'idéal, il serait même mieux de conserver celle qui est actuellement dans le service et ne l'utiliser que pour la balnéothérapie et d'acquérir une nouvelle baignoire adaptée aux accouchements aquatiques. Malheureusement, la configuration des locaux ne laisse que peu de place à cette option. Dans ce cas, ne serait-il pas envisageable de proposer la balnéothérapie en systématique à toutes les patientes en début de travail ou lors d'un déclenchement ? A ce moment-là, les sages-femmes n'auraient pas à se reprocher l'occupation de la baignoire pour la balnéothérapie seulement.

Conclusion

A ce jour, l'accouchement aquatique est une pratique peu répandue en France. Les bénéfices et les risques ne sont pas clairement démontrés dans la littérature scientifique. Le but de cette étude a été de s'intéresser au point de vue des professionnels concernés, en l'occurrence, les sages-femmes. Cette étude a été réalisée dans une des rares maternités de France pratiquant ce type d'accouchement. Cette pratique étant méconnue par le grand public et les professionnels, il a semblé pertinent d'effectuer une étude sur ce thème. Le point de vue des professionnels a été choisi puisque rarement évoqué.

Ce travail a permis de montrer que, même si les patientes sont, en général, très satisfaites de leur accouchement dans l'eau, le point de vue des professionnels est un peu différent. Si plusieurs sages-femmes de la maternité apprécient de pratiquer ce type d'accouchements, d'autres n'en comprennent pas l'objectif et ne réalisent pas ces accouchements en toute sérénité. Il a été mis en évidence que la plupart des sages-femmes accédaient aux désirs des parturientes principalement dans le but de les accompagner de leur mieux lors de ce moment particulier. Elles ne sont pour autant pas persuadées des bienfaits de cette expérience. La majorité d'entre elles restent cependant convaincues des bénéfices de la balnéothérapie.

Il serait intéressant d'organiser au sein de la maternité, une réunion pluridisciplinaire afin de discuter de l'accouchement aquatique de façon générale. Chacun pourrait alors évoquer son avis, ses souhaits quant à la poursuite de cette pratique de manière générale et le choix qui est laissé ou non aux sages-femmes de les réaliser.

De manière plus générale, au contraire de certains pays voisins, la généralisation de cette pratique en France semble compromise pour le moment. En effet, les professionnels restent mitigés quant à l'accouchement aquatique, tant par le manque de preuves scientifiques que par la difficulté de réalisation de ces accouchements et le stress engendré chez les professionnels. Les propriétés antalgiques et relaxantes de l'eau étant reconnues, notamment par les patientes, la pratique de la balnéothérapie tend, elle, à s'étendre. Beaucoup de maternités en France s'équipent de plus en plus de baignoires de dilatation.

Références bibliographiques

1. Poder TG, Larivière M. Bénéfices et risques de l'accouchement dans l'eau : une revue systématique. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* oct 2014;42(10):706-13.
2. Chevutschi A, Dengremont B, Lensel G, Pardessus V, Thevenon A. La balnéothérapie au sein de la littérature: Applications thérapeutiques. *Kinésithérapie Rev.* nov 2007;7(71):14-23.
3. Collot S, Griveaux H. Principes physiques en balnéothérapie. *Kinésithérapie Rev.* oct 2007;7(70):21-7.
4. Weston CF, O'hare JP, Evans JM, Corral RJ. Haemodynamic changes in man during immersion in water at different temperatures. *Clin Sci.* 1987;73(6):613-6.
5. Pinette MG, Wax J, Wilson E. The risks of underwater birth. *Am J Obstet Gynecol.* mai 2004;190(5):1211-5.
6. Leboyer F. Pour une naissance sans violence [Internet]. Seuil. 1980. Disponible sur: <http://www.seuil.com/livre-9782020055765.htm>
7. Mills MS, Stirrat GM. Water immersion and water birth. *Curr Obstet Gynaecol.* mars 1996;6(1):35-9.
8. Zanetti-Daellenbach RA, Tschudin S, Zhong XY, Holzgreve W, Lapaire O, Hösli I. Maternal and neonatal infections and obstetrical outcome in water birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* sept 2007;134(1):37-43.
9. Richard T. AFNA - Accueil - Naissance aquatique et accouchement dans l'eau. [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.accouchement-dans-leau.com/index.php>
10. UNOF- Le Syndicat des Spécialistes en Médecine Générale - Naissance aquatique : le gynéco boit la tasse [Internet]. Disponible sur: <http://www.unof.org/+Naissance-aquatique-le-gyneco-boit+.html>
11. Liste des maternités pratiquant l'accouchement aquatique en Belgique [Internet]. AlterNatives. Disponible sur: http://www.alternatives.be/Fiches/Lieux-daccouchement/accouchement_aquatique
12. À Ostende, les bébés naissent sous l'eau [Internet]. CLES. Disponible sur: <http://www.cles.com/enquetes/article/ostende-les-bebes-naissent-sous-l-eau>
13. Alderdice, F, Renfrew, M, Marchant S, Ashurst H, Hughes P, Berridge G, et al. Labour and birth in water in England and Wales. *BMJ.* 1995;(310):837.
14. Meyer S-L, Weible C, Woeber K. Perceptions and Practice of Waterbirth: A Survey of Georgia Midwives. *J Midwifery Womens Health.* 55(1):55-9.
15. Harper B. *Gentle Birth Choices.* Inner Traditions / Bear & Co; 2005. 322 p.
16. Paufichet C. Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail. *Rev Sage-Femme.* nov 2004;3(5):197-203.
17. Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2005;33(7):533-8.
18. The Science of Water Birth [Internet]. 2009 [cité 16 nov 2014]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=I2GVlINsZi8&feature=youtube_gdata_player

19. Dahlen HG, Dowling H, Tracy M, Schmied V, Tracy S. Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. *Midwifery*. juill 2013;29(7):759-64.
20. Papile L-A, Baley JE, Benitz W, Carlo WA, Cummings J, Kumar P, et al. Immersion in Water During Labor and Delivery. *Pediatrics*. 4 janv 2014;133(4):758-61.
21. Church LK. Water birth: One birthing center's observations. *J Nurse Midwifery*. juill 1989;34(4):165-70.
22. Otigbah CM, Dhanjal MK, Harmsworth G, Chard T. A retrospective comparison of water births and conventional vaginal deliveries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juill 2000;91(1):15-20.
23. Bardin L. L'analyse du contenu. PUF. 2013. (Quadrige).
24. Couvreur A, Lehuede F. Essai de comparaison de méthodes quantitatives et qualitatives. 2015.
25. Charmillot M, Dayer C. Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques. 2015.
26. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ*. 22 juill 1995;311(6999):251-3.
27. Pires AP. Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2007. (Classiques des sciences sociales.).
28. Gouvernement du Canada, groupe consultatif inter-agences en éthique de la recherche, la recherche qualitative [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.pre.ethics.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/chapter10-chapitre10/>
29. A D C O : Formation Continue personnel maternité, sages-femmes, puéricultrice, infirmière [Internet]. Disponible sur: <http://www.adco-sages-femmes.com/>
30. Bazin N. De l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) au Développement Professionnel Continu (DPC). *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. févr 2013;171(1):28-30.
31. Leblanc R-M. DPC ou développement professionnel continu. *Option/Bio*. mars 2013;24(487):20-2.
32. Carbonne B, Dreyfus M, Schaal J-P, Bretelle F, Dupuis O, Foulhy C, et al. Classification CNGOF du rythme cardiaque fœtal : obstétriciens et sages-femmes au tableau ! *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. oct 2013;42(6):509-10.
33. Deneux-Tharoux C, Delorme P. Épidémiologie de la dystocie des épaules. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2015;44(10):1234-47.
34. Fuchs F. Prévention des facteurs de risque de la dystocie des épaules avant l'accouchement. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2015;44(10):1248-60.

35. Sentilhes L, Sénat M-V, Boulogne A-I, Deneux-Tharoux C, Fuchs F, Legendre G, et al. Dystocie des épaules : recommandations pour la pratique clinique – Texte court. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2015;44(10):1303-10.
36. Harper B. Waterbirth basics - From newborn breathing to hospital protocols. *Midwifery Today Mag.* Summer 2000;
37. Haute Autorité de Santé. Hémorragies du post-partum immédiat [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272417/fr/hemorragies-du-post-partum-immediat
38. Vendittelli F, Tessier V, Crenn-Hébert C, Lejeune C. Introduction à l'évaluation des pratiques professionnelles. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* avr 2008;37(2):127-34.
39. Eriksson M, Mattsson L-Å, Gynaecologist &, Ladfors L. Early or late bath during the first stage of labour: A randomised study of 200 women. *Midwifery.* sept 1997;13(3):146-8.
40. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal College of Midwives, Joint statement No.1. Immersion in water during labour and birth. 2006.
41. Cluett ER. Immersion in water in labour and birth. In Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009.
42. Thoeni A, Zech N, Moroder L, Ploner F. Review of 1600 water births. Does water birth increase the risk of neonatal infection? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2005;17(5):357-61.
43. Geissbühler V, Eberhard J. Waterbirths : A comparative study. A prospective study on more than 2,000 waterbirths. *Fetal Diagn Ther.* 2000;(15):291-300.

Introduction : La maternité de la Teste-de-Buch, près d'Arcachon, permet à ses patientes d'accoucher différemment depuis 1995. Une alternative dans la gestion de la douleur leur est proposée : l'accouchement aquatique.

Matériel et méthode : L'objectif de cette étude a été d'étudier les pratiques des sages-femmes de cette maternité. En effet, plusieurs études ont été réalisées pour analyser les bénéfices et les risques de cette pratique mais la pratique du côté des sages-femmes n'a encore jamais été analysée. Pour ce faire, des entretiens non directifs ont été réalisés. La population était composée de neuf sages-femmes pratiquant l'accouchement dans l'eau.

Résultats et discussion : Lors des entretiens, les sages-femmes ont évoqué leur pratique quant à ce type d'accouchement différent. Elles ont parlé de leur formation pour ces accouchements, de leur pratique et de la réalisation d'un accouchement aquatique. Elles ont également pu évoquer les complications auxquelles elles ont fait face. Quelques-unes des sages-femmes se sont exprimées sur leur expérience personnelle de l'accouchement aquatique. Et enfin, elles ont pu donner leur avis sur leur expérience.

Conclusion : L'accouchement aquatique apparaît comme une bonne alternative pour un accouchement physiologique et sans péridurale. Selon les sages-femmes, les mères semblent très satisfaites de leur expérience. Pour autant, la plupart des praticiennes ne sont pas sereines lorsqu'elles pratiquent ce type d'accouchement. La crainte de la survenue d'une complication se fait toujours ressentir. Pourtant, les bienfaits de la balnéothérapie dans le travail obstétrical ne sont pas remis en cause

Mots-clés : accouchement aquatique, balnéothérapie, sage-femme, physiologie, formation, baignoire

Background : La Teste-de-Buch maternity, near Arcachon, offers the patients to give birth differently since 1995. An option in pain management is proposed : water birth.

Study design : The study aim was to analyse midwives practices in this maternity. Indeed, many studies have been realized about advantages and risks of water birth but midwives practices have never been the object of a study. To do so, no guiding interviews have been used. Nine midwives who practice water birth have been heard.

Results and discussion : During the interviews, the midwives talked about their training for those deliveries, their way to do it. They also talked about the difficulties they had to face. Some of the midwives expressed themselves about their own experience of water birth. Finally, they could give their opinion about this type of delivery.

Conclusion : Water birth appears as a good alternative for a physiological delivery without epidural. According to the midwives, the mothers seems to be very satisfied about their experience. Despite that, most of the midwives aren't serene while they perform this type of delivery. The fear of a sudden appearance of a difficulty has been felt. Yet the benefits of balneotherapy are not questioned.

Keywords : water birth, balneotherapy, midwife, physiology, training, bathtub