



Haute École de Namur – Liège – Luxembourg

Département paramédical Sainte – Élisabeth

Rue Louis Loiseau, 39

5000 Namur

Accouchement dans l'eau : quelles issues maternelles ?

Quels sont les bienfaits et les risques de l'accouchement dans l'eau pour la parturiente, de la phase active du travail à l'accouchement ?

Travail de fin d'études réalisé par :

- Jacquemin Coline
- Sallustio Eva
- Schandeler Eva

En vue de l'obtention du grade de Bachelier Sage-femme

Promotrice : Madame Slomian Justine

Année académique : 2021 - 2022



Haute École de Namur – Liège – Luxembourg

Département paramédical Sainte – Élisabeth

Rue Louis Loiseau, 39

5000 Namur

Accouchement dans l'eau, quelles issues maternelles ?

Quels sont les bienfaits et les risques de l'accouchement dans l'eau pour la parturiente, de la phase active du travail à l'accouchement ?

Travail de fin d'études réalisé par :

- Jacquemin Coline
- Sallustio Eva
- Schandeler Eva

En vue de l'obtention du grade de Bachelier Sage-femme

Promotrice : Madame Slomian Justine

Année académique : 2021 - 2022

Remerciements

Ce travail n'aurait pu aboutir sans l'aide précieuse d'une série de personnes à qui nous tenons particulièrement à témoigner notre gratitude.

Tout d'abord, nous souhaitons remercier notre promotrice, Madame Justine Slomian, ainsi que notre référent théorique, le docteur Thierry Richard, pour tout leur soutien et le temps qu'ils nous ont accordé ainsi que pour leurs conseils judicieux et leur entière disponibilité tout au long de l'élaboration de ce travail.

Nous tenons également à remercier sincèrement nos proches et familles respectives pour leur soutien sans faille tout au long de ces quatre années d'études, qui n'ont pas toujours été faciles. Merci pour leur écoute et leurs encouragements qui nous ont permis d'affronter toutes les difficultés et d'arriver où nous sommes aujourd'hui.

Nos remerciements vont également à l'ensemble des enseignantes sages-femmes pour tout ce qu'elles nous ont apporté durant notre cursus.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| <i>Index des abréviations</i> | 6 |
| <i>I. Introduction</i> | 7 |
| <i>II. Méthodologie</i> | 9 |
| <i>III. Cadre conceptuel</i> | 10 |
| <i>IV. Discussion</i> | 10 |
| A. Durée du travail | 10 |
| B. Gestion et soulagement de la douleur | 12 |
| 1. Sur base d'une échelle visuelle analogique | 12 |
| 2. Sur base du recours ou non à une méthode pharmacologique analgésique | 13 |
| C. Intégrité du périnée | 13 |
| 1. Périnées intacts | 14 |
| 2. Déchirures de degré 1 | 14 |
| 3. Déchirures de degré 2 | 14 |
| 4. Déchirures de degré 3 | 15 |
| 5. Déchirures de degré 4 | 15 |
| 6. Toutes déchirures confondues | 15 |
| 7. Épisiotomies | 15 |
| D. Pertes sanguines et hémorragie de la délivrance | 16 |
| E. Instrumentations et césariennes | 17 |
| F. Expérience de la naissance et satisfaction maternelle | 18 |
| G. Impact pour la pratique sage-femme et lien avec le modèle de l'OMS | 19 |
| <i>V. Conclusion</i> | 21 |
| <i>VI. Bibliographie</i> | 22 |
| <i>VIII. Annexes</i> | 26 |
| A. Représentation schématique du modèle de soins intrapartum de l'OMS (OMS, 2018) | 26 |
| B. Tableau de recension de la littérature | 27 |
| <i>IX. Résumé / Abstract</i> | 35 |

Index des abréviations

- ◇ AC : accouchement conventionnel/classique
- ◇ ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists
- ◇ ADE : accouchement dans l'eau
- ◇ APD : anesthésie péridurale
- ◇ CFSF : Conseil Fédéral des Sages-femmes
- ◇ CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- ◇ D1 : Déchirure du premier degré
- ◇ D2 : Déchirure du deuxième degré
- ◇ D3 : Déchirure du troisième degré
- ◇ D4 : Déchirure du quatrième degré
- ◇ HAS : Haute Autorité de Santé
- ◇ IC : intervalle de confiance
- ◇ KCE : Centre fédéral belge d'expertise des soins de santé
- ◇ OR : Odds ratio
- ◇ OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ◇ RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists
- ◇ RCOM : Royal College of Midwives
- ◇ RR : risque relatif

I. Introduction

Dans le cadre de ce travail de fin d'études, la volonté du groupe de recherche était de traiter un sujet portant sur la physiologie de la naissance. Dans les pays occidentaux, on assiste actuellement à une surmédicalisation croissante de la naissance, où tout est mis en œuvre dans le but - pour citer l'Organisation Mondiale de la Santé (2018) : "*d'initier, accélérer, achever, réguler ou contrôler le processus physiologique de l'accouchement*". Cependant, de telles interventions tendent parfois à ôter aux femmes leur propre pouvoir d'accoucher et peuvent impacter négativement leur expérience d'accouchement (OMS, 2018). On assiste ainsi à un nombre croissant de femmes aspirant à un retour à la physiologie de la naissance, avec un accouchement moins médicalisé ; notamment par le biais d'alternatives non-médicamenteuses de gestion et de soulagement de la douleur, tout en gardant un cadre de sécurité optimal pour elles et leur bébé.

L'accouchement dans l'eau apparaît alors comme une alternative possible de la naissance conventionnelle. Pourtant encore peu répandue, cette pratique existe depuis très longtemps déjà. Dans la littérature, on retrouve des textes mentionnant l'hydrothérapie et la naissance dans l'eau chez les Égyptiens, les Chinois, les Japonais ou encore les peuples grecs et romains (Reid-Campion, 1997, cité par Cluett *et al.*, 2018). En Occident, le premier accouchement dans l'eau documenté date de 1803 et s'est déroulé en France. Par la suite, plusieurs pionniers de la naissance dans l'eau ont encouragé sa promotion à la fin du XXème siècle : Igor Tjarkovsky en Russie dans les années '70 mais aussi Michel Odent. Le premier à avoir pratiqué l'accouchement dans l'eau en France ; il a pu observer que l'eau chaude réduisait la douleur et augmentait, entre autres, la détente et l'ouverture du col (Odent, 1983). Ses recherches ont ensuite été poursuivies par le Dr Thierry Richard, qui inventa dans les années '90 un prototype de baignoire d'accouchement et publia de nombreux articles sur le sujet démontrant les bienfaits et la sécurité de cette pratique. Enfin, parmi ces figures de proue, il serait regrettable de ne pas mentionner le gynécologue flamand Herman Ponette à Ostende, qui propose couramment l'accouchement dans l'eau à ses patientes depuis de nombreuses années (Henrion, 2012).

D'après ces protagonistes, l'accouchement dans l'eau présente de nombreux bienfaits pour la parturiente. Selon Richard (s.d), l'eau chaude induirait une amélioration de l'élasticité du périnée, une diminution de la durée de l'accouchement et de l'intensité des contractions, une diminution des besoins en anesthésie ou encore une réduction des taux de forceps et de césarienne. En somme, l'accouchement dans l'eau représenterait un vécu très positif de la naissance et serait plus doux pour l'enfant. En revanche, il présenterait également des risques, tels que l'hémorragie de la

délivrance, les déchirures périnéales. Chez le nouveau-né, les bienfaits de cette pratique sont encore infondés et la naissance dans l'eau engendrerait aussi potentiellement des risques pour le bébé : rupture du cordon, inhalation d'eau, infection. Malheureusement, il existe encore aujourd'hui trop peu d'éléments probants et de haute fiabilité dans la littérature scientifique permettant de prendre position par rapport à cette pratique. Pour cette raison précise, aux États-Unis, l'ACOG (2016) recommande que l'accouchement ait lieu sur terre et non dans l'eau. En Belgique, le KCE (2010) recommande d'informer les femmes sur cette absence de données probantes, mais préconise de respecter leur choix si elles souhaitent un bain chaud pendant le travail. En France, le CNGOF n'a émis aucune recommandation à ce sujet. Quant à l'Angleterre, le RCOG et le RCOM (2006) acceptent l'accouchement dans l'eau pour les femmes en bonne santé dont la grossesse n'est pas compliquée.

À la suite des toutes premières recherches réalisées sur le sujet, de premiers résultats avaient déjà émergé avec une certaine tendance : pas de risque accru ni pour la mère ni pour l'enfant lors d'un accouchement dans l'eau, comparé à une naissance classique. Peu de données significatives, et encore moins concernant le nouveau-né. Néanmoins, des bienfaits potentiels évoqués chez la mère mériteraient une recherche plus approfondie. En conséquence, il a été décidé de se concentrer uniquement sur le versant maternel de l'impact de l'immersion dans l'eau pendant le travail et l'accouchement. D'autant plus que cela prend tout son sens dans le cadre de la pratique sage-femme. C'est ainsi que la question de recherche suivante s'est posée : « *Quels sont les bienfaits et les risques de l'immersion dans l'eau pour la parturiente, de la phase active du travail à l'accouchement ?* », pour tenter de mettre en lumière les avantages et inconvénients de la naissance dans l'eau pour la mère, à l'échelle de ce travail, et ainsi pouvoir se positionner en tant que futures sages-femmes par rapport à cette pratique.

À la fin de cette recension, un lien sera réalisé avec le modèle de soins intrapartum de l'OMS (2018) pour une expérience positive de la naissance, et des recommandations qui s'en dégagent. Il s'agira, d'une part, de déterminer dans quelle mesure l'immersion dans l'eau pendant le travail et l'accouchement répond aux critères de ce modèle. Et d'autre part, de vérifier si ces recherches peuvent permettre de lever le voile sur cette pratique pour la profession sage-femme.

II. Méthodologie

Afin de répondre à cette question de recherche, une recherche bibliographique a été réalisée dans les bases de données suivantes : Cinahl, PubMed, Google Scholar, Cochrane, Elsevier et Bibliothèque Hénallux Paramédical.

Les différents mots-clés utilisés dans les équations de recherche ont été repris en termes MeSH grâce à l'outil HeTOP. Les principaux mots-clés français sont “Accouchement dans l’eau”, “Issue/Résultat”, “Autonomisation”, “Hémorragie de la délivrance”, “Déchirure”, “Périnée”, “Douleur”, “Soulagement de la douleur”, “Satisfaction”, “Lacération” et “Complication du travail obstétrical”. Leur traduction anglaise en terme MeSH ([MeSH Terms]) donne : "Water Birth" (descripteur Cinahl), “Outcome assessment (health care)”, “Patient participation”, “Postpartum hemorrhage”, “Rupture”, “Perineum”, “Pain”, “Pain clinics”, “Personal satisfaction”, “Lacerations” et “Obstetric labor complications”.

Ces termes MeSH et descripteurs Cinahl ont ensuite été associés à l’aide des opérateurs booléens “OR” et “AND” pour créer des équations de recherches et obtenir des articles scientifiques correspondant à la question de recherche. Voici quelques exemples d’équations ayant donné le plus de résultats : sur PubMed, (“*Water*”[MeSH] AND “*Parturition*” [MeSH]), sur Cinahl (“*Water Birth*” AND “*Personal Satisfaction*+” [MeSH] OR “*Patient Satisfaction*+”), (“*Water Birth*” AND “*Pain*+” [MeSH]) ou encore (“*Water Birth*” AND “*Outcomes (Health care)*”).

Des critères d’inclusion ont été établis afin de définir les articles pertinents et répondant à la question de recherche de ce travail : immersion dans l’eau durant la phase active du travail ET l’accouchement, articles en anglais ou en français, articles ≤ 10 ans (compris entre 2011 et 2021), études portant sur des femmes enceintes à bas risques (c’est-à-dire grossesse sans particularité, absence d’antécédents médicaux et obstétricaux pathologiques, âge gestationnel > 37 semaines d’aménorrhée, grossesse monofœtale, présentation céphalique), articles scientifiques avec texte intégral, tous types d’études (original, littérature de synthèse) et articles dont le sujet correspond aux effets de l’accouchement dans l’eau chez la parturiente. La recherche ne présentait pas de critère d’exclusion.

Après un premier tri, 35 articles ont été lus entièrement. Parmi ceux-ci, 15 articles ont été analysés pour constituer la discussion, dont 11 études originales, 2 revues systématiques, 1 méta-analyse ainsi que 2 méta-synthèses. Le détail de leur analyse se retrouve dans le tableau de recension présent à l’annexe B.

III. Cadre conceptuel

Différents concepts généraux sont utilisés au sein de ce travail. Il semble pertinent d'en donner une brève définition avant de débiter.

Dans le cadre de ce travail, le terme *“Immersion dans l'eau”* correspond à l'immersion de la femme enceinte dans l'eau (abdomen complètement immergé) et ce, peu importe le stade du travail (phase active et phase d'expulsion). *“L'accouchement dans l'eau”* consiste à donner naissance dans un milieu aquatique, le bébé naissant entièrement sous l'eau. Dans le cadre de ce travail, l'accouchement dans l'eau considère les femmes qui ont réalisé l'ensemble de leur travail ainsi que l'expulsion de leur bébé dans l'eau mais aussi les femmes qui ont simplement réalisé une partie de leur travail et l'expulsion de leur nouveau-né dans l'eau. *“La phase active du travail”* correspond à la seconde phase du deuxième stade du travail, caractérisée par des contractions intenses, régulières et évolutives, accompagnées d'une dilatation cervicale favorable (c'est-à-dire de 5 cm jusqu'à dilatation complète avec un effacement favorable voir total).

IV. Discussion

Cette partie présente les résultats de chaque bienfait ou risque de l'accouchement dans l'eau. Comme pour les concepts généraux, une brève définition est énoncée pour chaque item afin de le situer dans le contexte de recherche. L'implication de ces recherches sur la pratique sage-femme, à travers le modèle de soins intrapartum de l'OMS (2018), clôturera cette discussion.

A. Durée du travail

Selon l'OMS (2018), le premier stade du travail est composé de la phase de latence (début des contractions et de la modification cervicale jusqu'à 5 cm) et de la phase active (de 5 cm de dilatation à dilatation complète, à savoir 10 cm). La phase de latence n'a pas de durée établie et dépend souvent d'une femme à l'autre. La phase active ne dépasse normalement pas 12 h pour une nullipare et 10 h pour les accouchements de multipare. Le deuxième stade du travail est la période comprise entre la dilatation complète et la naissance de l'enfant. L'OMS (2018) établit une durée physiologique de maximum 3 h pour une nullipare et de 2 h pour une multipare. Le troisième stade du travail est compris entre la naissance de l'enfant et la délivrance, c'est-à-dire l'expulsion du placenta (HAS, 2017).

Lewis *et al.* (2018) ont comparé des femmes ayant accouché dans l'eau à celles ayant seulement réalisé leur travail dans l'eau. En termes de durée, les auteurs émettent que ces femmes ont davantage de chances de présenter un travail plus court (tous stades confondus), contrairement à

un accouchement conventionnel (AC), et ce de façon significative : premier stade < 4 heures (57% vs 25%, p -valeur¹<0,001), deuxième stade < 60 minutes (83% vs 43%, p <0,001) et troisième stade compris entre 11 et 30 minutes (61% vs 36%, p <0,001). Cependant, il est important de souligner que, dans le groupe de femmes restées dans l'eau pour la naissance, il y a plus de multipares (p <0,001).

Mollamahmutoğlu *et al.* (2012) ont comparé des femmes ayant accouché dans l'eau à celles ayant donné naissance de manière conventionnelle avec et sans anesthésie péridurale (APD) (3 groupes de comparaison). Ils établissent que la durée du premier stade du travail est significativement plus courte pour un AC que pour un accouchement dans l'eau (ADE) ou un accouchement avec APD (*respectivement en minutes* : 240,1 vs 265,5 vs 268,7 ; $p=0,0001$). Au contraire, la durée des deuxième et troisième stades du travail est, selon eux, plus courte pour un ADE que pour un AC avec ou sans APD et ce, de manière significative (*respectivement en minutes* : 10,8 vs 28,3 vs 23,9 ; $p=0,0001$ et 3,8 vs 5,3 vs 8,8, $p=0,0001$). Cette étude compare également l'évolution de ces durées en fonction de la parité des femmes (nullipare vs multipare). Le résultat est identique : un premier stade plus long pour l'ADE et plus court pour les deuxième et troisième stades. Camargo *et al.* (2019) confirment les bienfaits de l'immersion sur la réduction du temps de travail (toutes phases confondues) : une durée de travail inférieure à 4h est plus fréquente pour les ADE, comparés aux AC (49,3% vs 19,4% ; $p=0,001$).

L'étude originale présentée par Ulfssdottir *et al.* (2018) permet de soutenir les résultats précédents concernant le deuxième stade. Elle compare la durée totale qui est inférieure pour l'ADE comparée à l'AC (*en heures* : 6h03 vs 7h52 ; $p=0,001$). Cette étude compare également la longueur de chaque stade du travail entre les deux groupes. Tous les stades sont plus courts dans l'eau ; premier stade (*en heures*) : 5h20 vs 7h14, p <0,001 ; deuxième stade, de la dilatation complète au début des poussées (en minutes) 18,7 vs 41,3, $p=0,002$ et, du début des poussées jusqu'à la naissance (en minutes) 21,6 vs 26,8, $p=0,007$. Il est également intéressant de noter que la proportion de nullipares et de multipares était identique (37,3% vs 62,7%) au sein des deux groupes de comparaison.

Barry *et al.* (2020) présentent des résultats significatifs uniquement pour le troisième stade du travail. Pour le deuxième stade, les résultats sont non-significatifs (c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différence selon le mode d'accouchement). Les auteurs affirment que plus de femmes présentent

¹ En statistiques, lorsque la p -valeur (ou p) est inférieure à 0,05, l'association est dite "statistiquement significative", c'est-à-dire que l'association entre les deux variables étudiées peut être considérée comme réelle.

un troisième stade supérieur à 30 minutes et donc plus long dans le groupe “Immersion” comparé au groupe “Non-immersion” (OR 11,69 (IC 95%) [3.50 to 39.62]). Ils précisent cependant qu’il y a plus de chances que cette phase soit physiologique dans l’eau.

Selon Neiman *et al.* (2019) qui comparent l’accouchement dans l’eau, le travail dans l’eau seulement et la non-immersion, il n’y a pas de différence significative entre l’ADE et l’AC, excepté pour les nullipares pendant le deuxième stade du travail ; plus court dans l’eau (*en minutes* : 32,2 vs 88,4 vs 79,7, $p=0,03$).

En résumé, l’immersion dans l’eau semble apporter un certain nombre d’avantages sur la durée du travail. Pour le premier stade, les résultats sont plutôt controversés et il est difficile de se positionner. Néanmoins, la majorité des études s’accorde pour dire que le deuxième stade est plus court dans l’eau. L’immersion influencerait aussi le troisième stade du travail, en le réduisant mais ce, de manière plus nuancée. Cela pourrait s’expliquer par l’hypothèse que les femmes ne restent pas toujours dans l’eau pour la délivrance. Ces résultats seraient donc plus difficilement interprétables.

B. Gestion et soulagement de la douleur

Selon Bourgeois (2017), la douleur de l’accouchement est bien réelle et soumise à plusieurs variables : l’intensité de la contraction, l’intervalle de repos, l’évolution du travail, le degré de dilatation cervicale et la capacité de relaxation de la parturiente. Cette dernière variable a toute son importance car un état de stress et d’anxiété libère des catécholamines provoquant des répercussions cardio-vasculaires pouvant perturber la dynamique du travail et abaisser le seuil de douleur de la parturiente. Cependant, très subjective et propre à chacune, la douleur de l’accouchement reste délicate à évaluer. Les études analysées évaluent la douleur des parturientes de deux façons différentes.

1. Sur base d’une échelle visuelle analogique

Trois études ont utilisé des échelles pour quantifier le ressenti de la douleur entre le groupe “Travail et/ou accouchement dans l’eau” et le groupe “Travail et accouchement conventionnel”. Liù *et al.* (2014) évaluent la douleur sur un score de 1 à 10 lors de la phase de latence. Ils démontrent une réduction significative de la douleur dans le groupe immergé dans l’eau comparé au groupe conventionnel, 30 minutes après 3 cm de dilatation (6 vs 10, $p<0,001$) et 60 minutes après 3 cm de dilatation (7 vs 10, $p<0,001$). Mollamahmutoğlu *et al.* (2012) permettent de confirmer la réduction de la douleur pendant le travail pour le groupe immergé dans l’eau (nullipares et multipares confondues), par rapport aux accouchements non-immergés avec ou

APD (4.7 ± 1.3 vs 5.8 ± 0.9 vs 5.6 ± 1.1 , $p=0,001$). Ces auteurs apportent une autre notion supplémentaire : la douleur semble moins élevée dans l'eau par rapport aux accouchements classiques avec APD. Ulfsdottir *et al.* (2019) démontrent un score de la douleur (évaluation de 0 à 10) réduit lors du deuxième stade du travail pour le groupe immergé dans l'eau ($6,96$ vs $7,55$, $p=0,046$).

Deux études ont différencié les scores de douleur entre les nullipares et les multipares. Ulfsdottir *et al.* (2019) présentent des résultats non-significatifs, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différence entre une nullipare et une multipare au niveau du ressenti de la douleur suivant le type d'accouchement. Mollamahmutoglu *et al.* (2012) obtiennent quant à eux des résultats significatifs mais très semblables : les primipares scorent la douleur à $4,6 \pm 1,4/10$ et les multipares à $4,7 \pm 1,3/10$. En clair, il n'y a très peu voire pas de différence au niveau du ressenti de la douleur, que la parturiente soit nullipare ou multipare.

2. Sur base du recours ou non à une méthode pharmacologique analgésique

Cinq études ont comparé l'utilisation d'analgésiques durant le travail. Selon Nutter *et al.* (2014), il y a un besoin accru de la part des parturientes d'utiliser des méthodes pharmacologiques (APD, opioïdes, spasmolytiques) pour soulager la douleur lors d'un AC, comparé à un ADE. Barry *et al.* (2022) indiquent qu'il y a 80% moins de chance d'avoir recours à l'APD lors d'un travail dans l'eau (OR ajusté $0,20$ IC 95% [$0,11-0,37$]) par rapport à un travail conventionnel. Snapp *et al.* (2019) affirment qu'il y a 5% de chance en moins d'avoir besoin d'une médication antalgique pour les ADE (RR $0,95$ IC 95% [$0,919-0,983$], $p=0,003$). Cluett *et al.* (2018), dans leur méta-analyse, décrètent qu'il y a 10% de chance en moins d'avoir recours à une APD pour un ADE, comparé à une naissance classique (RR $0,90$ IC 95% [$0,82,0,98$]). Poder et Larivière (2014) retrouvent une diminution de la consommation d'antalgiques lors d'un travail dans l'eau.

Enfin, la méta-synthèse de Feeley *et al.* (2021) confirme les propriétés analgésiques, relaxantes et apaisantes que possède l'eau chaude, et ajoute qu'elle augmente la confiance en soi de la parturiente et ses capacités à faire face à la douleur.

En conclusion, l'ensemble des études semblent aller dans le même sens : l'immersion aurait un impact globalement très positif sur le ressenti de la douleur de la parturiente.

C. Intégrité du périnée

Lors de l'accouchement, il est possible d'observer différentes lésions au niveau du périnée et du vagin. Les déchirures sont les lésions qui se produisent naturellement, sans intervention. Au niveau cutané, des déchirures superficielles peuvent survenir, nommées "éraillures". Situées au niveau du périnée, les déchirures sont classées sous forme de degrés en fonction de leur gravité.

Une déchirure du premier degré (D1) est une déchirure de la peau et des muqueuses. Une déchirure du deuxième degré (D2) touche la peau, la muqueuse et les muscles sous-jacents. Une déchirure du troisième degré (D3) porte atteinte à la peau, les muqueuses et les muscles sous-jacents, jusqu'au sphincter anal sans atteinte de celui-ci, à la différence d'une déchirure du quatrième degré (D4) qui l'atteint lui aussi. Par opposition aux déchirures, l'épisiotomie est un acte chirurgical consistant à couper le périnée au moment de l'accouchement afin d'augmenter son ouverture (Comité éditorial de l'UVMaF, 2014).

L'eau aurait un effet protecteur sur le plancher pelvien pendant le travail et l'expulsion. En effet, la chaleur de l'eau permettrait de réduire les différences de pressions externes et internes que subit le vagin et améliorerait ainsi son élasticité. L'analyse des études suivantes permettra de vérifier cette affirmation.

1. Périnées intacts

Cinq études démontrent un effet positif de l'eau chaude sur l'incidence des périnées intacts. Nutter *et al.* (2014) et Ulfsdottir *et al.* (2018) ont constaté une augmentation de l'incidence des périnées intacts chez les femmes ayant bénéficié de l'immersion, contrairement à celles n'en ayant pas bénéficié. Poder et Larivière (2014) ou encore Lewis *et al.* (2018) (53% pour les ADE vs 32% pour les AC ; $p < 0,001$) ont fait le même constat quand l'expulsion a lieu dans l'eau. Dans leur méta-analyse, Cluett *et al.* (2018) ont également trouvé une association significative entre l'eau et l'augmentation des périnées intacts lorsque l'immersion a lieu durant le premier stade du travail (RR 1.17 IC 95% (1.01,1.37) ; $p = 0,04$).

2. Déchirures de degré 1

Trois articles analysent les D1 et démontrent les mêmes résultats. Les auteurs Camargo *et al.* (2019) ont mis en évidence une augmentation de l'incidence des D1 (40% pour les ADE vs 20% pour les AC, $p = 0,001$). Poder et Larivière (2014) émettent la même constatation dans leur revue systématique de la littérature. Ulfsdottir *et al.* (2018) observent également un surcroît de ce type de déchirures chez les femmes ayant accouché dans l'eau, comparées à celles ayant accouché de façon conventionnelle (54% vs 47% ; $p < 0,05$).

3. Déchirures de degré 2

Deux études (Poder et Larivière, 2014, Camargo *et al.*, 2019 : 40% pour les ADE vs 0% pour les AC, $p = 0,001$) mettent en évidence une influence potentiellement négative de l'eau sur les D2 et se rejoignent pour dire qu'il y aurait une augmentation de leur incidence. Néanmoins, Ulfsdottir *et al.* (2018) objectivent quant à eux, une diminution de la survenue de ces déchirures dans l'eau : 21,7% vs 33,6% conventionnellement ($p < 0,05$).

4. Déchirures de degré 3

Quatre articles constatent une corrélation positive entre l'eau et la diminution de l'incidence de ce type de déchirures. Camargo *et al.* (2019) observent une diminution des D3 à la suite de l'immersion (0% pour les ADE vs 20% pour les AC, $p=0,001$). Les mêmes résultats sont démontrés dans les études de Poder et Larivière (2014), Nutter *et al.* (2014) et Liù *et al.* (2014), dans lesquelles les auteurs concluent à un impact bénéfique de l'eau sur la réduction des déchirures sévères. Néanmoins, trois études (Barry *et al.*, 2020, Ulfsdottir *et al.*, 2018 et 2019) s'entendent pour dire que l'immersion n'a pas d'influence sur l'incidence des D3.

5. Déchirures de degré 4

Trois études observent un effet protecteur de l'eau sur ces déchirures sévères. Les deux revues systématiques (Poder et Larivière, 2014, Nutter *et al.*, 2014) objectivent de moindres D4 chez les femmes ayant accouché dans l'eau, comparées à l'accouchement conventionnel. L'étude originale de Liù *et al.* (2014) démontre également une diminution de leur incidence chez les femmes ayant bénéficié d'une immersion pendant le travail. Par opposition, trois études originales analytiques (Barry *et al.*, 2020, Ulfsdottir *et al.*, 2018 et 2019) s'accordent pour conclure qu'il n'y a pas de modification de l'incidence des D4, que les femmes aient accouché dans l'eau ou non.

6. Toutes déchirures confondues

Carlsson *et al.* (2020) et Mollamahmutoğlu *et al.* (2012) ont mis en évidence une diminution du degré de l'ensemble des lésions et une diminution du risque de complications médicales concernant les déchirures périnéales chez les femmes ayant donné naissance dans l'eau. Cluett *et al.* (2018) et Neiman *et al.* (2020) n'ont cependant pas objectivé de différence sur l'incidence des déchirures des différents degrés, donc pas d'effet de l'immersion. Liù *et al.* (2014) partagent également que l'immersion aurait un impact protecteur sur les dysfonctionnements périnéaux 42 jours après l'accouchement ($p=0,035$).

7. Épisiotomies

Cinq études (Sapp *et al.*, 2020, Camargo *et al.*, 2019 ; $p<0,01$, Neiman *et al.*, 2020, Mollamahmutoğlu *et al.*, 2012 ; $p<0,01$, Liù *et al.*, 2014) constatent que l'eau jouerait un rôle protecteur concernant le nombre d'épisiotomies. Selon ces différents auteurs, il y a un moindre recours à l'épisiotomie (diminution de l'incidence) lors des ADE. Cette diminution pourrait s'expliquer par la réduction des interventions médicales pendant le travail et l'accouchement dans l'eau. Néanmoins, Cluett *et al.* (2018) ainsi que Poder et Larivière (2014) n'ont pu mettre en évidence aucune différence sur le plan statistique concernant le risque d'incidence des épisiotomies, entre les deux types d'accouchements.

En regroupant tous ces résultats, cette recension permet de conclure que l’immersion induit un nombre plus élevé de périnéés intacts (facteur protecteur) mais augmenterait aussi la fréquence des D1 et D2. Cette augmentation pourrait à nouveau s’expliquer en supposant que les soignants sont généralement bien moins interventionnistes et ne touchent pas le périnée des femmes lors d’un accouchement dans l’eau, laissant donc l’accouchement se réaliser de façon physiologique (principe de “Hands off”). À l’inverse, lors d’un accouchement conventionnel, les soignants vont diriger la sortie de la tête de l’enfant dans le but d’essayer de réduire un maximum la survenue d’une déchirure. Une autre hypothèse serait tout simplement que l’eau permettrait de réduire la gravité des déchirures grâce à son effet sur l’élasticité du périnée notamment. **Concernant les D3 et D4, les avis sont davantage mitigés. Malgré tout, il en ressort que l’immersion dans l’eau n’augmenterait pas le risque de survenue de déchirures sévères,** par rapport au risque naturellement présent lors d’un accouchement conventionnel. Elle en serait même un facteur protecteur dans certains cas. **Concernant le recours à l’épisiotomie, les résultats sont positifs et vont dans le même sens : pas de risque accru voire une diminution de son incidence lors des accouchements dans l’eau,** comparé aux accouchements classiques (facteur protecteur).

D. Pertes sanguines et hémorragie de la délivrance

L’hémorragie de la délivrance est définie par l’OMS comme suit : *“perte sanguine d’au moins 500 ml survenant dans les 24 heures suivant un accouchement voie basse et de plus de 1000 ml pour une césarienne.”* (OMS, 2014).

Onze articles ont analysé des données concernant l’estimation des pertes sanguines et donc, de l’incidence de l’hémorragie de la délivrance. Les résultats obtenus sont assez variables car l’estimation des pertes sanguines dans l’eau peut être erronée, et le diagnostic d’hémorragie compliqué à réaliser. Il est ainsi difficile d’évaluer l’incidence et la gravité de celle-ci pour un accouchement dans l’eau.

Deux premières études (Cluett *et al.*, 2018, Snapp *et al.*, 2020) n’ont pu se positionner quant à l’incidence des hémorragies et l’estimation des pertes de sang. Les preuves observées sont peu claires, étant donné la difficulté de quantifier les pertes. Par conséquent, le diagnostic n’est pas évident à réaliser. Ensuite, deux nouvelles études (Barry *et al.*, 2020, Neiman *et al.*, 2020) ont observé une augmentation des hémorragies de la délivrance de plus de 500 ml chez les parturientes immergées durant le travail, par opposition au travail conventionnel. Deux articles (Nutter *et al.*, 2014, Poder et Larivière, 2014) ont démontré qu’il y avait une équivalence voire une diminution des pertes sanguines pour un ADE ainsi qu’une diminution de l’incidence de l’hémorragie si

l'expulsion avait lieu dans l'eau. Dans un même sens, deux autres études (Lewis *et al.*, 2018 ; $p < 0,01$, Mollamahmutoglu *et al.*, 2012) ont démontré qu'il y avait une diminution significative des pertes sanguines. Par opposition, quatre études (Ulfsdottir *et al.*, 2018 et 2019, Liu *et al.*, 2014 et Barry *et al.*, 2020) n'ont objectivé aucune différence significative concernant l'incidence de l'hémorragie, en comparant l'ADE avec l'AC (c'est-à-dire que le risque est égal pour les deux groupes).

Enfin, les auteurs s'accordent difficilement mais une certaine tendance émerge tout de même ; pas de réelle différence observée entre les deux types d'accouchement. Les femmes qui accouchent dans l'eau ne présentent donc pas plus de risque d'avoir des pertes sanguines augmentées voire une hémorragie, comparées à un accouchement conventionnel.

E. Instrumentations et césariennes

L'accouchement instrumenté désigne l'assistance à la naissance d'un nouveau-né par les voies naturelles au moyen d'un instrument adapté (forceps, spatules, ventouse) (CNGOF, 2018). La césarienne est une intervention chirurgicale permettant l'accouchement par incision de l'abdomen et de l'utérus. (HAS, 2013).

Six articles portent sur l'incidence de la césarienne et quatre sur le taux d'accouchements instrumentés. Deux études (Cluett *et al.*, 2018, Poder et Larivière, 2014), statistiquement puissantes, n'ont pu démontrer de différence ni d'effet clair sur l'incidence de l'un ou l'autre item concerné. Deux études originales (Barry *et al.*, 2020, Neiman *et al.*, 2020) ont indiqué une augmentation des césariennes chez les patientes ayant bénéficié d'un bain pendant le travail, mais ces résultats ne sont pas significatifs. Barry *et al.* (2020) ont aussi démontré une diminution des instrumentations chez les patientes immergées pendant le travail et/ou l'accouchement, mais non significative à nouveau. Cependant, deux nouvelles études originales (Lewis *et al.*, 2018, Liù *et al.*, 2014) ont, quant à elles, montré une diminution significative des naissances par césarienne chez les femmes ayant réalisé leur travail dans l'eau, en comparaison avec un travail conventionnel (*respectivement 4% vs 9%, $p < 0,001$ et 3,2% vs 32,9%, $p = 0,026$*). Lewis *et al.* (2018) ont également retrouvé une diminution significative des accouchements voie basse assistés ($p < 0,001$).

Une certaine contradiction émerge cependant des études analysées. En se fiant aux études les plus puissantes et en gardant à l'esprit que les femmes qui accouchent dans l'eau sont considérées comme étant « à bas risque obstétrical », il est plausible d'avancer que l'immersion n'augmente pas le risque de naissance instrumentée ou par césarienne et, qu'en conclusion, elle est aussi sûre qu'un travail et un accouchement conventionnels.

F. Expérience de la naissance et satisfaction maternelle

Le guide de recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement définit cette dernière comme : *“ une expérience qui remplit ou dépasse les attentes et croyances sociales, culturelles et personnelles existantes d'une femme, ce qui inclut l'accouchement d'un enfant en bonne santé dans un environnement clinique et psychologique sûr avec le soutien pratique et émotionnel continu d'un ou de plusieurs compagnons d'accouchement et de personnel clinique bienveillant et compétent sur le plan technique. Il est basé sur le postulat que la plupart des femmes désirent un accouchement et une naissance physiologiques, ainsi qu'un sentiment de réalisation personnelle et de contrôle avec la participation à la prise de décision, même lorsque des interventions médicales sont nécessaires ou souhaitées. ”* (OMS, 2018)

Onze articles de cette recension ont rapporté des résultats concernant l'expérience des femmes et leur satisfaction au sujet de leur ADE. Trois articles font référence à la notion d'empowerment, en décrivant des sentiments accrus de capacité (Barry *et al.*, 2020 ; $p=0,006$, Ulfsdottir *et al.*, 2019 ; $p=0,022$), de force (Barry *et al.*, 2020 ; $p=0,002$) et d'autonomie (Clews *et al.*, 2019) éprouvé par les femmes ayant accouché dans l'eau. Toujours en lien avec l'empowerment, cinq études (Clews *et al.*, 2019, Feeley *et al.*, 2021, Barry *et al.*, 2020 ; $p=0,017$, Carlsson *et al.*, 2020, Ulfsdottir *et al.*, 2019 ; $p=0,004$) rapportent un sentiment de contrôle chez ces femmes, *“associé au sentiment de faciliter la transition pour leur nouveau-né”* (Clews *et al.*, 2019) et lié à *“une concentration centrée sur le corps, une conscience du corps, de la respiration”* (Carlsson *et al.*, 2019).

Les auteurs des trois études suivantes (Feeley *et al.*, 2021, Barry *et al.*, 2020, Carlsson *et al.*, 2020) décrivent aussi un sentiment de sécurité chez les femmes immergées. À ce sujet, Feeley *et al.* (2021) notent des sentiments de protection et d'intimité renforcés, associés à un bien-être mental positif. Les témoignages recueillis par Carlsson *et al.* (2020) mentionnent également un environnement plus naturel, moins *“médicalisé”, “clinique”*.

Nombreux sont les articles de cette recension témoignant des effets positifs qu'apportent la sensation de flottement dans l'eau : Feeley *et al.* (2021) parlent de ces effets bénéfiques sur la liberté de mouvement, les changements de positions, le contrôle et la participation active des femmes pendant le travail. Carlsson *et al.* (2020) classent l'harmonie, la détente, l'apaisement entre et pendant les contractions, le confort, le repos et la récupération parmi les bienfaits les plus rapportés du flottement. Puder et Larivière (2014) indiquent que ces femmes se sont senties plus à l'aise lors de l'expulsion.

Enfin, Barry *et al.* (2020) démontrent eux-aussi le bienfait significatif de l'eau sur la liberté de mouvement ($p < 0,001$).

Quatre études ont rapporté des taux élevés de satisfaction grâce à l'ADE ; selon Cluett *et al.* (2018), augmentation de la satisfaction pour les femmes ayant bénéficié de l'eau durant le deuxième stade du travail, comparées à un deuxième stade du travail conventionnel ($p = 0,02$, $RR 0,24$ IC 95% [0.07, 0.80]). Selon deux revues systématiques de la littérature (Nutter *et al.*, 2014, Poder et Larivière, 2014), un haut niveau de satisfaction est observé après un ADE. La majorité de ces quatre articles (Cluett *et al.*, 2018 ; $RR 0,38$ IC 95% [0.14, 0.98] $p = 0,04$, Poder et Larivière, 2014, Carlsson *et al.*, 2020) précisent que ces femmes souhaitent réitérer l'expérience lors d'une grossesse ultérieure.

Selon deux études, un effet positif de l'eau est aussi observé sur les interactions des parturientes avec les personnes qui les entourent. Feeley *et al.* (2021) indiquent que l'immersion permet et renforce les relations de confiance entre la mère et la sage-femme et/ou la mère et le partenaire. Carlsson *et al.* (2020) ont aussi mentionné l'effet positif de l'immersion sur la proximité du partenaire. Néanmoins, Ulfsdottir *et al.* (2019) ont recensé une diminution significative du support professionnel chez les femmes ayant accouché dans l'eau ($p = 0,019$), par rapport à un AC.

Les auteurs mentionnent que cela pourrait être lié à l'augmentation des propres capacités de ces femmes (comme mentionné ci-dessus) et du rôle de la sage-femme qui devient alors moins central.

Un certain nombre de femmes ont également déclaré que la baignoire avait malgré tout été un obstacle à l'intimité avec leur partenaire. Elle a parfois engendré aussi l'incapacité pour la sage-femme d'être proche d'elles et de les guider. Des problèmes davantage liés aux infrastructures, selon Carlsson *et al.* (2020), plutôt qu'à l'immersion en elle-même.

Tous les résultats de ces études sont donc unanimes et démontrent que l'immersion pendant le travail et l'accouchement offre une expérience très positive de la naissance, avec des taux de satisfaction maternelle tout aussi élevés que pour un accouchement conventionnel, voire plus haut.

G. Impact pour la pratique sage-femme et lien avec le modèle de l'OMS

Pour clôturer cette discussion, voici **un aperçu des points de vue des professionnels de la santé par rapport à l'accouchement dans l'eau**. Une étude transversale d'Ulfsdottir *et al.* (2020) réalisée en Suède compare les avis de 1467 sages-femmes, de 105 gynécologues et de 37

néonatalogues. Elle révèle que ce sont les gynécologues qui sont le moins favorables à l'instauration de l'ADE en Suède. Les sages-femmes ont une attitude plus positive par rapport à cette pratique. Elles ont également plus d'expérience et de connaissances dans le domaine. Les gynécologues ne sont pas favorables à la promotion de cette alternative sous prétexte de risques fœto-maternels sans fondement *evidence based*. La différence d'opinion entre ces deux groupes de professionnels de l'obstétrique serait liée à la vision différente qu'ils portent à la naissance, enseignée lors de leur formation.

À ce sujet, le profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge (CFSF, 2015) décrit la sage-femme comme la ***“gardienne de la grossesse, du travail et du post-partum physiologiques”***. Elle est donc la professionnelle la mieux placée pour assurer le suivi du travail et l'accompagnement de l'accouchement physiologique. Or, l'ADE est un accouchement physiologique. Pourtant, dans la formation initiale de sage-femme, cette pratique n'est que très peu voire pas abordée. Elle s'acquiert plutôt par l'expérience et la formation par les pairs. Des formations spécifiques existent aussi, sur base volontaire, après l'obtention du diplôme.

La sage-femme est aussi ***“promotrice de qualité, en dispensant de façon autonome des soins professionnels, de haute qualité et sécuritaire ainsi qu'en contribuant à la mise en place d'innovations.”*** (CFSF, 2015). Les résultats ci-dessus démontrent que l'ADE serait aussi sûr qu'une naissance classique. Et d'un point de vue qualitatif, il serait même supérieur. En effet, en reprenant le modèle de soins intrapartum de l'OMS (2018) (cfr. Annexe A) pour une expérience positive de la naissance, l'accouchement dans l'eau s'inscrit dans la plupart de ses items ; *“Soins maternels respectueux”, “Soutien psychologique de la personne de son choix”, “Stratégies de soulagement de la douleur”, “Mobilité et position d'accouchement choisie”,* etc. Ce modèle est la mise en application des recommandations de l'OMS (2018) ayant pour objectif l'amélioration de la qualité des soins intrapartum, afin d'améliorer le pronostic de la mère et de son bébé. Il tend à renforcer les capacités des femmes à accoucher en réduisant les interventions inutiles tout en leur assurant une prise en charge holistique, individualisée, basée sur des données factuelles ainsi que l'identification et la prise en charge rapides des complications. Il se veut universel, adaptable à tous les pays et systèmes de santé.

La sage-femme est dite également ***“praticienne de soins evidence based, dispensant des soins étayés scientifiquement en intégrant les nouvelles connaissances scientifiques et en participant à la recherche axée sur la pratique.”*** (CFSF, 2015)

V. Conclusion

Les principales motivations de ces recherches étaient de mettre en lumière, à travers l'accouchement dans l'eau, une alternative physiologique à la naissance conventionnelle et d'en énoncer les bienfaits et les risques principaux pour la parturiente.

Ce travail a mis en évidence de nombreux effets bénéfiques de l'accouchement dans l'eau. D'abord la réduction de la durée du travail obstétrical (principalement pour le deuxième stade du travail). Ensuite, une nette diminution de la perception de la douleur et une diminution du recours aux méthodes pharmacologiques analgésiques sont observées. Au sujet de l'impact sur le périnée, il y a une augmentation des périnées intacts ainsi que des déchirures de degré 1 et 2. Concernant l'incidence des déchirures sévères (3^{ème} et 4^{ème} degrés), il n'y a pas de réelle différence, voire une légère amélioration observée. L'accouchement dans l'eau n'augmente pas non plus le risque hémorragique. De plus, le besoin de recourir à l'épisiotomie, aux instrumentations (forceps, ventouse) et à la césarienne sont identiques à un accouchement conventionnel. Il n'y a pas de risque supplémentaire. Enfin, une amélioration nettement significative de l'expérience et de la satisfaction maternelle pendant le travail et l'accouchement dans l'eau est également observée.

Lors d'un travail ultérieur, il serait pertinent d'axer davantage les recherches sur le rôle de la sage-femme dans la promotion et l'accompagnement de cette pratique dans les salles de naissances. Comme constaté, la pratique de l'accouchement dans l'eau ne représenterait finalement pas une pratique plus risquée qu'une naissance conventionnelle, même si des recherches plus poussées et plus puissantes sur le plan statistique sont encore nécessaires pour le confirmer. À ce sujet, une implication plus appuyée de la sage-femme dans la recherche afin de mettre à jour les recommandations pourrait s'avérer utile. En parallèle, la formation des sages-femmes à la pratique de l'accouchement dans l'eau pour que celle-ci devienne une pratique courante et sécuritaire représenterait une belle avancée. Une question plus ciblée peut alors se poser :

“Comment faire de l'accouchement dans l'eau une pratique courante dans les salles de naissance et quel peut être le rôle de la sage-femme dans la promotion de cette pratique, en termes de formation et de recherches ?”

VI. Bibliographie

- ◇ Barry, P., McMahon, L., Banks, R., Fergus, A. & Murphy, D. (2020). Prospective cohort study of water immersion for labour and birth compared with standard care in an Irish maternity setting. *BMJ Open*, 10(12). doi: 10.1136/bmjopen-2020-038080
- ◇ Bourgeois, A. (1997). *L'OBSTÉTRIQUE SE MET À L'EAU : Accouchement aquatique : Mise au point* (Thèse de doctorat en médecine).
- ◇ Camargo, J., Varela, V., Ferreira, F., Chofakian, C., Osava, R., Araujo, N., Narchi, N., Santos, M., Nené, M. & Grande, C. (2019). Perineal outcomes and its associated variables of water births versus non-water births: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19(4), <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400003>
- ◇ Carlsson, T., & Ulfsdottir, H. (2020). Waterbirth in low-risk pregnancy: An exploration of women's experiences. *Journal of advanced nursing*, 76(5), 1221-1231.
- ◇ Clews, C., Church, S. & Ekberg, M. (2019). Women and waterbirth: A systematic meta-synthesis of qualitative studies. *Women and Birth*, 33(6), 566-573, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.11.007>
- ◇ Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD000111. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>
- ◇ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) (2010). Recommandations de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. *KCE reports 139b*. [PDF] https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_139B_recommandations_accouchement_à_bas_risque.pdf
- ◇ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2018). *Protocoles en gynécologie obstétrique*. Elsevier Health Sciences.
- ◇ Comité éditorial de l'Université Médicale Virtuelle Francophone (2014). Complications traumatiques de l'accouchement [PDF]. http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/complications_traumatiques/site/html/cours.pdf

- ◇ Conseil Fédéral des Sages-femmes (2015, 12 mai). Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge [PDF]. https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2019/09/2015_06_cfsf_frvv_bijlage_ii_profil_professionnel_12_05.pdf
- ◇ Feeley, C., Cooper, M., & Burns, E. (2021). A systematic meta-thematic synthesis to examine the views and experiences of women following water immersion during labour and waterbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 2942-2956.
- ◇ Haute Autorité de Santé (2013). La césarienne, ce que toute femme enceinte devrait savoir... [PDF] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf
- ◇ Haute Autorité de Santé (2017). Recommandation de bonne pratique. *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. [PDF] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf.
- ◇ Henrion, C. (2012). L'accouchement dans l'eau : une étude descriptive évaluant les issues maternelles et néonatales. *Mémoire de l'école de sages-femmes Baudelocque*.
- ◇ Kernbaum, S. (2008). *Dictionnaire de médecine Flammarion*. (8ème édition). Flammarion Medecine-Sciences.
- ◇ Lewis, L., Hauck, Y. L., Butt, J., & Hornbuckle, J. (2018). Obstetric and neonatal outcomes for women intending to use immersion in water for labour and birth in Western Australia (2015–2016): A retrospective audit of clinical outcomes. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 58(5), 539-547.
- ◇ Liu, Y., Liu, Y., Huang, X., Du, C., Peng, J., Huang, P. & Zhang, J. (2014). A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. *BMC Pregnancy Childbirth*.
- ◇ Mollamahmutoğlu, L., Moraloğlu, O., Ozyer, S., Su, F. A., Karayağın, R., Hançerlioğlu, N., Uzunlar, O., & Dilmen, U. (2012). The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 13(1), 45–49. <https://doi.org/10.5152/jt>

- ◇ Neiman, E., Austin, E., Tan, A., Anderson, C. M., & Chipps, E. (2020). Outcomes of waterbirth in a US hospital-based midwifery practice: a retrospective cohort study of water immersion during labor and birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(2), 216-223.
- ◇ New Zealand College Of Midwives (2015). Consensus statement : The use of water for labor and birth. [PDF] <https://www.midwife.org.nz/wp-content/uploads/2019/05/The-Use-of-Water-for-Labour-and-Birth.pdf>
- ◇ Nutter, E., Meyer, S., Shaw-Battista, J., & Marowitz, A. (2014). Waterbirth: An Integrative Analysis of Peer-Reviewed Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(3), 286–319. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12194>
- ◇ Odent, M. (1983). Birth under water. *The Lancet*, 322(8365), 1476-1477.
- ◇ Organisation Mondiale de la Santé (2017). *Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum* [PDF]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141487/9789242548501_fre.pdf;jsessionid=A04F948749678076CD75633822FE3248?sequence=1
- ◇ Organisation Mondiale de la Santé (2018). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Résumé* [PDF]. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/fr/>
- ◇ Organisation Mondiale de la Santé (2018). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement* [PDF]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339794/9789290313366_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ◇ Poder, T. & Larivière, M. (2014). Advantages and disadvantages of water birth. A systematic review of the literature. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité Volume 42*, Issue 10, October 2014, Pages 706-713. doi: [10.1016/j.gyobfe.2014.05.018](https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.05.018)
- ◇ Richard T. (s.d.). Association Française de Naissance Aquatique. *Pourquoi accoucher dans l'eau ?* <https://accouchement-dans-leau.com/about/>
- ◇ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, R. (2006). Immersion in water during labour and birth. *Joint statement No. 1.* [PDF] <http://activebirthpools.com/wp-content/uploads/2014/05/RCOG-waterbirth.pdf>

- ◇ Sizaret, A. (2008). *Faire le tour de la promotion de la santé... en 180 minutes (ou presque)*. IREPS Bourgogne. https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/2.4.dossier_documentaire.pdf
- ◇ Snapp, C., Stapleton, S., Wright, J., Niemczyk, N. & Jolles, D. (2020). The Experience of Land and Water Birth Within the American Association of Birth Centers. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 34(1), 16-26, doi: 10.1097/JPN.0000000000000450
- ◇ The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 679 : Immersion in Water During Labor and Delivery. (2016). *Obstetrics and gynecology*, 128(5), e231–e236. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001771>
- ◇ Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2018). Waterbirth in Sweden—a comparative study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 97(3), 341-348.
- ◇ Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2019). Women's experiences of waterbirth compared with conventional uncomplicated births. *Midwifery*, 79, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102547>.
- ◇ Ulfsdottir, H., Saltvedt, S. & Georgsson, S. (2020). Testing the waters — A cross-sectional survey of views about waterbirth among Swedish health professionals. *Women and Birth*, 33(2), 186-192, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.003>
- ◇ @student_midwife_studygram (2021, 1er juin). *Waterbirth* [Dessin]. Insragram <https://www.instagram.com/p/CPk7LUiAC7N/>

VII. Lexique

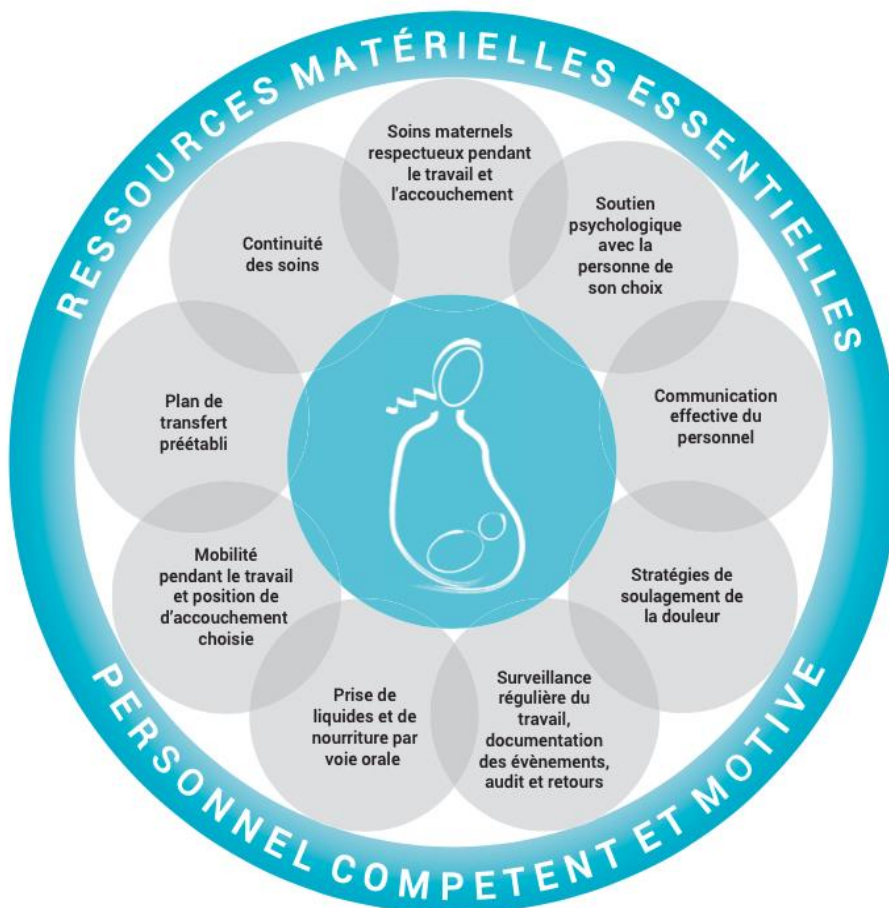
- ◇ Empowerment : *“Processus par lequel une personne accroît son pouvoir sur les décisions et les actions qui influent sur sa santé.”* (Sizaret, 2008)
- ◇ Multipare : *“Femme dont l'accouchement a été précédé d'un ou de plusieurs accouchements.”* (Kernbaum, 2008)
- ◇ Nullipare : *“Femme n'ayant jamais accouché.”* (Kernbaum, 2008)
- ◇ Primipare : *“Femme qui accouche pour la première fois.”* (Kernbaum, 2008)

Index des annexes

- Annexe A : Représentation schématique du modèle de soins intrapartum de l’OMS (OMS, 2018)
- Annexe B : Tableau de recension de la littérature

VIII. Annexes

A. Représentation schématique du modèle de soins intrapartum de l’OMS (OMS, 2018)



B. Tableau de recension de la littérature

S = significatif

NS = non-significatif

| Articles Auteurs (Année) | Type d'étude | Public cible Méthode d'échantillonnage | Buts, objectifs, concepts | Résultats |
|---|---|---|---|---|
| Barry, P., McMahon, L., Banks, R., Fergus, A. & Murphy, D. (2020). Prospective cohort study of water immersion for labour and birth compared with standard care in an Irish maternity setting. | Étude originale, analytique, Prospective cohort | Étude de 190 femmes à bas risques, dont 100 accouchements dans l'eau et 90 conventionnels. Recrutement entre janvier 2016 et janvier 2019. Via un essai randomisé contrôlé. | Examiner les résultats de naissance pour la femme et son nouveau-né après une immersion pendant le travail, ou pour une immersion pendant le travail et l'accouchement. | <p>Durée du troisième stade du travail supérieur à 30 min pour le groupe immergé dans l'eau contre aucune immersion, ensuite troisième stade supérieur à 30 min pour le groupe accouchement dans l'eau comparé à une immersion pendant le travail (S) ; augmentation de la physiologie de ce stade pour l'immersion (S).</p> <p>Diminution du recours à la péridurale (S).</p> <p>Il y a 2x fois plus de chance d'avoir des pertes de sang supérieures à 500 mL pour une immersion dans l'eau (accouchement et/ou travail) (S). Pertes de sang supérieures à 1000 mL (NS).</p> <p>Déchirure du 3ème et 4ème degré (NS).</p> <p>Pour les nullipares : diminution du recours à la péridurale (S), 2x fois plus d'accouchement voie basse (S), suture du périnée (NS), déchirure du 3ème ou 4ème degré (NS), presque 3x fois plus de pertes de sang supérieures à 500 mL (S) et plus de 1000 mL (NS).</p> <p>Expérience : la femme s'est sentie capable (S), forte (S), fatiguée (S), heureuse (S) et a moins ressenti la douleur (S). Elle a reçu un support professionnel (NS). Sentiment de sécurité (S) avec plus de souvenir positif, diminution de la peur.</p> <p>Participation : liberté de mouvement (S), à son mot à dire (S) et choix soulagement de la douleur (S). 62% moins d'instrumentation (NS), 37% plus de césarienne (NS).</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>Camargo, J., Varela, V., Ferreira, F., Chofakian, C., Osava, R., Araujo, N., Narchi, N., Santos, M., Nené, M. & Grande, C. (2019). Perineal outcomes and its associated variables of water births versus non-water births: a cross-sectional study.</p> | <p>Étude transversale et observationnelle quantitative</p> | <p>Étude sur 104 femmes enceintes à bas risque dont 73 ont eu un accouchement dans l'eau et 31 accouchements conventionnels. Entre 2011 et 2014.</p> | <p>Décrire les résultats du périnée selon l'accouchement dans l'eau ou conventionnel.</p> | <p>49,3% des femmes ayant accouché dans l'eau ont eu une durée de travail inférieure à 4h comparé à 19,4% pour le groupe conventionnel (S). Diminution des poussées dirigées dans l'eau (S). Taux de périnée intact identique (S), diminution d'épisiotomie (S), augmentation de 1er et 2ème degré de déchirure (S), absence de 3ème degré (S).</p> |
| <p>Carlsson, T., & Ulfsdottir, H. (2020). Waterbirth in low-risk pregnancy: An exploration of women's experiences.</p> | <p>Étude originale, analytique, qualitative</p> | <p>Étude de 111 femmes entre décembre 2015 à octobre 2018, Échantillonnage à participation volontaire</p> | <p>Évaluer les expériences des femmes ayant accouchées dans l'eau en explorant les bénéfiques, les expériences négatives ainsi que les informations préparatoires données relatives à un accouchement dans l'eau</p> | <p>Soulagement de la douleur pendant la phase active du travail. Le risque de complications médicales, en particulier les déchirures périnéales, est diminué. Sentiments positifs généraux : harmonie, détente, apaisement entre et pendant les contraction, confort, repos et récupération Contrôle accru : concentration centrée sur le corps, conscience du corps, de la respiration Sentiment de sécurité, environnement plus naturel, moins "médicalisé", "clinique" et proximité du partenaire</p> |
| <p>Clews, C., Church, S. & Ekberg, M. (2019). Women and waterbirth: A systematic meta-synthesis of qualitative studies.</p> | <p>Méta-synthèse</p> | <p>/</p> | <p>Obtenir une vision qualitative des expériences des femmes ayant accouchées dans l'eau afin de pouvoir les accompagner dans leur démarche</p> | <p>Expérience appréciée par les femmes : possibilité d'exercer une autonomie dans leur choix de naissance, sentiment de contrôle associé au sentiment de faciliter la transition pour leur nouveau-né</p> |

| | | | | |
|--|----------------------|----------|--|---|
| <p>Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth.</p> | <p>Méta-analyse</p> | <p>/</p> | <p>Évaluer les effets de l'immersion pendant le travail et/ou l'accouchement (1er, 2ème et 3ème stade du travail) sur la mère et son nourrisson</p> | <p>1^{er} stade du travail plus court pour le groupe immersion (S) Pas de différence claire concernant le 2ème stade du travail Intensité de la D+ : expérience de D+ modérée à sévère globalement plus faible pour le groupe immersion pdt le 1er stade du travail (S) Légère réduction du recours à une anesthésie régionale chez le groupe immersion à n'importe quel stade du travail (S) Hémorragie de la délivrance/pertes sanguines : pas de preuve établie Pas d'effet clair de l'immersion dans l'eau à n'importe quel stade du travail sur l'incidence des D2, D3, D4 et épisiotomies Augmentation des PI pour le groupe immersion durant le 1er stade du travail (S) et idem concernant l'immersion durant n'importe quel stade du travail mais NS. Augmentation de la satisfaction pour le groupe immersion pdt le 2e stade du travail (S) Pas d'effet clair de l'immersion dans l'eau sur le recours aux instrumentations et aux césariennes</p> |
| <p>Feeley, C., Cooper, M., & Burns, E. (2021). A systematic meta-thematic synthesis to examine the views and experiences of women following water immersion during labour and waterbirth.</p> | <p>Méta-synthèse</p> | <p>/</p> | <p>Recueillir, évaluer, synthétiser et interpréter les sentiments, les points de vue et les expériences des femmes ayant utilisé l'immersion pendant le travail et/ou l'accouchement</p> | <p>Effet positif sur la deuxième phase du travail au niveau du contrôle et du feeling, pas sur la réduction de la durée Propriétés analgésiques de l'eau chaude, augmente la confiance en soi et les capacités à gérer et faire face à la D+ Effets positifs de se sentir flotter dans l'eau (liberté de mouvement, changements de positions, contrôle et participation active pendant le travail) L'immersion dans l'eau a renforcé les relations de confiance entre mère-sage-femme et/ou mère-partenaire. Sentiments de sécurité, de protection et d'intimité renforcés (bien-être mental positif) Facilite un état de conscience modifié positif.</p> |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | | | | Expérience de naissance globalement positive, responsabilisante, et extatique de la naissance avec des implications positives pour la période postnatale. |
| Lewis, L., Hauck, Y. L., Butt, J., & Hornbuckle, J. (2018). Obstetric and neonatal outcomes for women intending to use immersion in water for labour and birth in Western Australia (2015–2016): A retrospective audit of clinical outcomes. | Étude originale, analytique, rétrospective | Étude de 502 femmes à bas risques dont 303 ont réalisé leur travail et/ou leur accouchement dans l'eau Entre juillet 2015 et juin 2016 Échantillonnage à participation volontaire | Évaluer les résultats obstétricaux et néonataux des femmes ayant l'intention d'utiliser l'immersion pour leur travail ou l'accouchement | Les femmes qui ont fait leur travail dans l'eau étaient plus susceptibles d'avoir un accouchement vaginal spontané Durée du travail : 1er stade du travail d'une durée ≤ 240 min (S) ; plus de chance d'avoir un deuxième stade du travail d'une durée ≤ 60 min pour le groupe ADE (S) et un troisième stade du travail d'une durée de 11 à 30 min (S) Saignement : une perte de sang estimée < 500 ml (S) Périnée : augmentation des périnées intacts (S) La flottabilité de l'immersion dans l'eau permet aux femmes de se déplacer plus librement que sur la terre ferme, ce qui peut contribuer au soulagement de la douleur, favoriser la satisfaction de la mère et optimiser la position du fœtus pour un accouchement vaginal spontané |
| Liù, Y., Liu, Y., Huang, X., Du, C., Peng, J., Huang, P. & Zhang, J. (2014). A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. | Étude originale | Étude de 108 femmes à bas risque, 38 ont eu une immersion et 70 ont eu un travail et un accouchement conventionnel Juin 2009 à février 2011 Échantillonnage à participation volontaire | Comparer les résultats maternels et néonataux des femmes ayant bénéficié d'une immersion lors de leur premier stade de travail comparé à celles ayant réalisé un travail et un accouchement conventionnel | Les scores de douleur étaient significativement plus élevés dans le groupe de travail conventionnel à 30 min et 60 min après une dilatation cervicale de 3 cm (S). La durée de chaque stade et les saignements post-partum étaient similaires entre les groupes (NS). Le taux de césarienne était plus élevé dans le groupe de travail conventionnel (S) L'immersion dans l'eau et l'accouchement permettrait de soulager la douleur du travail et réduire l'utilisation d'analgésiques Effet protecteur de l'immersion dans l'eau pendant le travail sur la fonction du plancher pelvien → réduction des lésions des tissus graves du plancher pelvien et les dysfonctionnements ultérieurs du plancher pelvien, moindre recours à l'épisiotomie. L'incidence des symptômes |

| | | | | |
|--|----------------------------|---|--|---|
| | | | | d'insuffisance urinaire précoce 42 jours après l'accouchement dans le groupe d'immersion dans l'eau était significativement plus faible que dans le groupe de travail conventionnel (S) |
| Mollamahmutoğlu, L., Moraloğlu, O., Ozyer, S., Su, F. A., Karayağın, R., Haçerlioğlu, N., Uzunlar, O., & Dilmen, U. (2012). The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. | Étude prospective cohort | Étude de 207 femmes ayant accouché dans l'eau comparées à 204 femmes ayant accouché par voie basse conventionnellement et 191 femmes ayant accouché par voie basse avec anesthésie péridurale Juin 2007 à septembre 2008 Échantillonnage à participation volontaire | Documenter la pratique de l'accouchement dans l'eau, évaluer les effets de l'immersion dans l'eau pendant le travail et/ou l'accouchement (stades 1, 2 et 3) sur le bien-être maternel, fœtal et néonatal et comparer les résultats et la sécurité avec les accouchements vaginaux conventionnels et les accouchements avec analgésie épidurale. | 1ère phase du travail plus longue mais 2ème et 3ème phase plus courte Score EVA diminué, diminution de l'utilisation de l'analgésie péridurale Délivrance plus rapide et diminution des pertes de sanguines Augmentation des lacérations mais diminution du degré de la lésion (S) Diminution des épisiotomies (S) Diminution des inductions donc plus d'accouchement vaginaux spontané |
| Neiman, E., Austin, E., Tan, A., Anderson, C. M., & Chipps, E. (2020). Outcomes of waterbirth in a US hospital-based midwifery practice: a retrospective cohort study of water immersion during labor and birth. | Étude cohort rétrospective | Étude de 230 femmes à bas risque séparées en 3 catégories : 58, accouchements dans l'eau, 61 travail dans l'eau et 111 ni l'un ni l'autre Échantillonnage à participation volontaire | Mettre en avant des preuves maternelles et néonatales liées au travail et à l'accouchement ayant été réalisé en immersion | Durée du travail : 2ème phase plus courte (nulli- et multipares confondues) (NS). 2ème phase plus courte chez la nullipare (S). 1ère phase plus courte chez la nullipare (NS). 3ème phase plus longue chez la nullipare (NS) Césariennes : Diminution dans le groupe ADE par rapport aux accouchements classiques (NS) Intégrité du périnée : Pas de différence (NS) Épisiotomie : Diminution dans le groupe ADE par rapport aux accouchements classiques Hémorragie de la délivrance/pertes sanguines : |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | <p>Augmentation des hémorragies dans le groupe ADE par rapport aux accouchements classiques (S)</p> <p>Satisfaction : Haute pour tous les groupes, pas de différence</p> |
| <p>Nutter, E., Meyer, S., Shaw-Battista, J., & Marowitz, A. (2014). Waterbirth: An Integrative Analysis of Peer-Reviewed Literature.</p> | <p>Revue systématique de la littérature</p> | / | <p>Analyser de manière critique les données probantes sur les résultats maternels et néonataux à la suite d'un accouchement se réalisant dans l'eau afin d'aider à éclairer la bonne pratique clinique fondée sur des données probantes</p> | <p>Soulagement et vécu de la D+ : Accouchement dans l'eau associé à une diminution d'utilisation de méthodes pharmacologiques. Sensation de D+ plus faible après ADE</p> <p>Intégrité du périnée : Diminution probable des déchirures sévères. Augmentation de l'incidence des périnées intacts.</p> <p>Hémorragie de la délivrance/pertes sanguines : Équivalence voire diminution par rapport à l'accouchement classique !\</p> <p>Interprétation résultats compliquée entre ≠ études</p> <p>Satisfaction : Accouchement dans l'eau associé à un niveau élevé de satisfaction au point de vue de la douleur + accouchement</p> |
| <p>Poder, T. & Larivière, M. (2014). Advantages and disadvantages of water birth. A systematic review of the literature.</p> | <p>Revue systématique de la littérature</p> | / | <p>Retracer l'état des connaissances scientifiques sur l'accouchement dans l'eau afin de déterminer si celui-ci peut être généralisé au sein des hôpitaux.</p> | <p>Phase de travail :</p> <p>Réduction du taux d'utilisation d'analgésiques pharmacologiques (S)</p> <p>Diminution de la durée du 2ème stade de travail (diminution de ± 30-60 min, S)</p> <p>Faible différence, voire aucune différence concernant l'incidence des extractions instrumentales, des césariennes (S) et le volume de saignement</p> <p>Diminution du recours à l'épisiotomie (NS)</p> <p>Haut niveau de satisfaction avec leur expérience d'immersion, les femmes ayant fait cette expérience souhaitent à nouveau être immergées dans l'eau pour une grossesse ultérieure</p> <p>Phase d'expulsion :</p> <p>Diminution de la durée de la phase d'expulsion (NS)</p> <p>Extraction instrumentale et césarienne idem accouchement terre</p> |

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|---|
| | | | | <p>Réduction du taux d'épisiotomies avec une expulsion dans l'eau</p> <p>Plus de déchirures de 1er et 2e degrés avec immersion dans l'eau, alors que le contraire survient lorsqu'il s'agit de déchirures de 3e et 4e degrés. Concernant les déchirures labiales et vaginales, les résultats sont partagés.</p> <p>Plus de périnées intacts avec une expulsion dans l'eau.</p> <p>Réduction des pertes de sang et des hémorragies</p> <p>Plus à l'aise dans l'eau et ont jugé que l'immersion avait un effet antalgique</p> |
| <p>Snapp, C., Stapleton, S., Wright, J., Niemczyk, N. & Jolles, D. (2020). The Experience of Land and Water Birth Within the American Association of Birth Centers.</p> | <p>Étude originale descriptive</p> | <p>Étude de 26 684 femmes dont 10 252 ADE et 16 432 AC réalisée entre 2012 et 2017</p> <p>Échantillonnage à participation volontaire</p> | <p>Rapporter les données socio-démographiques ainsi que les résultats des accouchements ayant eu lieu sur terre et dans l'eau au sein de pratiques d'accouchement communautaires en fournissant des données au registre de données périnatales de l'AABC.</p> | <p>Moins susceptibles d'utiliser des analgésiques pharmacologiques (S)</p> <p>Diminution du recours à l'épisiotomie (S) et de l'incidence des lacérations génitales (S)</p> <p>Diminution de la durée des 1ère et 2ème phases de travail (S)</p> <p>Moins de dystocies des épaules pour les naissances dans l'eau (S) → femmes à risque sortie de l'eau au préalable</p> <p>L'hémorragie du post-partum était moins susceptible d'être diagnostiquée après un accouchement dans l'eau (S)</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <p>Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2018). Waterbirth in Sweden—a comparative study.</p> | <p>Étude originale, analytique, rétrospective cohort</p> | <p>Recrutement de mars 2014 à novembre 2015. 612 femmes enceintes à bas risques participant à l'étude (306 ADE, 306 AC).</p> | <p>Décrire et comparer les résultats et caractéristiques de l'accouchement dans l'eau comparé à l'accouchement conventionnel dans les mêmes cliniques.</p> | <p>Diminution d'induction du travail (NS) Diminution d'amniotomie (S), avec augmentation des membranes intactes à l'accouchement (S). Diminution de la durée du premier stade (S) Diminution du temps du 2ème stade de la dilatation complète aux poussées (S) et diminution du même stade des poussées à la naissance (S) Troisième stade pratiquement identique (NS). Échelle de l'expérience de l'accouchement : augmentation du score entre 8 et 10 sur 10 (S).</p> |
| <p>Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2019). Women's experiences of waterbirth compared with conventional uncomplicated births.</p> | <p>Étude originale, analytique, Prospective cohort</p> | <p>Population de 215 femmes 6 semaines en post-partum dont 111 ont accouché dans l'eau et 104 ont eu un accouchement voie basse non-complicé.</p> | <p>Évaluer et comparer les expériences d'accouchement entre des femmes ayant accouché dans l'eau et d'autres ayant accouché de manière conventionnelle.</p> | <p>Augmentation du nombre de multipares (S), durée du travail plus court pour l'accouchement dans l'eau (S) avec un temps diminué pour le groupe nullipare (S) et diminué pour le groupe multipare (NS). Diminution de la durée active du 2ème stade (NS). Diminution de l'amniotomie (S). Diminution de l'utilisation d'ocytocine (S). L'expérience du second stade du travail est plus positive : sentiment de capacité augmenté (S), sentiment de contrôle augmenté (S), la possibilité de choisir la position est augmentée (S), le score de la douleur est diminué (S) et selon le questionnaire le support professionnel est diminué (S)</p> |

IX. Résumé / Abstract

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les bienfaits et les risques de l'immersion pour la parturiente, de la phase active du travail à l'accouchement. L'autre but de ces recherches est d'apporter un autre regard sur cette alternative et permettre une avancée pour la pratique sage-femme.

Cette recension a démontré de nombreux bienfaits de l'immersion : réduction du travail, diminution de la douleur et du recours aux méthodes pharmacologiques analgésiques, augmentation des périnéés intacts, satisfaction maternelle élevée et vécu très positif de la naissance. Pas de différence significative observée avec un accouchement classique concernant les pertes sanguines, les déchirures sévères et le taux de césariennes et instrumentations. Pour la profession sage-femme, l'immersion permettrait l'application du modèle de soins intrapartum de l'OMS pour une expérience positive de l'accouchement (2018).

Ainsi, pour généraliser cette pratique, il s'avérerait pertinent de la développer davantage dans la formation sage-femme comme dans la Recherche.

Mots-clés : immersion, eau, accouchement, issues

The objective of this work is to highlight the benefits and risks of immersion for the parturient, from the active phase of labor to delivery. The other goal of this research is to bring another look on this alternative and to allow a progress for the midwifery practice.

This review has demonstrated many benefits of immersion : reduction of labor, reduction of pain and use of pharmacological analgesic methods, increase in intact perineum, high maternal satisfaction and very positive birth experience. No significant difference was observed with conventional childbirth concerning blood loss, severe tearing and the rate of caesarean sections and instrumentations. For the midwifery profession, immersion would allow the application of the WHO model of intrapartum care for a positive birth experience (2018).

Thus, to generalize this practice, it would be relevant to further develop it in midwifery education as well as in research.

Keywords : immersion, water, childbirth, outcome assessment