**Zeitschrift:** Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes

**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband

**Band:** 121 (2023)

**Heft:** 6

**Artikel:** Entre diagnostic du travail, autonomie relationelle et approche centrée sur la femme

**Autor:** Perrenoud, Patricia

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-1041654

**Nutzungsbedingungen**

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

**Conditions d'utilisation**

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

**Terms of use**

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

**Download PDF:** 14.07.2025

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

# Entre diagnostic du travail, autonomie relationnelle et approche centrée sur la femme

Les protocoles ont souvent une place prépondérante en matière d'admission des femmes en début de travail. Mais les représentations et normes sociales des soignant·e·s également. Dans cet article, Patricia Perrenoud, sage-femme et anthropologue, explore la place parfois cachée de ces normes, et comment une approche réellement centrée sur la femme pourrait (et devrait) être appliquée aussi dans le moment spécifique de l'entrée en travail.

TEXTE:
PATRICIA PERRENOUD

L'approche centrée sur la femme est au cœur de la profession de sage-femme (Leap, 2009). Elle implique de considérer l'expérience et les besoins de chaque femme. Nous rencontrons parfois des difficultés à appliquer cette approche en raison de nos contraintes dont notre charge de travail et nos normes de pratique qui incluent seuils diagnostics et protocoles. Ces normes impliquent aussi nos valeurs et nos idéologies, comme celle de l'autonomie que nous utilisons parfois de manière ambigüe (Guilloux, 2021). Dans cet article, j'évoque comment ces normes peuvent interférer avec notre centration sur les femmes à partir de l'exemple du diagnostic de début du travail.

## Un diagnostic de début du travail prudent et différencié

Nous (sages-femmes) accordons beaucoup d'importance au diagnostic de début du travail. Celui-ci est souvent utilisé pour confirmer qu'une femme peut rester en maternité. Cela étant, les femmes craignent «d'arriver trop tôt» selon les normes hospitalières et de devoir retourner chez elles (Chadwick, 2018). Comme l'analysent Antonia Müller et Susanne Grylka dans ce numéro (voir article p. 20), toutes les femmes ne peuvent pas vivre leur pré-travail harmonieusement à domicile. Certaines rencontrent des barrières à l'accès aux maternités (isolement, absence de voiture, domicile mal desservi par les transports publics). D'autres ne vivent pas dans un lieu permettant un vécu harmonieux du pré-travail, n'ont pas le soutien adéquat ou appréhendent cette option. Ces éléments montrent l'importance d'un abord différencié du diagnostic de travail et de l'accueil du pré-travail en maternité. Ce diagnostic marque par ailleurs le moment à partir duquel une surveillance régulière est mise en place et celui à partir duquel des interventions sont effectuées si la progression de la dilatation n'est pas conforme aux protocoles. Ce deuxième point incite les sages-femmes à être prudentes dans leur diagnostic de début du travail.

### Evolution des définitions

Pour comprendre notre rapport aux normes, et prendre une distance critique vis-à-vis de celles-ci, il est utile de souligner que le diagnostic de début du travail a connu plusieurs définitions dans le temps, en Suisse et à l'international. Dans les années 1990, ce diagnostic se faisait à partir d'une dilation d'un centimètre, d'un col parfaitement effacé et de la présence de contractions régulières pour une femme nullipare. Pour éviter un diagnostic trop précoce, nous étions très attentives à sentir et documenter l'épaisseur du col, laquelle était utilisée pour temporiser la déclaration de début du travail. Comme l'ont observé Mandy Scamell en Grande-Bretagne (Scamell & Stewart, 2014) et Solène Gouilhers en Suisse (Gouilhers, 2017), les descriptions des examens vaginaux par les sages-femmes tendent d'ailleurs à être pessimistes pour éviter un diagnostic prématuré de début du travail, ou de changement de phase du travail, afin d'éviter le risque d'interventions superflues.

### Différenciation

Depuis plusieurs années, le diagnostic de début du travail et la gestion du travail ont ainsi évolué. Une séparation entre la phase de latence et la phase active de dilatation a été introduite, impliquant des niveaux de surveillance différenciés. Les surveillances et interventions en cas de stagnation tendent à être plus rapprochées en phase active. Cela dit, différentes définitions de la phase active co-existent, certains auteur·e·s et maternités utilisant le seuil de 3 ou 4 cm et d'autres celui de 5 ou 6 cm. Ces changements ont été perçus comme un progrès par de nombreuses sages-femmes puisque qu'ils évitent des interventions prématurées en phase de latence. De plus, des maternités ont intégré l'expérience des femmes dans leurs protocoles de suivi du travail (voir à ce sujet les entretiens qui suivent cet article). En d'autres termes, ces protocoles visent à intégrer l'approche centrée sur la femme dans la gestion du travail.

## Le diagnostic, une construction sociale

Ces changements de définition, ainsi que la coexistence de plusieurs définitions, soulignent la dimension de construction sociale des seuils biomédicaux de début du travail. L'idée de construction sociale implique de reconnaître que les normes et les savoirs que nous utilisons sont les résultats de processus de négociation en

iStock

Anje Kroll-Witzer

communauté de pratique (en équipe). Ceci implique que les états, dont celui «d'être ou ne pas être en travail», ne préexistent pas sous une forme absolue à la définition établie. Pourtant, la définition du travail, telle que je l'ai connue en tant que jeune sage-femme en 1991, était considérée comme une norme objective, presque implacable.

Dans ses travaux devenus classiques, le médecin et anthropologue Arthur Kleinman a rendu compte de la pluralité des représentations relatives aux diagnostics et aux étiologies de maladies (Kleinman, 1988). Cette pluralité d'interprétations comprend les représentations de professionnel·le·s provenant de différentes formations et lieux de pratique, ainsi que celles des personnes vivant des épisodes de santé ou de maladie. Kleinman a notamment montré qu'aux définitions et étiologies plurielles de la dépression correspondaient des pistes de réponse elles-aussi plurielles. Ses travaux soulignent l'importance de relativiser la primauté des définitions biomédicales, ou tout au moins, de reconnaître leur statut de construction sociale située dans l'espace et le temps et de faire une place substantielle aux représentations des usager·ère·s.

## Pour une intégration réelle du vécu des femmes

L'approche interprétative de Kleinman permet de repenser notre approche du diagnostic de travail. Malgré les évolutions de ce diagnostic, et l'utilisation concomitante de plusieurs seuils diagnostics, qui rendent visibles la construction sociale, la définition de début du travail par les femmes n'est pas nécessairement prise en compte. Il y a certainement une hétérogénéité des pratiques en Suisse – laquelle est à étudier – sur les manières d'intégrer les points de vue des femmes quant au diagnostic du travail et quant à leurs besoins durant le pré-travail. Des femmes sont admises en maternité, même si elles ne sont pas encore «médicalement» en travail, lorsqu'elles en ont besoin, en concordance avec l'approche centrée sur la femme. Mais, d'autres femmes rentrent probablement chez elles, alors qu'elles ne le souhaitent pas et n'ont pas l'environnement adéquat pour vivre le pré-travail à domicile.

**L'idée de construction sociale implique de reconnaître que les normes et les savoirs que nous utilisons sont les résultats de processus de négociation en communauté de pratique.**

## Pour une autonomie relationnelle

Pour aller plus loin, les analyses de l'accouchement physiologique par le sociologue Ronald Guilloux sont utiles. Guilloux a montré que la promotion de l'accouchement physiologique comportait des ambigüités. Cette promotion, ainsi que celle de l'autonomie des femmes à décider et agir au cours de leur accouchement, apparaît tout d'abord comme un contrepouvoir à la médicalisation de la naissance, ainsi qu'à la passivation entraînée par certaines prises en charge (Guilloux, 2021). Ce contrepouvoir, et l'émancipation qu'il produit, est mis en lien avec ce que Guilloux nomme une autonomie relationnelle, qui implique des interdépendances. L'autonomie des femmes réalisée lors de naissances dites physiologiques, ou lors du pré-travail comme le montrent Müller et Grylka, est ainsi dépendante d'un dispositif matériel (aménagement des lieux), organisationnel (dotation) et social (accompagnement).

Pour Guilloux, cette dimension relationnelle de l'autonomie reste cependant souvent impensée (ignorée) dans les discours des sages-femmes. C'est-à-dire que l'autonomie relationnelle, le besoin d'interdépendance, sont souvent passés sous silence. C'est notamment le cas lorsque la notion d'«être actrice de son accouchement» est mise en avant. Cette notion, qui semble convenir aux femmes lorsque la situation d'accouchement s'est passée selon leurs souhaits, peut devenir culpabilisante pour les femmes dont l'accouchement a nécessité des interventions médicales. Pour Guilloux, cette culpabilité provient notamment de l'invisibilisation de la condition relationnelle de l'autonomie, laquelle est alors réduite à une capacité individuelle des femmes n'intégrant ni les soutiens institutionnels et personnels – ni les situations obstétricales en elles-mêmes (ajout de l'auteure) (Guilloux, 2021).

## Sécurité relationnelle et émotionnelle

Revenons au diagnostic du travail et à la gestion du pré-travail. L'importance du diagnostic de début du travail est elle-aussi, pour partie, liée à notre intention de protéger le processus physiologique de l'accouchement d'interventions non nécessaires. En d'autres termes, il s'agirait ici aussi de protéger l'autonomie d'action que peut permettre la naissance physiologique, comme l'analyse Guilloux. De manière paradoxale cependant, nous avons pendant plusieurs décennies dénié une autonomie décisionnelle à de nombreuses femmes, en n'intégrant ni leur définition de début du travail, ni leur besoin d'interdépendance avec une sage-femme durant le pré-travail. Nous avons appris à effectuer ce diagnostic de manière biomédicale (Guilloux, 2021), sans toujours intégrer la sécurité relationnelle et émotionnelle des femmes et de leur partenaire. Nous avons aussi pris ces décisions, car nous n'avions pas toujours les ressources pour proposer une autonomie relationnelle dans le pré-travail. Les dotations en personnel ne prévoient en effet pas nécessairement cette possibilité et les locaux des maternités ne comprennent pas toujours de lieux adaptés à l'accueil de femmes en pré-travail. Pour mémoire, l'accueil des femmes au moment qui leur convenait faisait partie des approches utilisées par Michel Odent à la maternité de Pithiviers. Une salle conviviale, avec un piano et dans laquelle il était parfois chanté, permettait cet accueil.

*Nous avons appris à effectuer ce diagnostic de manière biomédicale, sans toujours intégrer la sécurité relationnelle et émotionnelle des femmes et de leur partenaire.*

## Normes et évolution

Pour conclure, nos normes de pratique, entre seuils diagnostics, protocoles mais aussi idéologies, sont indispensables à notre fonctionnement efficace en communauté de pratique. Cependant, ces normes restent des constructions sociales, parfois ambigües, et sont appelées à évoluer avec le temps. Ceci implique qu'elles peuvent et doivent être questionnées en pratique, comme le font déjà plusieurs maternités, et en recherche comme l'illustrent dans ce numéro Antonia Müller et Susanne Grylka. ⊙

L'auteure adresse un immense merci à Marielle Schmidt et Diane Waller pour leurs informations sur les normes diagnostic de début du travail en Suisse romande.

### Références

**Chadwick, R. (2018)** *Bodies that birth: vitalizing birth politics.* Routledge.
**Gouilhers, S. (2017)** Gouverner par le risque: une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande. Genève. https://archive-ouverte.unige.ch/unige:101730
**Guilloux, R. (2021)** L'accouchement physiologique, un espace de contre-pouvoir pour les femmes? *Périnatalité*; 13, 216-230.
**Kleinman, A. (1988)** *Rethinking Psychiatry: from Cultural Category to Personal Experience.* The Free Press.
**Leap, N. (2009)** Woman-centred or women-centred care: does it matter? *British Journal of Midwifery*; 17(1), 12-16.
**Scamell, M. & Stewart, M. (2014)** Time, Risk and Midwife Practice: the Vaginal Examination. *Health, Risk & Society*; 16(1), 84-100.

AUTEURE

**Patricia Perrenoud**
est sage-femme et socio-anthropologue, enseignante et chercheuse à la Haute Ecole de Santé Vaud – Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale. Elle fait aussi partie du conseil consultatif rédactionnel d'*Obstetrica*.
patricia.perrenoud@hesav.ch

# Quand la patiente vient d'elle-même – l'admission en pré-travail aux HUG

Dans cet entretien, Corine-Yara Montandon la Longe et Laurence Van Baalen, les deux responsables des dix salles d'accouchement de la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (plus de 4000 naissances annuelles), décrivent la gestion de la phase de latence, protocolée nouvellement en 2020 et visant à plus d'autonomie des couples.

> «Pour nous, il s'agit de contractions douloureuses plus ou moins régulières associées à un effacement progressif du col jusqu'à une dilatation de 6 cm».
>
> CORINE-YARA MONTANDON LA LONGE

### *Obstetrica*: Que recouvre le terme de «triage» pour l'activité de votre établissement?

**Corine-Yara Montandon la Longe:** Le triage se fait avec l'échelle suisse de tri, créée quand les urgences gynéco-obstétricales ont été ouvertes – nous avons travaillé avec les urgences adultes pour ajouter le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie. Nous utilisons cette échelle de tri pour toutes les patientes qui se présentent aux urgences gynéco-obstétricales pour des inquiétudes pendant leur grossesse mais aussi quand elles ont des contractions utérines. Son efficacité en tant qu'outil a été mesurée et validée[1].

### Concernant la phase de latence, comment la définissez-vous?

**Corine-Yara Montandon la Longe:** Nous avons travaillé sur cette définition en établissant un protocole mis à jour en 2020: pour nous, il s'agit de contractions douloureuses plus ou moins régulières associées à un effacement progressif du col jusqu'à une dilatation de 6 cm. Lors de l'admission de la patiente et qu'elle est en phase de latence, nous l'accompagnons et évitons les interventions.

### C'est-à-dire?

**Corine-Yara Montandon la Longe:** Il est reconnu et décrit dans la littérature que l'environnement du domicile est plus favorable lorsque les femmes sont en phase de pré-travail ou en phase de latence. Le couple reste dans son environnement, la femme se sent souvent plus en sécurité chez elle. Si elle se sent en sécurité et qu'il n'y a pas de signes de complications, nous l'encourageons à rester à la maison – et c'est ce que nous transmettons dès la préparation à la naissance. Si elle vient chez nous, nous l'accueillons et proposons une prise en charge pendant la phase de latence. Par exemple, massages à base d'aromathérapie. Mais il est vrai qu'en milieu hospitalier le risque que nous soyons plus pro-actifs dans la prise en charge et que nous soyons plus interventionniste est plus grand. Nous nous efforçons à continuer de soutenir ces femmes en minimisant les interventions, ainsi un protocole a été élaboré pour favoriser le maintien de la physiologue de cette phase de latence. Une patiente qui arrive assez tôt aura peut-être plus vite besoin d'une péridurale que si elle est chez elle (nous avons un très fort taux de péridurales, qui est à 90%).

**Laurence Van Baalen:** Nous pensons effectivement que nous sommes à risque de plus intervenir dans cette phase de latence si la patiente est en intra-hospitalier que si elle est a la maison et gère avec son·sa conjoint·e.

Mais le protocole actuel présente une amélioration: jusque janvier 2020, on examinait les parturientes toutes les deux heures, maintenant ce n'est plus le cas. Il y avait ce sentiment que «Si elles sont dans nos murs, il faut avancer», or on sait qu'on induit plus de pathologie en intervenant qu'en laissant faire la nature au maximum – s'il n'y a pas de complications maternelles et fœtales.

**Corine-Yara Montandon la Longe:** Cette proposition de changement est venue du terrain, et la création de ce protocole a amené un changement radical dans les prises en charge. Elle est venue des sages-femmes qui ont travaillé sur le sujet lors de leur Certificat en Urgences gynécologiques et obstetricales. Suite à ce travail fait par ces sage-femmes, un groupe de travail a été constitué incluant des obstétricien·ne·s pour élaborer un nouveau protocole respectant la physiologie du travail d'accouchement.

### Quels sont les critères pour admettre une patiente dans la salle d'accouchement?

**Laurence Van Baalen:** Lorsque la parturiente est en travail ou si elle souhaite une antalgie ou encore quand une surveillance est nécessaire.

**Corine-Yara Montandon la Longe:** Nous avons la chance d'avoir dix salles d'accouchements, nous pouvons être souples pour l'admission, il n'y a pas de conditions strictes (pas de dilatation minimum donc). Les patientes peuvent aussi faire une partie du travail en prénatal où il y a des baignoires, et l'aromathérapie. Mais si une patiente souhaite une péridurale elle viendra en salle d'accouchement.

**Laurence Van Baalen:** Même si la parturiente ne souhaite pas de péridurale, pour assurer la prise en charge indiviualisée (une

[1] Veit-Rubin, N., Brossard, P., Gayet-Ageron, A, Montandon, C.-Y., Simon, J., Irion, O., Rutschmann, O. T. & Martinez de Tejada, B. (2017). Validation of an emergency triage scale for obstetrics and gynaecology: a prospective study. *BJOG*. Doi: 10.1111/1471-0528.14535. https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com

sage-femme pour une patiente), elle sera transférée en salle d'accouchement.

**Corine-Yara Montandon la Longe:** Comme le prénatal est sur le même étage que les salles d'accouchement, il peut aussi arriver que la sage-femme de prénatal suive le couple, afin de privilégier le lien et la continuité des soins.

### Comment cela s'organise-t-il du point de vue de la gestion du personnel?

**Corine-Yara Montandon la Longe:** Nous avions aussi l'unité du prénatal avant, nous formions nos sage-femmes pour les deux services, elles étaient à l'aise de changer de service. Pour des situations de travail où il y a de bonnes relations avec le couple, c'est très intéressant de pouvoir continuer la prise en charge. Ceci est également vrai lors de situations plus complexe comme le deuil périnatal. Maintenant, nous ne nous occupons plus du service du prénatal mais nous avons pu continuer cette collaboration pour le bien de nos parturientes. Cela «casse les murs» entre les services.

**Corine-Yara Montandon la Longe:** Ces échanges interservices se font sur la base du volontariat. A noter que les sages-femmes sont plutôt favorables de travailler dans ces deux services et sont également motivées de ne pas interrompre le suivi de leur patiente.

**Laurence Van Baalen:** Grace au tournus des sage-femmes au sein de notre maternité, les sage-femmes gardent leur compétences dans les différents domaines de leur métier.

### Que proposez-vous comme prise en charge pendant la phase de latence, mis à part une expectative à domicile?

**Laurence Van Baalen:** Nous essayons d'appliquer un accompagnement en une femme – une sage-femme, en proposant le bain, la mobilisation, le massage avec aromathérapie, mais aussi le Meopa et la Nalbufine (dérivé morphinique qu'on peut utiliser en phase de latence ou en début de travail).

**Corine-Yara Montandon la Longe:** Nous incluons le·la conjoint·e dans nos prises en charge en lui montrant le massage aromathérapie par exemple, qui est apprécié autant par la patiente que par son accompagnant·e. Cela ne permet pas forcément d'éviter la péridurale mais la repousse un peu. Certaines sages-femmes sont formées à l'hypnose, et l'utilisent pendant la phase de latence.

**Laurence Van Baalen:** Et nous aimerions aussi utiliser l'acupuncture! Il y a une demande importante des patientes d'avoir accès à une médecine plus alternative, c'est une évolution sociétale aussi. Il nous semble important de pouvoir l'offrir dans un hôpital universitaire comme le nôtre, afin de n'avoir pas seulement la péridurale à offrir.

*«Nous pensons que nous sommes à risque de plus intervenir dans cette phase de latence si la patiente est en intra-hospitalier que si elle est a la maison et gère avec son·sa conjoint·e».*

LAURENCE VAN BAALEN

Anje Kroll-Witzer

Antje Kroll-Witzer

**Comment préparez-vous en préparation à la naissance les couples à la gestion de la phase de latence?**

**Corine-Yara Montandon la Longe:** Plusieurs sages-femmes de notre équipe font la préparation à la naissances, elles montrent des exercices, des postures, des exercices de respiration. Il y a aussi une préparation plus spécifique basée sur l'hypnose.

**Laurence Van Baalen:** Nous les informons sur toutes les possibilités d'accompagnement et d'antalgie, il n'y a pas un cours dédié à la péridurale, mais une information délivrée par un·e anesthésiste qui passe dans le cours quinze minutes. La préparation à la naissance est un cours orienté sur l'accompagnement, l'information, la prévention et la transmission d'outils lié à la grossesse et à l'accouchement. C'est plutôt un cours orienté sur la profession de sage-femme.

**Faites-vous venir en consultation une patiente que vous soupçonnez en phase de latence au téléphone?**

**Laurence Van Baalen:** Nous n'avons plus de téléphone – et cela nous a «sauvé la vie»! Elles viennent par elles-mêmes, en décidant du bon moment pour elles.

**Corine-Yara Montandon la Longe:** Par téléphone c'était compliqué, il y avait des situations où la patiente avait une longue phase de latence, le vivait mal mais n'osait pas forcément le dire par téléphone. La patiente vient d'elle-même sur place, c'est la meilleure solution. C'est du cas par cas, elles sont toujours les bienvenues aux urgences, où elles peuvent être rassurées. La consultation d'une sage-femme pendant cette période vulnérable est la meilleure solution pour une prise en charge optimale et ceci nous semble le plus adapté lorsque c'est fait en présentiel.

**Laurence Van Baalen:** Ce qui se passe à ce moment-là est tellement subjectif, chacune réagit différemment avec la douleur, et par téléphone, on ne peut pas juger de la clinique... C'est un bel avancement de se dire que maintenant les patientes viennent quand elles en sentent le besoin, ou qu'il y a une inquiétude, on les accueille avec grand plaisir, même si pour finir elles repartent, au moins on les aura conseillées. Nous leur donnons aussi des consignes sur les moments auxquels consulter (rupture de la poche, diminution des mouvements du bébé, etc.). Et nous les préparons en amont concernant les contractions, leur régularité – même si c'est plus compliqué pour l'intensité! Cela permet de remettre les patientes au centre de leur prise en charge.

**Corine-Yara Montandon la Longe:** Sans oublier que nous avons aussi beaucoup de patientes non francophones, le téléphone pose une barrière réelle. En présence il y a beaucoup de non verbal qu'on peut aussi observer!

**Comment définisse-vous une stagnation dans la phase de latence? Comment la gérez-vous?**

**Laurence Van Baalen:** Avec ce nouveau protocole, nous avons dû quand même définir une limite, qui est celle-ci: si au bout de 15 heures une patiente n'a pas dépassé les 6 cm malgré une poche rompue et sous ocytocine, nous passons en césarienne. Mais en réalité cela se produit surtout chez les patientes déclenchées.

**Corine-Yara Montandon la Longe:** Et sans oublier de prendre en compte tout ce qui est clinique pour la situation (si la maman est petite avec un gros bébé par exemple): nous prenons en considération la situation dans sa globalité pour prendre une décision, et éventuellement s'autoriser – ou non – une heure de plus. Par exemple chez une multipare qui a toujours accouché par voie basse, provoquée pour la première fois, on se laisse plus de chance et on essaye de trouver pourquoi le (pré-)travail n'avance pas avant de passer en césarienne. Il est important de garder la clinique comme premier objectif, c'est ce que nous apprenons à nos jeunes diplômées et futures sages-femmes: la clinique est la clé de l'accompagnement dans la physiologie. ⊙

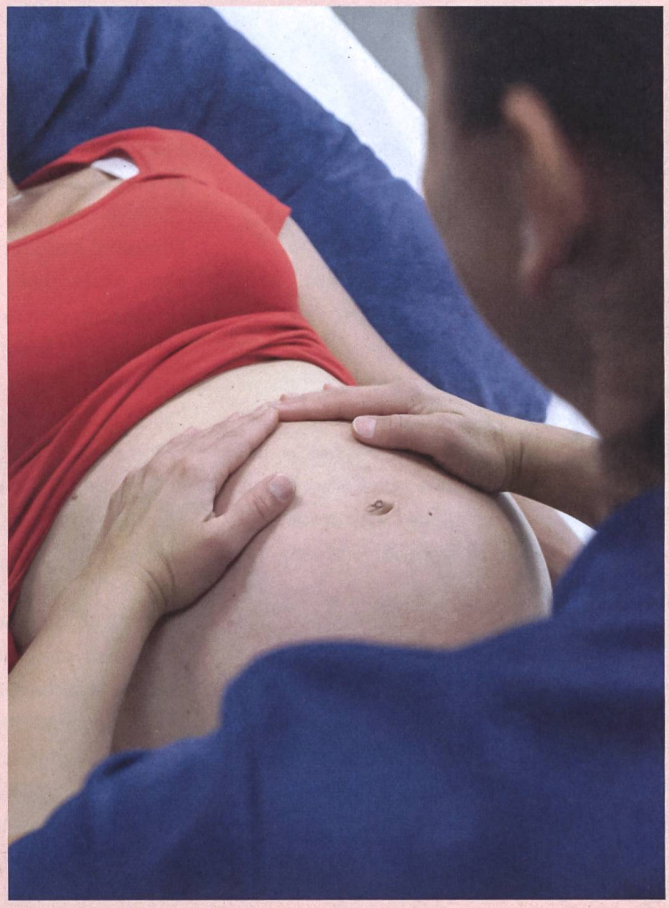
Propos recueillis par Jeanne Rey

ENTRETIEN AVEC

**Corine-Yara Montandon la Longe** et **Laurence Van Baalen**, responsables d'unité Salle d'accouchement et Prénatal, Hôpitaux Universitaires de Genève

# HRC: «Nous n'avons volontairement pas de protocole pour admission en salle d'accouchement»

La maternité de l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC), Vaud-Valais (2000 naissances annuelles) laisse à l'appréciation du couple la gestion de la phase de latence et de son admission, en concertation avec la salle d'accouchement. Valérie Piazza, infirmière et sage-femme cheffe du service de gynécologie-obstétrique, explique ici les principes sous-tendant ce choix, et son application concrète.



Anje Kroll-Witzer

***Obstetrica:* D'après vous, que recouvre le terme de «triage» pour l'activité de votre établissement? En dehors de la question de la phase de latence, comment s'effectue le triage des patientes dans votre service de maternité (suivi de grossesse sage-femme/médecin, frontière physiologie/pathologie, etc.)?**

**Valérie Piazza:** Tout se fait au cas par cas, en tenant compte de la vignette complète de la patiente / du couple, pas seulement des données obstétricales mais également de tout leur environnement. Nous «trions» ou plus exactement, nous orientons selon les critères cités ci-dessus, complétée par les données cliniques et ce qui est important pour eux.

**Comment définissez-vous la phase de latence?**

C'est dans notre service une phase de préparation qui peut durer de quelques heures à plusieurs jours, nous la qualifions de physiologique et d'indispensable. Elle va être vécue très différemment selon chaque couple, ses représentations, sa préparation, son vécu, ses attentes, etc.

**A quel stade de dilatation la patiente est admissible dans une salle d'accouchement? Quels sont les critères pour admettre une patiente dans la salle d'accouchement?**

Nous ne nous basons pas sur la dilation pour admettre une patiente en salle de naissance, mais plus largement: sur son ressenti, ses besoins, ce qui est important pour elle. Nous n'avons donc volontairement pas de protocole indiquant une dilation pour admission. Plus concrètement, même une femme qui n'est pas «en travail» mais qui souhaite, pour des raisons qui lui appartiennent, être en salle de naissance, se verra, dans la mesure du possible, accéder à sa demande. L'inverse est valable également (si le fœtus et la patiente vont bien), du moment que la naissance s'effectue elle en salle de naissance.

**Que proposez-vous comme prise en charge pendant la phase de latence, mis à part une expectative à domicile?**

Nous proposons de partir de ce qui est important pour le couple à ce moment-là. L'objectif étant de leur poser la question et de tenter de réduire au maximum l'écart entre ce dont ils ont besoin et ce que nous pouvons proposer. Nous restons assez convaincu·e·s qu'en partant de là (et non pas de ce que nous nous pensons être bon pendant la phase de latence), celle-ci durera le temps

**«La stagnation à ce stade pour nous n'existe pas… Il s'agit d'une phase préparatoire pour laquelle nous ne donnons pas de durée, donc par définition elle ne peut stagner».**

nécessaire en respectant au maximum cette phase indispensable et totalement physiologique.

**Comment préparez-vous les couples à la gestion de la phase de latence en préparation à la naissance?**

En leur expliquant que cette phase est indispensable, qu'il ne faut pas chercher à l'accélérer, qu'elle est totalement physiologique. Nous expliquons surtout que celle-ci peut durer plusieurs jours et que c'est normal, afin que le couple ne soit pas en demande trop tôt d'une intervention.

**Faites-vous venir en consultation une patiente que vous soupçonnez en phase de latence au téléphone?**

Etre en phase de latence n'est pas un critère qui nous amène à faire venir une patiente, aucune autre phase non plus! Nous allons plutôt essayer au téléphone de savoir ce qui est important pour le couple alors qu'il est en train de vivre ce moment-là, et définir avec lui s'il a besoin de conseils téléphoniques, d'une autre orientation ou si en effet il souhaite venir. Et dans ce dernier cas, nous ne refusons jamais qu'ils viennent.

**Comment définissez-vous une stagnation dans la phase de latence? Comment la gérez-vous?**

La stagnation à ce stade pour nous n'existe pas… Il s'agit d'une phase préparatoire pour laquelle nous ne donnons pas de durée, donc par définition elle ne peut stagner. Par contre, nous allons gérer les demandes du couple en lien avec cette période préparatoire, c'est-à-dire: l'aider si douleurs, répondre à ses interrogations, l'accompagner selon ses besoins (qui diffèrent pour chaque couple), les faire venir éventuellement, leur proposer de nous rappeler régulièrement, etc.

**Comment s'organise ce positionnement «hors protocole» en termes de ressources, concrètement? Quelle incidence a-t-il avec la gestion du personnel – et des locaux?**

Il s'organise et peut s'exprimer par une vision mise en place depuis plus de deux ans au sein du service. Les soignant·e·s, non soumis·e·s au tournus, se sont plus facilement adapté·e·s à cette logique réflexive, par contre les assistant·e·s et chef·fe·s de clinique changeant leurs lieux d'exercice sont plus difficilement perméables à ce fonctionnement et plus en recherche de protocoles standardisés afin de mieux s'intégrer. Il·elle·s sont formé·e·s à partir de ce modèle, et leur demander de prendre en charge les couples en intégrant davantage que des données cliniques leur demande un temps d'adaptation.

Propos recueillis par écrit par Jeanne Rey

ENTRETIEN AVEC

Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais

**Valérie Piazza,**
infirmière et sage-femme cheffe de service gynécologie-obstétrique, Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, centre hospitalier de Rennaz.

# WELEDA MUSTER-PAKETE FÜR HEBAMMEN.

**Sie möchten Muster für die Klinik? Sprechen Sie uns dazu gerne an.**

- Mit Kennenlerngrössen zur Weitergabe an die von Ihnen begleiteten Familien
- Bestellung: **hebammen@weleda.ch**
  Telefon: 061 705 22 22

MIT WERTVOLLEN BIO-INHALTSSTOFFEN · BIO

WWW.NATRUE.ORG 100% Zertifizierte NATUR-KOSMETIK

*Im Bereich Baby-Pflegeprodukte ist WELEDA baby die Nr.1 bei Hebammenempfehlungen; unabhängige Marktforschungsstudie 2021, Schweiz.

# «Cette phase de latence, c'est notre domaine à nous!»

Laura Guillou est sage-femme depuis plus de cinq ans et a exercé à la maternité de l'hôpital de Morges (1600 accouchements par an) jusqu'au mois d'avril. Elle relaie ici les grandes lignes de la gestion de la phase de latence au sein de cette maternité, entre pratique sage-femme, besoins des couples et pragmatisme exigé par le statut de maternité de périphérie. Elle a aussi passé un an à exercer la profession à l'étranger, et notamment au Japon, où elle a observé de grandes différences de pratique.

### *Obstetrica*: Que recouvre le terme de «triage» dans l'activité de votre établissement?

**Laura Guillou:** Cela me parle beaucoup dans la mesure où cela faisait partie de mon expérience à Morges, où les sages-femmes changent de service et «tournent» d'un service à l'autre. Ceci m'a amenée à travailler au sein du service du tri par excellence: les urgences gynécologiques et obstétricales. Avec l'épidémie de COVID-19 nous avons vu le nombre d'accouchements augmenter (j'ai pu remarquer un engouement des couples à venir dans un hôpital périphérique pour éviter «la pathologie» d'avantage présente dans les grands centres hospitaliers, pour profiter de la présence des co-parents malgré la pandémie et faire face à un «babyboom» probablement lié à la situation même). Nous avons donc été amené·e·s à faire beaucoup plus de tri, à gérer plus d'urgences. Nous nous basons sur l'échelle de tri du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Pour les urgences obstétriques, nous travaillons sur papier – un nouveau programme informatique a été mis en place pour le tri des urgences mais uniquement les urgences gynécologiques pour le moment – concernant les patientes en obstétriques nous mis en place un tableau pour évaluer l'évolution des situations, et donc également en ce qui concerne le début du travail.

### Comment définissez-vous la phase de latence?

Nous n'avons pas de protocole à proprement parler pour la phase de latence – mais à titre individuel, au bout de plus de cinq ans de pratique j'ai plus d'expérience et il m'est plus facile de me positionner sur une mise en travail au sens clinique. Ce qui arrive généralement c'est de faire une anamnèse puis si c'est opportun, de proposer de faire un toucher vaginal à une patiente qui arrive afin d'évaluer la dilatation et l'aspect du col. Il est possible que la patiente soit en phase de pré-travail ou de latence et que nous lui proposions de se promener au sein de l'hôpital pour refaire le point ensuite. Nous avons la chance d'être dans un lieu de vie agréable, avec vue sur le lac, les vignes et un petit étang au niveau d'une des cafétérias: cet endroit est souvent une ressource agréable pour se promener, avant de revenir une à deux heures plus tard. Beaucoup ont d'ailleurs des demandes d'antalgie ou de présence d'une sage-femme pour être rassurées et accompagnées. Nous pouvons leur recommander de rester proches, afin d'être présentes rapidement en cas de besoin.

### Donnez-vous des consignes particulières concernant l'évaluation de la mise en travail?

Nous suivons les recommandations internationales[1]: nous recommandons aux patientes d'appeler la maternité pour étudier leur situation et de venir après 2 heures de contractions régulières aux 5 minutes s'il s'agit d'un premier bébé, à partir d'un deuxième bébé seulement après une heure. Nous précisons que ce sont des contractions qui doivent couper la respiration, les faire s'arrêter, pour distinguer les contractions de pré-travail. Mais aussi que les patientes doivent venir avant si la douleur est insupportable ou si d'autres éléments apparaissent (saignements, perte des eaux, etc). Dans notre société, j'ai l'impression qu'on a plutôt tendance à avoir peur que les patientes accouchent seules à la maison: au Japon cela se passait différemment – j'étais en maison de naissance, les femmes venaient plus tardivement; et au Kenya c'est encore autre chose: les femmes ne venaient que lorsqu'elles étaient sur le point d'accoucher. Mes expériences à l'étranger m'ont permis l'approfondissement de l'apprentissage du sens clinique et d'un autre accompagnement lors de la phase de latence (présence et soutien de la famille, etc.). Même si partout on suit les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé, j'ai trouvé qu'il y avait selon les endroits plus ou moins de confiance en la nature, qui leur permettait d'être plus «larges» dans leur prise en soin. Je pense que cela est aussi lié au matériel de surveillance mis à disposition des soignant·e·s.

### Et sur la phase de latence?

Pour nous, c'est une phase qui se situe entre 1 cm et 6 cm qui peut durer de longues heures. On ne propose pas toujours aux couples de rentrer à la maison car les femmes ont souvent besoin de soutien et d'antalgie. Le principal étant surtout le vécu des couples et la surveillance de l'adaptation du futur bébé aux contractions. On pourrait parfois inviter les couples à rentrer à la maison, mais ils sont souvent plus enclins à rester à l'hôpital pour que nous puissions leur apporter les soins et l'accompagnement qu'ils souhaitent.

En général la phase de latence est considérée globalement avant 4 ou 6 cm, mais toute la gestion du travail est peut-être différente d'un lieu à l'autre, tout autant que le moment à partir duquel nous pouvons proposer de poser une anesthésie péridurale, etc. Cette phase de latence, entre les signes cliniques et les éléments paracliniques, c'est finalement tout le travail de gestion de la sage-femme, c'est notre domaine «à nous»! L'autonomie sage-femme a toute sa place

[1] «Les femmes devraient être informées que la durée standard de la phase de latence n'a pas été établie et peut grandement varier d'une femme à l'autre. Toutefois, la durée de la phase active (de 5 cm jusqu'à la dilatation complète) ne dépasse généralement pas 12 heures pour les premiers accouchements, et 10 heures pour les accouchements suivants.»

Organisation mondiale de la Santé (2018). Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement, Résumé. https://apps.who.int

dans cette phase tant qu'elle reste physiologique, ce qui nous permet d'être moins dans le «faire» des soins aigus lors des urgences obstétricales, et d'avantage dans le «savoir-être» propre à l'accompagnement par la sage-femme.

**Quels sont les critères pour admettre une patiente dans la salle d'accouchement (la dilatation en est-elle un?)?**

Il y a les critères cliniques, mais c'est aussi la gestion et la prise en soin de la douleur plutôt que «à partir d'une certaine dilatation» que nous déterminons le moment ou le couple est admis en salle d'accouchement. Nous avons des baignoires (nous accompagnons les accouchements dans l'eau), et utilisons aussi le shiatsu en salle d'accouchement: toutes les sages-femmes y sont formées, et nous avons des protocoles clairs et simples pour son application. Le shiatsu permet de régulariser les contractions, de faire descendre le bébé dans le bassin, d'aider la maman à gérer la douleur et à se détendre entre les contractions. Nous l'utilisons aussi en pré- et post-partum.

La situation peut être parfois complexe car nous avons un nombre de salles limité pour le nombre d'accouchement qui est très variable d'une garde à l'autre. Nous devons gérer avec le prénatal, et avoir une bonne vision globale des différents services pour la gestion des locaux.

**Que proposez-vous comme prise en charge pendant la phase de latence? Qu'avez-vous observé à l'étranger?**

Au Japon en maison de naissance j'ai observé une prise en charge multidisciplinaire autour de la phase de latence, avec de l'aromathérapie, et la présence d'un·e ostéopathe. Je sais que l'aromathérapie réapparaît au CHUV, à Morges c'est en réflexion (elle est a priori déjà utilisée dans un autre service). Nous savons qu'elle est régulièrement conseillée par nos collègues sage-femme indépendantes et utilisée à domicile. Sinon, nous proposons des ballons, du yoga prénatal, et nous favorisons l'accompagnement des couples dans leur gestion propre de l'accouchement.

**Comment préparez-vous en préparation à la naissance les couples à la gestion de la phase de latence?**

Je n'ai pas donné de cours de préparation à la naissance à la maternité de Morges mais je sais que mes collègues sages-femmes se calquent sur ce que nous proposons pour aligner au mieux les plans de naissance sur ce que nous proposons. Elles expliquent les différents signes de mise en travail, quand venir consulter et les deux options: soit un retour à la maison, soit rester pour une réévaluation. Elles informent aussi sur la gestion de la douleur plus généralement pendant l'accouchement: elles proposent des exercices, montrent les points d'acupressure pour la gestion des contractions. Elles proposent parfois l'achat d'un ballon pour prendre des positions antalgiques à la maison, de prendre un bain ou une douche chaude, de recevoir des massages relaxants. Elles orientent aussi les couples vers une préparation à l'aide de techniques alternatives s'ils sont intéressés (hypnose, yoga prénatal, respiration, relaxation, *mindfullness*). Elles leur conseillent une boite à outils pour les aider à l'accueil des contractions et augmenter la sécrétion des endorphines et ocytocines pour favoriser la mise en travail.

**Faites-vous venir en consultation une patiente que vous soupçonnez en phase de latence au téléphone ?**

Tout dépend des éléments cliniques décrits pour d'abord écarter une urgence, puis de comment nous ressentons l'attitude et inquiétude du couple au téléphone. Pour une mise en travail, je reviens sur le critère des contractions douloureuses toutes les 5 min pendant deux heures s'il s'agit d'un premier bébé ou une heure à partir du deuxième: dans ce cas nous les faisons consulter, puis nous les accompagnons pour la suite à l'hôpital. Comme nous sommes un hôpital, nous nous devons de ne pas prendre de risques et d'évaluer la situation avec des données cliniques claires. Si leur demande est d'accoucher à l'hôpital nous préférons les garder en salle d'accouchement plutôt que de les faire rentrer chez elles, surtout si elles sont à 45 minutes ou plus d'une heure de route.

**«On pourrait parfois inviter les couples à rentrer à la maison, mais ils sont souvent plus enclins à rester à l'hôpital».**

**Comment définissez-vous une stagnation dans la phase de latence ? Comment la gérez-vous ?**

Etant donné que la définition de la phase de latence reste floue, nous ne parlons pas de stagnation de cette phase. Nous accompagnons cette phase afin d'améliorer les issues de santé. Et d'ailleurs la pratique sage-femme et de l'équipe médicale tend à médicaliser «le plus tard possible», ou seulement lorsque c'est nécessaire afin de favoriser au maximum la physiologie (voir aussi l'article p. 8). On peut parler de stagnation du travail – pas de la phase de latence, où on n'est pas sur une évolution de la dilatation du col de 1cm/heure comme durant le travail en théorie. ⊙

Propos recueillis par Jeanne Rey

ENTRETIEN AVEC

**Laura Guillou,**
sage-femme à la maternité de l'hôpital de Morges jusqu'au mois d'avril.