

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 ambiguë (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





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

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

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.

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 –

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.

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 ambiguïtés. 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'auteur) (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 déci-

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

sions, 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.

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 ambiguës, 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 diagnostiques 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