Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 101 (2003)

Heft: 6

Artikel: Un domaine de recherche négligé

Autor: Gogniat Loos, Fabiène

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950513

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: 17.08.2025

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

EDITORIAL

Au moment de préparer ce dossier, notre commission de rédaction a pu constater combien le sujet du pré-travail était fort peu documenté dans la littérature scientifique.
Nous avons donc choisi d'élaborer un questionnaire qui a été envoyé à toutes les sages-femmes indépendantes effectuant des accouchements à domicile, ainsi qu'à des hôpitaux et maisons de naissances, dans toute la Suisse romande.

Au lieu d'apporter, comme prévu, des réponses à nos interrogations, cette enquête a surtout soulevé des questions.
Ainsi, au niveau de la définition même du «pré-travail», de nombreuses divergences sont apparues.
Dans la commission, les trois sages-femmes ayant participé à l'élaboration du questionnaire étaient unanimes: dans leur esprit, le pré-travail désignait la même chose que le faux-travail, c'est-à-dire des contractions utérines sans progression, sans effet de dilatation sur le col et qui pouvaient être très douloureuses.
Pourtant, sur les 27 réponses reçues au questionnaire, 10 font une différence marquée entre pré-travail et faux-travail, mais sans que les définitions des unes et des autres ne concordent tout à fait (voir plus loin).
En fait, il a bien fallu se rendre à l'évidence: il n'existe pas de définition claire et largement acceptée de cette phase, qu'on l'appelle «faux-travail», «pré-travail» ou encore «phase de latence».
Pourquoi? Problème de vocabulaire, de lieu de formation, de type de pratique, de générations de sages-femmes? Aucun de ces critères ne nous a paru pertinent. Alors? Force est de reconnaître que l'intérêt pour cette phase du travail est presque nul dans le monde médical, qu'elle ne fait l'objet d'aucune recherche et est donc fort peu documentée, mal connue, donc forcément mal délimitée.
Dommage, car c'est typiquement un domaine où les sages-femmes pourraient apporter leur savoir-être et leur savoir-faire. Encore faudrait-il qu'elles ne se laissent pas diviser par des querelles de vocabulaire...

Fabiène Gogniat Loos

Le pré-travail

Un domaine de

Si le pré-travail fait partie du quotidien des sages-femmes, il est résolument boudé par les chercheurs. Pourquoi? Est-ce parce qu'il ne représente aucun risque pour la mère et pour l'enfant? Est-ce parce qu'au fond, le pré-travail n'est considéré que comme un «faux-travail», qu'il faut supporter tant bien que mal, et de préférence à la maison, «en attendant que ça commence vraiment»?

Fabiène Gogniat Loos

FORCE est en tous les cas de constater que bien peu d'études abordent le sujet. Une recherche sur internet, ne nous a par ailleurs pas permis d'en trouver une seule récente. Ici et là, le sujet est touché du doigt, au passage, mais sans entrer dans les détails. C'est ce qui nous a amené à faire une enquête auprès des sages-femmes indépendantes et des maternités de Suisse romande. Les résultats que vous trouverez en pages 24 à 26, nous ont montré qu'il y avait déjà une première difficulté au moment de définir le «pré-travail». Et qu'il y a presque autant de définitions que de sages-femmes! Ce problème de définition se retrouve aussi dans la littérature.

Des définitions à foison

Le premier a avoir essayé de définir systématiquement les différentes phases du travail, et dont les travaux constituent aujourd'hui une référence aux Etats-Unis, c'est E. Friedman *(voir E.A. Friedman: «Disfunctional labor» in Management of Labor, Cohen W.R. and Friedman E.A., éd, University Park Press, Baltimore, 1993).* Bien que la technologie entourant l'accouchement depuis les années 1950, époque de ses premières publications, ait considérablement évolué, ce n'est pas le cas du processus du travail en soi. Traditionnellement, on décrit le travail en terme de contractions utérines, progressives en intensité et en durée, avec une dilatation progressive du col et descente du fœtus. Néanmoins, le terme de «progressivité» n'a jamais été défini clairement. La plupart du temps, les obstétriciens et les sages-femmes se reposent sur leur jugement et leur intuition, développée au cours des années d'expérience, pour définir si la femme est en travail ou pas.

Revenons au Dr Friedman. En 1955, il décrit, par des courbes graphiques, deux phases bien définies du travail: la phase de latence, s'étendant depuis le déclenchement des contractions utérines régulières jusqu'au début d'un changement marqué dans le taux de dilatation, et la phase active, quand la courbe s'incline nettement et finit à la dilatation complète du col. Pour lui, le «travail» commence clairement dès que la femme ressent des contractions utérines régulières; c'est le seul critère que Friedman retient pour définir le début du travail.

Dans le Guide de l'OMS sur l'accouchement normal *(Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique, OMS, 1997)*, les auteurs sont plus nuancés: «Evaluer le début du travail est l'un des aspects les plus importants de la gestion du travail. Les signes du début du travail sont les suivants:
- contractions douloureuses d'une certaine régularité
- effacement et/ou dilatation du col
- écoulement de liquide amniotique
- pertes sanguines

La rupture des membranes témoigne de façon certaine que quelque chose d'irréversible s'est produit. Les autres symptômes sont moins évidents: des contractions peuvent être ressenties longtemps avant le début du travail et la dilatation du col peut commencer des semaines avant la fin de la grossesse, pour progresser lentement jusqu'au moment de l'accouchement. Malgré ces difficultés, l'accoucheur/accoucheuse devrait être capable de faire la distinction entre un faux travail et le début du travail: un examen vaginal est d'ordinaire nécessaire pour déceler les altérations du col. Le diagnostic de début du travail est inévitablement la base à partir de laquelle on peut déterminer s'il s'agira d'un travail prolongé nécessitant certaines mesures. Si le diagnostic de ‹début du travail› est posé à tort, il peut s'ensuivre des interventions superflues telles qu'une amniotomie ou des perfusions d'ocytocine. Le diagnostic de ‹faux travail› est d'ordinaire préférable à celui

recherche négligé

de ‹phase de latence› prolongée quand en réalité le travail n'a pas commencé. Parfois, la distinction entre ‹début du travail› et ‹faux travail› ne peut être faite qu'après une brève période d'observation.»

Si la phase de travail proprement dite est assez claire chez tout le monde (même si, on l'a vu, sa définition souffre de divergences selon les auteurs consultés), la phase de pré-travail l'est moins. Certains nomment pré-travail, la phase de latence, lorsque le col se dilate lentement, mais sûrement, jusqu'à atteindre 3 à 4 cm, moment où l'on déclare d'ordinaire que le travail commence.

Pourtant, dans l'esprit d'une majorité, le pré-travail (appelé aussi faux-travail), c'est une période de contractions douloureuses, mais qui n'ont aucun effet sur le col, si ce n'est de le préparer, de manière pratiquement invisible et insensible, au travail qui suivra. Cette phase peut durer des heures ou ne pas exister du tout. Le terme de pré-travail est souvent préféré à celui de faux-travail, car il est moins négatif pour la femme, plus encourageant.

Importance de la pose du diagnostic

De nombreux articles soulignent l'importance du diagnostic et recommandent de ne pas procéder à l'admission des femmes en salle de travail si elles ne sont pas en phase active de travail, car elles n'auront alors pas accès aux mesures de confort qu'elles ont à la maison, et ne pourront pas s'alimenter. D'autre part, leur admission trop précoce pourraient conduire, par la suite, à des interventions qui risquent de ne pas être nécessaires. McNiven a en effet mené une étude en 1998. Il a sélectionné 209 femmes nullipares à bas risque, et les a alloué au hasard soit à un groupe d'évaluation du travail, soit à un groupe directement admis à l'hôpital, sans évaluation. Les femmes du groupe évaluation du travail étaient examinées; si il s'avérait qu'elles étaient en faux-travail, elles étaient encouragées à rentrer chez elles ou à se promener avant d'être admises effectivement en salle de travail. Les femmes de l'autre groupe étaient admises directement en salle de travail. Les données ont été récoltées et analysées, démontrant une diminution significative de la durée du travail, de l'utilisation de l'anesthésie péridurale ou d'injection d'ocytocine pour le groupe d'évaluation. Ces femmes portaient aussi un regard plus positif sur leur accouchement que les femmes de l'autre groupe. Aucune différence n'a pu être néanmoins établie entre les deux groupes sur la fréquence des césariennes ou celles des naissances instrumentées *(voir McNiven et coll. «An early labor assessment program: a randomized, controlled trial» in Birth, 1998, 25(1):5–10).*

Définir en équipe des visions communes

Pourtant, si une femme se présente à l'hôpital avec un pré-travail, c'est qu'elle pense avoir besoin de soutien et de soins. Le «pré-travail», du fait qu'il n'implique aucune pathologie, est le terrain idéal de travail pour la sage-femme, qui se doit d'informer, d'expliquer, d'apaiser et d'accompagner la femme. L'écoute et la transmission d'informations sont primordiales pour aider la parturiente à faire le pas, à accepter ses contractions douloureuses comme une étape nécessaire pour passer plus loin.

D'où aussi l'importance de disposer, au sein des établissements hospitaliers, de salles de pré-travail (ou «d'évaluation de la progression du travail»). Ces salles pourraient être chaleureuses, lieux de discussion, propices aux rires (aux pleurs aussi), à la détente, où les femmes pourraient partager leurs soucis (les déposer en quelque sorte) à l'occasion d'un massage ou d'un bain délassant et repartir ensuite, pleines d'assurance et de vitalité. A chaque établissement de se poser la question de la possibilité de créer d'un tel lieu.

Le flou qui entoure la définition du pré-travail marque également la nécessité pour les établissements de définir des stratégies claires quant à l'évaluation de la mère et de son bébé, au diagnostic du travail et aux critères d'admission. Il faut que les équipes discutent pour élaborer des visions communes, revoir ensemble les définitions de pré-travail, faux-travail et phase latente du travail, pour offrir aux femmes un discours homogène et positif.

Dans une société où l'on veut tout, tout de suite, le pré-travail dérange peut-être. C'est une situation qu'on ne maîtrise pas, pour laquelle la science n'a pas de solution toute prête à offrir. La seule chose à faire, à part de soulager les douleurs de la parturiente, c'est d'attendre et d'encourager à lâcher prise. L'interventionnisme médical se heurte ici à une fin de non-recevoir. Rentrez, il n'y a rien à faire... ◀

Photo: Susanna Hufschmid