

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 105 (2007)
Heft: 6

Artikel: Progression de l'accouchement : ce qui est "normal" et ce qui ne l'est pas
Autor: Bodart Senn, Josianne
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950003>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 18.03.2025

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

EDITORIAL

Le métier de sage-femme est un métier de femme, pour les femmes, entre femmes... Pourtant, pas si loin d'ici, en Angleterre, deux hommes sont en train de renforcer l'autonomie professionnelle de leurs collègues et la reconnaissance de l'art d'être sage-femme. Le premier est bien connu: c'est Michel Odent, inscrit au programme du Congrès des sages-femmes suisses d'Olten et que nous retrouverons dans le prochain numéro de «Sage-femme.ch». Le second est peu connu, du moins dans le monde francophone: c'est Denis Walsh qui est enregistré comme «Midwife» depuis 1986 et a passé un doctorat en philosophie en 2004. Il a aussi enseigné, mené des recherches et publié plusieurs ouvrages ainsi que de nombreux articles.



Depuis des années, Michel Odent et Denis Walsh dénigrent les attitudes traditionnellement masculines: la productivité, la performance, l'interventionnisme, la maîtrise du temps, des corps et des événements. Tous deux mettent en avant des attitudes traditionnellement féminines: l'émotion, l'équilibre entre le corps, l'esprit et surtout l'affect, la qualité de vie et le respect des individualités. Deux hommes qui se démarquent donc du stéréotype masculin, tout en restant leaders dans leur domaine d'activité. Deux hommes qui se distinguent des autres hommes, tout en aidant leurs collègues sages-femmes à affermir leur position dans un champ professionnel où la concurrence est particulièrement forte et la spécificité parfois menacée.

Avec ces deux leaders, les stéréotypes sexuels seraient-ils en train de s'estomper et les différences sexuelles auraient-elles perdu leur aspect caricatural? Peut-être bien. En attendant, écoutez ce qu'ils ont à nous dire. Non pas dans une perspective dogmatique ni dans un rapport de «maître à disciple», mais avec une visée créatrice, réformatrice, progressiste.

Josianne Bodart Senn

Progression d'un accouchement

Ce qui est «normal»

Achèteriez-vous, sans les essayer, des chaussures pointure 40 sous prétexte que la taille moyenne de tous les pieds humains y correspond parfaitement? Evidemment non. Pour ce qui est de vos pieds, vous savez faire la différence entre une moyenne et des variations très subtiles qu'il faut respecter, sous peine d'entraîner des souffrances bien inutiles... Alors, pourquoi devrait-on regarder la progression d'un accouchement uniquement au travers de moyennes calculées sur des cohortes, des chiffres «travaillés» par le grand nombre et qui masquent inévitablement des écarts, des particularités, des nuances? C'est, toutes proportions gardées, ce qu'essaye de faire comprendre Denis Walsh dans son nouveau livre «Evidence-based care by normal labour and birth» paru en anglais en avril 2007 aux éditions Routledge. Enquête sur une question d'actualité.

Josianne Bodart Senn

C'EST à Emmanuel A Friedman que l'on doit l'idée de dresser un profil type de l'accouchement «normal» et de détecter le plus tôt possible les premiers signes du «pathologique» (voir encadré 1). La compréhension de la progression d'un accouchement et les pratiques obstétricales en ont été fondamentalement bouleversées et, depuis 50 ans, il n'est pas un manuel d'obstétrique ou un ouvrage scientifique qui ne s'y réfère. Cependant, tout cela n'a pas été possible sans changements dans les structures organisationnelles des soins obstétricaux, en particulier dans le mouvement centralisateur de la seconde moitié du 20^{ème} siècle: avec de plus en plus de femmes donnant naissance dans des hôpitaux de plus en plus grands, une pression organisationnelle se fit sentir pour envisager la naissance à travers des standards uniformisés.

Denis Walsh rappelle que, dans les années 1980, Emily Martin (1987) s'est battue contre «the assembly-line childbirth». Il indique que Barbara B. Perkins (2004) critique la politique américaine de soins obstétricaux calquée sur le modèle «affairiste/industriel» typique de l'assemblage de sa célèbre automobile initié par Henri Ford. Sur la base de cette critique, Denis Walsh a mené lui-même une étude au Royaume-Uni (Walsh, 2006) et a trouvé dans les services de maternité une tendance à faire la chasse aux femmes qui ne soutenaient pas le rythme, qui ne progres-

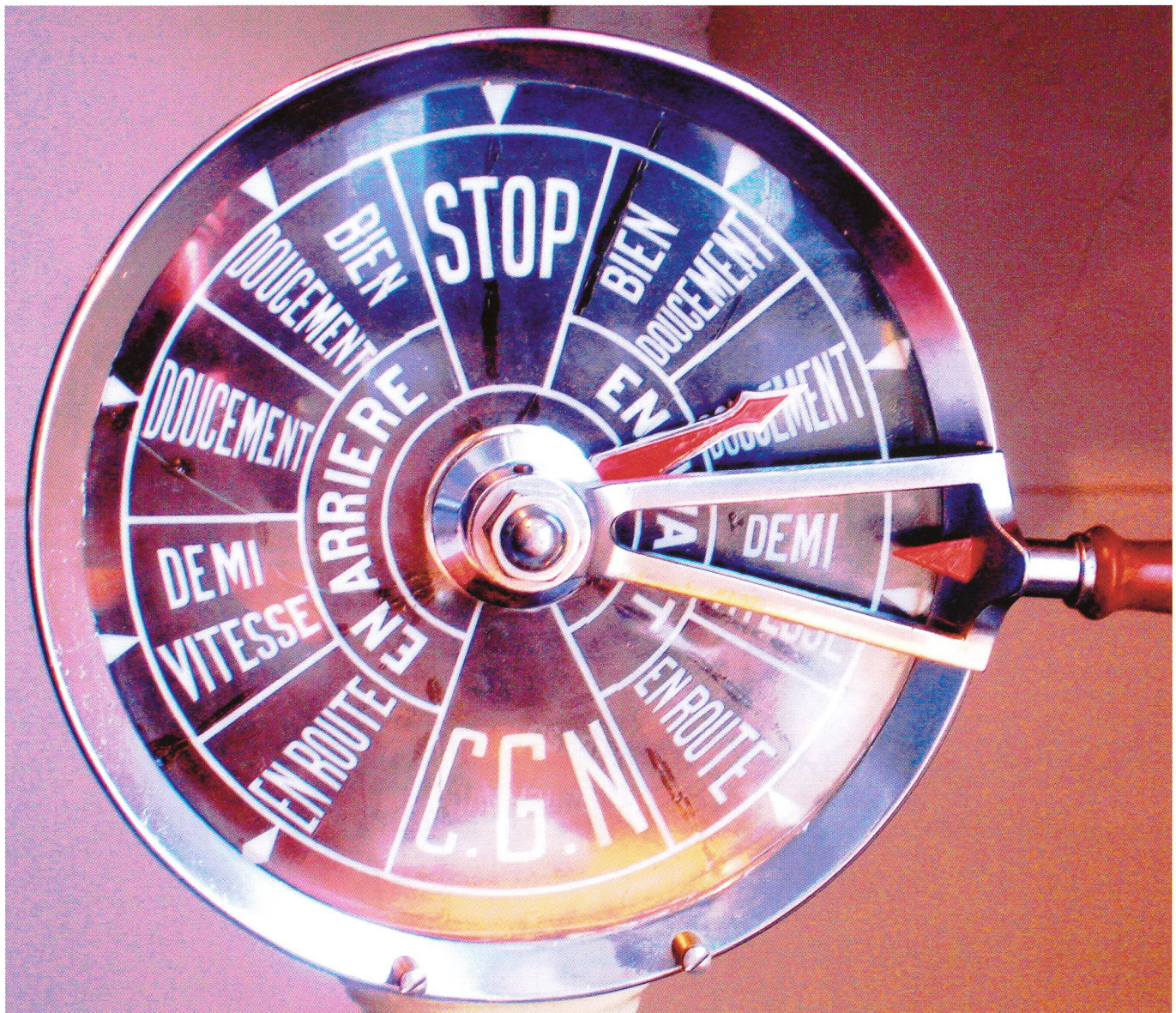
saient pas «dans les temps», bref qui mobilisaient trop longtemps les chambres et qui... «lambinaient» en quelque sorte (en anglais, «nigglers»). Ces pressions temporelles trouvent, d'après lui, leur origine autant dans les impératifs cliniques que dans les pressions organisationnelles.

Le doute s'amplifie

Leah L. Albers (1999) a examiné la durée du travail actif de femmes à bas risques (n = 2511) dans neuf centres hospitaliers américains. Ces femmes n'avaient reçu ni ocytocine ni péridurale. Il constate que leur travail actif est plus long que celui observé par Friedman: jusqu'à deux fois plus long, soit 17.5 heures contre 8.5 heures pour les nullipares et 13.8 heures contre 7 heures pour les multipares, sans qu'il y ait de conséquence morbide.

Ultérieurement, Sandra K. Cesario (2004) a demandé à 500 maternités américaines de lui adresser chacune 5 cas afin de pouvoir réévaluer la courbe de Friedman élaborée 50 ans plus tôt. Le taux de réponse est faible (17,8%, exactement 89 maternités) mais les résultats sont intéressants. 419 cas sont pris en compte (dont 23%, exactement 97, étaient primipares). Aucune de ces femmes de 14 à 44 ans n'a reçu d'anesthésie locale, ni d'ocytocines complémentaires, ni d'induction. Les durées moyennes du travail actif des primipares et des multipares sont, cette fois, semblables à celle décrites par Fried-

et ce qui ne l'est pas



Le corps humain n'est pas une machine... Alors, pourquoi laisser le taylorisme et ses dérives envahir la physiologie humaine?

Photo: JBS

man. Toutefois, Sandra K. Cesario note que les primipares restaient jusqu'à 26 heures dans la 1^{ère} phase de travail (et 8 heures pour la 2^{ème} phase) tandis que les multipares jusqu'à 23 heures (et 4.5 heures pour la 2^{ème} phase) sans effets négatifs. Ce qui justifierait, selon l'auteure, une révision de l'interprétation de la courbe de Friedman: c'est ce que pensent 85% des répondants à cette étude.

Jun Zhang et ses collègues (2002) ont étudié les «modèles» de dilatation cervicale pour quelque 1329 nullipares ayant accouché entre 1992 et 1996. Ils ont trouvé des taux de dilatation plus lents dans la phase active: en particu-

lier avant 7 cm, il n'est pas rare de trouver des décélérations de plus de 2 heures. Ainsi, le groupe le plus lent était bien en dessous du 1 cm/heure déterminé par Friedman: il fallait approximativement 5.5 heures pour passer de 4 à 10 cm (contre 2.5 heures selon Friedman). L'équipe a conclu que le critère habituel de diagnostic de travail ralenti ou arrêté était dès lors trop rigoureux. Commentant ces résultats, Denis Walsh ajoute que l'état général de santé des générations actuelles s'est nettement amélioré par rapport à celui des femmes d'il y a 50 ans, celles-ci étant alors plus vulnérables face aux effets d'un travail prolongé.

Quant aux grandes multipares (5 enfants et plus), Edith D. Gurewitsch et ses collègues (2002) ont tenté de comprendre leur rythme de travail en examinant les admissions dans deux centres hospitaliers entre janvier 1990 et juin 1995: 1095 grandes multipares, 1174 multipares (lower parity) et 908 nullipares. Cette équipe a montré que les grandes multipares présentaient une phase de latence plus longue, jusqu'à 6 cm, et que la progression ultérieure n'était pas plus rapide, contrairement à l'idée généralement admise.

Ce que toutes ces études suggèrent, c'est qu'il y a davantage de variations physiologiques entre les parturientes

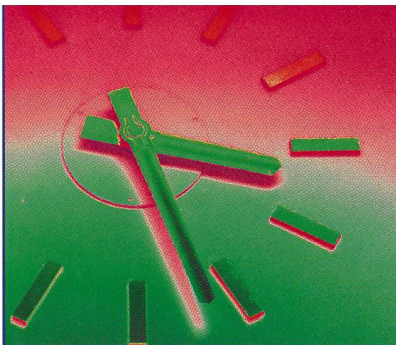


Photo: JBS

que ce qu'on avait imaginé jusqu'ici. Denis Walsh se réfère aux sages-femmes expérimentées qui ont toujours su que beaucoup de leurs patientes ne suivent pas la moyenne de 1cm/heure et, même plus souvent, ne présentent pas les paramètres d'une quelconque dilatation standard. «Ainsi, la dilatation peut être complète aussi bien à 9 cm qu'à 11 cm!», précise-t-il. «Si l'on accepte de tenir compte d'une variété infinie d'aspects physiques et de caractéristiques psychosociales, il est tout à fait possible de s'attendre à trouver des différences sensibles dans la physiologie de la naissance».

Un «autre» regard s'impose

Denis Walsh souligne l'importance des publications de Michel Odent (2001) et

Sarah J. Buckley (2004) qui ont montré que tout un cocktail d'hormones était en jeu dans ce processus, justement dénommé «la danse du travail» (en anglais, «dance of labour») et que l'isolement et une certaine «régression» étaient indispensables si l'on ne voulait pas perturber ce jeu hormonal. Denis Walsh affectionne tout particulièrement ce langage métaphorique et poétique, pour corriger ce qu'il appelle «la sécheresse et l'indigence du langage médical».

L'ocytocine en est en quelque sorte la «reine» des hormones qui dirige le tout et orchestre la synergie dynamique des autres interactions des hormones du stress, à savoir l'adrénaline et la noradrénaline, ainsi que les endorphines endogènes. L'adrénaline et la noradrénaline préparent et soutiennent la parturiente pour le puissant travail qu'est la mise au monde, en mobilisant ses forces et ses ressources internes. Avec une profonde sensibilité, elles induisent la production de l'ocytocine pour optimiser la progression du travail, de sorte qu'elle ne soit ni trop rapide, ni trop lente. Son importance se révèle lorsqu'elle est en déséquilibre: ainsi, la femme qui pourtant progressait bien à domicile, voit son niveau de stress augmenter dès qu'elle est transférée à l'hôpital et ses contractions faiblissent. Il s'agit simplement d'une action réflexe

de protection contre un environnement potentiellement hostile.

Michel Odent est bien connu pour avoir mis en lumière le rôle pivot de l'environnement et de l'accompagnement dans cette chimie «magique» des interactions hormonales. Ces variables peuvent augmenter ou perturber le déroulement de l'accouchement. La multiplication de diagnostics de «défauts de progression du travail» dans les hôpitaux ne serait alors que l'expression d'une profonde perturbation d'un cours normal du processus de travail, en particulier lorsqu'il s'agit pour la femme d'une primipare.

Une latence qui peut durer

La distinction, durant la 1^{ère} phase du travail, entre la période de latence et la période active relève de la médecine et non de l'expérience vécue des femmes, qui peuvent avoir connu des périodes de latence plutôt longues. Denis Walsh dénonce le paradigme du progrès qui structure notre perception temporelle.

Et d'abord, comment les femmes constatent-elles que le travail a démarré? Mechthild M. Gross et ses collègues (2004, 2005) ont éclairé notre compréhension sur ce phénomène de travail «latent» en révélant que moins de 60% des femmes font un autodiagnostic cor-

Historique

La courbe de Friedman et le partogramme

Le partogramme est l'enregistrement graphique de l'évolution du travail, de l'accouchement et des données de surveillance maternelle et fœtale qui s'y rapportent. Ce document, dont l'utilisation s'est généralisée depuis les années 70, émane en particulier des travaux de Emmanuel A. Friedman sur la physiologie du travail. Son contenu s'est enrichi au fil de l'évolution des techniques médicales et des thérapeutiques. Le partogramme permet d'identifier précocement les anomalies du travail, il facilite la prise de décision et la communication entre les professionnels. À ce titre, il améliore la prise en charge maternelle et fœtale.

En 1954, E. A. Friedman (3, 4) souhaitait évaluer la progression du travail par une méthode simple, objective et reproductible. Il a choisi d'étudier les modifications de la dilatation du col utérin chez une centaine de primipares. Il confirmera le résultat de ses travaux par l'étude

statistique des durées de travail à partir de 10 000 dossiers (5).

Il a démontré que le travail se composait de deux phases: la phase de latence et la phase active. La phase, dite de latence, correspond à l'effacement du col et à sa dilatation jusqu'à 2 à 3 cm. Elle dure de 8 à 10 heures pour une primipare, et de 5 à 6 heures pour une multipare. Cette phase se poursuit par la phase active, plus rapide, conduisant à la dilatation complète. Elle dure 5 heures ± 3 heures pour une primipare et 2 heures 30 ± 1 h 30 pour une multipare.

Cette phase active se divise en deux périodes: une phase d'accélération où la vitesse de la dilatation est maximale, et une phase de décélération (ou d'inertie) qui précède la dilatation complète. L'existence de cette phase d'inertie fut ultérieurement contestée par Hendricks et al. (6). Ces différentes phases sont ob-

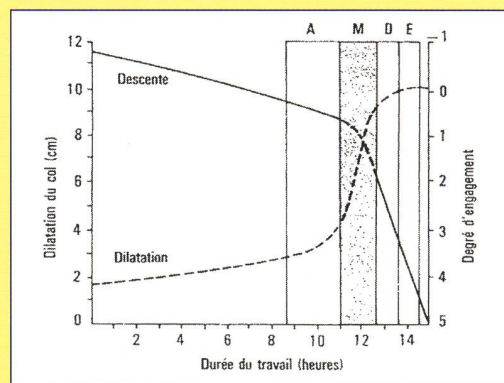


Fig. 1. Les différents temps du travail d'après Friedman (7)

jectivées par une courbe d'allure sigmoïde, représentant la dilatation du col (en centimètres) selon la durée du travail (en heures).

Cette courbe, appelée cervicographe, prendra ultérieurement le nom de partogramme. (...) Philpott (9, 10), en Rhodésie en 1972, cherche à établir des

rect. L'étude s'est déroulée en Allemagne auprès de 235 femmes admises pour un travail spontané à terme. Les répondantes ont mentionné: une perte des eaux (28%), une douleur constante (24%), une perte sanguinolente (16%), des symptômes gastro-intestinaux (6%), une agitation émotionnelle (6%), des troubles du sommeil (4%). «Ce qui ne correspond pas à la définition classique de nos manuels», précisent les auteurs.

Les sages-femmes font-elles un meilleur diagnostic? Ce n'est pas sûr. Susan Burvill (2002) et Helen Cheyne (2006) soulignent que le diagnostic de travail fait par des sages-femmes hospitalières n'est jamais un simple jugement clinique unilatéral mais un mélange complexe incluant à la fois la situation de la femme et les contraintes institutionnelles telles que charges de travail, guidelines, prise en charge continue, justifications de décisions à la hiérarchie et gestion de risques. Ce qui contraste avec le domicile ou la maison de naissance où ces paramètres organisationnels et cliniques sont secondaires par rapport à l'expérience vécue par la femme et les soins donnés (Walsh, 2006).

Il y a 20 ans déjà, Caroline Flint (1987) préconisait de rester à domicile pour ce travail «latent», avec la garantie d'accès à une sage-femme. Denis



Etre là avec elle plutôt que faire pour elle... et l'aider à trouver son «bon» rythme de progression.

Photo: JBS

Walsh souligne que cela reste un idéal. Les maternités ont réalisé depuis que le plus mauvais endroit pour accoucher est une salle d'accouchement parce que, là, les femmes craignent davantage de subir d'interventions (Hemminki & Simukka 1986, Rahnama et al 2006).

Rythme standard et rythmes réels

Denis Walsh aime à rappeler les récits anecdotiques venant de femmes ayant vécu une période de latence lors d'un travail déjà bien avancé et il in-

consignes précises de conduite du travail, destinées au personnel peu nombreux et plus ou moins qualifié des centres maternels de santé. Son objectif est de dépister précocement les disproportions fœto-pelviennes et les inerties utérines, principales causes de mortalité dans les pays du tiers-monde. Ces anomalies du travail sont mises en évidence sur le partogramme, par l'intermédiaire de deux lignes croisant la ligne de dilatation cervicale. Une première ligne d'alerte a pour but de signaler aux professionnels les anomalies du travail et de les faire réagir. La deuxième ligne, dite ligne d'action, parallèle à la première mais décalée de 4 heures sur le partogramme, impose une intervention immédiate.

Ces travaux de Philpott (9, 10) ont largement inspiré l'OMS pour mettre en place son programme de santé maternelle et ils ont également initié de mul-

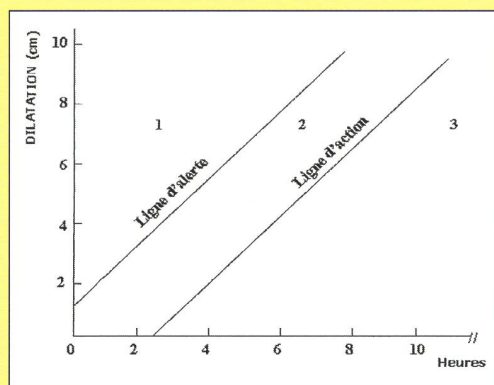


Fig 2. Partogramme à deux lignes pour la primipare d'après Philpott (10)

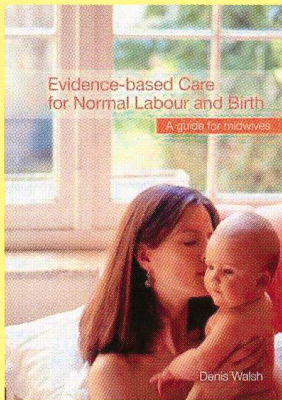
tiples études. Ce modèle de partogramme est aujourd'hui très répandu dans les pays du tiers-monde. O'Driscoll (11), à Dublin en 1975, propose un partogramme dont l'unique ligne d'alerte se superpose à la dilatation de référence de 1 centimètre par heure (sans tenir compte de la phase de latence).

Publications citées:

- Friedman EA. Thegraphic analysis of labor. Am J Obst Gynecol 1954; 68: 1568-75.
- Friedman EA. Patterns of labor as indicators of risk. Clin Obstet Gynecol 1973; 16: 172-83.
- Friedman EA; Neff RK. Labor and delivery: impact on offspring. Littleton: PSG Publishing Compagny; 1987.
- Hendricks CH, Brenner WE, Kraus G. Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labour. Am J Obstet Gynecol 1970; 106: 1065-82.
- Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris: SIMEP; 1992.
- Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. II. the action line and treatment of abnormal labour. J Obstet Gynaecol 1972; 79: 599-602.
- Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I. the alert line for detecting abnormal labour. J Obstet Gynaecol 1972; 79: 592-8.
- O'Driscoll K, Meagher D. Duration of labour. In: Active management of labour. The Dublin Experience. London: Baillière Tindall; 1986. p. 20-3.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé: Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Janvier 2000, 7-11.

Recommandations de Denis Walsh



- Les services de maternité doivent donner la priorité à la création d'un environnement adéquat et à une ambiance conviviale pour les «individualités» que sont les parturientes.
- Ces services devraient inciter les femmes à rester chez elles durant la phase de latence ou à aller dans une maison de naissance.
- Les variations de progression dans le travail devraient être comprises comme des variations de rythmes individuels, plutôt que comme une pathologie potentielle.
- Les sages-femmes devraient inciter les femmes à s'exprimer sur leur choix et respecter ces préférences.
- Les services de maternité devraient faciliter l'acquisition par les sages-femmes de compétences de reconnaissance de différents rythmes de travail, y compris en développant leur intuition.
- Lorsque le partogramme est utilisé:
 - Il est nécessaire de tenir compte d'une ligne d'action de quatre heures;
 - Avec une dilatation minimale de 0.5 cm/heure.
- En cas travail prolongé, la priorité sera donnée à un soutien physiologique/psychologique/social, avant toute intervention médicale.
- Les services de maternité devraient revoir l'utilisation du partogramme à la lumière de ces recommandations.

In: Denis Walsh (2007): «Evidence-based care by normal labour and birth». Londres, Routledge.

dique que ce n'est que récemment qu'on a pu disposer de données statistiques à ce sujet (Davis et al, 2002). Cette étude rétrospective de milliers de dossiers de femmes ayant accouché à domicile a montré que certaines ont présenté des périodes d'arrêt temporaire de la dilatation cervicale durant la période active. Ce qui n'avait pas été nécessairement interprété comme pathologique et, après un temps variable, la progression du travail avait repris. Certaines femmes avaient même eu deux «plateaux» durant leur accouchement, ce qui était bien déjà connu au 19^{ème} siècle. Envisager l'individualité des expériences d'accouchement de différentes parturientes, la subtilité des interactions hormonales et les effets d'influence de l'environnement et de l'accompagnement, c'est donc se donner le moyen de considérer les variations d'une femme à l'autre (Downe & McCourt, 2004). L'art de la sage-femme ne consiste-t-il pas dans cette facilitation de «l'expression individuelle» des femmes en couches?

Ce n'est pas un outil rigide!

Et si on donnait la parole aux sages-femmes? C'est ce qu'a fait Tina Lavender (2006) qui a réalisé une enquête dans un petit hôpital de Liverpool (env. 6000 naissances par année) afin de pouvoir réformer l'utilisation des partogrammes et les directives d'intervention à 2, 3 ou 4 heures. 86 questionnaires ont été distribués à des sages-femmes ayant des formations et expériences diverses, toutes ayant déjà participé à l'étude précédente et toutes étant familiarisées avec l'utilisation de divers partogrammes. Les questions portaient sur la nécessité des Guidelines écrites, sur la nécessité du partogramme, sur les directives d'intervention, sur les lignes d'action les plus bénéfiques pour les parturientes, sur la nécessité de considérer une de latence, sur le choix du partogramme pour les primipares avec travail spontané.

À Liverpool, la plupart des répondantes, mais pas toutes, considèrent que les Guidelines écrites sont nécessaires pour la gestion du travail; toutefois, il faudrait les voir comme de simples Guidelines et non comme des protocoles, laissant ainsi une place pour le jugement clinique en cas de travail sans complication. En général, le partogramme est considéré comme nécessaire, avec cependant quelques réserves. Il pourrait, par exemple, être utilisé de manière incorrecte et aug-

menterait alors les interventions obstétricales. Il serait un outil rigide qui ne prend pas en compte les autres facteurs. En ce qui concerne les lignes d'intervention, les opinions sont divergentes: pour les unes, la ligne d'action permet de bien gérer le travail et de faire un diagnostic de travail prolongé; pour les autres, la ligne d'alerte est utile mais elle réduit l'autonomie de la sage-femme. Tina Lavender précise encore que les sages-femmes qui préfèrent la ligne d'action de 2 heures, ont plus de 10 ans d'expérience tandis que celles qui optent pour la ligne d'action de 4 heures, n'ont que 5 ans d'expérience ou moins. Par ailleurs, le «Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth» (Enkin et al, 2000) recommande maintenant un taux de dilatation cervicale de 0.5cms/heure pour les nullipares.

Touchers vaginaux et recherche d'alternatives

La fréquence des touchers vaginaux comme pratique courante durant le travail est inextricablement lié au paradigme de progrès, mais elle risque de perturber la progression du travail. Denis Walsh cite, entre autres, les travaux sur l'abus sexuel (Robohm & Buttengheim, 1996) et sur le stress post-traumatique (Menage, 1996): après de tels traumatismes, on comprend que les femmes trouvent les touchers vaginaux particulièrement problématiques. De son côté, aux Etats-Unis, Linda Bergstrom (1992) a enregistré en vidéo des pratiques de touchers vaginaux et a révélé ainsi le rituel développé pour justifier une telle intrusion dans l'espace privé. L'auteure montre la «construction médicale» d'une telle pratique: sauf dans un contexte sexuel intime mettant en présence des adultes consentants, elle serait en effet jugée totalement inacceptable dans d'autres circonstances. Et le retentissement que cette pratique a sur une «patiente passive» n'est pourtant jamais pris en considération... Enfin, Chris Warren (1999) rappelle que deux questions essentielles doivent être posées avant tout toucher vaginal:

1. Pourquoi ai-je besoin de cette information maintenant?
2. N'y a-t-il pas d'autres moyens d'obtenir cette information?

Denis Walsh constate un renoncement généralisé à toute alternative aux touchers vaginaux: «Les sages-femmes savent pourtant depuis toujours interpréter les contractions, les demandes des femmes et les signes découverts lors des palpations abdominales». Sans par-

ler de l'intuition développée au fil des années d'expérience et de l'autonomie par rapport aux autres membres de l'équipe médicale...

Pour échapper à la dictature de la «normalité unique», la sage-femme doit repenser son approche et ses priorités. Holly P. Kennedy (2000) propose de «ne rien faire» (en anglais «doing nothing»). Kathleen Fahy (1998) voit la sage-femme «avec» la parturiente, sans nécessairement en train de faire «pour» elle (en anglais, «being with» women, not «doing to» them). Et, comme Denis Walsh l'a entendu lors d'une interview dans une maison de naissance, «il s'agit de faire en sorte qu'on se sente bien quand il n'y a rien à faire» (en anglais, «its about being comfortable when there is nothing to do»).

On l'a vu, un nouveau paradigme incluant divers «rythmes de travail» plutôt qu'une seule «progression normale du travail» est indispensable. Une plus grande attention devrait être portée au lieu de naissance et aux rôles de celles – éventuellement de ceux – qui accompagnent la naissance (voir encadré 2). Ainsi, la «cascade hormonale» favorisera une naissance plus facile, plus épanouie, mais pas nécessairement plus rapide. ◀

Bibliographie

Albers L. (1999): The duration of labour in healthy women. *Journal of Perinatology* 19(2): 114-9.

Bergstrom L., Roberts J., Skillman L., Seidel J. (1992): «You'll feel me touching you, sweetie». *Vaginal Examinations during the Second Stage of Labour*. *Birth* 19(1): 10-18.

Buckley S. (2004): Undisturbed birth – nature's hormonal blueprint for safety, ease and ecstasy. *Midwifery* 14(2): 203-209.

Burvill S. (2002): Midwifery diagnosis of labour onset. *British Journal of Midwifery* 10(10): 600-605.

Cesario S. (2004): Re-evaluation of Friedman's labour curve: a pilot study. *Journal of Obstetrics, Gynaecology and Neonatal Nursing* 33: 713-722.

Cheyne H., Dowding D., Hundley V. (2006): Making the diagnosis of labour: midwives' diagnostic judgement and management decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6): 625-635.

Davis, B., Johnson, K., Gaskin, I. (2002): The MANA Curve – Describing plateaus in labour using the MANA database. Abstract No 30, 26th Triennial Congress, ICM, Vienna.

Downe S., McCourt C. (2004): From being to becoming: reconstructing childbirth knowledges. In S Downe (ed.) *Normal Childbirth: Evidence & Debate*. London: Churchill Livingstone.

Enkin M., Kierse M., Neilson J. et al (2000): *A Guide to Effective Care in Pregnancy & Childbirth*. Oxford University Press, Oxford.

Fahy K. (1998): Being a Midwife or Doing Midwifery. *Australian Midwives College Journal*, 11 (2), 11-16.

Flint C. (1986): *Sensitive Midwifery*. London, Heinemann.



Détail d'une broderie mexicaine.

Photo: Musée de l'Homme, Paris

Hemminki E., Simukka R. (1986): The timing of hospital admission and progress of labour. *European Journal of Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Biology* 22: 85-94.

Gross M., Haunschild T., Stoexen T., Methner V., Guenter H. (2003): Women's recognition of the Spontaneous Onset of Labour. *Birth* 30(4): 267-271.

Gross M., Hecker H., Matteredne A., Guenter H., Kierse M. (2006): Does the way that women experience the onset of labour influence the duration of labour? *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113: 289-294.

Gurewitsch, E.D. et al (2002): The labor curve of the grand multipara: does progress of labor continue to improve with additional childbearing? *American Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 186: 1331-8.

Hemminki E., Simukka R. (1986): The timing of hospital admission and progress of labour. *European Journal of Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Biology* 22: 85-94.

Lavender T., Alfirevic Z., Walkinshaw S. (1998): Partogram action line study: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 105: 976-980.

Kennedy, H. (2000): A model of exemplary midwifery practice: results of a Delphi study including commentary by Ernst K. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45 (1), 4-19.

Martin, E. (1987): *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Milton Keynes: Open University Press.

Menage J. (1996): Post-traumatic stress disorder following obstetric/gynaecological procedures. *British Journal of Midwifery* 4(10): 532-3.

Odent M. (2001): New reasons and new ways to study birth physiology. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 75: S39-S45.

Perkins B. (2004): *The Medical Delivery Business: Health Reform, Childbirth and the Economic Order*. London: Rutgers University Press.

Rahnema P., Ziaei S, Faghizadeh S (2006): Impact of early admission in labour on method of delivery. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 92(3): 217-20.

Robolm J., Bottenheim M. (1996): The gynaecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse: a preliminary investigation. *Women & Health* 24(3): 59-75.

Stewart M. (2005): «I'm just going to wash you down»: sanitizing the vaginal examination. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 51(6): 587-94.

Walsh D. (2006): Subverting assembly-line birth: Childbirth in a free-standing birth centre. *Social Science & Medicine*, 62(6): 1330-1340.

Warren C. (1999): Invaders of privacy. *Midwifery Matters* 8: 8-9.

Zhang J., Troendle J., Yancey M. (2002): Reassessing the labour curve. *American Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 187: 824-8.