

ECOLE DE SAGES-FEMMES
UNIVERSITE PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE DE TOULOUSE-RANGUEIL

La douleur de l'accouchement



dans l'imaginaire des nullipares

Mémoire présenté et soutenu par

Audrey LAURENT

née le 26 mars 1983

en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Année universitaire 2006-2007

REMERCIEMENTS

Ce mémoire, élaboré au prix de longues heures de travail, est aussi le fruit d'une étroite collaboration avec Régine Prieur, ma directrice de mémoire, que je remercie pour son aide et sa disponibilité.

Un grand merci à Michel Briex ainsi qu'à Christian Fossat qui ont permis que mon étude voit le jour et voyage sur le web !

Je remercie chaleureusement toutes les femmes qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire et qui m'ont adressé encouragements et vœux de réussite.

Ma vive reconnaissance pour toutes celles et ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail, entre autres, Bernard Bel et Michèle Ciron-Carcinella.

Une mention très spéciale pour mes proches, parents et amis qui m'ont soutenu tout le long. En particulier, Miou, pour son coaching (!), mes parents (Relecteurs et Correcteurs en chef !) pour leurs conseils éclairés ainsi que Tom pour son aide précieuse à la mise en page finale.

Enfin, merci à Celui qui m'a supporté, dans tous les sens du terme, pendant toute la conception de ce mémoire.....

SOMMAIRE

<i>INTRODUCTION</i>	3
Première partie : le contexte	
1 LA DOULEUR	5
1.1 La douleur dans l'histoire.....	5
1.2 Le discours contemporain sur la douleur.....	6
1.3 Définitions de la douleur	6
1.3.1 Son rôle	7
1.3.2 Son évaluation.....	8
1.4 Physiologie de la douleur.....	8
1.4.1 Rappels anatomo-physiologiques	8
1.4.2 La régulation.....	9
1.4.3 Différents types de douleur.....	9
2 LA DOULEUR EN OBSTETRIQUE	11
2.1 Les origines de la douleur et topographie :	11
2.2 Douleur de l'accouchement : mythe ou réalité ?	12
2.3 Le contexte culturel en France	14
2.4 Le rôle et la signification de la douleur de l'accouchement :	15
2.5 La sage-femme face à la douleur	17
Deuxième partie : l'enquête	
3 MATERIEL ET METHODE	19
3.1 Objectif de l'enquête	19
3.2 Population d'étude	19
3.3 Modalités de l'enquête.....	20
3.4 Le matériel	20
4 LES RESULTATS	21
4.1 Questions 1 à 4 : la population d'étude	21
4.2 Questions 5 et 6 : la préparation à la naissance	22
4.3 Questions 7 et 8 : caractérisation de la douleur	25
4.4 Question 9 : origines de la douleur	26
4.5 Questions 10 et 11 : utilité et inutilité de la douleur	28
4.6 Questions 12 et 13 : influencer la douleur	30
4.7 Questions 14 et 15 : la soulager	32
Deuxième partie : analyse et discussion	
5 ANALYSE ET DISCUSSION	35

5.1	Avantages et limites de l'enquête	35
5.1.1	Concernant la population.....	35
5.1.2	Concernant le questionnaire.....	36
5.2	Analyse des résultats.....	37
5.2.1	Les origines de la douleur lors de l'accouchement :	37
5.2.2	L'intensité de la douleur :.....	39
5.2.3	Caractérisation de la douleur :.....	40
5.2.4	Influencer la douleur	43
5.2.5	Soulager la douleur	44
5.2.6	La préparation à la naissance	46
5.3	Devenir des hypothèses	48
5.4	Discussion.....	49
	<i>CONCLUSION</i>	53
	<i>REFERENCES</i>	54

Bibliographie

Annexes

INTRODUCTION

Jusqu'au début de mes études à l'école de sages-femmes, je n'avais encore jamais pensé à l'accouchement et ne m'étais jamais véritablement posé de questions à ce propos. Le récit de ma mère concernant nos naissances, à mes frères et sœurs et à moi, me suffisait. Je n'avais jamais pensé à la *douleur* de l'accouchement non plus ; encore une fois, la description que m'avait donnée ma mère était celle de quelque chose qui n'était « *pas une partie de plaisir mais largement faisable !* », et j'étais restée sur cette idée rassurante.

Avec mon entrée dans le cursus de sage-femme, et rapidement en stage, j'ai vu et appris l'accouchement, vu et accompagné la douleur. J'ai alors constaté que la douleur était un vrai sujet de questionnements, de doutes, de remises en question et de peur chez les nullipares. J'ai constaté qu'en ce qui concernait l'accouchement, il s'agissait d'un thème récurrent dans le discours des femmes. Un certain nombre disait combien elles désiraient une péridurale systématique, tant elles pensaient que la douleur allait être insupportable.

Cette vision des choses était terriblement éloignée de la mienne. En tant que nullipare, je me suis donc questionnée sur ma propre représentation de la douleur et l'ai comparée avec ce qui me paraissait être celle des femmes que j'accompagnais. Mon sentiment était alors que, contrairement à moi, la plupart d'entre elles avait une vision, à tort ou à raison, très dure et très violente de cette douleur.

Parallèlement à cette réflexion, plus j'avancais dans ma formation, plus je me rendais compte que dans les scènes d'accouchement diffusées dans les films, la douleur était exagérée et très mal décrite, les situations fantaisistes et les détails obstétricaux souvent mensongers ! Comment les nullipares pouvaient-elles alors avoir une autre représentation de la douleur que celle d'une épreuve cuisante, difficile et effrayante ? Comment pouvaient-elles avoir des connaissances exactes à son sujet ?

La problématique de ce travail est donc arrivée très clairement dans mon esprit comme étant : « Quelles sont les représentations de la douleur de l'accouchement chez les nullipares ? » et mes hypothèses de travail sont le reflet de mon sentiment à ce sujet : « les nullipares ont une vision violente et menaçante de la douleur de l'accouchement » et « ont peu de connaissances sur cette douleur ».

La première partie de ce travail vise alors à faire le point sur les connaissances actuelles en matière de douleur et s'attache à décrire les caractéristiques de la douleur spécifiquement dans le cadre de l'accouchement sous un angle sociologique.

La présentation des résultats de l'enquête, réalisée grâce à un questionnaire diffusé sur le site gyneweb, ainsi que leur analyse seront présentées respectivement dans les deuxième et troisième partie, ce qui nous permettra de statuer sur le devenir des hypothèses de travail.

PREMIERE PARTIE



Le contexte

1 LA DOULEUR

1.1 La douleur dans l'histoire

Compagne de l'Homme depuis l'Origine, la douleur est décrite dans toutes les civilisations, quels que soient les lieux et les époques. Mais la douleur fait aussi et surtout partie de l'histoire de la médecine. Dans les plus anciens manuscrits médicaux apparaissent deux champs classiques de la douleur : chez la femme, la douleur est obstétricale, elle est une fatalité. Chez l'homme, c'est la douleur de la guerre, douleur de blessures et d'amputation.

Dans les civilisations anciennes, elle était pensée comme due à la malfaisance de quelques démons, elle était alors le signe de leur pénétration dans le corps ou secondaire à un maléfice.

Pour Hippocrate (-460/-370), la douleur a une utilité considérable : il est le premier à la définir comme un signal d'alarme du corps. Il dit d'elle qu'elle est le « chien de garde de notre santé » qui « aboie » pour alerter l'organisme.

A son tour, Galien (131-201), second père de la médecine, modifie la notion de douleur : il la considère comme une atteinte du tact. Elle est alors définie pour la première fois comme une sensation dont Galien situe le siège dans le cerveau. Il est aussi le premier à chercher dans la pharmacologie et la chirurgie des moyens de la soulager.

Puis au Moyen Age, le christianisme positionne doublement la douleur : elle est soit un châtiment de Dieu, soit une condition d'une récompense possible dans l'au-delà. Pendant une longue période, l'Eglise condamne la dissection et empêche ainsi les progrès de la médecine.

C'est pendant la Renaissance, avec la levée des interdictions religieuses, que débute l'étude de l'anatomie et de la physiologie de la douleur en tant que sensation transmise par le système nerveux. Le corps n'est alors plus dépendant de l'Eglise et s'affranchit du dolorisme et de l'expiation. La douleur va ainsi se laïciser dans la conscience médicale au cours du siècle des Lumières.

1.2 Le discours contemporain sur la douleur

Le 20^e siècle est l'ère de la jouissance : après les malheurs et les souffrances subis par la génération 39-45, la jeune génération, issue du baby boom, revendique le droit au plaisir. Le climat narcissique et hédoniste qui prédomine est à l'origine de l'éclairage profondément antidoloriste de notre époque.

Dès la deuxième moitié des années 80, la question de la douleur est en vogue et est largement abordée dans de nombreux articles et ouvrages. Ces publications ont ceci de commun qu'elles s'étonnent qu'on puisse encore souffrir de nos jours : la douleur, bien que définie comme un signal d'alarme permettant notre protection, est jugée nuisible. Par conséquent, ayant tous les outils nécessaires en main, il devient impératif de la combattre. Le désir (compréhensible) d'antalgie devient un droit, et la lutte contre la douleur devient un objectif de santé publique.

1.3 Définitions de la douleur

Chaque être humain a déjà fait l'expérience de la douleur, c'est un phénomène universel s'il en est. Pourtant, son ressenti est complexe à décrire et sa définition difficile à donner ; d'abord, parce que son expression et son interprétation sont étroitement liées au concept même de « douleur ». Or, celui-ci a évolué dans l'histoire, nous l'avons vu. Ensuite, parce que, bien que partagée par tous, cette expérience est éminemment intime, personnelle : elle engage le sujet dans sa totalité, faisant appel à ses expériences passées, son éducation, sa culture. Elle est donc particulièrement subjective.

En 1979, l'Association Internationale d'Etude de la Douleur donnait une définition du phénomène, définition qui sera ensuite adoptée mondialement : « *la douleur est une expérience sensorielle affective et désagréable liée à une lésion tissulaire ou potentielle* ». (1)

A travers cette définition, nous apercevons nettement le caractère pluridimensionnel de la douleur.

La composante sensori-discriminative :

Elle correspond aux mécanismes physiologiques qui permettent la transmission, l'interprétation du message douloureux ainsi que son décodage en terme de qualité, de durée, d'intensité et de localisation.

La composante affective ou émotionnelle :

La douleur n'est pas un simple flux d'information mais une perception où l'émotion joue un rôle primordial. En effet, à chaque sensation, l'émotion va adjoindre soit une valeur positive, ce qui inscrira l'expérience dans le registre du plaisir, soit une valeur négative, qui l'inscrira dans le domaine de la douleur. La valence désagréable est donc un élément central dans la compréhension du phénomène douloureux. En même temps qu'elle est ressentie, la douleur est

évaluée et intégrée en terme de signification et de valeurs. Soumise aux interprétations psychiques marquées par l'appartenance culturelle de chacun, elle est hautement subjective. Elle s'accompagne d'un retentissement touchant l'affectivité qui conditionnera la réponse de l'individu.

Ceci explique, en partie, l'importante variabilité du ressenti et du vécu de la sensation douloureuse.

La composante cognitive

La cognition représente tous les processus mentaux qui interviennent entre une stimulation et la réponse à celle-ci. Il s'agit donc en fait de tous les mécanismes mentaux capables d'influencer la perception de la douleur et des comportements qu'elle induit.

La composante culturelle

Toute société place, décrit et ressent la douleur d'une façon qui lui est propre. L'idée que les sujets se font de la douleur, de son utilité, de sa signification va modeler leurs réponses à celle-ci, et ceci s'applique particulièrement à la douleur obstétricale, lourdement chargée de sens.(2)

La composante comportementale

Elle correspond à l'ensemble des manifestations verbales ou non verbales, observables chez un sujet douloureux et dépend étroitement de toutes les autres composantes. En fonction des individus, elle sera donc très différente : plainte, cris, grimaces, gémissements, positions antalgiques...Son rôle est aussi d'assurer une communication avec l'entourage : elle peut permettre de demander de l'aide mais peut aussi permettre à d'accéder à certains avantages donnés aux personnes souffrantes (la reconnaissance sociale de la douleur permet quelque fois d'être exonéré de certaines tâches).

1.3.1 Son rôle

Depuis Hippocrate, il est entendu qu'elle a une valeur de signal d'alarme. Il s'agit donc d'un système de protection de l'organisme, fruit de l'évolution, qui intervient ainsi dans la survie de notre espèce. Pourtant, son rôle n'est pas aussi net et comporte des zones floues.

Le professeur de psychiatrie Thomas Szasz, distingue « *trois niveaux de symbolisation de la douleur* » (3). Dans le premier niveau, le rôle biologique de la douleur est d'être une alarme. Cette notion dépasse la culture puisqu'elle se retrouve dans toutes les populations. Dans le deuxième niveau, la douleur signale un désordre du corps et l'intention du message douloureux est de permettre l'aide et l'assistance. Enfin, dans le troisième niveau, c'est la notion de communication qui prédomine et les questions de la sociologue Marilène Vuille à ce sujet sont alors légitimes : « [...] à qui le message s'adresse-t-il ? à quoi la douleur se réfère-t-elle ? car la douleur est à considérer comme un concept de communication. Ces trois niveaux nous confortent

dans l'idée qu'on se leurre en espérant accéder à une définition unitaire et satisfaisante de la douleur » (3)

On peut ensuite s'interroger sur les différents types de douleurs : quelle est la signification d'une algie qui persiste après traitement de la lésion initiale ? Le danger est écarté, pourtant, le signal est toujours présent. De même, quel message est contenu dans les douleurs chroniques ?

La douleur est donc un phénomène qui a encore de nombreux mystères à nous révéler...

1.3.2 Son évaluation

En se basant sur la définition de la douleur, on peut admettre aisément le caractère intime et éminemment individuel d'une telle expérience. La sensibilité varie considérablement en fonction des individus. Mais pourtant, comme le souligne Marilène Vuille, « *quand nous évoquons une rage de dents, nous sommes assurés de la sympathie d'autrui qui se remémore ses propres expériences passées* » (5). La douleur est donc une sensation qui appartient au registre de la certitude pour qui souffre mais au registre du doute pour qui est témoin d'une souffrance. Difficile de savoir si la personne souffre effectivement et à quelle intensité par rapport à notre propre échelle d'évaluation de la douleur. La mesure de la douleur est conséquemment fatalement subjective, réductrice, imparfaite voire aléatoire.

1.4 Physiologie de la douleur

1.4.1 Rappels anatomo-physiologiques

« *Le système nerveux permet à l'individu de répondre de façon coordonnée aux changements qui surviennent dans son environnement, d'échapper à cet environnement ou de le transformer au mieux de sa survie* » (6). Cette introduction tirée d'un ouvrage consacré à la physiologie du système nerveux s'adapte parfaitement au cas particulier qu'est la douleur.

Le message douloureux est initié par une stimulation des récepteurs nociceptifs, stimulation qui peut être d'ordre mécanique, chimique, thermique ou encore électrique. Le message alors obtenu sera fonction de la qualité, de la durée, de l'intensité, du rythme et du nombre de stimuli. Il n'existe pas de récepteurs spécifiques à la douleur, cette fonction est assurée par l'ensemble des terminaisons nerveuses libres, myélinisées ou pas, réparties en grand nombre sur le derme et l'épiderme, appelées nocicepteurs. Si le stimulus est léger, la sensation qui sera perçue sera celle du toucher. Par contre, si la stimulation atteint un certain seuil, c'est la douleur qui sera ressentie. Le message douloureux est transmis par les fibres afférentes jusqu'à la moelle épinière et est ensuite transmis aux centres supérieurs.

1.4.2 La régulation

Tous les messages douloureux qui sont créés par les nocicepteurs ne sont pas décodés en sensation douleur parce qu'il existe des systèmes de régulation de l'information. Nous pouvons donc, de manière endogène, moduler notre propre sensibilité à la douleur.

1.4.2.1 La théorie du Gate Control

En 1965, la théorie du portillon (Gate control) ou théorie du contrôle de l'entrée devient le nouveau paradigme en matière de nociception. Il s'agit d'un modèle dynamique de transmission des signaux douloureux : il n'existe pas d'appareil nerveux spécifique mais un système de limitation de la douleur sur les voies ascendantes qui permet de moduler la transmission de l'information douloureuse. Ce contrôle est exercé par des interneurons en diminuant la quantité de neurotransmetteur libéré et donc en atténuant le signal. Ce changement de paradigme a eu pour conséquence directe de complexifier le concept de douleur mais aussi de l'autonomiser : la douleur devient un monde en soi, doté de sites d'études propres (centres anti-douleur) et de professionnels (algologues). (6)

1.4.2.2 Les systèmes sérotoninergiques et adrénergiques

Ils limitent la transmission de l'information au niveau des voies descendantes ou efférentes par la libération de sérotonine et d'adrénaline, deux neurotransmetteurs qui agissent sur les récepteurs situés dans la corne postérieure de la moelle, permettant le blocage des messages douloureux.

1.4.2.3 Le système opioïde :

Les endorphines sont des peptides endogènes qui reproduisent les effets de la morphine et qui constituent donc un système extrêmement puissant contre la douleur. Il en existe trois groupes : les enképhalines, les β (béta) endorphines et les dynorphines.

Il existe des récepteurs aux opioïdes tout le long du névraxe : l'inhibition de la transmission se fait donc à tous les niveaux du système nerveux central, par l'intermédiaire de ces récepteurs.

1.4.3 Différents types de douleur

- *aiguës* : Ce sont des douleurs qui sont récentes et transitoires. Ayant un rôle de protection de l'organisme, elles sont un signal d'alarme lancé par une partie du corps, sur un laps de temps relativement court. Elles finissent par céder rapidement dès le début du traitement de la cause.

- *chroniques* : Elles se définissent par leur durée : on appelle douleurs chroniques des douleurs qui sont présentes depuis plus de six mois. Présentes parfois au quotidien, elles peuvent être

invalidantes et avoir des conséquences somatiques : perte d'appétit, troubles du sommeil. Elles peuvent même altérer les relations sociales.

- *idiopathiques* : Le terme idiopathique recouvre toutes les douleurs dont les mécanismes et/ou les origines ne sont pas connus. Ainsi, certaines maladies ou syndromes sont connus et décrits mais leur cause reste mystérieuse : lombalgie commune, névralgies faciales, colopathies fonctionnelles, fibromyalgies...

- *psychogènes* : Il s'agit de douleurs qui existent sans aucune lésion retrouvée. L'origine du message nociceptif est le cerveau lui-même qui « invente » l'information. Ce type de douleur peut se retrouver, entre autres, associé à des pathologies psychiatriques.

2 LA DOULEUR EN OBSTETRIQUE

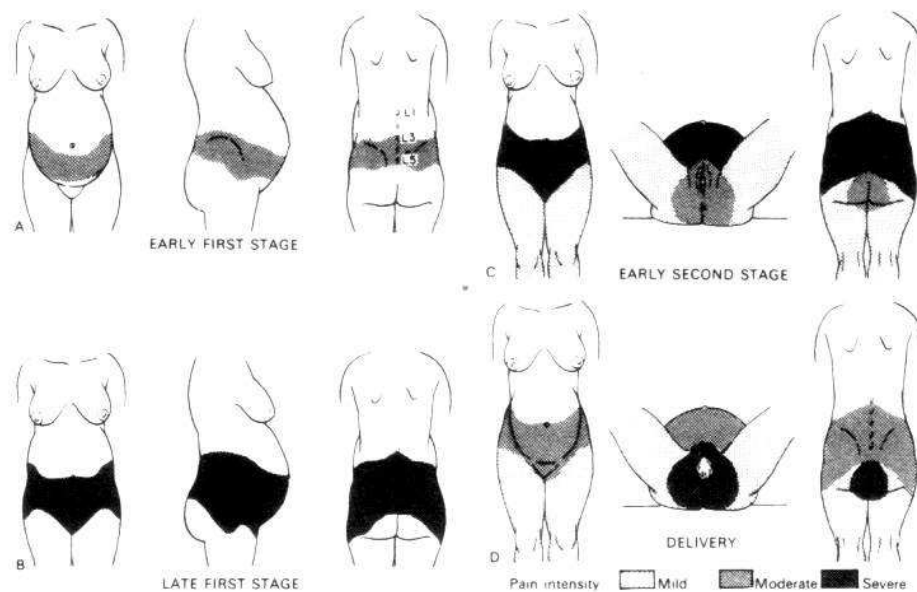
Jusqu'au 18^e siècle, les médecins accoucheurs ne s'intéressaient guère à la douleur de l'accouchement, occupés qu'ils étaient à essayer de mener à bien les couches pour la mère et pour l'enfant, tant l'obsession de la complication entraînant la mort était forte. Avec les avancées de la médecine et le développement de l'asepsie, les risques mortels de la grossesse et de l'enfantement sont assez bien contrôlés. Mais il faudra attendre la fin de la Seconde Guerre Mondiale, la soif de qualité de vie qui suivra et le développement d'une vraie politique de santé en matière de périnatalité pour que la question des douleurs liées à la naissance soit étudiée avec plus d'attention.

2.1 Les origines de la douleur et topographie :

Lors de l'accouchement, l'utérus se contracte pour expulser le fœtus hors des voies génitales. C'est la principale cause de douleur. Le muscle utérin n'est pas « entraîné » à un tel effort : il doit se contracter violemment sur une période relativement longue. Comme pour tout autre muscle du corps, l'acide lactique s'accumule et l'utérus devient douloureux.

Techniquement, la douleur n'apparaît que pour une pression intra-amniotique de la contraction utérine supérieur à 15 mm de Hg. En conséquence, le début de la sensation douloureuse peut être différée par rapport au début des contractions.

La localisation de la douleur va varier en fonction du stade du travail :



The pain of childbirth in: John J. Bonica, *The Management of Pain*, volume II, Lea & Febiger, Philadelphia, London, 1990

Au début du travail, les contractions sont en général ressenties plus comme un inconfort qu'une douleur véritable et la projection cutanée de cet inconfort se fera à prédominance antérieure ou postérieure en fonction de la position du fœtus. La douleur va s'intensifier et changer de topographie à mesure de la progression du bébé dans la filière pelvienne.

Les récepteurs sensitifs sont plus nombreux au niveau du segment inférieur du col que dans le reste de l'utérus et ainsi, pendant la première phase du travail, celle de la dilatation du col, la douleur est presque exclusivement utérine, liée au résultat de la dilatation et de la distension du segment inférieur. La douleur est essentiellement sous ombilicale pour les variétés antérieures et touche la région lombaire et la partie supérieure du sacrum pour les variétés postérieures. Elle va s'étendre à tout le ventre avec l'avancée de la dilatation.

Lors de la deuxième partie du travail, qui correspond à la descente et à la rotation du bébé, la douleur s'étend à des zones extra-utérines : elle est due principalement à l'étirement des annexes et des ligaments qui soutiennent les éléments anatomiques voisins (utérus, annexes, vessie, uretère, péritoine), à l'écartement du bassin, et à la compression des racines lombosacrées.

Enfin, lors de la phase d'expulsion, s'ajoute la douleur liée à la distension de la zone périnéale : le périnée lui-même mais aussi l'anus et la zone péri-annale. La distension de la vulve est rendue indolore sur une couronne de 3-4 cm par une ischémie locale. Par contre, la contraction des muscles périnéaux peut rendre la distension vulvaire douloureuse.

En plus de ces douleurs liées aux contractions elles-mêmes et à la progression du mobile fœtal, peuvent se surajouter des douleurs de type musculaire dans les bras, les jambes et le dos en fonction des postures adoptées pendant le travail.

2.2 Douleur de l'accouchement : mythe ou réalité ?

La grande majorité des témoignages des femmes qui ont déjà donné naissance disent la réalité de la douleur de l'accouchement. Par ailleurs, de nombreuses données historiques montrent que ces douleurs ont toujours été décrites. Pourtant, entre mythe et réalité, les avis et les études sont partagés.

Pour certains, l'accouchement étant un phénomène naturel, physiologique, il ne peut pas être douloureux. En pratique, cela signifie que malgré l'intensité des forces nécessaires à la dilatation du col, à la distension ou à l'étirement des fibres, il s'agirait d'un phénomène totalement indolore ; la douleur ne trouverait alors son origine que dans les facteurs culturels et

environnementaux. La douleur serait donc réelle puisque ressentie mais elle serait produite par l'esprit.

Le docteur Hettelblatt, en Suède, a montré dans une étude que pour un premier accouchement, les femmes ont qualifié leur douleur de sévère dans 37% des cas, très sévère dans 35%, soit 72% au total, contre 28% de modérées. Aux Etats-Unis, le Docteur Bonica, anesthésiste à l'origine de l'algologie, trouve des résultats presque similaires (grossièrement, dans les deux études, la population est divisée par tiers) : 30% de douleurs sévères, 20% de douleurs très sévères, 35% de modérées et 15% d'accouchements pratiquement sans douleur. (7) La variabilité individuelle dans le vécu de ces douleurs est, on le voit, très forte

En 1933, le Dr Read constate aussi ces inégalités mais il note en plus que les femmes calmes semblent moins souffrir que les femmes anxieuses. Il émet alors une hypothèse qui sera à la base du développement de l'accouchement sans douleur : il déduit que l'accouchement n'est que relativement peu douloureux en lui-même et que c'est l'émotion anxieuse qui est en grande partie responsable des algies. Il croit alors que le fait que la femme pense que l'accouchement va être douloureux concourt, avec la peur et l'ignorance de ce qui se passe, à le rendre tel. C'est sur la base de ces réflexions qu'il a développé les séances préparatoires à l'accouchement, séances comportant apports d'informations sur la physiologie de l'accouchement et relaxation.

Cependant, il dut se rendre rapidement à la conclusion que ces séances étaient loin d'être suffisantes pour éliminer la douleur.

Difficile de trancher. Mythe ou réalité ? Le processus de parturition est-il douloureux en lui-même ? La douleur est-elle d'origine physique ou psychique ? Nous avons vu dans une première partie l'importance du psychisme dans le vécu de la douleur. Mais peut-on imaginer qu'une douleur décrite comme sévère et même très sévère soit uniquement le fruit de l'esprit ? Pour A.W.M. Melotte-Athmer, neuropsychiatre, « *imaginer pareille douleur ne peut se faire que si le sujet la connaît par sa propre expérience, s'il la donc éprouvée en réalité. Ceci n'est pas le cas, évidemment, pour les douleurs de l'accouchement chez les primipares. Par ailleurs, il n'est même pas facile de provoquer des sensations fictives par la suggestion à l'état de veille ; pour obtenir ces résultats, l'état hypnotique est généralement indispensable.[...] On suggère plus facilement une anesthésie qu'une douleur imaginaire. La vraie douleur ne peut absolument pas être engendrée par suggestion* » (8)

Pourtant, une autre étude tend à démontrer le contraire. Alors qu'ils travaillaient sur une étude destinée à évaluer les conséquences de la péridurale sur le taux d'extractions instrumentales, Chesnut et ses collaborateurs, en 1987 s'intéressent aux taux de satisfaction de l'analgésie vécue par les femmes. Ils réalisent alors la seule étude randomisée en triple aveugle (parturiente, accoucheur, anesthésiste) : certaines recevront de la buvipacaïne-fentanyl et d'autres, du sérum physiologique. Le taux de satisfaction des deux groupes est respectivement de 96% et 98%. L'étude sera répétée en 1990 par les mêmes et dans les mêmes conditions : les résultats

seront similaires. Sur la base de ces travaux, le gynécologue-obstétricien Claude-Emile Tourné en conclut que la contraction de travail n'est pas douloureuse. (9) Est-ce vraiment le cas ? Quelle place laisser à l'effet placebo dans cette enquête ?

2.3 Le contexte culturel en France

Dans une part importante de notre société, l'idéologie de la douleur est particulièrement imprégnée de culture judéo-chrétienne. Le christianisme a entretenu le dolorisme en faisant de la douleur un châtiment, un mode de rachat aux yeux de Dieu.

Pour ce qui est de l'accouchement, l'idée de purification et de rédemption est encore plus marquée. En effet, dans l'inconscient collectif, la naissance est liée au péché originel. Après avoir croqué la pomme, Adam et Eve sont frappés d'un anathème et chassés du Paradis. La souffrance n'existait pas à Eden mais en bravant l'interdit, l'Homme a brisé l'unité première avec Dieu. Dès lors, le Mal fait irruption dans la condition humaine ; la douleur est le signe de cette rupture, la punition de la première faute. (10)

Eve, symbole même du péché puisque tentatrice d'Adam, est aussitôt condamnée : « Tu enfanteras dans la douleur » (Genèse, 3,16). Depuis, l'image de la femme en couche est celle d'un être qui souffre et « *si elle souffre, c'est quelle est fille d'Eve* » (11). Souffrir en mettant au monde son enfant permettrait de racheter la faute de la première femme et cet aspect, à la fois de rédemption et de punition va rendre la douleur indissociable de la maternité.

Ce qu'il faut ensuite noter, c'est que l'accouchement est ainsi socialement construit comme étant douloureux, même chez les femmes non chrétiennes. « Tu enfanteras dans la douleur » est une phrase forte et, associée aux récits d'accouchements difficiles, elle a ancré ce concept dans les esprits. Il s'agit d'un « *modèle mémorisé d'origine culturelle* » qui caractérise d'emblée le phénomène d'enfantement en parlant de douleur. Le conditionnement des réactions émotionnelles qu'une naissance induit est donc majeur puisque la perception est totalement anticipée et la pose directement comme une violence.

Claude-Emile Tourné dit à ce sujet qu'il s'agit d'une douleur « *unique en son genre, c'est le seul exemple de sensation, qui avant même d'être perçue et même par ceux qui ne la percevront jamais (les hommes) s'appelle douleur* » (12).

Cette appréhension de la naissance est l'héritage culturel que nous partageons tous. Cependant, avec le temps, de nouvelles valeurs concernant la douleur et la femme en couches ont émergé.

Premièrement, comme il a déjà été évoqué, il existe, depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale, un désir de confort et de plaisir, et conséquemment, un refus de la douleur inutile. Caricaturalement, on peut résumer le discours massif comme suit : la douleur n'est plus une

fatalité, elle est inutile, nous savons la combattre donc nous le devons. Ce refus de souffrir est particulièrement vrai pour l'enfantement, et le recours à la péridurale est maintenant dominant. On peut d'ailleurs à ce sujet légitimement se demander si la femme d'autrefois avait une capacité de résistance supérieure à la femme d'aujourd'hui ? (nos mères et nos grands-mères ne sont pas loin de le penser !) Difficile à dire mais ce qui est certain, c'est que dans les temps passés, la vie était difficile et violente. La douleur était alors acceptée plus facilement, comme faisant partie du quotidien.

Deuxièmement, concernant les parturientes, il règne une espèce d'exigence de l'image : « *les bons comportements d'une femme enceinte sont parfaitement socialisés, les femmes se sentent alors obligées de les adopter* » (13). En effet, on attend d'une femme, dès le début de la grossesse, qu'elle modifie ses comportements, qu'elle apprenne les « *règles socialement prescrites, reprises par la suite par les magazines et les ouvrages spécialisés et par l'entourage* »(idem). Lors de l'accouchement, il en est de même : on attend, plus ou moins consciemment que la future mère soit souriante, obéissante, calme et silencieuse. (14) Ce changement dans le comportement attendu de la parturiente est à rapprocher de l'apparition de la péridurale : cette technique a supprimé les cris qui autrefois emplissaient les salles de travail et les a rendu plus calmes. Les comportements considérés comme « normaux » ont alors changé...

2.4 Le rôle et la signification de la douleur de l'accouchement :

Puisque l'accouchement est un phénomène naturel, la douleur occasionnée l'est-elle aussi ? Puisque l'accouchement est physiologique, doit-on considérer cette douleur comme une « erreur de la nature » ? Quelle est sa signification, son rôle ?

La douleur de l'accouchement a véritablement un sens particulier. Alors que la plupart des autres douleurs que nous sommes amenés à ressentir a pour unique rôle de nous prévenir d'une pathologie, la douleur de la parturition est la seule à prévenir d'un phénomène physiologique. Dans une société algophobe comme la nôtre, elle peut donc apparaître comme totalement inutile et on imagine fort bien qu'elle soit combattue aussi franchement que toute autre douleur. Pourtant, tel n'est pas le cas. Non seulement elle n'est pas toujours éliminée, mais elle est même parfois défendue fermement, comme étant suffisamment importante pour le moment de la naissance pour qu'elle vaille le coup d'être endurée.

On peut alors se demander en quoi les douleurs de l'accouchement devraient être plus supportables qu'une rage de dents ou une appendicite ?

Premièrement, pour beaucoup, la réponse à cette question réside dans le fait que l'accouchement est un phénomène naturel s'il en est et aboutit à événement heureux. La douleur

occasionnée à donc une connotation globalement positive (Ne parle-t-on pas du « mal joli » ?). Ces caractéristiques suffiraient alors à les légitimer.

Deuxièmement, pour d'autres, la douleur liée à la naissance tiendrait un (ou plusieurs) rôle(s) fondamental(aux) dans cette étape de la vie :

La survie de l'espèce :

Faisant référence à notre caractère de mammifère, elle permettrait de prévenir la femme du début du travail de parturition. En effet, chez les animaux, dès les premiers signes de la mise-bas, les femelles se mettent en sécurité, à l'abri des prédateurs. De la même manière, son rôle serait d'attirer l'attention de la future mère sur un acte, qui, sinon, serait susceptible de la surprendre n'importe où et donc de les mettre, elle et son petit, en danger. (15)

Le pont :

Dans le psychisme, l'accouchement est l'acte qui permet d'atteindre le statut de mère. Pour Marilène Vuille, la douleur a une fonction à ce niveau là : elle va aider la femme à quitter la fille qu'elle était pour devenir une mère. Elle sert de pont entre deux états : celui de la grossesse où la mère et l'enfant « *font corps* » et la naissance où la mère et l'enfant sont « *deux corps distincts* ». Pour Hélène Deutsch, le message contenu dans la douleur serait « *cet enfant qui était et est encore Moi va devenir un Autre* ». (16)

En s'appuyant sur les travaux de psychanalyse dans ce domaine, l'auteur va même plus loin : « *si les douleurs servent de pont psychique entre état gravidique et l'état de séparation, c'est qu'elles recréent au niveau des émotions les liens physiques qui sont en train de se rompre.[...] Les douleurs de l'accouchement ne seraient-elles pas le lieu où s'élabore le fameux instinct maternel ?* » (16). Cette hypothèse est intéressante : l'accouchement représente une séparation entre la mère et l'enfant, la fusion qui existait va prendre fin et les douleurs de la naissance permettraient d'inscrire dans le corps ce lien physique qui est en train de disparaître, de laisser une trace. A partir de cette trace, se tisseraient les bases de l'instinct maternel et donc les prémices de la relation mère-enfant. Mais que dire des femmes qui accouchent par césarienne programmée ? L'intervention étant faite avant l'entrée en travail, elles ne vont pas ressentir les douleurs de l'enfantement. Pouvons-nous dire pour autant qu'il y a un risque de défaut de l'établissement du lien avec l'enfant ? De même, les femmes qui accouchent sous péridurale : avant d'être soulagées, elles ont vécu les contractions pendant une période donnée. Y a-t-il une durée, un seuil de souffrance pour lequel l'instinct va effectivement être élaboré ?

Si la douleur a un rôle dans le développement de l'instinct maternel, on ne peut pourtant pas lui en reconnaître l'entière responsabilité.

Le lâcher-prise :

La grossesse est marquée par ce qu'on appelle la « transparence psychique ». Cet état, qui, en dehors de la maternité serait considéré comme pathologique, se caractérise par une

perméabilité accrue aux représentations inconscientes : les conflits antérieurs ainsi que certains fantasmes régressifs oubliés affluent à la mémoire sans être freinés par la censure habituellement assurée par le refoulement. Les remémorations viendraient alors témoigner des attentes dont l'enfant fait objet (combler un manque, faire différemment de ses parents, faire comme ses parents, donner autre vie que celle qu'on a eu...). En parallèle, beaucoup de questionnements abondent dans l'esprit de la future mère : serais-je une bonne mère ? serais-je capable de m'occuper de cet enfant ? Est-il réellement désiré ? Suis-je prête ? Que va devenir mon couple ?

Pendant l'accouchement et le travail, la femme va en plus découvrir des affects qui lui étaient jusque là inconnus. Face à l'intensité des contractions et le caractère exceptionnel du moment, elle va découvrir une partie de sa personnalité qu'elle ne connaissait pas, qu'elle n'avait jamais expérimenté : sa façon de réagir, de se comporter face à la situation. Elle va toucher du doigt ses propres forces, ses limites et connaître des émotions jamais expérimentées. Toutes ces découvertes peuvent être à l'origine de blessures narcissiques.

Lors de douleurs intenses, on peut parfois assister à une régression de la femme, un certain lâcher prise. Et si ce lâcher prise n'était pas la conséquence de la douleur mais sa fonction ?

Il permettrait à la future mère de prendre de la distance par rapport à tous ces questionnements, ces doutes qui l'assaillent, de s'éloigner de l'éducation, de la bienséance. Il permettrait au néocortex de se mettre au repos pour que le cerveau primitif prenne le dessus, assure la physiologie et permette à la femme de vivre la séparation.

2.5 La sage-femme face à la douleur

Qu'elle soit un mythe ou une réalité, la douleur de l'enfantement n'en est pas moins présente quotidiennement en salle de naissance. La sage-femme est alors en première ligne pour assurer l'accompagnement de la femme et du couple.

En quoi consiste alors cet accompagnement ?

Chaque femme a une vision et un choix concernant la douleur de l'accouchement qui lui sont propres. Certaines souhaitent une péridurale à titre systématique, d'autres veulent absolument se passer d'analgésie ou simplement aller le plus loin possible sans. Pour la sage-femme, l'accompagnement commence d'abord par écouter et entendre ce choix. Elle est ensuite une présence garantissant une sécurité physique et psychique tout en mettant tout en œuvre pour atteindre l'objectif que la future mère s'est fixé.

Mais aider, c'est faire quoi ? Aider, c'est appuyer quelqu'un en lui apportant son aide. Appuyer : donner son soutien, fournir un moyen d'action. Soutenir : empêcher quelqu'un de tomber, de défaillir. Assister : seconder quelqu'un dans sa tâche, dans sa volonté. Secourir : assister dans le besoin. Concourir : tendre vers un but commun. Protéger, stimuler, partager,

épauler, favoriser, faciliter, consolider...Aider, c'est donc accompagner : se joindre à quelqu'un pour aller dans le même sens que lui, le soutenir sans le dominer.

C'est « *Laisse-moi agir seul, ne fais pas à ma place, mais ne sois pas absent* » (17)

Face à la douleur, la sage-femme donc a pour vocation de mettre à la disposition de la femme tous les outils qui sont susceptibles de soulager sa douleur et/ou de l'aider à la supporter : la relaxation, les techniques de respiration, les massages, les positions...Elle va même parfois lui permettre de découvrir ses compétences face à la douleur et participe à l'aspect maturant de cette épreuve.

Mais de nos jours, cette mission d'accompagnement de la parturiente est profondément modifiée par la prise en charge actuelle de l'accouchement.

La pression du médico-légal est très forte et la sage-femme, tout autant que la plupart des professionnels de santé, a de nombreux « papiers » à remplir. Cette tâche administrative, ajoutée au manque de personnel dans certains établissements, réduit sensiblement son temps de disponibilité.

Les sages-femmes sont aussi « *noyées dans les actes techniques et la profession est de plus en plus amputée dans sa dimension la plus intense* ». (18) Effectivement, le modèle actuel du suivi de l'accouchement correspond à une prise en charge active du processus. Les protocoles sont stricts et les actes précis, ce qui demande du temps.

Mais le développement de la péridurale a tendance à « palier » à ces manques de temps et de personnels. Lors des contractions, il est bénéfique pour la parturiente d'avoir la sage-femme à ses côtés, profitant ainsi de ses conseils et de son soutien. En ce qui concerne les femmes soulagées par la péridurale, il est vrai qu'elles ont besoin moindre de cette présence.

La péridurale et les techniques modernes de surveillance de l'accouchement sont un véritable avantage pour l'organisation du travail en salle de naissance. Elles permettent d'assurer la sécurité tout en diminuant la culpabilité des sages-femmes face à la douleur. En effet, la douleur peut provoquer toute sorte d'émotions chez les professionnels de la naissance. Elle peut déranger, remuer, gêner. Elle nous met face à notre propre impuissance : « je ne peux pas la soulager » et peut ainsi être source de culpabilité et de souffrance.

Cependant, les sages-femmes doivent faire preuve de vigilance concernant l'utilisation de la péridurale. Premièrement, il serait préjudiciable de transformer cet outil remarquable en choix de facilité. Deuxièmement, la suppression de la douleur physique ne signifie pas suppression de la douleur psychique. Ainsi, certaines femmes expriment de la souffrance après et même pendant leur accouchement. En effet, même si la douleur a été effacée, l'accouchement reste un rite de passage, une épreuve maturante lors de laquelle la future mère peut avoir besoin d'être épaulée moralement.

DEUXIEME PARTIE



L'enquête

3 MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude prospective descriptive sur les représentations de la douleur de l'accouchement.

3.1 Objectif de l'enquête

Suite aux différents stages effectués en salle de naissance et en consultation prénatale, la problématique de cette enquête s'est posée comme étant « quelles sont les représentations de la douleur de l'accouchement chez les femmes nullipares ? ».

Ainsi, également orientés d'après les expériences de terrain, nous avons élaboré une première hypothèse : « les femmes qui n'ont jamais accouché ont une représentation violente et menaçante de la douleur de l'accouchement ». Puis une seconde : « les femmes nullipares ont peu de connaissances sur cette douleur ». A partir de ces deux hypothèses, nous avons organisé notre travail en thèmes, sous forme de questions :

- quelle intensité de la douleur les femmes imaginent-elles ?
- quelle est la connaissance des femmes sur l'origine de la douleur ?
- quelles sont les attentes des femmes par rapport à la préparation à la naissance concernant cette douleur ?
- cette douleur leur apparaît-elle utile ou inutile ?
- selon elles, quels sont les facteurs qui sont susceptibles de l'influencer ?
- quelles sont leur connaissance en matière de soulagement de la douleur et quelle est leur position sur la péridurale.

L'enquête a donc été établie pour répondre à ces différentes interrogations et ainsi, répondre à l'hypothèse principale.

3.2 Population d'étude

Les critères d'inclusion sont simples : la population d'étude est constituée d'un échantillon de femmes nullipares, de culture française métropolitaine, quelle que soit la gestité. Ont donc été exclues de l'étude toutes les femmes dont les caractéristiques ethniques étaient susceptibles d'être éloignées de notre grille de lecture.

3.3 Modalités de l'enquête

Afin de répondre à la problématique, nous avons réalisé une enquête prospective et descriptive qui s'est étendue du 13 janvier 2007 au 24 janvier 2007 inclus à l'aide d'un questionnaire.

L'étude a été réalisée grâce au site Gyneweb (19). Il s'agit d'un site de gynécologie-obstétrique créé il y a dix ans et contenant des articles et des dossiers sur des thèmes divers comme la grossesse, la contraception, la fertilité, la ménopause, la sexualité ou encore la pédiatrie. Administré par des médecins, il permet aussi aux femmes de poser des questions précises et d'avoir des réponses de spécialistes.

Le questionnaire a ainsi été envoyé aux 43982 femmes inscrites sur le site.

3.4 Le matériel

Le questionnaire (ANNEXE 1) est organisé en plusieurs parties correspondant aux questions exposées dans la partie « objectifs de l'enquête ».

Les questions 1 à 4 permettent d'obtenir des renseignements généraux sur les participantes et donc de cibler et de caractériser la population.

Les questions 5 et 6 permettent de connaître les attentes des futures mères par rapport à la préparation à la naissance.

Les questions 7 et 8 ont pour but d'évaluer l'intensité de douleur imaginée par les femmes et de la caractériser.

La question 9 vise à évaluer les connaissances anatomiques relatives à l'origine de cette douleur.

Les questions 10 et 11 permettent de nous renseigner sur le sentiment d'utilité ou d'inutilité de la douleur lors de l'accouchement.

Les questions 12 et 13 a pour but de connaître les facteurs qui, selon les futures mères, sont susceptibles d'influencer leur douleur.

Les questions 14 et 15 vise à évaluer les connaissances des techniques existantes en terme de soulagement de la douleur et le sentiment des femmes à leur égard.

La question 16 permet aux participantes de rajouter un commentaire.

Les commentaires pourront être utilisés pour enrichir et critiquer les résultats obtenus.

Le choix des questions et la trame du questionnaire ont été établis grâce aux données de la littérature et à l'expérience. Un pré questionnaire contenant uniquement des questions ouvertes a été testé une première fois dans le service de consultations prénatales de l'Hôpital Paule de Viguié au cours du mois de décembre 2006. En nous basant sur les réponses obtenues, nous avons transformé les questions ouvertes en questions à choix multiples. Cette nouvelle forme du

questionnaire a été testée une seconde fois dans le même service. A l'issue de ce test, ne constatant pas de difficultés, nous avons pu effectuer la mise en ligne définitive sur Gyneweb.

4 LES RESULTATS

Lors du croisement des résultats, nous avons utilisé la méthode du Chi2 (avec un degré de liberté égal à 1), nous permettant ainsi de nous prononcer sur le caractère significatif de la liaison des facteurs.

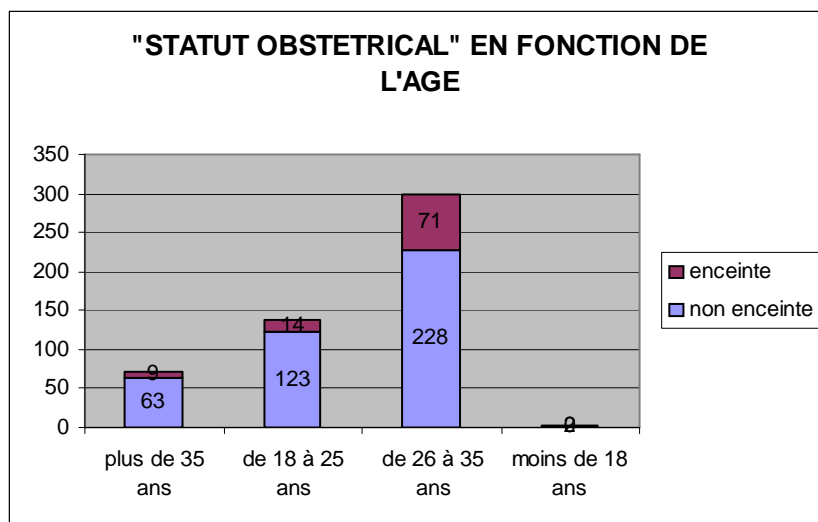
4.1 Questions 1 à 4 : la population d'étude

Sur les 43982 femmes inscrites auxquelles le questionnaire a été envoyé, 795 ont répondu. Afin de respecter les critères d'inclusion de l'enquête (en particulier, l'origine ethnique), la population d'étude a été ramenée à 510 femmes.

Les trois premières questions ont permis d'obtenir un profil de la population : âge, profession et ce que nous appellerons le « statut obstétrical », c'est à dire, si la femme est enceinte ou non au moment de l'enquête. Pour faciliter l'analyse des données, nous avons d'ailleurs regroupé sous le « non » les femmes ayant répondu « non » et « non mais j'espère l'être bientôt » à la première question.

Question 1 et 2 : L'âge des participantes et « statut obstétrical »

Les femmes qui ont participé à cette étude font partie de tranches d'âge différentes. Certaines sont enceintes et d'autres ne le sont pas. Leur répartition est figurée sur le graphique suivant. (Fig 1)

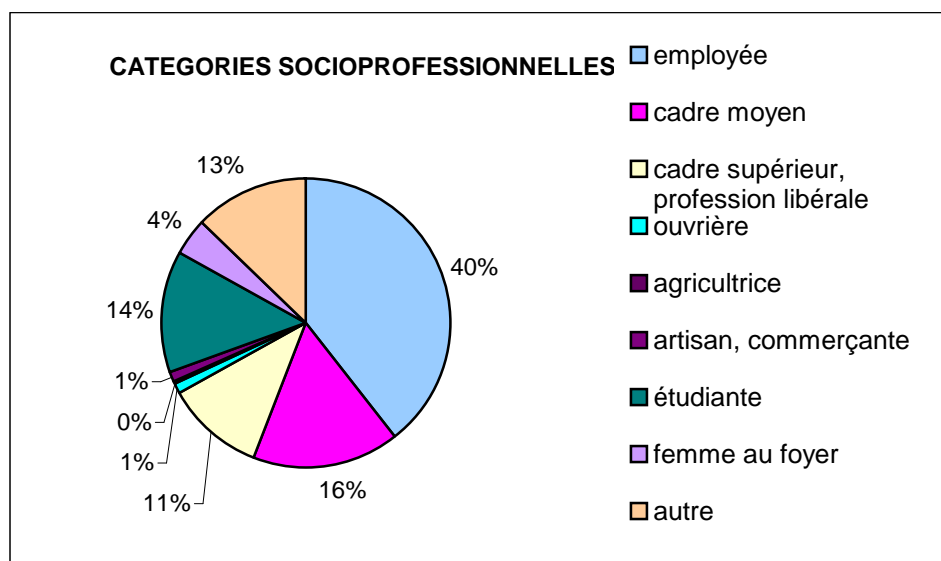


(Fig 1)

Question 3 : La profession

Les catégories socio-professionnelles proposées dans le questionnaire ont été tirées de la nomenclature des professions – niveau 1 – utilisée par l'INSEE (20). La population d'étude est constituée par diverses professions, présentées dans la figure 2.

Dans les 13% de femmes ayant coché l'item « autre », on retrouve des professions médicales et paramédicales, des professions de l'enseignement, des femmes sans profession et/ou à la recherche d'un emploi ainsi que divers corps de métier.



(Fig 2)

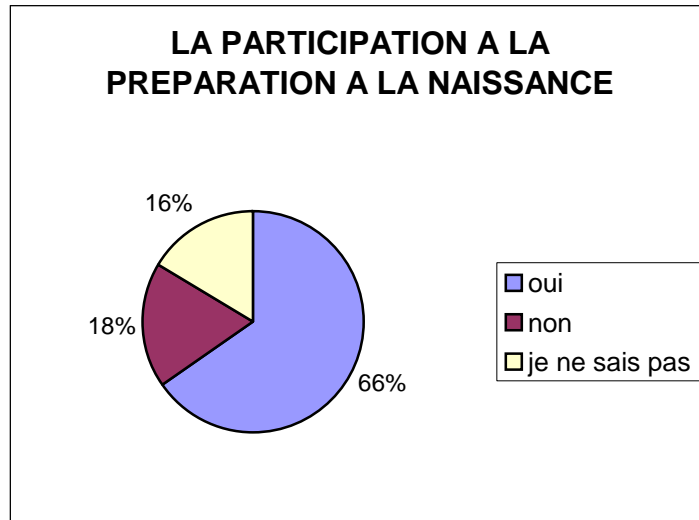
Question 4 : L'origine ethnique

La question 4 permettait de connaître l'origine ethnique des parents des femmes participantes. Ainsi, conformément avec nos critères d'inclusion, nous avons pu sélectionner uniquement les femmes d'origine française métropolitaine. Sur les 795 participantes, seulement 510 (notre population finale) remplissaient ce critère.

4.2 Questions 5 et 6 : la préparation à la naissance

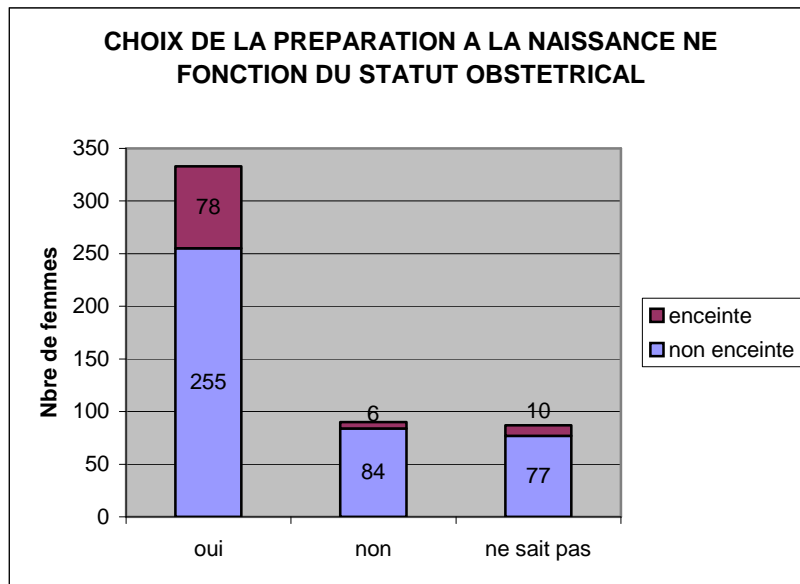
Question 5 : La participation à la préparation à la naissance

Sur la totalité des femmes interrogées, une grande majorité envisage d'avoir recours (ou a déjà recours, pour celles qui sont enceintes), à des séances de préparation à la naissance. D'autres sont encore indécises. (Fig3)



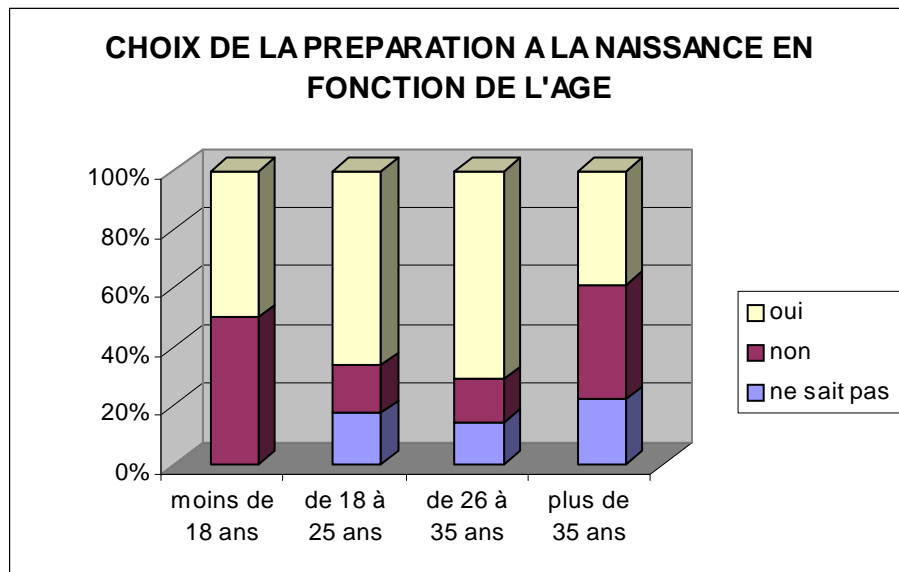
(Fig3)

Lors de l'étude de ces résultats, nous avons constaté une liaison statistiquement significative entre le choix de participer à des séances de préparation à la naissance et statut obstétrical d'une part (Fig4) et de l'âge d'autre part (Fig5) avec $p \leq 0,001$.¹



(Fig 4)

¹ « p » correspond au degré de signification. Si $p \leq 0,001$, cela signifie qu'il existe moins de 1 chance sur 1000 que la distribution des réponses soit due au hasard.

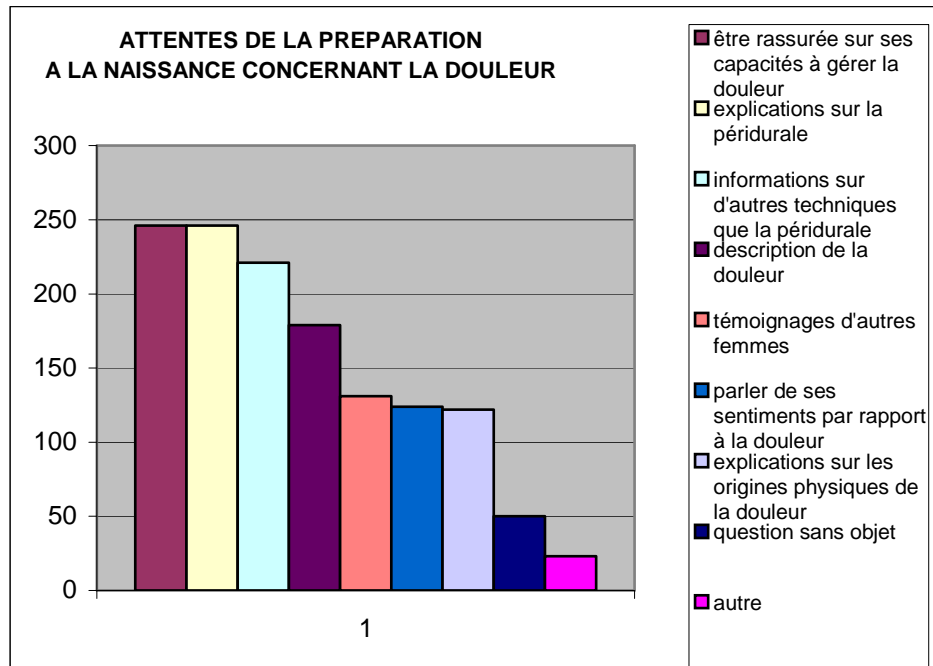


(Fig 5)

Question 6 : Les attentes de la préparation à la naissance concernant la douleur

Les séances de préparation à la naissance sont, entre autres, une opportunité de parler de la douleur de l'accouchement. Les attentes des femmes sur ce sujet sont illustrées sur le graphique suivant ci dessous (Fig 6).

Parmi les 23 femmes qui ont coché l'item « autre », 19 n'ont pas de réponses ou des réponses non exploitables. Les 4 autres femmes ont des réponses différentes : aborder les différentes positions possibles pour l'accouchement, parler de l'accompagnement par le conjoint, pratiquer la relaxation, la détente et la gym douce, « Ce que j'attends c'est pas de me dire ce qui se passe dans mon corps car je le sais mais m'aider en me disant simplement des astuces[...] A cause de notre méconnaissance justement de notre corps, la douleur est mal vécue car on est "soustrait" aux "ordres" de l'extérieur et on SUBIT cette douleur. »

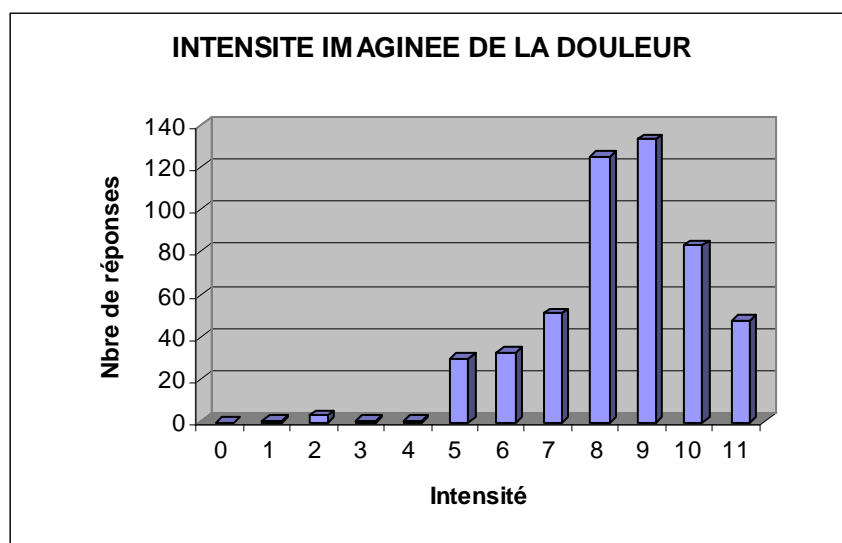


(Fig 6)

4.3 Questions 7 et 8 : caractérisation de la douleur

Question 7 : Intensité de la douleur

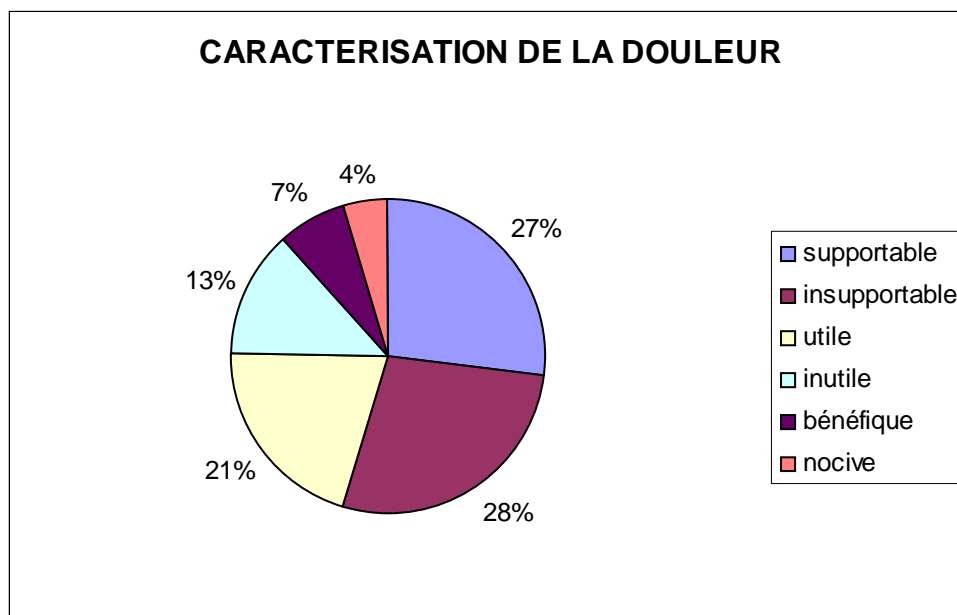
Sur une échelle de 0 à 11, où 0 représente l'absence de douleur et où 11 correspond à une douleur insupportable, il a été demandé aux femmes, lorsqu'elles pensaient à la douleur de l'accouchement, de coter le niveau de douleur qu'elles imaginaient. (Fig 7) Nous n'avons pas mis en évidence de liaison significative avec le statut obstétrical ou l'âge.



(Fig 7)

Question 8 : Caractérisation de la douleur :

Parmi une liste définie, il a été demandé aux participantes d'attribuer des adjectifs à la douleur de l'accouchement. Les réponses sont présentées dans le graphique suivant (Fig 8) :



(Fig 8)

Pour les différents adjectifs, nous avons cherché une influence de l'âge ou du statut obstétrical. Pour les groupes « utile-inutile » et « bénéfique-nocive », nous n'avons pas mis en évidence de liaison significative. Pour ce qui est du groupe « supportable-insupportable », la liaison avec l'état obstétrical, nous obtenons un résultat de 3,8, soit légèrement inférieur au seuil de significativité qui est de 3,84 dans les conditions de notre étude. Ce résultat est donc « limite » et ne nous permet pas de conclure.

4.4 Question 9 : origines de la douleur

La question était la suivante : « A votre avis, d'où vient la douleur de l'accouchement ? qu'est-ce qui fait mal ? ». Les réponses sont présentées sur la figure 9.

L'item « contraction » regroupe toutes les réponses qui comportaient l'expression « contractions utérines », qui faisaient allusion à des « contractions » sans plus de précisions ou parlant simplement de « travail musculaire » sans autres détails (Fig 10).

L'item « déformation du corps » regroupe toutes les réponses qui évoquent l'étirement des tissus, la dilatation des organes, l'écartement des structures (notamment le bassin) secondaires à la descente du bébé.

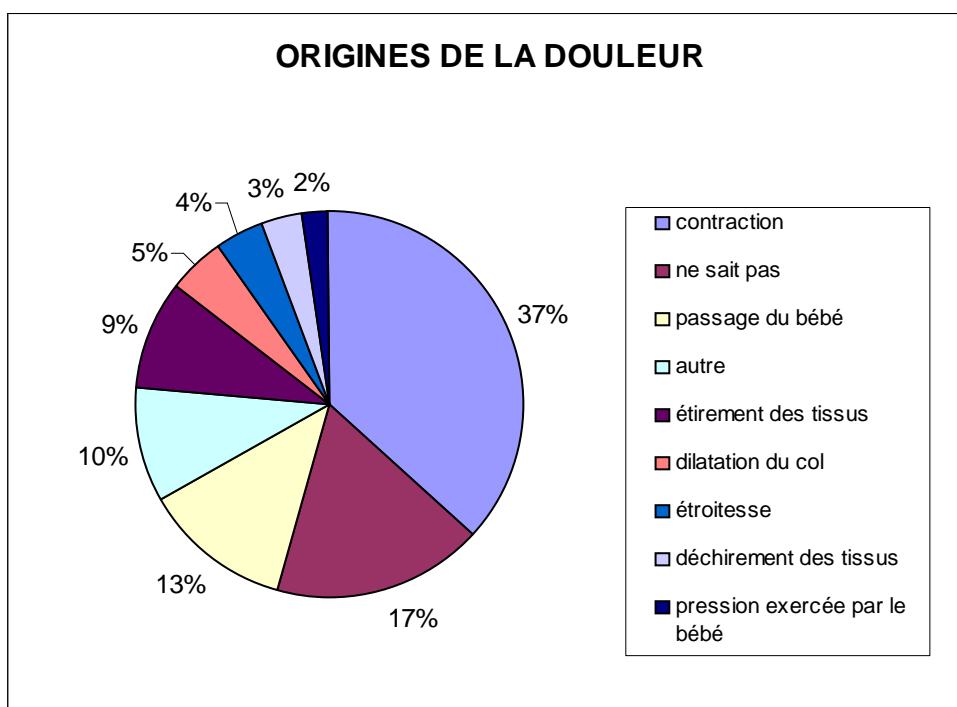
Pour ce qui est du terme « étroitesse », il s'agit de toutes les femmes qui imputent la douleur de l'accouchement à la disproportion entre la taille du bébé et celle des voies génitales.

Le « déchirement des tissus » est mentionné en majorité pour le moment de l'expulsion et concerne donc en particulier le périnée mais il l'est aussi concernant la progression du bébé dans le bassin.

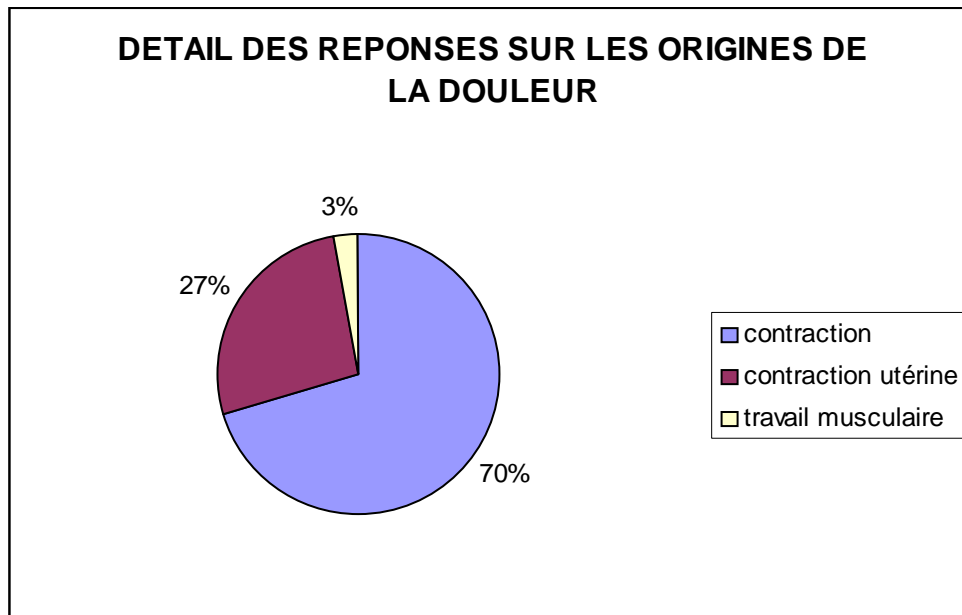
L'item « pression exercée par le bébé » regroupe les réponses faisant allusion à une pesanteur ou à une compression des organes par le bébé.

L'item « autre » regroupe des réponses très diverses : plusieurs femmes ont cité des organes ou des localisations anatomiques sans préciser davantage (« utérus », « reins », « dos », « ventre », « vagin », « ovaires »). D'autres parlent de l'importance du stress et de la peur, certaines citent l'épisiotomie ou la délivrance. Une dizaine de femme évoquent l'importance de la part psychologique dans le vécu de la douleur et évoque en réalité la souffrance psychique comme origine de la douleur physique. Enfin, 4 femmes parlent de l'influence de la culture et de l'environnement (médias, films, amis, proches) sur le vécu de la douleur. Une femme parle même de « conditionnement ».

Les réponses à cette question ne sont influencées ni par l'âge, ni par la catégorie socioprofessionnelle, ni par le statut obstétrical.



(Fig 9)



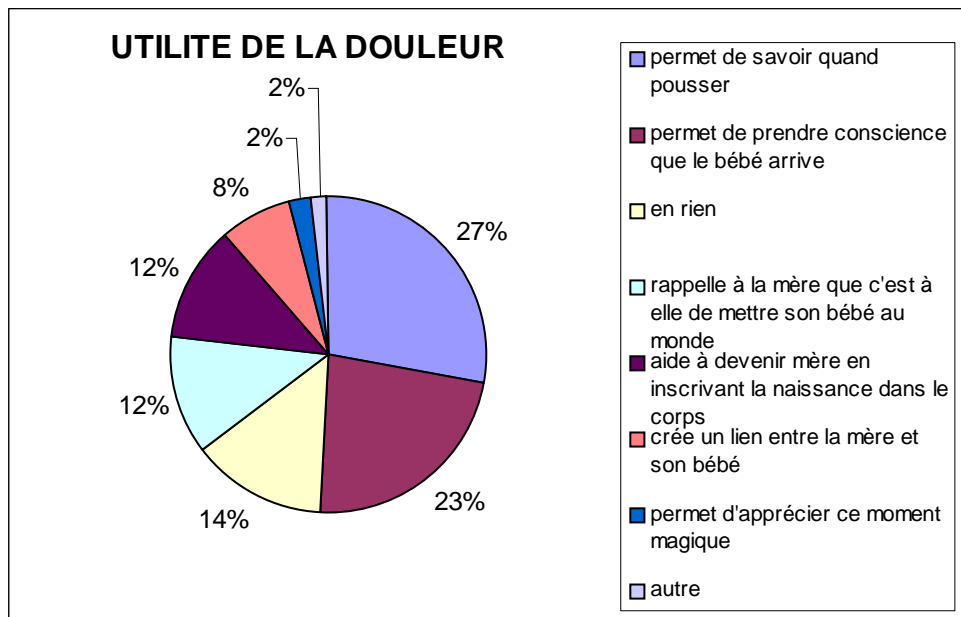
(Fig 9)

4.5 Questions 10 et 11 : utilité et inutilité de la douleur

Question 10 : Utilité de la douleur :

Pour 14% de la population d'étude, la douleur ressentie lors de l'accouchement n'a aucune utilité. Pour les autres, elle est utile, à différents niveaux. Les réponses choisies sont présentées sur la figure 8. (Fig 11)

Parmi les réponses de l'item « autre », d'autres sens de la douleur sont exposés : Il y a l'idée de dépassement de soi : « elle permet de connaître ses propres limites » et « elle permet de se surpasser, d'aller au bout de ses possibilités [...] ». Pour 2 femmes, elle permet de « marquer un passage » car elle permet « d'accepter que l'enfant quitte le ventre ». Pour une femme, certaines douleurs étant étroitement liées à la position du bébé (par exemple les douleurs dorsales lorsque l'enfant est en variété postérieure), ressentir la douleur permettrait à la future mère de « s'adapter spontanément ».

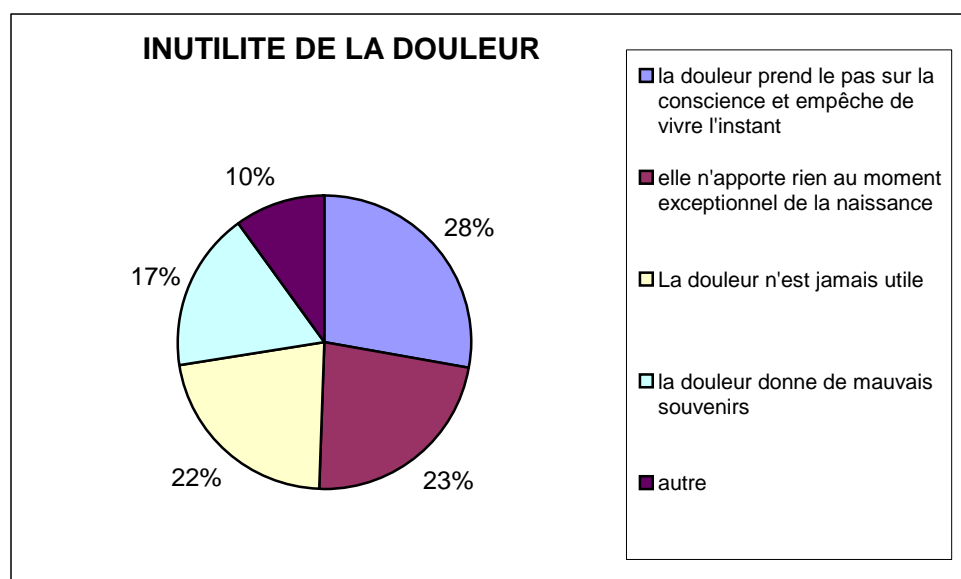


(Fig 11)

Question 11 : Inutilité de la douleur :

Les raisons pour lesquelles les femmes caractérisent la douleur de l'accouchement comme inutile est précisé comme suit (Fig 12).

Dans la catégorie « autre », une majorité répond que la douleur ne leur paraît pas inutile. Plusieurs ont tenu à préciser leur sentiment à ce sujet : « la douleur fait partie intégrante de l'accouchement », « si la douleur existe, c'est qu'elle a un rôle », « la douleur est la punition de Dieu », « elle permet peut être de conscientiser l'importance de l'événement », « le bébé souffre aussi, la douleur permet une communion dans la souffrance vers une délivrance commune ».



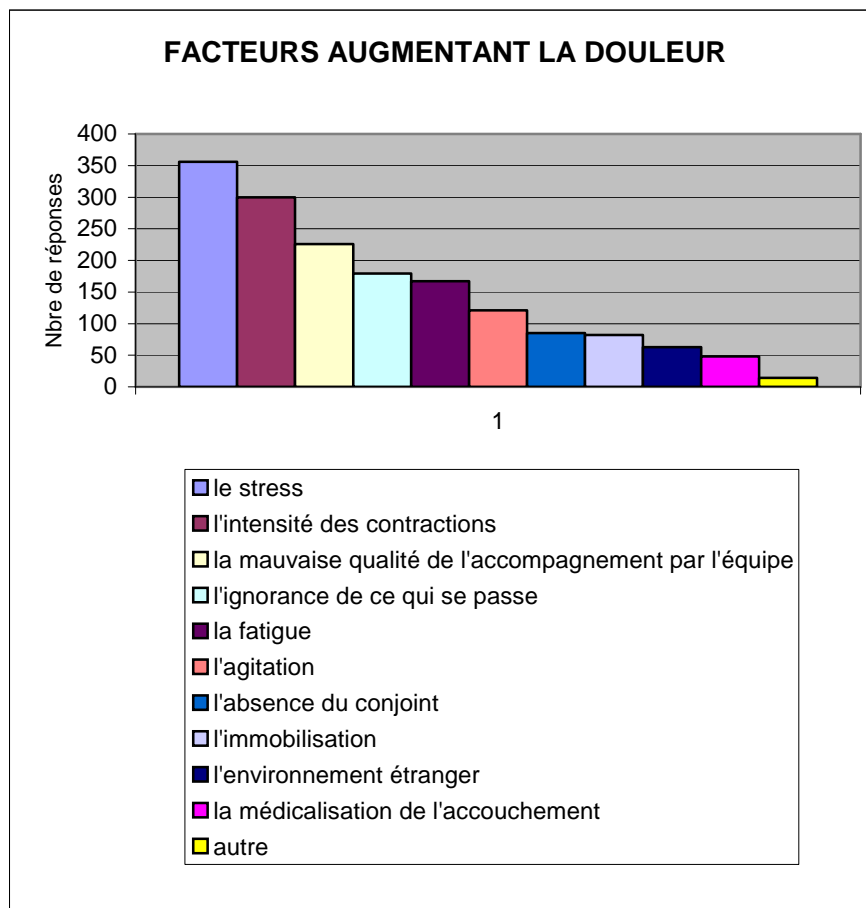
(Fig 12)

4.6 Questions 12 et 13 : influencer la douleur

Question 12 : L'augmenter :

Parmi une liste de facteurs, les femmes devaient signaler les 3 facteurs qu'elles pensaient les plus susceptibles d'augmenter la douleur lors de l'accouchement. Les résultats sont illustrés dans le graphique suivant (Fig 14).

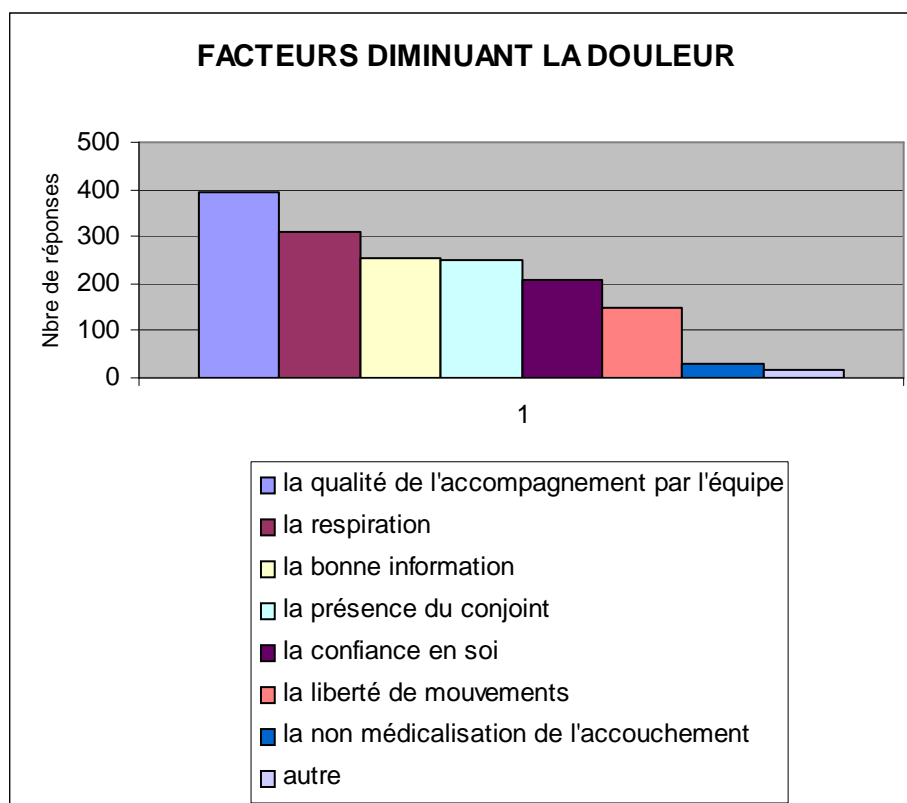
Dans la catégorie « autre », trois femmes évoquent la position en décubitus dorsal comme une source possible de douleur, deux parlent de l'inconnu lié à une mauvaise préparation comme facteur aggravant la douleur.



(Fig 14)

Question 13 : La diminuer :

De la même façon, il leur a été demandé de choisir les 3 facteurs susceptibles de diminuer le plus la douleur lors de l'accouchement. (Fig 15)



(Fig 15)

Pour permettre une meilleure analyse, présentons ces résultats sous une autre forme (Fig 16)

FACTEURS AUGMENTANT LA DOULEUR		FACTEURS DIMINUANT LA DOULEUR	
Le stress	22%	Un bon accompagnement / équipe	24%
L'intensité des contractions	18%	La respiration	19%
Un mauvais accompagnement / équipe	14%	Une bonne information	16%
L'ignorance de ce qu'il se passe	11%	La présence du conjoint	16%
La fatigue	10%	La confiance en soi	13%
L'agitation	7%	La liberté de mouvements	9%
L'absence du conjoint	5%	La non médicalisation	2%
L'immobilisation	5%		
Un environnement étranger	4%		
La médicalisation	3%		

(Fig 16)

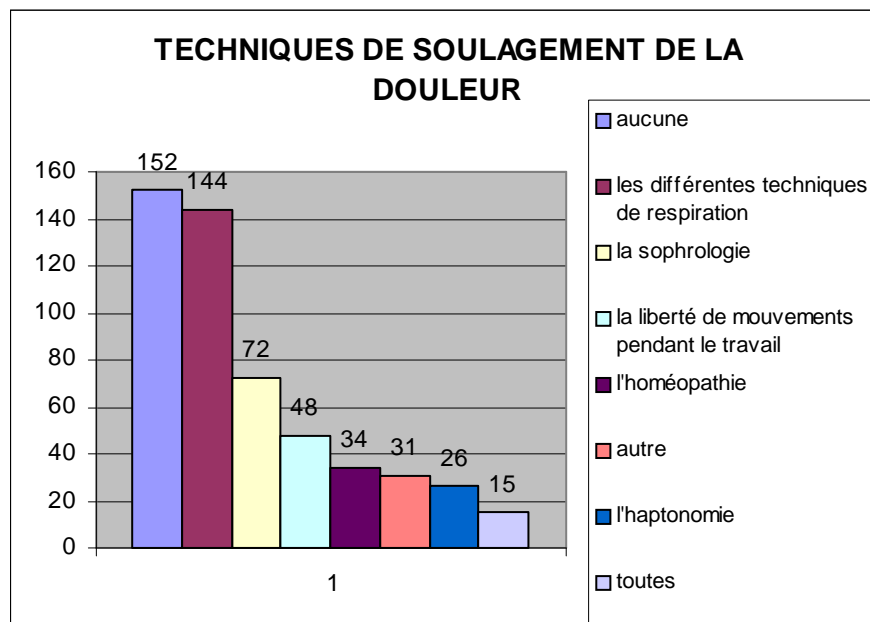
4.7 Questions 14 et 15 : la soulager

Question 14 : Les autres méthodes que la péridurale :

Cette question présentait une liste non exhaustive de méthodes susceptibles de soulager la douleur de l'accouchement et visait à évaluer les connaissances des femmes dans ce domaine. Les résultats sont présentés dans le graphique suivant (Fig 16).

Parmi les réponses « autres », les femmes ont évoqué l'acupuncture et la digitopuncture, l'hypnose, l'utilisation du ballon, le bain et l'accouchement dans l'eau, les massages, l'ostéopathie et le yoga. Elles parlent aussi de méthodes médicamenteuses comme la rachianesthésie et le protoxyde d'azote.

Aucune liaison statistiquement significative n'a été mise en évidence entre ces réponses et le statut obstétrical ou l'âge.

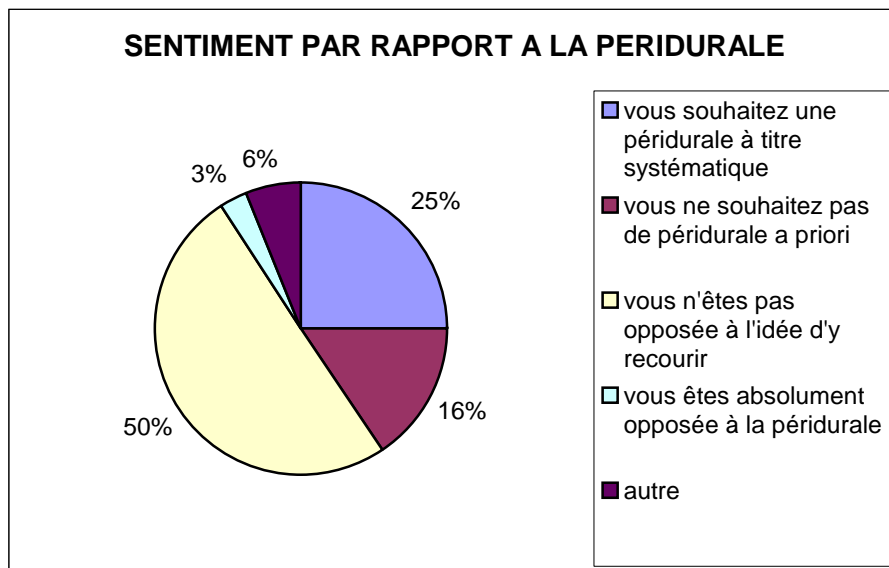


(Fig 16)

Question 15 : Sentiment face à la péridurale :

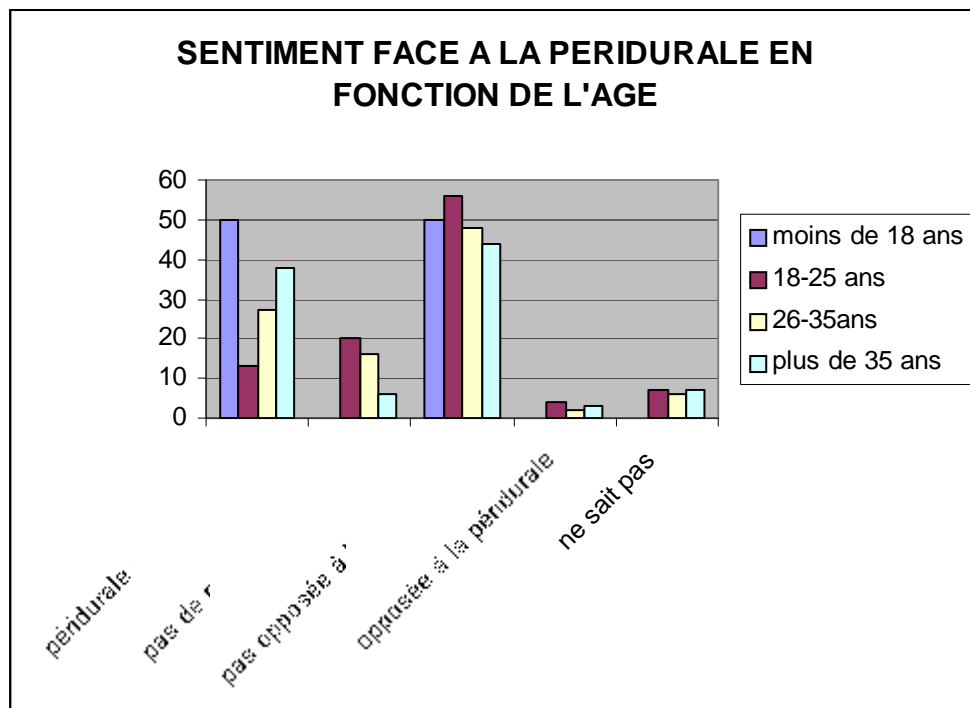
La péridurale est largement utilisée de nos jours. Cette question avait pour but de connaître le sentiment des nullipares par rapport à cette technique. Le graphique suivant illustre les résultats (Fig 17).

Dans la catégorie « autre », deux femmes ne savent pas ce qu'est une péridurale, quatre évoquent la peur de la paralysie, une n'a coché aucun item car elle dit « préférer la césarienne » et enfin, une trouve que « l'idée de la péridurale est encore plus terrifiante que l'accouchement lui-même ».



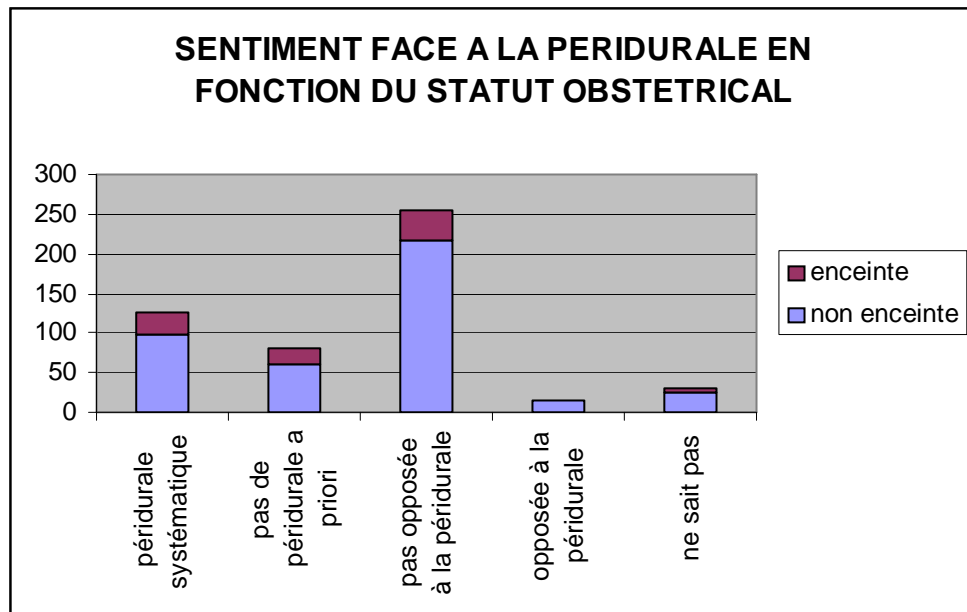
(Fig 17)

Grâce aux techniques statistiques, nous avons montré une liaison significative entre le sentiment face à la péridurale et l'âge des participantes (Fig18). La liaison la plus significative se situe entre les tranches d'âge 18-25ans et plus de 35 ans où $p \leq 0,001$; puis $p \leq 0,05$ entre les 18-25 ans et les 26-35 ans. Entre les 26-35 ans et les plus de 35 ans, la liaison n'est significative qu'entre les items « péridurale systématique » et « pas de péridurale a priori » avec $p \leq 0,02$, ce qui ne nous permet pas de conclure.



(Fig 18)

De la même façon, nous avons montré une liaison significative entre le sentiment face à la péridurale et le statut obstétrical : le choix entre les 3 premiers items sont influencé par le fait d'être enceinte ou non, avec $p \leq 0,05$. (Fig 19)



(Fig 19)

TROISIEME PARTIE



Analyse et discussion

5 ANALYSE ET DISCUSSION

5.1 Avantages et limites de l'enquête

5.1.1 Concernant la population

Par le choix de la méthodologie, c'est à dire la diffusion du questionnaire sur Internet, une de nos inquiétudes était de ne toucher qu'une catégorie seulement de la population. En réalité, cette méthode a permis d'avoir une population d'étude représentative.

En effet, une étude menée en 2006 par le CREDOC (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des conditions de vie), le CGTI (Conseil Général des Technologies de l'Information) et l'ARCEP (Autorité de Régulation des Communications Electroniques et des Postes) a montré que 57% de la population française était équipée d'une connexion Internet à son domicile et que 39% des actifs et 47% des étudiants de plus de 18 ans disposaient d'une connexion sur leur lieu de travail ou d'étude, ce qui représente donc une large partie de la population. (21)

Par ailleurs, les thèmes proposés sur le site Gyneweb sont suffisamment larges et divers pour ne pas intéresser une partie des femmes seulement ; les premières questions de l'étude montrent d'ailleurs une population diversifiée. En effet, nous avons comparé la répartition des catégories socio-professionnelles de notre étude avec celle de la population française en 2005 (20) : les catégories « employée » et « cadre » sont légèrement plus représentées dans notre étude que dans la population générale mais les proportions sont respectées, toutes catégories confondues. Ainsi, nous pouvons dire que notre échantillon est représentatif de la population.

En outre, cette démarche a aussi permis d'éviter la subjectivité du « choix » des participants qui peut exister lors de la distribution du matériel d'étude, lorsque celle-ci a lieu de main à main. Le questionnaire a été envoyé sans aucune distinction à toutes les femmes et sans que nous puissions entrer en contact ou avoir des informations sur celles-ci de quelques manières que ce soit. De plus, les femmes participantes à cette étude ont pu bénéficier d'une totale liberté quant aux conditions de remplissage du questionnaire.

Une deuxième inquiétude concernait la représentativité de l'échantillon par rapport à la population française, en terme de nombre. Nous nous sommes alors appuyés sur les recommandations de spécialistes :

« Dans la majorité des sondages, des tailles d'échantillon minimales et maximales peuvent être établies [...] Dans la plupart des cas où la population est très grande, l'échantillon maximal le plus pratique tout en étant d'un coût raisonnable est d'environ 1 000 personnes. En règle générale, la

taille d'échantillon maximale dans ces cas est établie à environ 10 % de la population. Ainsi, pour une population de 1 000 personnes, un échantillon de 100 est généralement considéré comme étant approprié. Pour une population entre 1 000 et 5 000 personnes, un échantillon de 100 à 500 personnes est très acceptable. Pour une population de 5 000 personnes ou plus, un échantillon de 200 à 1 000 répondants est approprié. » (22). Sur cette base et en nous aidant de la Loi des Grands Nombres qui indique que plus l'échantillon est grand, plus les statistiques se rapprochent des caractéristiques statistiques de la population, nous pouvons considérer que notre échantillon est suffisant pour être représentatif de la population (23).

Enfin, une troisième inquiétude concernait les critères d'inclusion de la population : le questionnaire était réservé aux seules femmes qui n'avaient jamais accouché. Il a donc été mentionné à trois reprises à qui s'adressait cette étude (« réservé aux femmes n'ayant jamais accouché ») : lors de l'envoi du questionnaire, dans le texte introductif à celui-ci ainsi que dans la première question.

5.1.2 Concernant le questionnaire

Dans le paragraphe précédent, nous nous sommes attachés à montrer que la taille de notre échantillon était suffisamment conséquente pour être représentative de la population générale. Cependant, il aurait été intéressant d'avoir un nombre plus important de réponses. Pour des raisons organisationnelles, notre enquête s'est étalée sur deux semaines seulement. Mais il est évident qu'en allongeant cette période, nous aurions pu facilement agrandir le nombre de participantes.

Comme nous l'avons exposé dans la partie « Matériel et méthodes », les items proposés dans le questionnaire final sont en grande partie issus des réponses au questionnaire test. En le testant auprès d'un plus grands nombres de femmes, nous aurions peut être pu affiner ces items et obtenir des résultats plus conséquents.

En effet, à la question 1, qui permettait de savoir si la femme était enceinte ou pas au moment de l'enquête, l'item « non mais j'espère l'être bientôt » est finalement inutile. Il a donc été regroupé avec les réponses « non ».

En ce qui concerne la question 9, qui abordait le thème de l'origine de la douleur lors de l'accouchement, il aurait peut être été plus avantageux de la libeller différemment afin que les participantes précisent davantage leurs réponses.

Parmi les items de la question 12, qui concerne les facteurs susceptibles d'augmenter la douleur de l'accouchement, « la fatigue » et « l'intensité des contractions » avaient été ajoutés pour permettre de proposer un maximum de choix de réponse. Cependant, l'analyse montre qu'ils ont un intérêt très limité en terme de conclusion.

Enfin, pour ce qui est de la question 15 qui avait pour but de connaître le sentiment des participantes à propos de la péridurale, il aurait peut être été intéressant de leur demander d'argumenter leur choix et ainsi d'affiner notre analyse.

Nous pouvons cependant nuancer ces réflexions. En effet, pour chaque question, un item « autre » permettait aux femmes de compléter leur réponse ou d'y ajouter un item qui ne figurait pas dans la liste de ceux proposés. Dans la mesure où cet item « autre » n'apporte que peu d'éléments supplémentaires, nous pouvons considérer que nous avons bien ciblé les réponses.

5.2 Analyse des résultats

La problématique de cette étude était de savoir quelles étaient les représentations de la douleur de l'accouchement chez les nullipares, avec comme hypothèses principales que les femmes avaient une vision violente et menaçante de cette douleur et peu de connaissances sur celle-ci. L'étude approfondie des résultats de l'enquête va nous permettre de répondre à ces présomptions.

Tant qu'elle n'a pas été expérimentée, la douleur de l'accouchement n'existe, chez les nullipares, qu'à travers les descriptions des mères et les représentations dépendantes de la culture. Les réponses des femmes interrogées dans cette étude nous donne un aperçu des images de cette douleur qui existent dans leur imaginaire.

5.2.1 Les origines de la douleur lors de l'accouchement :

Très présente dans notre culture, les femmes savent la douleur de l'accouchement avant même de l'avoir vécue. Mais en connaissent-elles les origines ? Qu'est-ce qui fait mal et pour quoi selon elles ?

Avant d'analyser les résultats, faisons un très bref rappel de la physiologie du travail : son début est marqué par l'apparition des contractions de travail, qui constituent l'essentiel de la douleur du processus de parturition, et qui ont pour but d'ouvrir l'utérus en dilatant le col et de pousser le fœtus hors des voies génitales. (24)

Partant de cette base, regardons les réponses obtenues. Nous pouvons les découper schématiquement en 3 groupes :

- Un premier groupe, correspondant à **17%** des réponses, où les femmes **ignorent** l'origine de la douleur.

- Un deuxième groupe, représentant **37%** des réponses, soit une partie relativement importante de celles-ci, identifie **les contractions** comme étant à l'origine de la douleur. Mais ce pourcentage est à nuancer puisque dans ce groupe, 27% des femmes seulement ont parlé de contractions *utérines* (soit 10% de la population totale), 70% ont mentionné des contractions sans préciser davantage et 3% évoquent simplement un travail musculaire. Il est cependant difficile d'affirmer que les femmes qui n'ont pas précisé d'où venaient les contractions ne le savaient pas, puisque rien dans la consigne ne leur demandait de préciser. Pourtant, on peut avancer comme conclusion de ces résultats que seul un pourcentage très réduit évoque spontanément les contractions *de l'utérus* comme source de douleur lors de l'accouchement.

- Un troisième groupe, regroupant les **46%** de réponses restantes : les femmes ont cité **plusieurs sources** de douleur lors de l'accouchement :
 - Le passage du bébé, que ce soit pendant le travail ou lors de l'expulsion.

 - L'étirement des tissus : pour certaines femmes, la douleur de l'accouchement est liée à des modifications internes de l'anatomie pour laisser le passage au fœtus. Elles parlent en majorité des os du bassin qui doivent s'écarter et de la distension du vagin.
 - « Le vagin est anormalement dilaté »
 - « L'idée d'être écartelée »
 - « L'écartement du bassin pour la venue au monde du bébé »

 - L'étroitesse : une petite partie de la population a exprimé l'idée selon laquelle la cause de la douleur est la disproportion entre la taille du bébé et la taille des voies génitales.
 - « Le bébé n'est quand même pas microscopique ! Plus de 2 kg et 50 cm, ce n'est pas rien ! »
 - « Le passage en force d'un enfant par des organes étroits »
 - « Le passage d'un corps lourd et plus grand que la fente »

 - Le déchirement des tissus : pour un certain nombre de femmes, la douleur de l'accouchement viendrait de déchirures causées inéluctablement par le passage du bébé.
 - « le passage du bébé dans le vagin qui doit déchirer quelques tissus au passage »
 - « la déchirure de l'entrée du vagin quand l'enfant passe »

Ces quatre items renvoient à une seule et même notion : les femmes semblent voir leur corps comme quelque chose de rigide, qui ne se laisse pas facilement déformer, et selon elles, c'est là la source de la douleur de l'accouchement. Le corps lutte contre le fœtus, se distend difficilement et se déchire. En guise de conclusion, citons simplement Marilène Vuille qui semble avoir des résultats similaires aux nôtres : « *Leurs réponses font appel à une représentation du*

corps comme structure rigide, fort peu plastique. L'accouchement lui-même est un événement violent, qui abîme, déchire le corps » (25)

Nous pouvons faire une seconde remarque à propos de ces items.

Il est aussi intéressant de noter que certaines femmes ne font mention que de l'expulsion, comme si l'accouchement se résumait, pour elles, à l'éjection du fœtus, en occultant totalement toute la phase de contractions qui précède.

Enfin, parmi toutes les réponses à cette question de l'origine de la douleur, 11% des femmes ont abordé spontanément la physiologie du travail alors que ce n'était pas l'objet de la question. Nous ne ferons donc pas de conclusion à partir de ces résultats mais nous évoquons les détails à titre indicatif : 15% parlent du mécanisme des contractions comme nous l'avons rappelé en début de chapitre tandis que la majorité des femmes ne parlent des contractions que comme un moyen d'expulser le fœtus, sans aucun lien avec la dilatation du col. Certaines femmes font aussi allusion à des mécanismes insolites :

« la dilatation du col provoque les contractions d'où la douleur »

« la dilatation du col est un travail violent et inhabituel, d'où les contractions »

« lorsque l'enfant s'extrait de l'abdomen, comme les muscles de l'utérus finissent la formation du crâne, j' imagine que c'est contracté, donc quand on force sur des muscles contractés, c'est toujours douloureux »

5.2.2 L'intensité de la douleur :

Comme nous l'avons montré dans une première partie, très présente dans l'esprit de tous, la douleur est pensée comme faisant partie intégrante de l'accouchement, comme étant indissociable de cet événement. Dans les récits des mères, elle souvent présentée comme très vive et difficilement endurable. Nous avons interrogé les femmes à ce sujet pour évaluer leur sentiment.

Sur une échelle de 0 à 11 (où 0 = pas de douleur et 11 = douleur insupportable), 77% des réponses se situent entre 8 et 11. La cote « 9 » obtient le maximum avec 26%, tandis que « 8 » et « 10 » obtiennent respectivement 25% et 16% ; et ce choix est dominant dans la population, quels que soient l'âge, la catégorie socioprofessionnelle ou le statut obstétrical. Dans la première partie, nous avons cité deux études dans lesquelles les femmes avaient qualifié leur douleur lors de leur accouchement de sévère, très sévère et modérée dans une proportion de grosso modo 1/3 pour chaque palier. En considérant que les cotes 10 et 11 correspondent à très sévère, les cotes 8 et 9 à sévère et les cotes 5, 6 et 7 à modérée, on obtient respectivement 25%, 51% et 22%, ce qui montrent qu'elles imaginent une douleur plus forte que ce que les femmes qui ont déjà accouché décrivent.

Les femmes s'attendent donc à une douleur relativement forte mais « *supportable* », dans la mesure où elles l'ont cotée inférieure à « 11 ». Dans le Petit Larousse, « supportable » est défini comme « *que l'on peut endurer* », c'est à dire que c'est *possible* de l'endurer. Dans toutes les cultures et depuis toujours, avant l'arrivée des techniques modernes de soulagement de la douleur, les femmes ont donné naissance en supportant la douleur : peut-on considérer ce fait comme une preuve du caractère supportable de la douleur de l'accouchement, aussi difficile soit-il de l'endurer ? Même si l'argument paraît grossier, on peut considérer qu'il est acceptable.

Pourtant, 9% des participantes de cette étude ont choisi la cote « 11 », correspondant à une douleur insupportable, au sens strict du terme (qu'il est *impossible* de supporter) et ce, malgré le « témoignage du passé » que nous évoquions précédemment. Comment alors interpréter ce choix ? Ces femmes ne peuvent ignorer que des milliers d'autres femmes ont déjà enduré cette douleur et l'endureront encore. Mais la douleur est hautement subjective, nous l'avons vu, et nous rend inégaux face à elle. Ainsi, peut être ce choix trahit-il leur sentiment à ce sujet : on peut alors imaginer le sens caché de « je pense que la douleur de l'accouchement est insupportable » comme étant « je ne me sens pas **capable** de l'endurer ».

5.2.3 Caractérisation de la douleur :

En fonction des lieux et des cultures, la douleur est pensée différemment. Nous avons cherché à savoir quels sens les nullipares donnaient à la douleur de l'accouchement.

Pour cela, dans un premier temps, nous avons proposé 6 adjectifs en demandant aux femmes le(s)quel(s) se rapprochai(en)t le plus de l'idée qu'elles se faisaient de la douleur : supportable, insupportable, utile, inutile, bénéfique, nocive. Le questionnaire contenait ensuite deux autres questions relatives à l'utilité ou à l'inutilité de la douleur de l'accouchement.

Examinons alors les résultats :

• Supportable et insupportable :

Ces adjectifs ont reçu respectivement 27% et 28% des réponses, ce qui indique que la population est partagée dans la même mesure, sans réelle tendance. Ces résultats sont surprenants, à plusieurs titres :

- D'une part, 55% de la population ne se prononce pas sur ce sujet. Pourtant, dans la question relative à l'intensité de la douleur, il était spécifié dans la consigne que la cote « 11 » correspondait à une douleur « insupportable » et que donc, par déduction, toute cote inférieure se rapportait à une douleur « supportable ». Répondre à cette question en ces termes équivalait donc à faire ce choix entre supportable et insupportable, et nous avons alors obtenu 100% de participation.

- D'autre part, il est étonnant de ne pas retrouver une distribution des réponses similaire entre les deux questions.

Question 7		Question 8	
Cote < à 11 = supportable	Cote = 11 = insupportable	Supportable	Insupportable
91 %	9%	27%	28%

Les 9% de femmes qui avaient choisi la cote 11 ont été cohérentes et ont toutes répondu « insupportable » à la question 8. Mais cela signifie qu'il y a 19% des femmes qui ont choisi ce même adjectif alors qu'elles avaient affecté une cote inférieure à 11. Comment expliquer cette contradiction ? De même, sur les 91% qui avaient choisi une cote inférieure à 11, seules 27% choisissent l'adjectif « supportable ». On peut légitimement se dire que c'est parce que les femmes n'ont pas interprété la question 7 de la façon dont nous l'avons fait jusqu'ici.

Mais ce que ce paradoxe semble nous montrer, c'est que les femmes font une distinction entre l'intensité de la douleur et le caractère supportable de celle-ci. Nous pouvons alors avancer la même conclusion que pour la question 7 :

- Le choix d'une cote inférieure à 11 peut être traduit par « *je pense que la douleur est forte mais supportable* ».
- Associé au choix du mot « insupportable » dans la question 8, l'interprétation pourrait être « *je pense que la douleur est supportable mais JE ne me sens pas capable de l'endurer* ».
- En extrapolant ce raisonnement aux restes des résultats, l'association avec le choix du mot « supportable » dans la question 8 peut être interprété comme « *je me sens capable de l'endurer* ».
- De la même façon, l'absence de choix entre les deux adjectifs peut vouloir dire « *je ne sais pas si je suis capable de l'endurer* ».

Partant de l'analyse des questions 7 et 8, on peut découper schématiquement la population en 3 catégories :

- 27% se sentent capables de supporter la douleur de l'accouchement
- 28% ne s'en sentent pas capables
- 55% ne savent pas si elles en sont capables.

- **Utile et inutile :**

La question 8 nous permet une première approche du sentiment d'utilité ou d'inutilité de la douleur pour les femmes interrogées : 34% seulement de la population se prononce sur ce thème, avec 21% pour « utile » et 13% pour « inutile » et deux femmes ont coché simultanément ces deux adjectifs. On note donc un léger avantage pour « utile » mais insuffisamment pour nous permettre de conclure. Ainsi, complétons notre analyse avec les réponses des questions 10 et 11.

Pour ce qui est de **l'inutilité de la douleur de l'accouchement**, la question était libellée comme suit : « selon vous, en quoi la douleur de l'accouchement est-elle inutile ? » et nous proposons un certain nombre d'items. Nous découvrons alors une répartition des réponses très différente de celle de la question 8 : alors que seulement 13% des femmes avaient choisi l'adjectif « inutile », les items ici proposés ont été cochés à 90%. (10% des femmes n'ayant coché que l'item « autre », en indiquant qu'elles pensaient cette douleur utile). Pour expliquer cette différence, on peut imaginer que ce n'est qu'à la lecture des items proposés que leur sentiment sur ce thème s'est révélé.

Pour l'ensemble des femmes, la douleur est inutile à plusieurs titres : elle n'apporte rien au moment de la naissance (23%), elle donne de mauvais souvenirs (17%) et elle prend le pas sur la conscience et empêche ainsi de vivre l'événement (28%). L'item « la douleur n'est jamais utile » a été coché à 22%.

Pour ce qui est de **l'utilité de la douleur de l'accouchement**, nous avons procédé de la même façon : « selon vous, en quoi la douleur de l'accouchement est-elle utile ? ». Ainsi, l'item « en rien », qui équivalait finalement à dire que la douleur est inutile, reçoit 14% des réponses, ce qui concorde avec les résultats de la question 8. Par contre, alors que seulement 21% de la population avait choisi l'adjectif « utile », on a ici 86% des réponses qui vont dans ce sens. Nous pouvons alors avancer la même hypothèse que dans le paragraphe précédent : ce n'est qu'à la lecture des items proposés que leur sentiment sur ce thème s'est révélé.

Pour les femmes interrogées, la douleur a donc une utilité : pour 50% des réponses, elle est uniquement une aide « technique » puisqu'elle sert à « prendre conscience que le bébé arrive », autrement dit, elle signe le début du travail, ce qui fait écho au rôle de « signal d'alarme » qui lui est conféré. Elle indique également « le bon moment pour pousser » puisqu'elle est concomitante de la contraction. Pour 34% des réponses, elle a un rôle dans le devenir mère : en « inscrivant la naissance dans le corps », elle rappelle à la mère son rôle dans l'accouchement et interviendrait donc dans l'établissement du lien mère-enfant.

- **Bénéfique et nocive :**

Dans le Petit Larousse Illustré, un bénéfice est « *un avantage tiré de quelque chose* » et bénéfique est défini comme « *favorable, bienfaisant* », tandis qu'utile est défini comme « *qui rend service, qui est profitable* ». On peut donc lier aisément ces adjectifs en disant que ce qui est utile est a priori bénéfique. De la même manière, nous pouvons lier nocive et inutile. Partant de cette base, nous pouvons nous attendre à ce que les pourcentages de « utile » à la question 8 (21%) soient à peu près similaires de ceux de « bénéfique ». Mais ce n'est pas le cas : « bénéfique » n'a reçu que 7% des réponses. Il en est de même pour « nocive » qui a été coché à 4% alors que « inutile » l'a été à 13%. Certaines femmes reconnaissent donc une utilité à la douleur mais ne vont pas jusqu'à la qualifier de bénéfique. De la même façon, si certaines la disent inutile, elles ne la qualifient pas de nocive pour autant.

Les résultats des questions 8, 10 et 11 sont donc très contradictoires : 12% des femmes ont même coché l'item « la douleur n'est jamais utile » à la question 10 alors qu'elles avaient précédemment coché l'adjectif « utile » à la question 8. Cette ambivalence dans les résultats reflète peut-être le statut particulier de la douleur de l'accouchement. En effet, notre société, profondément algophobe, condamne la douleur, la considérant comme tout à fait inutile et même parfois nocive. Quel que soit le contexte, nous ne lui reconnaissons aucun bénéfice, si ce n'est celui de signal d'alarme. Mais comme nous l'avons montré dans la première partie de ce travail (cf. §2.4), la douleur lors de l'accouchement semble avoir des aspects particuliers, a priori bienfaisants, qui lui confèrent une certaine légitimité.. Et c'est bien ce que nous constatons à travers les réponses des participantes : comme pour toute autre douleur, tous les aspects négatifs de la douleur de l'accouchement sont violemment rejetés par les femmes. Par contre, les aspects positifs de la douleur, qui n'existent que dans le cadre de la naissance, sont admis et approuvés.

5.2.4 Influencer la douleur

Nous l'avons vu dans une première partie, la douleur est hautement subjective et peut être influencée par de nombreux facteurs. Nous avons soumis une liste pré-établie de facteurs à nos participantes afin d'identifier lesquels leur semblaient les plus susceptibles d'augmenter ou de diminuer la douleur lors de l'accouchement. Portons un regard attentif aux résultats en utilisant le tableau présenté dans la partie « résultats » (cf. § 4.6, Fig 16).

Nous avons colorés les items qui étaient similaires. Il est alors frappant de constater qu'ils sont hiérarchisés de la même manière dans les deux parties du tableau, c'est à dire que les femmes leur attribuent la même influence relative dans un cas comme dans l'autre.

Mais en réalité, nous pouvons étendre cette remarque à l'ensemble des items proposés. Pour simplifier l'analyse, regroupons-les par thèmes :

- **facteurs « techniques»**, qui relèvent de la prise en charge pratiquée par la salle de naissance : le niveau de médicalisation et la possibilité de mouvements. Ces deux items sont les moins cochés, ce qui signifie que les femmes leur accordent peu d'influence sur le niveau de douleur, dans un sens comme dans l'autre. Dans la vie de tous les jours, lors d'un épisode douloureux, on a tendance à chercher la position qui soulage le plus la souffrance. Dans la mesure où la médicalisation de l'accouchement, c'est à dire la pose de perfusion, la surveillance hémodynamique continue ou encore le monitoring continu du cœur fœtal, entrave bien souvent les mouvements de la parturiente, elle est, dans une certaine mesure, susceptible de l'empêcher de prendre ces positions antalgiques .

- **Facteurs « environnementaux »** : l'environnement étranger, la présence ou l'absence du conjoint. Ces items sont assez peu cochés et se retrouvent en « seconde position » dans la classification. Pourtant, l'environnement joue un rôle important : « *L'environnement dans lequel une femme en travail donne naissance peut avoir un effet significatif sur la peur et l'anxiété qu'elle est susceptible d'éprouver* » (26) et nous savons que le stress est un facteur majorant de la douleur. Pendant le travail, il est donc essentiel que le cadre puisse garantir un sentiment d'intimité et de sécurité pour la parturiente : une pièce de petite taille, avec peu de lumière et un certain désordre. Par ailleurs, le sentiment d'intimité est plus facile à obtenir dans un milieu familial (27). Il paraît donc très avantageux que les femmes soient informées de ces données et puissent visiter, à plusieurs reprises si nécessaires, les salles de naissance.

- **Facteurs « psychiques »**, les plus cochés, qui regroupent tous les items qui ont une influence directe sur l'état psychique de la parturiente : la qualité de l'accompagnement par l'équipe, le stress, le niveau de connaissance, ou de compréhension, de ce qu'il se passe, le niveau de confiance en soi, la fatigue ainsi que l'agitation. Evidemment, tous ces facteurs, ainsi que ceux cités précédemment, interagissent les uns avec les autres. Mais il est clair que l'état intérieur de la femme est prépondérant dans le vécu de la douleur, et les participantes en sont bien conscientes.

Il est alors intéressant de noter que les professionnels de santé peuvent avoir une action sur tous les facteurs cités : soit en amont, lors de la préparation à la naissance, soit pendant le travail et au moment même de l'accouchement. C'est d'ailleurs sur cette base que Read, qui a participé au développement des méthodes psychoprophylactiques, a construit la sienne : « *Dans sa clientèle, il s'était aperçu que les femmes anxieuses, tendues, souffraient plus que les femmes calmes et détendues. C'est pourquoi il supposa que l'anxiété était la cause des douleurs. Il commença donc par supprimer l'anxiété en donnant de bonnes explications et en rassurant les femmes* » (28).

5.2.5 Soulager la douleur

Pour ce qui est du soulagement de la douleur, il existe deux « sphères » : la sphère médicale, médicamenteuse, surtout représentée par l'analgésie péridurale mais dans laquelle nous pouvons inclure l'homéopathie, et la sphère regroupant toutes les autres techniques, qui sont souvent abordées dans les séances de préparation à la naissance (respiration, postures, sophrologie, haptonomie...). Pour interroger les femmes sur ces deux versants, nous avons choisi de nous intéresser uniquement à la péridurale dans un premier temps, et ensuite à tous les autres moyens de soulagement de la douleur dans un deuxième temps.

Pour aborder la sphère médicale, nous avons cherché à savoir quel était le **sentiment des femmes par rapport à la péridurale** (l'homéopathie sera traitée avec la deuxième sphère). Nous avons alors obtenu les résultats suivants :

- 25% veulent pouvoir bénéficier d'une péridurale à titre systématique
- 50% ne sont pas opposées à l'idée d'y recourir
- 16% n'en veulent pas a priori
- 3% y sont totalement opposées.

Nous nous apercevons que l'item majoritaire est « pas opposée à la péridurale ». Cet item, finalement, permet aux participantes de ne pas se positionner clairement en faveur ou contre cette technique, contrairement aux autres items qui les obligent à se situer. Il nous est donc difficile de conclure sur ces résultats, si ce n'est en disant que 75% de la population d'étude est favorable à la péridurale contre 19% qui y est opposée.

Par contre, ce qui est intéressant de remarquer, c'est que l'âge a une influence sur le sujet. Pour la suite de l'analyse, nous allons délibérément mettre de côté la tranche d'âge « moins de 18 ans » puisqu'elle ne contient que deux individus. Leur représentation sur le graphique fausse alors l'interprétation étant donné que chaque individu constitue 50% de la population. Nous mettrons aussi de côté les items « opposée à la péridurale » et « ne sait pas » où les tranches d'âge sont représentées à peu près dans la même mesure.

Ainsi, ce sont les 18-25 ans qui ont coché en majorité les items « pas opposée à la péridurale » (56%) et « pas de péridurale a priori » (20%). Viennent ensuite les 26-35 ans (avec 48% et 16%) puis les femmes de plus de 35 ans (avec 44% et 6%). Par contre, pour l'item « péridurale à titre systématique », la répartition s'inverse : les femmes de plus de 35 ans sont alors les plus nombreuses (38%) puis les 26-35 ans (27%) et les 18-25 ans (13%).

Schématiquement, nous pouvons donc résumer en disant que les 18-25 ans, même si elles sont les plus nombreuses à ne pas être opposées à la péridurale, sont aussi les plus enclines à s'en passer. A l'inverse, les plus de 35 ans sont les plus nombreuses à dire vouloir une péridurale à titre systématique et les moins disposées à faire sans.

Ces résultats peuvent peut-être être expliqués par une donnée historique. En effet, le développement des méthodes psychoprophylactique en obstétrique commence dès 1950. Rapidement, grâce au travail du Dr Lamaze en particulier, l'Accouchement Sans Douleur (ou ASD) fait son apparition en France. Dans les années 70, nous sommes à l'apogée de ces méthodes. La péridurale, portée par les mouvements féministes post mai 68, fait son apparition et l'emblème du refus de souffrir en donnant la vie. Les femmes de plus de 35 ans aujourd'hui font donc partie d'une des premières générations de filles « *dont l'enfance n'a pas été bercée par la fatalité de la douleur obstétricale* » (29), ce qui peut expliquer leur choix. De la même façon, les réponses de la tranche d'âge 18-25 ans sont peut être influencées par la tendance actuelle en matière de naissance : on assiste depuis quelques années à une espèce de « retour au naturel » de la part

des couples, avec une véritable volonté d'être le moins interventionniste possible et le plus respectueux du processus naturel de la parturition, souvent formulée dans un projet de naissance.

On peut aussi imaginer que les femmes de plus de 35 ans sont plus conscientes de l'existence de la douleur de l'accouchement et ont déjà leur représentation de celle-ci. Au contraire, les femmes de 18 à 25 ans en sont peut être moins conscientes, moins influencées peut être par les témoignages des autres femmes.

Le statut obstétrical a aussi une influence sur le sentiment face à la péridurale : pour le choix entre les trois premiers items (péridurale systématique, pas de péridurale a priori et pas opposée à la péridurale), le fait d'être enceinte est un facteur décisionnel. En effet, les femmes enceintes ont choisi plus facilement l'item « pas opposée à la péridurale » et comme nous le disions précédemment, il s'agit d'un item assez neutre. Les femmes non enceintes auraient donc une vision plus arrêtée sur la question et on peut penser que le fait d'être enceinte les poussent, dans l'actualité de la grossesse, à reconsidérer leur conviction; il serait d'ailleurs intéressant d'aborder ce thème dans une étude complémentaire.

Laissant la péridurale de côté, intéressons-nous **aux « autres méthodes »** qui ne sont pas à lui opposer mais plutôt à utiliser avant ou en association avec elle. Ces méthodes regroupent celles de la deuxième sphère que nous évoquions, ainsi que l'homéopathie. La péridurale est aujourd'hui très populaire et très pratiquée ; en effet, dans notre population, seules deux femmes ignoraient de quoi il s'agissait. Nous avons alors cherché à savoir si ces méthodes étaient ou n'étaient pas connues, sans aborder la question de leur efficacité ; les réponses ne permettant pas par ailleurs de savoir si la méthode maîtrisée.

Parmi notre échantillon, 28% ne connaît aucune des méthodes citées et 3% les connaît toutes. Les méthodes sont connues dans l'ordre suivant : la respiration (28%), la sophrologie (14%), la liberté de mouvements (9%), l'homéopathie (7%) et l'haptonomie (5%).

La conclusion est assez évidente : en comparaison avec la péridurale, qui est connue à 99,6% dans notre population, ces méthodes ne sont que très peu connues.

Il est cependant à noter une discrète différence de proportion dans les réponses en fonction du statut obstétrical : comme nous pouvions nous y attendre, les participantes qui sont enceintes connaissent plus ces méthodes que les femmes non enceintes. On peut, sans trop prendre de risque, avancer que le fait que d'être enceinte les incite probablement à s'y intéresser de plus près et que les séances de préparation à la naissance sont une bonne source d'informations à ce sujet.

5.2.6 La préparation à la naissance

Depuis 1959, 8 séances de préparation à la naissance sont remboursées par la sécurité sociale et il n'y évidemment aucune obligation d'y participer. Nous avons alors voulu savoir dans quelle proportion les femmes comptaient y assister.

Ainsi, sur 510 femmes, 66% disent vouloir y participer (ou y participent déjà pour les femmes enceintes au moment de l'enquête) contre 18% qui refusent et 16% qui sont indécises. Ce choix semble être influencé par deux facteurs :

- **le statut obstétrical** : les femmes enceintes ont répondu « oui » à 83% contre 61% pour les non enceintes. De la même façon, elles ont répondu « non » à 6% contre 20% pour les non enceintes. On peut donc imaginer aisément que le fait d'être enceinte motive pour suivre ses séances.
- **L'âge** : les tranches d'âge 18-25 ans et 26-35 ans ont des résultats assez similaires avec un « oui » respectivement à 66% et 71%. Par contre, pour ce qui est de la tranche d'âge plus de 35 ans, le « oui » ne représente que 39%. Cette remarque est à rapprocher avec les résultats de la question concernant la péridurale : les plus de 35 ans étaient les plus nombreuses à dire vouloir une péridurale à titre systématique, et ce sont aussi les moins nombreuses à vouloir faire une préparation à la naissance. Les séances de préparation à la naissance avait autrefois pour sujet la maîtrise de la douleur. Celle-ci ayant été techniquement supprimée par la péridurale, certaines femmes considèrent donc ses séances comme inutiles. La préparation à la naissance est désormais plus centrée sur l'accompagnement de la grossesse et la relation au nouveau-né.

Nous nous sommes ensuite intéressés à ce que les femmes attendaient de **ces séances de préparation à la naissance** par rapport à la douleur : que viennent-elles y chercher ?

En regardant les résultats, à première vue, il n'existe pas de réelle tendance, pas de choix vraiment majoritaire. En effet, « des outils et des conseils pour mieux la gérer, l'atténuer, la supporter, la maîtriser » est l'item qui comptabilise le plus gros pourcentage avec seulement 24%.

Regroupons alors les items par thème :

- **La théorie** : « description de la douleur pour mieux l'imaginer » (10%), « des explications sur ses origines physiques » (7%), soit **17%** des réponses.
- **La lutte contre la douleur** : « des outils et des conseils pour mieux la gérer, l'atténuer, la supporter, la maîtriser » (24%), « des explications sur la péridurale » (14%), « des informations sur les autres techniques que la péridurale » (13%), soit **51%** des réponses.
- **Les échanges** : « des témoignages d'autres femmes ayant déjà accouché » (7%), « de pouvoir parler de vos sentiments par rapport à cette douleur » (7%), « d'être rassurée sur votre capacité à la gérer » (14%), soit **28%** des réponses.

On voit ainsi nettement se hiérarchiser les thèmes :

En premier lieu, ce sont des informations sur les techniques de soulagement de la douleur que les femmes viennent chercher. Mais il est intéressant de noter que, premièrement, ce n'est

pas l'item qui concerne la péridurale qui reçoit le plus de réponses mais celui qui concerne les « outils et conseils pour mieux la gérer [...] » ; et deuxièmement, l'item « des informations sur les autres techniques que la péridurale » a un pourcentage pratiquement équivalent. Nous avons montré dans une question précédente que la péridurale était très connue, en comparaison de tous les autres moyens de soulagement. Les constatations que nous faisons sur ces résultats peuvent être interprétées comme étant le signe d'une volonté de s'intéresser à toutes les techniques existantes, et pas seulement la péridurale.

En deuxième lieu, en participant aux séances de préparation à la naissance, les femmes viennent chercher un lieu de partage et d'échange. Mais ce résultat est à nuancer : en majorité, les femmes souhaitent une réassurance à propos de leur capacité à supporter la douleur. Partager leurs sentiments et leurs expériences ne semble pas être une attente essentielle.

Enfin, en troisième et dernier lieu, nous trouvons le thème des informations « théoriques ». Les items qui le composent sont très peu cochés, ce qui indique que la connaissance, peut être un peu « scolaire », de ces éléments ne sont pas une priorité chez les femmes participantes.

5.3 Devenir des hypothèses

Rappelons brièvement les hypothèses de travail : premièrement, « les femmes nullipares ont une représentation violente et menaçante de la douleur de l'accouchement », et deuxièmement, « les femmes nullipares ont peu de connaissances sur cette douleur ».

Grâce à l'analyse rigoureuse des résultats, nous avons montré que les femmes participantes avaient des faibles connaissances sur les origines de la douleur, les facteurs susceptibles de l'influencer ainsi que sur les techniques de soulagement autres que la péridurale, ce qui confirme notre seconde hypothèse.

Pour ce qui est de la première hypothèse, la conclusion sera plus nuancée. En effet, nous avons montré qu'une partie importante de la population avait une vision très rigide de leurs corps, rigidité qui serait à l'origine de la douleur de l'accouchement et qui occasionnerait inmanquablement déchirements et altérations des tissus. Ces résultats montrent que c'est l'accouchement lui-même qui est vu comme violent et menaçant, et non la douleur elle-même.

Au sujet de l'intensité de douleur, nous avons démontré que les femmes imaginaient en majorité une douleur certes très forte, un peu plus forte que ce que les femmes qui ont déjà accouché décrivent, mais supportable, ce qui ne nous permet pas de confirmer convenablement notre hypothèse. L'incohérence de certaines réponses dans ce domaine nous a amené à aborder le doute que certaines femmes éprouveraient sur leurs capacités à endurer la douleur de l'accouchement (concernerait la moitié de notre population) ou même directement le sentiment d'incapacité à endurer la douleur de l'accouchement (concernerait un tiers de la population). Mais

ces commentaires sont une interprétation de notre part et mériteraient d'être confirmés par une étude complémentaire.

Enfin, concernant la péridurale, les résultats ne montrant pas de majorité significative, nous pouvons simplement convenir que les ¾ de la population y sont favorables, mais il nous est impossible de nous positionner quant à notre hypothèse de travail.

5.4 Discussion

L'analyse des résultats de notre enquête ne nous a pas permis de confirmer correctement notre principale hypothèse qui était de dire que les femmes avaient une vision violente et menaçante de la douleur de l'accouchement. Pourtant, dans notre culture, il existe plusieurs aspects qui nous semblent être tout à fait à l'origine de cette vision.

Comme nous l'avons montré au début de ce travail, l'anathème biblique « Tu enfanteras dans la douleur » continue à être véhiculé et est ainsi profondément ancré dans tous les esprits, y compris parmi les femmes qui ne sont pas de confession chrétienne. Ainsi, la menace de la douleur de l'accouchement pèse sur chacune, sans distinction. La douleur est indissociable de cet événement et toutes s'y « attendent », sans véritable espoir d'y échapper : « *la douleur est considérée comme une loi, faisant partie intégrante du programme biologique de l'accouchement* » (30). Il s'agit alors d'une espèce de promesse de violence qui peut être le point de départ de beaucoup de fantasmes.

En plus de cela, comme le souligne Martine Texier, enseignante en yoga et auteur d'ouvrages sur son application à l'accouchement, cette prévision de souffrance est souvent « *alimenté[e] par toutes celles qui ont eu un accouchement difficile, et qui ont tendance à se précipiter sur les femmes enceintes pour leur raconter des horreurs, histoire de se décharger un peu de leur fardeau* » (31). Effectivement, lorsqu'une femme est enceinte, surtout pour la première fois, les femmes de son entourage racontent souvent leur expérience de la naissance, spontanément ou à la demande de la femme elle-même. Et bien souvent, les accouchements sans difficultés ne sont abordés que très rapidement, au profit d'accouchements plus laborieux, racontés avec détails, insistant parfois sur le caractère angoissant ou éprouvant de l'événement. De plus, les récits d'accouchements contiennent parfois des informations inexactes (notamment sur le déroulement des événements, sur la mécanique obstétricale ou sur les interventions des professionnels de santé) et concourent à la méconnaissance du processus de parturition et de sa prise en charge dans les maternités.

Enfin, la représentation et/ou la description de l'accouchement et de la douleur dans les médias ont certainement une influence importante dans la vision qu'ont les femmes de cet évènement. « *Que penser du conditionnement qui nous conduit à voir dans l'accouchement seulement un mauvais moment à passer* » (32). Cette réflexion de Bernadette de Gasquet est particulièrement vraie pour le monde du cinéma et de l'audiovisuel. Dans la plupart des fictions, les scènes d'accouchement ne relatent absolument pas la réalité et participent ainsi à la création d'angoisses pour les futures mères : la peur de la douleur, puisqu'elle est montrée comme étant instantanée, continue et apparemment très vive, la peur de ne pas arriver à temps à la maternité et d'accoucher dans la voiture, la croyance selon laquelle le travail est rapide et qu'une poussée unique suffit.

Chaque femme, et en particulier la nullipare, a donc sa propre représentation de la douleur de l'accouchement ainsi qu'un certain nombre de connaissances théoriques, plus ou moins proches de la réalité des choses puisque influencées en partie par les facteurs que nous venons d'évoquer.

La question qu'il faut se poser est alors la suivante :

Faut-il essayer de modifier cette représentation pour qu'elle se rapproche de la réalité ?

Pour notre part, nous répondrions par l'affirmative.

POURQUOI ?

S'il nous paraît important de modifier cette vision violente et menaçant de la douleur de l'accouchement, c'est qu'elle peut avoir des conséquences néfastes et qu'il existe selon nous, un réel bénéfique à le faire.

Le stress post-traumatique est un trouble anxieux qui se rencontre après un événement traumatisant du point de vue psychologique. Il se caractérise par des cauchemars et des reviviscences de l'évènement traumatique, accompagnées de symptômes d'hyper stimulation (insomnie, nervosité, tendance à s'effrayer facilement). Cette pathologie peut aussi s'accompagner de dépression ou de conduites addictives et peut ainsi avoir des conséquences sociales importantes (24). Dans plusieurs études, il a été montré le lien entre l'incidence de cette pathologie et l'accouchement : elle touche 1% des femmes et est un facteur prédisposant à la dépression du post-partum. Parmi les facteurs de risque, sont cités : la nulliparité, la douleur ainsi qu'une vision négative de l'accouchement. On comprend alors aisément l'importance de la question de la douleur de l'accouchement.

Les séances de préparation à la naissance sont basées sur **le principe suivant** : « *l'information permet la connaissance ; plus la femme peut appréhender rationnellement l'événement biologique, moins elle a peur, moins elle est angoissée ; plus elle connaît le fonctionnement de son corps, mieux elle va accoucher* » (33). Il apparaît alors essentiel de donner aux femmes, et en particulier aux nullipares, une information suffisante et exacte sur le thème de la douleur de l'accouchement. Un certain niveau de connaissances permettrait aux femmes de vivre plus sereinement l'accouchement, et même peut être la grossesse, en particulier à l'approche du terme. De plus, en ayant quelques notions de mécanique obstétricale, il leur serait plus facile de faire des choix éclairés sur les modalités de leur prise en charge et sur le déroulement de leur accouchement, d'avoir une gestion plus active de leur travail et de comprendre les soins et gestes pratiqués par les professionnels.

COMMENT ?

Le temps de la préparation à la naissance apparaît comme étant la meilleure période pour délivrer ces informations.

Avant le développement des techniques modernes d'analgésie, les séances de préparation à la naissance avaient pour objectif de préparer les femmes à endurer la douleur de l'accouchement. Maintenant que la péridurale appartient à la pratique commune, elles se concentrent désormais plus sur l'accompagnement physique et psychique de la grossesse. La sociologue Béatrice Jacques décrit très bien les rôles actuels de la préparation à la naissance : les deux fonctions principales sont « *d'offrir un soutien affectif, un espace de parole* » et d'« *acquérir des connaissances sur son corps et l'enfant* ». (33). Ces objectifs vont tout à fait dans le sens d'un accompagnement de la grossesse et d'une transmission des savoirs, missions autrefois assurées par les femmes de la famille.

En ce qui concerne spécifiquement la question de la douleur de l'accouchement, il est évident qu'elle est déjà abordée fréquemment lors des séances de préparation à la naissance.

Cependant, la prise en compte des éléments de cette enquête pourrait être une base de travail pour l'élaboration d'un document qui servirait de ligne directrice pour aborder la question de la douleur de l'accouchement lors des séances de préparation à la naissance.

Cependant, nous apporterons une nuance à notre propos.

Premièrement, les séances de préparation à la naissance sont un lieu d'échange et de partage et ne doivent pas devenir, comme on l'entend fréquemment des « cours » de préparation. Le contenu du document que nous proposons de créer ne doit pas être scolaire car son but n'est pas d'enseigner mais bien d'informer. Il ne s'agit pas d'une formation obstétricale.

Deuxièmement, il faut être vigilant pour ne pas transformer ces séances en moyen de conditionnement des femmes à la prise en charge actuelle de l'accouchement. La préparation à la naissance peut présenter la maternité et ses protocoles mais elle ne doit pas préparer les futures mères à adopter le « bon comportement ».

CONCLUSION

Malgré les différentes préparations à la naissance et en dépit de l'accès facile à la péridurale, la douleur reste pourtant une grande source d'angoisse pour les futures mères.

Dans cette étude, nous avons cherché à connaître la représentation de cette douleur chez les femmes nullipares. Notre hypothèse de départ était la suivante : les nullipares ont une vision menaçante et violente de la douleur de l'accouchement. Grâce à notre enquête, nous avons pu mettre en lumière un certain nombre d'aspects de cette représentation, sans pouvoir toutefois confirmer convenablement nos présomptions.

En effet, il apparaît qu'une partie importante des femmes interrogées ont une vision rigide de leur corps et c'est cette rigidité qui serait à l'origine de la douleur de l'enfantement. Ce manque de souplesse des tissus serait alors pour elles la source de déchirures inévitables lors de la naissance et donc de souffrance.

En interrogeant les femmes sur le niveau de douleur qu'elles imaginaient, nous avons constaté qu'elles s'attendaient à une douleur relativement forte, surestimée par rapport aux témoignages des femmes ayant déjà accouché.

De plus, il semblerait que la moitié de la population d'étude douterait de sa capacité à endurer les douleurs de la parturition tandis que un tiers s'en sentirait incapable.

Notre deuxième hypothèse de travail est par contre totalement confirmée. Les femmes n'ont que très peu de connaissances théoriques sur cette douleur et sur les facteurs susceptibles de l'influencer.

Si les résultats de notre enquête nous permettent de confirmer et de nuancer nos hypothèses, ils ouvrent la voie à d'autres études et nous donnent d'autres pistes de réflexion.

La question de la représentation de la douleur de l'accouchement est un enjeu important pour la profession de sage-femme. En effet, en connaître les caractéristiques peut permettre de mieux comprendre les futures mères, d'être sensibilisé à leurs attentes et à leur besoin et ainsi, peut être, garantir un accompagnement solide.

REFERENCES

- (1) www.iasp-pain.fr
- (2) Les dossiers de l'Obstétrique n°267, 1998 : La douleur et sa prise en charge pendant le travail et l'accouchement, Florence Cornillot, 19 – 35
- (3) Vuille M, *Accouchement et douleur, une étude sociologique*, Lausanne, Antipodes, Collection Existences et Sociétés, 1998 : 155, 24 – 26
- (4) Vuille M, *Accouchement et douleur, une étude sociologique*, Lausanne, Antipodes, Collection Existences et Sociétés, 1998 : 155, 30
- (5) Laborit H, *Physiologie humaine, cellulaire et organique*, Paris, Masson et Cie, Libraires de l'Académie de Médecine, 1961 : 580, 408
- (6) Vuille M, *Accouchement et douleur, une étude sociologique*, Lausanne, Antipodes, Collection Existences et Sociétés, 1998 : 156, 41 – 43
- (7) Cardin H, Moisson-Tardieu MT, Tournaire M, *La péridurale, la douleur de l'accouchement vaincue*, Paris, Balland, 1986 : 155, 19 – 20
- (8) Melotte-Athmer A, *L'accouchement sans douleur. Au point de vue psychiatrique*, Bruxelles, Brepols, 1959 : 118, 35
- (9) Les dossiers de l'Obstétrique n° 341 , 2005 : La douleur de l'accouchement, pour qui, pour quoi, Claude-Emile Tourné, 32 – 35
- (10) Le Breton D, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995 : 81
- (11) Gelis J, *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne*, Paris, Fayard, 1984.
- (12) Les dossiers de l'Obstétrique n° 341 , 2005 : La douleur de l'accouchement, pour qui, pour quoi, Claude-Emile Tourné, 32 – 35
- (13) Jacques B, *La sociologie de l'accouchement*, Paris, Puf, 2007 : 208, 16 – 17
- (14) Les dossiers de l'Obstétrique n°236, 1996 : Accompagner la douleur pour dépasser la souffrance, Bénédicte de Thysebaert, 9 – 13
- (15) Caron-Leulliez M, George J, *Accouchement sans douleur, histoire d'une révolution oubliée*, Paris, Editions de l'Atelier/Editions Ouvrières, 2004.
- (16) Vuille M, *Accouchement et douleur, une étude sociologique*, Lausanne, Antipodes, Collection Existences et Sociétés, 1998 : 155, 115 – 116
- (17) Les dossiers de l'Obstétrique n°329, 2004 : Si tu veux m'aider, accompagne moi, Guy Austruy,
- (18) Les dossiers de l'Obstétrique n°236, 1996 : Accompagner la douleur pour dépasser la souffrance, Bénédicte de Thysebaert, 9 – 13
- (19) www.gyneweb.fr
- (20) www.insee.fr
- (21) www.credoc.fr
- (22) www.mamr.gouv.qc.ca
- (23) www.wikipedia.fr
- (24) Merger R, Lévy J, Melchior J, *Précis d'obstétrique*, 6^e édition, Paris, Masson, 2001 : 135 – 141

- (25) Vuille M, *Accouchement et douleur, une étude sociologique*, Lausanne, Antipodes, Collection Existences et Sociétés, 1998 : 155, 81
- (26) Munro J, Spiby Helen : *Lignes directrices pour la pratique sage-femme pendant l'accouchement, fondées sur des données probantes*, The Central Sheffield University Hospitals, 2000
- (27) Odent M, *Votre bébé est le plus beau des mammifères*, Paris, Albin Michel/ Fine line fr, 1990 :150, 19 – 32
- (28) Melotte-Athmer A, *L'accouchement sans douleur. Au point de vue psychiatrique*, Bruxelles, Brepols, 1959 : 118, 22
- (29) Caron-Leulliez M, George J, *Accouchement sans douleur, histoire d'une révolution oubliée*, Paris, Editions de l'Atelier/Editions Ouvrières, 2004 : 251,199
- (30) Vuille M, *Accouchement et douleur, une étude sociologique*, Lausanne, Antipodes, Collection Existences et Sociétés, 1998 : 155, 87
- (31) Texier M, *Accouchement, naissance, un chemin initiatique*, Barret sur Méouge, Le Souffle d'or, Collection Chrysalide, 2002 : ,210
- (32) Les dossiers de l'Obstétrique n°318, 2003 : Pr ogrammation de l'accouchement, les sirènes de la toute puissance, Blandine Poitel, 30 – 33
- (33) Jacques B, *La sociologie de l'accouchement*, Paris, Puf, 2007 : 208, 186

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

Baszanger I, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, Collection la couleur des idées, 1995.

Betts T, Moriarty A., Twycross A., *Prise en charge de la douleur de la douleur chez l'enfant, une approche pluridisciplinaire*, Paris, Masson, Collection Abrégés, 2002

Bergeret-Amselek C, *Le mystère des mères*, 2^e édition, Paris, Desclée de Brouwer, 2002.

Bonnet de Valle M, *La naissance, un voyage. L'accouchement à travers les peuples*, Paris, Editions l'Harmattan/ Editions Vergôloises, 2000.

Bydlowski M, *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*, Paris, Odile Jacob, 2000

Cardin H, Moisson-Tardieu MT, Tournaire M, *La péridurale, la douleur de l'accouchement vaincue*, Paris, Balland, 1986.

Caron-Leulliez M, George J, *Accouchement sans douleur, histoire d'une révolution oubliée*, Paris, Editions de l'Atelier/Editions Ouvrières, 2004.

Cesbron P, Knibiehler Y, *La naissance en Occident*, Paris, Albin Michel, 2004.

Chauchard P, *La douleur*, 5^e édition, Paris, Puf, Collection Que sais-je, 1969.

Delassus JM, *Le sens de la maternité*

Delorme T, *La douleur, un mal à combattre*, Paris, Gallimard, 1999.

Deutsch H, *La psychologie des femmes*

Gelis J, *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne*, Paris, Fayard, 1984.

Jacques B, *La sociologie de l'accouchement*, Paris, Puf, 2007.

Knibiehler Y, *Histoires des mères et de la maternité en Occident*, Paris, Puf, Collection Que sais-je, 2004.

Laborit H, *Physiologie humaine, cellulaire et organique*, Paris, Masson et Cie, Libraires de l'Académie de Médecine, 1961.

Laget M, *Naissance, accouchement avant l'âge clinique*, Paris, Seuil, 1982.

Le Breton D, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métaillé, 1995.

Melotte-Athmer A, *L'accouchement sans douleur. Au point de vue psychiatrique*, Bruxelles, Brepols, 1959.

Merger R, Lévy J, Melchior J, *Précis d'obstétrique*, 6^e édition, Paris, Masson, 2001

Odent M, *Votre bébé est le plus beau des mammifères*, Paris, Albin Michel/ Fine line fr, 1990

Revault D'Allones C, *Etre, avoir et faire un enfant*.

Stewart R, Szejer M, *Ces neuf mois là*, Paris, Robert Laffont, Collection Réponses, 1994.

Texier M, *Accouchement, naissance, un chemin initiatique*, Barret sur Méouge, Le Souffle d'or, Collection Chrysalide, 2002.

Vuille M, *Accouchement et douleur, une étude sociologique*, Lausanne, Antipodes, Collection Existences et Sociétés, 1998.

DOCUMENTS NON PUBLIES :

Claire SALVAT : La douleur et sa prise en charge pendant l'accouchement, Mémoire ESF : Toulouse, 2000.

REVUES :

Les dossiers de l'Obstétrique n°340, 2005 : La douleur de l'accouchement, pour qui, pour quoi, Claude-Emile Tourné, 8 – 25

Les dossiers de l'Obstétrique n° 341 , 2005 : La douleur de l'accouchement, pour qui, pour quoi, Claude-Emile Tourné, 32 – 35

Les dossiers de l'Obstétrique n°340, 2005 : Tu enfanteras dans la douleur, tu allaiteras dans le bonheur, Mariella Landais, 12 – 14

Les dossiers de l'Obstétrique n°340, 2005 : Anthropologie de la douleur pendant l'accouchement, Catherine Legrand-Sébille, 4 – 8

Les dossiers de l'Obstétrique n°235, 1996 : Accompagner la douleur pour dépasser la souffrance, Bénédicte de Thysebaert, 2 – 9

Les dossiers de l'Obstétrique n°236, 1996 : Accompagner la douleur pour dépasser la souffrance, Bénédicte de Thysebaert, 9 – 13

Les dossiers de l'Obstétrique n°237, 1996 : Accompagner la douleur pour dépasser la souffrance, Bénédicte de Thysebaert, 15 – 22

Les dossiers de l'Obstétrique n°213, 1994: Rôle de la sage-femme dans l'élaboration de la réflexion sur la douleur, Marie Raheer-Legros, 24 – 26

Les dossiers de l'Obstétrique n°267, 1998 : La douleur et sa prise en charge pendant le travail et l'accouchement, Florence Cornillot, 19 – 35

Les dossiers de l'Obstétrique n°318, 2003 : Programmation de l'accouchement, les sirènes de la toute puissance, Blandine Poitel, 30 – 33

Les dossiers de l'Obstétrique n°329, 2004 : Si tu veux m'aider, accompagne moi, Guy Austruy,

Birth 30(1), 2003 : Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth, JE Soet, GA Brack, C Dilorio, 36 – 46

Birth 27(2), 2000 : Childbirth and the development of acute trauma symptoms, incidence and contributing factors, DK Creedy, IM Shocket, J Horsfall, 104 – 111

Clinical Psychology review, 26, 2006 : Post traumatic stress following childbirth, a review, Eelco Olde, Onno Van Der Hart, Rolf Kleber et al.

AUTRES DOCUMENTS ECRITS

Munro J, Spiby Helen : *Lignes directrices pour la pratique sage-femme pendant l'accouchement, fondées sur des données probantes*, The Central Sheffield University Hospitals, 2000. Traduit par Hélène Vadeboncoeur et Françoise Bardes.

SITES INTERNET:

www.ali-abbara.com

www.credoc.fr

www.iasp-pain.fr

www.infirmier.com

www.insee.fr

www.marm.gouv.qc.ca

www.sante.gouv.fr

www.wikipedia.fr

ANNEXE

ANNEXE 1 : le questionnaire (point 3.4)

ANNEXE 1

Mademoiselle, Madame,

Etudiante sage-femme en 4e année à l'école de Toulouse, je réalise, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, une recherche concernant **les représentations de la douleur de l'accouchement**.

A ce titre, je me permets de solliciter votre aide, vous qui n'avez **jamais accouché**

Je vous remercie d'avance du temps que vous voudrez bien accorder à ma recherche.

Audrey LAURENT

1 - Ce questionnaire est strictement réservé aux femmes n'ayant jamais accouché.
Etes vous enceinte actuellement?

oui

non mais j'espère l'être bientôt

non

2 - Quel âge avez-vous ?

moins de 18 ans

18 à 25 ans

26 à 35 ans

plus de 35 ans

3 - Quelle est votre profession ?

employée

cadre moyen

cadre supérieur, profession libérale

ouvrière

agricultrice

artisan, commercante

étudiante

femme au foyer

autre

4 - De quel pays sont originaires vos parents ?

France

Europe de l'ouest

Europe de l'est

Afrique du Nord

Afrique Noire

Antilles

Moyen Orient

Asie

Autres

5 - Suivez-vous ou suivrez vous des séances de préparation à la naissance ?

oui

non

je ne sais pas

6 - Si oui, qu'attendez-vous de la préparation à la naissance par rapport à la douleur de l'accouchement ? (plusieurs réponses possibles)

- question sans objet
- description de la douleur pour mieux l'imaginer
- Des explications sur ses origines physiques
- Des témoignages d'autres femmes qui ont déjà accouché
- Des outils et des conseils pour la gérer, l'atténuer, la supporter, la maîtriser
- D'être rassurée sur votre capacité à la gérer
- De pouvoir parler de vos sentiments par rapport à cette douleur
- Des explications sur la péridurale
- Des informations sur les autres techniques que la péridurale
- autre

7 - Lorsque vous pensez à l'accouchement, qu'imaginez-vous comme niveau de douleur ?
Donnez une note de 0 à 11 pour la douleur que vous imaginez lors d'un accouchement.
0 : pas de douleur
11 : douleur insupportable

8 - Dans la liste suivante, quels sont les adjectifs qui correspondent le mieux à l'idée que vous vous faites de cette douleur ? (plusieurs réponses possibles)

- Supportable
- Insupportable
- utile
- inutile
- Bénéfique
- Nocive

9 - A votre avis, d'où vient la douleur de l'accouchement ? Qu'est ce qui fait mal ?
Tapez x si vous ne savez pas

10 - Selon vous, en quoi la douleur lors de l'accouchement est-elle inutile ?

- La douleur n'est jamais utile
- La douleur prend le pas sur la conscience et empêche de vivre l'instant
- La douleur donne de mauvais souvenirs
- Elle n'apporte rien au moment exceptionnel de la naissance
- autre

11 - Selon vous, en quoi la douleur de l'accouchement est-elle utile ?

- en rien
- permet d'apprécier ce moment magique
- permet de prendre conscience que le bébé arrive
- Aide à devenir mère en inscrivant la naissance dans le corps
- permet de savoir quand pousser pour aider son bébé à naître
- rappelle à la mère que c'est à elle de mettre son bébé au monde
- crée un lien entre la mère et son bébé
- autre

12 - Dans la liste suivante, indiquez les trois items qui augmentent le plus selon vous la douleur lors de l'accouchement.

- Le stress
- La fatigue
- L'environnement étranger
- L'agitation
- L'immobilisation

L'intensité des contractions

L'ignorance de ce qui se passe

L'absence du conjoint

La médicalisation de l'accouchement

La mauvaise qualité de l'accompagnement par l'équipe

autre

13 - A l'inverse, dans la liste suivante, indiquez les trois items qui diminuent le plus selon vous la douleur lors de l'accouchement.

Une bonne information

La confiance en soi

La présence du conjoint

La qualité de l'accompagnement par l'équipe

La liberté des mouvements

La respiration

La non médicalisation de l'accouchement

autre

14 - Connaissez-vous d'autres méthodes que la péridurale pour soulager les douleurs de l'accouchement ?

L'haptonomie

La sophrologie

La liberté de mouvement pendant le travail

Les différentes techniques de respiration

L'homéopathie

aucune

autre

15 - Quel est votre sentiment par rapport à la péridurale ?

vous souhaitez une péridurale à titre systématique

vous ne souhaitez pas de péridurale a priori

vous n'êtes pas opposée à l'idée d'y recourir

vous êtes absolument opposée à la péridurale

autre :

16 - Souhaitez-vous ajouter un commentaire ?

tapez "x" sinon.

