



HAL
open science

Évolution de la perception de la douleur par les sages-femmes en France, durant les trente dernières années

Pauline Clave

► **To cite this version:**

Pauline Clave. Évolution de la perception de la douleur par les sages-femmes en France, durant les trente dernières années. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00874196

HAL Id: dumas-00874196

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00874196>

Submitted on 17 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 4 avril 2013

par

Pauline CLAVE

Née le 3 août 1989

**Evolution de la perception de la douleur par
les sages-femmes en France, durant les trente
dernières années**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Docteur Paul CESBRON

Gynécologue Obstétricien, Secrétaire de la
Société de l'Histoire de la Naissance

CO-DIRECTRICE DU MEMOIRE

Madame Christèle VEROT

Sage-Femme Enseignante

JURY :

Mr. le Pr CABROL
Mme DUQUENOIS
Mme BENJILANY
Mme DUCHAUFFOUR
Mme VEROT

Directeur technique et d'enseignement de l'ESF Baudelocque
Représentante de la directrice de l'ESF Baudelocque
Sage-Femme
Sage-Femme
Co-directrice du mémoire, Sage-Femme Enseignante

2013PA05MA11

Mes plus sincères remerciements

*Au docteur Cesbron, directeur de ce mémoire, pour
son soutien et ses conseils avisés lors de l'élaboration de ce travail*

*A Madame Vérot, co-directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité, ses
encouragements et son soutien*

*A Francine, Anne, Nathalie, Virginie, Annick, Amba, Myriam, Hélène, Xavier,
Françoise et Camille, sans qui je n'aurais pu réaliser cette étude*

*A l'équipe enseignante de l'Ecole de Sage-Femme Baudelocque pour son
encadrement durant ces quatre années*

*A ma famille, mes amis, plus spécialement à Elise, Annie, Abi, Vanessa, Nicole, sans
oublier mes colocataires Anne Christine et Marie.*

A Etienne.

Table des matières

Introduction.....	1
1. Cadre conceptuel : Une histoire de la douleur.....	Erreur ! Signet non défini.
1.1 Définir la douleur	Erreur ! Signet non défini.
1.1.1 <i>Souffrance et douleur</i>	2
1.1.2 <i>Différentes époques, différentes visions de la douleur</i>	3
1.1.3 <i>La douleur en obstétrique</i>	4
1.2 Deux héritages de la perception de la douleur.....	5
1.2.1 <i>Période Antique</i>	5
1.2.2 <i>Moyen Age : influence du Christianisme</i>	7
1.3. XVème - XVIIIème siècle : l'orée du changement.....	8
1.3.1 <i>Avancées médicales</i>	8
1.3.2 <i>Nouvelles approches de la douleur</i>	8
1.4 L'analgésie en obstétrique au XIXème siècle.....	10
1.4.1 <i>Découverte des trois gaz anesthésiants</i>	10
1.4.2 <i>L'hypnose</i>	11
1.5. De la seconde moitié du XXème siècle à aujourd'hui	1Erreur ! Signet non défini.
1.5.1 <i>L'accouchement sans douleur</i>	13
1.5.2 <i>L'analgésie péridurale</i>	14
1.5.3 <i>La douleur aujourd'hui</i>	15
2. L'étude : la méthodologie.....	17
2.1 Problématique et hypothèses.....	17
2.2 L'étude.....	18
2.3 La trame de l'entretien	19
2.4 Présentation des résultats	21
2.4.1 <i>Les sages-femmes</i>	21
2.4.2 <i>La douleur en salle de naissance</i>	22
2.4.3 <i>Accoucher sans analgésie péridurale</i>	27
2.4.4 <i>Accoucher avec analgésie péridurale</i>	31
3. Discussion des résultats.....	33
3.1 Une douleur à deux aspects.....	33
3.1.1 <i>Douleur physique</i>	33
3.1.2 <i>Souffrance psychique</i>	34

3.2 Le traitement de la douleur	35
3.2.1 <i>L'intensité de la douleur vue par les sages-femmes</i>	35
3.2.2 <i>L'accès à l'analgésie péridurale</i>	37
3.2.3 <i>Pourquoi accoucher sans péridurale aujourd'hui ?</i>	38
3.3 Accompagnement d'une femme sans analgésie péridurale	39
3.3.1 <i>L'investissement impliqué</i>	39
3.3.2 <i>Orienter les femmes : une intrusion, une aide ?</i>	40
3.4 Les professionnels et l'analgésie péridurale	42
3.4.1 <i>La taux d'analgésie péridurale</i>	42
3.4.2 <i>La péridurale, une solution pour les services ?</i>	43
3.4.3 <i>La péridurale, une solution pour la sage-femme ?</i>	45
3.4.4 <i>La péridurale, une solution pour toutes les patientes ?</i>	46
Conclusion	49
Bibliographie	50
Annexe	53

Introduction

Compagne de l'Homme, la douleur au fil des siècles était une fatalité et avait un sens, tantôt acceptée voire sublimée. Désormais la douleur est condamnée de manière franche dans le soin. En effet l'évolution des techniques médicales ont permis son explication physiologique ainsi que de découvrir les manières de la traiter.

En obstétrique, les douleurs de l'accouchement sont indiscutablement les plus sévères qu'une femme supportera dans sa vie. Pourtant, son soulagement a longtemps été controversé. « C'est le mal joli, dès qu'il est fini, on en rit », disait-on aux parturientes, censé les consoler. Aujourd'hui l'avènement de l'analgésie péridurale a permis aux femmes de s'affranchir de la douleur des contractions, auparavant inévitable.

Certaines patientes choisissent d'accoucher sans péridurale pour des raisons qui leur sont propres, et la sage-femme se doit de respecter leur choix, et de les accompagner. Cependant, la majorité des femmes souhaitent ne plus souffrir durant leur accouchement afin de le vivre pleinement et de manière satisfaisante. Cela reflète ainsi la forte proportion de péridurale en France, estimée à 81% d'après l'enquête nationale périnatale de 2010. Toutefois, sa systématisation fait encore l'objet de débats. Nous nous sommes donc demandé si aujourd'hui en maternité, la douleur avait toujours un sens, une valeur que lui donnerait la sage-femme et qui différerait selon son expérience.

Ainsi, nous effectuerons dans un premier temps l'historique de la perception de la douleur en général, comparée avec celle de la douleur en obstétrique. Pour répondre à notre problématique nous avons choisi de mener une étude qualitative dont la méthodologie et les résultats seront présentés dans un deuxième temps. Enfin, nous analyserons ces résultats en répondant à nos hypothèses dans une dernière partie.

1. Une histoire de la douleur

1.1 Définir la douleur

Dans notre société, la douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » [1], c'est la définition de l'association internationale de lutte contre la douleur (IASP) de 1976, qui prend en compte le ressenti du souffrant. Nous pouvons donc distinguer dans cette définition la part proprement physique de la douleur, résultant d'une lésion d'un organe, d'un tissu ; et sa composante affectivo-émotionnelle, que l'on peut appeler « souffrance » [2].

1.1.1 Souffrance et douleur

Se pencher sur l'origine étymologique permet de bien comprendre les différences subtiles entre ces deux termes. Le mot « douleur » provient du latin : *dolor*, qui, dans sa définition, inclut la souffrance morale (souffrance physique ou morale). Le mot souffrance vient de *sufferentia*, qui est défini par « douleur physique ou morale, état d'une personne qui souffre » [3]. Souffrance et douleur sont donc proches, ils se recoupent et ont à première vue la même signification. Cependant, le terme *sufferentia* du latin impérial évoque aussi le fait de supporter un poids. Il y a de ce fait une notion de résignation et de tolérance. Le verbe souffrir renvoie au sujet (*je souffre*), c'est le « soi » qui est atteint ; tandis qu'avec le terme douleur, le sujet est passif (*j'ai mal*). Ainsi, généralement, la douleur est assignée au physique, et la souffrance est d'ordre psychique. [3]

Nous pouvons donc constater que les deux dimensions que touche la douleur étaient déjà reconnues. Aujourd'hui, bien que les deux composantes se retrouvent dans la définition de l'IASP, la dimension psychique de la douleur est souvent laissée de côté dans le soin, pour s'occuper en priorité de la maladie [3].

1.1.2 Différentes époques, différentes visions de la douleur

L'histoire de la douleur n'est pas linéaire, elle a été maintes fois définie et décrite au fil de l'évolution de la société, tantôt émotion, tantôt sensation ; biologique, voire même uniquement psychologique [5]. Au fil des siècles, la vision de la douleur évolue, selon le sens et l'utilité que la société lui donne. Depuis toujours l'homme tente de l'interpréter : en essayant de justifier sa présence dans son univers pour créer un tout cohérent, qui correspond avec sa vision du monde [4]. Elle a longtemps été un mystère pour les hommes, qui ont voulu comprendre sa présence en l'expliquant de diverses manières. Nous pouvons sans conteste évoquer l'influence des religions qui, selon la place qui leur est conférée, ont donné « un sens » à la douleur. Sans remplacer un analgésique efficace, cela permettait néanmoins à ceux qui souffraient de trouver une raison de s'y tenir. Quand aucun moyen n'existait pour soulager la douleur, quand elle faisait partie intégrante de la vie, et que les conditions de vie difficiles ne laissaient aucune place à la plainte, il fallait alors s'accommoder de la douleur, la mort était en quelque sorte l'ultime délivrance [4].

Cependant la médecine évoluant, l'approche physiologique de la douleur s'est affinée, et a entraîné l'évolution de sa perception. Le rapport à la douleur va donc se transformer avec l'évolution des mentalités et des sensibilités mais aussi en s'appuyant sur les avancées scientifiques [6].

Aujourd'hui, il existe de nombreux moyens analgésiques, et la douleur est considérée comme intolérable. Cependant, nous ne pouvons réduire comme tel ce concept de douleur, car maîtriser la douleur est encore un thème d'actualité, certains parlent même de la douleur comme moyen de maîtriser son corps, comme « une conquête » sur son propre corps. Tout dépend de la manière dont chacun « perçoit » la douleur, c'est à dire comment nous l'interprétons et l'intégrons dans notre vie [4]. De plus, les piercings et tatouages ou autres scarifications qui provoquent une douleur, sont une manière d'affirmer son identité.

1.1.3 La douleur en obstétrique

Les travaux de Melzack évaluent le niveau de l'intensité de la douleur de l'accouchement juste en dessous d'une amputation digitale, et supérieure à celle provoquée par une fracture [7]. En fin de grossesse, il y a une augmentation physiologique des seuils douloureux, mais pour 2/3 des parturientes, l'accouchement provoque une douleur aiguë et intense, qui augmente en fonction de l'avancée du travail. Cependant il faut tenir compte des variabilités individuelles, comme la primiparité, le jeune âge, le surpoids et la dystocie qui favorise des douleurs intenses. Il faut rajouter les facteurs psychogènes, comme l'anxiété qui augmente les sensations douloureuses [8].

Pendant longtemps le terme *accouchement* est associé au terme *douleur* : « avoir ses douleurs » signifiait enfanter. Mettre au monde renvoie à la condition même d'être née femme : souffrir serait en quelque sorte inéluctable lors de l'accouchement, et cela serait même nécessaire pour « mériter son bébé » [9].

De ce fait, les manuscrits décrivent peu la douleur chez la femme en dehors de la description médicale de l'avancée du travail. De plus, les analgésiques, pourtant connus, ne sont guère recommandés pour une femme qui accouche, car beaucoup de réticences accompagnent leur utilisation.

L'histoire de la douleur en obstétrique suit inévitablement le statut que la société donne à la femme. Nous ne pouvons aborder alors l'évolution de notre conception de la douleur lors de l'accouchement sans parler de l'héritage que nous transmettent nos ancêtres, tant la naissance a été chargée d'une symbolique. Deux grandes influences apportent chacune leur vision de la douleur : les courants de pensée du monde Antique, et l'influence de la civilisation judéo-chrétienne. Ces modes de pensées et dogmes vont s'entrecroiser, s'opposer, ou tenter un compromis [6]. Deux changements majeurs suivront : la Renaissance et Les Lumières, avec les premières déclarations de l'inutilité de la douleur, puis la naissance de l'anesthésie proprement dite.

1.2 Deux héritages de la perception de la douleur

1.2.1 Période Antique

Dans la médecine pré-hippocratique, la douleur est guerrière et religieuse. Elle est entre les mains des prêtres, et ne sert qu'à soigner les blessés de la guerre. Hippocrate, au IV^{ème} siècle avant JC, révolutionne cette approche, et désacralise la médecine. La maladie n'est plus un châtement divin, mais le résultat d'un déséquilibre des *humeurs*, de changement de climat ou de régime alimentaire. Il rejette donc toutes formes de superstitions ou de croyances autour de la maladie. En séparant la médecine des influences religieuses, il en fait une profession à part entière [5]. Dans l'Antiquité, l'accouchement est une affaire de femmes, quatre minimums entourent la future mère, ainsi que de nombreuses divinités qui la protègent. La sage-femme, *obstetrix*, c'est-à-dire « celle qui se tient devant », est choisie parmi des femmes ayant enfanté, et étant ménopausées. Il est recommandé à la femme de ne pas crier, mais plutôt de gémir afin de mieux pousser [12].

- *Douleur émotion*

Dans la médecine hippocratique, la douleur a une valeur de signal : elle annonce la maladie, et selon l'intensité et le lieu d'où provient la douleur, elle permet d'établir un pronostic. La douleur est utile pour le malade, dans le sens où elle avertit celui qui en est victime de la nécessité d'aller consulter un médecin. Platon reprend l'approche d'Hippocrate, puis décrit le mécanisme de la douleur. Tous deux la décrivent comme une émotion ressentie par le malade, et qui proviendrait du cœur [10].

Dans ses œuvres, Hippocrate consacre 250 pages à la *maladie des femmes*, un traité de gynécologie et d'obstétrique. Et malgré la précision de ses écrits, les traitements proposés sont marqués par une grande irrationalité. Ainsi, la quasi-totalité des maux présents chez la femme sont engendrés par les désordres de la matrice : l'utérus. Il ne fait mention de douleurs de l'accouchement que lorsque celui-ci est associé à des complications.

- *Douleur sensation*

Le deuxième siècle après Jésus Christ est marqué par deux personnalités importantes : Galien, second père de la médecine, et Soranos d'Ephèse, considéré comme le père de l'obstétrique.

Galien établit une première description du mécanisme de la douleur. Il la relie à l'activité cérébrale, comme le résultat d'une tension d'un *nerf tendu comme les cordes d'une cithare qui se rompt*, qui est aussi valable lors de l'accouchement. La douleur est sensation, et non plus émotion. Il établit une première classification : *pulsatile, gravative, tensive et pongitive*, qui donne un cadre rationnel permettant le diagnostic d'une maladie [11].

Soranos d'Ephèse et Galien sont les auteurs de plusieurs traités anatomiques sur la femme, des traités d'embryologie, et aussi de puériculture. Ceux-ci sont remarquables tant leurs observations sont riches. Galien y décrit néanmoins la femme comme un être inférieur, mais nécessaire pour la reproduction [11]. En effet, jusqu'au II^{ème} siècle, la femme est assujettie à son mari, qui a pouvoir de vie et de mort sur sa famille [12].

L'influence des traités antiques (Hippocrate, Galien, Soranos d'Ephèse) s'étend jusqu'au Moyen Age, et ceux de Soranos parvenus jusqu'en Occident constituent une référence jusqu'au XVII^{ème} siècle [12]. Dans le monde antique, deux principaux courants philosophiques s'opposent, donnant chacun un statut différent à la douleur [27]. Le premier, l'épicurisme, préconise la recherche d'une tranquillité de l'âme, et il faut donc rejeter toute forme de douleur. Le second, le stoïcisme, qui recherche le bien dans la vertu, de ce fait toute douleur qui ne peut être abolie doit être supportée. Il part du principe que l'Homme doit rester stoïque face à la douleur, et qu'il doit s'entraîner à n'éprouver aucune émotion. Cette vision est cependant loin de la morale chrétienne [6].

1.2.2 Moyen-Age : Influence du christianisme

Au Moyen-Age, la perception de la douleur est fortement influencée par le Christianisme. Nous pouvons observer un retour à la spiritualisation de la douleur [5]. Celle-ci prend donc un sens : elle permettrait de participer aux souffrances du Christ sur la croix. Cette vision est très présente chez la femme où les douleurs de l'accouchement seraient considérées comme le signe du châtement que Dieu a imposé à Eve : supporter cette souffrance permettrait à la femme de se racheter du péché originel. Cette fausse interprétation des écritures bibliques a donné lieu à des siècles de refus de soulagement de la douleur. Des matrones montèrent ainsi sur le bucher pour avoir tenté de soulager une femme en couches [13].

L'accouchement est exclusivement une affaire de femmes, car la physiologie féminine inspire le dégoût. De fait, les sages-femmes n'ont pas accès au savoir médical. Mettre au monde au Moyen Age est dangereux, la mortalité des femmes en couches, et la mortalité néonatales sont très importantes [12].

Les sages-femmes ont une réelle autonomie : ce n'est que lorsque qu'elles ne parviennent pas à extraire l'enfant (en cas de dystocie) qu'elles font appel au barbier, avant d'être mises sous la tutelle des chirurgiens à partir du XV^{ème} siècle. Les sages-femmes sont néanmoins souvent seules face à des situations délicates, et tentent alors de trouver des solutions pour sauver au moins la vie de la mère. La conception de la douleur comme rédemptrice n'empêche pourtant pas les sages-femmes de soulager au mieux les parturientes : les recettes sont essentiellement à base de plantes [14].

L'interdiction de la dissection des corps par l'Eglise a longtemps figé les connaissances anatomiques. Ceci contrairement au Moyen Orient, où la dissection des corps peut être pratiquée et ne subit aucune répression. La société étant dominée par l'homme, les douleurs de la femme lors de l'accouchement n'ont que peu d'intérêt, hormis son explication théologique.

La période de la Renaissance est marquée par de nouveaux courants philosophiques, et de nombreuses découvertes anatomiques.

1.3 Les XV^{ème} - XVIII^{ème} siècles, l'orée du changement

1.3.1 Avancées médicales

A partir du XV^{ème} siècle naissent des idées nouvelles : l'intérêt pour le corps humain se développe. Ce courant de pensée moderne correspond à une nouvelle période historique, la Renaissance, puis les Lumières au XVIII^{ème} siècle. En effet de nombreux progrès en médecine sont réalisés et la levée de l'interdiction de la dissection anatomique par l'Eglise y joue un rôle considérable. Nous pouvons citer entre autre Léonard de Vinci, Vésale, Fallope, Eustache, qui se sont penchés sur l'anatomie féminine [15]. De plus en plus la médecine devient observatrice. Elle s'attelle alors à décrire la douleur (aiguë ou chronique, fixe et immobile, ou vague et erratique), le lieu où elle se trouve. De l'organe, la médecine s'intéresse au tissu affecté, ce qui permet une approche plus globale du sujet souffrant, notamment sous l'impulsion de Bichat en France, avec le développement de l'anatomo-pathologie et de l'anatomo-clinique [5]. Le patient est le terrain d'expérimentation de la médecine, et permet l'essor de celle-ci [17].

1.3.2 Nouvelles approches de la douleur

Dans les courants philosophiques, la douleur, telle qu'elle est décrite par Descartes, est un moyen de connaître l'union entre l'âme et le corps, car celle-ci est une perception de l'âme. Cependant la vision de la douleur est encore chargée de croyances irrationnelles. Elle est vue comme nécessaire pour guérir, car elle expulserait le mal et donc provoquerait une réaction salutaire [5]. D'ailleurs, les procédés thérapeutiques ne sont parfois pas tendres (cautérisation des plaies au fer rouge, arrachement de dents), mais provoquent un certain soulagement [4]. Ainsi la première grande avancée en termes de perception de la douleur se situe au siècle des Lumières, et plus précisément lors de la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle [5]. En effet, il s'effectue un changement des mentalités, concomitant avec une déchristianisation et une laïcisation de la société [28]. La maladie et la douleur peuvent être abordées hors du champ théologique. La maladie est le résultat de l'intrusion d'un micro-organisme dans le corps [17]. De plus même si la douleur est encore perçue comme utile, certaines voix osent s'élever contre cette pensée et dénoncent la douleur comme parfois nuisible, ne conditionnant plus le bon pronostic. Nous pouvons citer deux exemples : Sydenham, qui dès le XVII^{ème} siècle parce qu'il

préconise l'emploi du Laudanum (sirop à base d'opium) fait l'objet de nombreuses critiques et Ambroise Paré, pour qui soigner la douleur est une priorité en chirurgie [5].

Une véritable révolution des mentalités s'instaure avec une volonté de combattre l'obscurantisme religieux : c'est ainsi que Diderot et d'Alembert écrivent leur célèbre Encyclopédie, gigantesque dictionnaire de 28 volumes dont 11 volumes d'illustrations sont consacrés à toutes les formes de la connaissance et des sciences.

En obstétrique, des changements s'opèrent. François Mauriceau au XVI^{ème} siècle, premier accoucheur de la maternité de Paris, fait de la naissance une science à part entière [16]. Elle ne se base plus sur des traités anciens. Ses ouvrages, traduits en plusieurs langues, innovent une pratique jusque-là traditionnelle. Il impose l'accouchement à l'horizontale et insiste sur le fait que connaître l'anatomie et la physiologie féminine est important. De plus, jusqu'au milieu du XVIII^{ème} siècle, il était inconvenant pour les femmes de se confier à un accoucheur. Le principe « *Viros non decet* » (cela ne sied aux hommes) cesse d'être appliqué et l'obstétrique passe de plus en plus aux mains des médecins [16]. Cependant la naissance est toujours entourée de rites ayant trait aussi bien à la religion qu'à la magie, la sage-femme en est un des personnages principaux, garant du respect chrétien de la symbolique liée au fait de donner vie. Les douleurs de l'enfantement sont toujours prisonnières des croyances religieuses.

Ainsi François Mauriceau les décrit comme naturelles, liées à la forte dilatation de la filière génitale pour laisser le passage de la tête fœtale. Il juge l'avancement du travail par l'intensité des cris émis par la parturiente. Le début du travail est caractérisé par des douleurs « petites et lentes » induisant des plaintes chez la patiente, tandis que la fin du travail est marquée par de « grands cris ». Mais le soulagement de la douleur n'est en aucun cas mentionné dans ses ouvrages : la femme souffre, telle est la volonté de Dieu pour elle [14].

De plus, en 1585, Liebault, médecin français propose un traitement dont l'irrationalité fait preuve d'un manque de connaissance pharmaceutique. Dans son ouvrage destiné aux sages-femmes, préconise l'emploi de deux types de régimes l'un avant l'accouchement, et le deuxième durant l'enfantement, le tout pour une « facile sortie » de l'enfant et pour adoucir les peines et douleur du travail. Il recommande l'utilisation de pierre d'angle, de corail, de plume de vautour. Enfin, Il décrit le mécanisme physiologique de l'accouchement : le col de la matrice serait

comme une bouche fermée, dont l'ouverture est permise par la dissolution et la disjonction de l'os pubis, et ceci provoquerait de vives douleurs [18].

Ainsi, au XIX^{ème} siècle, les douleurs de l'accouchement sont toujours considérées comme inévitables, et porteuses de la malédiction biblique. Certes, divers procédés furent tour à tour employés, avant même la naissance de l'anesthésie au XIX^{ème} siècle comme l'alcool, l'opium, ou d'autres plantes analgésiantes. Mais soulager la douleur n'est pas perçu comme une nécessité, comme en témoignent certains proverbes et métaphores qui évoquent le vécu douloureux inévitable de l'accouchement : "*Mal de dents et mal d'enfant sont les plus grands qui soient*", "*Pas de femme enceinte sans douleur*", "*Prendre les douleurs*" ou "*Avoir ses douleurs*" [14].

1.4 L'analgésie en obstétrique au XIX^{ème} siècle

1.4.1 Découvertes des trois gaz anesthésiants

L'émergence de l'anesthésie avec la naissance des trois grands agents anesthésiques : le protoxyde d'azote, l'éther, et le chloroforme, va progressivement modifier la perception de la douleur. Les mentalités changent, les domaines de la chirurgie et de la médecine en sont profondément bouleversés. Désormais la douleur n'accompagne plus le chirurgien dans son geste, dont la principale qualité n'est plus sa vitesse d'exécution [5]. La douleur n'est plus une fatalité, elle devient progressivement désuète et n'a plus lieu d'être grâce à la médecine qui peut avoir réponse à tous les maux. Ce changement de mentalité s'opère d'abord dans les couches les plus aisées de la population, contrairement en campagne profonde, où les conditions de vie difficiles empêchent toute plainte, et la douleur est encore inévitable [4].

L'oxyde nitreux, ou protoxyde d'azote est découvert par hasard par Humphry Davy, en 1795. L'éther, composé chimique, déjà utilisé pour lutter contre des vomissements spasmodiques, des palpitations cardiaques ou encore une toux convulsive, est expérimenté en 1846 en anesthésie sur des opérations dentaires. Enfin, le chloroforme est préparé pour la première fois en 1831, mais ne sert qu'à partir de 1847 à l'anesthésie chirurgicale [19].

Cependant, l'anesthésie provoque encore de nombreuses réticences. Alfred Velpeau, chirurgien français membre de l'Académie de médecine, se montre farouchement sceptique en 1839 : « *Eviter la douleur dans les opérations est une chimère qu'il n'est pas possible aujourd'hui* ». Et moins de dix ans plus tard, en 1847, il opérerait lui-même un malade anesthésié [20].

En obstétrique, le changement qui s'opère est encore plus lent, étant donné la croyance encore tenace qu'un accouchement doit être douloureux. En Angleterre et aux Etats Unis, la pratique de l'anesthésie se répand sous la pression des parturientes. En effet la reine Victoria met au monde son huitième enfant sous chloroforme, créant ainsi la mode de « *l'accouchement à la reine* ». En France, les accoucheurs sont encore très réticents. Certains médecins, comme Charles Pajot refusent de pratiquer l'anesthésie en dehors de toutes complications (dystocie, forceps), ou encore si la femme est trop « *impressionnable* », et dans ce cas pourrait compromettre la vie de l'enfant dans des « *mouvements désordonnés* » [19].

Malgré le perfectionnement de la technique de l'analgésie par chloroforme, certains restent frileux quant à son utilisation : ils la jugent trop dangereuse. Ainsi, quand certains adaptent leurs doses aux accouchements naturels en employant de faibles quantités de produits anesthésiques, d'autres refusent leur utilisation, car selon eux, il n'est pas possible de savoir quel effet l'anesthésie va produire [19]. Ils n'utilisent cependant aucune anesthésie pour la première partie du travail.

La pression des femmes en France n'est pas assez forte et les médecins restent peu formés à l'utilisation des gaz anesthésiants [14].

1.4.2 L'hypnose

Parallèlement aux premières utilisations de gaz anesthésiants, des expériences d'accouchements sous hypnose sont réalisées. Nous pouvons retrouver les premiers essais datant de la fin du XVIII^{ème} siècle, mais l'intérêt porté sur ce processus hypnotique grandit réellement au XIX^{ème} siècle. Utilisé d'abord pour de petites opérations, (intervention au sein, extraction dentaire) certains médecins l'utilisent afin de rendre indolores les accouchements. Un utilisateur fervent de cette méthode (Paul Joire, à Lille) est de fait l'un des premiers à affirmer l'inutilité de la douleur lors de l'accouchement en 1899 [9]. La femme ressent ainsi ses contractions

sans éprouver de douleur, lui permettant de rester calme. L'hypnose lui permet aussi d'oublier totalement son accouchement.

Ce procédé n'a jamais provoqué l'enthousiasme des médecins. En effet, malgré les tentatives d'explications rationnelles, l'hypnose est entourée d'un « halo magique ». Cette méthode requiert une certaine passivité du sujet afin de pénétrer sa conscience, de fait l'expérience est vue comme dangereuse. De plus, la formation est difficile, et tous les sujets n'y répondent pas, d'où l'impossibilité d'étendre largement ce procédé. Enfin, la naissance de l'anesthésie pharmaceutique discrédite les recherches d'analgésie psychologique [9].

Ainsi, jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, un accouchement qui se passe bien, c'est un accouchement qui aboutit à la mise au monde d'un nouveau-né en bonne santé, avec une mère « intacte » [9]. Ce principe de sécurité participe en grande partie à la frilosité qu'éprouvent les obstétriciens vis-à-vis de l'utilisation des gaz anesthésiants, et le soulagement de la douleur est souvent relégué au second plan. En effet la douleur est perçue comme utile et pratique : pour suivre un travail, Louis Devraigne, accoucheur à l'hôpital Lariboisière en 1946, donne une description précise de l'intensité des douleurs durant l'accouchement. Il distingue les « douleurs mouches » du début de travail, les « douleurs préparantes » accompagnées de cris aigus durant la période de dilatation, puis les « douleurs expulsives » avec des cris sourds et gutturaux de la parturiente, et enfin les « douleurs concassantes » lorsque la tête franchit l'orifice vulvaire. Un travail qui avance bien, est donc accompagné de « bonnes douleurs ».

Deux certitudes ont donc longtemps perduré dans le monde de l'obstétrique: d'une part, les douleurs de l'accouchement ont un sens et permet le rachat du péché originel, et d'autre part l'intensité croissante de la douleur d'une femme permettait à l'accoucheur de donner une indication sur l'avancée de son travail [5]. Cette conception de la douleur comme utile et « bonne » ne concerne pas seulement le milieu obstétrical, c'est toute la société qui est concernée par ce que René Leriche appelle le dolorisme [4]. Par son expérience auprès de blessés de la première guerre mondiale, il se sensibilise au sujet de la souffrance, et va par la suite combattre cet état d'esprit de complaisance dans la douleur. Ce sont grâce à des personnalités de

plus en plus nombreuses qu'une certaine prise de conscience dans la société peut se faire. Malgré de nombreuses réticences à soigner la douleur de l'accouchement, l'intérêt pour celui-ci va être de plus en plus grand.

1.5 De la seconde moitié du XXème siècle à aujourd'hui

C'est dans la seconde moitié du XXème siècle que l'obstétrique se transforme de manière radicale. La technicité des actes devient pointue, et entraîne un profond changement dans la prise en charge globale d'une parturiente.

1.5.1 L'accouchement sans douleur

Le Dr Lamaze, accoucheur à la maternité de la Polyclinique des métallurgistes introduit une méthode révolutionnaire : l'accouchement sans douleur, dont le premier essai est effectué en 1951 [21]. Celle-ci est non médicamenteuse et répond donc au principe de sécurité non respecté par l'utilisation des gaz anesthésiants.

L'accouchement sans douleur, repose sur le principe que les douleurs de l'accouchement physiologique sont le résultat d'un conditionnement psychologique : la femme est persuadée que souffrir est inévitable, et qu'elle ne peut y échapper [23]. Les patientes ont une préparation physique et respiratoire, avec des cours concernant le fonctionnement de leur corps, dans le but de savoir gérer la douleur et garder le contrôle.

L'importance du développement de l'accouchement sans douleur (ASD) dans l'émancipation des femmes n'est pas assez soulignée [26]. En effet par cette méthode, elles accèdent à la connaissance de leur corps et aux étapes de la mise au monde. Ceci leur permet de contrôler leur accouchement et d'en être actives, et non plus passives recevant les ordres de l'accoucheur. Le succès de l'ASD et sa diffusion ont permis aussi une évolution désormais plus rapide des mentalités : les douleurs de l'accouchement ne sont pas inéluctables. D'autant plus que dès 1956, le pape Pie XII approuve cette méthode, car respectant le sens des valeurs chrétiennes (humanisation de la médecine, revalorisation de la maternité et de la condition féminine) [9].

La femme peut désormais maîtriser son accouchement, et préfère aussi prévenir la grossesse : la période au cours de laquelle se développe l'ASD correspond aussi à celle de la lutte pour le droit à la contraception [21].

Ainsi, si certains voient dans le développement de la méthode Lamaze une grande émancipation féminine, d'autres la critiquent et voient au contraire en elle un certain rabaissement de la femme, la méthode est trop scolaire, et partirait du postulat que la nature féminine serait déficiente [21]. Elle serait d'une part inefficace dans le sens où elle ne supprimerait pas la douleur, et elle ferait croire de l'inexistence de la douleur à l'entourage [23]. Enfin, l'avènement de l'analgésie péridurale confirme le déclin de l'accouchement sans douleur.

1.5.2 La péridurale

Inventée en France au début du XX^{ème} siècle, cette technique fut utilisée en obstétrique aux Etats-Unis au milieu de ce siècle, puis développée en France à partir des années soixante-dix [21]. Ce moyen moderne permet une suppression totale de la douleur, sans altérer la conscience de la parturiente, qui peut alors vivre pleinement son accouchement. Cette analgésie a une durée limitée, et n'a pas d'effets secondaires pour le fœtus.

Au départ, son utilisation reste exceptionnelle : les anesthésistes ne sont pas tous formés à son utilisation, les maternités n'ont pas le matériel nécessaire, et une certaine peur des patientes vis-à-vis de la péridurale est présente [21]. Par la suite l'analgésie connaît un développement considérable, puisqu'en 1980 seul 1 à 3% des accouchements étaient pratiqués sous APD, et moins de 20 ans plus tard : la proportion est de 68%. Aujourd'hui, elle est estimée à 81% d'utilisation. [21]

Le succès massif de l'analgésie est certes permis par le souhait de plus en plus pris en considération de ne pas souffrir durant l'accouchement, et par son remboursement intégral par la sécurité sociale. Cependant, son développement est soutenu par certains obstétriciens, anesthésistes et sages-femmes puisqu'elle permet une plus grande sécurité lors de l'accouchement, de plus elle a cet atout d'être inoffensive et de rendre l'accouchement plus confortable pour tous les acteurs [22].

1.5.3 La prise en charge de la douleur aujourd'hui

La naissance de l'anesthésie, mais aussi les déclarations de plus en plus fréquentes de l'inutilité de la douleur dans le soin et en obstétrique ont contribué à un changement profond des mentalités, dans le milieu médical, mais aussi dans la société en général [4].

Toutefois, en 1995, le rapport Neuwirth dénonce l'insuffisance de traitements antalgiques procurés en milieu hospitalier, et une certaine banalisation de la douleur dont le traitement est encore relégué au second plan après la lutte de la maladie elle-même [24]. Ce rapport a contribué à l'instauration des plans de lutte contre la douleur, qui se sont succédé entre 1998 et 2010 : la prise en charge de la douleur devient une priorité de santé publique.

Le paternalisme médical n'a plus sa place, répondant à une nouvelle considération du patient qui n'est plus un terrain d'expérimentation de la médecine [17]. En 1995, la notion de la dignité humaine est inscrite dans la charte du patient hospitalisé. De plus la prise en charge de la douleur est inscrite dans la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, qui cependant n'en crée pas une obligation pour le professionnel de santé, mais un droit fondamental pour le patient.

La médecine d'aujourd'hui ne croit plus en une valeur positive de la douleur [4]. De fatalité acceptée voire sublimée, elle est désormais inutile, insupportable, et potentiellement dangereuse, puisqu'elle peut entraîner angoisse, augmentation de la tension artérielle, et hyperventilation [22]. Désormais, le soignant prend en considération la douleur du malade. Ce qu'il éprouve n'est plus laissé à la libre interprétation du médecin qui lui demande de coter sa souffrance grâce à des échelles d'évaluation analogique de la douleur (E.V.A.) [25]. La douleur n'est plus objective, c'est ce que ressent le malade qui compte. Nous reconnaissons une dimension sensori-affective de la douleur : elle est ainsi *sensation* et *émotion* [5].

Dans notre société, la peur de souffrir surpasse même la peur de la mort, et l'utilisation d'antalgiques dans la vie courante est largement banalisée. Il est exigé de la médecine qu'elle soulage quasi instantanément la douleur, qui devient une

maladie à combattre. Ceux qui se résignent à la souffrance physique sont qualifiés de crédules [4].

Or, croire que supprimer totalement la douleur est possible, est un fantasme. D'une part, elle nous rappelle notre condition humaine puisque tout individu est confronté à la souffrance ; et d'autre part, certaines douleurs chroniques ne peuvent pas encore être soulagées efficacement [4].

En obstétrique, la douleur n'a plus de signification, plus de valeur morale et l'analgésie péridurale en maternité est reine. Les méthodes de préparation à la naissance sont plus que jamais nombreuses (psychoprophylaxie obstétricale, séances de yoga, relaxation, haptonomie, acupuncture, chant prénatal, sophrologie...), qui permettent à la femme enceinte de se préparer à devenir et à se sentir mère. La consultation pré-anesthésique en vue d'une péridurale est rendue obligatoire par le décret du 9 octobre 1998 sur la périnatalité. Celle-ci concerne tous les accouchements, même si la future mère ne souhaite pas l'analgésie péridurale durant son travail [8].

Alors que nous pourrions considérer comme acquis le combat contre la douleur, en maternité elle semble toujours être abordée sur un autre plan que dans les autres domaines de la médecine. La vision de l'accouchement comme une situation potentiellement à risque implique un suivi de grossesse particulièrement rapproché et une technicisation importante de la naissance, en vue d'une sécurité maximale [22]. L'utilisation massive de la péridurale en est une des garanties. D'après Béatrice Jacques, dans son livre « Sociologie de l'accouchement » en 2009, certains professionnels de santé dénonceraient son utilisation trop systématique, son recours trop facile lors des accouchements dits « normaux ». De plus, du côté des patientes, nous pouvons parfois observer un refus de l'accouchement standardisé. Si certaines femmes évoquent dès le début de leur grossesse le besoin d'une péridurale, d'autres la refusent, ou du moins la retardent le plus possible dans le travail.

C'est pourquoi nous avons choisi d'étudier si la vision controversée de Béatrice Jacques se confirmait parmi les sages-femmes.

2. L'étude : méthodologie

2.1. Problématique et hypothèses

Autrefois, la vision de l'accouchement « heureux » était un accouchement où tout se passait au bien, où la mère en ressortait « intacte », et l'enfant en vie. Aujourd'hui bien que les enjeux se ressemblent, la patiente est au cœur de la prise en charge. Chaque couple élabore un « projet de naissance » à l'approche de l'accouchement, qu'il concrétise parfois par écrit à destination de l'équipe soignante. La sage-femme se doit alors d'être disponible, d'assurer une écoute et de mener à bien l'accouchement en se conformant si possible aux désirs du couple. En un mot : accompagner.

La généralisation de l'analgésie péridurale est un phénomène récent et a changé profondément l'atmosphère en salle de naissance. D'une douleur vue comme une fatalité, elle peut être aujourd'hui abolie. En résulte une modification de la perception de la douleur : la sage-femme était confrontée inévitablement à la souffrance des patientes durant tout le travail, dorénavant et en dehors d'une dystocie ou contre-indication, c'est la patiente qui choisit d'être analgésée ou non, et elle est confrontée à une souffrance « choisie ». Ainsi nous nous sommes interrogés sur la valeur donnée à la douleur par la sage-femme de nos jours.

Nous avons donc élaboré deux hypothèses :

- En obstétrique, selon les sages-femmes : devenir mère implique nécessairement une certaine souffrance.

- La péridurale est vue par les sages-femmes comme le moyen le plus adéquat pour soulager une femme en salle de naissance.

2.2. L'étude

Nous avons donc mené une étude qualitative, multicentrique, par entretiens téléphoniques auprès de sages-femmes, entre novembre 2012 et février 2013. Un entretien direct aurait été préférable puisqu'il permet d'interpréter les non-dits (comme les expressions du visage, les silences), mais la distance a été un obstacle à ce projet. Chaque entretien a été enrichi par le questionnaire du précédent, créant ainsi un effet « boule de neige ».

- Objectifs de l'étude

Nous avons fixé deux objectifs.

- Déterminer l'existence d'une différence de perception de la douleur suivant l'expérience des sages-femmes.
- Déterminer les différences de pratiques traduisant ces différentes perceptions de la douleur.

- Population d'étude

Nous avons interrogé des sages-femmes de culture française, venant de différentes régions : Parisienne, Lyonnaise, et de Poitou Charentes. En effet, il nous semblait important d'élargir l'étude au-delà du bassin parisien, afin de recueillir des témoignages variés. Au total, nous avons interrogé 11 sages-femmes, neuf sages-femmes hospitalières, travaillant dans des maternités différentes, une exerçant en libérale, et une actuellement en congé parental. Toutes ont entre 2 et 45 années d'expérience, comptabilisées en années de diplôme. Nous n'avons pas voulu restreindre selon l'âge, puisque nous avons pour objectif de déterminer s'il existe une différence de point de vue selon l'expérience des sages-femmes.

De plus, nous n'avons pas tenu compte de leur expérience spécifique en salle de naissance, mais toutes ont travaillé l'équivalent d'un an minimum en salle de naissance.

2.3. La trame de l'entretien

Celui-ci est présentée en annexe, et comporte trois parties correspondant aux thèmes suivants : la douleur en général en salle de naissance, l'analgésie péridurale, et la dernière concernant la sage-femme elle-même. Puisque la perception de la douleur de chacun des professionnels se reflète par leurs pratiques concernant la gestion de la douleur, il nous semble important de connaître les habitudes des sages-femmes quant à l'utilisation de l'analgésie péridurale.

- La douleur en salle de naissance

Cette première partie aborde la douleur en général, les traitements analgésiques les plus utilisés par les sages-femmes (qu'ils soient médicamenteux ou non), ce qui est le plus efficace selon elles, et s'il est possible de soulager complètement une parturiente.

L'objectif est de connaître percevoir comment les sages-femmes définissent la douleur en salle de naissance. Mettre des mots sur le concept de douleur permet à chacune de décrire avec leur propre représentation ce que ressentent les patientes, afin de savoir si cela influe sur leur prise en charge. Nous partons du principe que la douleur est un concept, c'est à dire une idée générale ou abstraite d'un objet de pensée, qui nous est propre.

Ensuite, nous leur avons demandé si pour elles, la prise en charge de la douleur en maternité est différente d'un autre service, et nous donnions comme exemple un service de traumatologie. L'intérêt est de savoir si elles pensent qu'il y a une plus grande tolérance de la douleur de la part des professionnels, et si finalement la douleur telle qu'elle est vécue en maternité est considérée de manière différente que dans d'autres services.

Enfin, était posée la question du rôle de la sage-femme dans le soulagement de la douleur, si celui-ci était optimisé. Nous avons rebondi au fil des entretiens en ajoutant si elles se sentaient percevaient comme « techniciennes » lorsque la patiente était sous analgésie péridurale, ce qui nous permettait d'enchaîner sur le thème suivant de l'entretien.

- L'analgésie péridurale

Dans une seconde partie, nous avons interrogé les sages-femmes dans le but d'appréhender leur habitude de proposer systématiquement la péridurale dès l'admission d'une patiente en salle de naissance ou lorsque la dilatation cervicale est suffisante.

Nous leur avons demandé ensuite en quoi l'accompagnement en salle de naissance d'une patiente sans analgésie péridurale est différent pour la sage-femme, si elles ont une « préférence » à suivre un type de travail (avec ou sans analgésie), et enfin si elles ressentent une certaine gêne face à la souffrance des patientes. De plus, nous les avons invité à s'exprimer sur le fait d'accoucher aujourd'hui sans péridurale. Le but est de savoir si elles trouvent un sens à éprouver un travail non analgésié pour la naissance de leur enfant.

L'accompagnement d'une patiente sans péridurale demande sans doute un investissement plus grand. C'est pourquoi connaître leur ressenti lorsqu'une patiente souhaite l'analgésie péridurale alors qu'elle n'était pas demandeuse en première intention nous semble judicieux. Il demande aussi du temps, et nous avons voulu savoir si le service dans lequel travaille la sage-femme lui instaure une disponibilité plus grande.

Par ailleurs, les sages-femmes étaient aussi invitées à s'exprimer vis-à-vis du pourcentage de péridurale en France de 81%, selon les dernières estimations. Il aurait été intéressant d'utiliser le pourcentage concernant leur maternité, mais d'une part l'accès à cette donnée nous est impossible pour les plus petites structures, et d'autre part, certaines d'entre elles ne travaillent pas en secteur hospitalier.

Nous avons abordé enfin une dernière question qui concerne le vécu de l'arrivée de l'analgésie péridurale dans les services des sages-femmes l'ayant connue. Il nous semblait en effet important qu'elles décrivent l'état d'esprit et l'ambiance que suscitait l'arrivée progressive de cette nouveauté.

- Profil des sages-femmes

Avant de clore l'entretien, nous leur avons enfin demandé des informations les concernant :

- âge et années de diplôme
- D'autres diplômes universitaires éventuellement acquis
- lieu de travail

- nombre d'enfants, analgésie péridurale souhaitée ou non. Ceci dans le but de comprendre si pour elles, éprouver un travail sans péridurale est important.

- si elles ont suivi des cours de préparation à l'accouchement.

Chacun des entretiens étaient enregistrés, et avaient une durée maximale de trois quart d'heure.

2.4. Présentation des résultats

2.4.1. Les sages-femmes

Les sages-femmes interrogées travaillent en majorité au sein de structures de niveau 1, deux sont en niveau 2, et une seule en niveau 3.

Voici la liste des sages-femmes interrogées, par ordre d'années d'expérience.

- Françoise B. travaille en maternité de niveau 1, deux ans d'expérience, est originaire de Poitou Charentes, n'a pas d'enfant.

- Anne C. travaille en maternité de niveau 1, quatre ans d'expérience, originaire de Lyon, a deux enfants, n'a pas voulu d'analgésie péridurale pour les deux.

- Xavier V. travaille en maternité de niveau 2, quatre ans d'expérience, est originaire de Lyon, N'a pas d'enfant.

- Camille D. travaille en maternité niveau de 2, quatre ans d'expérience, originaire de Lyon, n'a pas d'enfant.

- Hélène de P. travaille en maternité de niveau 3, cinq ans d'expérience, originaire de Poitou Charentes, a trois enfants, tous nés par péridurale. (poses tardives dans le travail)

- Amba F. est actuellement en congé parental depuis peu, neuf ans d'expérience. Originaire de Lyon, a deux enfants, pas d'analgésie péridurale voulue pour les deux.

- Nathalie R. travaille en maternité de niveau 1, quinze ans d'expérience. Originaire de la région parisienne. Deux enfants, deux péridurales (souhaitées)

- Virginie J. travaille en maternité de niveau 1, vingt ans d'expérience. Originaire de la région parisienne, a un enfant, une péridurale (souhaitée)

- Myriam C. travaille en maternité de niveau 1, trente-deux ans d'expérience, originaire de la région parisienne. Elle a trois enfants, une seule péridurale. (souhaitée)
- Annick V. travaille en maternité de niveau 1, quarante-cinq ans d'expérience, originaire de la région parisienne. Elle a trois enfants, le premier est né sans possibilité de péridurale, le deuxième par césarienne sous anesthésie générale et enfin le troisième sous péridurale. (souhaité)
- Francine CD. Travaille en libéral, quarante-cinq ans d'expérience dont quarante ans en maternité. Originaire de la région parisienne. Elle a un enfant. Sans possibilité d'analgésie péridurale.

2.4.2. La douleur en salle de naissance

Les deux dimensions de la douleur sont bien évoquées par toutes les sages-femmes. Qu'elle soit physique ou psychique, le ressenti de la douleur est individuel.

Pour Amba F., les contractions, *« c'est une douleur musculaire, se localisant au niveau de l'utérus, qui se contracte... le ventre se durcit. Quand une parturiente se plaint de douleur c'est difficile de dire si elle est uniquement physique ou s'il y a une autre composante ! Comme de l'angoisse ou une tension nerveuse... »* Amba F. 9ans d'expérience.

Annick V. met essentiellement en avant l'état psychique dans lequel est une patiente durant son accouchement : *« C'est une question de ressenti, on se rend compte de la douleur en fonction de l'état psychique dans lequel la patiente arrive, si elle est dans un état d'inquiétude, d'angoisse ou de peur, il y a une majoration de l'effet douloureux de la contraction !* Elle évoque le fait qu'il existe un conditionnement psychologique à souffrir durant l'accouchement : *« On n'est pas tous égaux, car plus ou moins conditionné à souffrir pendant l'accouchement, (...) souvent elles sont conditionnées par l'entourage, comme les grands-mères, les mères qui ont eu cette expérience et la partagent. »* Annick V. 45 ans d'expérience.

Francine C-D tient les mêmes les propos qu'Annick V., mais ajoute cependant : « *la douleur ne peut être définie que par la personne qui la ressent, en aucun cas on ne peut d'extérieur juger !* » Elle souligne que « souffrance » et « douleur », sont bien deux entités différentes : « *...cette femme peut avoir des manifestations douloureuses, mais c'est elle qui dit si elle ressent de la douleur ou pas, et si cette douleur est associée ou non à une souffrance (...) les femmes peuvent dire quelles ont mal sans pour autant souffrir !* » Francine C-D. 45 ans d'expérience.

En effet, Françoise B. met en évidence la subjectivité du ressenti, en utilisant l'échelle visuelle analogique « *On peut l'évaluer par l'échelle numérique, mais aussi par l'observation de la patiente, la manière dont elle l'exprime, sur son visage, il y en a qui l'expriment de manière très forte, mais chez qui numériquement la douleur est cotée faiblement, et il y en a qui n'expriment rien, mais ressentent une grande douleur ! (...) J'ai accouché des femmes maliennes : elles accouchent sans un mot, toutes seules, elles t'appellent une fois que c'est fait... impressionnant !* » Françoise B. 2ans d'expérience.

De plus, Xavier met en avant la dimension culturelle de l'expression de la douleur : « *Il y a des patientes qui n'ont pas mal et qui ont un besoin d'exprimer une certaine sensation, c'est quand même un acte fondamental dans la vie d'une femme, c'est l'accouchement, qui est très codifié, très entouré, historiquement c'est une histoire des femmes, des mères, des grands-mères !* » Xavier V. 4ans d'expérience.

Francine C-D explique que la souffrance ne vient pas seulement de l'angoisse ressentie le jour de l'accouchement, par la plupart des futures mères : « *La souffrance va avoir sa racine dans comment la femme ressent sa grossesse, l'accouchement, ce que ça représente pour elle, on est dans le domaine de la psychanalyse, des choses qui renvoient à des phénomènes qui réapparaissent brusquement.* » Francine C-D. 45 ans d'expérience.

C'est aussi ce qu'évoque Nathalie R : « *Sans contester la douleur physique, il y a aussi une part de psychologique liée à l'anxiété, à l'état d'esprit de la patiente, qui est aussi lié à la manière dont ils vont accueillir l'enfant. Les parents souvent se projettent, ils vivent enfin la réalisation de quelque chose de concret, la naissance de*

leur enfant, cette fois ca y'est ! Il y a donc toute une angoisse autour de ce thème. »
Nathalie R. 15 ans d'expérience.

- La prise en charge de la douleur

Afin de soulager une patiente en salle de naissance, la totalité des sages-femmes interrogées évoque aussi bien l'analgésie pharmaceutique (*Nalbuphine*, protoxyde d'azote, et analgésie péridurale), tout comme les moyens non médicamenteux (la respiration, les massages, les positions.)

La moitié des sages-femmes interrogées propose systématiquement une analgésie dès l'entrée de la patiente en salle de naissance, ou lorsque cela lui est possible (dilatation cervicale suffisante).

Par exemple, Virginie J : *« Non je ne lui propose pas, pour moi si elle ne se plaint pas de la douleur, je ne vais pas la ramener en lui disant « vous savez que la péridurale existe ! » Elles le savent que la péridurale existe ! »* Virginie J. 20 ans d'expérience.

Anne C. abonde dans ce sens, car pour elle la femme est au courant de ce qui existe.

Au contraire, Xavier V. estime qu'il est important d'informer toute patiente : *« Dès qu'elle peut, je l'informe qu'elle a la possibilité de l'avoir. C'est important ! »* Xavier V. 4ans d'expérience.

Enfin, Annick V et Camille D la proposent systématiquement afin d'adapter leur prise en charge : *« C'est pour une question d'organisation, ça change la conduite à tenir. On lui propose la douche, d'aller marcher ou la péridurale ! Pour savoir comment je la prends en charge... Mais aussi pour l'organisation de l'équipe : quand l'anesthésiste est la... pour ne pas l'appeler 36 fois... »* Camille D. 4 ans d'expérience.

- Ce qui soulage le plus efficacement

L'analgésie péridurale remporte l'unanimité chez l'ensemble des sages-femmes.

Amba F : *« Au début, la respiration est vraiment efficace. Et puis évidemment la péridurale ! Si elle est bien dosée, elles peuvent sentir, et vivre pleinement leur accouchement. »* Amba F. 9ans d'expérience.

Cependant, Hélène de P. apporte une nuance : « *La péridurale c'est radical, mais la péridurale sans rassurer, ça sert pas forcément à grand-chose, car elle va paniquer, même si c'est plus de la douleur même ... c'est plus la douleur physique, c'est de la douleur morale, (...) à prendre aussi en compte !! Surtout s'il n'y a pas de papa (...). La préparation à la naissance joue énormément. Ça aide à gérer les contractions, ça évite de paniquer.* » Hélène de P. 5 ans d'expérience.

De plus pour Annick V., cela dépend de l'anesthésiste : « (...) *ce n'est pas du garanti 100% pour tout le monde, l'anesthésiste qui pique 4fois le dos... et au final on se retrouve avec un péridurale latéralisée ! Se faire charcuter pour si peu d'intérêt, c'est dommage (...)* Aussi la sage-femme devrait avoir un rôle pour orienter les patientes : « *Dans un monde idéal, ça serait la sage-femme qui devrait orienter la patiente soit vers la méthode psychoprophylactique (relaxation, respiration), soit vers une péridurale, en fonction de l'eutocie ou de la dystocie !* » Annick V. 45 ans d'expérience.

Ainsi, pour Myriam C « *Le plus efficace c'est de reconnaître leur douleur et ne pas la nier, être dans l'écoute, elles le vivent mieux !* » Myriam C. 32 ans d'expérience.

- Une prise en charge différente en maternité ?

Les avis sont partagés : une certaine tolérance serait indispensable dans le sens où il faut respecter l'obstétrique, et éviter une toxicité fœtale par les médicaments administrés :

Amba F : « *C'est une prise en charge différente car on ne peut pas se permettre d'utiliser tous les produits chez une femme enceinte pour éviter une toxicité fœtale, et puis il ne faut pas ralentir le travail ! Il faut garder une bonne dynamique utérine !* » Amba F. 9ans d'expérience.

Mais globalement, en salle de naissance, la douleur serait plus tolérée par les soignants : Virginie J. « *En maternité, on accepte beaucoup plus les douleurs des gens, on la sous-estime.* » Virginie J. 20 ans d'expérience.

Hélène de P. l'explique : « *en traumatologie : on ne se pose pas la question, alors que dans beaucoup d'esprits, on peut accoucher sans péri ! Ce n'est pas une priorité partout, notamment la nuit, le WE, quand l'anesthésiste est seul de garde.*

Parce qu'on peut accoucher sans, qu'avant on le faisait et il y a encore le poids de la tradition : la femme doit accoucher dans la douleur. Après pour les médecins, ce n'est pas un acte médical indispensable ! Sauf s'il y a une dystocie... bien sûr. Pour beaucoup, c'est encore quelque chose de superflu, si c'est pas un premier bébé... »
Hélène de P. 5 ans d'expérience.

Ce « poids de la tradition » est repris par Camille D. « *je ne sais pas si c'est conscient ou inconscient, mais peut être que au fond on a toujours en tête qu'il y a des générations de femmes qui ont accouché sans péridurale et très bien accouché !* » Camille D. 4 ans d'expérience.

- La douleur des contractions, « un mal joli » ?

Annick V: « *On essaye de prendre en considération la douleur de l'accouchement, mais en aucun cas on ne peut faire de comparaison entre une douleur de l'accouchement et une douleur en traumatologie, parce qu'un accouchement est un évènement naturel et joyeux ! On a plutôt tendance à sourire quand une femme arrive pliée en deux, elle n'est pas prise en considération quand elle voit ça comme dramatique. On se dit chouette elle est bien avancée (...) C'est le mal joli, on a le temps de la calmer, on ne se précipite pas sur la douleur. En principe cette douleur doit être tolérable, ça doit ne pas être insupportable sauf en cas de dystocie !* » Annick V. 45 ans d'expérience.

Pour Anne C. diplômée en 2009 : « *C'est parce qu'elles donnent la vie. Elles ont un sens !* » Anne C. 4ans d'expérience.

Enfin, Françoise B.: « *je ne veux pas dire qu'elle est utile, mais... en traumatologie on essaye de l'arrêter, on arrête la douleur et la cause de la douleur (...)* » En salle de naissance : « *C'est difficile de dire que la douleur est utile... la douleur n'est jamais utile, mais c'est la cause de la douleur qui est utile, il ne faut pas les [contractions] arrêter car il faut que le bébé naisse !* » Françoise B. 2ans d'expérience.

2.4.3. Accoucher sans analgésie péridurale

- L'accompagnement

Pour Camille D. et Anne C, diplômées en 2009, elles apprécient le fait d'accompagner une femme qui ne souhaite pas d'analgésie, et se trouvent en situation d'échec. *« Dans l'idée, une femme sans péridurale, c'est génial, et on a envie de l'accompagner, mais ça peut-être un confort aussi la péridurale. (...) Et c'est dommage, [lorsque la patiente réclame finalement la péridurale] c'est décevant, après je peux comprendre ! » Camille D. 4 ans d'expérience.*

Bien que toutes deux reconnaissent que l'accompagnement soit difficile : *« Et aussi en tant que jeune sage-femme et personnellement je n'ai pas accouché, on peut parfois se sentir démunie, ce n'est pas toujours évident. Quand il y a une péridurale on a moins besoin d'être présent, c'est plus facile, plus trop besoin de nous pour l'accompagnement dans la douleur ! » Camille D. 4 ans d'expérience.*

« Ça peut être épuisant moralement et physiquement d'accompagner une femme sans péridurale ... » Anne C. 4 ans d'expérience.

Nous pouvons également retrouver ce sentiment d'échec chez Françoise B.

Virginie J., quant à elle, se trouve en difficulté : *« Oui ça m'embête qu'elles aient mal, j'ai l'impression que si elle souffre, je rate un truc... Ce sont les limites dans ma manière de penser : si pour elles c'est intéressant de ressentir les trucs, et la douleur, j'ai un peu de mal, Parce qu'on n'est pas trop d'accord, mais j'essaye de m'adapter au mieux. .. Mon rôle c'est de ne pas leur faire vivre ce que moi je pense être un accouchement idéal (...) Elles lisent dans des revues, qu'on est des warriors, qu'on peut accoucher sans péridurale... mais on est des warriors jusque-là où on peut ! »* Pour elle, accoucher sans péridurale n'était pas son choix, *« ...et heureusement, elle pesait 5kg et j'ai eu des spatules ! » Virginie J. 20 ans d'expérience.*

Myriam C. évoque que la difficulté vient plutôt des conjonctures actuelles : *« C'est son choix, c'est très bien (...) dans le contexte où on travaille, on n'a pas assez de temps à consacrer aux gens souvent on ne peut pas bien accompagner. » Myriam C. 32 ans d'expérience.*

Le fait de ne pas avoir assez de temps, est aussi repris par la majorité des sages-femmes, indépendamment du niveau de la maternité où elles exercent.

Ainsi Myriam C. regrette le passé : *Je regrette les années où il n'y avait pas de péri, où on restait avec les femmes, on était plus efficace. Du coup maintenant avec la péridurale, on devient comme des techniciennes, tout est dans la rapidité, c'est plus du tout l'investissement d'avant ! Les femmes avec qui on passait des heures avec elles, il y en a qui m'ont déjà reconnu 10ans après dans la rue ! Ça touche vachement ! Maintenant, non. C'est trop survolé. C'est extrêmement dommage. »* De plus elle ne s'étonne pas que certaines patientes souhaitent finalement une analgésie péridurale, alors qu'elles n'en étaient pas demandeuses. *« Les femmes qui n'ont pas de péridurale, il faudrait les préparer différemment ! Il faut qu'elles soient dans la réalité des choses (..) elles sont dans un petit cocon tout rose, et pas dans la réalité de ce qui les attend réellement. Il faut qu'elles sachent ! »* Myriam C. 32 ans d'expérience.

Lorsque le service de salle de naissance est surchargé, pour Françoise B. c'est l'anesthésiste qui « remplace » la sage-femme : *« C'est de ces journées où les péridurales sont partout, et là dans ce cas c'est l'anesthésiste qui a le rôle le plus optimal dans le soulagement de la douleur. »* Françoise B. 2ans d'expérience.

- Accoucher sans péridurale, qu'en pensent les sages-femmes ?

Pour Xavier V, cela concerne uniquement les patientes : *« C'est selon le sens que la personne veut donner pour accoucher sans péridurale ! La raison... moi je n'ai pas de sens à donner à ça, je ne me pose pas cette question-là, c'est à la patiente de s'exprimer. »* Xavier V. 4ans d'expérience.

Amba F. pense que c'est une « mode », répondant aux souhaits de revenir au « naturel ». De fait, ses propres accouchements se sont réalisés sans analgésie. *« Quand on peut faire sans les médicaments je le fais ! »* Amba F. 9ans d'expérience.

Selon Nathalie R, accoucher sans péridurale a aujourd'hui encore un sens : *« Les femmes qui veulent accoucher sans péridurale, elles considèrent ça comme leur propre bataille, un défi, je veux montrer que, je veux être capable de... mais ça dépend, c'est souvent parce qu'elles ont entendu des histoires familiales du genre : leur mère a accouché 5 fois sans péridurale, la sœur qui a réussi à atteindre les*

5cms sans... du coup oui, peut-être qu'on la prend en charge différemment, parce que je pense qu'elle signifie encore quelque chose pour certaines femmes ! » Toutefois, elle met en avant la difficulté à aller jusqu'au bout : *« Le fait d'avoir dans un coin de votre tête que vous pouvez avoir la péridurale, ça change la donne. Je respecte son choix je n'ai pas à le contester, mais c'est vrai que si elle était très motivée pour accoucher sans, elle risque aussi de le regretter après. »* Nathalie R. 15 ans d'expérience.

Francine C-D évoque aussi ce « défi » en le comparant à une épreuve sportive : *« Car maintenant, pourquoi au XXI^{ème} siècle on aurait mal ? Ça paraît aussi gratuit aux gens qui ne comprennent pas que quelqu'un veut traverser la manche à la nage, pourquoi le fait-il ? Et pourquoi cette femme veut accoucher sans péri ? Elle veut essayer ! Elle va rentrer dans une certaine « fraternité » des femmes... c'est son problème, on a pas à dire c'est bien, ce n'est pas bien ! C'est le choix de chacun. »*

De plus, elle souligne que l'accompagnement global permet de connaître les motivations des patientes : *« Je pratique l'accompagnement global, donc je les connais depuis 3-4 mois. Donc on en a parlé, de ce qu'elle veut /souhaitent, ce que ça représente, on voit venir des facteurs de peur d'angoisse, de crainte. Les femmes qui viennent nous voir ce sont des femmes qui recherchent une sécurité au moment de l'accouchement, notamment une sécurité affective. ... »*

Ensuite, elle compare le travail à une initiation dans le but de devenir mère : *« Elle fait pour elle un chemin initiatique et c'est le travail qui représente ça. Avec l'accompagnement global : on sent ça. ...On discute pendant la grossesse : Pourquoi tu veux une péridurale, t'en sais rien si ça fait mal, c'est le premier ! (ma mère m'a dit que, on nous a dit que..) on ne va pas le faire à l'hôpital quand on la connaît pas. ... »*

Enfin, elle guide ses patientes durant le travail : *« Je ne dis jamais : « non, non, vous n'aurez pas de péridurale », je me permets seulement de lui dire « on va attendre encore un peu, on va patienter... on va prendre un bain, marcher... »* Après on voit. *Si elle veut la péridurale, ok c'est son problème ! Pendant tout le long de la préparation qu'on a pu faire avec elle, il faut lui expliquer que son corps sait accoucher, à condition qu'on le laisse faire et qu'on la laisse faire, c'est à dire qu'on ne lui impose pas une position ! »* Francine C-D. 45 ans d'expérience.

Myriam C. parle aussi d'une initiation : *« Je vais dire des trucs de vieilles ...c'est une épreuve que tu passes vis-à-vis de toi-même, te dire que tu es capable de gérer, tu sais gérer ta douleur. C'est un peu comme une initiation pour devenir femme et mère, une étape importante dans le psychisme, tu deviens vraiment mère... Je n'ose pas dire ça maintenant ! Elles passent souvent à côté de ça, (...) ça te fait murir ! »* Elle a accouché de son 3^{ème} enfant avec péridurale, mais en garde une certaine amertume. *« Avec la péridurale, j'ai eu l'impression d'avoir un nouveau-né parmi tant d'autres, comme si ce n'était pas le mien, je ne me le suis pas approprié de la même manière... » Myriam C. 32 ans d'expérience.*

Cependant, ces deux sages-femmes évoquent la difficulté que peuvent éprouver les jeunes professionnels face à une patiente qui souffre.

« Vous, vous n'acceptez pas du tout, vous ne savez pas, les jeunes sages-femmes vous ne connaissez pas, ça vous fait peur une femme qui s'agite, râle, et bouge dans tous les sens. En plus les anesthésistes ne supportent pas, quand une femme crie, car accoucher demande beaucoup d'énergie, je vois bien la tête qu'ils font ! J'entends les médecins qui disent, elle est en train de paniquer ma patiente ! Alors que si on rentre dans la salle : la femme est en train d'accoucher... » Francine C-D. 45 ans d'expérience.

« ...Et puis on ne sait plus les gestes pour accoucher une femme sans péridurale, les gestes sont plus brutes maintenant, avant on respectait plus ! Les jeunes accoucheurs et les jeunes sages-femmes ne savent plus trop non plus ! » Myriam C. 32 ans d'expérience.

Pour Anne C, et Hélène de P, accoucher sans péridurale a permis de mieux accompagner une femme par la suite : *« On peut mieux les aider par la suite ! On peut mieux comprendre ce que ressentent les femmes lors de leur accouchement. » Anne C. 4ans d'expérience.*

« Après avoir accouché on se rend compte de ce qui fait vraiment du bien ou pas, et ce n'est pas forcément les mots que l'on dit, pas la même gestion de l'accompagnement ! » Hélène de P. 5 ans d'expérience.

2.4.4. Accoucher avec analgésie péridurale

Trois des sages-femmes ayant connu l'arrivée de la péridurale nous livrent leur vécu :

Pour Francine C-D, soulager la douleur n'était pas primordial à l'époque: *« Quand la péridurale est arrivée : on a fait pendant 3 mois des questionnaires de satisfaction, on s'est rendu compte qu'il y avait autant de mécontentes que de contentes dans les deux parties, entre celles qui avaient péridurale et celle qui n'en avait pas eu. Donc la question de la douleur n'était pas primordiale. Il y avait autre chose. » Francine C-D. 45 ans d'expérience.*

Myriam C et Annick V. parlent des difficultés techniques :

« Quand j'ai commencé on en faisait très peu, puis on a géré ça, dans les années 90, mais pas avant. Au début on était très réticents, très angoissés. Même pour la pose, on y passait 1h, personne n'était à l'aise, il y avait plein de contre-indication (utérus cicatriciel, siège...) et on avait un taux de forceps du coup hyper important, car les péridurales étaient plombantes : les femmes ne pouvaient pas bouger leurs jambes etc... Et puis on les faisait pousser trop tôt, car on n'avait pas d'expériences ! (...) Ça a mis longtemps à être au point... ils piquaient plusieurs fois. Tous les anesthésistes n'en posaient pas... Il y en avait et il y'en a toujours qui sont contre. » Myriam C. 32 ans d'expérience.

« J'ai commencé mes études en 1965. Il n'y avait pas de péridurale, ni de perfusion, pas de monitoring. Au départ, on était un peu méfiants, invasifs. Au départ, les gens n'étaient pas formés, ça bricolait pas mal, on n'était pas très enthousiastes, personne ne l'était. Et puis les médecins se sont formés, et on a eu de bons résultats. » Annick V. 45 ans d'expérience.

Concernant le pourcentage de péridurale en France, les sages-femmes ont un avis différents.

« En France on semble avoir plus besoin de péridurale que dans d'autres pays, ou peut-être on en offre plus, et je ne vois pas pourquoi on souffrirait si on n'a pas envie de souffrir ! » Virginie J. 20 ans d'expérience.

Contrairement à Anne C. et Françoise B, pour qui la proportion est jugée très importante : *« 80% c'est énorme. Mais compréhensible. Nous sommes dans une*

société de consommation, ou nous n'exigeons aucune contrainte, on accepte plus d'avoir mal. » Anne C. 4ans d'expérience.

« C'est hyper élevé, par rapport à l'Allemagne. On a une autre pratique de l'obstétrique par rapport à l'Allemagne, c'est une autre mentalité des femmes ! Là-bas, en stage, j'ai vu des sages-femmes qui se battaient pour que la femme primipare ait une péri parce que son travail n'avancait pas, et les femmes arrivaient vers 4cm, jamais avant, ça m'épatait ! » Françoise B. 2ans d'expérience.

Cependant, selon Francine C-D, un tel chiffre serait dû à notre système : *« La péridurale est parfois un moyen pour se soulager soi. Ce n'est pas toujours facile de se trouver face à quelqu'un qui est en train de râler, crier... Et on a toujours tendance dans notre éducation à trouver des solutions (...) Je suis sûre que 50% sont dus à l'environnement. Nous en tant que sage-femme, les femmes sous péridurale, c'est plus facile, on manage les accouchements, on les contrôle ! Ou ce sont les maris qui veulent. Les 80% c'est notre système. On ne peut rien y faire, les anesthésistes pour eux c'est une sécurité ! Tout le monde pense à son confort ! » Francine C-D. 45 ans d'expérience.*

3. Discussion des résultats

3.1. Une douleur à deux aspects

3.1.1. Douleur physique

Les termes employés, et la manière d'aborder la douleur diffèrent : certains parlent en termes scientifiques (lieu, innervation...), tandis que d'autres abordent directement le versant psychologique de la douleur.

La douleur physique ressentie par les contractions est décrite comme intense, violente, voire comme un sentiment « d'inconfort ». Il ressort des entretiens que certaines des sages-femmes, indépendamment de leur expérience, reconnaissent une certaine valeur positive à cette douleur. Ainsi, Annick V, parle du *mal joli*, expression provenant d'un vieux proverbe « *c'est le mal joli, dès qu'il est fini, on en rit* », maigre consolation pour une parturiente. [9]

Puisque les contractions vont aboutir à une naissance, qui est un évènement joyeux, la douleur, aussi intense soit-elle, a une certaine beauté. Mais, pour reprendre l'interrogation de Claude Revault d'Allones, si cette douleur était si facile à oublier, pourquoi les femmes seraient-elles si marquées par leur accouchement ? Françoise B. reconnaît que ce n'est pas la douleur qui est utile, ce sont les contractions. La douleur ne sert à rien dans le processus de la naissance, mais l'association de ces deux termes est encore très proche, arrêter la douleur des contractions, ce serait comme arrêter les contractions elles-mêmes... *or il faut que le bébé naisse !*

Douleur et naissance ne sont pas traitées séparément, l'accouchement serait donc toujours associé de manière rapprochée à la douleur, il n'y aurait pas de dissociation entre les deux. Malgré la forte utilisation d'analgésie péridurale en maternité, nous pouvons constater que la vision douloureuse de l'accouchement est toujours très présente.

3.1.2. Souffrance psychique

- L'angoisse de l'accouchement

La plupart des sages-femmes reconnaissent une part psychologique à la douleur qu'elles assimilent à de l'angoisse. Nous pouvons remarquer que celles qui insistent le plus sur ce versant sont les sages-femmes les plus expérimentées, spécifiquement celles qui ont connu les services de maternités sans analgésie péridurale, lorsque l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique occupait une grande place.

La peur de la douleur, de l'accouchement, l'inconnu de l'hôpital (peur présente aussi bien chez les primipares que chez les multipares) [24] majore la douleur physique, et la rend difficilement supportable. Ce sont les cours de préparation à l'accouchement qui remplissent cette fonction : atténuer cette souffrance psychologique, en accédant à des connaissances sur le déroulement de l'accouchement, des positions pour se soulager (bien que les femmes s'attendent à avoir un péridurale), parfois une visite de la maternité est proposée, ce qui permet aux femmes de mieux appréhender le jour de l'accouchement, et donc de le vivre plus sereinement. La plupart des maternités dispensent ces cours, mais du fait des contraintes économiques les services ont tendance à diminuer cette offre, et ceux-ci ne sont pas une obligation pour les patientes.

L'intensité de cette *souffrance* dépend d'une femme à l'autre en fonction de son état d'esprit, de l'environnement dans lequel elle se trouve, du contact avec l'équipe soignante, ou encore de la douleur plus ou moins forte des contractions. Pour une minorité de femmes, l'intensité de cette angoisse est telle, qu'elles peuvent « imaginairement faire l'expérience de la mort imminente » [29], prédictif de la survenue d'un état de stress post traumatique.

- Le trouble de l'accouchement

Cependant, certaines sages-femmes soulignent que le fait de devenir mère peut être une angoisse en soi. Celles qui l'évoquent font partie de celles qui ont le plus d'expériences, et qui sont mères elle mêmes. Cette angoisse existe indépendamment d'une analgésie, et est en relation avec ce que la maternité

représente pour elle. Devenir mère c'est faire l'expérience d'un deuil, celui d'une forme de liberté, un passage de l'état de jeune fille libre, à celui de mère, accaparée par son bébé [9]. L'accouchement est l'aboutissement de cette transformation, et la confrontation à une réalité qui provoquerait une souffrance.

Une des sages-femmes interrogées pense qu'éprouver un travail sans analgésie peut faciliter cette « transformation ». Le changement d'un état de femme à celui de mère provoque un bouleversement dont le travail douloureux remplirait cette fonction. « *C'est comme une initiation pour devenir femme et mère* » (Myriam C.) Nous retrouvons dans la littérature cette symbolique liée à la douleur des contractions : Elle représenterait l'attachement au passé en tant que fille de sa propre mère, confrontée à la nécessité de devenir mère de son enfant. Elle symboliserait aussi la séparation, la rupture du lien de symbiose qui s'est créé entre l'enfant et sa mère [22]. La douleur aurait une utilité, dans le sens où elle serait comme maternisante. Dans ce cadre, supprimer la douleur, c'est supprimer la possibilité de cette transformation. « *Elles passent souvent à côté de ça...* » Pourtant cela ferait *mûrir* (Myriam C).

Ainsi l'accouchement serait marqué par des sentiments contradictoires plus ou moins conscients : angoisse de mettre au monde, et désir de maternité. Cependant ils disparaîtraient avec la joie de l'accueil de l'enfant.

L'accompagnement de la sage-femme est donc important, car il permettrait alors de dépasser cet état contradictoire chez les patientes.

3.2. Le traitement de la douleur

3.2.1. L'intensité de la douleur vue par les sages-femmes

Nous pouvons sans conteste affirmer qu'une conséquence de cette vision « positive » de la douleur des contractions permet sa plus grande tolérance en salle de naissance de manière générale. Les sages-femmes reconnaissent que la douleur est sous-estimée en salle de naissance. L'évènement joyeux qui en découle justifierait la « non-gravité » de cette douleur. En effet celle-ci se distingue par le fait qu'elle ne fait pas suite à une lésion tissulaire, mais qu'elle est due à un évènement

naturel, sans atteinte proprement dite. Aussi intense soit-elle, elle est vue comme non *dramatique*, d'autant plus qu'elle est transitoire.

Annick V reconnaît qu'en maternité la femme n'est pas prise en considération, une douleur ainsi minimisée peut augmenter un sentiment d'incompréhension ressenti par la patiente. Alors que, comme le souligne Myriam C, prendre en considération leur douleur, c'est déjà la soulager, « *c'est le plus efficace !* »

Cette plus grande tolérance est justifiée par le fait que l'on ne disposerait pas d'antalgiques efficaces en début de travail, qui ne causerait pas d'effets négatifs sur l'entrée en travail. *Il faut respecter l'obstétrique, parfois on est obligé de patienter.* (Xavier V.) En effet, la pose de la péridurale est possible lorsqu'un certain degré de dilatation cervicale est atteint, et l'administration d'antalgiques forts, tels que les morphiniques, est freinée en début de travail, puisque sont craints les effets secondaires sur le fœtus.

Toutefois une étude parue dans le *New England Journal of medicine* a comparé l'administration intra-thécale de morphinique par une technique de rachianalgésie-péridurale combinée dès la première demande de soulagement avec l'utilisation de morphiniques systémiques. Cette étude ne montre d'une part, pas d'augmentation significative du taux de césariennes, et d'autre part, permet des effets secondaires moindres chez la femme (moins de nausées, sédation), et chez le nouveau-né (score d'Apgar à 1 minute plus élevé que lors de l'utilisation de morphiniques par voie systémique). Cependant, cette étude n'a pas eu une grande répercussion. [30]

Une étude menée par C. Le Ray, parue en 2008 dans le journal *Birth*, a repris les données de l'enquête nationale périnatale de 2003 sur le pourcentage d'accouchements sans péridurale, et mis en évidence toutes les raisons pour lesquelles les femmes n'en ont pas bénéficié. Elle montre alors que 0,5% des 2720 femmes de l'étude qui ont accouché sans péridurale en 2003 n'ont pas pu en bénéficier du fait des réticences de l'équipe obstétricale [34]. (En dehors de toute contre-indication, et d'une indisponibilité de l'anesthésiste éventuelle). Ce chiffre n'est guère élevé, mais nous pourrions nous demander pourquoi cela existe encore. Myriam C. le soulignent : il y a encore des réticences de la part des professionnels de santé à l'encontre de l'analgésie péridurale, bien que celles-ci aient considérablement diminué.

Ensuite, nous pouvons remarquer que coter la douleur au moyen d'une échelle numérique (type Evaluation Visuelle Analogique, E.V.A.) n'est pas une habitude prise en maternité. Une seule des sages-femmes utilise cette échelle. Coter la douleur permet, pour les soignants, d'objectiver ce que ressentent les patientes, et donc d'empêcher toute interprétation, notamment pour diagnostiquer une femme en travail. En effet, les sages-femmes reconnaissent une certaine subjectivité dans le ressenti de la douleur : chaque patiente à un seuil de douleur qui lui est propre.

Françoise B. utilise d'une part le ressenti visuel, « *j'observe son visage, la manière dont elle bouge* », mais évalue aussi la douleur, ainsi elle reconnaît que parfois elle peut être surprise par certaines patientes qui n'expriment rien, mais dont la douleur est importante. Evaluer son intensité permet de lui proposer des moyens analgésiants adéquats, qu'ils soient pharmaceutiques ou non.

3.2.2. L'accès à l'analgésie péridurale

Françoise B, travaille dans une structure où l'anesthésiste est d'astreinte la nuit, et également le dimanche. En effet dans les petites structures de moins de 1500 accouchements par an, la présence d'un anesthésiste réanimateur sur place n'est pas obligatoire, rendant l'accès à une analgésie péridurale plus difficile (*Article D6124-44 du Code de Santé Publique*) [31]. Traiter la douleur pour une femme qui souhaite bénéficier d'une péridurale ne semble pas une priorité.

Le fait que l'accès à l'analgésie péridurale n'est pas vue comme indispensable lors d'un accouchement eutocique, nous laisse supposer que le poids d'une certaine tradition serait toujours présent en maternité. Le soulagement de la douleur serait secondaire. En obstétrique, ce manque de considération de la souffrance des patientes pour qui accoucher sans péridurale n'est pas un choix, montre que la douleur n'est pas autant condamnée que dans les autres spécialités médicales de manière générale [24].

Le fait de ne pas pouvoir bénéficier d'une analgésie péridurale dans de plus petites structures donne un caractère intolérable à la douleur, difficilement supportable.

3.2.3. Pourquoi aujourd'hui accoucher sans péridurale ?

Certaines femmes prônent un retour au « naturel ». En effet elles contestent une « surmédicalisation » de la naissance, et reprochent aux praticiens de transformer la grossesse et l'accouchement en une maladie. Même si dans l'ensemble, les patientes sont satisfaites du suivi médical durant leur grossesse, selon le sondage réalisé en 2010 par l'institut IPSOS sur le vécu de la grossesse par les femmes, 17% d'entre elles pensent que ce suivi était trop médicalisé et contraignant [32]. Cependant, les patientes qui accouchent réellement par choix sans péridurale sont relativement peu nombreuses. L'enquête nationale périnatale de 2003 met en évidence que la moitié des patientes n'ayant pas bénéficié d'analgésie péridurale avait eu un travail trop rapide pouvant permettre une pose, de ce fait l'absence d'analgésie n'est pas un choix premier [33].

L'enquête de Le Ray et al. montre que seulement un tiers de ces femmes n'avaient pas eu de péridurale par choix [34].

Nous avons donc interrogés les sages-femmes sur leur ressenti vis-à-vis du choix d'accoucher sans analgésie. Mis à part un respect de la volonté des patientes, les avis divergent sur le sens de leur choix : Si certains en font un constat, sans volonté de jugement (« *je n'ai pas de sens à donner à ça...* » Xavier V), d'autres l'accueillent très positivement (*C'est son choix, c'est très bien* Myriam C), tandis que certains se retrouvent dans l'incompréhension (*Je rate un truc* Virginie J). Toutes mettent en œuvre des moyens pour soulager les patientes en leur proposant autant que possible des méthodes alternatives (respiration, massage, hypnose, ballon...)

Au-delà d'une tendance que certains pourraient considérer comme masochiste, accoucher sans péridurale paraîtrait tout aussi aberrant que tout autre exploit sportif. (« *Elle veut essayer...eh bien pourquoi pas !* » Francine C-D)

Tandis que pour certaines sages-femmes qui sont mères, la question ne se posait pas, une péridurale était voulue dès le départ, pour d'autres il était important de vivre un accouchement sans péridurale, ou du moins repousser son utilisation le plus tard possible. Les motivations retrouvées ressemblent à celles des patientes : être capable de gérer. D'autres sont d'ordre « professionnelles »: elles voulaient

comprendre ce que ressentent leur patientes, et par la suite elles ont trouvé leur accompagnement plus adéquat.

3.3. Accompagnement d'une femme sans analgésie péridurale

3.3.1. L'investissement impliqué

Du point de vue de l'accompagnement des patientes sans analgésie, nous n'observons pas de différence dans les méthodes que les sages-femmes utilisent pour soulager les patientes. Le matériel mis à disposition diffère d'une maternité à l'autre (salle nature, ballon, matériel de suspension...), mais l'implication de l'accompagnant qui assure une écoute, un réconfort est primordial. Ainsi accompagner ces patientes durant tout leur travail demande un investissement important.

Chez les plus jeunes sages-femmes, nous pouvons retrouver un certain entrain à accompagner un travail sans péridurale. Elles voient comme un défi, elles éprouvent alors une certaine *fierté* comme dit Amba F., lorsque la femme est arrivée jusqu'à l'accouchement sans réclamer d'analgésie. Nous pouvons retrouver aussi une forme d'*admiration*, lorsqu'une femme supporte la douleur sans ciller, sans éprouver le besoin de crier ou de se tordre de douleur. Françoise B. l'évoque d'ailleurs pour parler d'une femme d'origine malienne, qui accouche sans un mot, l'équipe est impressionnée. Le caractère plutôt rare de ce type de comportement, qui est vu comme une performance, suscite l'étonnement.

Cependant, nous constatons une ambivalence du côté des jeunes sages-femmes : d'une part, en dehors de toute dystocie, elles se considèrent plus en situation d'échec lorsque leur patiente « craque » (réclame une péridurale) que leurs aînées dans la profession. « *C'est décevant...* » *Camille D*

Et d'autre part, une patiente sous péridurale apporterait tout de même un certain confort pour la sage-femme. « *... C'est plus facile !* » *Camille D*

Parmi les sages-femmes qui ont vécu l'arrivée de l'analgésie péridurale dans leur service, nous avons constaté un certain regret vis-à-vis de leur situation

antérieure, dans le sens où elles déplorent une systématisation quasi constante de l'analgésie péridurale, son recours trop facile pour les femmes.

Elles sont conditionnées à la péridurale !... Annick V.

Elles regrettent surtout le fait que l'investissement dans l'accompagnement d'une femme en travail avec analgésie ne soit pas aussi grand qu'avec une patiente non analgésée, où il faut « donner de soi-même ». Une part du métier de sage-femme serait tronquée, car elles ne seraient plus là pour apprendre à gérer sa douleur. Cette facette de notre métier serait simplement réduite à proposer une péridurale, sans pour autant dénigrer son utilisation. Elles reconnaissent son utilité, et l'accompagnement nécessaire qui n'est pas si différent pour Francine C-D, bien que plus *intellectualisé*.

Myriam C reproche même aux jeunes sages-femmes de ne plus savoir pratiquer d'accouchement sans analgésie, puisque sous péridurale les gestes pratiqués sont *brutes*, le périnée ne serait plus autant respecté.

Enfin, celles-ci ne s'étonnent pas de la fréquence des femmes qui demandent finalement une analgésie alors que leur souhait était de tenter sans. Ainsi une fois le travail véritablement installé certaines patientes ne trouveraient pas les ressources nécessaires pour supporter leur douleur. Comme l'évoque Myriam C, c'est la préparation à l'accouchement qui aurait fait défaut. Les patientes ne seraient pas assez « informées », et resteraient dans une sorte d'idéalisation de l'accouchement : dans un *cocon rose*. Mais comment informer les femmes de la teneur des douleurs qu'elles auront lors de l'accouchement ?

Virginie J. explique que certaines suivraient une tendance, une mode, se donner un challenge, sans pour autant être convaincues de la teneur de leur motivations. Supporter un travail de plusieurs heures, tout en sachant qu'obtenir une péridurale serait possible, demande une certaine ténacité d'esprit comme le souligne Nathalie R.

3.3.2. Orienter les femmes : une intrusion, une aide ?

Quant à la décision d'accoucher avec ou sans péridurale, les patientes sont informées durant leur grossesse des modalités de la technique, et en général font

part aux soignants de leur souhait avant l'accouchement. Toutes les patientes doivent rencontrer un médecin anesthésiste durant leur grossesse. Nous remarquons cependant que les sages-femmes ayant travaillé au début de leur carrière sans possibilité de recours à la péridurale souhaiterait avoir une part plus active dans cette décision. Selon Annick V. *l'idéal* serait d'orienter les patientes selon l'eutocie ou la dystocie, soit vers une péridurale, soit vers une méthode non pharmaceutique. L'idée ne serait pas de décider pour la parturiente, mais de l'aider dans son choix puisque que la sage-femme connaît des techniques qui, selon elle, pourrait lui être utile.

Francine C-D, qui pratique l'accompagnement global est cependant plus modérée. Elle connaît ses patientes, leurs motivations, et la manière dont elles envisagent la naissance de leur enfant. Elle propose de repousser la pose de péridurale puisqu'elle *sent* lorsque la patiente désire effectuer ce travail initiatique. D'autant plus que, comme le souligne Nathalie R, la patiente peut éprouver des regrets par la suite.

Une étude publiée par le Journal Midwifery Womens Health a démontré les intérêts de l'accompagnement global. Elle montre que les sentiments de joie et « d'orgueil » que peuvent éprouver les patientes après leur accouchement sont plus importants chez celles que les sages-femmes ont encouragées à ne pas avoir de péridurale alors qu'elles avaient émis des doutes sur leur capacité à gérer leur travail. [35] La relation de confiance instaurée, a permis aux sages-femmes d'insister sur leur aptitude à supporter les contractions.

Néanmoins, comme précise Francine C-D il est possible d'aider la femme, de prendre part à sa décision seulement si l'on connaît ses motivations. La sage-femme qui rencontre pour la première fois sa patiente en salle de naissance n'est pas au courant de son passé, de ses résistances, de ses angoisses, et lui conseiller d'attendre pourrait être intrusif.

Ce point met en avant la complexité de l'accompagnement d'une femme dans l'accouchement qu'elle souhaite, et qui respecte totalement sa liberté de choix. Encourager la femme à continuer sans analgésie, alors qu'elle le souhaite, est une forme de paternalisme médical. C'est à la sage-femme de faire en sorte que la

patiente ne se sente pas en situation d'échec lorsqu'elle accouche finalement avec une péridurale.

Ainsi, en maternité, l'accouchement est toujours connoté comme douloureux. Cette douleur s'accompagne d'une souffrance dont l'intensité dépend de la patiente elle-même, mais aussi de l'environnement dans lequel elle se trouve. Il existe encore des maternités en France où bénéficier d'une péridurale est difficile. Plus généralement, la douleur est sous-estimée, tolérée, car l'issue est heureuse.

Nous pouvons alors valider notre première hypothèse :

⇒ En obstétrique, et selon les sages-femmes, devenir mère implique nécessairement une certaine souffrance.

3.4. Les professionnels et l'analgésie péridurale

L'analgésie péridurale est indéniablement reconnue comme le moyen le plus efficace, existant en obstétrique, pour soulager la patiente de la douleur des contractions, et lui permettre de vivre en pleine conscience son accouchement. La totalité des sages-femmes interrogées pense de même, avec toutefois quelques réserves : lorsqu'elle est mal posée comme latéralisée. Les doses sont désormais bien adaptées afin de créer une bonne analgésie sans pour autant supprimer les sensations, ne créant pas ou peu de bloc moteur par surdosage. De plus certaines maternités optent pour la péridurale ambulatoire, ce qui permet de trouver un compromis entre le manque de mobilité qu'implique une péridurale « classique », et la mobilité accrue qu'ont spontanément les femmes sans péridurale.

3.4.1. Le taux d'analgésie péridurale

En France, le taux de péridurale effective est estimé à 81%, selon l'enquête nationale périnatale de 2010 [33]. Certes il varie selon les maternités et les populations rencontrées, mais son recours est très fréquent. Ce succès confirme

d'ailleurs sa réelle efficacité, qui correspond à la tendance actuelle d'une volonté de ne pas souffrir durant l'accouchement.

Nous avons donc interrogé les sages-femmes sur leur ressenti à propos de ce pourcentage. Il en ressort qu'une grande part des sages-femmes, expérimentées ou non, considèrent que ce pourcentage est élevé. Mais les avis divergent cependant sur le fait de savoir si la péridurale est posée en excès ou non. Parmi celles qui le trouvent trop élevé, nous pouvons retrouver les sages-femmes qui ont accouché sans péridurale par choix. Pour elles, un accouchement peut se faire sans analgésie, la douleur est perçue comme supportable. Tandis que certaines pensent que nous pourrions le diminuer avec une plus grande disponibilité des équipes et un meilleur accompagnement ; d'autres en font un constat, sans que cela suscite un étonnement. Pour elles, ce n'est pas de notre ressort de décider, car nous ne devons pas avoir de *vues morales* là-dessus.

3.4.2. La péridurale, une solution pour les services ?

Sur l'ensemble des sages-femmes interrogées, la moitié proposent systématiquement une péridurale à l'entrée en salle de naissance ou dès que la dilatation cervicale est suffisante, indépendamment de leur expérience. Informer la patiente de ce qu'elle peut bénéficier semble important (*témoignage de Xavier V.*) Or, certaines avancent que le fait de proposer systématiquement une péridurale dès l'admission en salle de naissance, ce serait déjà l'inciter. En effet une des raisons invoquées est de l'ordre de l'organisation de service : quand l'anesthésiste est présent en salle à ce moment, il ne le sera peut-être plus après.

Avec la péridurale, les accouchements sont « *managés* » comme souligne Francine C-D: c'est lorsque l'anesthésiste n'est pas sur place que les déclenchements sont fréquents la journée. De plus le recours à une perfusion d'ocytocique pour que le travail s'accélère quand la femme est soulagée est fréquent. En effet, le risque d'utilisation d'ocytocique est augmenté de 18% en cas d'analgésie péridurale. [36]

Aussi, Francine C-D estime qu'un grand pourcentage de péridurale pourrait être dû à une certaine pression de l'équipe obstétricale. Parfois les femmes seraient

incitées à accepter une péridurale « pour *le confort* de l'équipe », qui ne supporterait pas les cris de la patiente. En effet, une femme qui accouche sans péridurale peut bouleverser les habitudes de service.

Toute société définit une manière conventionnelle de répondre à la douleur, qui se transmet de génération en génération. Dans notre société, il est plutôt d'usage d'endurer la douleur avec fermeté, son expression doit du moins rester dans les limites de la « bienséance », ainsi une femme qui manifeste trop bruyamment sa douleur encourt une réprobation muette à mieux se tenir. Au contraire, dans les sociétés où il est d'usage de s'exprimer avec des plaintes et de manière forte, celle qui reste silencieuse n'est pas comprise [37]. Ainsi une femme qui n'est pas analgésée adopte des positions différentes, refuse les étrières, et s'allonger sur un lit peut être une torture pour elle. L'obstétrique moderne impose des moyens de surveillance qui limitent dans une certaine mesure la liberté de mouvement : monitoring en continu, perfusion... Cependant, quelques services essaient d'adapter leur prise en charge et leur matériel afin de permettre d'adopter plus facilement les positions antalgiques comme les monitorings sans fil, mais ce matériel à un coût qui n'est pas accessible pour toutes les maternités.

Toutefois, même analgésée, la patiente peut ressentir le besoin d'exprimer une *douleur*, (Xavier V.) Ainsi, une patiente voit son accouchement d'une manière qui est propre : elle doit crier, puisque c'est ainsi que l'accouchement doit se passer pour elle. Et le fait de manifester certaines sensations lui permet d'être en adéquation avec ses croyances fondamentales. Françoise B. qui a effectué des stages en Allemagne, est surprise de constater autant de différences dans la manière de vivre l'accouchement. Pour les femmes qu'elle a rencontrées, il était « normal » de souffrir.

Les sages-femmes reconnaissent que lorsque le service est surchargé « *les péridurales sont partout* » Françoise B. En effet elle rend service, dans le sens où le temps passé au chevet de la patiente est beaucoup moins grand. Au-delà de son côté indispensable dans une dystocie, la péridurale peut se révéler indispensable, et allège la charge de travail. Une sage-femme est amenée à s'occuper de plusieurs femmes en même temps, alors que paradoxalement, la circulaire DGS/SDO/OA n°38 du 29 Juillet 1992 relative au code de déontologie des sages-femmes recommande une surveillance « soigneuse et permanente » d'une femme sous analgésie péridurale

[41]. Or il est impossible dans les conditions de travail actuelles d'être aussi présent que voulu.

Même si la patiente a besoin d'un accompagnement, l'analgésie compenserait l'absence de la sage-femme, et certaines se sentent alors « techniciennes » : chaque heure, elle juge de la dilatation, ou perce la poche des eaux, puis passe à une autre patiente. C'est gérer son temps, c'est maîtriser la salle d'accouchement.

L'analgésie péridurale serait une solution à un certain nombre de problèmes en rapport avec l'organisation générale de la naissance. Ainsi les femmes, s'étant préparées à l'accouchement en le désirant sans péridurale, se retrouvent dans la difficulté d'aller jusqu'au bout, tant leur décision tombe sous le sens dans certains services où la péridurale est routinière. Poser une péridurale serait la « norme » des services.

3.4.3. La péridurale, une solution pour la sage-femme ?

Comme dit précédemment, ce sont les sages-femmes qui ont connu les services sans péridurale qui regrettent le plus cette systématisation. Elles déplorent le fait que la tendance actuelle est à la recherche des solutions rapides, concrètes, efficaces. La péridurale serait la seule solution qui réalise l'ensemble de nos attentes, sans chercher à savoir si cela correspond à celles des patientes.

Nous avons alors interrogé les sages-femmes afin de savoir si elles ressentent une certaine gêne face à la douleur d'une patiente. Nous pourrions penser qu'il y aurait une certaine prise de distance de leur part, les émotions ressenties n'interférant pas dans leur vie professionnelle. Cette notion de gêne est plus marquée chez celles qui n'ont pas connu la maternité sans péridurale, bien que toutes affirment qu'être face à un individu souffrant ne laisse jamais indifférent. La péridurale serait alors un moyen « *pour se soulager soi.* » comme le souligne Francine C-D, en rapport aux jeunes sages-femmes. Supporter un travail de plusieurs heures, tout comme supporter une douleur intense entraîne l'individu à se replier sur lui-même et rend la communication difficile. Un tel accompagnement peut se révéler fastidieux pour une jeune sage-femme. Elles ont moins souvent été

confrontées à la souffrance que leurs aînées dans la profession, ainsi gérer un accouchement sans péridurale peut être source de stress.

C'est, en psychanalyse, le phénomène du contre transfert : voir l'autre exprimer une souffrance nous fait souffrir, car inconsciemment cela nous renvoie à notre propre histoire personnelle [38].

Une part des analgésies péridurales posées répondrait donc d'abord à nos propres attentes. La manière dont nous nous comportons influencerait, plus ou moins consciemment les patientes dans leur choix.

3.4.4. La péridurale, une solution pour toutes les patientes ?

La péridurale est efficace puisqu'elle supprime toute douleur, et permet aux patientes de garder, dans la mesure du possible (selon la réponse aux analgésiants), un maximum de sensations. Les patientes peuvent de plus en plus administrer elles-mêmes des « bolus », afin de doser le niveau d'analgésie souhaité. En effet, Nathalie R. affirme que, pour certaines femmes, il est important de « sentir » leur accouchement, et donc de le vivre pleinement « dans leur corps » malgré l'absence de douleur.

Comme nous l'avons vu précédemment, même si une patiente est en droit d'exiger le « zéro douleur », certaines patientes ne souhaitent pas d'analgésie. La généralisation de la péridurale a donné envie aux femmes de s'en passer [39]. De plus, une péridurale n'apaise pas les tensions et angoisses préexistantes, comme le soulignent la plupart des sages-femmes. La patiente doit donc être accompagnée dans son accouchement. Quand elle n'accompagne pas la douleur, la sage-femme doit gérer l'absence de douleur [22]. La péridurale est un *outil, un instrument* (Xavier V.), elle ne remplace pas le côté relationnel.

Donc, selon la manière dont une femme envisage son accouchement, la péridurale ne correspondra pas forcément aux attentes de la patiente. Loin d'être une solution pour toutes, le plus efficace comme le souligne Francine C-D, *c'est ce qui lui convient le mieux* et donc lui laisser véritablement le choix de la péridurale. Parfois

une patiente n'a pas besoin d'une analgésie, cependant elle cherche toujours à ce que nous reconnaissons sa douleur.

Laisser le choix à une patiente, implique ainsi de lui laisser la liberté de décider ce qu'elle souhaite réellement. La femme est vue alors en « acteur autonome, rationnel et maître de ses décisions », à condition qu'elle ait une information neutre lui permettant de déterminer ses préférences [23]. Pour certaines femmes, la décision est claire : elles accoucheront avec ou sans péridurale. Certains hésitent, puisqu'elles ne savent pas l'intensité de la douleur des contractions. Or, pour ces dernières, la décision va dépendre aussi de l'environnement, du contact avec l'équipe [23]. En effet, un accouchement est un « acte collectif », elles ne peuvent accoucher « contre la sage-femme » [22]. Nous pouvons donc affirmer que dans ce cas, la décision ne lui appartient pas complètement : c'est un choix commun à la patiente, et à l'équipe. En ce sens, la patiente n'est pas un acteur autonome, rationnel, et maître de ses décisions, puisque l'accouchement peut la mettre, comme nous l'avons vu, dans une fragilité psychique.

Ainsi, l'analgésie péridurale est vue comme un moyen « adéquat » pour les sages-femmes de soulager une patiente en travail, dans le sens où elle répond aux exigences de l'organisation actuelle des maternités. Une patiente sous péridurale a globalement moins besoin qu'une sage-femme soit à ses côtés, qui peut alors « accompagner » plusieurs naissances. Cependant, nous observons une ambivalence, bien que la péridurale réponde parfois aux propres attentes des professionnels de santé, sa systématisation est controversée. Pourtant, elle traduit le souhait des femmes de ne plus subir la douleur des contractions, mais les sages-femmes reconnaissent qu'une part non négligeable des patientes souhaite vivre son accouchement autrement.

Selon M. Akrich, les débats autour de la péridurale ont commencé dans les années 80, c'est-à-dire bien avant sa généralisation. Bien que celle-ci soit préférable à l'anesthésie générale, sa systématisation est remise en cause, et dénoncée dès les débuts de son utilisation [40]. Les arguments avancés par chacun des « camps » n'ont pas changés : elle est source de confort pour les femmes (pouvoir lire, écouter de la musique), ou au contraire, source d'inconforts (perfusion, monitoring en continu

etc.). Leur tenir la main, les consoler seraient une forme d'infantilisation ainsi la péridurale permettrait une relation plus égalitaire avec le soignant, par opposition au fait que cette analgésie serait une soumission supplémentaire du corps de la femme à « l'emprise croissante des techniques et l'interventionnisme des médecins » en matière obstétricale [22]. Enfin, la péridurale, totalement inoffensive, est la garantie d'une plus grande sécurité lors de l'accouchement ; vision controversée par les risques engendrés par son utilisation (hypotension, risque accru de forceps). Ces arguments « médicaux » sont à l'origine d'un débat récent, lors des 29^{èmes} journées de la société française de médecine périnatale, en 2009.

⇒ Ainsi, nous ne pouvons valider entièrement notre deuxième hypothèse, puisque l'analgésie péridurale n'est pas vue comme le moyen le plus adéquat pour toutes les sages-femmes.

Finalement, nous constatons qu'il ressort globalement une différence de perception de la douleur suivant les années d'expérience des sages-femmes. Elle est notamment plus flagrante entre celles qui ont vu l'arrivée de l'analgésie péridurale et celles qui l'ont toujours connu.

Cependant, bien que donnant ou non une valeur à la douleur, cette vision n'entraîne pas une modification de leurs pratiques professionnelles en salle de naissance. Alors qu'elles reconnaissent que l'analgésie péridurale apporte un certain confort (pour soi, pour l'équipe), les sages-femmes accompagnent les patientes en respectant au mieux leur choix d'être analgésié ou non. Toutefois les conditions de travail actuelles (salle de naissances surchargée, manque de personnel) ne favorisent pas l'accompagnement d'une femme sans analgésie péridurale.

Conclusion

La réalisation de cette étude nous a permis de mettre en évidence une différence de perception de la douleur qui existe encore en maternité, malgré l'utilisation massive de l'analgésie péridurale.

Ainsi certaines sages-femmes donnent toujours une valeur positive à la douleur des contractions. Elles reconnaissent aussi que la douleur en maternité est sous-estimée.

Ce sont les sages-femmes qui ont vécu l'arrivée de l'analgésie péridurale qui sont le plus sceptiques quant à son utilisation. Elle est perçue comme une solution de facilité, qui justifierait son taux élevé en France : 81% selon les dernières estimations. Parfois la péridurale répondrait plus à nos propres attentes, qu'au choix réel des patientes : elle serait un confort pour le professionnel et l'équipe, soumis à une surcharge de travail.

Cependant, bien qu'elle ne soit pas condamnée clairement, puisque d'une part elle ne résulte pas d'une pathologie (en dehors de toute dystocie), et d'autre part elle aboutit à une naissance qui est un évènement joyeux, nous n'observons pas de modification de leur pratique induite par une vision « positive » de la douleur. En effet, les sages-femmes ont la volonté de respecter au maximum le choix des patientes d'être analgésié ou non.

Toute femme qui accouche mérite de vivre son accouchement comme elle l'entend. Elle doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement adapté en toute circonstance afin de mettre au monde son enfant.

Pour une plus grande disponibilité, les sages-femmes devraient être plus nombreuses en salle de naissance. En effet, le choix d'être analgésié ou non ne doit pas se transformer en un dilemme d'être accompagné ou pas. Les patientes sont à la recherche d'une autre manière d'accoucher. Les sages-femmes doivent avoir les moyens de la leur offrir notamment en augmentant les effectifs en salle de naissance.

Bibliographie

1. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <http://www.sante.gouv.fr/la-douleur.html> [15 janvier 2013]
2. LE BRETON D. *Douleur et sens : les modulations de la souffrance*. Académie Nationale de Chirurgie. Octobre 2011.
3. MARTY F. *Ce que souffrir veut dire*. In Press. Octobre 2004. 215p.
4. LE BRETON D. *Anthropologie de la douleur*. Métailié. 2006. 240p.
5. REY R. *Histoire de la douleur*. La Découverte. Avril 2011. 420p.
6. SAINT-PIERRE F. *L'Homme face à la douleur, hier et aujourd'hui*. Bulletin de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire. 2005.
7. MELZACK R. *Labour pain as a model of acute pain*. Pain. 1993 ; 53:117-20
8. MERCIER J.F. *Douleur du travail et de l'accouchement et place de l'Analgésie Péridurale*. Centre National de Ressources de lutte contre La Douleur. Février 2005. [3 février 2012] <http://www.cnrd.fr/Douleur-du-travail-et-de-l.html>
9. REVAULT D'ALLONES C. *Le Mal Joli*. Union Générale des Editeurs. Paris 1976. 442p.
10. BIOY A. FOUQUES D. *Manuel de Psychologie du Soin*. Bréal. 2002. 321p.
11. BONNET-CADILHAC C. *L'Anatomo-physiologie de la génération chez Galien*. Thèse pour le doctorat de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes. Juin 1997. 214 p.
12. CESBRON P. KNIBIEHLER Y. *La Naissance en Occident*. Albin Michel. Paris Septembre 2004. 360p.
13. CESBRON P. Naitre à la vie, en douleur. *Cahier Spirales : Ces bébés qui nous font mal*. ERES. 2008. p 79-98 [2 février 2013 (en ligne)] <http://www.cairn.info/revue-spirale-2008-1-p-79.htm>
14. MOREL M-F. *Histoire de la douleur dans l'accouchement*. Janvier 2012. [14 Novembre 2012] <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>
15. DUMONT M. MOREL P. *Histoire de l'obstétrique et de la gynécologie*. Simep. 1968. 87p.

16. BOURGEOIS L. *Observations diverses sur la stérilité, pertes des fruits, fécondité, accouchement, et maladies des femmes et des enfants nouveau-nés.* Préface de OLIVE F. Côté Femme (Réimprimé) 1992. 223p.
17. VEROT C. *Intérêts et modalités d'une formation initiale en éthique médicale dans les écoles de sages-femmes.* Certificat de maîtrise de sciences biologiques et médicales. Ethique, déontologie et responsabilité médicales. Thèse soutenue en Mai 2004.
18. LIEBAULT J. *Thrésor des remèdes secret pour les maladies des femmes.* Pris du latin & fait François, Jacques du Puys, la Samaritaine, Paris 1585.
19. AUVRARD A. CAUBET. E. *De l'Anesthésie Chirurgicale et Obstétricale.* Rueff et Cie. Paris. Novembre 1892. 248p. [4 novembre 2012] <http://www.histanestrea-france.org/SITE/Anesthesie-chirurgicale-et.html>
20. FAURE J-L. L'Anesthésie. *Revue Les Grands Evènements Médicaux.* Collection Anniversaires. 1936. 17p. [6 novembre 2012] <http://www.histanestrea-france.org/SITE/Histoire-de-l-anesthesie,109.html>
21. LIDEC F. 1950-2000 La douleur de la parturition et sa prise en charge. *Les Dossiers de L'Obstétrique.* N°417. Juillet 2012
22. AKRICH M. PASVEER B. *Comment la naissance vient aux femmes.* Synthélabo. Mars 1996. 194p.
23. AKRICH M. La péridurale, un choix douloureux. De la contraception à l'enfantement. *Cahier du genre N°25.* 1999. 208p.
24. JACQUES B. *Sociologie de l'accouchement.* Presses Universitaires de France. 2007. 208p.
25. Centre National de Ressources de lutte contre La Douleur. [20 février 2013] <http://cnrd.fr/-Textes-legislatifs-.html>
26. CARON LEULLIEZ M. GEORGES J. *L'accouchement sans douleur, histoire d'une révolution oubliée.* De l'Atelier. 2004. 254p.
27. LEROY F. *Histoire de naître, de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé.* De Boeck. 2001. 456p.
28. FRIOUX S. FOURNIER P. CHAUVEAU S. *Hygiène et Santé en Europe.* Sedes 256 p.

29. BOUDOU M. SEJOURNE N. CHABROL H. Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. Elsevier Masson. Mars 2007
30. WONG CA et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. *The New England Journal of Medicine*. Février 2005
31. Code de santé publique, Sixième partie, Livre Ier, Titre II, Chapitre IV, Section 1, Sous-section 3, Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale [1er Mars 2013] www.legifrance.fr
32. MIGNOT S. Les femmes livrent leur vécu. *Profession sage-femme*. N°162 Février 2010 p36-38
33. La Situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale 2010. *Etudes et Résultats*. N°775 Octobre 2011
34. LE RAY et al. Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk in France. *Birth*. Septembre 2008.
35. LEAP N. et al. Journey to confidence : Women's Experiences of Pain in Labour and Relational Continuity of Care. *Journal of Midwifery and Women's Health*. Mai-Juin 2010.
36. BOOG G. Controverses autour de la péridurale : contre la généralisation de l'analgésie péridurale au cours de l'accouchement. *Profession sage-femme*. N°162 Février 2010 p20-25
37. LE GRAND SEBILLE C. Anthropologie de la douleur pendant l'accouchement. *Les Dossiers de l'Obstétrique*. Juillet 2005. p 4-7.
38. KIPMAN S-D. *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale*. Doin. 2005. 479 p. p84.
39. KYLE S. *Droit des femmes à disposer de leur corps. Est-ce possible quand on accouche?* [1er mars 2013] <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article65> Septembre 2009
40. JAUBERT M-J. *Ces hommes qui nous accouchent*. Stock. 1982. 222p.
41. Circulaire DGS/SDO/OA n°38 du 29 Juillet 1992. Code de déontologie des sages-femmes

Annexe

Trame de l'entretien

Sur la douleur en général :

- Définissez le concept de douleur en salle de naissance
- Quels sont les moyens que vous utilisez le plus pour soulager une patiente en salle de naissance ?
- Quels sont les plus efficaces selon vous?
- Pensez-vous qu'aujourd'hui, avec les moyens dont nous disposons, il est possible de soulager complètement une parturiente ?
- Pensez-vous que la prise en charge de la douleur soit différente en maternité par rapport à d'autres services ? (ex : traumatologie...) Pourquoi ?
- Pensez-vous que le rôle de la sage-femme dans le soulagement de la douleur est optimal ? La sage-femme est-elle une sorte de technicienne du corps ?

Concernant l'analgésie péridurale :

- Si la patiente ne vous formule pas le souhait d'une analgésie péridurale, lui proposez-vous systématiquement lorsque cela lui est possible ? (dilatation cervicale suffisante, absence de contre-indications) Pourquoi ?
- Votre accompagnement d'une femme sans péridurale est-il différent ? En quoi? Pourquoi ?
- Avez-vous une préférence entre accompagner une femme sous péridurale et accompagner une femme non analgésiée ? Etes-vous gênée face à la souffrance ?
- Aujourd'hui, pourquoi vouloir accoucher sans analgésie péridurale ?
- Le service prend-il ses dispositions quand une femme, faisant savoir qu'elle ne souhaite pas de péridurale, est en travail ? (Une sage-femme plus disponible, proximité des soignants...)
- Que pensez-vous des 81% des femmes qui ont une péridurale effective ?
- Quel est votre ressenti lorsqu'une patiente vous demande la péridurale alors qu'elle n'était pas demandeuse en première intention ?
- Avez-vous connu l'arrivée de l'analgésie péridurale ? Si oui, comment l'avez-vous vécu ?

Profil des sages-femmes

- âge et année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme

- autres diplômes universitaires
- lieu de travail
- nombre d'enfants, analgésie péridurale souhaitée ou non.
- cours de préparation à l'accouchement

Résumé

Si l'accouchement, durant des siècles, était perçu comme inévitablement douloureux, aujourd'hui les femmes ne sont plus sujettes à la malédiction biblique. Grâce à l'avènement de l'analgésie péridurale en salle de naissance il y a une trentaine d'années, la perception de la douleur en est profondément bouleversée. Nous avons alors cherché à connaître quelle valeur la sage-femme donne aujourd'hui à la douleur.

L'étude qualitative, multicentrique, réalisée par entretiens auprès de sages-femmes a révélé que celles qui ont plus d'expérience restent les plus sceptique vis-à-vis de l'utilisation de la péridurale. De plus, la douleur en maternité n'est pas clairement condamnée. Nous validons ainsi notre première hypothèse puisqu'en obstétrique, devenir mère implique nécessairement une certaine souffrance, qui est toujours perçue comme ayant un sens. Cependant nous ne pouvons valider entièrement notre deuxième hypothèse, puisque la péridurale n'est pas vue par toutes les sages-femmes comme le moyen le plus adéquat pour soulager une femme en salle de naissance.

Mots-clés : douleur de l'accouchement, profession de sage-femme, analgésie péridurale

Abstract

During centuries, giving birth was inevitably painful. Nowadays, women's labor is not linked to the bible's curse anymore. 30 years ago, with the epidural analgesia appearance in delivery room, we see labor's pain from a different point of view. In this report, we focused on the meaning the midwife gives to the pain today. The qualitative study made through midwives' interviews revealed that well-experienced ones are more skeptical towards the epidural than the others. Moreover, having pain in maternity is not clearly disapproved.

Our first hypothesis can be confirmed since in the obstetric unit, becoming a mother implies sufferings, to which we still give a particular meaning. However, our second hypothesis can't be approved totally as the epidural is not considered by midwives, as the best suited way to relieve a woman in delivery room.

Keywords : labor pain, midwifery, analgesia epidural