



HAL
open science

**Versant psychique de l'accouchement : réflexion sur le vécu psychologique des femmes en salle de naissance.
Étude bibliographique**

Marine Arbinet

► **To cite this version:**

Marine Arbinet. Versant psychique de l'accouchement : réflexion sur le vécu psychologique des femmes en salle de naissance. Étude bibliographique. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01664252

HAL Id: dumas-01664252

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01664252v1>

Submitted on 19 Sep 2024

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.

**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE**

**VERSANT PSYCHIQUE DE L'ACCOUCHEMENT :
REFLEXION SUR LE VECU PSYCHOLOGIQUE
DES FEMMES EN SALLE DE NAISSANCE**

Etude bibliographique

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Marine ARBINET

Sous la direction de

Mme Olivia ROOSE-BEAUPREZ – Psychologue clinicienne

Année universitaire 2017-2018

REMERCIEMENTS

A Madame Roose-Beauprez, pour tous ses enseignements qui m'ont donné goût à la psychologie et sans qui ce mémoire n'aurait pu aboutir

A Madame Emmery pour sa patience, ses conseils, son avis, ses corrections et son soutien dans la réalisation de ce travail

A Madame Pihen pour avoir pris le temps de m'aider à structurer ce mémoire

A Madame Roux pour son implication dans notre belle faculté et dans l'avenir de la profession sage-femme

A chacune de nos sages-femmes enseignantes pour leur aide et leur soutien au cours de nos années études

A mes parents, à ma famille, à mon compagnon pour tout le reste.

Sommaire

1.	Introduction	2
2.	Matériel et Méthode.....	6
3.	Résultats.....	8
3.1.	Les facteurs internes.....	9
3.1.1.	La peur	9
3.1.2.	La douleur	11
3.1.3.	La culture.....	12
3.1.4.	Les différents deuils	14
3.2.	Les facteurs externes	15
3.2.1.	La crise.....	15
3.2.2.	La péridurale	16
3.2.3.	Le rejet de l'animalité	17
3.2.4.	La contenance	19
3.2.5.	La médicalisation de la grossesse	20
3.3.	Les conséquences	21
3.3.1.	Accouchement psychique	21
3.3.2.	Troubles psychiques post accouchement.....	22
3.3.3.	Tocophobie secondaire.....	24
4.	Discussion	26
4.1.	Analyse critique de la méthode	26
4.2.	Versant patiente	26
4.3.	Versant professionnel.....	28
5.	Conclusion.....	29
6.	Bibliographie	

1. Introduction

Tournant dans la vie d'une femme, passant de fille à mère, la grossesse est une période de crise identitaire et de maturation psychologique. La femme élabore en elle-même une nouvelle fonction : « le devenir mère de cet enfant-là. » (Bydlowski, 1997)

C'est également une période comportant de nombreuses inconnues, sur l'enfant à naître, la capacité à être de bons parents mais aussi sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. (Seccia, 2011)

Trop souvent idéalisés par la société, la grossesse et l'accouchement déclenchent un véritable bouleversement psychique et émotionnel chez la femme enceinte. Pour l'entourage cependant, il est souvent incompréhensible qu'une femme enceinte puisse être dans le désarroi à cet instant : la future mère se doit d'être parfaite et pleinement heureuse. (Sardas, 2016)

Ainsi bien que désirée et heureuse, la grossesse est également une période de doutes, d'incertitudes et d'inquiétudes pour les futurs parents.

Si du point de vue immunitaire, la grossesse est une aberration biologique, la seule situation où un organisme tolère d'en héberger un autre dont le capital génétique est différent du sien, sur le plan psychique, elle entraîne une mise à l'épreuve pour les limites du moi chez la future mère.

Le psychanalyste anglais Donald Winnicott a employé, dès 1956, le terme de « *préoccupation maternelle primaire* » pour décrire la période singulière allant de quelques semaines précédant l'accouchement à celles le suivant immédiatement. C'est une période caractérisée par une hypersensibilité particulière, pendant laquelle la mère se montre tout spécialement « capable de s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité ». Si D.W. Winnicott mentionne « un état normal » dont la femme va se remettre, les termes qu'il utilise pour le décrire empruntent beaucoup au registre pathologique : il reprend les termes de « dissociation », « d'épisode schizoïde » ou encore de « trouble plus profond ». En effet, les comportements de la femme dans cette période peuvent être particulièrement ambigus. (Winnicott, 1969)

En France, le psychiatre Paul-Claude Racamier utilise, en 1979, le terme de « *maternalité* » pour décrire les processus psychiques en œuvre au cours de la grossesse. C'est la condensation de « maternel », « maternité » et « natalité ». Selon cet auteur, la femme a tendance à s'aimer plus fortement durant la grossesse. Elle aime indistinctement son propre corps et l'enfant qu'elle porte. La maternalité est une phase où le fonctionnement psychique s'approche normalement – mais réversiblement – d'une modalité psychotique. Il faut

comprendre cette modalité non pas comme un groupement de signes cliniques, mais plus précisément comme une réorganisation du moi et de la personnalité. Son fonctionnement psychique évolue : elle établit un rapport à autrui plus indifférencié, comme si elle seule existait. (Racamier, 1992)

Plus récemment, dans le prolongement de ces travaux, la psychanalyste Monique Bydlowski a employé le terme de « *transparence psychique* ». Pour la femme enceinte, la barrière du refoulement est beaucoup moins forte, ainsi fantasmes et affects sont plus accessibles à la conscience. La grossesse est alors marquée par un surinvestissement de l'histoire personnelle et des conflits infantiles avec une plasticité importante des représentations mentales centrées sur une indéniable polarisation narcissique. (Bydlowski, 1997)

Ainsi, nous observons plusieurs éléments faisant écho à cette période :

- une vaste remise en question de soi, de ses relations
- un surinvestissement de l'histoire personnelle et des conflits infantiles
- un jeu d'identification principalement à sa mère ou à une autre figure maternante ainsi qu'à un groupe social
- une réorganisation du moi et de la personnalité
- un bouleversement générationnel
- un nouveau statut social : celui de mère

Toutes ces modifications psychiques vont alors permettre deux naissances : celle du bébé et celle de la mère. (Bergeret-Amselek, 1996)

Traditionnellement dans l'histoire, les mères donnaient naissance à leurs enfants à la maison, à l'aide d'une matrone et des femmes de la famille. Longtemps, l'hôpital a été considéré comme un mouvoir. En effet, les médecins qui passent d'une intervention à l'autre sans se soucier d'hygiène, propagent des infections, en particulier la fièvre puerpérale. (Cesbron & Knibiehler, 2004)

L'amélioration des techniques médicales, notamment la stérilisation, réduit considérablement la mortalité à l'hôpital à la fin du XIX^{ème}. C'est dès l'entre-deux-guerres, au nom du progrès, que les femmes des grandes villes se rendent de plus en plus dans les maternités. Au niveau national, le basculement s'opère en 1952 : plus de la moitié des Françaises choisissent l'hôpital. Un taux qui passe à 85 % en 1962 puis à 96 % en 1974. Désormais 99% des accouchements se passent au sein de structures hospitalières, dans des salles de naissances médicalisées, équipées de matériels de surveillance maternelle et fœtale. (Cesbron & Knibiehler, 2004)

Les femmes sont actuellement bien préparées aux modifications physiques de la grossesse, et au déroulement de l'accouchement notamment grâce au savoir profane mais

également grâce aux séances de préparation à la naissance instaurés depuis le milieu du XX^{ème} siècle. (HAS, 2005)

On remarque également, que depuis la fin du XX^{ème} siècle, des efforts considérables ont été faits pour approfondir notre compréhension de tout ce qui se joue dans le psychisme de la femme qui conçoit, porte et accouche d'un enfant. (Bydlowski, 1997)

Ainsi trois plans de périnatalité se sont succédé : 1970-1976, 1994-2000 et 2005-2007 afin d'améliorer notre prise en charge des processus liés à la naissance.

Le Plan de périnatalité 2005-2007 « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité » imprime un changement fondamental dans la philosophie de la prise en charge de la grossesse et de la naissance en intégrant la notion de sécurité émotionnelle dans la prise en charge des futurs parents. L'une de ses mesures vise à une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance. (HAS, 2004)

Les vulnérabilités psychiques personnelles ou familiales chez la femme à cette période sont reconnues comme des facteurs influençant non seulement le bon déroulement du processus naturel de la naissance mais aussi de l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant.

Cette démarche qui vise à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant leurs ressources, repose sur la mise en place de véritables collaborations médico-psychologiques en maternité, de l'entretien individuel du 4^{ème} mois, de formations interprofessionnelles regroupant l'ensemble des professionnels de la naissance et d'un réseau de professionnels centré sur chaque famille qui le souhaite. (HAS, 2004)

La sage-femme se situe alors au cœur du réseau de psychopérinatalité. Son accompagnement constitue à la fois un espace d'accueil sécurisé, mais aussi une ouverture possible vers d'autres professionnels, thérapeutes du psychisme. (Seccia, 2011)

Un des obstacles majeurs réside toutefois dans le fait que l'atemporalité¹ de l'inconscient rencontre la temporalité, voire l'urgence du développement biologique : la jeune femme dispose de neuf mois pour se confronter à des thématiques infantiles souvent refoulées : scénarios œdipiens et nécessité de l'identification maternelle. Elle n'aura que quelques semaines pour entrer en relation avec son nouveau-né. (Bydlowski, 2004)

Il semble d'autant plus complexe de prendre en charge ces difficultés psychologiques lorsqu'elles surviennent en salle de naissance et qu'elles n'ont pu être anticipées. En effet

¹ Se dit de ce qui est hors du temps

l'imminence de la naissance réactive tout ce qui s'est passé dans le psychisme de la mère pour la rencontre de son enfant.

Comme l'explique Catherine Bergeret-Amselek dans son ouvrage : « *L'accouchement contient en condensé, pourrait-on dire, toute la maternalité qui se met en acte, qui se dramatise à travers le corps* » (Bergeret-Amselek, 1996)

C'est pourquoi, pour la femme, ce moment est un passage capital dans la construction de sa nouvelle fonction de mère et dans les transformations de sa personnalité.

Dans cette situation, entre les murs de nos salles de naissance, la sage-femme est en première ligne pour aider ces femmes durant ce moment de passage.

C'est ainsi qu'une réflexion sur le vécu psychologique de la femme lors de son accouchement s'est posée. Elle a abouti à la formulation de notre problématique :

Quels sont les facteurs pouvant influencer sur l'état psychique de la parturiente et dans quelle mesure ces facteurs influencent-ils le devenir mère ?

L'objectif principal de notre recherche sera de relever les facteurs pouvant influencer l'état psychique de la parturiente puis secondairement de relever leur incidence sur le devenir mère. Nous pourrions ainsi mieux comprendre le rôle de la sage-femme auprès des parturientes quant au versant psychique de l'accouchement.

Le but de ce mémoire n'est pas d'établir une liste exhaustive de facteurs pouvant nuire au vécu psychique de l'accouchement mais plutôt de se questionner sur ce qui fait qu'un accouchement dans nos salles de naissance puisse être mal vécu par la patiente.

Ainsi les facteurs que nous cherchons ne seront pas nécessairement présents chez toutes les patientes ou peuvent ne pas les influencer.

Nous présentons maintenant la méthodologie de cette étude bibliographique.

2. Matériel et Méthode

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude bibliographique s'intéressant aux sciences humaines et particulièrement à la psychologie et à la sociologie de l'accouchement.

Critères de sélection des ouvrages

Les critères d'inclusion étaient des écrits francophones s'intéressant à la psychologie psychanalytique durant la grossesse et l'accouchement, et à la sociologie de l'accouchement.

Le courant psychanalytique a été choisi car il s'agit d'une méthode thérapeutique basée sur l'analyse des mécanismes psychiques profonds, ce qui nous aidera à mieux comprendre le vécu psychique des femmes lors de l'accouchement.

Les critères d'exclusion étaient les ouvrages de psychologie traitant de grossesses pathologiques, d'accouchements dystociques ainsi que d'accouchements hors des centres hospitaliers.

Moteurs de recherche et ressources documentaires

La consultation des documents s'est faite essentiellement à la Bibliothèque Universitaire Vauban et Bibliothèque numérique en réseau de l'Institut Catholique de Lille

Nos moteurs de recherche ont été : Google Scholar, Google Book, Cairn, Pubmed, Sciences Direct.

Mots clés utilisés

Afin de réunir les références nécessaires à cette recherche, les mots clefs étaient :

Psychologie de l'accouchement

Crise identitaire et grossesse

Psychisme et grossesse

Vécu de l'accouchement

Sociologie de l'accouchement

Accouchement psychique.

Posture Epistémologique

L'ensemble des ouvrages consultés nous ont ainsi permis de relever les points nous paraissant particulièrement importants pour répondre à notre problématique. Cependant les thèmes abordés dans ce mémoire ne sont pas exhaustifs et découlent d'un travail subjectif.

3. Résultats

Sélection des ouvrages

A l'aide des différents moteurs de recherche ainsi que des mots clés utilisés, une multitude d'articles nous ont été proposés. Une première difficulté s'est alors présentée : dès les premières pages des moteurs de recherche, les ouvrages de psychologie traitaient surtout de situations pathologiques, notamment le déni de grossesse, l'accouchement prématuré, ou encore la mort fœtale à n'importe quel terme de la grossesse.

Il a donc été complexe de trouver des articles relevant de la psychologie lors de l'accouchement et de la grossesse physiologique. Au final, une quarantaine de références ont été retenues pour la rédaction du mémoire.

Parmi celles-ci, trois ouvrages ont été sélectionnés pour une lecture complète :

- le mémoire relevant du domaine de la psychologie, il a fallu comprendre les bases de cette discipline et notamment les notions importantes relevant du sujet de la maternité. Pour cela, un ouvrage a été choisi : **La dette de vie**, de Monique Bydlowski.
- un ouvrage de psychologie analytique a également été sélectionné car il aborde ce sujet sous un autre angle, parfois même controversé par ses pairs : **Le mystère des mères** de Catherine Bergeret-Amselek.
- enfin le versant culturel et sociétal de l'accouchement nous a paru être un élément majeur du vécu de l'accouchement, ainsi nous avons sélectionné un ouvrage sociologique : **Sociologie de l'accouchement** de Béatrice Jacques.

Nous avons alors pu établir la structure de notre recherche. Nous nous intéresserons dans un premier temps aux facteurs relevant de la femme dans son intériorité, à travers son histoire et ses représentations de l'accouchement. Dans un second temps, nous relèverons les facteurs émanant directement de l'organisation de nos salles de naissance et des diktats du monde contemporain. Enfin, nous discuterons des conséquences possibles sur le vécu psychique de la naissance et des suites de celle-ci.

3.1. Les facteurs internes

3.1.1. La peur

Comme nous avons pu l'expliquer dans l'introduction, la grossesse entraîne des modifications psychiques et physiques souvent responsables d'un état de vulnérabilité plus ou moins important chez les futures mamans. Cet état peut favoriser le développement de certaines craintes chez les femmes enceintes en regard de la grossesse et de l'accouchement.

La peur est une émotion ressentie généralement en présence ou dans la perspective d'un danger, c'est-à-dire d'une situation comportant la possibilité d'un inconvénient ou d'un mal qui nous affecterait. (Natanson, 2008) Comme l'explique Monique Bydlowski dans son ouvrage *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité* :

La peur d'accoucher est une peur ancestrale. Elle renvoie aux générations passées, à celles qui risquaient leur vie pour donner naissance. Aujourd'hui, les progrès médicaux rassurent l'opinion, mais une peur mythique demeure, une angoisse tenaille ces femmes qui savent pourtant bien qu'en Occident on ne doit plus mourir en accouchant. (Bydlowski, 2000)

Si la peur de mourir en couches existe encore, elle n'est désormais plus la crainte principale. Les peurs des femmes enceintes varient selon qu'il s'agit d'une première grossesse ou non. En effet, les peurs des femmes nullipares sont principalement liées à l'inconnu tandis que celles des multipares sont essentiellement associées à une expérience négative lors d'un précédent accouchement.

Un mémoire bibliographique de sage-femme s'est intéressé aux peurs des femmes enceintes lors de la grossesse et de l'accouchement. (Debernardi & Jeanson, 2017) Les peurs les plus exprimés par les femmes sont :

- la perte de contrôle. Effectivement, l'état de vulnérabilité en lien avec la douleur ainsi que l'imprévisibilité de l'accouchement empêche le contrôle absolu de la situation : non seulement le contrôle de soi mais également le contrôle des décisions de l'équipe médicale.
- la santé du bébé.

Hélène Goninet, sage-femme et auteur, a également étudié les peurs des femmes enceintes en sondant trois cents femmes. La peur la plus exprimée a été la peur de l'intervention : de la césarienne, du forceps, de l'épisiotomie mais aussi de la péridurale ou de l'analgésie en général. (Goninet, 2016)

Certaines peurs sont également retrouvées dans ces deux études notamment :

- la peur de la douleur. A la fois normale et paradoxale, puisque la douleur est une donnée naturelle, intimement liée à l'accouchement
- la peur de ne pas être capable d'accoucher associée souvent à la peur de ne pas être une bonne mère et à la peur d'être jugée
- la peur de la solitude, de ne pas être soutenue par l'accompagnant et/ou le personnel soignant
- la peur de devenir mère.

Toujours selon le mémoire précédemment cité, certains facteurs peuvent accentuer la peur de l'accouchement, notamment :

- une expérience négative lors d'un précédent accouchement,
- les histoires « traumatisantes » racontées par des amis, des membres de la famille ou encore diffusées par les médias,
- un manque d'information de la part des professionnels durant le suivi de la grossesse, ceci entraînant chez les femmes un manque de compréhension et de connaissances. (Debernardi & Jeanson, 2017)

Avec ce constat, nous pouvons affirmer que les peurs sont soit liées à une méconnaissance de la grossesse et de l'accouchement, soit liées à son caractère imprévisible.

En tant que professionnel, nous ne pouvons influencer que sur les peurs liées au manque d'information, notamment grâce aux séances de préparation à la naissance et à l'entretien prénatal précoce. Nous devons à nos patientes une information claire et loyale, notamment lors de l'accouchement pour leur permettre de comprendre les décisions médicales et les enjeux lors de la naissance. Ainsi, nous leur redonnons une place centrale lors de l'accouchement.

Pour certaines femmes, la peur ne trouve pas d'objet : elles se sentent alors angoissées sans pouvoir l'expliquer.

L'angoisse serait une inquiétude, à certains égards semblables à la peur, mais dans laquelle le danger qui caractérise celle-ci reste indéterminé. (Natanson, 2008)

Par ailleurs, Sigmund Freud ajoute que « la naissance est le premier fait d'angoisse et par conséquent le modèle de toute angoisse » : angoisse pour le nouveau-né, mais aussi angoisse pour la mère qui revit alors sa propre naissance. (Freud, 1900).

La peur de l'accouchement contient l'angoisse de séparation qui recèle en elle-même l'angoisse de la mort, ultime acte de séparation de toute vie. En effet, la naissance de l'enfant est le premier acte de séparation entre la mère et son bébé. En naissant, le nouveau-né, en même temps que la vie, reçoit la promesse inéluctable de sa propre mort.

Cette première séparation peut être particulièrement difficile à vivre pour certaines femmes. Elle réactive les expériences de séparations antérieures, notamment la séparation originelle, celle d'avec sa propre mère, qui d'après le psychanalyste Paul-Claude Racamier, induit la première expérience de deuil.

Selon que cette séparation est vécue dans un climat de sécurité apaisante ou, au contraire, dans un sentiment d'angoisse et d'abandon, la réactivation des émotions liées aux expériences précédentes sera vécue de manière très différente d'une femme à l'autre. (Racamier, 1992)

3.1.2. *La douleur*

La douleur de l'accouchement, malgré l'essor de la péridurale, reste très anxiogène pour les futures mamans.

Selon l'IASP², la douleur est définie par « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes. » Dans cette définition, on ne prend en compte que le versant physique. (Inserm, 2016)

Cependant, comme nous l'explique David le Breton dans son ouvrage *Entre douleur et souffrance : approche anthropologique*, nous distinguons, dans nos sociétés occidentales, la douleur physique, atteinte de la chair, et la souffrance psychique, atteinte de la psyché. Or, la douleur implique nécessairement la souffrance puisqu'elle engendre inévitablement une altération de la relation de l'homme au monde. (Le Breton, *Entre douleur et souffrance : approche anthropologique*, 2009)

Avec les progrès scientifiques, le rapport à la douleur a connu un bouleversement dans les sociétés occidentales. En effet, nous sommes entrés dans une ère antidoloriste où les produits antalgiques sont banalisés, et où l'individu est à la recherche des modes de soulagement les plus rapides et les plus efficaces. (Jacques, 2007, p. 141)

Ainsi, si nous avons perdu le sens de la douleur, c'est parce qu'il faut aujourd'hui s'en débarrasser à tout prix, le plus rapidement possible. Or, comment pouvons-nous accepter la douleur, si nous ne lui accordons aucune utilité ?

La douleur aiguë joue un rôle d'alarme qui va permettre à l'organisme de réagir et de se protéger face à un stimulus mécanique, chimique ou thermique. Or lors de l'accouchement, la douleur est physiologique. La douleur n'est pas le signal d'alerte qui annonce un danger mais bien celui qui annonce l'arrivée imminente du nouveau-né. La douleur est alors le reflet des contractions qui sont indispensables pour une naissance naturelle et physiologique.

² International Association for the Study of Pain (L'Association internationale pour l'étude de la douleur)

Selon Béatrice Jacques dans son ouvrage *Sociologie de l'accouchement* :

Les parturientes ont perdu le sens de la douleur or celle-ci est importante au niveau physiologique comme au niveau psychologique. L'accouchement est vu comme une double naissance, celle de l'enfant et celle de la mère qui abandonne son statut de fille. D'ailleurs l'expression de douleurs serait en grande partie liée à la difficulté psychique pour la femme d'accepter ce changement de statut. (Jacques, 2007, p. 147)

La douleur physique somatiserait en somme toute la difficulté à accepter de devenir mère. Si la douleur physique peut être médicalement supprimée, la souffrance psychique ne peut être effacée. Il paraît alors important de mettre en place des stratégies pour appréhender la douleur et lui donner un sens.

Selon David le Breton dans son article *Entre douleur et souffrance : approche anthropologique* :

La douleur peut rester contenue à l'intérieur des processus de protection mis en place par l'individu [...]. La souffrance est alors insignifiante. Certes l'individu a mal mais il est en position de contrôle face à sa douleur, il ne se laisse pas déborder, elle reste à sa mesure [...]. La souffrance intervient dès lors que la douleur entame ses capacités de résistance, là où il perd le contrôle et éprouve le sentiment que son existence se défait. Elle implique une identité menacée et le sentiment du pire. (Le Breton, Entre douleur et souffrance : approche anthropologique, 2009)

D'après ce constat, il paraît important pour nous, professionnels, de donner la possibilité et les ressources nécessaires aux patientes pour créer ces processus de protection afin de maîtriser la douleur et de ne pas se laisser submerger par celle-ci lors de l'accouchement. Pour cela, de nombreuses sages-femmes utilisent différentes techniques de préparation à l'accouchement afin de contrôler la douleur notamment la sophrologie, le yoga, la respiration, le chant prénatal et la méthode Bonapace.³

3.1.3. La culture

Les moyens de traiter une douleur doivent également tenir compte du poids de la culture, c'est-à-dire l'éducation, les rituels, la religion. Chacune d'entre elles a sa propre manière d'en interpréter le sens et de lui donner un but.

³ Méthode permettant de soulager la douleur de la mère pendant les contractions grâce à trois techniques : la digipuncture, les massages et la déviation de l'attention par la respiration.

En islam, la douleur est la volonté de Dieu. Il ne faut alors pas lutter contre mais l'accepter et chercher l'apaisement sans ménager sa peine. Le travail de la femme maghrébine sera valorisé par l'expression de la souffrance, cris, pleurs, prière. Lorsqu'elle exprime sa douleur, elle garantit l'honneur de son mari.

Pour les bouddhistes et hindouistes, la misère de la vie humaine n'est pas issue de la punition des dieux mais de la seule ignorance des hommes. La souffrance, la douleur purifient des actions mauvaises accumulées dans d'autres vies.

Dans la religion juive, la douleur n'est jamais gratuite et inutile, elle est une épreuve infligée par Dieu pour renforcer les hommes. Cette religion étant étrangère à la pénitence et à la mortification, elle autorise alors la révolte.

Dans la chrétienté, la mort de Jésus sur la croix est un récit de rédemption. Cette douleur infinie est seule capable d'absorber les péchés des hommes, elle donne l'occasion de participer aux souffrances du Christ. On peut trouver beaucoup de soumission face à la douleur et parfois même une réticence à utiliser la médecine pour se soulager. (Le Breton, 1995)

Dans toutes les sociétés, la grossesse est vécue comme un événement heureux mais aussi comme une angoisse, la grossesse est un état dont on ne connaît pas le dénouement, la vie ou la mort.

Des points communs sont retrouvés dans la plupart des ethnies :

- la femme enceinte et son fœtus sont fragiles car ils peuvent être agressés par les mauvais esprits. (Bartoli, 1998)
- la nécessité de mise en œuvre de rites de protection et d'interdiction. (Artschwager, 1982)
- la présence du père est jugée comme néfaste au bon déroulement de l'accouchement et toute présence masculine est bannie. (Bartoli, 1998)

Ainsi en milieu traditionnel, la naissance est un événement naturel et social assisté le plus souvent par des matrones choisies par la communauté, et avec la participation de la famille. Chacun contribue au bon déroulement de l'accouchement et de la grossesse ainsi qu'à la santé de la mère et du nouveau-né par des rites ou des prières. (Carles, 2014)

Comme l'écrit Béatrice Jacques dans son ouvrage *Sociologie de l'accouchement* :

Nous sommes passés d'une définition où l'enfantement était culturellement qualifié comme un acte simple et naturel à un acte qui demande aujourd'hui un encadrement médical complexe et fortement normé [...] On passe de la

matrone et du cercle familial et communautaire à la sage-femme diplômée et au médecin-chirurgien. (Jacques, 2007, p. 4)

La médecine occidentale en supplantant par ses réussites le rôle des religions et des croyances, va inéluctablement diminuer le poids des coutumes. D'autant plus que dans nos salles de naissance, il n'y a pas toujours la possibilité de respecter les rites, les bains, ou encore la présence familiale. (Carles, 2014)

Le passage d'un accouchement à domicile à un accouchement dans un centre hospitalier, rappelle à chaque femme que la grossesse est un état à risque, nécessitant désormais une prise en charge médicalisée, pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant.

Dans de nombreux hôpitaux français, la présence de personnel masculin dans l'équipe obstétricale entraîne parfois un malaise chez certaines patientes voire un refus de soins. En effet, la naissance est encore pour de nombreuses femmes une « affaire de femmes ». Comme le raconte Monique Bydlowski dans *La dette de vie* au sujet des coutumes de la naissance : « *La naissance est un événement qui prend place entre deux femmes : l'accouchée et celle qui l'assiste, cette dernière incarnant alors une image maternelle idéale* » (Bydlowski, 1997, p. 28)

La femme qui aide à accoucher constitue alors un repère : c'est une femme qui a la connaissance en son corps de l'accouchement et le savoir-faire reconnu par la société. Elle devient donc un modèle de « bonne mère » pour la femme qui accouche.

A l'hôpital, les femmes seront ainsi partagées entre la peur des complications de l'accouchement, le monde inconnu qui les entoure et le fait de ne pas pouvoir respecter les rites de la naissance. Elles pourront se voir en quelque sorte dépossédées de cet accouchement par les contraintes du milieu médical. (Carles, 2014)

3.1.4. Les différents deuils

L'accouchement en lui-même a une valeur initiatique dans la vie d'une femme. En effet, dans un temps court, marqué par l'épreuve physique et psychique se réalise une transformation importante de l'individu et de son statut social. La femme, déjà transformée par la grossesse, le sera davantage par l'accouchement. On peut penser que les femmes ont plus ou moins consciemment l'intuition de cette valeur initiatique qui transformera définitivement leur identité féminine. (Poizat, 2011)

Traverser l'épreuve de l'accouchement, c'est s'identifier aux femmes des générations précédentes, faire la preuve de ses propres capacités maternelles, faire la preuve de son droit à conquérir son nouveau statut et les prérogatives qui lui sont liées. L'accouchement rend alors légitime la nouvelle mère aux yeux de la société. Le soutien psychique des femmes des

génération antérieure est alors très important pour trouver les forces nécessaires à cette épreuve. (Poizat, 2011)

Passer d'un statut à l'autre, signifie accepter des pertes à différents niveaux pour aller vers un statut et un état dont les bénéfices et qualités restent encore inconnus et pour lequel les futures mères redoutent de ne pas avoir toutes les capacités requises.

Selon Besson & Galtier (2009), psychologue et psychiatre, la femme, en devenant mère, accepte de renoncer à sa vie d'avant pour endosser les responsabilités d'un nouvel être humain. Ce processus demande beaucoup de force, de courage et peut entraîner une certaine angoisse. (Besson & Galtier, 2009)

En renonçant à sa vie d'avant, la femme doit aussi renoncer :

- à l'enfant qu'elle était, pour devenir mère à son tour
- à la grossesse, période de complétude et de fusion avec le bébé
- au bébé idéal pour rencontrer le bébé réel
- à son couple tel qu'il était, qui se verra réorganiser par l'arrivée de l'enfant
- à l'insouciance de l'enfance pour endosser les responsabilités d'un nouvel être
- à son corps de jeune femme et accepter son nouveau corps de mère.

(de Valors, 2000)

Comme l'explique Monique Bydlowski, : « *Alors qu'à l'adolescence l'enjeu est de renoncer à l'enfance pour aborder l'âge adulte, au cours de la première maternité, l'enjeu est de changer de génération, de façon flagrante et irréversible* » (Bydlowski, 1997)

En effet, après son accouchement, la femme passe du statut d'enfant de sa mère à celui de mère de son enfant. Ces moments de crise identitaire peuvent être plus ou moins difficiles mais révèlent toujours à la mère une partie de ce qu'elle est.

3.2. Les facteurs externes

3.2.1. La crise

Nous avons pu comprendre dans la première partie de notre réflexion comment la grossesse transforme profondément la vie d'une femme et son identité. En cela, la grossesse peut être assimilée à un moment de crise.

Le mot Crise vient du latin médiéval crisis (Gaffiot, 1934) lui-même issu du grec krisis (Alexandre, 1861). Il signifie un « moment décisif » et renvoie à l'idée de jugement et de décision. Il n'y a donc aucune connotation négative dans l'étymologie du mot car en effet, la

crise ne renvoie pas aux conséquences d'une décision mais bien à la décision elle-même, à un moment de choix, de dénouement.

Le monde contemporain a fait évoluer cette définition d'un moment de décision aux conséquences négatives, voire pathogènes qui en découlent. Toute crise doit désormais être anticipée, dépitée, traitée et enrayée au plus vite.

Dès lors, nous devenons victimes de la crise et nous subissons les conséquences négatives qui en découlent. La crise devient une menace dont il faut se prémunir avant même qu'elle n'apparaisse. (Roose-Beauprez)

Catherine Bergeret-Amselek nous donne son opinion quant à la notion de crise lors de l'accouchement :

Je voudrais attirer votre attention sur le fait que la crise de la maternité n'est pas à entendre comme le signe de quelque chose d'anormal, d'une maladie, d'un état à taire ou à cacher. Elle est la conséquence inévitable des grands bouleversements corporels, biologiques et psychiques qui en sont la cause. C'est une crise d'identité nécessaire et curative que se permettront de vivre sans crainte de perdre la raison celles qui auront le privilège d'être soutenues, soit par leurs proches dans leur cadre de vie, lors de leur accouchement par l'équipe soignante, par le gynécologue obstétricien chargé de les suivre, soit si tout cela ne suffit pas, dans un cadre psychothérapeutique. (Bergeret-Amselek, 1996, p. 37)

Même si désormais, une crise est un événement négatif à enrayer au plus vite, nous devons revenir à son étymologie pour comprendre ce qui définit la crise de la maternité.

La crise de la maternité apparaît comme une rupture d'équilibre à laquelle la femme doit faire face et trouver la volonté d'établir un nouvel équilibre. Cette crise contient, en somme, tous les renoncements auxquels la mère a dû faire face, ainsi que la reviviscence des conflits infantiles, des traumatismes et des deuils antérieurs.

Il s'agit donc d'une étape importante dans le processus d'évolution de la femme. C'est un moment à ne pas taire, ni minimiser puisque la crise a un rôle important dans le devenir mère. C'est une crise nécessaire, une prise de conscience et une prise de décision où la femme décide de devenir mère.

3.2.2. La péridurale

Depuis la nuit des temps, les femmes ont accouché dans la douleur. Longtemps une fatalité, il est désormais difficilement acceptable dans nos sociétés occidentales antidoloristes,

de laisser souffrir une femme lors de l'accouchement surtout si ce n'est pas de sa volonté. Tout doit être mis en œuvre pour permettre aux femmes d'accoucher sans douleur, et l'analgésie péridurale apparaît pour cela le moyen le plus efficace.

Cette efficacité a des vertus indéniables pour favoriser une naissance sereine des enfants. Mais c'est une réponse médicale standardisée qui évite parfois d'entendre la parole singulière et les questions qui se murmurent dans l'expression de cette plainte. Une réponse trop hâtive à l'expression de cette peur pourrait conduire à l'impossibilité pour les femmes à exprimer les angoisses sous-jacentes.

En effet, l'analgésie péridurale invite les soignants et l'entourage familial à penser : « c'est bien, elle n'a pas souffert ». Pourtant si la souffrance psychique n'est pas entendue, accueillie et accompagnée, la femme risque une grande solitude. (Poizat, 2011)

David le Breton fait le constat que la lutte médicamenteuse contre la douleur a eu pour effet pervers de diminuer fortement le temps que les soignants passent auprès des patients alors qu'il y a souvent, dans l'expression de la douleur, une souffrance psychique qui demande écoute et disponibilité. (Le Breton, Entre douleur et souffrance : approche anthropologique, 2009, p. 138)

Il semble également que sans douleurs physiques, objectivables par les soignants, les femmes ont plus de difficultés à exprimer leurs souffrances et leurs angoisses.

Si la péridurale a constitué une « révolution » pour les femmes, c'est également un grand confort pour les professionnels. Les femmes sous péridurale sont plus calmes, ont moins besoin d'être accompagnées, sollicitent donc moins la présence des sages-femmes. Le comportement des femmes subit alors les contraintes hospitalières. Il est soumis à des normes, celles du « bon patient », définies par l'Institution. (Jacques, 2007, p. 138)

Avec ou sans analgésie péridurale, une réponse adaptée implique de prendre du temps. Or cette présence attentive, bienveillante et humanisante se heurte à l'idéologie dominante dans notre société qui promeut l'efficacité économique-technico-scientifique et aux impératifs de la T2A⁴. Pourtant, offrir ce temps de présence pourrait être une des réponses à la peur de l'accouchement. (Poizat, 2011)

3.2.3. *Le rejet de l'animalité*

⁴ La T2A (tarification à l'activité) est un mode de financement des établissements de santé français issu de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007.

Animal vient du latin « anima » et désigne l'être qui possède une âme au sens de principe de vie. L'animal est l'être qui peut se mouvoir grâce à ce principe vital, en opposition au végétal qui pousse sur place.

En se basant sur cette définition, l'homme est un animal. La part d'animalité⁵ présent en chaque homme, nous renvoie spontanément au manque d'intelligence (« il est bête »), aux pulsions (« il se conduit comme un animal ») ou encore à la violence (« bestialité »). De manière plus positive, elle renvoie également à la sensibilité, à la capacité d'éprouver des émotions, à l'intuition. L'animalité de l'homme est alors positive et bénéfique. (Fortin, 2005)

Pourtant dans nos sociétés occidentales, l'homme fait tout pour rejeter sa part d'animalité, notamment lors de l'accouchement : « *La société moderne se caractérise par une « domestication » de l'animalité de l'individu, qui a rendu les cris et le non contrôle du corps intolérables lors de la mise au monde* » (Jacques, 2007, p. 146)

Danièle Carricaburu et François Aballéa reprennent également cette idée et affirment que : « *les références à l'animalité de l'accouchement sont devenues socialement inacceptables* » (Jacques, 2007, p. 146)

En France, huit femmes sur dix accouchent sous analgésie péridurale. Comme expliqué précédemment, les femmes ont peur de la douleur et beaucoup vont anticiper celle-ci en demandant une analgésie péridurale. (HAS, 2012)

Cette analgésie va limiter voire supprimer les douleurs mais également les sensations de la patiente. Sans ressenti en leur corps, les femmes sont coupées de leur instinct et n'ont plus de réflexes. Elles ont alors besoins d'être guidées.

A l'inverse, une femme qui n'aura pas eu de péridurale durant le travail et l'accouchement n'aura pas besoin d'être guidée : on dit qu'elle a un réflexe de poussée, elle sait instinctivement ce qu'elle doit faire.

Avec la péridurale, les femmes vont pouvoir faire taire leur animalité et vont se conditionner afin de devenir un « bon patient », calme et discipliné.

Béatrice Jacques dans son ouvrage *Sociologie de l'accouchement* développe ce point de vue :

L'idée qu'il faudrait atteindre un certain niveau de désocialisation avec la parturiente pour améliorer le vécu de la grossesse et de l'accouchement renvoie directement au principe d'Odent, selon lequel il faut aider la femme

⁵ Ensemble des qualités ou facultés qui sont les attributs des êtres composant le règne animal.

à retrouver un état primitif, sans culture. L'accès à un niveau de pensée supérieur, l'intellectualisation au monde devient un obstacle pour la mise au monde. (Jacques, 2007, p. 77)

Michel Odent est un chirurgien-obstétricien et auteur français. Il défend l'idée qu'il faut redécouvrir nos racines animales parce que l'accouchement est d'abord le propre des mammifères et non de l'homme.

En effet, le processus de l'accouchement est initié par le cerveau primitif, celui que partagent les mammifères et les hommes. Ainsi il affirme que savoir accoucher est inné pour la femme : « *Comprendre l'accouchement comme un processus involontaire, mettant en jeu des structures anciennes, primitives, mammaliennes du cerveau, conduit à rejeter l'idée reçue selon laquelle la femme peut apprendre à accoucher* » (Odent, 1990)

Accoucher est un acte primaire, il nous renvoie à notre part d'animalité. L'intellectualisation de la civilisation humaine tend à nous couper de nos instincts et de la même façon, induit une perte de confiance en nos capacités les plus ancestrales. En acceptant de renoncer à une certaine maîtrise du corps et au « *socialement correct* » lors de l'accouchement, la femme se libère des contraintes et se recentre sur ses besoins. Elle met alors tout en œuvre pour que l'accouchement se passe le plus naturellement possible.

3.2.4. La contenance

Actuellement, beaucoup de femmes accouchent accompagnées de leur mari ou compagnon. Mais est-ce toujours une présence suffisante ? En effet, les futurs pères se retrouvent également confrontés à leurs propres angoisses durant ce moment particulièrement important de leur existence. Ils se sentent souvent impuissants voire parfois coupables de la détresse de leur femme. De plus, ils ne représentent pas forcément le support d'identification maternelle souvent nécessaire aux femmes pour puiser les ressources intérieures indispensables au franchissement de cette étape. (Poizat, 2011)

Toute séparation, toute situation de rupture avec un équilibre établi fait apparaître la nécessité d'un contenant. La femme qui accouche a besoin d'un « passeur ». Pour soulager et sécuriser la future mère, il faudra contenir ses émotions, ses pensées que le moi⁶ trop fragile de celle-ci, trop peu assuré dans son sentiment d'existence, ne peut contenir, ne peut tolérer, ne peut penser. C'est alors la sage-femme qui revêt cette fonction. (Kaës, 1979)

Par son métier, elle représente un support d'identification maternelle privilégié, sur lequel la femme accouchant va pouvoir s'appuyer, et découvrir ainsi ses propres capacités maternelles. Elle aide la mère à faire face au passage de la séparation et à trouver en elle des forces

⁶ Partie de la personnalité la plus consciente, toujours en contact avec la réalité extérieure.

nécessaires pour faire naître son bébé. A la fois gardienne des rites de protection et de la sécurité médicale, la sage-femme révèle à la mère, par son écoute intérieure et son empathie, ses capacités créatrices. (Ferry, 2008)

La sage-femme sera alors le témoin privilégié de cette double naissance. Elle sera la première à reconnaître le nouveau statut social de la mère.

3.2.5. *La médicalisation de la grossesse*

La conception actuelle de l'obstétrique repose sur le principe de précaution⁷ : tout accouchement présente des risques imprévisibles qui impliquent de mettre en place tous les moyens humains et techniques nécessaires. (Maria, Dauplain, & Gaucherand, 2003)

Comme nous l'explique Béatrice Jacques dans *Sociologie de la naissance* :

La médecine française s'appuie sur une définition qui lui est spécifique, puisque la grossesse et l'accouchement ne peuvent être définis comme normaux qu'a posteriori. Le risque domine donc la prise en charge médicale et ce, d'autant plus aujourd'hui, dans un contexte médico-légal. (Jacques, 2007, p. 6)

En France, chaque grossesse est potentiellement à risque, une surveillance stricte de la grossesse est donc mise en place.

La surveillance de la grossesse est décrite dans le Code de la santé publique de l'article R2122-1 à l'article R2122-3, et se compose de sept consultations prénatales, mensuelles dès le troisième mois de grossesse, de trois échographies recommandées et d'une consultation pré-anesthésique.

Bien qu'elle ne soit pas une maladie, la grossesse, par sa surmédicalisation, nous renvoie sans cesse à la notion de risque qui lui est associé, alors même qu'en France la majorité des accouchements se passent sans problème.

Certaines patientes vont chercher à donner un sens à cette médicalisation :

- si on me fait tant d'exams, c'est que mon enfant ne va pas bien,
- on me fait beaucoup d'exams car on ne me croit pas capable d'avoir un enfant en bonne santé,
- on me fait beaucoup d'exams car on ne me croit pas capable de savoir si mon enfant ne va pas bien, etc.

⁷ Principe qui a pour but de mettre en place des mesures pour prévenir les risques.

La médecine, à un moment ou un autre de la grossesse, va remettre en cause la capacité spontanée qu'ont les femmes à fabriquer leur bébé, à signifier que tout va bien ou que, au contraire, quelque chose les inquiète.

D'après M.H. de Valors, la future mère aurait tendance à associer la croissance du fœtus et l'évolution de la grossesse à sa capacité à être mère. « *On comprend mieux pourquoi la surveillance actuelle axée sur la pathologie et le dépistage de la malformation peut être particulièrement pathogène, pour le psychisme maternel, car elle remet en question par les doutes qu'elle soulève, tout le travail d'élaboration intérieure spontanée du devenir mère, nécessaire pour l'accès à la fonction maternelle.* » (de Valors, 2000)

Cette médicalisation peut alors créer un état de stress chronique chez de nombreuses patientes et entraîner une perte de confiance dans une période déjà très anxiogène. (Szejer, 2006)

Comme le résume Monique Bydlowski dans son ouvrage *La dette de vie* :

« La prévention médicale et la technologie actuelle tentent de les écarter, mais les femmes les plus sensibles pressentent qu'en produisant une vie nouvelle, elles s'exposent à une menace qui fait partie d'un destin humain irréductible. Elles le sentent d'autant plus que le prix émotionnel de cette sécurité est lourd : tous les examens du cortège de la prévention moderne (échographie, monitoring, etc) font surgir l'idée du risque de la mort récurrente, de l'anomalie, du handicap néonatal » (Bydlowski, 1997, p. 14)

L'impératif sécuritaire, le risque zéro, le mythe de l'enfant « parfait » conduisent au recours à des techniques, interventions médicales, protocoles médicamenteux en oubliant que la majorité des femmes accouchent naturellement sans pathologies.

3.3. Les conséquences

3.3.1. *Accouchement psychique*

Si l'accouchement physique aboutit à la naissance de l'enfant, l'accouchement psychique aboutit à la naissance de la mère.

La grossesse et l'accouchement physique ont une durée limitée dans le temps, en revanche l'accouchement psychique n'a pas d'échéance. Chaque femme aura besoin d'un temps différent pour se sentir mère. Lorsque l'accouchement physique et psychique se passent

en même temps, la mère et le nouveau-né sont alors dans les meilleures conditions pour se rencontrer et se découvrir. Les conflits intérieurs de la mère sont résolus. Son esprit est tout entier pour se consacrer à son nouveau-né.

Parfois, le travail psychique nécessite plus de temps. Il y a alors un décalage entre l'accouchement physique et l'accouchement psychique. La femme, devenue mère par la mise au monde de son enfant, ne se sent pas encore mère psychiquement. Ses conflits intérieurs ne sont pas résolus et son esprit sera sans cesse préoccupé. La mère ne sera pas entièrement disponible pour répondre aux besoins de son enfant. Il est donc important de prendre en compte le vécu psychologique de l'accouchement car il peut avoir des conséquences néfastes sur la relation mère-enfant.

Le devenir mère est le fruit d'un cheminement psychologique, qui est tributaire de multiples événements. Si l'un de ses événements vient à dysfonctionner, le processus se trouve enrayé. La femme peut alors rencontrer des difficultés à élaborer son identité de mère.

3.3.2. Troubles psychiques post accouchement

Les difficultés que peut rencontrer une femme lors d'une maternité, sont nombreuses. D'envergure plus ou moins importante, elles retentissent sur l'enfant et sur le lien qu'elle entretient avec lui. L'émergence de telles difficultés est considérée ici, en dehors de toute pathologie psychiatrique annexe qui complexifierait le processus et mettrait ces difficultés sur un autre registre. Quatre types de troubles, de fréquence et de gravité différentes sont mis en évidence : le blues du post partum, la dépression du post partum, psychose puerpérale et l'état de stress-post traumatique.

Dans plus de la moitié des cas, la jeune accouchée connaît dans les dix jours qui suivent la naissance, une grande labilité émotionnelle. Son état alterne entre pleurs inhérents à des affects dépressifs, sentiment d'incompétence, inquiétudes et exaltation de l'humeur. Ces sentiments ambivalents sont très perturbants pour la mère et son entourage. Ce syndrome appelé baby blues ou post-partum blues, apparaît entre le troisième et le cinquième jour du post partum et disparaît vers le neuvième ou dixième jour sans traitement médicamenteux. C'est l'entourage qui a alors son rôle à jouer en soutenant et en rassurant la jeune mère sur ses capacités de maman. Le baby blues est relativement fréquent (30% à 70% des accouchées) et assez bénin. (INPES, 2010)

Cet état est souvent mis sur le compte de la fatigue et de la chute brutale des hormones. Outre l'aspect purement organique, la femme « doit alors accomplir un travail de deuil en assumant une double perte ». D'abord, l'impression de plénitude liée à son état de grossesse laisse place à un sentiment de vide intérieur. Puis l'enfant réel vient chasser l'enfant imaginaire qu'elle avait fantasmé. Qui plus est, elle doit faire face à ses nouvelles responsabilités de mère, face à l'enfant vers qui sont désormais dirigées toutes les attentions. (Antoine, 2007, p. 16)

A ce moment-là, comme dans toutes les sociétés humaines, la nouvelle mère attend une aide bienveillante de la communauté des femmes. Mères, sœurs, amies devraient être là pour aider une femme à rentrer en maternité. Or aujourd'hui, elles sont loin, occupées ou non disponibles. La femme ne peut alors s'adresser qu'à son conjoint qui, souvent lui-même dans l'incompréhension, ne pourra pas apporter une réponse adaptée aux besoins de réassurance de sa compagne.

Le Baby-blues est répertorié comme trouble de l'adaptation car il limite les capacités maternelles et interfère dans l'adaptation de la mère aux besoins du nouveau-né. Si celui-ci dure plus de deux semaines, il faudra se poser la question d'une difficulté maternelle émergente notamment la dépression du post-partum.

La dépression du post-partum débute entre quatre et six semaines après l'accouchement, et voire même jusqu'à un an plus tard. Selon les études, elle touche entre 10 et 20% des mères. La symptomatologie est similaire à toutes dépressions, à quelques nuances près. Les difficultés attentionnelles et mnésiques, l'asthénie, la labilité de l'humeur, l'insomnie et la dépréciation de soi caractérisent la dépression. A cela s'ajoute alors, une perte d'estime en ses capacités maternelles, associé à une forte irritabilité, à l'égard du compagnon ou de l'entourage en général. (INPES, 2010)

L'étiologie de la dépression du post-partum n'est pas consensuelle, cependant plusieurs facteurs de risques ont été décrits :

- les facteurs biologiques correspondant aux changements hormonaux
- le rôle possible des facteurs obstétricaux, liés aux complications de la grossesse et de l'accouchement
- les événements de vie stressants (décès, licenciement, maladie, etc..)
- le soutien social dont dispose la mère et en particulier celui du père
- l'histoire psychiatrique personnelle et familiale des mères. (Tissot, Frascarolo, & Despland, 2011)

En France, plusieurs études affirment qu'il n'existe pas de prédisposition chez une femme à avoir une dépression du post-partum. Les facteurs précédents ne feraient que majorer le risque de difficultés maternelles, qui trouvent plutôt leur origine dans le vécu de la grossesse et de l'accouchement. (INPES, 2010)

Il est d'autant plus important de dépister et de soigner la dépression du post partum, de manière précoce et efficace, qu'elle affecte directement la qualité des interactions avec l'enfant. Un grand nombre d'études ont attesté de l'impact négatif de la dépression du post- partum sur l'enfant, que se soit à court ou à long terme dans différents domaines du développement de l'enfant : social, émotionnel et cognitif. (Tissot, Frascarolo, & Despland, 2011)

Le troisième trouble correspond à la psychose puerpérale. Elle apparaît brutalement entre le troisième et le quatrième jour après l'accouchement et concerne une à deux naissances pour mille. La psychose puerpérale associe un délire aigu à un trouble affectif. Les symptômes sont des idées délirantes, des hallucinations, une perception altérée de la réalité. Ces symptômes sont généralement centrés sur l'enfant et la naissance. Les mères souffrant de psychose puerpérale nécessitent une hospitalisation en unité spécialisée mère-bébé avec la mise en place d'un traitement psychotrope. (INPES, 2010)

Au-delà de ces psychopathologies du post-partum, la mère peut revivre cet accouchement dans l'après-coup, comme un véritable traumatisme. C'est ce que l'on appelle le syndrome de stress post-traumatique. Il se définit comme « *un trouble anxieux avec des symptômes parfois sévères se manifestant à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante. Il s'y associe des symptômes d'intrusion, où l'intéressé ne peut empêcher les souvenirs de le hanter, l'évitement, où l'on cherche à tout prix à éviter la confrontation à tout ce qui peut rappeler l'évènement marquant, et l'hyperstimulation, avec insomnie et incapacités à se concentrer* » L'évolution se fait en général vers la dépression et nécessite une prise en charge psychologique. (Syndrome de stress post-traumatique en maternité, 2008)

Dans certaines situations, l'origine paraît claire, notamment lors d'interventions en urgence extrême, ou de handicap ou décès de l'enfant, mais parfois ce sont des situations banales qui sont à l'origine de ce traumatisme. Le vécu de l'accouchement est tout à fait subjectif et résulte d'une multitude de facteurs, ce qui explique les discordances existant parfois entre notre analyse médicale et le ressenti maternel.

3.3.3. *Tocophobie secondaire*

Certaines femmes pourront développer une phobie de la grossesse et de l'accouchement.

La phobie (du grec *phobos*) est une « crainte angoissante déclenchée par un objet ou une situation n'ayant pas eux-mêmes un caractère objectivement dangereux, l'angoisse disparaissant en l'absence de l'objet ou de la situation » (Pichot, 1983)

Issu du grec « *tokos* » accouchement et de « *phobos* » crainte, la tocophobie est une phobie spécifique qui désigne la peur pathologique de la grossesse et de l'accouchement. Elle s'accompagne de conduite d'évitement touchant la grossesse, malgré un désir d'enfant, ou l'accouchement, expliquant alors certains recours à l'avortement ou demandes de césarienne de convenance (Petit, 2015)

Hofberg et Brockington sont à l'origine de ce concept, ils définissent 2 types de tocophobie :

- la tocophobie primaire qui apparaît souvent à l'adolescence et touche une femme n'ayant jamais eu de grossesse ni d'accouchement

- la tocopobie secondaire qui se développe chez une femme ayant déjà accouché, à la suite d'un accouchement pénible ou traumatisant. Elle peut s'accompagner d'un état de stress post-traumatique. (Hofberg & Brockington, 2000)

La tocopobie secondaire est donc une conséquence directe du vécu de l'accouchement et nécessitera une prise en charge appropriée pour être résolue.

4. Discussion

4.1. Analyse critique de la méthode

Notre travail consistait en une réflexion, un questionnement sur le vécu des femmes lors de l'accouchement. Cette étude nous a permis d'explorer une multitude d'hypothèses plus ou moins reconnues dans la communauté des sciences humaines. Elle n'a cependant pas vocation à trouver des solutions universelles pour améliorer le vécu de l'accouchement.

En effet, notre but n'était pas tant de répertorier de manière exhaustive chaque facteur pouvant influencer le vécu de l'accouchement, mais plutôt d'avoir une vision globale du cheminement maternel, et de ce qui pouvait se mettre en jeu, au cours de celui-ci. Nous avons voulu donner un éclairage aux facteurs qui pouvaient faire écho au plus grand nombre de femmes.

Une des limites de cette étude est d'avoir pris le parti de ne pas développer le rôle important de l'histoire personnelle de la femme, notamment celle de son enfance et de la relation qu'elle a entretenue avec ses parents. En effet, il s'agit d'un sujet très vaste où de nombreuses opinions divergent. C'est un sujet qui pourrait faire l'objet d'un mémoire à part entière.

Nous aurions également pu développer davantage les bouleversements psychiques de la femme enceinte, mais là encore il existe une multitude de concepts, et de nuances. Nous avons donc préféré nous baser sur trois des principaux concepts liés aux modifications psychiques de la femme enceinte pour initier notre réflexion.

Le biais principal de cette étude réside dans la subjectivité qui en découle. En effet, de formation maïeutique, avec des connaissances limitées en psychologie, nous avons exploré les hypothèses qui nous semblaient les plus adaptées et faisant écho à notre pratique professionnelle. En effet, certains concepts étant particulièrement difficiles à comprendre ou à explorer à notre niveau, nous avons pu passer à côté d'hypothèses pertinentes pour notre sujet.

4.2. Versant patiente

Nous avons pu constater que la prise en charge actuelle de la grossesse et de l'accouchement comporte de nombreux paradoxes : en souhaitant apporter plus de sécurité aux patientes, nous leur créons plus d'inquiétudes, en réduisant leur douleur, nous leur imposons davantage de contraintes liées à l'organisation des maternités et en diminuant le temps qu'elles passent à la maternité, nous augmentons leur solitude.

Une certaine remise en question de l'accouchement, en salle de naissance médicalisée, a ainsi émergé depuis les années 2000. C'est notamment en réponse à cela, qu'a été élaboré le Plan de Périnatalité 2005-2007 « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité ».

Les conditions optimales d'un accouchement physiologique ont été étudiées, notamment par les travaux de Michel Odent, et sont reconnues par un grand nombre de professionnels. Il s'agira de mettre en place un environnement intime et rassurant pour la future mère, conjuguant chaleur, faible luminosité, calme et respect de la liberté de mouvement pendant le travail. (Odent, 1990)

Cette description nous place loin de l'organisation actuelle de nos salles de naissance, où différents professionnels vont et viennent (sage-femme, étudiant sage-femme, auxiliaire de puériculture, anesthésiste, infirmier anesthésiste, obstétricien, interne), où les examens se répètent de façon régulière (souvent toutes les heures), où la femme est souvent immobilisée soit par l'analgésie péridurale, soit par l'impératif de monitorer le fœtus en permanence.

En réponse à cela, de nombreux établissements offrent aujourd'hui un cadre plus adéquat, en adaptant les salles de naissances classiques ou en ouvrant des salles dites « nature ».

Afin d'améliorer la satisfaction maternelle et la relation mère-enfant, les futures mères ont également la possibilité de rédiger un « projet de naissance » et à en discuter avec un professionnel de la naissance. Selon la HAS, le projet de naissance se définit comme :

[...] la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficulté. (HAS, 2005)

Un projet de naissance s'établit en collaboration avec un professionnel de la naissance qui pourra proposer un compromis entre le possible et le souhaitable. Cet outil ne peut donc se concevoir que dans une relation basée sur la communication, l'échange, et l'écoute mutuelle entre le praticien et la patiente.

Ainsi établi, il offre aux patientes la possibilité d'exprimer leurs souhaits en ce qui concerne la prise en charge de l'accouchement par l'équipe hospitalière. Il vise à impliquer davantage les femmes dans leur grossesse et leur accouchement en leur rendant une certaine autonomie.

Pour les patientes, pour lequel ces adaptations des centres hospitaliers ne sont pas suffisantes, il existe depuis 2015, neuf maisons de naissance en France. Ce sont des structures

autonomes qui, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, proposent un suivi de grossesse et un accouchement personnalisé. Elles s'adressent aux femmes désireuses d'avoir un accouchement physiologique, moins médicalisé. Ces structures sont contiguës à un établissement de santé avec lequel elles passent convention, ce qui garantit une meilleure qualité et sécurité des soins en cas de complication ou de nécessité de transfert. Ces maisons de naissance ne sont cependant accessibles qu'aux patientes présentant une grossesse à bas risque.

Malgré cela, le choix majoritaire de l'accouchement en milieu hospitalier semble justifié par le besoin de sécurité, auquel répond la maternité, par la présence continue d'un personnel compétent en cas de problème. Les femmes ne semblent donc pas prêtes à accepter l'éventuel surplus de risque, concomitant à une moindre médicalisation de la grossesse.

4.3. Versant professionnel

Que pouvons-nous changer dans nos pratiques afin d'améliorer le vécu de l'accouchement de nos patientes ?

Cette étude nous a permis de mettre en avant l'enjeu majeur de la communication entre professionnel et patient. La compréhension qu'ont les patientes de la prise en charge de leur accouchement et des décisions qui ont pu être prises, semble être le vecteur principal d'un meilleur vécu de l'accouchement. Pour les patientes, comprendre les décisions et les actes médicaux permet de leur accorder un sens et une utilité dans leur prise en charge.

Il semble donc important de prendre un temps avec les patientes, afin de leur réexpliquer le déroulement de l'accouchement, les enjeux et les décisions qui ont été prises. Il s'agit de s'assurer que les mères ne restent pas avec des interrogations ou des craintes, mais également de dépister d'éventuelles difficultés psychiques afin de les prendre en charge le plus rapidement possible et ainsi diminuer leurs conséquences sur le lien mère-enfant.

Au vu de la complexité des transformations psychiques que vit la femme lors de la grossesse et de l'accouchement, il semble important de travailler en multidisciplinarité et de ne pas hésiter à orienter les patientes vers des psychologues au moindre signe de difficulté.

5. Conclusion

Cette revue de la littérature nous a permis de mettre en évidence une multitude de facteurs pouvant potentiellement influencer sur le vécu psychique de l'accouchement.

Certains facteurs sont propres à la femme : notre travail sera alors de dépister une éventuelle difficulté liée à l'histoire de la patiente et de l'orienter vers un professionnel compétent (psychologue ou psychiatre).

D'autres facteurs émanent directement de l'organisation de nos salles de naissance et des diktats du monde contemporains. Notre rôle sera alors de tendre vers les souhaits de la patiente tout en lui expliquant les contraintes liées à l'organisation des maternités.

Nous pouvons également affirmer l'importance du vécu de l'accouchement car il peut avoir des conséquences sur le devenir mère et sur la relation mère-enfant lors de la survenue de psychopathologies post-natales. Il est important de garantir une sécurité émotionnelle durant la grossesse et l'accouchement en prévenant, anticipant et dépistant les difficultés psychologiques maternelles.

Ainsi, chaque mère a un vécu de l'accouchement qui lui est propre. Selon l'éducation, le lieu de naissance, l'enfance, la religion, la culture, l'environnement familial, l'accouchement prend une dimension tout autre. Cette multitude de facteurs explique les discordances existant parfois entre notre analyse médicale et le ressenti maternel. Nous pourrions ainsi supposer que la réussite subjective de l'accouchement soit le meilleur indicateur d'un accouchement psychique réussi.

6. Bibliographie

- Alexandre, P. D. (1861). *Dictionnaire français grec*. Paris: Hachette.
- Antoine, C. (2007). *La révolution intérieure : psychologie de la grossesse et de la maternité*. Paris: Larousse.
- Artschwager, M. (1982). *Anthropology of human birth*. New York: F.A. Davis Compagny.
- Bartoli, L. (1998). *Venir au monde : les rites de l'enfantement sur les cinq continents*. Paris: Plon.
- Bergeret-Amselek, C. (1996). *Le mystère des mères*. Desclée de Brouwer.
- Besson, J., & Galtier, M. (2009). *Parentalité, vous avez dit "fragile" ?* Toulouse: Erès.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie*. Presses universitaires de France.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité*. Paris: Odile Jacob.
- Bydlowski, M. (2004, Septembre). Un cadre psychothérapeutique en période périnatale. *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, 293. Presses Universitaires de France.
- Bydlowski, M., & Golse, B. (2001, mars). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le carnet PSY(63)*, p. 48.
- Carles, G. (2014, avril). Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 43(4), pp. 275-280.
- Cesbron, P., & Knibiehler, Y. (2004). *La Naissance en Occident*. Albin Michel.
- de Valors, M. (2000, décembre). Le versant psychique de l'accouchement. *Dossiers de l'obstétrique(289)*.
- Debernardi, A., & Jeanson, E. (2017, Août). La peur de l'accouchement : Quel accompagnement les sages-femmes peuvent-elles proposer ? *Mémoire Sage-Femme*. Haute école de santé Genève.
- Ferry, N. (2008). Devenir mère, une formidable rencontre. *Spirale*, p. 218.
- Fortin, B. (2005). Etre humain auprès-de-soi et de son animalité. *Le Coq-Héron(182)*.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris: PUF.
- Gaffiot, F. (1934). *Dictionnaire Gaffiot Latin-Français*. Paris: Hachette.
- Goninet, H. (2016). *L'enfantement : entre puissance, violence et jouissance*. Mamaeditions.

- HAS. (2004, novembre 10). PLAN "perinatalité" 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité. 1.2. *Pour une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance*, 4-5. Récupéré sur <http://www.portail.naissance.asso.fr/docs/planperinat.pdf>
- HAS. (2005, avril). Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2561400/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
- HAS. (2005). *Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*.
- HAS. (2012, janvier). *Données épidémiologiques générales liées à la grossesse*. Récupéré sur HAS-santé.fr: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/donnees_epidemiologiques_generales_liees_a_la_grossesse.pdf
- Hofberg, K., & Brockington, I. (2000, février). Tokophobia : an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*(176), pp. 83-85.
- IASP. (s.d.). *Douleur*. Récupéré sur Inserm: <http://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
- INPES. (2010, mai). *Troubles émotionnels et psychiques des mères en post partum*. Récupéré sur inpes.santepubliquefrance.fr: inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3p.pdf
- Inserm. (2016, 05 1). *Comprendre la douleur*. Récupéré sur Inserm: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
- Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*. Presses universitaires de France.
- Kaës, R. (1979). *Crise, rupture et dépassement*. Paris: Dunod.
- Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié.
- Le Breton, D. (2009). Entre douleur et souffrance : approche anthropologique. *L'information psychiatrique*, 85.
- Maria, B., Dauptain, G., & Gaucherand, P. (2003, novembre). Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. *Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 32(7), pp. 606-616.
- Natanson, J. (2008). La peur et l'angoisse. *Imaginaire et Inconscient*.
- Odent, M. (1990). *Le bébé est un mammifère*. Editions l'instant présent.
- Petit, P. (2015, Mars). Prise en charge de la tocophobie par thérapie cognitivo-comportementale : à propos d'un cas clinique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 25(1), 3-11.
- Pichot, P. (1983, février 18). *Un siècle de psychiatrie*. Neuilly-sur-Seine: Produits Roche SA.

- Poizat, A. (2011). Peur de la douleur, angoisse de la naissance : les poupées russes... 41èmes Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale. Grenoble: Springer.
- Racamier, P. C. (1992). *Le génie des origines*. Paris: Editions Payot et Rivages.
- Roose-Beauprez, O. (s.d.). *Effacer la crise ? Quelle trace ?* En cours de publication.
- Sardas, F. (2016). *Maman Blues : Du Bonheur et de la difficulté de devenir mère*. Editions Eyrolles.
- Seccia, A. (2011, février). Les peurs de la grossesse et de l'accouchement. *Les dossiers de l'obstétrique*, 38(401), pp. 21-29.
- Syndrome de stress post-traumatique en maternité. (2008). *Spirale*, 45(1), pp. 199-201.
- Szejer, M. (2006). Pour une médicalisation raisonnée de la maternité. *Informations Sociales*(132), pp. 54-63.
- Tissot, H., Frascarolo, F., & Despland, J. (2011). Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *La psychiatrie de l'enfant*, 54(2), pp. 611-637.
- Winnicott, D. W. (1969). La préoccupation maternelle primaire. *De la pédiatrie à la psychanalyse*.

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2017-2018

TITRE : Versant psychique de l'accouchement : Réflexion sur le vécu psychologique des femmes en salle de naissance. Etude bibliographique.

AUTEUR : Arbinet Marine
Sous la direction de : Olivia Roose-Beauprez

MOTS-CLES : Psychologie de l'accouchement, Crise identitaire et grossesse, Psychisme et grossesse, Vécu de l'accouchement, Sociologie de l'accouchement, Accouchement psychique

RESUME :

Introduction :

L'accouchement déclenche un véritable bouleversement psychique et émotionnel chez la femme enceinte et entraîne une mise à l'épreuve pour les limites du moi. C'est un moment de passage capital dans la construction de sa nouvelle fonction de mère et dans les transformations de sa personnalité. Entre les murs de nos salles de naissance, la sage-femme est en première ligne pour aider ces femmes. Ainsi, notre question de recherche était : quels sont les facteurs pouvant influencer sur l'état psychique de la parturiente et dans quelle mesure ces facteurs influencent-ils le devenir mère ?

Matériel et Méthode :

Il s'agit d'une étude bibliographique s'intéressant aux sciences humaines et particulièrement à la psychologie et à la sociologie de l'accouchement.

Résultats :

Une multitude de facteurs peuvent influencer sur le vécu de l'accouchement. D'une part, il y a les facteurs qui découlent de la femme dans son intériorité : sa culture, ses représentations de la grossesse et de l'accouchement, son enfance, son rapport à la douleur, etc. D'autre part, il y a les facteurs émanant directement de l'organisation de nos salles de naissance et des diktats du monde contemporain. Il est important de prendre en compte ces facteurs car le vécu psychologique de l'accouchement peut avoir des conséquences importantes sur le devenir mère et la relation mère-enfant, notamment lorsque se déclare une psychopathologie.

Conclusion :

Chaque mère a un vécu de l'accouchement qui lui est propre. Selon l'éducation, le lieu de naissance, l'enfance, la religion, la culture, l'environnement familial, l'accouchement prend une dimension tout autre. Il est important de garantir une sécurité émotionnelle durant la grossesse et l'accouchement en prévenant, anticipant et dépistant les difficultés psychologiques maternelles.