

**DOSSIER**

Par **MARILÈNE VUILLE**, SOCIOLOGUE ET HISTORIENNE, CHARGÉE DE RECHERCHE
À LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

MODÈLES SOCIAUX ET CONTEXTES DE SIGNIFICATION DE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT

→ L'histoire de la médecine occidentale est riche en querelles, en thèses et en gloses à propos de la réalité, des causes et de l'utilité des douleurs de l'accouchement. D'abondantes dissertations furent composées par des médecins qui, outre leur culture savante, partageaient un bien commun : celui d'appartenir à un sexe épargné par l'objet de tant de discours. Certains tenaient la douleur pour indispensable au travail efficient de l'utérus ; d'autres jugeaient qu'elle contrecarrait la bonne marche de l'accouchement ; d'autres encore n'y voyaient qu'une donnée d'importance secondaire. Certains compatissaient avec les jeunes mères confrontées à une épreuve jugée terrible ; d'autres décrivaient avec dédain les femmes "pusillanimes" dont les réactions (l'agitation, les supplications ou les cris) transgressaient les convenances.

Au XX^e siècle, l'obstétrique présente encore des contrastes fascinants à l'égard des douleurs. Dans les premières décennies, les attitudes médicales se divisent entre l'acceptation d'une fatalité immémoriale et une quête effrénée de moyens de soulager la douleur (par une vaste gamme de substances administrées par inhalation, par voie orale, rectale, par injections intraveineuses, intramusculaires, rachidiennes...). La prudence conservatrice côtoie les tentatives les plus audacieuses de maîtriser la marche de l'accouchement tout en jugulant la douleur. Au milieu du siècle, quelques obstétriciens et psychiatres croient pouvoir clore définitivement le débat. Leur proposition est déconcertante de simplicité : non seulement la douleur est nuisible au moment de l'accouchement (les parturientes qui souffrent ont un comportement désordonné, leur respiration entravée nuit à une bonne oxygénéation de l'enfant à naître), mais surtout elle n'a aucune raison d'être. En effet, l'accouchement peut se dérouler sans la moindre souffrance, et cela d'autant plus facilement qu'il est de nature indolore ! C'est parce qu'elles ont peur et qu'elles ne savent pas accoucher que les femmes souffrent

au cours d'un phénomène physiologique qui, en tant que tel, ne devrait provoquer aucune douleur. Il convient donc de leur apprendre à accoucher – comme on apprend à nager, à lire ou à écrire, selon l'expression récurrente des promoteurs de la méthode psychoprophylactique d'Accouchement Sans Douleur¹.

Cette nouvelle méthode connaît un grand succès, même si l'idée que l'accouchement soit naturellement indolore est loin d'être acceptée à l'unanimité. L'approche psychoprophylactique apporte une vision positive de la naissance, celui d'un événement auquel il est possible et opportun de se préparer, que les parturientes entraînées à des techniques corporelles simples peuvent vivre consciemment et joyeusement, dans une collaboration active avec le personnel médical et avec leur conjoint. Elle impose un modèle dans lequel les parturientes doivent surmonter la douleur en mobilisant les ressources développées grâce aux cours de préparation à la naissance. On dit alors de celles qui y parviennent qu'elles ont "réussi" leur accouchement. À l'inverse, celles qui n'accueillent pas les contractions avec le comportement attendu, qui sont envahies par la douleur et la manifestent, ou qui réclament des produits antalgiques, sont en échec. Ce modèle commence à être rejeté ouvertement dans les années 1970 pour laisser place à une attitude de refus de l'épreuve de la douleur. L'analgésie périderale s'impose comme la nouvelle solution idéale. Au fil des ans, l'amélioration de la technique et des dosages aide à dissiper bien des réticences envers cette forme de "prise en charge" des parturientes, même si certaines critiques et résistances perdurent.

À chaque période correspond un modèle social dominant, qui confère aux douleurs de l'accouchement un sens (ou un non-sens) partagé au sein d'une communauté, et rend certains comportements des parturientes désirables ou non. Ces modèles sont soutenus par une généralisation et par une moralisation très forte. Généralisation, car les douleurs, toujours particulières à cette parturiente-là aux différents moments de cet accouchement-là, sont ramenées à une expérience générique, celle de "la" douleur de l'accouchement, comme si elle était semblable pour toutes. Moralisation, car des valeurs positives et négatives sont accolées aux souhaits et aux attitudes des femmes enceintes selon qu'ils sont



conformes aux normes ou s'en écartent. Ainsi, là où domine le modèle hérité de la psychoprophylaxie obstétricale, des propos dépréciatifs sont parfois tenus à l'égard des femmes "infantiles" ou "douillettes" qui "pleurnichent" pendant les contractions. À l'inverse, là où le règne de la péridurale est bien établi, celles qui souhaitent s'en passer risquent d'être qualifiées de "masochistes" ou sont soupçonnées d'être des écolos naturalistes extrémistes.

Il y a une vingtaine d'années, j'ai conduit une recherche sur les représentations sociales de la douleur de l'accouchement en Suisse romande, précisément quand s'amorçait la transition entre deux modèles². Un changement fondamental d'attitude, porté par la médecine de la douleur, cette nouvelle spécialité organisée autour de la douleur chronique, était en train de se produire dans tous les domaines de la médecine³. De nouvelles directives visaient à accroître l'attention à la douleur, son évaluation systématique et son soulagement aussi souvent que possible, des "plans douleur" étaient mis en place dans les hôpitaux afin d'accélérer la transformation des attitudes et des pratiques. Dans les journaux professionnels comme dans la presse grand public, des médecins et des journalistes déclaraient l'inutilité de la douleur et annonçaient, sur un ton déraisonnablement triomphal, sa prochaine éradication. La douleur physique, qu'elle fût légère ou importante, paraissait s'être vidée de toute signification culturelle positive. Le contraste entre ce discours sur la douleur en général et les représentations liées aux douleurs particulières de l'accouchement était alors tout à fait frappant. À une époque devenue ardemment algophile, la nécessité d'affronter les douleurs spécifiques qui accompagnent la naissance d'un enfant était encore affirmée. Elles seules, avec les douleurs auto-infligées lors d'activités sportives, conservaient sens et valeur⁴. Le fait qu'elles soient produites par un événement le plus souvent heureux et physiologique semblait exclure la nécessité d'une analgésie. La situation d'exception des douleurs de l'accouchement – admises, voire prônées dans une société désormais antidoloriste – suscitait de l'ambivalence chez les femmes interrogées. Certaines jeunes mères paraissaient presque s'excuser d'avoir demandé et obtenu une analgésie péridurale et décri-

vaient leur accouchement comme "quand même réussi". L'entourage des parturientes avait parfois cherché à les dissuader de recourir à une analgésie⁵.

La résistance sociale qui a accompagné la montée en puissance de l'analgésie péridurale a pu prendre la forme de pressions directes de proches des femmes enceintes, ou de la sage-femme en service au moment de leur accouchement⁶. Elle s'est aussi manifestée, de façon bien plus indirecte mais néanmoins éloquente, dans une légende urbaine qui m'a été rapportée à plusieurs reprises aussi bien en France qu'en Suisse, au tournant des années 2000.

L'anecdote était la suivante : *l'amie (ou la cousine, ou la collègue) d'une amie se trouve à la caisse d'un supermarché⁷. Juste devant elle, une femme paie ses courses et se dirige vers la sortie en oubliant son enfant dans le caddie. Rappelée par la caissière, la mère penaude déclare en guise d'excuse : « C'est que, vous savez, j'ai accouché sous péridurale... »*. Cette histoire savoureuse révèle le malaise et la suspicion qui a pu entourer (et qui entoure encore) l'analgésie obstétricale : et si la suppression de la douleur nuisait à l'établissement du lien d'attachement entre la mère et l'enfant ?

L'idée que la douleur favorisera l'amour maternel est très ancienne et persiste jusqu'à aujourd'hui. Erasmus Darwin (1731-1802), médecin et grand-père de Charles Darwin, estimait par exemple que, sans l'intervention de la douleur, les femelles d'un grand nombre d'espèces animales mangeraient leurs petits à la mise bas⁸.

1. Sur l'histoire de l'Accouchement Sans Douleur, M. Caron-Leulliez et J. George, *L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée*. Paris : Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières, 2004, et P. A. Michaels, Lamaze. An International History. New York : Oxford University Press, 2014. 19. Paula Michaels, Lamaze. *An International History*. New York, Oxford University Press, 2014.
2. M. Vuille, *Accouchement et douleur. Une étude sociologique*, Lausanne, Antipodes, 1998.
3. Sur l'histoire de la médecine de la douleur aux États-Unis et en France, I. Baszanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995.
4. Sur les significations de la souffrance dans le sport, et plus particulièrement la course à pied, E. Perrin, *Corps, sport, souffrance. L'exemple du jogging*, Revue suisse de sociologie, 1995, 21 (3), pp. 669-682.
5. Deux chercheuses françaises avaient observé les mêmes attitudes dix ans auparavant : M. Garel et M. Crost, *L'analgésie péridurale. Le point de vue des femmes*, Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, 1982, 11, pp. 523-533.
6. M. Akrich, *La péridurale, un choix douloureux*, Cahiers du Genre, 1999, 25, pp. 17-48.
7. Les légendes urbaines prennent souvent la forme d'un récit fait par une personne X, qui le présente comme fondé sur un fait récent et avéré. X ne connaît pas Z, témoin direct de l'événement, mais connaît par contre très bien Y, intermédiaire digne de foi et proche de Z. La médiation de Y permet à la fois d'établir une chaîne de confiance et de garantir la non vérifiabilité du récit.
8. Cité par J.-A. Salgues, *De la douleur...* (1823), in J.-P. Peter, *De la douleur*, Paris, Quai Voltaire. Édima/Cité des sciences et de l'industrie, 1993, p. 142.

LE FAIT QU'ELLES SOIENT PRODUITES PAR
UN ÉVÉNEMENT LE PLUS SOUVENT HEUREUX
ET PHYSIOLOGIQUE SEMBLAIT EXCLURE LA
NÉCESSITÉ D'UNE ANALGÉSIE.



DOSSIER

Par **MARILÈNE VUILLE**, SOCIOLOGUE ET HISTORIENNE, CHARGÉE DE RECHERCHE
À LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

La variante chrétienne de cette idée, qui découle de la double signification de châtiment et de rédemption accordée à la souffrance physique, est encore dans nos mémoires. En acceptant cette souffrance avec patience et humilité, la femme qui enfante s'anoblit et prouve à la fois sa foi en Dieu et son amour sacrificiel pour son enfant⁹. Plus prosaïquement, les douleurs de l'accouchement prépareraient aux multiples souffrances (fatigues, inquiétudes, chagrins, conflits...) qui accompagnent nécessairement la maternité, de la naissance jusqu'à la séparation ultime entre mère et enfant. Dans une version psychanalytique d'obéissance freudienne, la douleur permettrait à la femme de transférer ses émotions de son propre Moi sur son enfant. L'analgésie, même obtenue par des moyens non pharmacologiques, nuirait à ce travail psychique¹⁰. Enfin, l'une des versions contemporaines de cette idée ancienne s'articule autour du rôle de l'ocytocine, dénommée "hormone de l'attachement" ou "hormone de l'amour": en faisant diminuer la sécrétion d'ocytocine, les produits analgésiques perturberaient du même coup le mécanisme d'attachement de la mère à son enfant¹¹.

Ainsi, à l'heure actuelle, la douleur reste aux yeux de certains une source d'amour maternel. Mais cette opinion est devenue minoritaire et elle soulève de vives réactions. Le rejet de la douleur semble en effet s'être imposé en obstétrique comme dans les autres domaines de la médecine. Le taux d'analgésie périnatale dans les établissements hospitaliers en est un indicateur. Peut-on penser qu'à terme les douleurs de l'accouchement, comme celles qui accompagnent la maladie, les accidents, la fatigue et l'usure corporelles, ne seront plus perçues autrement que comme un phénomène inutile et haïssable par les parents et par les professionnel(l)e)s de santé? Et que, par conséquent, (laisser) accoucher sans analgésie sera considéré sans conteste comme du masochisme (du sadisme)?

Cette nouvelle attitude de rejet des douleurs de l'enfantement paraît déjà bien établie. Néanmoins, certaines des résistances que j'observais il y a vingt ans persistent. Des femmes enceintes, des sages-femmes, des commentateurs d'horizons divers restent attachés à l'épreuve de la douleur et lui accordent une signification. Leur position est minoritaire, mais elle reste ferme et bien présente dans les espaces de discussion publique consacrés aux pratiques de la naissance. Des associations (d'usagères, de sages-femmes, de doula, ou mixtes) s'en font les porte-parole.

Ce serait réducteur de ne voir dans cette résistance à l'analgésie qu'une survivance d'attitudes anachroniques. Ses motivations sont diversifiées. Certaines femmes éprouvent par exemple le besoin de tester leur propre capacité à faire face à la douleur. Elles veulent traverser celle-ci pour la transformer en épreuve maturante, ou pour se mesurer aux générations antérieures de

CERTAINES FEMMES ÉPROUVENT PAR
EXEMPLE LE BESOIN DE TESTER LEUR
PROPRE CAPACITÉ À FAIRE FACE À LA
DOULEUR.

femmes et se rassurer sur leur propre courage. D'autres souhaitent vivre leur accouchement "pleinement", c'est-à-dire éprouver des sensations exacerbées, voire ressentir dans leur chair ce combat que la vie et la mort se livrent – au moins symboliquement – au moment de toute naissance. Les motivations individuelles sont sous-tendues par des enjeux psychiques.

Mais la résistance à l'analgésie comporte aussi un enjeu socioculturel. On peut l'énoncer sous la forme de la question: à qui "appartient" l'accouchement? "Appartient"-il aux parturientes, aux parents, à l'institution médicale, à l'un des groupes professionnels impliqués dans la naissance (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, pédiatres), aux individus qui représentent ces groupes au moment d'un accouchement singulier, à l'État, à la société dans son ensemble?

Qui peut, qui doit imposer son expertise spécifique dans les circonstances et la conduite de cet événement? Certes, cette question dépasse largement la problématique de la douleur et de l'analgésie. Mais tout se passe comme si la douleur cristallisait les enjeux liés aux arrangements institutionnels et aux modes de conduite de l'accouchement. Ainsi, la généralisation de la périnatale a généré des conflits entre obstétriciens, sages-femmes et anesthésistes. Elle a obligé les sages-femmes à reconstruire leur pratique d'accompagnement dans certains établissements. Des dissensions sont apparues au sein de leur corporation quant à la place de cette technique et de ses bénéfices ou, au contraire, de ses risques pour l'autonomie professionnelle¹².

Pour les femmes enceintes et leurs partenaires, l'attitude envers la douleur et l'analgésie est difficilement dissociable de l'attitude d'acceptation ou de rejet de la médicalisation de la naissance. Ainsi que l'ont très bien exprimé deux sociologues dans un ouvrage comparant les pratiques périnatales si différentes dans leurs pays respectifs, « *la périnatale comme traitement de la douleur ne peut être séparée d'une certaine définition de ce qu'est un accouchement normal, des acteurs qui doivent y être impliqués, de ce que sont la douleur, la sécurité, les compétences des corps, les émotions, les compétences des professionnels, les compétences des femmes...* »¹³



Les contextes organisationnels formatent la manière dont la naissance se produit, restreignant du même coup la marge d'accueil des attitudes et des pratiques alternatives. Les parturientes et les personnes qui les accompagnent sentent souvent leur capacité d'initiative s'effondrer dans un environnement hospitalier. En soi, le cours de l'accouchement est peu prévisible et les parturientes peuvent avoir l'impression de ne rien contrôler, d'être incapables de s'adapter au rythme et à l'intensité des contractions, d'être emportées par une tourmente corporelle et émotionnelle. Mais ce qui frappe surtout, dans les récits d'accouchement contemporains, c'est l'expression d'un sentiment de perte de contrôle au profit des professionnels et de leur appareillage technique. Les étapes et les décisions sont souvent narrées à la voix passive. Un "ils" institutionnel (« *ils m'ont installée dans la salle d'accouchement* », « *ils ont branché le monitoring* », « *ils m'ont fait une épisiotomie* »...) se substitue au "je" de la parturiente. Il ressort de ces récits l'impression d'une dépossession ou d'une expropriation des accouchées : ce n'est pas à elles qu'a appartenu l'accouchement... Il ne faut toutefois pas s'y fier. L'impression de l'enquêtrice ne correspond pas toujours au vécu des narratrices. Au contraire, la plupart des narratrices se déclarent satisfaites de leur expérience. Seules quelques-unes expriment un sentiment de dépossession. Mais il apparaît que, pour ces dernières, la douleur a parfois pu servir de dernier refuge. Lui faire face sans pérudurale a nécessité d'exercer une forme de maîtrise : à défaut de pouvoir contrôler le déroulement de l'événement, la femme a du moins surmonté la douleur à l'aide – principalement – de ses propres ressources.

CE QUI FRAPPE SURTOUT, DANS LES RÉCITS D'ACCOUCHEMENT CONTEMPORAINS, C'EST L'EXPRESSION D'UN SENTIMENT DE PERTE DE CONTRÔLE AU PROFIT DES PROFESSIONNELS ET DE LEUR APPAREILLAGE TECHNIQUE.

On comprend alors pourquoi, au-delà du seul problème des interférences d'une analgésie avec la marche de l'accouchement, l'attitude vis-à-vis de la douleur constitue un point névralgique dans la contestation de la prise en charge médicalisée de l'accouchement. Les choix analgésiques (pharmacologiques ou non) concentrent des enjeux relatifs au contenu de l'activité professionnelle des corporations impliquées dans la naissance, et des enjeux de sens de l'expérience de la parturition pour les mères et leurs partenaires. ■

9. Abbé A. Prévost, *La douleur de la femme qui enfante*, La Sage-femme catholique, 3 (19), février 1950, pp. 2-4.
10. H. Deutsch, *La Psychologie des femmes*. Étude psychanalytique, tome II, Maternité, Paris, PUF, 1949.
11. M. Odent, *L'Amour scientifié. Les fondements biologiques de l'amour*, St-Julien-en-Genevois, Éd. Jouvence, 2001.
12. D. Carricaburu, "Les sages-femmes face à l'innovation technique", in P. Aiach & D. Fassin, *Les Métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica, 1994, pp. 281-308.
13. M. Akrich et B. Pasveer, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1996, p. 127-128.

DOLPHITONIC S'ENGAGE A VOUS OFFRIR LE MEILLEUR RAPPORT QUALITE / PRIX / SERVICE

Votre boutique : www.dolphitonic.com



DOLPHITONIC Médical Shopping Service

COMMANDES
RENSEIGNEMENTS
DOCUMENTATIONS

Tél : 02 28 10 82 82
Fax : 02 28 10 83 84
E-mail : dolphitonic@orange.fr

DOLPHITONIC
Médical Shopping Service
La Romazière
38, Chemin du Pas
85300 CHALLANS