

Les voies de la douleur mises en jeu au cours du travail obstétrical sont de nos jours parfaitement connues et les progrès dans le domaine de l'analgésie péridurale ont été considérables au cours de cette dernière décennie :

- généralisation de la présence d'un anesthésiste dans les maternités par le biais de textes visant à améliorer la sécurité maternelle,
- amélioration des moyens matériels,
- amélioration des techniques avec apparition de la périrachi-analgésie séquentielle, de l'analgésie péridurale auto contrôlée par la patiente, de la péridurale ambulatoire,
- amélioration des protocoles pharmacologiques résultant de nombreuses études sur l'association de différentes classes de produits et grâce à l'apparition de nouvelles molécules répondant aux impératifs liés à l'obstétrique,
- diminution des contre-indications d'origine maternelle à l'analgésie péridurale par un meilleur dépistage et une prise en charge des grossesses à risque plus performante grâce au fonctionnement en réseau.

Ainsi la majorité des femmes peut bénéficier d'une technique sûre, n'interférant peu ou pas sur la mécanique obstétricale, permettant d'obtenir des scores de douleur, sur une échelle visuelle analogique, proche de zéro.

Cependant la douleur, surtout en obstétrique, ne peut se réduire à sa composante somatique tant dans sa signification que dans son approche thérapeutique. Son expression, son intensité et son vécu dépendent de nombreux facteurs propres à l'histoire de chaque femme comme par exemple :

- des facteurs sociaux, culturels, parfois religieux,
- du mode de relation à l'autre : avec l'enfant à naître, avec sa propre mère, avec son compagnon en temps que futur père mais aussi en temps que partenaire,
- de la résurgence d'expériences traumatiques anciennes,
- de la mobilisation de douleurs somatiques survenues par le passé dans des contextes avoisinants (hospitalisation, événements chirurgicaux gynécologiques, etc) ou des circonstances toute autre (accident de la voie publique, maladie chronique, etc)

Prendre en compte cette complexité visant à améliorer la prise en charge de la douleur en

obstétrique au vu des connaissances actuelles va passer par offrir la possibilité à la parturiente -au couple- d'anticiper une place plus active dans les moyens à notre disposition :

- en mobilisant leur capacité propre à réagir à la douleur aidé des moyens cités ci-dessus (personnelle et du couple),
- en facilitant l'expression du contenu émotionnel que cette souffrance physique peut véhiculer.

Dans ce sens, **les séances de préparation à l'accouchement** ont une place privilégiée. Trop souvent dans les représentations que les futures mères en ont, elles se résument à une succession d'acquis théoriques les renvoyant "à l'insu des professionnels" à leur sentiment d'ignorance dans le domaine et dans leur future capacité de maternage. Ceci appuie pour les plus fragiles d'entre elles sur leur manque de confiance, ce d'autant plus que tout le système scolaire actuel est basé sur la mémorisation d'acquis théoriques ne privilégiant pas la dimension interactive des apprentissages. Par la-même, le sentiment de confiance en soi et de différenciation par rapport à l'autre est fragilisé dans notre société, l'accompagnement de la naissance pourrait-il devenir une opportunité de changer le cours des choses ?

A l'occasion de ce temps d'apprentissage certes et d'entraînement à des techniques permettant à la patiente d'être active sur la douleur, peut-on enrayer les conditions de survenue d'un sentiment d'échec à l'origine d'une culpabilité envahissante ? Eviter ainsi qu'elle ne se laisse submerger sans ne plus pouvoir rien maîtriser en personnalisant chaque type de préparation, en groupe ou individuelle, utilisant des "outils relationnels" repérant : hypnose, haptonomie, sophrologie, relaxation,...

L'approche par **l'hypnose** présente, dans le domaine de l'obstétrique, est particulièrement intéressante car elle rassemble plusieurs axes de travail visant à redonner une place active à la future mère dont on peut supposer les effets positifs sur les premiers liens mère-enfant et sur le réaménagement des places familiales à venir - père, grands-parents, fratrie -.

La technique en elle-même est assez facilement transmissible et utilisable. Les quelques points ci-dessous permettent une lecture approximative des objectifs :

- la patiente apprend et s'entraîne à l'auto hypnose, à l'hypno-analgésie par le biais de dissociations et de métaphores. L'efficacité est vérifiée par l'étude du ressenti par la patiente de stimulus douloureux en état modifié de conscience et en état de conscience normal.

- le sujet soumis à une douleur aiguë se trouve d'emblée en état modifié de conscience. Sur cette base, l'état d'auto hypnose et les informations enregistrées pendant la préparation seront d'autant plus facilement retrouvés en cours de travail puisque l'intensité de la douleur se prête à modifier l'état de conscience.

- des phénomènes d'amnésie et de distorsion du temps très bénéfiques peuvent apparaître en cas de phénomène douloureux.

Chez les patientes (avec ou sans antécédent obstétricaux) dont la peur d'accoucher est peu mobilisable par les techniques classiques (psychothérapie, consultations obstétricales rapprochées, sage-femme à domicile...), certaines techniques utilisées en hypnose ont un effet très favorable - si très reliées aux autres prises en charge - mais malheureusement peu reconnues dans notre culture médicale.

En salle de naissance, la sage femme a une place relationnelle dans l'accompagnement de la parturiente en s'appuyant sur une technique bien balisée, semblable en de nombreux points à une relation hypnotique (focalisation de l'attention par la voix et le regard, utilisation de suggestions, proximité corporelle et dans le temps, etc...).

La sage femme peut solliciter la patiente à avoir une certaine autonomie dans le choix du déroulement du travail en s'intéressant aux méthodes apprises en cours de préparation - même dans l'urgence- et en l'encourageant à les utiliser ainsi que des moyens simples (déambuler de façon prolongée, utiliser des positions antalgiques différentes jusqu'à trouver "la bonne", favoriser l'utilisation d'accessoires,...) Le recours à l'acupuncture si l'équipe s'y est formée peut également être d'un grand soulagement pour chacun. Il n'en demeure pas moins de garder la capacité d'être à l'écoute d'une demande d'analgésie péridurale, mais peut-être s'interdire d'en être l'initiatrice en l'absence de raisons médicales.

Le bon vécu de l'accouchement et par là "la bonne prise en charge de la douleur" n'est pas lié à des scores de douleur bas sur une

échelle visuelle analogique, c'est ce qui découle du témoignage des jeunes mères dans le post-partum. A contrario ceci explique les réactions parfois déconcertantes de patientes déçues après la pose d'une analgésie péridurale de "ne plus rien sentir du tout".

L'évolution actuelle de nos structures, qui tendent à être de plus en plus grandes avec un nombre minimum de sages-femmes, ne facilite malheureusement pas l'instauration de ce type de relation ni la continuité de l'anténatal au post natal. Trop souvent la prise en charge de la douleur ne se résume ou ne débute qu'au moment de la pose d'une analgésie péridurale.

De jeunes sages-femmes, comme beaucoup d'autres professionnels de santé, se retrouvent démunies face à leur patiente qui revendique le droit de ne pas souffrir. L'amélioration de la prise en charge de la douleur passera aussi par un renforcement de l'enseignement, dispensé en formation initiale (école de sage-femme) et en formation continue en s'efforçant d'ouvrir les vastes horizons que cette thématique englobe (professionnels extra et intra hospitaliers, aspects culturels et sociologiques, collaborations avec le champ pédopsychiatrique, place de toutes les techniques, etc...). Elle ne peut donc se résumer à l'analgésie par péridurale même si celle-ci y joue un rôle majeur. Cette technique doit s'intégrer dans un ensemble de moyens

mis à la disposition des parturientes par l'équipe soignante pour leur permettre d'avoir un rôle actif sur le vécu de leur travail, les parents et leur devenir revenant au centre des préoccupations.

Soulager la douleur "à tout prix tout de suite" peut masquer nombre de distorsions relationnelles à venir si on ne prend pas soin de s'intéresser au contexte dans lequel la douleur se vit. Redonner à la femme une place centrale dans le déroulement du travail permettra que se poursuive l'amélioration de la prise en charge de la douleur en obstétrique, et au delà de la santé psychique des familles et de notre société à venir...