

LA CRAINTE DE LA DOULEUR LIÉE À L'ACCOUCHEMENT

Comprendre, déconstruire et accompagner

Travail de fin de formation Accompagnante à la Naissance (Doula)

« La peur est l'élément principal qui transforme la douleur de l'accouchement en souffrance. » ¹



Mathilde Normand Herbreteau

Centre Pleine Lune

Cohorte octobre 2025

¹ Ina May Gaskin, *Le guide de l'accouchement naturel*, Mama Éditions, 2025

Sommaire

1.	Origines et construction de la peur.....	3
1.1	L'héritage historique : du savoir ancestral au pouvoir médical	3
1.2	Action sociale, éducative et médiatique du « récit tragique ».....	5
2.	De la "souffrance" à l'intensité : La réalité du corps.....	8
2.1	La boussole hormonale.....	8
2.2	Le mécanisme Peur-Tension-Douleur.....	9
2.3	La douleur comme information : un guide pour l'enfantement	10
2.4	La question de la péridurale : entre norme culturelle et outil de confort	10
3.	La Doula, gardienne de la bulle.....	13
3.1	La « Bulle » : Protéger le cerveau primitif.....	13
3.2	La gestion sensorielle de l'environnement (baisser les stimuli)	14
3.3	S'adapter à l'environnement : Sécuriser le lieu de passage	15
3.4	L'importance de la mobilité : Le mouvement comme moteur de l'intensité ..	17
4.	Analyse des résultats de l'étude de terrain.....	18
	Conclusion générale.....	20
	Bibliographie	
	Annexes.....	

Note sur l'inclusivité :

Bien que ce mémoire utilise parfois les termes "parents", "mère", « partenaire », « coparent » ou "père" pour des raisons de fluidité de lecture, mon approche se veut pleinement inclusive. Les réflexions et outils présentés ici s'adressent à toutes les configurations familiales et respectent l'identité de chaque personne dans son parcours de naissance.

Ce travail explore la thématique de la crainte et de la douleur lors de l'enfantement. L'objectif est de définir comment, en tant qu'accompagnante, nous pouvons aider à passer d'une douleur "subie" (souffrance) à une intensité "habitée" (puissance).

Les trois sous-thèmes développés :

- **Origine et construction de la peur :** Analyse historique, sociale et médiatique de la dépossession du savoir féminin et de la création du « récit tragique ».
- **De la "souffrance" à l'intensité - La réalité du corps :** Compréhension du mécanisme Peur-Tension-Douleur et du rôle du néocortex dans l'inhibition du processus naturel.
- **La posture de la Doula, "gardienne de la bulle" :** Comment l'accompagnement concret et émotionnel permet de protéger l'intimité et de réhabiliter la compétence innée du corps.

Pourquoi choisir ce sujet ?

Le choix de ce sujet s'est imposé à moi comme une évidence, car il prend racine dans un cheminement à la fois personnel et observationnel. Depuis toujours, la crainte de la douleur liée à l'enfantement est une thématique qui m'habite, que j'entends autour de moi et que je vois s'exprimer chez tant de femmes.

Pendant longtemps, cette peur a été le seul prisme à travers lequel j'envisageais la naissance. Cependant, en m'intéressant de plus près à la maternité et à l'accouchement, j'ai découvert une réalité tout autre. Je me suis ouverte à une compréhension nouvelle de mon propre corps et, par extension, de la puissance innée des femmes et de notre histoire collective. Ce passage de la crainte à l'émerveillement a été le déclencheur.

Aujourd'hui, alors que je débute mon parcours de future Doula, je fais un constat frappant : si l'intérêt pour l'accompagnement pré & postnatal est de plus en plus reconnu, l'incompréhension face à l'accompagnement vers un accouchement physiologique reste immense. On me renvoie souvent l'idée que choisir de vivre l'intensité de la naissance serait *"subir une douleur pour rien"*.

Mon objectif n'est pas de promouvoir un type d'accouchement plutôt qu'un autre, mais d'offrir aux parents les outils nécessaires pour faire des **choix éclairés**.

Origines et construction de la peur

La peur n'est pas innée mais construite par des siècles de dépossession du savoir féminin. Depuis notre tendre enfance, en tant que femme, nous entendons régulièrement des récits tragiques liés à l'accouchement et la douleur qui accompagne ce passage. Que ce soit par des récits de proches, par la culture médiatique, filmographique ou littéraire, l'accouchement et la douleur sont liés.

L'héritage historique : du savoir ancestral au pouvoir médical

Si nous retraçons l'histoire, au 13^e siècle, les sages-femmes, dépositaires d'un savoir ancestral, ont été accusées de sorcellerie par le pouvoir religieux. Au 17^e siècle, l'invention des forceps a scellé la domination des médecins (seuls autorisés à les utiliser) sur le corps des femmes.² Un accouchement se doit d'être médicalisé, entre les mains de sachants et principalement des médecins hommes.

Avant l'accouchement à l'hôpital, ce moment n'était pas perçu comme une pathologie, mais comme un événement de la vie communautaire. On aime beaucoup parler de l'expression « *il faut un village pour élever un enfant* », mais c'était aussi le cas pour un accouchement. Lors de la mise au monde, les matrones (ou "femmes sages") ne géraient pas seulement le corps ; elles géraient l'ambiance, les rituels, et la place des autres femmes autour de celle qui donnait la vie. Elles utilisaient des plantes, des massages ou encore des chants.³

À partir du 17^e siècle, l'Église et l'État ont commencé à encadrer ce savoir. On a exigé des matrones des certificats de moralité et de capacité, puis on les a progressivement remplacées par des accoucheurs (hommes), formés à la chirurgie et aux instruments, imposant un savoir "vertical" (du sachant vers la patiente).

Cette médicalisation a transformé un événement sacré en une pathologie potentielle, générant une anxiété profonde.⁴ La médicalisation maximale de cet événement précieux, a favorisé la perte de confiance en la capacité des personnes à être enceinte et donc à mettre au monde son propre enfant.

² Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *Sorcières, sages-femmes et infirmières : Une histoire des femmes soignantes*, Éditions du Passager Clandestin, 2022

³ Yvonne Knibiehler, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Éditions PUF (Collection Que sais-je ?), 2016

⁴ Sheila Kitzinger, *Calmer la peur : Accoucher sans crainte*, Éditions Jouvence, 2013,

L'idée ici n'est pas de remettre en cause les fondements scientifiques ou les avancées majeures permises par les évolutions médicales et technologiques ; il s'agit ici d'interroger les conditions d'application et de perception de ces avancées.

Le monde médical dans le cadre d'une grossesse, permet chaque jour de déceler des problématiques de santé, de soulager la douleur des femmes ou même de sauver dans des cas d'extrême urgence la mère et l'enfant.

Cette réflexion pousse plutôt à analyser le champ lexical qui apparaît de manière omniprésente lors d'un suivi de grossesse : risques, pathologies, anomalies, maladies, problématiques... Nous alimentons ici le sentiment d'anxiété des futurs parents. Nous faisons perdre confiance dans le pouvoir du corps des femmes en les renvoyant à une crainte majeure qui apparaît très souvent dès le début voir avant l'annonce d'une grossesse : *vais-je souffrir pour mettre au monde mon enfant ?*

Également, le passage du domicile à l'hôpital (qui s'est généralisé au XXe siècle) a radicalement changé la perception de la douleur ⁵ : À la maison, la femme est chez elle, dans son cocon et surtout dans sa « bulle ». Elle peut bouger, manger, crier, rester dans l'obscurité, écouter sa musique & être dans son lit. Son cerveau primitif est rassuré par les odeurs et les sons familiers.

A l'inverse, en entrant à l'hôpital, la femme devient une "patiente". On lui demande de s'allonger, de se déshabiller, de répondre à des questions administratives. On lui demande de suivre un protocole type, parfois anxiogène. ⁶Ce cadre stimule le néocortex (cerveau rationnel) par la lumière et le bruit, ce qui bloque la sécrétion d'ocytocine et rend parfois la douleur plus difficile à gérer. Pour certains profils de femmes, cette expérience peut être vécue comme l'impression d'être « malade » au vu du cadre médical imposé.

Cette vision médicale, en s'insérant dans le quotidien des futurs parents, prépare alors le terrain à une construction sociale et médiatique beaucoup plus large. Car si le système de soin traite la naissance comme un danger éventuel, la société, l'école et les récits familiaux vont, à leur tour, s'emparer de cette idée pour forger ce que l'on appelle le "récit tragique" de l'accouchement.

⁵ Michel Odent, *Le fermier et l'accoucheur : l'industrialisation de la naissance*, Éditions Le Hêtre Myosotis, 2017

⁶ Isabelle Challut, *Douleur et environnement*, Éditions de l'Homme, 2011

Action sociale, éducative et médiatique du « récit tragique »

Dès l'enfance, notre image de l'accouchement peut être polluée par diverses sources. Les représentations anxiogènes font partie de notre environnement, laissant peu de place à l'image d'une femme ayant le pouvoir de connaître & de gérer son corps.

La construction de notre imaginaire débute souvent par les récits de nos proches et, de manière plus viscérale, par ceux de nos mères et grands-mères. Cette transmission est à double tranchant : la parole intime possède un poids émotionnel bien supérieur à celle d'un inconnu. On mesure alors l'impact durable de ces mots qui, semés dès l'enfance, s'ancrent dans la mémoire jusqu'à devenir des vérités absolues. Ce qui n'était qu'un souvenir pour l'une devient ainsi un jugement ou une crainte pré-établie pour l'autre, façonnant sa propre réalité avant même qu'elle n'ait vécu l'expérience.

Durant la grossesse, la femme traverse une "transparence psychique", un état où ses défenses inconscientes s'amincissent. C'est à ce moment que les récits de la mère ou de la grand-mère, même entendus des années plus tôt, resurgissent avec une force incroyable.

La peur de la douleur devient alors une peur parfois héritée. On ne craint plus seulement sa propre douleur, on porte celle des femmes de sa lignée. Les récits oraux, mais aussi les mémoires intériorisées, peuvent resurgir. C'est la « dette de la vie ». ⁷ La femme peut-être aussi habitée par des histoires des générations précédentes.

La vision de l'accouchement ne se forge donc pas uniquement par le langage mais aussi l'empreinte cellulaire & émotionnelle. C'est une image scientifique et symbolique très forte que l'on retrouve souvent dans les enseignements sur la transmission intergénérationnelle et la lignée féminine⁸. La science nous apprend que nous avons toutes passé un temps dans le ventre de notre grand-mère, sous forme d'ovocyte dans les ovaires de notre mère alors à l'état de fœtus. Cette proximité biologique rend la transmission des peurs et du vécu de l'accouchement presque viscérale.

⁷ Monique Bydlowski, *La dette de vie*, Presses Universitaires de France, 2015

⁸ Anne Ancelin Schützenberger, *Aïe, mes aïeux !*, Éditions Desclée de Brouwer, 2015

Dès l'enfance, les films et séries montrent l'accouchement comme un moment de panique : la femme hurle, est toujours allongée sur le dos, le partenaire est affolé, et le médecin arrive en sauveur. On n'y voit jamais une femme calme, dans sa "bulle", utilisant sa respiration. Cela crée un biais cognitif : le cerveau enregistre que "accouchement = souffrance ". Chaque société a un « script »⁹ qu'elle projette sur l'accouchement. Il est vrai que dans notre culture occidentale, le scénario est souvent celui de la crise médicale.

Une lacune majeure de notre époque est l'invisibilité de la naissance. Autrefois, la naissance était un événement domestique que l'on observait au sein de la famille. Aujourd'hui, la majorité des femmes vivent leur propre accouchement sans en avoir jamais vu un seul de leurs yeux, si ce n'est à travers la fiction. Ce manque d'observation naturel crée un vide de repères, que la peur vient remplir par défaut.

On nous apprend également à avoir peur de l'intensité générée par le processus de l'accouchement parce qu'il nous demande de perdre le contrôle rationnel, d'être "animal". En étiquetant ces comportements comme "indécents", cela renforce la peur de la douleur en imageant l'accouchement comme quelque chose de sale ou de traumatisant.

Il n'est pas familier de voir dans nos médias, une femme prendre possession de son corps, dans un état de transe, se suspendre à une porte pour gérer ses contractions, se mettre à « quatre pattes » pour donner la vie ou encore vibrer au son de son corps. La perception du corps de la femme, de notre féminité est codée et normée et ne mérite donc pas d'être « gâché » par une vision obscène de la naissance.

L'institution scolaire joue également un rôle charnière dans la construction de cette crainte. Dans les programmes classiques, l'accouchement est réduit à un pur processus biologique et mécanique. L'approche pédagogique privilégie le vocabulaire clinique (expulsion, contractions) et les schémas anatomiques froids, enlevant toute dimension émotionnelle ou sensorielle.

L'objectif ici n'est pas de suggérer que l'école doive enseigner des concepts comme "la puissance" ou "l'accomplissement féminin" qui sont plutôt adaptés à d'autres publics mais plutôt de pointer du doigt une lacune : en omettant d'expliquer la physiologie du corps (comme le rôle des hormones), l'école présente

⁹ Brigitte Jordan, *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Waveland Press, 1992

l'accouchement comme une fatalité douloureuse que seule la technique médicale peut résoudre. Ce premier contact théorique avec la naissance ancre ainsi, dès l'adolescence, l'idée d'un « corps-machine » potentiellement défaillant plutôt que celle d'un corps compétent.

Ce conditionnement est souvent renforcé par la projection de vidéos d'accouchements hospitaliers sans mise en contexte physiologique, où la vue physique du vagin et de l'accouchement sont les seuls repères mémoriels pour les jeunes élèves.

L'éducation sexuelle à l'école se concentre également souvent sur les risques (IST, grossesses non désirées). Le corps de la femme est présenté comme un lieu de danger ou de vulnérabilité. On apprend aux jeunes filles à se méfier de leur fertilité et de leurs sensations, plutôt qu'à habiter leur corps avec confiance.

Enfin, les réseaux sociaux (Instagram, TikTok, Facebook) ont créé un nouveau paradigme dans la construction de la peur de l'accouchement, oscillant entre deux extrêmes qui nourrissent l'anxiété :

- **L'accès à des récits traumatiques :** Les algorithmes favorisent souvent les contenus émotionnellement intenses. Les récits d'accouchements dramatiques (le "Birth Trauma") deviennent viraux sous forme de Reels ou de témoignages sans filtre. Pour une future mère, l'exposition répétée à ce type de vidéos peut créer un biais cognitif : son cerveau finit par croire que le traumatisme est la norme, et non l'exception.
- **L'injonction de la « naissance Instagrammable » :** À l'inverse, on trouve des images d'accouchements esthétisés, calmes et parfaits. Bien que positifs en apparence, ils peuvent générer une autre forme de crainte : la peur de "rater" ou de ne pas être à la hauteur. Cette pression de performance transforme l'accouchement en un événement à réussir, augmentant le stress.

Chaque époque amène son lot de nouveautés. Les futurs parents sont aujourd'hui exposés à un flux ininterrompu de récits sans nuance. Cette hyper-exposition numérique sature le néocortex et nourrit une anxiété de performance ou une peur du pire, éloignant la femme de sa confiance en ses propres capacités mammifères.

Il est crucial de noter que cette peur n'est pas isolée. Par le biais des neurones miroirs, l'anxiété du partenaire peut devenir contagieuse. La déconstruction de la peur doit donc être un projet de couple.

Ce conditionnement culturel nous a fait perdre de vue une distinction fondamentale : **celle qui sépare la douleur de la souffrance**. La société nous a éloignés de la réalité organique des sensations. Pour déconstruire ces peurs et redonner aux femmes leur souveraineté, il est alors nécessaire de changer de regard et de comprendre que la douleur, loin d'être une erreur du corps, répond à une logique physiologique précise qu'il convient désormais de réappivoiser.

De la "souffrance" à l'intensité : La réalité du corps

Face à cette construction sociale anxiogène, le retour à la biologie et à la physiologie offre une clé de libération puissante pour les femmes et les familles. L'accouchement n'est pas une maladie à guérir, mais un processus corporel qui est magnifiquement orchestré. Comprendre cette mécanique permet de transformer la peur en confiance. La confiance en soi, en son partenaire et dans les accompagnants, c'est la clé pour un accouchement serein. Comme le souligne Isabelle Brabant dans *Une naissance heureuse*,¹⁰ le corps de la femme possède un savoir inné ; lui redonner confiance, c'est lui permettre de retrouver ce chemin physiologique.

La boussole hormonale

Pour qu'un accouchement se déroule physiologiquement, des conditions bien précises sont nécessaires. Le médecin Michel Odent¹¹ explique d'ailleurs qu'assister une femme en travail consiste avant tout à l'aider à atteindre l'équilibre hormonal indispensable à la naissance. Si une femme doit connaître une chose de son corps pendant la grossesse, c'est bien le fonctionnement des hormones.

Ce processus est guidé par un véritable cocktail hormonal. L'ocytocine, hormone de l'amour, est sécrétée pour stimuler les contractions tout en procurant un effet d'apaisement. En réponse, le cerveau produit des endorphines, nos opiacés naturels,

¹⁰ Isabelle Brabant, *Une naissance heureuse*, Éditions Fides, 2013

¹¹ Michel Odent, *Le bébé est un mammifère*, Éditions l'Instant Présent, 2014

qui créent un état de conscience altéré, souvent décrit comme une « bulle ». Cette bulle est très précieuse et doit être préservée au maximum.

Sarah Buckley, dans ses travaux sur le "Hormonal Blueprint"¹², démontre que ce cocktail hormonal n'est pas seulement un moteur mécanique, mais un système de récompense. Les endorphines ne font pas que masquer la douleur : elles préparent le cerveau de la mère à l'attachement avec son bébé. Ignorer cette physiologie c'est se priver de cette "protection naturelle".

Cependant, cette alchimie est fragile. Toute stimulation du néocortex par des lumières vives, des questions administratives ou un sentiment d'insécurité déclenche la sécrétion d'adrénaline. Cette hormone de la peur inhibe l'ocytocine, ralentit le travail et rend les contractions parfois plus douloureuses et moins efficaces.

Le mécanisme Peur-Tension-Douleur

La peur n'est pas qu'une émotion ; elle a un impact physique direct. C'est une vérité physique universelle que nous pouvons tous ressentir à différents stades de notre vie. Dans le cadre de l'accouchement, selon Grantly Dick-Read¹³, la peur provoque une tension musculaire généralisée. Dans l'utérus, cette tension s'oppose à la force de contraction, rendant l'ouverture du col plus longue et souvent beaucoup plus douloureuse. C'est la « résistance » physique du corps à son propre processus. En accompagnant la femme vers la détente, on réduit cette résistance, permettant au corps de travailler avec la contraction plutôt que contre elle.

Cette résistance physique n'est pas seulement musculaire, elle est le résultat hormonal dicté par la survie. Comme l'explique Michel Odent, l'adrénaline est l'antagoniste majeur de l'ocytocine¹⁴ : elle freine le travail, mais elle détourne aussi le flux sanguin des organes « non essentiels » en cas de danger immédiat, comme l'utérus, pour privilégier les muscles des membres nécessaires au combat. Ce manque d'oxygénation du muscle utérin devient alors une source de douleur aiguë et réelle, indépendante de l'intensité de la contraction elle-même. Ainsi, la peur transforme une sensation physiologique de travail en un message de détresse corporelle.

¹² Sarah Buckley, *Gentle Birth, Gentle Mothering*, Celestial Arts, 2009

¹³ Grantly Dick-Read, *L'accouchement sans douleur*, Éditions Desclée de Brouwer, 1998

¹⁴ Michel Odent, *Le bébé est un mammifère*, Éditions l'Instant Présent, 2014

La douleur comme information : un guide pour l'enfantement

Dans notre culture contemporaine, la douleur est presque systématiquement perçue comme une erreur qu'il faut corriger ou supprimer. Pourtant, en périnatalité, des expertes comme Verena Schmidt et Penny Simkin ¹⁵ invitent à changer de paradigme : la douleur n'est pas une pathologie, mais une information vitale. Elle est la boussole qui guide la femme à travers les étapes de son accouchement.

Sur le plan biomécanique, la douleur indique à la femme comment bouger. Comme le démontre Blandine Calais-Germain dans *Bouger en accouchant*¹⁶, les sensations fortes poussent la mère à modifier sa posture et à se mettre en mouvement. Ces changements de position, dictés par le ressenti, ne sont pas aléatoires : ils servent à optimiser l'espace dans le bassin et à faciliter la descente et la rotation du bébé. Les femmes le savent en elle. C'est instinctif.

En ce sens, la douleur protège également le corps : elle empêche la femme de rester dans une position qui pourrait être traumatique pour ses tissus ou pour la progression du nouveau-né. Elle force à une écoute profonde qui permet d'ajuster le corps à la réalité de l'instant.

La péridurale : entre norme culturelle et outil de confort

Dans les sociétés occidentales, la péridurale est passée du statut d'option médicale à celui de normalité sociale, voire d'étape obligatoire du scénario de la naissance. Au Québec, avec un taux de recours massif, elle est souvent perçue comme une "facilité" indispensable, rendant presque suspect le choix de s'en passer. Cette normalisation peut parfois se transformer en une injonction invisible, où la femme est poussée à accepter l'anesthésie pour correspondre au protocole hospitalier ou pour rassurer son entourage. Pourtant, l'analyse de cet outil doit se faire avec nuance.

La péridurale est une alliée précieuse lorsqu'elle est choisie en conscience. Elle offre une "pause" salvatrice en cas de travail épuisant, permettant à la mère de reprendre des forces avant la poussée. Pour certaines, elle permet de sortir d'un état de souffrance qui paralyse pour revenir à une forme de sérénité et de présence. Elle peut aussi débloquer des situations où la peur génère une telle tension que le col refuse de s'ouvrir ; en levant la douleur, elle permet le relâchement nécessaire à la progression du travail.

¹⁵ Verena Schmidt, *Le sens de la naissance*, Éditions Jouvence, 2011 / Penny Simkin, *The Birth Partner*, Harvard Common Press, 2024

¹⁶ Blandine Calais-Germain, *Bouger en accouchant*, Éditions Désiris, 2009

À l'inverse, l'usage systématique comporte des enjeux documentés par le Dr Bernadette de Gasquet¹⁷. En coupant les sensations, on coupe aussi les réflexes de guidance évoqués précédemment. La femme perd souvent sa mobilité, se retrouvant assignée à la position sur le dos, la moins favorable à la physiologie (fermeture du bassin). Sur le plan hormonal, la péridurale peut diminuer la sécrétion d'ocytocine naturelle, entraînant souvent l'usage d'ocytocine synthétique qui peut rendre les contractions plus rudes pour le bébé, créant ainsi une "cascade d'interventions".

Envisager un accouchement sans péridurale ou un projet de naissance physiologique place souvent la femme dans une position de résistance face à une barrière d'idées et de pensées ancrées dans les esprits. Dès que ce souhait est exprimé, que ce soit auprès de l'entourage ou parfois même au sein de l'institution médicale, il se heurte fréquemment à une forme de scepticisme, voire à une ironie.

Les futurs parents font alors face à des remarques remettant en question leur capacité à résister face à la douleur, à des récits de souffrance visant à les ramener à la "raison" d'utiliser la péridurale ou pire, de l'ironie mettant en avant le fait de vouloir se « prouver » quelque chose alors que des solutions de confort existent.

Cette pression sociale est le reflet d'une culture oubliant la distinction fondamentale entre une douleur subie et une intensité choisie. Choisir la physiologie est alors perçu, non pas comme une réappropriation de sa puissance, mais comme un défi risqué ou une performance inutile aux yeux de tous. Pour la femme enceinte, cette pression peut devenir une source d'anxiété supplémentaire, l'obligeant à justifier sans cesse son désir face à une norme et craint également qu'en cas de « problème médical » durant l'accouchement, celle-ci soit tenue responsable.

L'enjeu n'est pas de juger cet outil, mais de garantir **le consentement libre et éclairé** (tel que rappelé dans le *Guide juridique de l'accouchement*).¹⁸ Il s'agit de s'assurer que la péridurale reste un serviteur au bénéfice de la femme, et non un maître qui lui dicte son accouchement par défaut, par pression culturelle ou médicale. Le Petit guide juridique de l'accouchement rappelle une vérité souvent oubliée sous la pression sociale : le consentement doit être "libre et éclairé" (Art. L. 1111-4 du CSP).¹⁹

¹⁷ Bernadette de Gasquet, *Accouchement : la méthode de Gasquet*, Éditions Marabout, 2015

¹⁸ *Le Petit guide juridique de l'accouchement*, plateforme de référence : <https://www.petitguidejuridique.fr/>, consulté en 2026

¹⁹ *Code de la Santé Publique*, Article L. 1111-4 (Loi Kouchner), 2002.

Réclamer le terme d'intensité pour décrire l'accouchement, c'est participer à une révolution sémantique. Là où le mot « souffrance » renvoie à l'impuissance d'un corps qui subit une agression, l'intensité évoque une force qui traverse la femme pour mettre son enfant au monde. Comme une ascension avec peu d'oxygène et de répit, l'accouchement demande un effort total, mais cet effort est productif.

En changeant de vocabulaire, on change de posture : la femme ne cherche plus à « supporter » mais à utiliser une puissance en elle. Cette distinction est fondamentale pour l'accompagnement de la Doula : elle ne vient pas soulager une victime de sa douleur, elle vient soutenir dans l'intensité. C'est cette réappropriation du mot qui permet de transformer l'expérience : on ne subit plus l'accouchement, on l'habite.



La Doula, gardienne de la bulle

L'accompagnement à la naissance ne consiste pas à supprimer la douleur, mais à offrir une présence qui permet de la traverser. Il est essentiel pour moi de rappeler que cet accompagnement s'adresse à tout type de projet de naissance, qu'il soit très médicalisé ou non. La puissance de l'enfantement et la préservation de la bulle sont valables pour chaque femme, y compris dans le cadre d'une péridurale, car l'enjeu reste le même : **protéger l'intimité et la connexion émotionnelle**. Nous allons ici aborder le rôle de la Doula comme protectrice de l'espace sacré de la naissance. Bien que la protection de cette "bulle" se tisse tout au long du suivi prénatal, ce chapitre se focalise sur l'instant présent de l'accouchement. C'est au cœur de cette intensité que notre présence prend tout son sens, permettant de transformer la perception de la douleur et d'illustrer ainsi ma réflexion sur le passage de la souffrance à la puissance.

La « Bulle » : Protéger le cerveau primitif

Le concept de « bulle », cher à Isabelle Challut²⁰, désigne cet état d'intériorité profonde où la femme qui accouche se coupe du monde extérieur pour se connecter à son corps et à son bébé. Pour que l'accouchement soit fluide, la femme doit quitter son néocortex (cerveau analytique) pour se brancher sur son cerveau archaïque, responsable de la sécrétion des hormones de la naissance. Notre rôle premier en tant que Doula, est de préserver au mieux cette bulle et de s'assurer que le monde extérieur ne vienne pas "percer" cette membrane invisible.

La mise en veille du néocortex (Le cerveau qui pense)

Comme l'explique Michel Odent, la stimulation du néocortex ²¹ (langage, logique, sentiment d'être observée) est le principal inhibiteur de l'accouchement.

- **Le silence et la parole minimale** : Je n'utilise pas de phrases complexes. Si je dois communiquer, j'utilise des sons ou des mots simples, rassurants et apaisants.

Exemple : Au lieu de demander « *Est-ce que tu veux que je t'aide à aller sur le ballon ?* », je vais simplement poser une main sur le ballon et murmurer : « *Le ballon ?* ». Moins elle doit formuler de pensées, plus elle reste dans sa bulle.

²⁰ Isabelle Challut, *Naître : Accompagner la vie*, Éditions de l'Homme, 2018

²¹ Michel Odent, *Le bébé est un mammifère*, Éditions l'Instant Présent, 2014

- **L'invisibilité bienveillante :** S'installer dans un coin de la pièce, hors du champ de vision direct de la femme, pour qu'elle ne se sente pas "évaluée" ou "regardée". Ma présence est ressentie comme une sécurité, pas comme une surveillance.
- **Le partenaire : co-gardien et soutien de la bulle :** Je me place en retrait pour laisser l'espace au couple, mais je reste disponible pour guider le partenaire si je sens qu'il perd pied ou qu'il ne sait plus comment agir. En période de grande intensité (comme la transition), le partenaire peut se sentir impuissant. Je l'aide à redevenir le point de repère de sa conjointe. Parfois, un simple échange de regard avec le partenaire suffit à lui confirmer que « tout est normal ». Cette validation lui permet de rester calme, évitant ainsi que son stress ne vienne percer la bulle par effet miroir.
Exemple : Je peux lui proposer de s'asseoir derrière elle pour qu'elle puisse s'adosser à lui, ou lui suggérer de lui proposer de l'eau entre deux vagues. En prenant soin des besoins logistiques (boisson, serviette fraîche, lien avec le personnel), je libère le partenaire de la charge mentale pour qu'il puisse être pleinement dans le "ressenti" avec sa femme.

La gestion sensorielle de l'environnement (baisser les stimuli)

Chaque sens est une porte d'entrée qui peut stimuler le cerveau rationnel. Ma mission est de "tamiser" ces entrées. Je peux faire bénéficier les mamans de mon sac de Doula avec des accessoires qui plaisent et apaisent souvent les femmes. L'idée est également dans le cadre des rendez-vous prénataux de définir les souhaits de la future mère mais aussi ce qu'elle ne souhaite pas (ex : odeurs sensibles, lumières sensibles...).

- **La vue :** L'obscurité est fondamentale. Les lumières d'hôpital sont souvent froides et crues
Geste concret : J'apporte des bougies LED, je tamise les lumières au maximum, je ferme les rideaux même en plein jour. Si le personnel doit faire un soin, je suggère d'utiliser une petite lampe de poche ou une lumière indirecte plutôt que de rallumer le plafonnier.
- **L'ouïe :** Les bruits de couloir, les bips des machines ou les conversations du personnel médical peuvent être intrusifs.
Geste concret : Je peux proposer un casque avec un "bruit blanc" ou une musique douce choisie en prénatal. Si le personnel parle fort dans la

chambre, j'interviens avec douceur : « *Elle est très sensible au bruit en ce moment, pouvez-vous parler plus bas ?* ».

- **L'odorat** : Les odeurs d'hôpital peuvent renforcer le sentiment de "pathologie".
Geste concret : Utiliser une huile essentielle d'ancrage (comme la lavande ou l'épinette noire, si le cadre le permet) sur un mouchoir pour créer un ancrage olfactif familial qui rassure le cerveau limbique (si validé avant la maman lors du suivi prénatal).
- **Le toucher et les contrastes thermiques** : Le corps a besoin de stimuli alternatifs pour **apaiser** le message de l'intensité et offrir une diversion sensorielle au système nerveux.
Geste concret : Proposer un peigne d'acupression à serrer dans la paume de la main pour créer un contre-stimulus nerveux. Appliquer un linge d'eau très fraîche sur la nuque ou une bouillotte chaude sur le bas du dos pour détendre les fibres musculaires.
- **Le Goût** : Souvent oublié, le goût est pourtant un levier puissant pour maintenir l'énergie physique et offrir un réconfort immédiat durant l'effort.
Geste concret : Proposer de petites touches de sucre rapide (comme une cuillère de miel ou un morceau de fruit frais) pour soutenir l'endurance de l'utérus. Offrir des boissons à la fois hydratantes et réconfortantes, comme une infusion tiède ou de l'eau de coco, servies à la paille pour que la femme n'ait pas à sortir de sa posture ou de sa transe. Le goût peut aussi servir d'ancrage : un baume à lèvres à la saveur familière peut suffire à apaiser une sensation de bouche sèche et à ramener un sentiment de douceur au cœur de l'intensité.

S'adapter à l'environnement : Sécuriser le lieu de passage

La « bulle » n'est pas un concept rigide ; elle est mouvante et doit être recréée quel que soit le lieu choisi par les parents. Mon rôle est d'identifier les défis de chaque environnement pour que la femme puisse y puiser sa puissance sans être distraite par le cadre.

À l'hôpital - Humaniser la technique et faire écran :

Dans un milieu médicalisé, la bulle est vulnérable aux protocoles et aux stimulations extérieures (moniteurs, va-et-vient, lumière crue). Mon rôle est de créer une interface entre l'institution et l'intimité du couple.

- **Protéger les sens** : L'environnement hospitalier stimule le néocortex par ses bruits et ses lumières.
- **Favoriser la mobilité malgré les moniteurs** : L'immobilité augmente la perception de la douleur.
- **Traduire le langage médical** : Le vocabulaire clinique peut être anxiogène.

En Maison de Naissance - Accompagner la liberté et l'autonomie :

C'est un environnement qui favorise naturellement la physiologie, mais l'intensité peut parfois impressionner. Mon rôle est d'encourager la femme à investir tout l'espace mis à sa disposition.

- **L'utilisation de l'eau et de la suspension** : Ces lieux offrent des outils précieux pour la gestion des sensations.
- **Soutenir l'endurance** : Sans la péridurale comme option immédiate, le découragement peut survenir.

À domicile - Préserver le sacré du foyer :

Le domicile est le lieu de l'intime, mais le quotidien (gestion de la maison, bruits familiaux) peut parfois percer la bulle.

- **Être la gardienne du lieu** : La femme doit pouvoir redevenir "mammifère" sans se soucier de l'organisation.
- **L'ancrage par les objets familiaux** : Utiliser des objets favorisant le sentiment de sécurité par leur valeur sentimentale.

L'urgence ou le changement de lieu imprévu - Garder le fil d'Ariane :

Si un transfert devient nécessaire (urgence ou besoin médical), la bulle risque d'éclater sous le coup de la panique ou du sentiment d'échec.

- **Maintenir la connexion émotionnelle** : Pendant le transfert (ambulance ou voiture), je garde un contact physique ou visuel constant.

- **Réinstaller le sanctuaire ailleurs** : Dès l'arrivée dans le lieu non choisi, je réinstalle immédiatement un repère sensoriel (une odeur d'huile essentielle connue, un mot doux). Je fais en sorte que l'urgence médicale ne devienne pas une urgence émotionnelle en restant le repère de stabilité pour le couple.

L'importance de la mobilité : Le mouvement comme moteur de l'intensité

L'immobilité est souvent la première source de souffrance lors d'un accouchement. Un corps qui ne bouge pas subit la contraction, tandis qu'un corps en mouvement l'utilise. La mobilité permet non seulement de soulager les sensations fortes, mais elle est surtout l'outil qui aide le bébé à s'engager et à descendre.

- **La verticalité et la gravité** : Rester debout ou accroupie permet à la gravité d'aider le bébé, exerçant une pression naturelle sur le col de l'utérus, ce qui favorise sa dilatation et s'avère souvent moins douloureuse qu'en position allongée.

Geste concret : Je suggère à la femme de s'appuyer contre le mur, sur son partenaire ou de se suspendre à une écharpe (ou au lit relevé). Je l'encourage à ne pas rester statique.

- **L'ouverture du bassin et la bascule** : Le mouvement du bassin permet de modifier les diamètres du bassin osseux pour créer de l'espace là où le bébé en a besoin à chaque étape de sa progression.

Geste concret : Utiliser le ballon de naissance pour permettre des rebonds doux et des rotations fluides du bassin.

- **La mobilité comme diversion sensorielle** : Le fait de bouger active d'autres récepteurs sensoriels dans le corps, ce qui aide le cerveau à ne pas se focaliser uniquement sur l'intensité utérine.

Geste concret : Encourager la marche lente dans la pièce ou dans les couloirs. Si la femme est sous péridurale ou alitée, je l'aide à changer de côté régulièrement, à utiliser des coussins pour mobiliser le bassin malgré l'alitement, afin que le corps reste acteur du processus.

- **L'écoute instinctive :** Ma posture consiste à encourager la femme à suivre ses propres impulsions de mouvement, car son corps sait instinctivement quelle position facilite le passage.

Geste concret : Si je vois la femme se mettre à quatre pattes ou s'étirer brusquement, je valide son geste. Je peux sécuriser sa position avec des coussins pour qu'elle puisse s'y abandonner totalement en autonomie et/ou avec son partenaire.

Analyse des résultats de l'étude de terrain

Afin d'ancrer ma réflexion dans la réalité vécue, j'ai mené une enquête auprès d'un échantillon de 80 femmes aux profils variés (âges, pays d'origine et expériences de maternité différents). Cette étude (en annexe) visait à comprendre comment les récits collectifs et l'environnement influencent la perception de l'accouchement.

L'influence des représentations et de l'entourage

- **L'image médiatique :** Une large majorité de 65.8% des femmes ont mémorisé l'image d'une « femme en crise, hurlante et passive » à travers les films et séries.
- **Les récits de l'entourage :** Pour 30 % des répondantes, ce sont les récits « tragiques ou effrayants (douleur, cris, urgence) » **et** « absents / tabou » qui dominaient leur entourage.
- **Le sentiment de peur :** Les récits entendus (famille, réseaux sociaux) sont perçus comme « majoritairement effrayants » par une part significative de l'échantillon..

Définition et perception de la sensation physique

- **La douleur comme signal :** 41.2 % des femmes définissent la douleur de l'accouchement comme un « signal d'intensité qui indique que le corps travaille et que l'étape avance ».
- **L'effort physique :** 26.2 % l'assimilent à un « effort physique extrême, comparable à un exploit sportif de haut niveau ».
- **La qualification du vécu :** Parmi les mères ayant déjà accouché, 42.5 % qualifient la sensation physique de leur accouchement comme une « puissance / intensité transformatrice ».

Le rapport à la douleur et à la souffrance

Les réponses libres sur la différence entre "douleur" et "souffrance" montrent une tendance claire :

- **La douleur est physique** : Elle est décrite comme une sensation corporelle, un signal ou un fait.
- **La souffrance est psychologique** : Elle est associée au mental, à l'émotion, au non-contrôle ou au fait de "subir".
- **L'appréhension** : La principale peur pour l'avenir reste « la douleur physique brute » (citée par de nombreuses répondantes n'ayant pas encore d'enfant).

Connaissance des droits et environnement

- **Méconnaissance des droits** : 39.7 % des femmes déclarent : « Non, je pensais qu'on devait suivre les consignes de l'hôpital » concernant leurs droits (liberté de position, luminosité, etc.).
- **Information** : Seulement 23.3 % des répondantes affirment être « très bien informées » sur ces sujets.

L'analyse de ces 80 profils confirme l'importance cruciale de l'accompagnement par une Doula.

- **Réhabiliter le récit** : Puisque 65.8 % des femmes ont une image passive et hurlante de l'accouchée, mon rôle est de leur transmettre une vision physiologique et puissante.
- **Réduire la souffrance par l'information** : Avec 42,8 % de femmes pensant devoir simplement "obéir" à l'hôpital, la Doula devient une alliée indispensable pour faire connaître les droits et permettre des choix éclairés.
- **Protéger l'intensité** : En aidant la femme à rester actrice de son mouvement et de sa "bulle", on s'assure que la douleur reste un « signal d'intensité » et ne bascule pas dans la souffrance subie.

Cette étude de terrain témoigne d'une grande richesse de perspectives grâce à un échantillon aux profils très variés. La mixité générationnelle, allant de femmes de moins de 25 ans à des femmes de plus de 55 ans, permet de voir que les appréhensions traversent les époques. Bien que la majorité des répondantes soient nées en France de par mes origines, l'ouverture à d'autres cultures (Canada, Philippines Togo, Syrie, Espagne, Belgique...) souligne que le besoin de soutien et d'information est universel, par-delà les frontières.

Qu'elles soient déjà mères de plusieurs enfants ou qu'elles n'aient pas de projet de grossesse, le constat reste le même : la peur de la douleur physique brute demeure une constante. Cette diversité de vécus confirme que, peu importe l'origine ou l'âge, la présence d'une Doula peut répondre à un manque réel de transmission et de connaissance des droits, essentiels pour transformer l'expérience de la naissance.

Conclusion générale

Conclure ce travail, c'est avant tout reconnaître que l'accouchement est bien plus qu'un acte mécanique : c'est un passage où l'histoire intime de chaque femme rencontre la grande réalité. Ce cheminement m'a permis de voir que la peur, si souvent manifestée comme une fatalité, est en réalité le fruit d'un héritage. En explorant les siècles de dépossession du savoir féminin et la persistance du « récit tragique » dans nos médias, j'ai compris que déconstruire cette crainte est le premier acte de libération.

Mais la déconstruction ne suffit pas car elle doit laisser place à la vérité du corps. En redonnant ses lettres de noblesse à la physiologie, on s'aperçoit que l'intensité n'est pas une erreur du système, mais une boussole. Comprendre l'alchimie des hormones et le rythme sacré du cerveau primitif permet de transformer ce qui était « subi » en une expérience « habitée ». C'est ici que la douleur change de nom pour devenir une puissance, une alliée biomécanique qui guide le mouvement et la vie.

Les voix des quatre-vingts femmes qui ont accepté de répondre à mon enquête résonnent en moi. Leurs récits soulignent une même soif de respect et d'information. Leurs chiffres nous rappellent que la souffrance naît souvent de l'ombre et de l'oubli de ses propres droits.

En tant que future Doula, je me prépare donc à devenir cette « gardienne de la bulle ». Ma mission ne sera pas de supprimer l'intensité, mais de veiller sur elle. Mon rôle est de m'assurer que, quel que soit l'environnement choisi, le plan de naissance, la médicalisation ou non, la femme puisse s'abandonner à sa transe en toute sécurité.

Finalement, ce mémoire confirme ma conviction profonde : on ne peut pas changer la naissance sans changer le regard que l'on porte sur le corps des femmes. En accompagnant chaque famille à transformer la peur en confiance, j'aspire à ce que l'accouchement ne soit plus une épreuve que l'on traverse les yeux fermés, mais une ascension que l'on gravit avec fierté, pleinement actrice de sa propre puissance.

Bibliographie

1. Ouvrages de référence

- **ANCELIN SCHÜTZENBERGER, Anne.** *Aïe, mes aïeux !*
- **BRABANT, Isabelle.** *Une naissance heureuse.*
- **BUCKLEY, Sarah.** *Gentle Birth, Gentle Mothering.*
- **BYDLOWSKI, Monique.** *La dette de vie.*
- **CALAIS-GERMAIN, Blandine.** *Bouger en accouchant.*
- **CHALLUT, Isabelle.** *Maman Naissance ou Naître : Accompagner la vie.*
- **DE GASQUET, Bernadette.** *Accouchement : la méthode de Gasquet.*
- **DICK-READ, Grantly.** *L'accouchement sans douleur.*
- **GASKIN, Ina May.** *Le guide de l'accouchement naturel.*
- **JORDAN, Brigitte.** *Birth in Four Cultures.*
- **ODENT, Michel.** *Le bébé est un mammifère.*
- **SIMKIN, Penny.** *The Birth Partner.*
- **SCHMIDT, Verena.** *Le sens de la naissance.*

2. Organisme de formation et supports pédagogiques

- **CHALLUT, Isabelle.** Supports de formation et conférences du *Centre Pleine Lune*.
- **CENTRE PLEINE LUNE.** Cahier de formation « Accompagnante à la naissance ».

3. Webographie (Ressources et sites web)

- **CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance) :** Pour les ressources sur le respect des projets de naissance et les droits des usagers.

- **OMS** (Organisation Mondiale de la Santé) : Recommandations sur les soins intrapartum pour une expérience positive de la naissance.
- **LE PETIT GUIDE JURIDIQUE DE L'ACCOUCHEMENT** : Plateforme de référence sur le consentement libre et éclairé.
- **EVIDENCE BASED BIRTH** : Pour les données scientifiques sur la physiologie et l'impact de l'environnement de naissance.
- **NAÎTRE ET GRANDIR** : Pour les fiches conseils sur la gestion de la douleur et l'accompagnement.
- **CÉSARINE** : Pour la documentation sur les accouchements par césarienne et les parcours de soins spécifiques.
- **RÉSEAUX SOCIAUX** (Instagram, TikTok) : Analyse des tendances sur le « Birth Trauma » et l'image de l'accouchée dans l'espace numérique.

4. Références juridiques et institutionnelles

- **Code de la Santé Publique** : Article L. 1111-4 (Loi Kouchner) relatif au droit à l'information et au consentement.
- **HAS (Haute Autorité de Santé)** : Recommandations pour l'accompagnement des femmes lors de l'accouchement normal.

5. Étude de terrain

- **NORMAND HERBRETEAU, Mathilde.** *« De la souffrance à l'intensité : regards croisés sur la perception de l'accouchement et de la douleur »* : 80 témoignages de femmes sur la perception de la douleur et de la souffrance lors de l'enfantement (Questionnaire Google Forms).

Annexes

Présentation de la démarche : Dans le cadre de ce travail de recherche, j'ai élaboré un questionnaire quantitatif et qualitatif diffusé entre février et mars 2026. L'objectif était de recueillir des données concrètes sur la manière dont les femmes, qu'elles soient déjà mères ou non, perçoivent la douleur de l'accouchement et l'influence des récits extérieurs sur leur propre vision.

Structure et logique du questionnaire : Le questionnaire a été conçu de manière dynamique (système d'entonnoir avec sections conditionnelles). La structure s'adapte en fonction du profil de la répondante pour garantir la pertinence des données recueillies :

1. **Section 1 – Profil des répondantes :** Identification de l'âge, du pays de naissance et du rapport à la maternité. C'est cette dernière réponse qui détermine la suite du parcours.
2. **Section 2 – Parcours « Déjà mère » (Embranchement A) :** Cette section s'affiche uniquement pour les femmes ayant déjà vécu un accouchement. Elle explore le vécu réel : environnement de naissance, recours ou non à la péridurale, et qualification de la sensation physique vécue (de la souffrance à la puissance).
3. **Section 3 – Parcours « Pas encore mère » (Embranchement B) :** Cette section s'affiche pour les femmes n'ayant pas d'enfant. Elle se concentre sur les projections, les appréhensions futures et l'influence potentielle de la peur sur le désir de maternité.
4. **Section 4 – Culture commune et représentations (Tronc commun) :** Toutes les participantes se rejoignent ici. Cette partie analyse l'impact des médias (films, séries), des réseaux sociaux et des récits familiaux. C'est aussi ici qu'est posée la question ouverte sur la distinction entre « douleur » et « souffrance ».
5. **Section 5 – Parcours « ne voulant pas d'enfant » (Embranchement C) :** Évaluation du niveau d'information sur le consentement éclairé et le cadre juridique de l'accouchement.

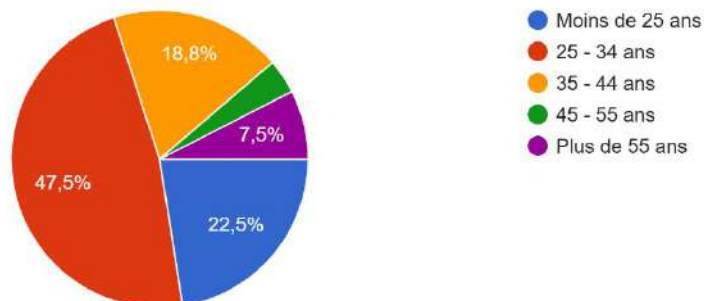
Échantillon L'étude repose sur les témoignages de **80 femmes**. La diversité des profils (âges variés et origines géographiques multiples : France, Canada, Togo, Syrie, Argentine, etc.) permet d'obtenir une vision globale et nuancée, soulignant le caractère universel du besoin de soutien et de déconstruction de la peur.

Voici le lien du questionnaire : <https://forms.gle/tVbEUy3D8nUgtRSd7>

Section 1 – Profil des répondantes

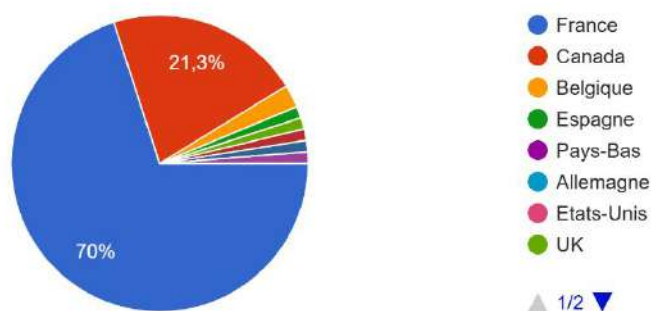
Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

80 réponses



Dans quel pays êtes vous née ?

80 réponses



Quel est votre rapport actuel à la maternité ?

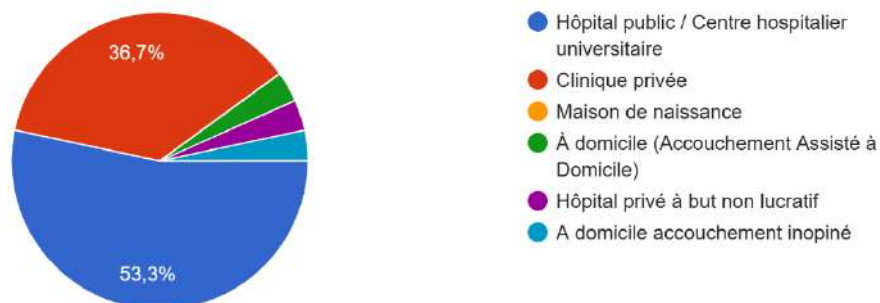
80 réponses



Section 2 – Parcours « Déjà mère » (Embranchement A)

Dans quel environnement avez-vous majoritairement accouché ? (si vous avez eu plusieurs accouchements, concentrez vous sur le premier).

30 réponses



Concernant la péridurale, quelle a été votre situation ? (si vous avez eu plusieurs accouchements, concentrez vous sur le premier).

30 réponses



Avec le recul, comment qualifieriez-vous la sensation physique de votre accouchement ? (si vous avez eu plusieurs accouchements, concentrez vous sur le premier).

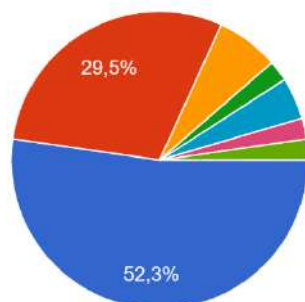
30 réponses



Section 3 – Parcours « Pas encore mère » (Embranchement B)

Si vous deviez accoucher demain, quelle serait votre principale appréhension ?

44 réponses

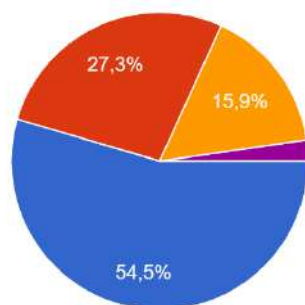


- La douleur physique brute
- La peur des complications médicales pour le bébé ou moi
- La peur de perdre le contrôle de mon corps
- La peur de l'environnement hospitalier
- Le regard des autres / le jugement si j...
- Je n'ai pas particulièrement d'appréhe...
- La vulnérabilité dans laquelle je serai
- La déchirure qui met du temps à se re...



Quelle est votre position actuelle sur la péridurale ?

44 réponses



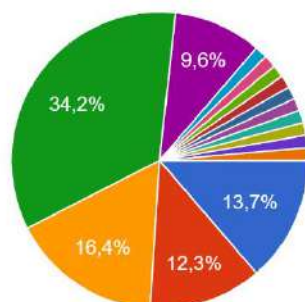
- C'est une évidence médicale, je ne vois pas pourquoi m'en priver
- C'est une option que je garde en secours si j'ai trop mal
- J'aimerais essayer sans, pour vivre l'expérience pleinement
- Je refuse catégoriquement la péridurale (projet physiologique strict)
- Je refuse la péridurale car j'ai peur des conséquences/de l'acte médical



Section 4 – Culture commune et représentations (Tronc commun)

Quel type de récits d'accouchement dominait dans votre entourage (mère, tantes, amies) ?

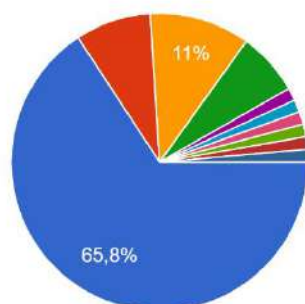
73 réponses



- Des récits "tragiques" ou effrayants (d...
- Des récits très médicaux (on parle d'a...
- Des récits absents (sujet tabou, silenc...
- Des récits positifs, inspirants et valoris...
- Des récits ironiques ("Tu verras quand...
- Des récits classiques, ni trop medicali...
- Sujet non abordé
- Vraiment très varié, mais le récit fonda...

À travers les films, docu ou séries, quelle image de l'accouchée avez-vous mémorisée ?

73 réponses



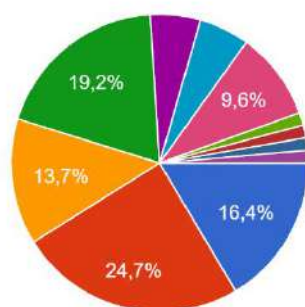
- Une femme en crise, hurlante et passive
- Une femme transportée d'urgence (sc...
- Une femme calme, actrice et connect...
- Un moment comique ou ridicule (par e...
- Une femme active qui hurle et qui est...
- Du bonheur
- Un peu de chaque
- Des femmes non préparées

▲ 1/2 ▼



Selon vous, comment définiriez-vous la douleur de l'accouchement ?

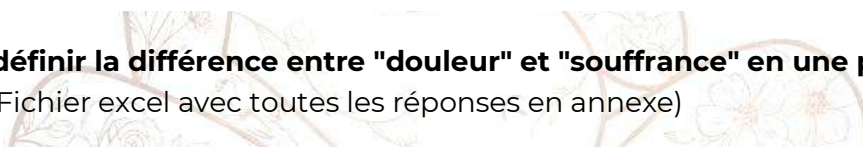
73 réponses



- Une composante intrinsèque de la nai...
- Un signal d'intensité qui indique que le...
- Une sensation qui m'inquiète et que je...
- Un effort physique extrême, comparab...
- Une barrière ou un obstacle qui peut e...
- Un passage nécessaire pour prendre...
- Un phénomène que j'ai du mal à défini...
- Je pense que c'est différent pour chaq...

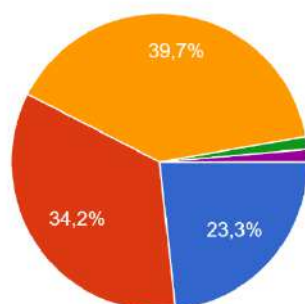
▲ 1/2 ▼

Pourriez-vous définir la différence entre "douleur" et "souffrance" en une phrase ? 73 réponses (Fichier excel avec toutes les réponses en annexe)



Connaissez-vous les droits des patientes (consentement, liberté de position pour accoucher, aménagement de la chambre, luminosité de la salle...) ?

73 réponses



- Oui, je suis très bien informée
- Je connais les grandes lignes
- Non, je pensais qu'on devait suivre les consignes de l'hôpital
- Il me semble qu'on peut faire une liste de vœux, mais tout dépend de si on accouche en clinique ou à l'hôpital, et...
- Je connais les grandes lignes et les livres comme la naissance en BD m'a ouvert l'esprit quant au fait qu'on ait pl...

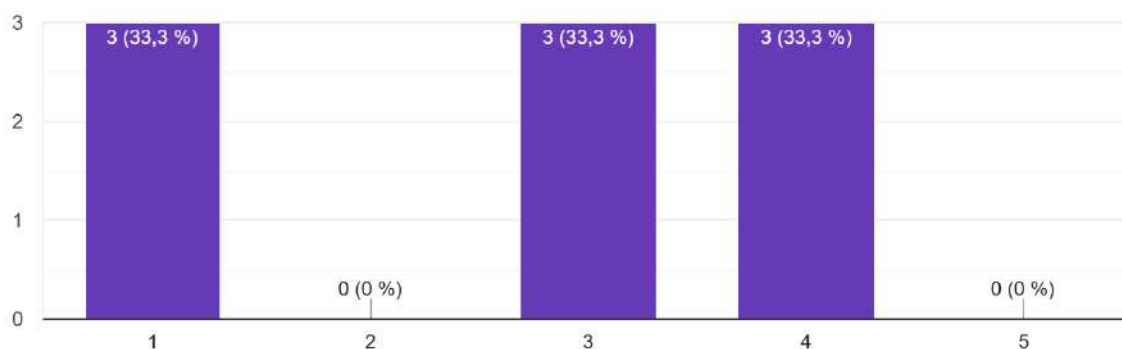
Avez vous un commentaire ? Envie d'exprimer quelque chose ? 27 réponses

(Fichier excel avec toutes les réponses en annexe)

Section 5 – Parcours « ne voulant pas d'enfant » (Embranchement C) :

La peur de la douleur ou de l'accouchement a-t-elle une influence sur votre décision actuelle de ne pas avoir d'enfant ?

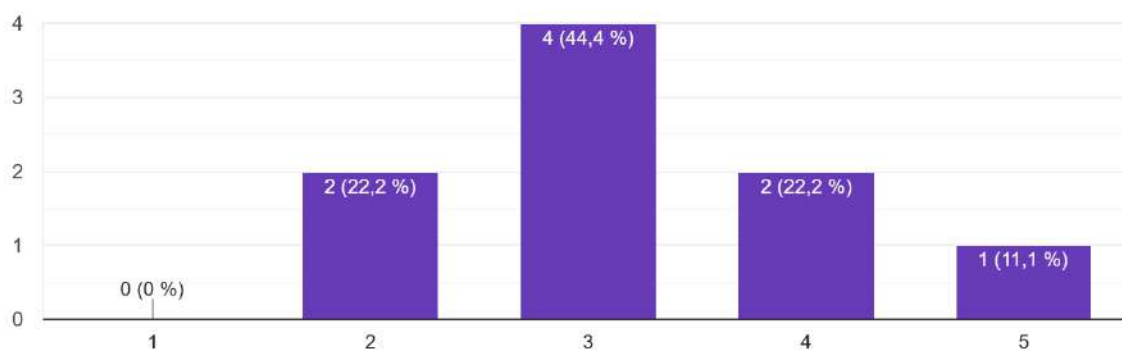
9 réponses



Quand vous imaginez un accouchement, quelle est la première image ou sensation qui vous vient à l'esprit ? 9 réponses (Fichier excel avec toutes les réponses en annexe)

Avez-vous le sentiment que les récits d'accouchement que vous entendez (famille, amies, réseaux sociaux) sont majoritairement rassurants ou effrayants ?

9 réponses



Avez vous un commentaire ? Envie d'exprimer quelque chose ? 2 réponses (Fichier excel avec toutes les réponses en annexe)