

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

L'ACCOUCHEMENT SANS
PÉRIDURALE :
UN CHOIX SOCIOLOGIQUEMENT
DÉTERMINÉ ?

EMMANUELLE PINEAU

NEE LE 7 FEVRIER 1985

DIRECTEUR DE MEMOIRE :
MME ANNE-CHANTAL HARDY

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

sommaire

INTRODUCTION	1
--------------------	---

premiere partie: la femme, un être social entre douleur et analgésie

1. LA DOULEUR, LES DOULEURS.....	2
1.1. DEFINITIONS ET PHYSIOLOGIE	2
1.1.1. <i>Un phénomène subjectif</i>	2
1.1.2. <i>Les différentes composantes de la douleur</i>	2
1.1.3. <i>Physiologie de la douleur</i>	3
1.1.4. <i>Les différents types de douleurs</i>	4
1.2. LA DOULEUR EN OBSTETRIQUE.....	4
1.2.1. <i>Topographie des douleurs du travail et de l'accouchement</i>	5
1.2.2. <i>L'accouchement : douleur réelle ou psychogène?</i>	6
2. L'EVOLUTION DE LA GESTION DE LA DOULEUR.....	8
2.1. DE L'INJONCTION BIBLIQUE AUX REACTIONS FEMINISTES : HISTOIRE DE L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR (ASD)	8
2.1.1. <i>Le poids du catholicisme et la valorisation de la douleur</i>	8
2.1.2. <i>Le réveil de la médecine dans le traitement de la douleur</i>	8
2.1.3. <i>Les mutations sociales de l'individu et de la famille</i>	9
2.1.4. <i>L'ASD et le féminisme : naissance d'une ère antidoloriste</i>	10
2.1.5. <i>L'échec de l'ASD et la naissance de la préparation prophylactique obstétricale (PPO)</i> ..	11
2.2. L'ANALGESIE PERIDURALE	12
2.2.1. <i>Contexte d'arrivée d'une technique révolutionnaire</i>	12
2.2.2. <i>Les sages-femmes face à la technique:un sentiment partagé</i>	14
2.2.3. <i>La question du sens et de l'utilité des douleurs de l'accouchement</i>	16
3. CLASSES SOCIALES ET RAPPORT AU CORPS	18
3.1 L'HOMME FACE A LA MEDECINE : NOTIONS DE CONSOMMATION ET DE COMPETENCE MEDICALE	18
3.1.1. <i>Les différences sociales dans la consommation médicale</i>	18
3.1.2. <i>La compétence médicale des différents groupes sociaux et leur relation au pouvoir médical</i>	19
3.2. LE CORPS COMME ENVELOPPE EMINEMMENT SOCIALE.....	21
3.2.1. <i>La culture somatique</i>	21
3.2.2. <i>La résistance à la douleur</i>	22

deuxieme partie: l'enquête: l'usage de la péridurale au chu de nantes en 2006

1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE TRAVAIL	23
2. MATERIEL ET METHODES.....	24
3. DESCRIPTION DE LA POPULATION	25
3.1. L'AGE DES PATIENTES	25
3.2. L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET LE LIEU DE RESIDENCE	26
3.3. LA PARITE.....	27
3.4. LA CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE (CSP)	28
3.4.1. <i>Définition de la variable CSP</i>	28
3.4.2. <i>Qui sont ces femmes dont la CSP est inconnue ?</i>	29
3.4.3. <i>Description de l'échantillon selon la classe sociale</i>	30

4. RESULTATS ET ANALYSE.....	31
4.1. ELEMENTS MEDICAUX ET HABITUS DE LA PATIENTE	31
4.1.1. <i>Les antécédents médicaux et le suivi des patientes varient-ils selon la classe sociale ?</i>	32
4.1.2. <i>Quels sont les effets des antécédents et du suivi de la patiente sur la pose de péridurale ?</i> ...	33
4.2. ELEMENTS OBSTETRICAUX	34
4.2.1. <i>Quelle influence a la classe sociale de la patiente sur le déroulement de la grossesse et du travail ?</i>	35
4.2.2. <i>Les effets du déroulement de la grossesse et du travail sur la pose de péridurale et l'impact de l'analgésie sur le travail et le postpartum</i>	36
4.3. L'ATTITUDE DES CLASSES SOCIALES FACE A LA PERIDURALE.....	37
4.4. DESCRIPTION PLUS QUALITATIVE DES « RESISTANTES » A LA PERIDURALE	39

troisieme partie: discussion: la péridurale,, l'apparition d'une réflexion complexe

1. LES LIMITES DE L'ENQUETE	41
2. DISCUSSION	41
2.1. POURQUOI ACCOUCHER SANS PERIDURALE ?	42
2.2. L'ELOGE DE LA MAITRISE DE SOI	42
2.3. L'ACCES A L'INFORMATION : PRIVILEGE D'UNE CLASSE	43
2.4. UN MOUVEMENT COMPARABLE AU CHOIX DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ?	45
2.5. LA PERIDURALE COMME CONSEQUENCE DE LA SURMEDICALISATION DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT ?	46
2.6. L'ACCOUCHEMENT SANS PERIDURALE : UN IDEAL POUR LES PRIMIPARES, UNE REALITE POUR LES MULTIPARES ?	47
2.7. L'ACCOUCHEMENT AVEC PERIDURALE : UN CHOIX POUR TOUTES ?	49
CONCLUSION	51

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXE I : formulaire de recueil de donnees

ANNEXE II : professions et categories socioprofessionnelles de niveau 2 : 24 postes

INTRODUCTION

Madame C. arrive en soufflant à la maternité. Les contractions douloureuses qu'elle ressent lui annoncent la venue de son premier enfant. Toutes les 3 minutes, la vague monte, enserre son ventre, son dos, l'empêche de parler, puis s'en va, laissant un corps et un visage dans l'attente de la prochaine contraction. Madame C souffle, et me glisse entre deux grimaces ces quelques mots, si simples et pourtant si paradoxaux : « je veux essayer sans ».

Essayer sans péridurale, voilà une phrase à laquelle j'aurai été confrontée de nombreuses fois pendant ces 4 années d'études. J'ai appris à accompagner ces femmes. Mais des questions persistent. D'où vient cette attirance vers la douleur ? Qui sont ces patientes qui refusent l'aide d'une technique si révolutionnaire ? Peut-on établir leur profil sociologique, pour mieux comprendre leur démarche et donc améliorer notre accompagnement ?

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser à l'évolution de la gestion de la douleur au sein d'une société en pleine mutation, où l'émergence de l'individu et les modifications du schéma familial ont participé à l'évolution du statut de la femme. Cette première partie est également l'occasion d'aborder le rapport qu'ont les différentes classes sociales, au corps et à la médecine.

Dans un second temps, nous allons analyser l'usage de la péridurale au CHU de Nantes en 2006, en comparant la population des femmes ayant accouché sous péridurale, à celle des femmes n'ayant pas eu d'analgésie.

Enfin, en dernière partie, nous dégagerons des pistes de réflexion, afin d'expliquer l'attitude des femmes face à la douleur et de comprendre comment différents facteurs peuvent influencer leur décision.

PREMIERE PARTIE : LA FEMME, UN ETRE SOCIAL ENTRE DOULEUR ET ANALGESIE

1. LA DOULEUR, LES DOULEURS

1.1. Définitions et physiologie [7, 27, 34]

1.1.1. Un phénomène subjectif

Dans toutes les civilisations et quelles que soient les époques, la douleur est présente dans les récits, compagne inévitable de l'Homme depuis toujours. Expérience à la fois universelle et tout ce qu'il y a de plus intime et personnel, la sensation douloureuse est connue de tous et est pourtant très privée, composite d'expériences passées, présentes et d'appréhensions à venir. On ne peut qu'imaginer la douleur de l'autre, l'interpréter en fonction de nos propres expériences douloureuses mais on ne peut en aucun cas la comparer à nos sensations.

Une définition précise et complète capable de faire ressortir le caractère à la fois pluridimensionnel et subjectif de la douleur serait vaine. En 1979, l'IASP (International association for the Study of Pain) élabore une définition qui sera ensuite adoptée mondialement : «La douleur est une expérience sensorielle affective désagréable due à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en les termes d'une telle lésion». Henri Laborit (biologiste et philosophe du comportement animal et humain surtout) parle lui de « dimension sociale de la souffrance ».

1.1.2. Les différentes composantes de la douleur

Le phénomène douloureux est une expérience sensorielle et fait donc appel à plusieurs éléments :

La composante sensori-discriminative correspond aux sensations du patient en termes de qualité, de localisation, de durée et d'intensité du stimulus.

L'aspect affectif s'ajoute à la sensation et donne ainsi une valeur positive ou négative à l'expérience. Il en ressortira une sensation de plaisir ou de douleur.

La dimension cognitive représente la signification donnée à cette douleur en faisant appel à l'éducation, la culture. Elle influence la perception et le comportement de l'individu.

Le comportement, les manifestations observables chez un sujet douloureux sont très variables (cris, grimaces, plaintes, mutisme...). Elles dépendent de multiples éléments tels que l'origine de la douleur, sa durée ou encore la personnalité du sujet. De telles manifestations ne sauraient être adressées qu'au sujet lui-même, qu'à sa propre conscience, elles doivent être comprises au contraire comme un moyen de communiquer avec son entourage, un appel à l'aide ou un besoin de reconnaissance par exemple.

Nous comprenons ainsi que la manière de ressentir, d'interpréter et de réagir à un même stimulus ne peut être en tous points identique pour deux personnes, ni même pour une seule personne à deux moments de sa vie.

1.1.3. Physiologie de la douleur [7,27]

Jusqu'aux années 60, les traitements et la gestion de la douleur se basaient sur la théorie de l'existence de fibres nerveuses spécifiques transmettant le message à un centre nerveux de la douleur. Celui-ci, après avoir interprété les informations, commande les réactions de l'organisme via des fibres efférentes.

En 1965, la théorie du « Gate Control » ou théorie du « Portillon » balaye ces notions et établit l'existence de systèmes de régulation, de filtres du message douloureux. Les terminaisons nerveuses libres situées au niveau du derme et de l'épiderme, aussi appelées nocicepteurs, réagissent à tous les stimuli (mécaniques, thermiques, chimiques) même les plus légers, qu'ils codent afin de les transmettre aux centres nerveux via les nerfs nociceptifs. Or un message codé par ces récepteurs comme étant douloureux ne sera pas forcément décodé par l'individu comme sensation douloureuse, et ce, grâce à la présence d'intermédiaires régulant les messages et ne laissant passer que les plus intenses.

Par ailleurs, la découverte des endorphines et de récepteurs à la morphine au sein du système nerveux, a contribué au réveil de la médecine dans ce domaine. Le système nerveux est capable de filtrer la douleur et de produire ses propres opiacés. La souffrance ne peut donc plus être considérée comme une fatalité. On peut agir pour l'atténuer, et ce, plus seulement chirurgicalement, mais avec l'aide de la pharmacologie et de la psychologie. Une nouvelle spécialité médicale est née.

1.1.4. Les différents types de douleurs

Nous ne pouvons parler de l'expérience douloureuse sans évoquer sa diversité. Une rage de dents ne doit pas être envisagée sous le même angle que des lombalgies et c'est pourquoi les douleurs doivent être classées. Il en existe deux types principaux :

La douleur aiguë est transitoire, provoquée par des stimuli dommageables pour les tissus. Elle est une alarme dont la fonction est la protection de l'organisme. Elle permet dans la plupart des cas d'orienter le diagnostic et le traitement de son étiologie la fera disparaître rapidement.

La douleur chronique à l'inverse correspond à une douleur persistante ou récurrente depuis plus de six mois. Elle peut accompagner une lésion ou apparaître des mois après sa guérison et peut même se présenter sans qu'aucun problème organique n'ait eu lieu. On ne lui accorde aucune fonction d'alerte, elle est donc totalement inutile et peut s'avérer rapidement invalidante et destructrice sur le plan psychologique et social ainsi que somatique en altérant l'appétit et le sommeil. L'origine de ces douleurs n'est pas constante :

Les douleurs d'origine nociceptive proviennent d'une persistance d'un message d'alerte.

Les douleurs neurogènes prennent leur source dans un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central et entraînent des sensations à type de brûlures ou de lacérations à la suite d'une amputation ou d'un zona par exemple.

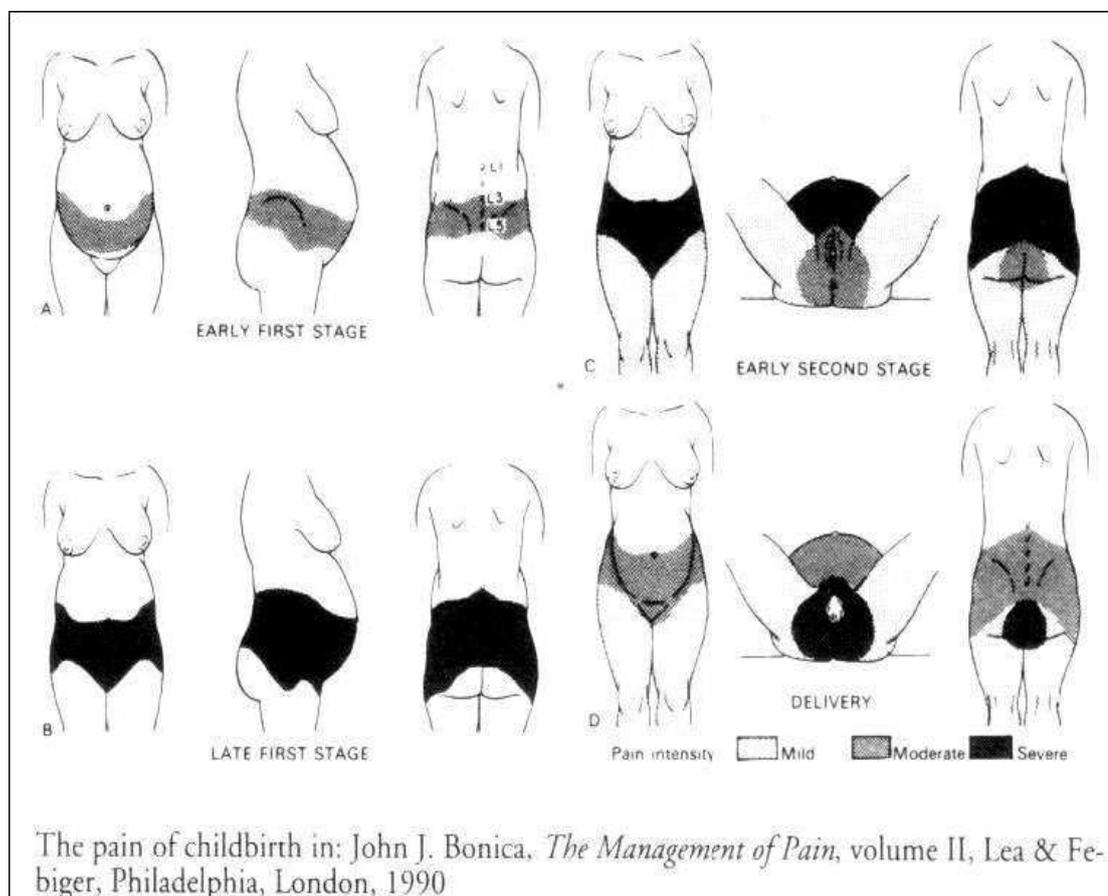
Les douleurs seront étiquetées *psychogènes* par élimination. La douleur est ressentie à divers endroits et décrite selon un discours imagé dans un contexte de dépression, d'alcoolisme, de travail pénible ou encore d'adolescence vécue difficilement.

1.2. La douleur en obstétrique

Les accoucheurs ont commencé à s'intéresser aux douleurs de l'accouchement avec plus d'attention à la fin de la seconde guerre mondiale. Les mutations sociales font ressortir à l'époque une autre vision de la famille, un individualisme et un besoin de confort auquel on ne prêtait guère attention tant les risques de mort fœtale et maternelle étaient élevés. Les avancées de la médecine et le développement de l'asepsie ont permis l'émergence de cette soif de qualité de vie.

1.2.1. Topographie des douleurs du travail et de l'accouchement [27]

L'accouchement est le parcours du combattant dans le récit des femmes. On distingue plusieurs phases dans la sensation douloureuse.



Le début du travail est caractérisé plutôt par un inconfort qu'une douleur véritable. La projection cutanée de cet inconfort sera antérieure ou postérieure, selon la position du fœtus. La douleur va s'intensifier et changer de localisation au cours de la dilatation et de la descente du mobile fœtal.

La phase de dilatation engendre des douleurs par distension du segment inférieur et déchirure du col. Les récepteurs sensitifs plus nombreux au niveau du segment inférieur envoient des messages aux plexus sympathiques lombaires pour atteindre les cordons postérieurs de la moelle en D10-L1. La douleur est ressentie dans la région sous ombilicale ou lombo-sacrée selon que la présentation est antérieure ou postérieure puis s'étend à tout l'abdomen à mesure que la dilatation progresse.

La phase de descente et de rotation procure des douleurs correspondant à l'écartement des os du bassin, à l'étirement des annexes et des ligaments soutenant les organes pelviens voisins et à la compression des racines lombo-sacrées. La douleur, donc d'origine extra-utérine, est ressentie en sous ombilical et au niveau des vertèbres lombaires et de la moitié supérieure du sacrum.

Enfin, durant **la phase d'expulsion** la douleur liée à l'étirement du segment inférieur est associée à celle due à la pression de la tête sur le pelvis et le périnée. La distension des racines nerveuses lombo-sacrées, des tissus du vagin, des ligaments utérins, du péritoine, de la vessie et du rectum produit une douleur qui s'étend dans toute la région sous ombilicale ainsi qu'au niveau du périnée et de chaque côté du vagin. La vulve normalement indolore par l'ischémie locale peut être le lieu de douleurs en cas de contraction périnéale simultanément à l'expulsion.

Tout au long du travail, aux douleurs des contractions, de dilatation et de progression du fœtus dans la filière pelvienne, s'ajoutent des douleurs de type musculaire dans les bras, les jambes et le dos correspondant aux postures adoptées par la parturiente.

1.2.2. L'accouchement : douleur réelle ou psychogène? [6, 10, 29, 30, 34]

Malgré les récits de la plupart des femmes ayant accouché qui témoignent de la véracité des douleurs, ainsi que la parution de nombreuses études démontrant que ces douleurs obstétricales ont toujours existé, les avis restent partagés quant au caractère dorigène des contractions utérines. La question est de savoir si le travail est une source réelle de douleur ou s'il s'agit de la révélation d'une souffrance dont les origines pourraient être antérieures ou extérieures à lui.

Pour certains médecins, comme Claude-Emile TOURNE, l'explication siège dans le modèle du réflexe conditionné décrit par PAVLOV. Selon lui, « *le " tu enfanteras dans la douleur "*, associé aux expérimentations ancestrales de danger de la mise au monde [...] ont installé le concept dans le quotidien des êtres sociaux que nous sommes par la mise en place d'un modèle mémorisé d'origine culturelle qui précède l'expérimentation » [29]. Autrement dit, la contraction utérine est associée au phénomène douloureux dans l'esprit de tout le monde, même de ceux qui n'ont pas connu cette sensation et ne la connaîtront jamais.

Pour d'autres scientifiques encore, l'accouchement étant un phénomène naturel non pathologique, il ne peut pas être douloureux. Cette théorie est fondée sur trois affirmations qui s'avèrent discutables :

Un processus naturel ne peut être douloureux : mais l'étirement, les forces et les déchirures qui s'exercent sur les tissus sont forcément douloureux.

Les animaux ne souffrent pas à la mise bas : le cri est, il est vrai, plus faible voire absent mais il est atténué pour se protéger des prédateurs. L'observation du phénomène chez l'animal révèle d'autres signes de douleurs. Par ailleurs, l'animal, étant non bipède, a naturellement un col de l'utérus plus mince car nécessite une moindre épaisseur pour soutenir les organes pelviens, donc la dilatation n'en sera que moins douloureuse.

Enfin **la douleur serait avant tout d'origine culturelle et environnementale** : des recherches sur l'accouchement dans les sociétés primitives ont été effectuées et il en ressort également un vécu douloureux.

A l'inverse, John Bonica¹, jeune anesthésiste américain, reste convaincu de la sévérité des douleurs ressenties et retrouve par ses études 20 % de douleurs très sévères, 30 % de douleurs sévères, 35 % de douleurs modérées et 15 % de femmes n'ayant ressenti aucune douleur. Melzack, chercheur et médecin à Montréal établit, quant à lui, la liste des facteurs influençant l'intensité des douleurs : **les facteurs obstétricaux** (la parité, la dilatation, la présentation fœtale), **les facteurs physiologiques** (le poids, la pratique régulière d'un sport), **les facteurs psychologiques** (la préparation à l'accouchement, l'anxiété) et enfin, **les facteurs environnementaux** (absence d'accompagnement, hôpital surchargé).

S'ajoutent à cela, la fatigue, le manque de sommeil, la malnutrition qui amplifient également l'intensité de la sensation douloureuse.

Remarquons que les facteurs culturels n'influent pas selon lui sur l'intensité de la douleur mais plus sur l'expression de la sensation.

¹ Le Dr John Bonica (1917-1994) est un jeune anesthésiste américain à qui l'on doit un changement radical de la représentation de la douleur. En 1944, il s'interroge face aux douleurs rebelles des soldats américains rapatriés du front du Pacifique et comprend la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur.

2. L'EVOLUTION DE LA GESTION DE LA DOULEUR

2.1. De l'injonction biblique aux réactions féministes : histoire de l'Accouchement Sans Douleur (ASD)

2.1.1. Le poids du catholicisme et la valorisation de la douleur

Dans les plus anciens manuscrits médicaux, la douleur apparaît soit comme une expérience valorisante pour l'homme, soit comme une fatalité pour la femme (douleur obstétricale), mais il est certain qu'elle ne laisse personne indifférent. Toutes les civilisations ont cherché à lui attribuer une origine, une signification.

D'abord interprétée comme la malfaisance de quelques démons contre laquelle on ne pouvait rien, la douleur est ensuite étudiée par Hippocrate puis Galien. Ils lui attribuent une fonction d'alarme pour l'organisme et cherchent par la même occasion des moyens de la soulager.

Puis au Moyen Age, l'ère judéo-chrétienne associe à la douleur une notion de châtement en cas de faute et la valorise quand elle devient la condition pour une récompense possible dans l'au-delà. Le célèbre adage biblique¹ a imprégné pendant des siècles l'approche des douleurs de l'accouchement en leur donnant une justification : le rachat de la faute originelle par la purification et l'accession au statut de mère. Le principe doloriste a permis aux praticiens de continuer à ignorer les douleurs pendant longtemps voire de rappeler leur dimension rédemptrice [7].

2.1.2. Le réveil de la médecine dans le traitement de la douleur

A la renaissance, grâce à la levée des interdictions religieuses en matière de recherche anatomique, la douleur va pouvoir prendre place dans la conscience médicale et le corps s'affranchir du dolorisme. La lutte contre la douleur devient peu à peu un impératif de la médecine occidentale. La douleur est considérée comme dévastatrice².

¹ Il dit à la femme : « je multiplierai les souffrances de tes grossesses : dans la souffrance tu enfanteras tes fils ; tu ne pourras te passer d'un mari et lui dominera sur toi » (Genèse 3 ; 10)

² Pour René Leriche, Chirurgien français (1879-1955), « la douleur n'est pas sur le plan de la nature [...], [qu'] elle n'est pas non plus dans l'ordre de la physiologie comme un bienfaisant avertissement de défense [...]. Réaction de défense ? Mais contre quoi ? Contre le cancer qui ne fait mal d'habitude qu'au moment où il tue ? [...] La douleur ne protège pas l'homme, elle le diminue. »

Les premières « pain clinics » fondées aux Etats-Unis par John Bonica en 1953, puis en France par le chirurgien René Leriche, permettent de réunir une équipe pluridisciplinaire afin de traiter la douleur comme symptôme à part entière. La consultation devient un lieu d'écoute et la relation entre le patient et son médecin change [5].

Pour autant, la douleur obstétricale reste une oubliée de la médecine. La société française a, jusqu'aux années 1950-1960, valorisé la souffrance physique, l'associant aux notions de travail et de création [23]. Pourquoi n'a-t-on pas pris en charge la douleur des contractions utérines avec autant de ferveur que les autres douleurs ? Cette permanence de la culpabilisation du désir féminin est à l'origine de ces comportements. La femme est encore positionnée en épouse dominée, passive dépendante de son mari et en mère dévouée. Elle n'a accès à aucune éducation ayant rapport au corps, aucune information sur la physiologie de l'accouchement, brimée par les tabous encore très présents à l'époque. Accoucher dans la peur et la douleur est un moyen pour elle d'accéder à un nouveau statut social, d'être valorisée.

2.1.3. Les mutations sociales de l'individu et de la famille [11, 16, 23, 33]

Au début des années 1950, la place de la femme évolue. Elle va revendiquer et peu à peu acquérir de nouveaux droits (instruction, vote, travail) sans pour autant nier sa spécificité qu'est la maternité en cette période de baby-boom. L'état de santé du couple mère-enfant s'améliore nettement. Les femmes sont en effet plus réceptives aux mesures d'hygiène préconisées et la médecine préventive s'est beaucoup développée dans le domaine de la périnatalité entre les deux guerres. Aux maternités à répétition, les femmes préfèrent le confort et accordent une importance nouvelle à leur couple. La société devient narcissique, le taux de fécondité diminue par l'arrivée de la contraception et le nouveau-né fait l'objet de plus en plus d'attention.

Un besoin de sécurité émerge et la fréquence des accouchements à domicile diminue peu à peu au profit de l'accouchement à l'hôpital. Celui-ci se modernise afin de rendre la naissance plus humaine: les salles communes disparaissent, les visites sont autorisées.

Le rapport à la mort change également. Le cycle des générations était accepté, considéré comme une fatalité, mais depuis le 19^{ème} siècle, la mort se teinte désormais d'une coloration dramatique devenant un ennemi à combattre en priorité.

2.1.4. L'ASD et le féminisme : naissance d'une ère antidoloriste [11, 32]

Au cours des années 1950-1970, c'est la douleur qui devient un symptôme à traiter. Dans ce contexte de déclin des valeurs morales du catholicisme, la société devient antidoloriste et féministe et apparaît le concept d'Accouchement Sans Douleur.

Cette technique importée d'URSS par Fernand Lamaze (obstétricien français, 1891-1957) est soutenue par l'équipe de la polyclinique des métallurgistes (appelée plus tard polyclinique des Bleuets). Elle repose sur le postulat que la contraction utérine n'est pas dorigène et que les douleurs proviennent d'un modèle culturel induit par les écritures bibliques dont la société serait imprégnée. La peur transmise aux femmes de génération en génération générerait la douleur sur le mode du réflexe conditionné décrit par Pavlov. Le déclin des valeurs doloristes judéo-chrétiennes ne suffisant pas à endiguer le phénomène, l'ASD est alors présenté comme le moyen de déconditionner puis de reconditionner positivement les femmes par la connaissance de leur corps. La contraction est naturelle, la douleur signale un dysfonctionnement, les deux ne sont donc pas liés. Et c'est bien ce message que Lamaze et son équipe décident de transmettre.

Toute évocation de la douleur est proscrite et cette asepsie verbale permet le déconditionnement des esprits. La maîtrise de soi, l'apprentissage de la relaxation et de la concentration sont autant de moyens mis en oeuvre pour rendre la femme actrice de son accouchement. L'accès à la connaissance de son corps, de ses compétences comme moyen de lutter contre la douleur est un principe novateur.

L'ASD rencontre un immense succès durant cette période de mutation sociale du couple. Les témoignages de réussite ne tardent pas à arriver. Lamaze et son équipe ont alors la certitude que raison garder permet de maîtriser sa douleur et décident de généraliser la méthode. Des cours de préparation remboursés par la sécurité sociale dès 1959 font leur apparition. Pour la première fois, les sages-femmes et les médecins transmettent leurs connaissances aux patientes. Le rôle du père change. Il est introduit dans l'aventure en participant aux séances. Il devient l'accompagnateur privilégié à l'accouchement, très admiratif de sa femme.

2.1.5. L'échec de l'ASD et la naissance de la préparation prophylactique obstétricale (PPO) [11, 23]

La méthode a tout pour réussir en théorie mais des critiques ne tardent pas à se faire entendre. Il est vrai que les relations homme-femme commencent à évoluer mais de nombreuses femmes encore dominées et brimées par leur mari n'ont pas accès à cette préparation.

Par ailleurs, on va rapidement se rendre compte que les témoignages occultent la douleur. En effet, tout comme le droit de vote, la méthode d'Accouchement Sans Douleur est présentée comme une forme de confiance accordée aux femmes. Elles se doivent donc de prouver qu'elles sont capables de conduites rationnelles et de maîtrise. Cette pression introduite par l'ASD, engendre la dévalorisation de celles qui ont échoué. Par ailleurs, les séances de préparation deviennent le moyen pour les professionnels de transmettre aux patientes les règles de bienséance admises à l'hôpital. Le cri dérange et les patientes deviennent dociles. Il faut taire la douleur et l'oublier, comme s'il était devenu indécent de se souvenir de ses souffrances après avoir été aussi bien « récompensée ». Ne dit-on pas « c'est le mal joli, dès que c'est fini on en rit » ?

De plus, cette méthode est rapidement mise à mal à la fois par les psychanalystes et par les « anti-Pavlov » qui assurent que la contraction utérine est bien dorigène et que la simple concentration ne peut suffire à l'indolorisation. Ils mettent en doute la véracité des résultats de Lamaze. Ils pensent que la suggestion et l'atmosphère politique expliquent les bons résultats soviétiques¹ mais que la généralisation de la méthode en France n'est pas possible. Néanmoins le fait d'accompagner les femmes, de les préparer psychologiquement et physiquement a attiré l'attention des accoucheurs. Cette méthode permet aux patientes d'aborder l'accouchement sans tenter d'éliminer la douleur mais en essayant seulement de l'atténuer.

Puis, rapidement la péridurale fait son apparition. C'est la première technique réellement efficace pour accoucher sans douleur et en pleine conscience. L'ASD tombe en désuétude et laisse place à « l'accouchement sans crainte » qui deviendra ensuite la Préparation Prophylactique Obstétricale (PPO), méthode complémentaire de la péridurale.

¹ Cette théorie est devenue la norme imposée à tous les médecins soviétiques mêmes si elle s'oppose à leurs propres convictions. Ils doivent reconnaître la suprématie absolue de Staline et inscrire leurs travaux dans les directions que celui-ci a fixées.

2.2. L'analgésie péridurale [1, 2, 23]

2.2.1. Contexte d'arrivée d'une technique révolutionnaire

La douleur étant jugée nuisible et inutile, le désir d'antalgie est devenu un droit pour la femme des années 90. L'attitude vis-à-vis de la naissance est révélatrice de mutations sociales profondes au sein de la société. L'émergence de l'individu, la volonté de confort et de sécurité en sont les principes clés.

Technique expérimentée dès le début du 20^{ème} siècle, l'analgésie péridurale (APD) est introduite dans la chirurgie française en 1960, notamment en urologie [27]. C'est au début des années 1980 qu'elle envahit les maternités¹. Dans un premier temps elle n'est utilisée que dans certains cas considérés à risque de césarienne ou d'extraction instrumentale. Puis elle voit ses indications (et son remboursement par la Sécurité Sociale) se généraliser à toutes les parturientes qui la souhaitent, présentée à la fois comme un élément de confort et comme une garantie de sécurité pour le couple mère enfant.

En effet il est prouvé que la douleur et le stress engendrent la libération d'hormones hypophysaires qui ont pour conséquence une décharge sympathique et donc une tachycardie et une hypertension artérielle maternelle. La redistribution du sang vers les organes nobles crée une ischémie utérine, puis un travail dysfonctionnel et une diminution de l'oxygénation fœtale, favorisée également par l'hyperventilation maternelle. Vouloir se passer d'analgésie en vue d'accéder pleinement aux sensations est considéré comme une déviance sociale.

En outre c'est le prémice de profonds changements dans la relation entre le patient et le médecin. Pour la première fois, une décision médicale est laissée au choix de l'usager qui se retrouve alors dans une position consumériste. La péridurale est associée à la technique médicale de pointe, à la sécurité et pèse rapidement dans la balance quant à l'attractivité des établissements. Mais c'est également la baisse des accouchements à domicile au profit de l'hôpital qui engendre le développement de cette technique. En effet, devant l'affluence croissante de patientes dans les hôpitaux et pour faire face à la pénurie de professionnels, la nécessité de programmer le travail s'est imposée [12]. Tout comme la perfusion d'ocytocine, la rupture artificielle des membranes, ou le monitoring continu du cœur fœtal, la péridurale est un des outils

¹ En 1957, aux Etats-Unis, 80% des accouchements se font sous APD, contre seulement 3.9% en France en 1981. Ce n'est qu'en 1985 que les anesthésistes reçoivent une formation spécifique à la pose de péridurale.

de rationalisation du travail soignant. Efficacité et anticipation sont devenus les maîtres mots dans un service où par définition prévoir l'activité s'avère impossible.

Sous un alibi sécuritaire, l'APD reste un geste délicat. Son but initial est d'analgésier les nerfs sensitifs pour amoindrir la sensation douloureuse, mais elle atteint aussi les nerfs moteurs en diminuant la contractilité de l'utérus et des autres muscles tels que les psoas intervenant dans la flexion et la rotation du bébé et les abdominaux nécessaires à l'expulsion. De nombreuses études démontrent l'augmentation sous péridurale des défauts de rotation de la tête fœtale, des ralentissements du travail ou encore des extractions instrumentales.

Derrière la volonté de confort pour les patientes, se cache aussi un confort pour les professionnels [16]. Ceux-ci se retrouvent face à des femmes plus silencieuses voire souriantes ce qui favorise une relation plus égalitaire moins infantilisée. Les mœurs évoluent autour de la naissance et on incite les femmes à adopter des habitudes de vie socialement correctes pendant leur grossesse et leur accouchement. Il faut respirer le bonheur et la santé lorsque l'on est enceinte. De la même manière que la méthode de Lamaze avait introduit dans les salles d'accouchement le devoir de maîtrise de soi, la péridurale devient le seul moyen pour les femmes de satisfaire à la bienséance qui est de rigueur. Maï Le Du dit à ce sujet que « certaines femmes rationalisent le recours à la péridurale par la possibilité qu'elle offre de rester conscientes, de fuir l'instinct, l'animalité, la « nature » symboliquement attribuée au féminin, pour se conformer aux attentes aseptisées et technologiques (symboliquement très masculines), du monde médical auquel elles se livrent. » [23]

Autant la concentration peut atténuer la douleur¹ quand l'environnement autour n'est pas anxiogène, autant le milieu hospitalier induit une douleur difficilement gérable par la relaxation. En effet, il a été démontré qu'une femme non angoissée secrète des endorphines qui sont des anti-douleurs qui favorisent le lâcher prise, et donc l'enfantement et l'attachement, et de l'ocytocine à effet contractile sur l'utérus. Il conviendrait donc de ne pas perturber les sécrétions hormonales car la simple injection d'hormones de synthèse (quasi systématiquement utilisées après une pose de péridurale) perturbe cela. La péridurale qui se révèle donc une solution à un certain nombre de problèmes liés à l'organisation générale, plutôt anxiogène, de la

¹ D'après Hélène Deutsch, psychanalyste (1884-1982), « si les éléments perturbateurs intérieurs et extérieurs sont bien maîtrisés [...], et si, [...] l'excès de la peur et de la souffrance parvient à être supprimé, l'accouchement est la plus enrichissante expérience de la femme [...]. »

naissance en France, est devenue une sorte de pré requis à l'accouchement normal¹ [12].

2.2.2. Les sages-femmes face à la technique : un sentiment partagé [1, 13, 16, 33]

Comment les sages-femmes ont-elles vécu l'arrivée de cette technique au sein des salles de naissance ? Est-ce un confort pour elles ou au contraire un obstacle à l'exercice de leur profession ? Sachant que tous les actes et toutes les prescriptions autorisées aux sages-femmes peuvent être effectuées par les médecins, les sages-femmes ont en théorie aucune spécificité professionnelle. En pratique elles revendiquent comme véritable spécialité tout le versant relationnel, l'accompagnement de la parturiente.

De nombreuses sages-femmes ont vu dans la péridurale un ennemi qui ampute leur spécificité, ce qui leur apporte le plus de satisfaction. Selon elles, le relationnel va être relégué au second plan et l'utilité de la PPO, dans laquelle elles se sont beaucoup investies, est remise en cause. Ces critiques cachent surtout une profonde interrogation quant à l'autonomie des sages-femmes et au bouleversement de leur profession. La redistribution des tâches et la cohabitation imposée avec une deuxième tutelle médicale leur font craindre d'être, à terme, remplacées par les médecins.

Par ailleurs, le développement croissant des techniques, parallèlement à l'arrivée de la péridurale, impose le respect de protocoles de plus en plus stricts qui laissent peu de place à l'initiative et au sens clinique des sages-femmes. Ce n'est désormais plus par l'observation de la patiente, par l'écoute de ses sensations que la sage-femme se renseigne sur l'évolution du travail, mais par la lecture du monitoring et la multiplication de gestes invasifs comme les touchers vaginaux.

L'accouchement sans péridurale est un corps à corps intense entre la femme et la sage-femme qui demande un investissement personnel sans borne des deux parties et que l'analgésie empêche². Certaines voix se sont élevées contre l'usage systématisé

¹ Aux pays –Bas, le taux de péridurale est d'environ 15-20 %, l'analgésie n'étant pas posée sur simple requête de la femme mais seulement en cas de pronostic obstétrical réservé. L'organisation générale de l'obstétrique et l'approche de la douleur y sont différentes. L'action des professionnels est plus une action de soutien et de mise en confiance qu'une action de supervision médicale.

² Danièle Carricaburu va jusqu'à dire que les sages-femmes les plus virulentes ont été prises d'un certain désintérêt pour ces femmes « moins courageuses », pour qui accoucher était devenu « trop facile» [13].

de l'APD allant jusqu'à la qualifier de « camisole chimique » engendrant la régression du statut de la femme [23]. Autant l'ASD était fondé sur la volonté de rendre la femme autonome et pleine actrice de son accouchement, autant la péridurale apporte l'indolorisation sans grande participation de la patiente. L'assiduité et la motivation requises pour le succès de la méthode de Lamaze ne sont désormais plus nécessaires sous analgésie. La femme est comme jadis presque incitée à la passivité. D'après les opposants à la péridurale, la femme est désormais valorisée pour sa capacité à obéir. Cet outil technique est un puissant symbole de la médicalisation de la naissance et du pouvoir médical éminemment masculin qui prive les femmes du monopole qu'elles avaient en ce domaine [23]. La salle d'accouchement devient le bloc obstétrical où les sages-femmes déplorent le retour à la passivité des conjoints.

Ce qui est certain, c'est que les sages-femmes n'ont eu aucun contrôle sur l'implantation d'une nouvelle technique qui a profondément modifié le contenu et la nature de leur travail.

Mais toutes ne partagent pas ce sentiment. On observe classiquement une différence entre les opinions des sages-femmes plus âgées qui regrettent l'arrivée de la péridurale et des plus jeunes voyant dans cette technique une valorisation de la profession et une augmentation de leur crédibilité auprès du grand public et du monde médical.

Par la revendication d'un plus grand nombre d'années d'études et d'un élargissement de leurs compétences, les SF ont cherché de plus en plus à devenir de véritables praticiennes de l'obstétrique et à acquérir une reconnaissance professionnelle par plus de proximité avec médecins et anesthésistes.

La péridurale permet selon elles une relation plus égalitaire avec la patiente, une meilleure collaboration. La douleur fait régresser la femme, l'infantilise et son soulagement annonce la fin du maternage. L'attitude des sages-femmes envers les parturientes change et les relations n'en sont que plus intéressantes. Le soulagement de la douleur physique des femmes a soulagé par la même occasion un grand nombre de sages-femmes qui se sentaient terriblement impuissantes face à cette souffrance.

Elles n'ont pas pour autant perdu leur rôle d'accompagnatrices. Elles revendiquent haut et fort la nécessité d'être à l'écoute des femmes qui, malgré l'analgésie, peuvent ressentir le besoin d'être soutenues dans cette épreuve. De plus, elles soulignent le fait qu'une femme sous péridurale pourra, elle aussi, être installée dans des postures

variées pendant le travail et l'accouchement et que le soulagement de la douleur physique ne rime donc pas avec alitement et passivité de la femme.

Enfin les jours de la PPO, ne sont, d'après elles, pas en danger comme l'ont pu être ceux de l'ASD. La douleur étant devenue un fait somatique confié à l'APD, la préparation prophylactique n'a pas pour ambition d'éliminer la douleur, mais celle d'être une préparation complémentaire à l'analgésie. En abordant l'anatomie, la physiologie et la présentation du milieu hospitalier, elle a pour but de comprendre, pour moins appréhender la douleur physique. Son intérêt réside également dans la réflexion qu'elle suscite concernant l'accueil de l'enfant et le changement profond qu'il engendre dans la vie de la femme et du couple.

2.2.3. La question du sens et de l'utilité des douleurs de l'accouchement

a. Une douleur jugée acceptable [6, 10, 29, 30]

Le traitement de la douleur est devenu au fur et à mesure de l'histoire de la médecine une spécialité à part entière. Les hommes ont cherché à établir une classification des phénomènes douloureux (douleur chronique et aiguë). Il est certain qu'aujourd'hui la douleur est jugée inutile passée sa fonction d'alarme.

Pourtant le mot indolorisation, en ce qui concerne l'accouchement, soulève encore des protestations. Leur caractère transitoire et sans but de protection ne leur permet pas d'entrer dans la classification standard. Et malgré le fait qu'elles soient reconnues comme étant une des douleurs les plus intenses que l'être humain peut connaître¹, elles relèvent d'un processus naturel et sont de ce fait qualifiées de douleurs physiologiques donc acceptables. La douleur, il est vrai, doit être réintégrée dans son contexte. Elle ne varie pas seulement dans son intensité, son siège et sa durée mais aussi dans sa signification, dans l'expérience à laquelle elle est rattachée. Le bonheur de mettre au monde un enfant contamine-t-il la souffrance ressentie pour la changer en « mal joli » ? Peut-on dire à événement heureux, douleur bénéfique ? Ces douleurs échappant à la conceptualisation utile/inutile, la question est de savoir quel sens leur donnent les femmes.

¹ Une étude de Melzack à l'université Mc Gill de Montréal évalue les douleurs de l'accouchement et les compare aux douleurs ressenties au cours d'autres phénomènes. Ainsi la douleur ressentie par une primipare, n'ayant pas pris de cours d'accouchement, serait comparable à la douleur ressentie lors d'un arrachement de doigt.

L'accouchement est encore considéré dans notre société comme une épreuve initiatique sur laquelle les femmes tiennent plutôt un discours laudatif. La douleur permettrait de réaliser l'importance de l'évènement et pour éviter de banaliser la mise au monde. « *La mère crée l'enfant et la douleur, la mère* » [32]. C'est l'image de la bonne mère qui est en jeu, de celle qui a mérité son enfant et qui s'est battue pour lui¹. Les psychanalystes évoquent la fonction psychique de la douleur permettant de faire le pont entre l'état gravidique et l'état de mère séparée de son enfant : la prise de conscience que cet enfant qui était Moi va devenir Autre.

De leur côté, les femmes voient dans la douleur, le moyen de rester actrice de leur accouchement, c'est selon elles la dernière chose dont on leur autorise l'entière maîtrise. Pour d'autres futures mères, l'accouchement peut être l'occasion de s'éloigner de la bienséance qui est de mise au quotidien. Le lâcher prise, la régression presque animale peut être une manière pour la future mère de prendre du recul par rapport aux doutes et aux questionnements qui la submergent. L'intellectualisation de l'évènement peut s'avérer un obstacle à la séparation.

b. La péridurale en question

La péridurale est-elle une bonne réponse ? Devons-nous chercher à soulager une douleur non qualifiée de pathologique de la même manière que les autres douleurs ?

Dans le discours des médecins et de la plupart des femmes, l'APD a de nombreux avantages. L'accouchement en pleine conscience permet une installation du lien mère enfant immédiate². Mais que comprendre du cri malgré l'analgésie ? Supprimer la douleur physique n'élimine pas la souffrance de la séparation, cette souffrance qui permet aux femmes sous APD de s'inscrire quand même dans l'histoire familiale et de changer de statut [20]. Dans de nombreuses cultures, la naissance s'accompagne d'un cri [24]. En Orient, la mise au monde d'un enfant doit être pleurée et la femme consolée de ces deuils multiples (deuil du statut de fille, deuil du fœtus...). Au Togo, la fureur intervient au moment de la naissance sociale de l'enfant, soit deux à trois jours après la naissance physique. Le cri est symbolique, protecteur et informe

¹ Salgues déclarait, en 1823, dans un de ses ouvrages consacrés à l'utilité de la douleur : « c'est à ce sentiment pénible que nous devons les soins les plus affectueux ». Mais cette manière d'envisager l'amour comme étant d'autant plus fort qu'il est nourri par la souffrance n'est-elle pas perverse ?

² « Non seulement la souffrance ne sert en rien la future mère mais si elle a trop souffert, elle ne peut même plus investir son enfant. Or l'important c'est que l'être humain soit un être de relation dès qu'il est né. » (Françoise Dolto)

l'entourage du caractère exceptionnel de l'évènement. Le cri est utile pour faire passer la douleur de l'intime au social, partager pour mieux supporter. La péridurale ne doit donc pas devenir la réponse systématique et unique aux douleurs obstétricales [2].

Prétexter la présence d'une analgésie pour ne pas accompagner une patiente en travail est une erreur. L'analgésie physique peut masquer une souffrance psychologique. La péridurale est un moyen mais a des limites au-delà desquelles la parole est utile [26].

L'évolution constante de la gestion de la douleur donne des informations sur les couples, sur l'image de la femme et sa relation au corps. A son arrivée, la péridurale a été présentée comme un outil médical concourant à l'humanisation de l'accouchement. Cette technique révolutionnaire allait dans le sens de courants féministes prônant le droit à l'indolorisation de la mise au monde et son utilisation s'est démocratisée. Mais depuis peu, on observe une tendance inverse qui se veut également féministe, à la recherche de naissances plus naturelles, moins médicalisées. C'est en faisant le choix de se tourner vers les médecines alternatives, ainsi que vers une approche plus physiologique du traitement de la douleur, sans péridurale, que les femmes mettent en pratique leur volonté croissante d'une vie plus « en accord avec la nature » [19].

3. CLASSES SOCIALES ET RAPPORT AU CORPS

3.1 L'Homme face à la médecine : notions de consommation et de compétence médicale [9, 20]

3.1.1. Les différences sociales dans la consommation médicale

Selon la classe à laquelle on appartient, on ne perçoit pas de la même manière les sensations morbides, notamment parce qu'on ne les nomme pas selon les mêmes catégories, ce qui engendre un rapport de force différent avec le médecin. L'écart entre le risque sanitaire encouru par les membres de chaque classe et les soins consommés croît régulièrement quand on passe des cadres supérieurs aux ouvriers agricoles. Ainsi ces derniers ont une consommation médicale bien moindre que les cadres supérieurs ramenée à l'« usure physique » de chacun. Parmi tous les soins et biens médicaux disponibles, c'est la fréquence du recours au médecin qui est le

principal indicateur de l'intensité du « besoin médical » ressenti par les membres de chaque classe.

Cette notion de besoin médical doit être comprise comme étant l'intensité avec laquelle chacun perçoit et tolère les sensations morbides. Luc Boltanski, sociologue, remarque que « *tout se passe [...] comme si la perception des sensations morbides était inégalement acérée dans les différentes classes sociales ou plutôt comme si des sensations similaires étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui les éprouvent* ». Par exemple, à la suite d'un repas copieux, les sensations décrites en termes de lourdeur, de morbidité par les classes supérieures, auraient tendance à entrer dans le registre du plaisir (« reprendre des forces ») pour les classes populaires.

3.1.2. La compétence médicale des différents groupes sociaux et leur relation au pouvoir médical

Les sensations font donc l'objet d'une sélection et leur transformation en symptôme est socialement différenciée.

En effet les malades fonctionnels¹ constituent une part importante de la clientèle du médecin et sont majoritairement des cadres et des professions intellectuelles supérieures (PIS). Ceci s'explique en partie par leur plus grande aptitude à verbaliser les sensations et à présenter au médecin des symptômes clairs et intelligibles.

Un vocabulaire plus riche et plus précis, ainsi que la capacité de mémoriser les taxinomies morbides et symptomatiques sont non seulement les produits de la culture savante, mais aussi le résultat de la fréquentation du médecin. Autrement dit, plus on va chez le médecin, plus on se familiarise avec le vocabulaire médical et plus on acquiert de nouvelles catégories de perception du corps. Ainsi on sera amené à mieux identifier les sensations morbides ce qui nous incitera à recourir plus souvent au médecin.

La fréquence des relations médecin-malade transforme la qualité du « colloque singulier ». En effet, les patients des classes supérieures entretiennent avec le médecin (personne par définition appartenant aussi à la classe supérieure) des rapports de familiarité, où la consultation est un dialogue. A l'inverse, un patient

¹ Les malades fonctionnels sont ceux chez qui le médecin n'a pu déceler de lésion organique, ceux qui auraient tendance à sur interpréter les messages du corps et à leur attribuer une connotation morbide [9].

maîtrisant mal la langue médicale aura peu de moyens de pression sur le médecin et la relation thérapeutique sera alors une simple imposition d'autorité¹. Le pouvoir social du médecin, mais aussi sa compétence technique et sa capacité à intervenir dans une situation d'urgence vitale, lui confèrent une autorité incontestable.

Il y a quelques années encore, le médecin véhiculait cette image de magicien donnant des conseils sur le quotidien et diffusant sa façon de voir le monde. On lui accordait toute confiance. Le gynécologue, notamment, intervenant à tous les stades de la féminité, a été l'un des premiers spécialistes à pouvoir assister au sein de son cabinet à l'évolution des mœurs. Pourtant, peu à peu, on assiste à une désacralisation du pouvoir médical, une perte de confiance encouragée par la diffusion de l'information médicale dans les médias adressés au grand public et facilitant l'automédication.

La confiance accordée aux médecins est variable. La classification qui suit prend l'exemple de la relation entre une femme enceinte et un obstétricien mais peut s'appliquer à toutes les situations [20].

Il y a **la confiance dépersonnalisée**, celle qu'une femme accorde avant tout à une structure, souvent le CHU, et par extension aux personnes qui y exercent. La patiente le plus souvent nullipare et appartenant plutôt aux classes populaires entretient avec le médecin une relation asymétrique et suit ses recommandations d'une manière disciplinée. Son ignorance en matière médicale, ou encore, sa volonté de se présenter en tant que « bonne patiente » limitant d'elle-même son autonomie, la pousse à déléguer entièrement au médecin la prise des décisions.

La confiance totale correspond cette fois à la confiance accordée à un individu en particulier. La relation est de la même manière asymétrique mais la patiente aura besoin d'y voir un engagement probant du médecin.

Dans la **confiance « processus »**, la patiente évalue sans arrêt les compétences du praticien en fonction de son propre savoir et y accorde une confiance croissante. Elle est à la recherche d'une relation personnalisée avec le médecin qui devra être particulièrement à l'écoute de cette patiente.

Enfin **la confiance partenariat** signifie participation mutuelle aux décisions. La patiente, appartenant plus aux classes sociales supérieures et souvent multipare,

¹ Boltanski parle de la consultation médicale comme d'une « transaction commerciale » et de la relation entre le médecin et le patient comme d'un « rapport de force ». Le médecin vend ses prescriptions, ses conseils et fait tout pour que le malade accepte son autorité et ne devienne pas « son propre médecin ».

possède un savoir assez étendu dans le domaine de l'obstétrique. Elle souhaite se faire reconnaître en tant que sujet par le médecin qui devra s'investir personnellement dans le colloque singulier. Chaque décision est discutée, négociée et cette cogestion du suivi médical n'est possible que si la patiente en retour suit scrupuleusement les recommandations médicales.

Le public, et notamment les classes supérieures, n'est donc plus assujéti aux diktats de la médecine mais il est important de remarquer que dès lors que l'urgence vitale intervient, l'autorité du praticien s'impose à nouveau. Face au risque, l'idée même de contestation est inconcevable.

3.2. Le corps comme enveloppe éminemment sociale

3.2.1. La culture somatique [22, 9]

Nous avons vu que l'inégalité du besoin médical entre les différentes classes sociales était due entre autres aux variations de la compétence médicale. Mais il ne faut pas oublier que l'intérêt et l'attention portés aux sensations corporelles diffèrent d'un individu à l'autre. En effet, les classes sociales supérieures ont tendance à plus s'écouter, à porter plus d'attention à leur apparence physique. On parle de culture somatique commune à tous les membres d'un groupe social. Il s'agit d'un ensemble de règles de bienséance régissant les conduites physiques les plus quotidiennes comme se vêtir, marcher ou parler. Ce code largement inconscient ne peut que s'observer.

Les attitudes à l'égard de l'éducation sexuelle permettent de saisir toute la pudeur dont on entoure la sexualité et le rapport au corps. Dans les classes populaires, faute d'un vocabulaire spécifique et de justifications savantes, la distinction entre le discours éducatif sur la sexualité et le discours obscène n'est pas franche, ce qui bloque le processus éducatif dans ce domaine. Alors que dans les classes supérieures, la maîtrise du vocabulaire métaphorique et technique permet de parler avec décence de la sexualité. Il en découle un rapport au corps forcément différent d'un groupe social à l'autre.

Si les conduites en matière de soin corporel, également socialement différenciées (les femmes des classes populaires se maquillent peu au quotidien alors que les femmes des classes supérieures sont utilisatrices de produits destinés à embellir le corps de façon permanente), peuvent être expliquées par les différences de revenus, il reste

que les attitudes à l'égard de la santé et de la beauté sont exprimées de manière identique. En effet, on retrouve les mêmes critiques formulées par les femmes des classes populaires à l'égard des femmes allant chez l'esthéticienne qu'à l'égard des femmes passant du temps chez le médecin pour surveiller leur santé : ce sont des femmes qui « perdent leur temps » à des activités « futiles », qui « s'écourent » trop.

3.2.2. La résistance à la douleur [22, 32, 9]

La douleur appartient à l'intime et à tout le monde à la fois. Elle n'existe que ressentie et relève du social. Nous apprenons tous à souffrir, à ressentir et à manifester ce que nous ressentons au cours de notre socialisation. L'expression des sentiments est un acte également profondément social « *marqué du signe de la non spontanéité et de l'obligation sociale* »¹. C'est l'homme qui fait sa douleur avec ce qu'il est. Chaque individu ramène ce qu'il éprouve à un système d'interprétation personnel correspondant à ses valeurs, ses connaissances.

La résistance à la douleur est très variable d'un groupe social à l'autre. Les membres des classes populaires valorisent la dureté au mal mais cette ténacité n'est pas une position de principe, elle découle de contraintes économiques et quotidiennes. La règle de base étant l'utilisation de son corps au maximum de ses possibilités en toutes circonstances, tout ce qui est susceptible d'engendrer l'abandon des tâches quotidiennes doit être évité. Par conséquent, la perception et l'expression des sensations physiques sont inhibées. L'idée de force physique est l'élément central qui va régir toute une série d'attitudes telle la valorisation des repas énergétiques ou du vin plutôt que des spiritueux. La maladie est ressentie comme une entrave à l'activité normale, un sentiment de faiblesse et se manifestera brutalement car les signes avant-coureurs ne sont pas perçus. A l'inverse, les membres des classes supérieures se soumettent volontiers aux exigences de la médecine préventive, la maladie étant vécue davantage comme une dégradation longue et insidieuse. Plus on monte dans la hiérarchie sociale, plus l'importance du travail manuel diminue au profit du travail intellectuel et le rapport au corps change. L'exigence de force disparaît pour laisser place à la valorisation de la grâce, la beauté et la forme physique plutôt que la force physique.

¹ Marcel Mauss, anthropologue et sociologue du début du siècle.

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE : L'USAGE DE LA PERIDURALE AU CHU DE NANTES EN 2006

1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE TRAVAIL

L'analgésie péridurale a été présentée comme une technique révolutionnaire libérant les femmes d'une des plus intenses douleurs qu'elles seront amenées à connaître. Pourtant, elles sont encore nombreuses à accoucher sans péridurale ou à émettre le souhait d'accoucher sans.

Il est certain que l'analyse de l'attitude des parturientes face aux douleurs de l'accouchement est complexe tant les raisons de ne pas vouloir une péridurale au cours du travail sont multiples et tant les arguments qu'une même femme va pouvoir avancer sont divers. Ce choix peut par exemple s'inscrire dans la volonté d'une approche de la mise au monde la plus naturelle possible. Pour d'autres femmes, la volonté de maîtriser leur corps prévaut. Néanmoins, compte tenu des variations sociales évidentes au sein d'une population quant au rapport au corps, à la médecine et à l'expérience douloureuse, on peut se demander si la pose d'une analgésie obstétricale est, elle aussi, sociologiquement déterminée.

Plusieurs questions se posent alors. Le profil des résistantes à la péridurale peut-il être établi ? La résistance aux douleurs de l'accouchement s'appuie-t-elle sur les mêmes critères sociologiques que la résistance aux douleurs d'origine pathologique abordée dans la première partie ?

Notre hypothèse est que la douleur ressentie lors d'un accouchement ne peut être comparée aux autres douleurs, pour la simple raison que les femmes elles-mêmes ne les abordent pas de la même manière. Leur attitude et leur résistance ne seront de ce point de vue pas comparables à la vie quotidienne.

Les femmes appartenant aux classes sociales aisées seraient, selon nous, plus enclines à vouloir accoucher sans péridurale et à y parvenir. Nous supposons, en effet, que ces femmes sont plus susceptibles de vouloir suivre l'engouement actuel pour le retour à un mode de vie plus en accord avec la « nature » et d'obtenir ainsi une certaine reconnaissance sociale. De plus, leurs connaissances de la physiologie et leur capacité à manier le vocabulaire médical, leur offrent une position toute particulière dans le colloque singulier. La relation avec le praticien ne sera pas une simple imposition d'autorité mais une participation commune aux décisions. Ces

femmes réussiront donc à ne pas se laisser envahir par un éventuel discours sécuritaire destiné à les faire changer d'avis.

A l'inverse, les femmes de classe modeste auraient selon nous tendance à moins considérer l'accouchement comme un défi dont il faudrait ressortir une fierté. La maîtrise de leur corps est pour elles plus une garantie économique qu'un gage de satisfaction personnelle. Enfin leur moindre capacité à manier le discours savant peut les empêcher d'imposer leurs revendications et leur projet d'accouchement à l'équipe médicale.

2. MATERIEL ET METHODES

C'est à l'aide d'une étude de dossiers, donc de données les plus objectives possibles, que nous avons cherché à répondre à ces questions. Nous avons opté pour une étude cas témoins comparant les femmes ayant accouché sans péridurale (cas) aux femmes ayant accouché avec péridurale (témoins). Le critère d'appariement des cas avec les témoins est la parité.

Nous avons exclu les dossiers des femmes ayant eu une césarienne en cours de travail, sachant que dans ce cas nous pouvons difficilement établir la véritable place et le moment du choix de la femme concernant l'analgésie. De plus, éliminer ces dossiers ne nous handicape pas, notre but premier n'étant pas d'établir les risques de la pose d'une péridurale sur le déroulement du travail.

Nous avons également exclu les dossiers de grossesses gémellaires, de présentation du siège, d'interruption médicale de grossesse et de mort in utéro, toutes ces situations menant à la pose d'une péridurale quasi systématiquement.

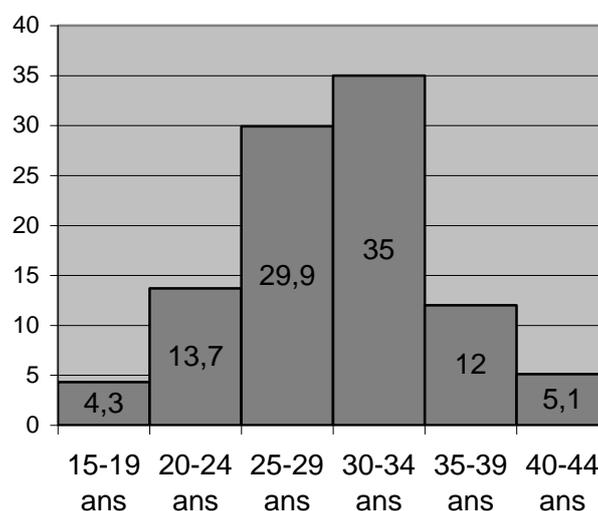
Nous avons donc sorti au hasard sur l'année 2006, 85 dossiers de femmes ayant accouché sans péridurale, auxquels nous avons associé 170 dossiers de femmes ayant accouché avec péridurale. Sur les 255 dossiers demandés, 12 dossiers étaient non disponibles et 9 comportaient des critères d'exclusion. Finalement, nous obtenons 234 dossiers : 82 dossiers de femmes ayant accouché sans péridurale et 152 témoins avec APD.

Le recueil des informations a été effectué grâce au formulaire joint en annexe 1. Les données ont ensuite été collectées et analysées avec le logiciel Epidata. Lors du croisement des variables, nous avons utilisé la méthode du Chi² et un $p < 0.05$ afin de nous prononcer sur le caractère significatif ou non de nos résultats.

3. DESCRIPTION DE LA POPULATION

3.1. L'âge des patientes

Figure 1: Age des patientes (%)



L'âge moyen des patientes est de 30,2 ans avec un minimum de 16.3 ans et un maximum de 42.3 ans.

L'échantillon est constitué de 112 patientes de moins de 30 ans et de 122 patientes de plus de 30 ans.

Tableau 1 : Age des patientes et pose de péridurale

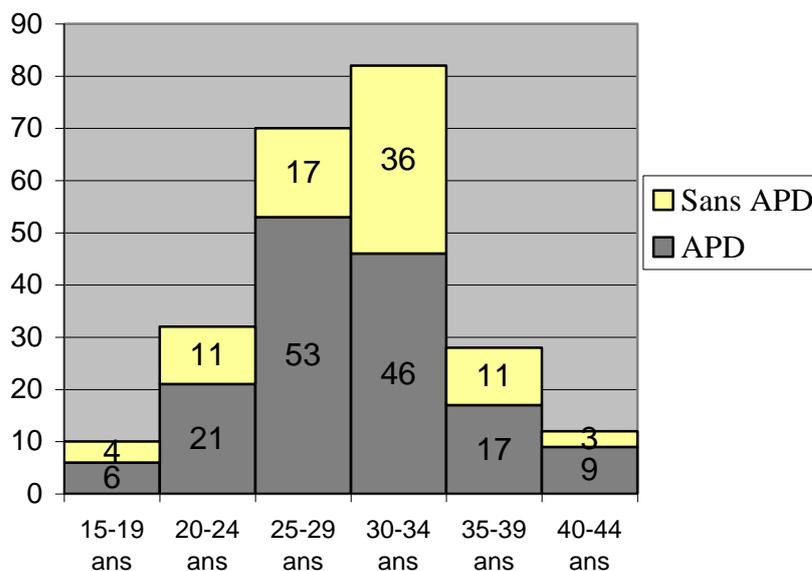
Variables	avec APD (n=152)	sans APD (n=82)	OR*	IC** 95 %	p
Age (ans)	30,0 ± 5,5	30,4 ± 5,4	~~	~~	NS
Age > 30 ans (%)	47,4	61	0,6	0,3-1	<0,05

(*) Odds Ratio

(**) Intervalle de Confiance

L'âge est en moyenne le même pour les femmes ayant une péridurale et les femmes n'en ayant pas, par contre les femmes de plus de 30 ans ont moins de péridurale que les autres. L'explication siégerait dans la différence significative de parité avant 30 ans (1.69) et après (2.34).

**Figure 2: Age des patientes et pose d'APD
(en nombre)**



La figure 2 nous montre d'ailleurs que passé l'âge de 30 ans, la proportion de femmes accouchant sans APD est plus importante.

3.2. L'origine géographique et le lieu de résidence

Tableau 2 : Origine géographique des patientes

	Effectifs	%
France métropolitaine	196	83.8
DOM-TOM	4	1.7
Europe	7	3
Asie	1	0.4
Afrique	18	7.7
Non réponse	8	3.4

Parmi les 196 patientes d'origine métropolitaine, 131 sont nées en Pays de Loire ou en Bretagne et 43 sont nées ailleurs en France. Enfin, nous avons 22 patientes pour lesquelles le lieu de naissance n'est pas précisé.

Nous pouvons donc penser que 131 des 234 patientes ont leur famille à proximité, soit seulement 56 %. Cette extrapolation est bien sûr à prendre avec prudence, mais peut donner une indication quant aux possibilités pour la patiente d'être accompagnée pendant le travail et l'accouchement.

Tableau 3 : Lieu de résidence des patientes

	Effectifs	%
Nantes centre	88	37.6
Nantes agglomération	127	54.3
Bretagne ou Pays de Loire	16	6.8
Autre	3	1.3

La grande majorité des patientes, soit 91.9 %, habite à Nantes ou dans l'agglomération nantaise.

L'agglomération nantaise s'étend de la Chapelle sur Erdre au Nord, à St Aignan de Grandlieu au Sud et du Pellerin à l'Ouest, à Mauves sur Loire à l'Est.

Les trois patientes résidant en dehors des Pays de la Loire, habitent dans les Pyrénées Atlantique et en Ile de France.

Tableau 4 : Origine et lieu de vie des femmes et pose de péridurale

Variables	avec APD (n=152)	sans APD (n=82)	OR	IC 95 %	p
Origine française (%)	87,5	84,1	1,3	0,6-3	NS
Née en Pays de Loire ou en Bretagne (%)	56,6	54,9	1,1	0,6-1,9	NS
Réside ailleurs qu'en Loire Atlantique (%)	8,6	7,3	0,8	0,3-2,5	NS

Enfin, nous voyons que nos variables concernant le contexte de vie de la femme n'ont pas d'influence significative sur la pose d'analgésie obstétricale.

3.3. La parité

Au sein de l'échantillon, la parité moyenne des femmes est de 2.03, avec un maximum de 8. Rappelons que la parité est le critère d'appariement des cas avec les témoins. Nous ne pourrions donc rien conclure dans le croisement de cette variable avec le fait qu'une analgésie obstétricale ait ou non été posée.

Les multipares constituent la majorité de la population de notre échantillon, soit 68.8%. Parmi ces 161 patientes, 113 ont déjà eu une péridurale, 13 ont un antécédent de césarienne, 32 ont connu une extraction instrumentale et 95 ont au moins une fois allaité leur enfant.

Les femmes ont en moyenne eu leur premier enfant à 26.4 ans.

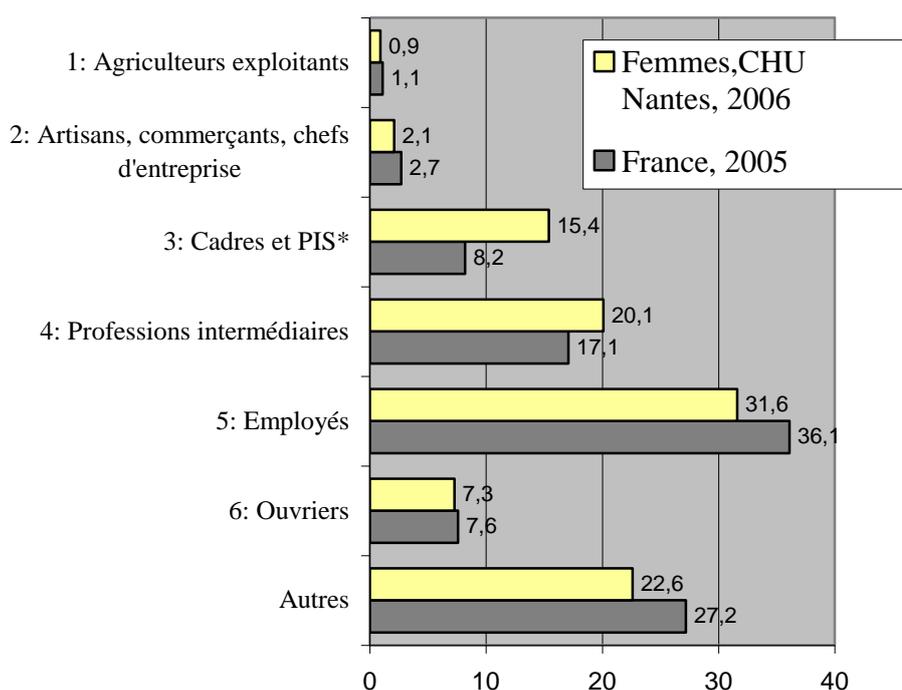
3.4. La catégorie socioprofessionnelle (CSP)

3.4.1. Définition de la variable CSP

La situation professionnelle d'une personne correspond certes à sa situation au regard de l'emploi (active, au chômage, sans profession, à la retraite ou encore dans les études), mais aussi à sa profession. C'est de ce deuxième élément que découlent les classifications INSEE des CSP.

Ainsi, nous avons recodé la profession de chaque patiente et de son conjoint en nous servant de la classification des professions de niveau 2 [annexe 2, 37]. Cette classification étant trop précise pour notre petit échantillon, nous sommes revenus à une hiérarchisation plus simple des secteurs d'activité en 6 CSP [Fig.3].

Figure 3: Poids des CSP dans l'échantillon et en France (%)



(*) Professions intellectuelles supérieures

La figure 3 compare la répartition des femmes selon leur CSP dans notre échantillon et en France un an plus tôt (sont exclues les inactives retraitées sachant que notre échantillon n'est constitué que de femmes en âge de travailler) [36]. Nous pouvons voir que les cadres et PIS sont surreprésentées dans notre échantillon, mais il est probable que cette CSP soit à Nantes en proportion supérieure à la moyenne nationale. La répartition des autres CSP est proche des chiffres nationaux, ce qui

nous montre que le CHU de Nantes draine une population d'une mixité sociale évidente. Nos résultats seraient donc potentiellement transposables à la France.

Pour manier des effectifs plus conséquents, nous avons finalement regroupé les CSP des hommes et des femmes en 2 catégories :

La classe sociale inférieure ou modeste correspond au regroupement des agriculteurs, des employés et des ouvriers (codes 1, 5, 6)

La classe sociale supérieure ou aisée correspond au regroupement des professions intermédiaires, des cadres et professions intellectuelles supérieures (PIS) et des artisans, commerçants, chefs d'entreprise (codes 2, 3, 4)

Les hommes et les femmes dont la profession n'est pas renseignée sont classés en classe modeste ou aisée en fonction de leur conjoint.

Nous obtenons 135 femmes (57.7 %) de classe sociale aisée et 99 (42.3 %) de classe sociale modeste.

Enfin, nous avons défini une « CSP de couple ». Les couples sont de classe aisée (n=126) dès lors que l'homme ou la femme est de classe aisée. Si les deux sont de classe modeste alors le couple est de classe modeste (n=108).

3.4.2. Qui sont ces femmes dont la CSP est inconnue ?

La profession des femmes était précisée dans 181 dossiers sur 234. Dans les 53 dossiers non renseignés :

47 patientes étaient cochées « sans profession » (mère au foyer, congé parental...), 4 étaient au chômage et 2 étudiantes. 79.3 % d'entre elles ont un conjoint de classe modeste.

Leur âge est en moyenne plus bas que les autres femmes car il est de 28.5 ans.

Elles ont plus d'enfants en moyenne : 2.4.

22.6 % ne voulaient pas de péridurale à l'entrée et 39.6 % n'en ont pas eu.

La profession du conjoint n'était pas non plus toujours renseignée. Pour 10 dossiers, la partie « conjoint » n'était pas du tout remplie. Dans les 224 dossiers restants, 206 comportaient le secteur d'activité du conjoint, les 16 autres étant au chômage ou sans profession.

3.4.3. Description de l'échantillon selon la classe sociale

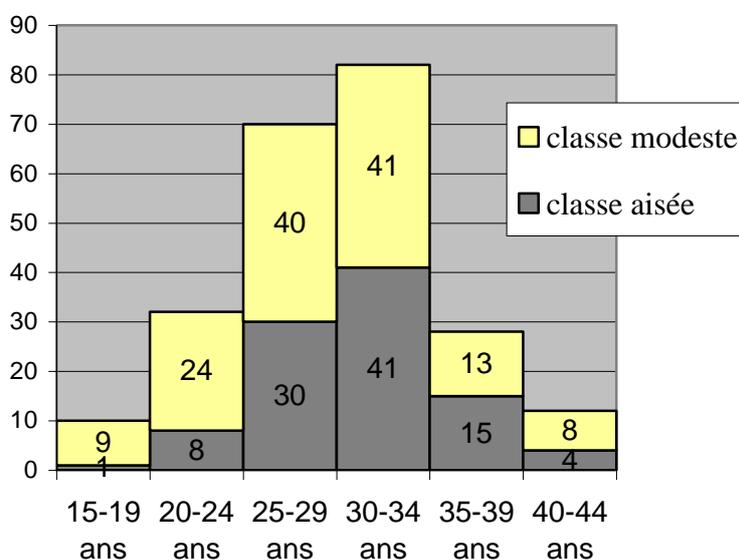
Tableau 5 : Généralités concernant les femmes de classe modeste ou aisée

Variables	Femmes de classe aisée (n=99)	Femmes de classe modeste (n=135)	OR	IC 95%	p
Age (ans)	31,3 ± 4,8	29,3 ± 5,8	~	~	<0,01
Age > 30 ans (%)	60,6	45,9	1,8	1-3,2	<0,05
Conjoint de classe aisée (%)	79,8	20	15,8	7,9-32,2	<0,01
Femme mariée (%)	66,7	42,2	2,7	1,5-4,9	<0,01
Origine française (%)	92,9	81,5	3	1,2-8,01	0,01
Née en Pays de Loire ou en Bretagne (%)	51,5	59,3	0,7	0,4-1,3	NS
Réside ailleurs qu'en Loire Atlantique (%)	7,1	8,9	1,3	0,4-3,8	NS

Le tableau 5 met en évidence des correspondances plutôt prévisibles entre la classe sociale de la femme et d'une part son âge, d'autre part son origine, et enfin la classe sociale de son conjoint.

Par ailleurs, 91 % des patientes sont en couple. 123 sont mariées, 4 sont pacsées et 86 vivent maritalement. Aucune différence significative n'apparaît dans la **situation familiale** des femmes selon qu'elles aient ou non reçu une péridurale. Par contre, nous observons une variation significative de situation familiale en fonction de la classe sociale des femmes. Les femmes de classe modeste se marient moins que les autres, elles sont en effet plus jeunes et plus souvent célibataires [Tableau 5 et Fig.4].

Figure 4: Age des patientes et CSP (en nombre)



4. RESULTATS ET ANALYSE

Afin d'étudier le lien entre le contexte social de la patiente et la présence ou non d'une analgésie, nous avons, dans un premier temps, confronté plusieurs variables à la catégorie sociale de la patiente (classe sociale modeste ou aisée). Dans un second temps, nous avons comparé le groupe de cas (femmes ayant accouché sans péridurale) et celui des témoins (avec péridurale) en les croisant avec ces mêmes variables. La mise en évidence d'éléments significatifs dans les deux cas nous orientera dans notre analyse.

L'étude se fonde sur plusieurs éléments médicaux et obstétricaux pouvant également être en lien avec un mode de vie particulier.

4.1. Eléments médicaux et habits de la patiente

Avant la grossesse, 67 % des patientes avaient un **moyen de contraception** autre que local. 89.8 % des ces patientes utilisaient une pilule contraceptive, les autres modes de contraception retrouvés étant l'implant et le dispositif intra-utérin.

Une notion de **tabac** avant la grossesse est retrouvée dans 26.1 % des cas.

Nous avons considéré qu'une patiente ayant des frottis cervico-vaginaux en règle était suivie sur le plan gynécologique de manière régulière. Ainsi, 22,7 % des patientes (soit 53 femmes) de notre échantillon ont un **suivi gynécologique** partiel ou nul.

Par ailleurs, nous avons cherché à estimer la proximité des patientes avec le monde médical en comptant le nombre **d'antécédents médicaux** signalés par la femme. Nous obtenons alors 11.1 % de dossiers dans lesquels au moins trois antécédents familiaux sont cités et 9.4 % comprenant au moins trois antécédents personnels mentionnés.

4.1.1. Les antécédents médicaux et le suivi des patientes varient-ils selon la classe sociale ?

Tableau 6 : Eléments médicaux et habitus en fonction de la classe sociale

Variables	Femmes de classe aisée (n=99)	Femmes de classe modeste (n=135)	OR	IC 95%	p
Contraception par pilule avant grossesse (%)	66,7	55,6	1,6	0,9-2,9	0,09
Tabac avant grossesse (%)	21,2	29,6	0,6	0,3-1,2	NS
Parité	1,99 ± 0,97	2,1 ± 0,94	~~	~~	NS
Primipares (%)	32,3	30,4	1,1	0,6-2	NS
Multipare: au moins 1 antécédent d'APD (%)	73,1	67	1,3	0,6-2,9	NS
Multipares: au moins 1 antécédent d'extraction instrumentale (%)	16,4	22,3	0,7	0,3-1,7	NS
Multipare: au moins 1 antécédent de césarienne (%)	4,5	10,6	0,4	0,1-1,7	NS
Multipare ayant au moins une fois allaité (%)	65,7	54,3	1,6	0,8-3,3	NS
Antécédents familiaux > 3 (%)	11,1	8,1	0,7	0,3-1,9	NS
Antécédents personnels > 3 (%)	13,1	9,6	0,7	0,3-1,7	NS
Suivi gynécologique partiel ou nul (%)	15,2	28,1	0,5	0,2-0,9	0,01

Nous retrouvons autant de femmes fumeuses dans les deux classes sociales. Cependant, si nous croisons la variable « **tabac avant la grossesse** » avec la CSP du couple, nous obtenons un résultat tout à fait différent et significatif (p=0.02). 33.3 % des femmes dont le couple est de classe modeste fumaient avant la grossesse contre 19.8 % des femmes dont le couple est de classe aisée.

L'usage de la pilule contraceptive tend à être plus élevé chez les classes supérieures que les classes modestes. Ceci peut être en lien avec le suivi gynécologique en dehors de la grossesse, et donc l'accès à l'information sur les différents mode de contraception qui varie également selon la classe sociale de la patiente. Les femmes appartenant aux classes modestes auront un suivi plus irrégulier que les femmes de niveau social élevé.

L'utilisation des méthodes de contraception autres que la pilule ne varie pas en fonction du niveau social.

4.1.2. Quels sont les effets des antécédents et du suivi de la patiente sur la pose de péridurale ?

Tableau 7 : Eléments médicaux et habitus en fonction de l'analgésie

Variables	avec APD (n=152)	sans APD (n=82)	OR	IC 95 %	p
Contraception par pilule avant grossesse (%)	63,8	53,7	1,5	0,9-2,7	NS
Tabac avant grossesse (%)	28,3	22	1,4	0,7-2,8	NS
Parité	2,02 ± 0,97	2,05 ± 0,99	~~	~~	NS
Primipares (%)	30,3	32,9	0,9	0,5-1,7	NS
Multipare: au moins 1 antécédent d'APD (%)	79,2	50,9	3,7	1,7-8	<0,01
Multipare: au moins 1 antécédent d'extraction instrumentale (%)	26,4	7,3	4,6	1,4-16,6	<0,01
Multipare: au moins 1 antécédent de césarienne (%)	10,4	3,6	3,1	0,6-21,2	NS
Multipare ayant au moins une fois allaité (%)	58,5	60	0,9	0,5-1,9	NS
Antécédents familiaux > 3 (%)	9,9	8,5	0,9	0,3-2,4	NS
Antécédents personnels > 3 (%)	8,6	15,9	2	0,8-5	NS
Suivi gynécologique partiel ou nul (%)	19,1	29,3	0,6	0,3-1,1	0,08

Rappelons ici que la parité n'est pas différente entre les deux groupes vu que les cas et les témoins étaient appariés sur ce critère.

Les patientes ayant déjà accouché sous péridurale ou ayant connu une extraction instrumentale sont plus tentées par l'analgésie.

Notons que les patientes, dont **le suivi gynécologique** est irrégulier voire nul, accouchent plus souvent sans péridurale. Ces patientes se faisant mal ou pas suivre du tout sur le plan gynécologique et médical en général, sont des patientes jeunes en moyenne (28 ans), faisant suivre leur grossesse par un médecin généraliste et moins d'un tiers suivent une préparation à l'accouchement. Elles appartiennent en majorité à la classe modeste [Tableau 6], patientes dont on dit qu'elles « s'écoutent peu » [9]. Nous pourrions attribuer en partie à cette explication le moindre taux de péridurale chez ces patientes, mais si nous étudions plus précisément le profil de ces femmes, nous constatons que, selon leur classe sociale, beaucoup d'éléments varient. En effet, parmi les femmes mal suivies en dehors de la grossesse, les femmes de classe aisée sont 66,7% à ne pas avoir pris la péridurale contre seulement 36.8% des femmes de classe modeste (p=0.05). L'hypothèse de la résistance à la douleur des classes populaires ne se vérifie donc pas ici. D'ailleurs, 57.1% des femmes de classe aisée ne

souhaitaient pas la péridurale à l'entrée contre seulement 20 % des femmes de classe modeste.

Par contre les éléments tendant à varier selon la classe sociale des femmes (pilule et tabac, [Tableau 6]), ne varient pas en fonction de l'analgésie.

4.2. Eléments obstétricaux

Déterminer le **principal professionnel** qui a suivi la grossesse est compliqué, les femmes rencontrant souvent au fil des mois plusieurs praticiens. Néanmoins, nous pouvons dire que la plupart des patientes (53.8 %) sont suivies par leur médecin traitant avant le 8^e mois de grossesse. Seules 5.1 % des femmes ont confié leur suivi obstétrical à une sage-femme.

41.9 % des patientes ont suivi une **préparation à l'accouchement**. La parité moyenne est de 1.7 contre 2.3 pour celles n'ayant suivi aucune préparation. Ceci peut s'expliquer simplement par le besoin qu'ont les femmes qui attendent leur premier enfant de s'informer quant à la grossesse, l'accouchement et l'organisation autour de l'enfant.

Nous souhaitons étudier l'usage de **l'homéopathie** comme étant un critère de refus de la médicalisation de la grossesse. Mais l'utilisation de ce type de thérapeutique « alternative » en cours de grossesse est encore rare. Elle n'apparaît que dans 9 dossiers.

Le travail est spontané dans 75.6 % des cas, dont 66.7 % de travail au déroulement naturel.

152 patientes ont accouché sous péridurale et 82 ont accouché sans analgésie, soit 35 %. Notons qu'en 2006 au CHU de Nantes 70.6 % des accouchements se sont déroulés sous péridurale.

Les femmes accouchent par **voie basse non instrumentale** dans 89.3 % des cas, après en moyenne 6.76 heures passées en salle de naissance. **Le terme** s'étend de 31.3 semaines d'aménorrhées au minimum à 41.9 semaines d'aménorrhées (SA) au maximum et est en moyenne de 39.5 SA.

Le pH à l'artère ombilicale est en moyenne de 7.24 et **l'apgar** de l'enfant à 1 minute, 9.7.

Enfin, 65 % des patientes ont choisi d'**allaiter** leur enfant.

4.2.1. Quelle influence a la classe sociale de la patiente sur le déroulement de la grossesse et du travail ?

Tableau 8 : Eléments obstétricaux en fonction de la classe sociale

Variabiles	Femmes de classe aisée (n=99)	Femmes de classe modeste (n=135)	OR	IC 95%	p
Déroulement de la grossesse					
Suivie par médecin généraliste (%)	40,4	63,7	0,4	0,2-0,7	<0,01
Suivie par gynécologue (%)	55,6	34,1	2,4	1,4-4,3	<0,01
Suivie par sage-femme (%)	6,1	4,4	1,4	0,4-5,1	NS
Préparation à la naissance (%)	54,5	32,6	2,5	1,4-4,4	<0,01
Homéopathie (%)	5,1	3	1,7	0,4-8,1	NS
Travail, accouchement et post partum					
Ne souhaite pas d'APD à l'entrée (%)	30,6	25,6	0,8	0,4-1,5	NS
Travail déclenché ou mûré (%)	22,2	25,9	0,8	0,4-1,6	NS
Travail dirigé (%)	45,5	47,4	0,9	0,5-1,6	NS
APD posée (%)	61,6	67,4	0,8	0,4-1,4	NS (0.4)
Travail long [>8h (10h pour multipare (primipare)] (%)	23,2	26,7	0,8	0,4-1,6	NS
Extraction instrumentale (%)	9,1	11,9	0,7	0,3-1,9	NS
Terme (SA)	39,51± 1,9	39,54 ± 1,4	~	~	NS
Ph < 7,15 (%)	13,1	11,9	1,1	0,5-2,6	NS
Allaitement maternel (%)	74,7	57,8	2,1	1,2-4	<0,01

Les femmes de classe modeste se font apparemment plus **suivre par** un médecin généraliste que par un gynécologue, les dépassements d'honoraires souvent pratiqués par les gynécologues pourraient expliquer ces résultats.

Ce sont les femmes de classe aisée (qu'elle que soit la parité) qui se tournent le plus vers **la préparation à l'accouchement**.

L'allaitement est plus choisi par les femmes des classes sociales supérieures.

Nous ne notons par contre aucun résultat significatif concernant le travail, l'accouchement ou l'analgésie.

4.2.2. Les effets du déroulement de la grossesse et du travail sur la pose de péridurale et l'impact de l'analgésie sur le travail et le postpartum.

Tableau 9 : Eléments obstétricaux en fonction de l'analgésie

Variables	avec APD (n=152)	sans APD (n=82)	OR	IC 95 %	p
Déroulement de la grossesse					
Suivie par médecin généraliste (%)	48,7	63,4	0,5	0,3-1	<0,05
Suivie par gynécologue (%)	51,3	28	2,7	1,5-5	<0,01
Suivie par sage-femme (%)	3,3	8,5	0,4	0,1-1,4	0,08
Préparation à la naissance (%)	38,8	47,6	0,7	0,4-1,3	NS
Homéopathie (%)	4,6	2,4	1,9	0,4-14	NS
Travail, accouchement et post partum					
Ne souhaite pas d'APD à l'entrée (%)	9,3	69,4	22,1	9,4-53,2	<0,01
Travail déclenché ou mûré (%)	30,3	13,4	2,8	1,3-6,2	<0,01
Travail dirigé (%)	63,8	14,6	10,3	4,9-22,2	<0,01
Travail long [>8h (10h pour multipare primipare)] (%)	31,6	13,4	3	1,4-6,6	<0,01
Durée entre l'entrée au BO et l'accouchement (heures)	7,83 ± 5	4,78 ± 9,1	~~	~~	<0,01
Extraction instrumentale (%)	13,8	4,9	3,1	1-11,3	<0,05
Terme (SA)	39,7 ± 1,5	39,2 ± 1,8	~~	~~	<0,05
Ph < 7,15 (%)	15,1	7,3	2,3	0,8-6,6	0,08
Ph	7,24 ± 0,08	7,26 ± 0,08	~~	~~	<0,05
Allaitement maternel (%)	65,1	64,6	1	0,6-1,9	NS

Le fait de se faire **suivre par un gynécologue** augmente apparemment l'usage de la péridurale et à l'inverse, les femmes ayant été suivies par une sage-femme auraient tendance à accoucher sans péridurale. Nous prendrons ces résultats avec prudence tellement il est difficile de savoir par quel praticien la grossesse a été suivie le plus, néanmoins notons que la médicalisation de la grossesse ainsi que du travail est un élément commun aux accouchements sous péridurale.

La préparation à l'accouchement (PPO), nous le voyons ici, est une méthode complémentaire de la péridurale et non antagoniste. En effet, elle n'a apparemment aucune influence sur la pose de péridurale.

Un travail déclenché, un travail long, un terme plus tardif sont autant d'éléments qui conduisent plus souvent à la pose d'une péridurale. Par ailleurs, nous pouvons noter que le travail est plus long, les extractions instrumentales plus fréquentes, le pH artériel au cordon plus bas pour les accouchements sous péridurale que pour les accouchements sans APD.

4.3. L'attitude des classes sociales face à la péridurale

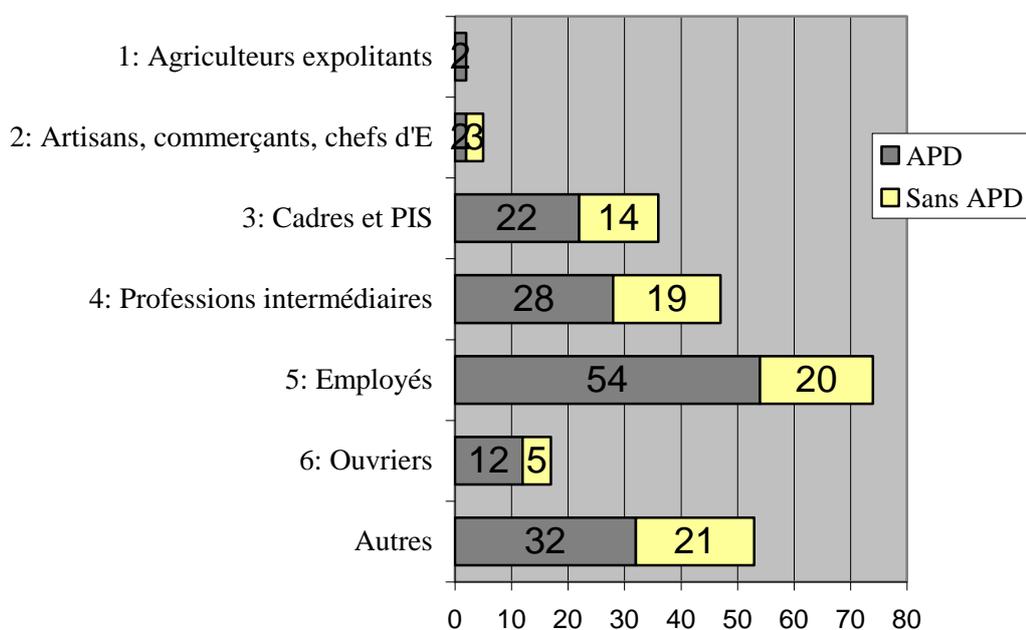
Tableau 10 : Classe sociale et pose de péridurale

Variables	avec APD (n=152)	sans APD (n=82)	OR	IC 95 %	p
Femme de classe aisée (%)	40,1	46,3	0,8	0,4-1,4	NS
Conjoint de classe aisée (%)	45,4	45,1	1	0,6-1,8	NS
Couple de classe aisée (%)	52,6	56,1	0,9	0,5-1,6	NS

En soumettant la variable «pose de péridurale » à la classe sociale de la femme, de son conjoint et du couple [Tableau 10], ou même en regardant de plus près l'attitude de chaque CSP vis-à-vis de la péridurale [Fig.5], nous ne notons aucun lien significatif entre la classe sociale et le fait d'accoucher sous péridurale.

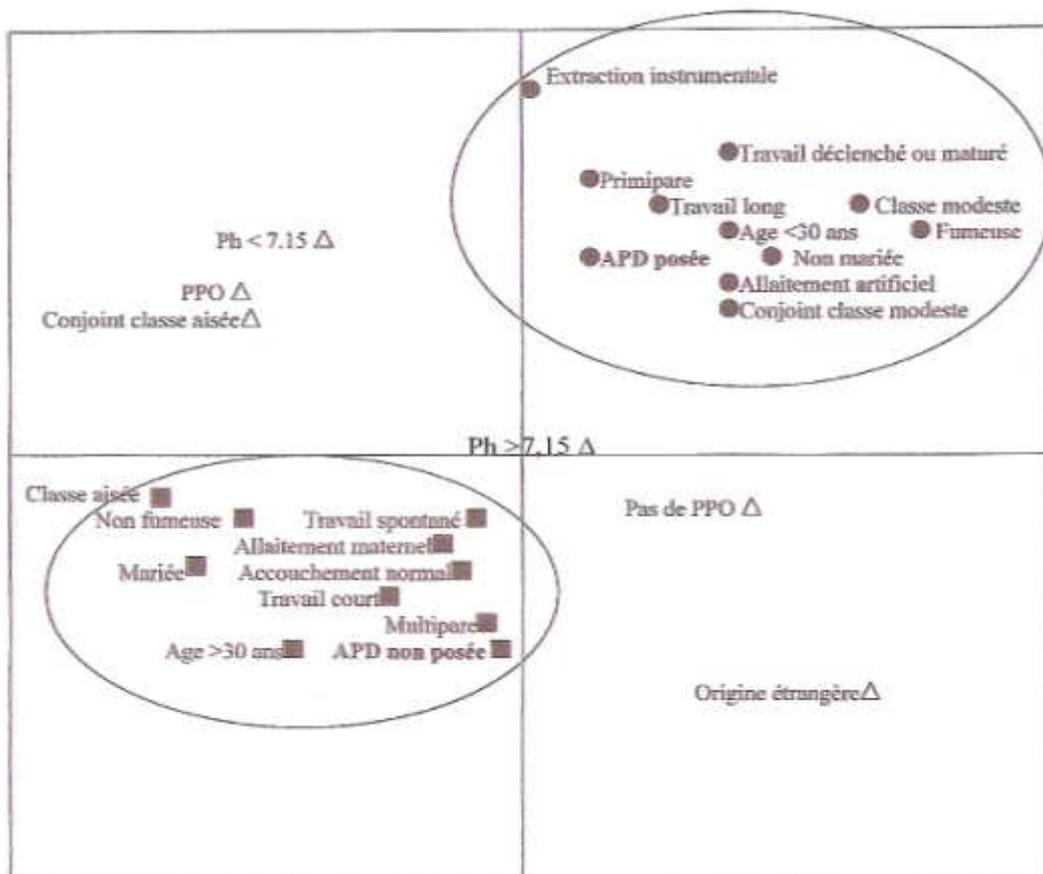
Néanmoins, des tendances se dégagent que nous ne pouvons occulter. En effet, la figure 5 nous permet d'émettre quelques observations quant à la tendance des femmes de CSP supérieures (codes 2, 3, 4) d'accoucher en plus forte proportion sans péridurale (plus de la moitié).

**Figure 5: CSP des patientes et usage de la péridurale
(en nombre)**



De la même manière, la figure 6, qui résulte de la mise en présence de plusieurs variables permettant de dégager des ensembles de population qui se ressemblent le plus, met en évidence deux groupes de variables bien distincts. D'une part, l'absence de pérurale est, entre autres, associée aux femmes plus âgées, non fumeuses et de classe aisée. D'autre part, l'accouchement sous pérurale s'accompagne d'extractions instrumentales chez des primipares de classe modeste plus jeunes.

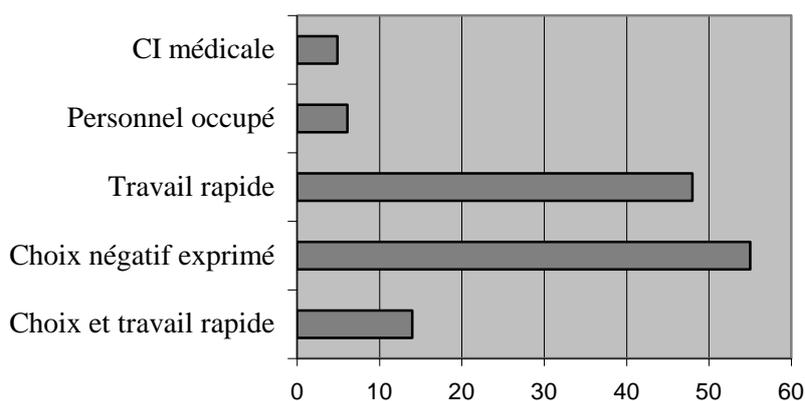
Figure 6 : Groupes de variables



4.4. Description plus qualitative des « résistantes » à la péridurale

Nous achevons cette analyse par une nécessaire description plus qualitative des femmes n'ayant pas eu la péridurale. Les différentes raisons de l'absence de péridurale sont illustrées dans la figure 7.

**Figure 7: Les raisons de l'absence d'APD
(en % parmi les accouchements sans APD)**



La répartition des femmes selon leur souhait face à l'analgésie et le résultat final (péridurale posée ou pas) est illustrée dans le tableau 11.

Tableau 11 : L'usage de la péridurale en fonction du souhait à l'arrivée à la maternité.

	APD posée	APD non posée	Total
APD souhaitée à l'entrée	127 (87 %)	19 (13 %)	146 (100 %)
APD non souhaitée à l'entrée	13 (23.2 %)	43 (76.8 %)	56 (100 %)
Non réponse	12 (37.5 %)	20 (62.5 %)	32 (100 %)
Total	152 (65 %)	82 (35 %)	234 (100 %)

Les 19 femmes n'ayant pas eu de péridurale alors qu'elles la souhaitaient ont eu en règle générale un travail rapide.

Intéressons nous maintenant aux 56 femmes qui ont déclaré ne pas vouloir de péridurale à leur arrivée à la maternité et dont les caractéristiques sont reportées dans le tableau 12. Les effectifs étant restreints, les résultats ne sont pas significatifs. Nous effectuons donc une simple description des populations, en essayant d'établir le profil des femmes qui ont persisté dans leur choix de ne pas prendre la péridurale et

de celles qui sont revenues sur leur décision. En référence, sont incluses à ce tableau, la population globale de notre échantillon, les femmes qui souhaitaient une péridurale dès leur arrivée, celles qui ont eu une APD et toutes celles qui n'en n'ont pas eu.

Tableau 12 : description de la population des femmes n'ayant pas souhaité la péridurale à l'entrée

	Toutes (n=234)	APD souhaitée (n=146)	APD posée (n=152)	APD non posée (n=82)	APD non souhaitée		
					APD non souhaitée (n=56)	non posée (n=43)	posée (n=13)
Age (ans)	30.1	29.8	30	30,4	30	30.7	28
Primipares (%)	31	25.3	30	33	48	42	69
Célibataires (%)	9	8	12	5	10	7	23
Classe sociale modeste (%)	58	60	60	54	54	51	62
Suivi gynécologique partiel ou nul (%)	23	21	19	29	25	28	15
Principal praticien du suivi de grossesse	MT*	MT	Gynécologue	MT	MT	MT	Gynécologue
PPO (%)	42	36	39	48	55	61	39
Temps de travail (h)	6.8	7.1	7.8	4.8	7.1	6	11
Extractions instrumentales (%)	11	12	14	5	11	2	39
Allaitement maternel (%)	65	64	65	65	61	58	70

(*) : Médecin traitant.

Les 43 femmes ayant persisté dans leur décision d'accoucher sans analgésie sont plus âgées, multipares, n'appartenant pas à un groupe social plutôt qu'un autre. Sur le plan gynécologique, elles sont plutôt irrégulièrement suivies et ont moins d'antécédents médicaux et obstétricaux (extraction instrumentale, APD, césarienne) que les autres femmes. En majorité, elles sont suivies pour leur grossesse par un généraliste et ont participé à des séances de préparation à l'accouchement. Par contre, elles allaitent moins que les autres.

Les femmes ayant finalement réclamé une péridurale alors qu'elles ne la souhaitaient pas au départ, sont donc en majorité de jeunes primipares célibataires, de classe modeste. La moindre participation de ces femmes aux séances de préparation à l'accouchement influe certainement aussi sur ce changement d'avis et certainement aussi sur le taux élevé d'extractions instrumentales.

Enfin, pour la plupart elles ont décidé d'allaiter leur enfant.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION : LA PERIDURALE : L'APPARITION D'UNE REFLEXION COMPLEXE

1. LES LIMITES DE L'ENQUETE

L'étude ne concerne que les patientes du CHU de Nantes. Or les critères cliniques (par exemple dilatation) et biologiques (par exemple le taux de plaquettes) admis pour qu'une péridurale soit posée, ainsi que le taux d'accouchements sans péridurale, sont différents d'une maternité à une autre. Notons également que le choix du lieu d'accouchement est complexe pour beaucoup de femmes et s'appuie sur de nombreux critères comme entre autres la taille de l'établissement, le taux de péridurale, l'image, la « réputation » de la maternité plutôt sécuritaire ou à l'inverse plutôt peu médicalisée. Il est fort possible donc que nous aurions obtenu d'autres résultats si nous avions étendu notre étude aux autres établissements de l'agglomération nantaise, ou si l'étude avait été faite dans une autre région.

S'appuyer sur des dossiers, pour obtenir des données les plus objectives possibles, nous a dans un sens aussi handicapés. Beaucoup de dossiers sont seulement partiellement remplis, le niveau d'études des couples et le souhait des femmes en fin de grossesse concernant l'analgésie ne sont pas connus. Il aurait fallu que nous associons, à notre étude de dossiers, une étude plus qualitative via des questionnaires ou des entretiens semi directifs. Néanmoins, les échanges avec les femmes tout au long de l'année sur le thème de la douleur et de la péridurale nous ont permis de développer notre réflexion.

Enfin, le nombre trop restreint de dossiers étudiés ne nous permet d'obtenir que des tendances.

2. DISCUSSION

Les résultats de notre étude révèlent à quel point les éléments, dont se nourrit plus ou moins consciemment la femme, peuvent être multiples et complexes pour bâtir sa réflexion et faire son choix quant à l'analgésie durant le travail. D'ailleurs, la confrontation de quelques critères s'avère insuffisante pour mettre clairement en évidence le profil des femmes accouchant sans péridurale et pour comprendre leur

raisonnement. Néanmoins, grâce à cette étude, ainsi qu'aux nombreux moments partagés avec les femmes tout au long de l'année, nous avons pu dégager des axes de réflexion.

2.1. Pourquoi accoucher sans péridurale ?

Au-delà des raisons en lien avec des convictions religieuses (rares aujourd'hui) ou avec l'acte technique en lui-même (peur des aiguilles, peur de la paraplégie), la volonté de ne pas avoir de péridurale est verbalisée par les femmes de différentes manières.

Nombreuses sont les patientes qui évoquent dans un premier temps l'argument d'un accouchement plus naturel. Mais rares sont celles qui s'arrêtent à cette vague explication. Elles associent souvent à ce désir d'être au plus proche de la physiologie, la volonté de vivre les contractions en pleine communion avec leur enfant, de le sentir franchir la filière pelvienne ou encore de vivre ce qu'ont pu vivre leurs ancêtres loin de la technique.

L'accouchement est un évènement heureux non en dépit de la douleur mais bien avec la douleur [32]. La beauté de la souffrance est souvent abordée, ainsi que la satisfaction personnelle d'avoir réussi à se maîtriser jusqu'à l'accouchement. Une femme a d'ailleurs comparé l'accouchement à l'ascension d'une montagne. L'ascension en voiture et à pied aboutissent au même point, mais la contemplation du paysage est d'autant plus satisfaisante que l'on a souffert pour y arriver. Cette conception de la naissance de l'enfant comme étant une récompense que l'on savoure d'autant plus que l'effort a été intense et douloureux, est souvent abordée. Cette théorie de l'existence d'un lien entre la souffrance ressentie à l'accouchement et la relation de la mère à son enfant n'est pas nouvelle. Mais la péridurale avait au contraire été présentée comme un moyen facilitant l'installation du lien mère enfant en abolissant le contexte douloureux.

2.2. L'éloge de la maîtrise de soi

Le désir de se maîtriser, de se surpasser, de chercher à découvrir ses limites, tout en restant actrice de son accouchement, est souvent évoqué. Ce mouvement plutôt féministe n'est pas nouveau. Nous l'avons vu, il y a 50 ans déjà, l'ASD avait été présentée comme le moyen d'accoucher en pleine maîtrise de soi. La péridurale ensuite, qui s'est démocratisée à une vitesse impressionnante, a libéré les femmes de

l'emprise de la douleur. Mais un mouvement inverse prônant aussi la libération des femmes prend de l'ampleur et considère la péridurale comme une « camisole chimique » dont la lourde symbolique masculine domine la femme. La société, aussi féministe qu'elle soit, n'est donc pas tout à fait prête pour l'accouchement sans douleur.

Souffrir en enfantant relève encore d'un impératif social. L'éloge du courage et du dépassement de soi-même a « introduit une tension morale » lors de la mise au monde [32]. Comment, en effet, expliquer la profonde déception ressentie plusieurs jours durant par ces femmes peinées de n'avoir pas « réussi à tenir jusqu'au bout » ? Que s'agit-il de réussir quand on met un enfant au monde ? Que ces femmes cherchent-elles à prouver ? Ainsi, la sage-femme après l'accouchement, devra être vigilante et ne pas interpréter le déroulement de l'accouchement selon ses propres critères. Car l'accouchement « rêvé » n'est pas forcément le même pour la femme et la sage-femme. Celle-ci devra surtout se centrer sur les sensations de la patiente, aborder le vécu du travail et de la douleur, afin d'aider la femme à assumer et à relativiser ce qu'elle peut prendre pour un échec.

D'autres femmes prennent heureusement moins à cœur ce souhait d'éviter la péridurale. Leur volonté est avant tout de jouir de l'intensité de l'expérience sans trop souffrir, mais sans être totalement analgésiées (elles refusent l'idée de s'abandonner à la technique). Souvent grâce à leur participation à des séances de préparation, elles sont tout à fait acquises à l'idée de recourir à un acte médical en cas de besoin. Le sentiment d'échec, la déception d'avoir eu pour finir une péridurale, sera bien moindre. Par contre, elles s'empressent de rappeler le caractère naturel de l'accouchement (« on m'a posé une péridurale, mais je n'ai injecté qu'une seule fois, donc c'est comme s'il y en avait pas eu ») ou de se justifier de la pose de péridurale (« la sage-femme m'a dit que ça pouvait être encore long, donc m'a conseillée de prendre une péridurale »), comme s'il fallait s'excuser d'en avoir eu une.

2.3. L'accès à l'information : privilège d'une classe

Certes, cet éloge de la résistance, du courage est au quotidien présent plutôt dans le discours de femmes des classes populaires [9]. En revanche, dès qu'il s'agit de la mise au monde, les classes supérieures aussi adhèrent à ce discours. L'image de la femme à la fois forte et sexy, réussissant à devenir mère sans l'aide de la technique, est beaucoup véhiculée par les médias (magazines féminins, Internet). La plupart des

sites de discussion sont créés par des personnes plutôt hostiles à l'intrusion des professionnels [18] et le savoir profane nourri par l'expérience prévaut sur les discours médicaux. Ces sites s'inscrivent dans un vaste mouvement de démocratisation de la science et participent à la reconfiguration des relations entre patient et médecin (de la confiance aveugle, on passe à la confiance partenariat). Par ailleurs, cette « e-santé » contribue probablement aux mouvements des usagers vers par exemple la médecine alternative [18]. Or, l'étude sociologique de M. Hardey analysant, en 2004, l'influence d'Internet sur les modifications de la relation entre le patient et le médecin, indique que la possession d'un ordinateur et l'accès à Internet sont socialement différenciés et restent rares dans les groupes défavorisés [18]. Cependant, il semble qu'aujourd'hui, la possession d'un ordinateur se soit démocratisée et ouverte à toutes les classes sociales.

Néanmoins, il est légitime de penser que le type de site visité, ainsi que le sens critique face à l'information sont différents d'une classe sociale à une autre. Ainsi, l'information véhiculée sur Internet, surtout d'ordre médical, participe certainement à un changement de point de vue des classes sociales supérieures concernant la technique médicale et plus précisément la péridurale et ses conséquences sur le travail. Les défauts de rotation de la tête fœtale, ou encore, le fort taux d'extractions instrumentales sont autant d'éléments évoqués dans les sites de vulgarisation médicale et sites médicaux, bien que l'impact de la péridurale sur le travail et l'expulsion fasse encore débat. Ainsi, l'étude de BHATTACHARYA et al., effectuée en Ecosse entre 1986 et 2001, met en évidence un lien entre la péridurale et un allongement de la durée du travail (OR=1.01), une augmentation des extractions instrumentales (OR=5.12) et des césariennes en cours de travail (OR=7.25), ainsi qu'un score d'apgar < 7 à une minute de vie (OR=1.20) [8]. Mais d'autres études infirment ces conclusions en expliquant les résultats par le fait que les femmes, ayant à l'origine plus de risques d'avoir une césarienne ou une extraction instrumentale, sont également plus enclines à avoir un travail douloureux et ont donc tendance à demander plus fréquemment la péridurale [8]. Néanmoins, notre étude fait ressortir également davantage d'extractions instrumentales (OR=3,1), un allongement du temps de travail (OR=3) et de pH artériel bas dans les accouchements avec péridurale.

2.4. Un mouvement comparable au choix de l'allaitement maternel ?

Le récent engouement pour le retour à un style de vie plus naturel ainsi que pour les médecines alternatives, pourrait être mis en parallèle avec la décision d'allaiter son enfant. L'allaitement maternel est une pratique socialement différenciée [38]. En effet, les femmes des CSP supérieures et/ou dont le conjoint est de CSP supérieure, allaitent plus fréquemment et plus longtemps que les femmes ouvrières ou employées. Ceci révèle un paradoxe : ce ne sont pas les femmes qui ont à priori le plus besoin économiquement de l'allaitement qui se tournent vers cette pratique.

Ce même paradoxe se retrouve dans l'usage du tabac. Ce ne sont pas les femmes qui en ont le plus les moyens financiers qui fument le plus et bien au contraire, notre étude montre que ce sont les femmes dont le couple est de classe modeste qui fument le plus. L'explication siège entre autres dans le fait que les femmes de niveau socioéconomique supérieur ont plus accès à l'information dispensée chez le médecin par exemple. En effet, le rapport au corps et à la maladie des classes sociales supérieures consiste à être plus à l'écoute des signaux de dysfonctionnement de l'organisme et donc d'avoir davantage recours au médecin [9]. Par ailleurs, elles se soumettent plus volontiers aux exigences des campagnes de médecine préventive prônant, entre autres, l'arrêt du tabac ou le choix de l'allaitement pour la santé et la relation mère enfant [38].

L'allaitement, chez les femmes de classe modeste, relève plus d'un modèle familial, mais la transmission des pratiques au sein de la famille tend à diminuer [38].

Le cheminement des femmes souhaitant accoucher sans péridurale et de celles qui veulent allaiter pourrait être comparable. Néanmoins, il serait excessif de penser pouvoir superposer deux décisions prises dans des moments si différents et concernant un événement ponctuel pour l'un, alors que pour l'autre, il s'agit d'une pratique supposée à priori durer dans le temps. Le choix final concernant la péridurale se fait dans un contexte de souffrance, d'appréhension, d'urgence (même relative) et dépend en grande partie du déroulement du travail, du vécu de la situation, de l'accompagnement médical, de la présence ou non du conjoint et de son soutien. La décision du mode d'alimentation du nouveau-né se mûrit tout au long de la grossesse, dans un contexte détendu et s'expose moins au changement en cours de travail. Cependant, il est important de noter que le déroulement du travail n'est pas sans influence sur le choix d'allaiter ou non son enfant. Les femmes n'ayant pas persisté dans leur décision d'accoucher sans péridurale, semblent en effet se tourner

davantage vers l'allaitement que les femmes ayant accouché sans péridurale. Il est possible que la patiente veuille compenser une sensation d'échec ou de frustration après l'accouchement, en faisant corps avec son bébé, en devenant actrice principale de son alimentation.

2.5. La péridurale comme conséquence de la surmédicalisation de la grossesse et de l'accouchement ?

Si nous considérons que le suivi obstétrical fait par un gynécologue est une forme de médicalisation de la grossesse physiologique, nous pouvons dire que les femmes dont la grossesse a été surmédicalisée ont eu plus de péridurale que les autres.

Ajoutons à cela que les multipares ayant eu l'expérience d'extractions instrumentales ou de césarienne, demandent davantage l'APD à leur arrivée et en ont également davantage (OR=4.6). D'ailleurs, l'étude de BHATTACHARYA et al. met en évidence un usage plus fréquent de la péridurale dans le cas de grossesses compliquées de toxémies gravidiques ou de métrorragies (OR=2.11).

Enfin, la médicalisation du travail, à savoir le déclenchement artificiel, a également une influence sur l'usage de la péridurale (OR=2.80 dans notre étude et OR=2.77 dans l'étude de BHATTACHARYA et al.).

De plus en plus de voix s'élèvent autour de l'actuelle organisation du suivi obstétrical qui aurait tendance à déposséder la femme de la maîtrise de cet événement unique. Néanmoins, il semble que les femmes recherchent cette médicalisation, privilégiant la sécurité plutôt que leur désir d'être l'actrice principale de leur grossesse, mais « regrettant [...] de ne pouvoir s'en passer. Un rapport patiente-médecin à la " je t'aime moi non plus " » [20].

La régularité du suivi gynécologique varie selon la classe sociale des patientes. Ce sont plutôt les femmes de classe modeste qui sont partiellement voire pas du tout suivies en dehors de la grossesse sur le plan gynécologique. L'utilisation de la pilule a également tendance à être socialement différenciée et les femmes de classe sociale inférieure en font moins usage que les autres femmes. Analyser les raisons du choix d'une contraception plutôt qu'une autre est difficile et nous ne pourrions qu'émettre des suppositions. Le fait de ne pas prendre la pilule peut se comprendre de deux manières. Une femme peut décider de privilégier des méthodes plus naturelles, considérées plus « douces » car non hormonales ou sans oestrogènes en évitant la

prise de la pilule. Mais une femme peut aussi ne pas avoir eu assez d'informations concernant les risques de l'absence de contraception et concernant les différentes méthodes contraceptives qui lui sont offertes et de ce fait n'utilise pas la pilule. Le fait de ne pas prendre la pilule entre-t-il dans une démarche de santé « écologique » ou est-il le signe d'un manque d'information ? Il est certain qu'une femme peu ou pas suivie sur le plan gynécologique aura un manque d'information en matière contraceptive.

Nous notons aussi une relation entre la péridurale et le suivi gynécologique en dehors de la grossesse. En effet, le moindre taux de péridurale concerne les femmes ayant un suivi gynécologique irrégulier. Ce cas est très bien illustré dans les contrées où les femmes n'ont pas connaissance de la péridurale du fait qu'elles ne rencontrent presque jamais de médecin et qu'elles sont très peu familiarisées avec le monde médical (en Guyane, par exemple, où le taux de péridurale est très bas). Mais dans le cas des patientes venues accoucher au CHU de Nantes, rares sont celles qui n'ont jamais entendu parlé de la péridurale avant le jour de l'accouchement d'autant que la consultation d'anesthésie est obligatoire et aborde le sujet. Les femmes peu suivies appartiennent en majorité à la classe modeste, patientes dont on dit qu'elles « s'écoutent peu » [9]. Néanmoins, parmi les femmes irrégulièrement suivies en dehors de la grossesse, ce sont les femmes les plus aisées qui prennent le moins la péridurale. De plus, plus de la moitié des femmes de classe supérieure ne souhaitent pas de péridurale contre seulement 20 % des femmes de classe modeste. Doit-on voir à travers la démarche de ces femmes aisées ne souhaitant pas d'analgésie, l'attitude d'une poignée de résistantes à la médicalisation ?

Quoi qu'il en soit, la péridurale est certainement une des conséquences de l'organisation générale et de la médicalisation de la naissance en France.

2.6. L'accouchement sans péridurale : un idéal pour les primipares, une réalité pour les multipares ?

La volonté d'accoucher sans péridurale et d'y parvenir appartient plutôt aux multipares et aux femmes ayant suivi des cours de PPO. Or, chaque individu confronte ses sensations à ses propres connaissances et système d'interprétation [22]. Ainsi, la prise de conscience de leur corps en séance de préparation ou lors de leurs précédents accouchements, l'apprentissage de la physiologie, du déroulement du travail, permet à ces femmes de comprendre leurs propres sensations le moment venu

et de moins les redouter. Elles feront appel moins rapidement et moins systématiquement à la technique que des primipares ayant comme idéal d'éviter la péridurale. En effet, ces dernières n'ayant pas eu d'expérience antérieure leur permettant d'identifier les sensations, de moins les appréhender et donc de maîtriser les douleurs, auront tendance à se tourner plus rapidement vers l'analgésie.

Néanmoins, la préparation à l'accouchement, n'influe pas sur la pose d'APD. Ceci peut s'expliquer par les objectifs des séances de préparation. En effet, comme nous avons pu le voir dans la première partie de ce travail, la PPO tient son origine dans la méthode d'Accouchement Sans Douleur de Fernand Lamaze. Mais elle se détache de la principale cible de l'ASD, qui était réussir à accoucher sans douleur et sans crier. Les séances de préparation deviennent un moment voué à l'information des futures mères, à l'accueil du nouveau-né et à la relaxation. Eviter l'appréhension, voire essayer de gérer ses contractions par la respiration, ne signifie pas éviter la péridurale. L'analgésie péridurale et la PPO sont deux méthodes complémentaires permettant de vivre pleinement la grossesse, l'accouchement et la découverte de l'enfant. Notons que ce sont étonnamment les femmes de classe aisée qui se tournent le plus vers la préparation à l'accouchement. Ce sont pourtant ces femmes qui ont reçu l'éducation la plus complète en matière de santé, de sexualité, de fonctionnement du corps humain [8]. Mais il est sans doute vrai que ce sont aussi celles qui recherchent l'information, qui entretiennent leurs connaissances. Le paradoxe est le même pour l'entretien du 4^e mois, qui ne touche pas encore assez celles qui en auraient le plus besoin.

Enfin, nous avons vu que les femmes ne souhaitant à l'origine pas de péridurale mais qui ont finalement eu une analgésie, participent moins aux séances de préparation que les patientes qui ont persisté dans leur décision. L'apprentissage de la relaxation, les exercices pour gérer sa douleur et son appréhension effectués en PPO influent certainement beaucoup sur la maîtrise de son corps et sur la persévérance des femmes ne voulant pas de péridurale.

Il est très délicat d'établir le lien entre le changement de décision d'une patiente et sa primiparité, sa méconnaissance du milieu hospitalier, ou encore avec le fait qu'elle est célibataire. Néanmoins, l'intense douleur ressentie par une femme pour la première fois, au sein d'un milieu inconnu donc anxiogène, peut expliquer le recours final à la péridurale et ce, d'autant plus qu'il manque le soutien rassurant d'un conjoint sécurisant et encourageant.

Enfin, la contestation est moins facilement concevable et envisageable pour une jeune femme sans expérience et maniant un langage médical moins riche que pour une femme déjà familiarisée avec le vocabulaire et le monde hospitalier [9]. La première se retrouve également plus rapidement dans une situation où le professionnel face à elle peut jouer de son expertise afin d'imposer son autorité [20].

2.7. L'accouchement avec péridurale : un choix pour toutes ?

La péridurale ouverte à toutes (et remboursée) a introduit une notion de consumérisme en salle de naissance dont l'excès et la dérive seraient évidemment néfastes. Ainsi, les femmes ne peuvent et ne doivent pas devenir les seules décideuses, un établissement de santé a des règles auxquelles les patientes doivent se conformer.

Mais l'accompagnement des femmes en salle de naissance est-il adapté ? Pour quelles raisons retrouve-t-on des femmes déçues « qu'on leur ait posé » une péridurale, comme si la décision s'était prise sans les concerter, sans qu'elle vienne de la patiente elle-même ? La péridurale ne doit pas être un confort pour l'équipe mais pour la patiente. Or, de nombreux ouvrages évoquent le fait que les praticiens, pour garder une main mise sur les décisions, continuent à véhiculer une certaine image de l'accouchement auquel est associée la notion de danger pour la patiente et son enfant. Et dès lors que l'urgence ou le risque s'installe, le colloque singulier se modifie pour devenir une relation de confiance presque aveugle du patient envers le médecin [20].

Mais alors, quelle est la place du véritable choix de la patiente en travail sachant cette influence de l'expertise médicale sur le savoir profane ? La médecine mesure, gère et traite la douleur sans poser la question du sens de la douleur ressentie. Et c'est précisément la présence, l'accompagnement en salle de naissance de ces femmes hésitant face à la péridurale, qui peut faire la différence. En effet, il ne s'agit pas d'analgésier toutes les patientes qui émettent un signe de souffrance, il faut d'abord recevoir leur demande comme un appel à l'aide, un besoin de présence avant tout autre chose.

L'attitude des sages-femmes a d'ailleurs évolué entre l'arrivée de la péridurale et aujourd'hui. Les sages-femmes plus âgées étaient plutôt hostiles à l'entrée de cette technique en salle de naissance et ont parfois éprouvé du désintérêt pour l'accompagnement de ces femmes « moins résistantes » [13]. Au contraire, les sages-

femmes formées ultérieurement, une fois la péridurale devenue une pratique courante, ont mieux accepté l'idée d'être présentes auprès d'une femme analgésée, d'entendre ses souhaits, ses peurs. Accepter de ne pas prendre toutes les décisions, de céder un peu des ses connaissances en PPO, en consultation ou même pendant le travail, devient indispensable et ce, sans chercher à influencer la décision des couples. La sage-femme devra faire confiance à la patiente, à ses capacités, ne pas la décourager mais aussi l'aider à accepter ses limites quand il le faut.

Les méthodes de respiration et de relaxation introduites par l'ASD de Lamaze ont permis à de nombreuses femmes de mettre au monde leur enfant en maîtrisant mieux leur douleur. L'arrivée des conjoints en salle de naissance en est certainement une conséquence. Mais, le cri et la souffrance font encore partie de l'ambiance autour de la naissance, ils dérangent, mettent mal à l'aise et donnent le sentiment d'être impuissant. Le développement rapide et fulgurant de l'usage de la péridurale a sans aucun doute été influencé par le malaise des pères et des professionnels face à la douleur des femmes. Peu de personnes supportent aujourd'hui de ne rien faire d'autre qu'être là tout simplement, aux côtés de celle qui en a besoin. La médecine actuelle correspond tellement au fait d'être actif et d'utiliser la technique, que se retrouver face à une patiente souhaitant gérer sa douleur sans péridurale, peut gêner quelques sages-femmes. D'ailleurs, certaines, par peur ne pas savoir comment accompagner ces patientes, ou simplement pour plus de confort de travail, n'hésitent pas à lui dire que le travail peut encore être long, ou à utiliser un alibi sécuritaire, afin d'influencer les patientes vers la demande d'analgésie en proposant la péridurale.

La péridurale doit être un outil au service de la femme et non au service de la professionnelle démunie face à la douleur de l'autre.

CONCLUSION

Plus de temps, et des entretiens plus complets avec les femmes, nous aurions pu approfondir l'analyse du choix des patientes.

Nous pouvons dire cependant que l'attitude des patientes face à la douleur de l'accouchement est complexe et très probablement sociologiquement différenciée. Par ailleurs, nous ne pouvons occulter le fait que la décision des femmes est aussi influencée par le déroulement de leur grossesse, l'ambiance anxiogène ou non de la salle de travail, la présence d'un accompagnant ou encore le discours des professionnels, notamment des sages-femmes.

L'usage de l'analgésie péridurale en salle de naissance est passé d'un usage préventif à un droit pour les patientes, puis à une sorte de pré requis quasi systématique. Dans la culture occidentale, l'enfantement a quitté le domaine familial pour rentrer dans le domaine médical et les femmes, partageant de nos jours rarement cette expérience dans leur famille, ne sont plus préparées à devenir mères. Elles abordent l'accouchement sans s'attendre à être autant bousculées et l'écoute instinctive de leurs sensations est mise au second plan dans la prise en charge du suivi de travail. Il est donc indispensable que nous réfléchissions sur l'influence de notre discours et de notre accompagnement sur le choix des femmes et notamment de celles qui ont particulièrement besoin d'être rassurées et soutenues dans leur projet. Adapter notre conduite signifie chercher à comprendre la démarche de la femme, pour mieux répondre à ses attentes, sans la déposséder de cet événement.

Il est urgent que nous réalisons le pourquoi de ce recours à la péridurale, les raisons du sentiment d'échec des patientes en ayant eu une alors qu'elles ne la souhaitaient pas à l'entrée et que nous développiions des méthodes alternatives basées sur l'écoute, la valorisation des compétences des futures mamans, afin d'aller dans le sens de leur projet.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES PUBLIES

1. AKRICH M.
La péridurale, un choix douloureux.
Les Cahiers du genre, 1999, 25, p. 17-31.
2. AKRICH M., PASVEER B.
Comment la naissance vient aux femmes : les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas.
Paris : Ed Synthélabo, 1996, 194 p.
3. AUSTRUY G.
Si tu veux m'aider, accompagne-moi.
Les dossiers de l'Obstétrique, 2004 , 329 , p. 4-8.
4. BARRIER G.
L'Accouchement. Avec ou sans douleur ?
Paris: Ed. Robert Laffont, 1977, p. 107-114.
5. BASZANGER I.
Douleur et médecine, la fin d'un oubli.
Paris : Ed Seuil, 1995, 467 p.
6. BERNARD M-R.
Construction de la maternalité et analgésie péridurale per-partum.
Les dossiers de l'Obstétrique, 2006, 352, p. 14-24.
7. BESSON JM.
La douleur.
Paris: Ed Odile JACOB, 1992, p. 10-20.
8. BHATTACHARYA, S., WANG, T., and KNOX, F.
Analgesia for labour pain - analysis of the trends and associations in the Grampian region of Scotland between 1986 and 2001.
BMC Pregnancy Childbirth, 2006, 6, 14, p. 1-7.
9. BOLTANSKI L.
Les usages sociaux du corps.
Annales ESC, 1971, 26, p. 205-233.
10. CARDIN H., MOISSON-TARDIEU MT., TOURNAIRE M.
La péridurale, la douleur de l'accouchement vaincue.
Paris : Ed Balland, 1986, p. 19-40.
11. CARON-LEULLIEZ M, GEORGE J.
L'accouchement sans douleur, histoire d'une révolution oubliée.
Paris : Ed Atelier/Ed ouvrières, 2004, p. 38-86.

12. CARRICABURU D.
De la gestion du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public.
Sociologie du travail 2005, 47, p. 245-62.
13. CARRICABURU D.
Les sages-femmes face à l'innovation technique.
Les métiers de la santé, 1993, p. 281-305.
14. CESBRON P., KNIBIEHLER Y.
La naissance en occident.
Paris : Ed Albin Michel, 2004, 363 p.
15. CORNILLOT F.
La douleur et sa prise en charge pendant le travail et l'accouchement.
Les dossiers de l'Obstétrique, 1998, 267, p. 19-35.
16. DE THYSEBAERT B.
Accompagner la douleur pour dépasser la souffrance.
Les dossiers de l'Obstétrique, 1996, 235, p. 2-9.
17. FAINZANG S.
La relation médecins-malades : information et mensonge.
Paris : Ed Puf, 2006, p. 89-92, p. 139-149.
18. HARDEY M.
Internet et société : reconfigurations du patient et de la médecine ?
Traduction de AKRICH M et MEADEL C. Sciences sociales et santé, 2004, 22,
p. 21-42.
19. HOROWITZ E. R., YOGEV Y., BEN-HAROUSH A., KAPLAN B.
Women's attitude toward analgesia during labor – a comparison between 1995
and 2001.
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2004, 117, p. 30-2 .
20. JACQUES B.
La Sociologie de l'accouchement.
Paris : Ed Puf, 2007, 208 p.
21. LANDAIS M.
Tu enfanteras dans la douleur, tu allaiteras dans le bonheur.
Les dossiers de l'Obstétrique, 2005, 340, p. 12-14.
22. LEBRETON D.
Sociologie du corps
Paris : Ed Puf, 1992, p. 63-104.
23. LE DU M.
France 1952-2006 : de l'ASD à l'APD, l'évolution du traitement de la douleur de
l'accouchement et son éclairage sur l'image sociale de la femme.
Les dossiers de l'Obstétrique, 2006, 349, p. 26-29.

24. LEGRAND-SEBILLE C.
Anthropologie de la douleur pendant l'accouchement.
Les dossiers de l'Obstétrique, 2005, 340, p. 4-8.
25. RAHER-LEGROS M.
Rôle de la sage-femme dans l'élaboration de la réflexion sur la douleur.
Les dossiers de l'Obstétrique, 1994, 213, p. 24-26.
26. REVAULT D'ALLONES C.
Le mal joli : accouchement et douleur.
Union générale d'éditions, 1976, p. 228-234.
27. SAINT MAURICE C., MULLER A., MEYNADIER J.
La douleur : diagnostic, traitement et prévention.
Paris : Ed Marketing SA, 1995, p. 10-145.
28. SCHOWB H., ARRAZAU M-C.
Pour vaincre la douleur.
Paris : Ed Grasset et Fasquelle, 1987, 89 p.
29. TOURNE C-E.
La douleur de l'accouchement, pour qui ? pour quoi ?
Les dossiers de l'Obstétrique, 2005, 340, p. 8-25.
30. TOURNE C-E.
La douleur de l'accouchement, pour qui ? pour quoi ?
Les dossiers de l'Obstétrique, 2005, 341, p. 32-35.
31. VAN DEN BUSSCHE E., CROMBEZ G., ECCLESTON C., SULLIVAN MJ.
Why women prefer epidural analgesia during childbirth: the role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing.
Eur J Pain, 2007, Apr, 11, 3, p. 275-82.
32. VUILLE M.
Accouchement et douleur, une étude sociologique.
Lausanne : Ed Antipodes, 1998, 155 p.

OUVRAGES NON PUBLIES

33. ALAIN V.
La profession sage femme au 20^è siècle, une évolution guidée par les mutations sociales et politiques.
Mémoire DE sage-femme, Ecole de Nantes, 2000, p. 13-57.
34. LAURENT A.
La douleur de l'accouchement dans l'imaginaire des nullipares.
Mémoire DE sage-femme, Ecole de Toulouse, 2007, 53 p.

35. PICART F.
Douleur et accouchement normal.
Mémoire DE sage-femme, Ecole de Nantes, 1989, 60 p.

REFERENCES ELECTRONIQUES

36. Répartition de la population de 15 ans et plus selon la catégorie socioprofessionnelle.
Tableaux de l'Economie Française [en ligne]. 2007, 204 p.
Disponible sur :
http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle_fiche.asp?ref_id=NATTEF02135&tab_id=293&souspop=2 [consulté le 27 février 2008].
37. Liste des catégories socioprofessionnelles de publication courante 2003, Niveau 2 : 24 Postes.
Disponible sur :
http://www.insee.fr/Fr/nom_def_met/nomenclatures/prof_cat_soc/html/L03_N2.HTM [consulté le 27 février 2008].
38. DIDIERJEAN-JOUVEAU C-S.
Epidémiologie de l'allaitement maternel
5° Entretiens de nutrition de l'Institut Pasteur de Lille ; 13 juin 2003.
Disponible sur : <http://www.illfrance.org/allaitement-information/doc/conf03-cdj-epidemiologie.htm> [consulté le 01 Mars 2008].
39. GOJARD S.
L'allaitement, une norme sociale.
Spirale [en ligne]. 2003, 27, p. 133-137.
Disponible sur :
http://www.cairn.info/search.php?WhatU=L%E2%80%99allaitement,%20une%20norme%20sociale&Auteur=&doc=N_SPI_027_0133.htm&ID_ARTICLE=SPI_027_0133&DEBUT=#HIA_1 [consulté le 27 février 2008].
40. ROBERT-BOBEE I., RENDALL M., COUET C.
Age au premier enfant et niveau d'études : une analyse comparée entre la France, la Grande-Bretagne et la Norvège.
Données sociales – La société Française [en ligne]. 2006, p. 69-75.
Disponible sur :
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DONSOC06g.PDF [consulté le 27 février 2008].

- **extraction instrumentale** : oui Non
- **césarienne** : oui Non

• **Grossesse :**

- **Suivie par** : MT SF gynéco
- **Examens obligatoires faits** : oui non Partiellement
- **Echographies** : <3 3 >3
- **Sexe demandé à l'écho** : oui non
- **Examens facultatifs** :
 - **Double test** :
 - Non fait
 - Fait, risque faible T21
 - Fait, risque élevé => Amniocentèse : Faite Non faite
 - **O'sullivan** :
 - Non fait
 - Fait, normal
 - Fait, anormal => HGPO : Faite Non faite
 - **Préparation à l'accouchement** : oui non
 - **Traitements 8è et 9è mois**: aucun
 - supplément, confort
 - homéopathie
 -
- autre :
- **Consultations à UGO avec RAD (cs pour l'accouchement exclue)** : 0 <3 >3
- **Nombre de jours d'hospitalisation** :

• **Travail et accouchement :**

- **Durée entre arrivée à l'UGO et accouchement en heures**
- **Durée entre arrivée à l'UGO et passage au BO** :
- **Début du Travail** : spontané maturation déclenchement
- **Déroulement travail** : naturel dirigé
- **Péridurale** :
 - **A l'arrivée** : souhaitée non souhaitée Non réponse
 - **Non posée**: Non souhaitée travail rapide CI méd Personnel occupé autre.....
 - **Posée** : durée entre l'arrivée et l'APD : Efficacité : Oui Non Partielle
- **Naissance** :
 - **Terme** :
 - **Mode** : voie basse simple instrumentale césarienne
 - **Apgar 1 min** **Apgar 5 min**
 - **ph**

• **Suites de couches :**

- **allaitement** : maternel artificiel
- **sortie** : ≤J2 J3-J4 > J4

ANNEXE II :
PROFESSIONS ET CATEGORIES
SOCIOPROFESSIONNELLES DE NIVEAU 2 : 24 POSTES

10 Agriculteurs exploitants

21 Artisans

22 Commerçants et assimilés

23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus

31 Professions libérales et assimilés

32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques

36 Cadres d'entreprise

41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés

46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises

47 Techniciens

48 Contremaîtres, agents de maîtrise

51 Employés de la fonction publique

54 Employés administratifs d'entreprise

55 Employés de commerce

56 Personnels des services directs aux particuliers

61 Ouvriers qualifiés

66 Ouvriers non qualifiés

69 Ouvriers agricoles

71 Anciens agriculteurs exploitants

72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise

73 Anciens cadres et professions intermédiaires

76 Anciens employés et ouvriers

81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé

82 Inactifs divers (autres que retraités)

L'ACCOUCHEMENT SANS PERIDURALE EST-IL UN CHOIX SOCIOLOGIQUEMENT DETERMINE ?

RESUME

La péridurale a libéré les femmes d'une des plus intenses douleurs qui soit. Pourtant, nombreuses sont celles qui accouchent, ou émettent le souhait d'accoucher sans analgésie.

A l'aide d'une étude cas-témoins réalisée sur l'année 2006 au CHU de Nantes, nous avons comparé la population des patientes ayant accouché sans péridurale, à celle des femmes ayant eu une analgésie.

Les femmes accouchant sans péridurale sont multipares, appartiennent plutôt aux classes sociales supérieures et sont âgées de plus de 30 ans.

Les éléments observés nous invitent à réfléchir d'une part sur l'accès à l'information médicale des différentes classes sociales et d'autre part, sur l'influence de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement sur la pose de péridurale.

Enfin, il est indispensable que nous réfléchissions à la manière d'accompagner et de soutenir les femmes, de sorte que la péridurale reste un choix délibéré pour la femme et non un choix orienté par les professionnels.

Mots clés : Douleur, Accouchement, Analgésie Péridurale, Sociologie, Classe sociale, Rapport au corps, Choix, Naturel.