

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

***LES FEMMES
ET LA PERIDURALE :
ENTRE AUTONOMIE ET
DEPENDANCE***



Marina CHOWANIAK
Née le 1 décembre 1989

Directeur de mémoire : Mme Anne-Chantal HARDY

Année Universitaire 2012-2013

REMERCIEMENTS

Je remercie toutes ces femmes que j'ai rencontrées, qui ont modifié mon regard et mon attitude auprès de toutes celles qui, sur le point de devenir mères, souhaitent accoucher ou non sous péridurale,

Merci à Mme Hardy, sociologue et directeur de ce mémoire, pour sa patience et ses précieux conseils,

Merci à Mme Hervo, sage-femme formatrice à l'école de Nantes, pour m'avoir suivie et accompagnée, et pour ses encouragements dans les moments où la fatigue et le doute se sont fait ressentir,

Merci à Mr Branger pour les données statistiques et les informations précieuses quant à l'histoire de cette fameuse technique,

Merci à Frédéric Gillot, psychologue au Centre de la douleur de Nantes, pour son écoute et sa disponibilité,

Merci aussi à toute l'équipe de Centre de Traitement et d'Evaluation de la Douleur de Laennec à Nantes de m'avoir si bien intégrée et entourée tout au long de mon stage, qui m'a permis de porter un autre regard sur cette sensation pleine d'ambiguïté,

Je voudrai également remercier mes parents et ma sœur pour leur soutien si précieux, leurs encouragements et leur aide, tout particulièrement à ma mère qui a fournie un travail acharné, et pour tout l'amour qu'ils me transmettent à chaque instant,

A vous toutes et tous avec qui j'ai partagé près de quatre années de ma vie et qui ont rendu ces études si passionnantes,

A toi ...

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
PREMIERE PARTIE : DE LA DOULEUR A L'ANALGESIE, COMMENT SE SITUE LA FEMME ?	5
1. LA DOULEUR	5
1.1 DOULEUR : DEFINITION ET PHYSIOLOGIE	5
1.2 DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT	10
2. LA MEDICALISATION DE LA NAISSANCE : ENTRE EVOLUTION DE LA SOCIETE ET EVOLUTION DE LA GESTION DE LA DOULEUR	13
2.1 DU SOULAGEMENT DE LA DOULEUR	14
2.2 ... A LA SUPPRESSION DE LA DOULEUR	17
DEUXIEME PARTIE : ENQUETE ET ANALYSE	23
1. MATERIEL ET METHODES	23
1.1 OBJECTIFS DE TRAVAIL	23
1.2 COLLECTER LES DONNEES : COMMENT ET QUI ?	24
1.3 ANALYSER ENTRETIENS	26
1.4 LIMITES	27
2. RESULTATS ET ANALYSE	28
2.1 PRESENTATION DE CES FEMMES	28
2.2 ANALYSE	29
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	41
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	41
OUVRAGES NON PUBLIES	42
REFERENCES ELECTRONIQUES	43
ANNEXE 1 TRAME ENTRETIEN	45
ANNEXE 2 PCS - ESE 2003 INSEE	46
NOMENCLATURE DES PROFESSIONS ET CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DES EMPLOIS SALARIES D'ENTREPRISE.	46
ANNEXE 3 LES ENTRETIENS	47
ANNEXE 4 SOUTENANCE	48
RESUME	51

INTRODUCTION

Le 20^{ème} siècle a été marqué par une revendication à ne plus souffrir, les hommes ne sont plus enclins à subir cette fatalité qui pèse sur eux depuis de nombreux siècles.

D'une éthique d'acceptation de la douleur, épreuve inévitable à la condition humaine, nous sommes passés à une éthique de refus de souffrir et de l'impératif thérapeutique, du fait des avancées scientifiques et de l'emprise croissante des techniques.

Toutefois, au sein de cette nouvelle société anti-doloriste, la mutation culturelle n'a pas été acquise à la même vitesse dans tous les domaines ; un cas exemplaire, l'obstétrique.

L'expérience de la maternité, bien que socialisée, prend un sens particulier car elle est acquise individuellement, renvoie à ce qu'il y a de plus intime, et parce qu'elle se construit avec l'histoire et la personnalité de chacune. Le recours à la technique lors de cet événement met à jour les différences de représentations sociales de la naissance entre profanes et experts, mais aussi entre chacune de ces femmes.

Dès l'entrée dans l'Institution, les femmes sont formées à être de bonnes patientes, en adéquation avec les pratiques de l'établissement, elles sont alors confrontées à cette médicalisation, croissante depuis le siècle passé.

Il ne s'agit point ici d'entamer le procès de la péridurale, mais de remettre en question cette systématisation. Nombreux sont ceux qui ont critiqué une trop forte intrusion dans cette intimité féminine ainsi qu'une instrumentalisation du corps de la femme. La révolte générée par le courant féministe illustre une volonté de maîtrise ; les femmes veulent être actives, autonomes dans ce processus, vivre pleinement leur accouchement, se sentir maître de leurs décisions et de leur corps.

Technique faisant partie quasi intégrante de l'accouchement actuel, nous voulions directement nous entretenir avec les femmes pour savoir elles parviennent à faire de cet événement médicalisé, une expérience personnelle.

Comment la médicalisation produit-elle différents types d'expérience ? Et réciproquement, en quoi l'expérience vient modifier ce rapport à la péridurale ?

Pour élargir cette réflexion, il serait intéressant d'étudier l'image, que se font les femmes de la douleur, également la place de celle-ci lors de ce moment intime qu'est l'accouchement ?

Les deux principales hypothèses à développer seraient que, premièrement, la culture a une place prépondérante dans cette décision d'opter ou non pour la péridurale, deuxièmement, l'influence des professionnels est omniprésente, qu'elle soit consciente ou non.

PREMIERE PARTIE : DE LA DOULEUR A L'ANALGESIE, COMMENT SE SITUE LA FEMME ?

1. LA DOULEUR [6, 7, 8, 9]

« La douleur est de tous les jours dans le corps de l'homme et nous ne savons d'elle que peu de choses. Cela tient, évidemment, à ce qu'elle n'est, en soi, qu'un phénomène subjectif, insaisissable, pour l'observateur, mais aussi, peut-être, à ce que la médecine l'a trop exclusivement étudiée, comme elle fait des choses mortes, par autopsie et coupes microscopiques... Par suite, entre l'idée que nous nous faisons de la douleur et sa réalité, il reste encore, inexplorée, toute la marge des apports de l'individuel »

René Leriche, *Chirurgie de la douleur*, Paris, Masson, 1937.

1.1 DOULEUR : DEFINITION ET PHYSIOLOGIE

1.1.1 Entre désordre physique et subjectivité

La douleur, compagne inévitable de l'Homme depuis toujours, est non seulement un fait physiologique, mais aussi un fait d'existence. Ce n'est pas le corps qui souffre mais l'individu en son entier. Quelque soit l'époque et la civilisation, chaque être humain a déjà fait l'expérience de la douleur, c'est un phénomène universel ; bien que partagée par tous, cette expérience est éminemment intime, personnelle. Elle engage le sujet dans sa totalité, faisant appel à ses expériences passées, son éducation, sa culture. Elle est donc particulièrement subjective.

D'une condition sociale et culturelle à une autre, et selon leur histoire personnelle, les hommes ne réagissent pas de la même manière à une blessure ou à une affection identique. Leur expressivité n'est pas la même, ni sans doute leur seuil de sensibilité nuancé en fonction de leur résistance ou encore, en fonction de leur caractère. Connue de tous, le paradoxe de la douleur est d'apparaître toujours comme radicalement étrangère à soi. Son ressenti ne franchit pas les limites du corps pour apparaître aux yeux d'autrui, on ne peut alors qu'imaginer la douleur de l'autre. Enfermée dans la chair, elle échappe à toute volonté de transmettre à l'autre son intensité et sa nature.

« Entre celui qui souffre et celui qui lui tient la main, il y a inégalité de condition, deux mondes qu'aucune parole durable ne relie, la douleur fait corps, elle ne fait pas langue » [8].

1.1.2 Douleur et culture [7, 19]

À partir des années 50, en référence aux travaux pionniers de Zborowski et Zola exposant le culturalisme de la douleur, sociologues et anthropologues s'attachent à « dégager la douleur d'une approche biologique alors dominante pour montrer que son ressenti et son expression sont socialement et culturellement construits ». [8] La douleur fait partie de toutes les cultures. Mais la relation entre douleur et culture n'est pas linéaire, car bien que celle-ci soit universelle, la douleur reste une expérience indivisible ; « le visage » de chaque douleur est personnel même si son expression est culturelle.

De nombreuses études ont montré que l'on pouvait retrouver chez une majorité d'individus d'une même culture des points communs dans leur réaction à la douleur. Notamment l'une d'elle, réalisée par Mark Zborowski¹, dans laquelle il recherche les perceptions et expressions de la douleur dans quatre cultures (américaine, irlandaise, latine et juive), en voici quelques exemples :

- Dans la culture américaine, généralement l'individu n'exprime rien face à la douleur, il l'endure et préfère alors s'isoler.
- Dans la culture juive, l'individu exprime et dramatise sa douleur, il fait participer toute sa famille à ses souffrances. Il exprime son inquiétude face à son avenir.
- Dans la culture latine, l'individu exprime tout autant sa douleur mais la vit au présent. Dès qu'elle est soulagée, elle est oubliée.

Le sens et les moyens de traiter une douleur doivent tenir compte du poids de la culture, c'est-à-dire, l'éducation, les rituels tout comme la religion. Chacune d'entre elles a sa propre manière d'en interpréter le sens et de lui donner un but ; les religions parlent plus de souffrance que de douleur. [9]

- En islam la douleur est la volonté de Dieu, il ne faut se révolter contre, mais le fidèle doit chercher l'apaisement sans ménager sa peine. Le travail de la femme maghrébine sera valorisé par l'expression de la souffrance, cris, pleurs, prières. Lorsqu'elle exprime sa douleur, elle garantit l'honneur de son mari.
- Pour les bouddhistes et hindouistes, la misère de la vie humaine n'est pas le fait d'une punition des dieux mais de la seule ignorance des hommes. *La souffrance, la douleur purifie des actions mauvaises accumulées dans d'autres vies.*
- Dans la religion juive, la douleur n'est jamais gratuite et inutile, elle est une épreuve infligée par Dieu pour renforcer les hommes. Cette religion étant étrangère à la pénitence et à la mortification, elle autorise alors la révolte.
- Dans la chrétienté, la mort de Jésus sur la croix est un récit de rédemption. Cette douleur infinie est seule capable d'absorber les péchés des hommes, elle donne l'occasion de participer aux souffrances du Christ. « La tradition chrétienne assimile la souffrance au péché originel, elle en fait une donnée inéluctable de la condition humaine » [9]. On peut trouver beaucoup de soumission face à la douleur et parfois même une réticence à utiliser la médecine pour se soulager.

Que nous soyons croyants ou non, nous avons été bercés par la religion de nos aïeux. Ainsi que nous le voulions ou non, de génération en génération, ces convictions nous parviennent et nous imprègnent. Libre à chacun d'en prendre compte afin de construire son individualité.

¹ *People in pain*, San Fransisco, Jossey-Bass, 1969

1.1.3 Physiologie de la douleur [12, 27]

En 1979, l'International Association for the Study of Pain (IASP) donne une définition du phénomène qui illustre bien son caractère pluridimensionnel, définition qui sera ensuite adoptée mondialement : « *La douleur comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire, réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion* ».

Cette définition paraît être la plus satisfaisante, elle rend compte de l'ensemble des mécanismes initiateurs qui peuvent être d'origine somatique, neurologique ou encore psychologique. Elle met en relief le rôle de l'affect en tant que composante intrinsèque de la douleur. L'émotion est plus qu'une réaction à la perception douloureuse, elle fait partie intégrante de l'expérience de la douleur. L'intérêt de cette définition est de ne pas réduire la notion de douleur aux seules causes lésionnelles et d'en accepter la réalité même si le désordre physique ne peut être documenté.

La douleur apparaît donc comme un phénomène multifactoriel et non comme une réaction simple, univoque, c'est pourquoi l'on distingue classiquement quatre composantes de la douleur. Hiérarchisées et interactives, elles entrent en jeu dans l'étude de la perception algique :

La composante sensori-discriminative est ce que sent le patient, elle est liée aux mécanismes neurophysiologiques de la nociception (rôle du thalamus, du cortex pariétal). Elle correspond aux mécanismes nerveux qui permettent la transmission, l'interprétation du message douloureux ainsi que son décodage en termes de qualité, de durée, d'intensité et de localisation.

La composante affective ou émotionnelle est la manière dont le patient ressent la douleur. En même temps qu'elle est ressentie, la douleur est évaluée et intégrée en termes de signification et de valeurs. L'émotion confère une valeur soit positive soit négative à la douleur, ce qui l'inscrit dans le registre du plaisir ou du désagréable, pénible parfois insupportable.

La composante cognitive permet de prendre conscience, comprendre et interpréter la sensation en tant que douleur, cette dimension représente donc la signification que l'individu accorde à cette douleur. Il s'agit en fait, de processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et permettant l'adoption de conduites adaptées pour faire face à celle-ci. Elle fait appel aux acquis éducatifs, culturels et sociaux dans le traitement de l'information douloureuse.

La composante comportementale englobe l'ensemble des manifestations verbales ou non verbales, observables chez un sujet douloureux. Les comportements associés à la présence de la douleur seront donc très différents en fonction des individus : du réflexe d'évitement aux expressions faciales en passant par la plainte, les cris, les gémissements, les positions antalgiques, etc. Ces manifestations – dépendantes de toutes les autres composantes – sont modulées par les apprentissages antérieurs, l'environnement familial et ethnoculturel, ou encore par les standards sociaux (âge, sexe). Leur rôle est aussi d'assurer une communication avec l'entourage : elles peuvent permettre de demander de l'aide mais peut aussi permettre d'accéder à certains avantages donnés aux personnes souffrantes (la reconnaissance sociale de la douleur permet quelque fois d'être exonéré de certaines tâches).

« La douleur mêle perception et émotion, c'est-à-dire signification et valeurs » [8]. Elle varie d'une personne à une autre, mais peut aussi varier chez un même individu d'un moment à l'autre, selon les circonstances, l'environnement... Elle appartient à l'individu qui la ressent et personne d'autre ne peut la juger ou l'évaluer à sa place. Il n'y a pas une mais des douleurs. [12, 14, 28]

Comme nous venons de le voir, la douleur renvoie toujours à un contexte personnel et social qui en module le ressenti, mais il faut également souligner l'importance du facteur temps dans l'appréhension que l'on peut avoir de la douleur. Cette diversité temporelle classe la douleur en deux grands types :

La douleur aiguë est récente et transitoire. C'est un signal d'alarme lancé par une partie du corps devant une agression, elle a donc un rôle protecteur vis-à-vis de l'organisme. Symptôme d'une cause à identifier, cette douleur permet d'orienter le diagnostic ; le traitement de l'étiologie s'accompagne de la disparition de la douleur. La finalité biologique induite par la douleur est de favoriser la guérison par un ajustement des réactions et des comportements.

La douleur devient chronique lorsqu'elle subsiste depuis plus de six mois (3-6 mois). Par leur intensité et leur chronicité, ces douleurs entretiennent un véritable état de « douleur-maladie ». Survenant dans des conditions pathologiques, elle peut persister tant que la lésion est présente, apparaître ou se prolonger après la guérison du traumatisme physique initial, et parfois elle peut se présenter sans qu'aucun problème organique n'ait eu lieu. Syndrome à part entière, elle n'a plus aucune fonction (d'alarme ou de protection), ni aucun objectif biologique ; persistante au cours du temps, elle ne protège pas et devient néfaste. Cela en fait une maladie qui va conditionner la vie de l'individu, entraîner des troubles de l'appétit, une perte du sommeil, envahir son univers affectif, retentir sur le vécu quotidien avec des répercussions sociales, professionnelles et familiales.

Ces douleurs surviennent à partir de systèmes complexes. On distingue maintenant, en clinique, trois grands mécanismes de genèse :

La douleur par excès de nociception est liée à une augmentation des messages nociceptifs directement générés par les nocicepteurs périphériques au sein des tissus lésés. Il s'agit du mécanisme le plus usuel, le processus pathologique activant le système physiologique de transmission des stimulations nociceptives vers la moelle puis vers les structures centrales.

Les douleurs neurogènes ou neuropathiques résultent directement d'une lésion ou d'une maladie affectant le système nerveux central ou périphérique. Elles sont dues à des dysfonctionnements des voies nociceptives entraînant une perturbation du système de transmission, qui génèrent un influx douloureux alors qu'aucune lésion apparente n'existe.

Les douleurs psychogènes, aussi appelées douleurs fonctionnelles ou psychosomatiques, se manifestent sans cause organique identifiée. Le diagnostic de ces douleurs n'est pas un diagnostic d'élimination. Souvent, c'est lorsqu'elle devient chronique que l'origine psychogène d'une douleur est évoquée devant les résultats négatifs du bilan clinique et des explorations complémentaires morphologiques et neurophysiologiques. L'origine psychologique de ces douleurs – ressenties à divers endroits et décrites selon un discours imagé – est en rapport avec une problématique psychologique (suite de deuil...) ou psychopathologique (angoisse...) caractérisée qui s'exprime au travers du corps.

1.1.4 Histoire de la douleur [29, 30]

Il nous semblait intéressant de présenter les diverses conceptions de la douleur qui ont traversées l'histoire jusqu'à nos jours. L'histoire de la douleur s'inscrit dans les grands courants de pensées ; en observant une période historique, nous comprenons l'évolution des conceptions et l'amélioration des soins qui ont jalonné notre civilisation occidentale au cours des siècles.

Tout au long de l'histoire de l'humanité, chaque société humaine a cherché ses solutions pour soulager ou améliorer le sort des souffrants. La douleur suscite, au fil des époques et des cultures, des réactions émotionnelles et médicales contrastées. Depuis les premiers écrits médicaux, la douleur est une permanence dans l'histoire de l'Art médical. Dans les civilisations anciennes la douleur se comprenait grâce à la magie. Elle était alors le signe de la présence d'un mauvais esprit à l'intérieur de l'individu ou secondaire à un maléfice.

Tout au long de l'Antiquité gréco-romaine, la douleur a une spécificité clinique. Hippocrate de Cos (-460/-370) est le premier à la définir comme un signal d'alarme du corps ; elle est le « chien de garde de notre santé » qui « aboie », pour alerter l'organisme.

A son tour, Galien (131-201), second père de la médecine, modifie la notion de douleur : il la considère comme une atteinte du tact. Elle est alors définie pour la première fois comme une sensation qui relève du toucher, dont Galien situe le siège dans le cerveau. Il est aussi le premier à chercher dans la pharmacologie et la chirurgie des moyens de la soulager.

Puis au Moyen Age, l'Occident est dominé par l'influence du christianisme. La douleur est valorisée, considérée comme normale et rédemptrice ; elle est soit un châtement de Dieu, soit une condition d'une récompense possible dans l'au-delà.

C'est pendant la Renaissance, avec la levée des interdictions religieuses, que débute l'étude de l'anatomie et de la physiologie de la douleur en tant que sensation transmise par le système nerveux. Période de renouveau culturel que l'on va appeler humaniste parce que l'on va se préoccuper d'abord de l'homme et non plus de Dieu. Le corps n'est alors plus dépendant de l'Eglise et s'affranchit du dolorisme et de l'expiation. La douleur va ainsi se laïciser dans la conscience médicale au cours du siècle des Lumières.

Hier, la douleur était une fatalité acceptée ou sublimée ; aujourd'hui sa prise en charge est un droit pour le patient et un devoir pour le praticien.

« La douleur est intime, certes, mais elle est aussi imprégnée de social, de culturel, de relationnel, elle est le fruit d'une éducation. Elle n'échappe pas au lien social. » [D. Le Breton]

Au XVII^{ème} siècle, Descartes modifia ces conceptions en proposant une théorie de la douleur « signal d'alarme » qui persista jusqu'aux années 1960 : la douleur informe le système nerveux central d'un dommage tissulaire, qui commande alors une réaction protectrice de l'organisme. Théorie purement physiologique, le mécanisme de la douleur est alors considéré comme résultant de la seule mise en jeu d'un système câblé de neurones, de la périphérie nociceptrice vers les centres nerveux supérieurs du cortex.

En 1965, la théorie du portillon ou « Gate-Control » de Wall et Melzack, devient le nouveau paradigme en matière de nociception. Elle dénonce cette vision extrêmement schématique de la douleur comme purement sensorielle et véhiculée en ligne droite au cerveau.

Ils établissent l'existence d'un système de régulation de l'information nociceptive ; le message n'était plus linéaire mais modulable, certaines structures nerveuses pouvant filtrer les messages.

Un message codé par les récepteurs comme douloureux peut, par la mise en jeu de contrôles inhibiteurs, être modulé et ainsi il ne sera pas perçu comme sensation douloureuse par l'individu.

Par ailleurs, les avancées en pharmacologie, avec la découverte de récepteurs à la morphine au sein du système nerveux et la capacité de celui-ci à produire ses propres opiacés, ont modifiées les perspectives thérapeutiques. Le traitement de la douleur ne passe plus exclusivement par un abord chirurgical, il fait également appel à l'aide de la psychologie et de la pharmacologie. Parallèlement à ces avancées fondamentales, des évolutions sociologiques ont modifié la perception de la médecine, des représentations des maladies et des façons de les soigner.

La douleur n'a pas eu la même signification à toutes les époques et dans toutes les civilisations. Allant d'une épreuve nécessaire, d'une fatalité, d'un châtement de Dieu, à une expérience insupportable face à laquelle il faut lutter avec tous les moyens disponibles, la douleur n'en reste pas moins une expérience subjective. Inégaux face à elle, notre interprétation de ce signal – signal qui nous touche en tant qu'homme ou femme, marqué par notre culture, notre religion, la société dans laquelle nous vivons et par notre univers familial – joue un rôle essentiel dans la façon dont nous la percevons.

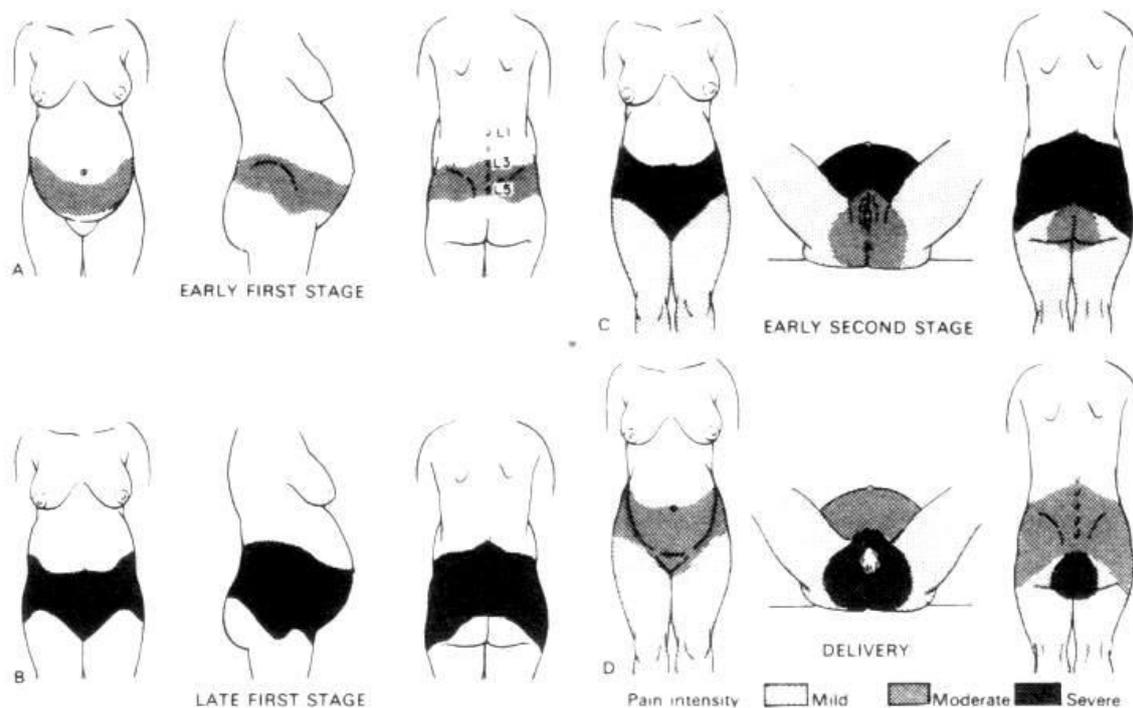
1.2 DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT

« La douleur ressentie n'est jamais un simple flux sensoriel, mais une perception qui concerne chaque sujet dans son rapport au monde, à son environnement, à sa culture. Jamais purement physiologique, profondément subjective, elle relève d'une symbolique et se trouve marquée par l'appartenance culturelle » [9]

1.2.1 Origine physiologique de la douleur du travail et de l'accouchement

Le début du travail est marqué par l'apparition des contractions utérines induisant des modifications cervicales, et présentant des caractères particuliers : elles sont involontaires, intermittentes, rythmées, progressives dans leur durée, totales, mais aussi douloureuses. L'accouchement se définit comme une expérience émotionnelle et physiologique très intense pour chaque femme, où la douleur, bien que subjective, reste l'un des aspects indissociables de cet événement.

Située dans le temps, la douleur l'est aussi dans l'espace. Le Pr Bonica a publié, en 1990, une « cartographie » de la douleur représentant l'évolution de sa localisation corporelle et de son intensité, selon les étapes de l'accouchement. La douleur va s'intensifier et changer de topographie à mesure de la progression du fœtus dans la filière pelvienne.



The pain of childbirth in: John J. Bonica, *The Management of Pain*, volume II, Lea & Febiger, Philadelphia, London, 1990

Les contractions du début de travail sont plutôt ressenties comme un inconfort qu'une douleur véritable, dont la projection cutanée sera antérieure ou postérieure, variant avec la position fœtale.

Au cours de la première phase du travail, les stimulations nociceptives, initiées par les contractions utérines, proviennent de la distension mécanique du segment inférieur de l'utérus et de la dilatation cervicale. Cette douleur irradie dans les dermatomes thoraciques T11 et T12, elle est essentiellement sous ombilicale ou lombo-sacrée selon que la variété soit antérieure ou postérieure. Puis elle s'étend progressivement aux territoires sous jacents T10 et L1 et à tout l'abdomen avec l'avancée de la dilatation.

La deuxième phase débute lorsque le mobile fœtal entame sa descente et sa rotation dans la filière génitale. La douleur s'étend à des zones extra-utérines correspondant à l'étirement des fascias, une pression sur les muscles squelettiques, des tractions sur les ligaments utérins, elle est ressentie en sous ombilical, et de la moitié du sacrum à la région lombaire.

Le col est alors à dilatation complète, les douleurs permanentes sont dues à la distension des structures pelviennes par la présentation lors de sa descente, puis l'acmé douloureuse se fait ressentir **lors de l'expulsion**. S'ajoute aux douleurs provoquées par l'étirement de la filière génitale, la douleur liée à la distension de la zone périnéale : le périnée lui-même mais aussi l'anus et la zone péri-anale. La contraction des muscles périnéaux peut rendre la distension vulvaire douloureuse, normalement rendue indolore par une ischémie locale. La douleur est plus aiguë, mieux localisée qu'à la 1^{ère} phase et peut s'étendre dans les cuisses avec plus ou moins une envie impérieuse d'aller à la selle.

Le travail obstétrical se termine par **la troisième phase qui correspond à la délivrance** du placenta et des membranes. Cette phase, en l'absence d'une délivrance manuelle, est en théorie indolore.

1.2.2 Les douleurs de l'accouchement : quand l'imaginaire devient réalité [6, 8, 15]

L'accouchement est un autre modèle d'expériences douloureuses collectives vécues par des générations successives et dont l'expression est ritualisée. On note face à la douleur de l'accouchement, dans chaque société, des rituels qui se transmettent de mère en fille ou par les sages-femmes. A une douleur atroce, sont associés la peur de la mort, de l'enfant malformé et le bonheur de la délivrance prochaine. Autant de symboles qui diffèrent d'une culture à une autre.

Jusqu'au 18^e siècle, les médecins accoucheurs ne se préoccupaient guère de la douleur de l'accouchement, ils cherchaient avant tout à assurer la survie de la mère et de l'enfant ; notre corps était asservi à la maladie, à la douleur. Mais il faudra attendre la fin de la Seconde Guerre Mondiale, ce besoin de confort et d'hygiène qui suivra et le développement d'une vraie politique de santé en matière de périnatalité, pour que la question des douleurs liées à la naissance soit étudiée avec plus d'attention. Cet intérêt est concomitant à l'émergence de nombreuses mutations sociales, celles-ci font ressortir, à l'époque, une autre vision de la famille, et modifient le rapport aux autres qui devient alors prioritairement individualiste. Les avancées de la médecine et le développement de l'asepsie ont modifiés le rapport de l'individu à son corps et ainsi ont permis l'émergence de ce besoin de qualité de vie.

Le témoignage de nombreuses femmes ayant accouché ainsi que de multiples études et données historiques attestent du caractère inévitable des douleurs obstétricales. Pourtant les avis restent partagés, entre une propriété purement dorigène des contractions et la révélation d'une souffrance dont les origines pourraient être antérieures ou extérieures à ces douleurs. Pour certains, l'accouchement étant un phénomène naturel, physiologique, il ne peut pas être douloureux. En pratique, cela signifie que malgré l'intensité des forces nécessaires à la dilatation du col, à la distension ou à l'étirement des fibres, il s'agirait d'un phénomène totalement indolore ; la douleur ne trouverait alors son origine que dans les facteurs culturels et environnementaux. La douleur serait donc réelle puisque ressentie mais elle serait produite par l'esprit. [14]

En 1933, le Dr Dick Read, gynécologue anglais, constate que les femmes calmes semblent moins souffrir que les femmes anxieuses. Promoteur de l'« accouchement naturel », il part du postulat que la contraction utérine est normalement indolore car il n'y a pas de fonction physiologique dans le corps humain qui soit cause de douleur, tant que le corps est en bonne santé. Pour lui, la peur enracinée chez les parturientes, engendrerait des tensions exagérées sur les muscles, et suffirait à transformer les contractions en douleurs. La douleur existe parce que la civilisation et la culture ont influencé l'esprit des femmes et ont introduit la peur de l'accouchement. Pour rompre le cercle vicieux Peur-Tension-Douleur, il faut expliquer les différentes phases de l'accouchement et entraîner physiquement les femmes. Fondé sur une théorie plus intuitive qu'expérimentale, l'accouchement « sans crainte », aussi appelé en anglais *educated childbirth* ; il s'agit d'éduquer la femme à retourner à la nature, et en quelque sorte leur réapprendre l'instinct. Peu reconnue en Grande Bretagne, sa théorie rencontra une certaine opposition et ses hypothèses furent très controversées par d'autres obstétriciens. Parallèlement, en Union Soviétique, Nikolaïev et Velvoski, inspirée des expériences pavloviennes, mettent au point une méthode d'accouchement sans douleur se fondant en partie sur le conditionnement mental. S'appuyant sur des expériences d'accouchement par méthode hypno-suggestive, ils voient la douleur « comme un conditionnement culturel susceptible d'être défait par un autre. » [8]

Le lien contractions-douleur puise alors son origine dans l'histoire, plutôt que dans la physiologie féminine. Cette méthode de préparation psychoprophylactique est sous-tendue par des mécanismes de type réflexe conditionné ; bien éduquée, bien conditionnée à déconnecter les centres de la douleur dans le cerveau, bien accompagnée, toute femme peut arriver à accoucher sans douleur. Contrairement à la méthode de Read qui inhibait le psychisme, celle-ci a pour but de permettre à la parturiente d'être la première actrice de son accouchement.

Ces théories ont cependant leurs limites ; elles opposent le corps et l'esprit comme deux réalités distinctes. Ce dualisme est très rapidement remis en cause ; « la condition humaine est d'emblée, et de manière irréductible, une condition corporelle ».²

Le travail obstétrical représente une des expériences les plus douloureuses rencontrées par les femmes au cours de leur vie. Le vécu de la douleur, ses représentations, le sens qui lui est accordé, sont des éléments importants qui peuvent influencer la satisfaction par rapport à l'accouchement, mais aussi avoir des conséquences (positives ou négatives) émotionnelles et psychologiques immédiates et à long terme.

Les douleurs de l'accouchement demeurent ambiguës, elles se situent le long d'une frontière floue ; entre aigue et chronique, entre mythe ou réalité, l'expérience de son ressenti est contrastée.

2. LA MEDICALISATION DE LA NAISSANCE : ENTRE EVOLUTION DE LA SOCIETE ET EVOLUTION DE LA GESTION DE LA DOULEUR

« Je crois, au fond, que l'identification à la profession que j'exerce me fait tenir le mal et la douleur pour un ennemi à combattre avec force, pour une honte qu'il convient de cacher. L'enseignement d'Hippocrate attribue au médecin la vocation divine de diminuer la douleur³. »

Le 20^{ème} siècle a marqué la transition d'une éthique d'acceptation de la douleur, épreuve inévitable de l'existence humaine, à une éthique de refus de souffrir et de l'impératif thérapeutique, du fait des avancées scientifiques et de l'emprise croissante des techniques. Toutefois, cette mutation culturelle n'est pas acquise dans tous les domaines ; un cas exemplaire, l'obstétrique. Autrefois, l'expression « les douleurs » désignait l'accouchement en lui-même et l'idée de douleur a longtemps été inséparable de ce processus. Dès la 2^{ème} moitié des années 80, la question de la douleur est largement abordée, après la période 39-45 où régnait souffrance et malheurs, la jeune génération, issue du baby boom, revendique le droit au plaisir. La douleur jugée archaïque et nuisible, on la soigne, on la traque, on la combat. Le droit à l'antalgie s'impose, devient un objectif de santé publique dans une société anti doloriste. Tout ceci est alors possible grâce aux progrès technologiques, médicaux.

² David Le Breton, 2008.

³ Marco Vannotti, médecin adjoint, Office médico-pédagogique, Neuchâtel, «La douleur et le discours médical», in : Le Mal et la douleur, Jacques Hainard, Roland Kaehr, Eds, Neuchâtel : Musée d'ethnographie, 1986, p. 187

2.1 DU SOULAGEMENT DE LA DOULEUR ...

2.1.1 D'une fatalité à une révolution

Comme nous l'avons vu précédemment, la douleur est le lot commun de tous, hommes et femmes depuis la nuit des temps. Les populations anciennes étaient exposées par leurs modes de vie souvent rudimentaires à de multiples causes de douleurs et de maladies. Le christianisme renforce cette soumission de l'homme face à la douleur. Le poids de la malédiction biblique dans le vécu des accouchements d'autrefois : « Tu enfanteras dans la douleur », célèbre adage de la Genèse⁴, justifie ces douleurs par le rachat de la faute originelle et l'accession au statut de mère. Cet aspect à la fois de rédemption et de punition va rendre la douleur indissociable de la maternité. Si la douleur est vécue comme une fatalité, il n'est pas concevable de chercher à la maîtriser.

Cette attitude d'acceptation et de résignation est générale jusqu'aux débuts du XIXe siècle, l'accouchement ainsi socialement construit comme étant douloureux est ancré dans l'inconscient collectif. Ce principe doloriste a permis l'intégration du caractère inévitable et rédempteur des douleurs, mais cette souffrance a aussi une valeur positive, puisqu'elle permet de « mériter son bébé », comme l'indique l'expression ambivalente de « mal-joli » : « dès qu'il est passé, on en rit ».

C'est à partir de la Renaissance, par la levée des interdictions religieuses en matière d'anatomie, que le corps et plus généralement, l'Homme, s'affranchit du dolorisme. Dorénavant syndrome, séparée de la pathologie ou d'une atteinte somatique, la douleur est autonomisée, et devient la cible du traitement – visant autrefois à supprimer la cause de la douleur –.

Dès la deuxième moitié des années 80, la question de la douleur est largement abordée dans de nombreux articles et ouvrages. Considérée comme dévastatrice, certains s'indignent que l'on puisse encore souffrir de nos jours. Par conséquent, ayant tous les outils nécessaires, la lutte contre cette douleur devient un impératif de la médecine occidentale et un objectif de santé publique.

2.1.2 Histoire de la naissance d'une ère anti doloriste [6, 31]

Deux mutations essentielles, l'une concernant les accompagnants, l'autre le lieu de l'accouchement, vont changer radicalement les conditions de la naissance. D'abord aux XVIIe et XVIIIe siècles, avec l'apparition timide puis décidée, d'hommes accoucheurs. Ensuite, le XIXe, siècle des développements de l'obstétrique, de l'anesthésie et de l'hygiène qui améliorent les conditions d'accueil dans les hôpitaux et ainsi, conduisent au XXIe siècle au basculement de la majorité des accouchements du domicile vers le milieu hospitalier, qui aboutit à une médicalisation totale de la naissance.

La naissance traditionnelle jusqu'au XVIIème siècle

Autrefois, les naissances ont lieu à la maison, la parturiente est soutenue par un entourage exclusivement féminin ; parentes, amies, et au centre la matrone l'assiste dans sa délivrance. Ce cadre affectif, privé, et intime est d'abord une affaire de femmes, aussi les hommes en sont-ils exclus autant par décence que par incompetence. Malgré son climat chaleureux, l'accouchement d'autrefois est souvent meurtrier.

⁴ « Le péché des origines », Genèse 3

L'arrivée de l'accoucheur au XVIIème siècle

Le Siècle des Lumières – généreux, sensible aux malheurs des autres – va bouleverser l'enseignement de l'obstétrique, celui-ci se structure, son programme est désormais résolument obstétrical et médical. Tout au long de ce siècle, il s'agit de combattre les ténèbres de l'ignorance par la diffusion du savoir. L'univers des couches commence à changer. On passe de la sorte, très lentement, des « matrones » et leurs pratiques empiriques souvent superstitieuses aux « sages-femmes » ayant reçu une formation obstétricale, au nom de la nécessaire protection de la mère et du nourrisson, et de la sauvegarde des populations. C'est à l'initiative de Mme Angélique-Marguerite BOURSIER Du COUDRAY (1712-1791), que l'éducation et la formation des sages-femmes, qui a longtemps relevé des traditions orales, dispose alors d'un enseignement théorique et pratique. Pendant près d'un quart de siècle, elle formera dans un tour de France obstétrical, plus de 3000 matrones et chirurgiens en 25 ans et deviendra le premier pédagogue de l'obstétrique. Cette pionnière a été une actrice importante du recul de la mortalité infantile. Grâce à Madame Du COUDRAY, l'« Art de l'accouchement » devient en 1806 la première spécialité médicale reconnue (ratification de Napoléon). Du coup, les médecins – hommes – trouvèrent que finalement, l'obstétrique était assez bien pour eux et enfin digne d'intérêt.

La mutation la plus marquante et décisive de ce siècle est le changement des acteurs présents autour de la femme enceinte. Le contexte scientifique du XVIIIème siècle, notamment une meilleure connaissance de l'anatomie, du processus de la grossesse et des mécanismes de l'accouchement, conduit en effet les accoucheurs français à privilégier la technique, l'instrument. La demande sociale est, pour grande partie, à l'origine de l'innovation : le désir des femmes de sauver leur enfant et de se sauver elles-mêmes d'un mauvais pas a créé les conditions de l'intervention du praticien : le souci de sécurité l'a emporté sur la pudeur.

Ce premier pas vers la médicalisation de la naissance, à la demande des femmes, résulte d'une nouvelle conception du corps et de la vie. À une sorte de fatalisme et de passivité fait place désormais une aspiration aux soins, une volonté de se sauver – et ceci est particulièrement évident pour la femme enceinte et le nouveau-né – en faisant appel à ceux qui font profession de soigner le corps souffrant, principalement au médecin.

La médicalisation de la naissance au XIXème siècle

Pendant les deux premiers tiers du XIXème siècle, malgré une meilleure formation des soignants, les hôpitaux restent encore des lieux où les naissances y sont plus dangereuses qu'à domicile. Un pas décisif est franchi lorsqu'en 1878, Pasteur montre aux médecins l'importance vitale de l'asepsie qui permet une baisse radicale de la mortalité maternelle. D'autre part, à partir des années 1840, la médecine découvre le pouvoir des « drogues » anesthésiantes et analgésiques, qui initialement réservé à la chirurgie se transpose rapidement à tous les accouchements.

Paradoxalement, cette volonté des femmes d'abolir la douleur les conduit à dépendre plus exclusivement du médecin : à la différence des sages-femmes, seuls les hommes médecins peuvent administrer les drogues et sont autorisés à se servir des instruments.

L'accouchement à l'hôpital au XXème siècle

Vers les années 50, grâce aux progrès évidents accomplis en matière de sécurité, d'hygiène et de confort, la fréquence des accouchements à domicile diminue peu à peu au profit de l'hôpital. L'accouchement devient un acte médical, et non plus un acte d'entraide ou d'assistance, comme autrefois. La « révolution des mœurs » des années 1960 a profondément marqué les pays occidentaux de son empreinte. Peu à peu émergent des comportements contemporains, la place de la femme évolue.

Suite à de nombreuses revendications et mouvements sociaux, l'émancipation des femmes s'est faite dans les domaines économique, politique et juridique, ce qui a contribué à une modification des rapports sociaux entre les sexes. En cette période de « baby-boom », cette acquisition de nouveaux droits (instruction, vote, travail) permet à la femme de rompre avec l'idéal féminin qu'est la mère au foyer, pilier de la famille.

Le XXème siècle est la conquête par les femmes du droit à la maîtrise de leur fécondité ; libérées du risque de procréation, les femmes disposent plus librement de leur corps grâce à la diffusion massive de la contraception et du recours possible à l'avortement. Aux maternités à répétition, les femmes préfèrent le confort et accordent une importance nouvelle à leur couple.

2.1.3 ASD et mouvements féministes [4, 5, 6, 8]

Dans les années cinquante, en France, a lieu une autre mutation : suite au déclin du catholicisme, la société se prévaut d'un caractère antidoloriste et féministe. Apparaît alors le concept de l'Accouchement Sans Douleur.

En 1952, cette méthode, d'origine soviétique fondée sur l'étude des réflexes inaugurée par Pavlov, est inaugurée en France par le docteur Fernand Lamaze (1890-1957) et son équipe, à la Polyclinique des Métallurgistes (maternité des Bluets). La passivité de la femme liée à son statut social et technique est source de souffrance, c'est sur ce postulat que les promoteurs de la psychoprophylaxie obstétricale fondent leur méthode. La femme, recevant alors des connaissances appropriées sur la physiologie et les techniques de relaxation, voit sa douleur diminuée ou supprimée, accédant à une certaine forme d'autonomie, la femme est également plus active, plus consciente du processus de l'accouchement. Période d'importantes mutations sociales, cette doctrine s'impose dans toute la France entre les années 50 et 60, s'inscrivant dans le grand courant d'émancipation des femmes qui marque le demi-siècle. À cette date, les femmes obtiennent de la Sécurité sociale, le remboursement des séances de préparation, Pie XII donne son approbation à la méthode, ce qui lève définitivement les réticences des milieux catholiques. Le rôle du père changeant, il est introduit en salle de naissance, il devient un accompagnateur soutenant.

Mais cette méthode suscite des résultats contrastés. La décennie 1970 qualifia rapidement la pratique lamazienne de mythes ; par des accouchées déçues et culpabilisées de leur échec, par des obstétriciens démentant le lien entre la douleur et la crispation induite par la peur (le col n'étant constitué que de très peu de fibres musculaires) et tournés vers des méthodes d'analgésie plus « scientifiques », plus « sérieuses ». Certaines critiques féministes viennent récuser cette méthode, mise en œuvre par des hommes qui négligent la douleur des femmes et visent seulement à les discipliner, qui ne supprime en rien la douleur.

A la fin des années 1970, les conditions de la naissance sont en plein bouleversement en France, bouleversement technologique et technocratique [1]. L'ASD devenu la Préparation Prophylactique Obstétricale (PPO) est menacé par l'arrivée d'une nouvelle forme d'anesthésie médicamenteuse « la péridurale ». Reconnaissant en celle-ci un moyen simple d'éviter les douleurs, certaines féministes réclament sa généralisation pour une qualité de l'accouchement. Cette technique se répand d'autant plus rapidement qu'elle est portée par un mouvement social, issu de mai 1968, un nouveau féminisme.

Depuis toujours dans nos sociétés, l'idée de douleur est intrinsèque à l'accouchement. Les cinquante dernières années ont cependant vu se développer des techniques variées pour s'efforcer de soulager la parturiente : des moyens traditionnels nous sommes passés l'anesthésie à partir des années 1840, ensuite dans les années 1930 - 1950 par la mise au point de méthodes naturelles d'accouchement « sans crainte » ou « sans douleur », et enfin l'arrivée de la péridurale dans les années 80.

2.2 ... A LA SUPPRESSION DE LA DOULEUR

2.2.1 Origine d'une technique révolutionnaire [26]

En 1901, Sicard et Cathelin, deux médecins français, ont perfectionné la technique de la ponction du canal rachidien épidural à travers le hiatus sacré. Cathelin a découvert les effets de l'injection de cocaïne dans cet espace épidural à la suite d'expérimentations animales, puis chez l'homme. Mais la technique tomba dans l'oubli, Cathelin en faisant une contre-indication en raison du risque de toxicité de la cocaïne. Il faudra attendre 1909 avec la découverte de la Novocaïne pour rendre la méthode pratique et utilisable en clinique. C'est Walter Stoeckel, reprenant la technique de Cathelin, qui fut le premier à utiliser la « *sakral anesthésie* » avec dans la population obstétricale. L'approche lombaire actuellement utilisée à l'espace épidural a été d'abord décrite par le chirurgien espagnol, Pagés, en 1921, mais a été vulgarisée par un autre chirurgien italien, Dogliotti en 1933. Mais c'est Aburel, obstétricien roumain, en 1931, qui va codifier la technique de l'analgésie épidurale continue pendant le travail de l'accouchement.

La pharmacologie s'est imposée comme le moyen de soulager la souffrance, et l'anesthésie péridurale est devenue la figure centrale de l'indolorisation de l'accouchement. L'analgésie péridurale, qui permet de supprimer la douleur de l'accouchement sans altérer la conscience, a connu un essor considérable en France, notamment à la fin des années 80 lorsque Simone Veil a étendu son remboursement, par la Sécurité Sociale, à toutes les femmes qui désireraient en bénéficier, sans condition d'indication médicale. Son utilisation a fortement progressé ces dernières décennies. En France, les données de l'enquête périnatalité réalisée en 2010 font état d'un recours à l'analgésie péridurale pour 70% des accouchements contre 48,6% en 1995.

Grâce aux progrès réalisés ces trente dernières années dans la connaissance et la maîtrise de la péridurale, un certain nombre de stratégies et de recommandations ont pu être établies pour améliorer son efficacité tout en limitant les répercussions sur le déroulement du travail ainsi que les effets maternels et néonataux.

En voici quelques exemples : le recours aux faibles concentrations d'anesthésiques locaux (AL), l'administration intrathécale d'un opiacé avec ou sans AL (péri-rachianesthésie combinée), ou encore l'usage de l'analgésie péridurale contrôlée par la patiente (*Patient Controlled Epidural Analgesia*).

2.2.2 La technique dans la société [1, 2, 5]

Comme nous l'avons déjà exprimé, le rapport à la douleur a connu un bouleversement dans les sociétés occidentales. Cette entrée dans une ère anti doloriste a banalisé le recours aux produits antalgiques et l'individu est constamment à la recherche de modes de soulagement rapides et efficaces.

Dans un premier temps cette technique est réservée à l'« aristocratie », qui seule pouvait se la payer, et limitée à certaines indications médicales. Puis c'est à la fin des années 1980 sur l'argument principal de l'Égalité – avancé par ses partisan(e)s – que Simone Veil a étendu le remboursement par la Sécurité sociale de la péridurale à toutes les femmes souhaitant en bénéficier, supprimant l'indication médicale qui la permettait jusque-là. Venant d'une femme ministre qui avait permis la libéralisation de la contraception et de l'avortement, cette mesure est apparue comme une victoire des femmes accédant enfin à un droit fondamental [1]. Exemptant de toute souffrance, cet élément de confort est aussi une garantie de sécurité pour le couple mère enfant.

En comparaison à ses voisins européens, le taux de mortalité périnatale en France est inacceptable, à cela s'ajoute la morbidité toujours croissante liée à une surveillance insuffisante de la grossesse ou aux mauvaises conditions d'accueil du nouveau-né. La périnatalité devient alors une priorité de santé publique. La préoccupation initialement bienveillante aboutira à une emprise croissante de la technologie dans l'obstétrique ; technologie que l'on finit par confondre avec la sécurité. [6]

La société du XX^{ème} siècle scandalise aussi bien la mort du nourrisson comme celle de sa mère, que cette intolérable douleur. Deux grandes nouveautés techniques voient alors le jour, et bouleversent ainsi la naissance : le développement de l'échographie (années 1970) qui permettrait de garantir un enfant parfait, puis l'analgésie péridurale depuis les années 1990 (période où le taux d'utilisation au cours du travail franchit les 20%) permettant d'éradiquer la douleur des contractions. La grossesse et l'accouchement contemporains sont des événements exceptionnels qui doivent être « réussis ». Par l'échographie et le développement de nombreuses techniques de diagnostic anténatal (amniocentèse, ponction de trophoblaste, etc.), la relation à l'enfant évolue, « le fœtus commence à être considéré comme un patient » [6]. Le devenir de cet embryon est remis entre les mains des médecins, possesseurs de tous les savoirs, soumis alors à une forte pression médico-légale, ce qui, selon certains, justifierait le suivi très médicalisé de la grossesse. « La relation de confiance médecin-patient se trouve modifiée par l'intrusion d'un deuxième patient dans le colloque singulier, mais aussi par la juridiciarisation du rapport profane/expert. » [5]

Le risque domine dans un domaine où efficacité et anticipation sont devenus les maîtres mots, la prévision des événements étant impossible ; la grossesse et l'accouchement ne peuvent être définis comme normaux qu'*a posteriori*, à tout moment la frontière entre normal et pathologique peut être franchie. L'accouchement se présente comme la phase « critique » de la maternité tant pour la femme que pour l'équipe médicale. Les techniques

comme le monitoring continu du cœur fœtal, la perfusion d'ocytociques, ou bien la péridurale donnent un sentiment de contrôle de la situation et rationalise le travail des professionnels.

D'un confort des patientes à celui des professionnels, – les femmes plus silencieuses sont plus souriantes, la relation n'est que plus égalitaire –, en passant par un rôle sécuritaire, cette médicalisation a profondément fait évoluer les mœurs autour de la naissance pour l'adapter aux conditions idéologiques de l'hôpital, de l'Institution.

2.2.3 Controverses de la péridurale

L'utilisation systématique de cette technique a réveillé bien des débats, entre interventionnisme des médecins en matière obstétricale et la revendication de l'autonomie des femmes, de faire valoir leur droit à disposer de leur corps, à prendre part aux décisions les concernant. Aujourd'hui une nouvelle ère est née, l'ère du paradoxe. Paradoxe quant à la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement.

2.2.3.1 Question du sens et de l'utilité des douleurs de parturition [5, 6, 8]

« De ce que le crime est un fait de sociologie normale, il ne suit pas qu'il ne faille pas le haïr. La douleur, elle non plus, n'a rien de désirable ; l'individu la hait comme la société hait le crime, et pourtant elle relève de la physiologie normale. Non seulement elle dérive nécessairement de la constitution même de tout être vivant, mais elle joue un rôle utile dans la vie et pour lequel elle ne peut être remplacée. »

Emile Durkheim, Les règles de la méthode sociologique.

La lutte contre la souffrance et donc contre la douleur est au cœur de l'idéologie du Progrès. La création de nombreux centres de traitements de la douleur et la spécialisation de cette sensation – douleur en tant que maladie – en sont un exemple, engendrant ainsi un discours sur le « droit de l'homme à ne plus souffrir ». En plus d'être inévitable, les douleurs de l'accouchement sont considérées comme les plus intenses qui soient⁵ et entrent donc dans l'ordre de l'intolérable. Certains accusent même la douleur d'être responsable de pathologies : douleur et stress engendrent tachycardie et hypertension maternelle via une stimulation du système sympathique. Le sang est redistribué aux organes nobles créant de la sorte une ischémie utérine, qui provoque une diminution de l'oxygénation fœtale, favorisée également par l'hyperventilation maternelle. Le caractère intermédiaire des douleurs de l'accouchement, ni chronique ni aigu, nuance l'expérience de son ressenti. La douleur est jugée inutile, elle n'a pas de fonction d'alerte ou de signal, elle ne prévient d'aucun dysfonctionnement. Contrairement aux autres douleurs intervenant dans le cadre d'une pathologie, les douleurs de l'enfantement sont les seules à prévenir d'un phénomène physiologique qui aboutit à événement heureux ; elles sont par conséquent globalement positives. Cette caractéristique du « naturel » suffirait à les légitimer.

La douleur est une expérience toujours individuelle déterminée par nos expériences antérieures. « Seule existe la douleur vécue, dans une situation donnée, un moment précis, d'une durée variable par un individu unique » [6]. Au fil des témoignages recueillis par Marilène Vuille, nous nous apercevons que la douleur est constitutive de l'accouchement.

⁵ Etude de Melzack : dans son échelle d'intensité de la douleur il situe l'accouchement certes au-dessous de la douleur d'une amputation digitale mais en moyenne bien au-dessus de celle d'une fracture.

Elle révèle l'importance de l'événement, et l'image de la bonne mère qui a mérité son enfant. Ce qui fait dire à la sociologue : « La mère crée l'enfant et la douleur crée la mère ».

Ceci nous laisse entrevoir la question du sens de ces douleurs, « c'est l'homme qui fait sa douleur à travers ce qu'il est⁶ ». La naissance est à voir comme une épreuve initiatique, affrontement du passé [2]. La douleur permet à la femme de recontacter avec son inconscient et des événements marquants de son enfance peuvent ressurgir, de découvrir une partie de sa personnalité qu'elle ne connaissait pas, en s'approchant de ses propres forces, ses limites, la femme va à la rencontre avec l'au-delà de soi-même (dépassement de soi). L'accouchement est vu comme une double naissance ; hormis celle de l'enfant, c'est l'acte qui permet, psychiquement, à la femme d'atteindre le statut de mère. Pour Hélène Deutsch, le message contenu dans la douleur serait « *cet enfant qui était et est encore Moi va devenir un Autre* ». Lors de douleurs intenses, on peut parfois assister à une régression de la femme, un certain lâcher prise. Pour Michel Odent, là est le but de ces dernières ; le néocortex se met alors au repos pour que le cerveau primitif prenne le dessus, assurant la physiologie et permettant à la femme de vivre la séparation.

Le sens des douleurs de l'enfantement relève purement de la conviction personnelle : une femme peut voir là l'expérience ultime de sa féminité ou alors une résistance contre la médicalisation d'un acte que l'on peut considérer comme intime.

Cette question de la médicalisation est souvent liée à celle de la maîtrise : beaucoup de femmes veulent sentir la naissance, la douleur étant la dernière chose dont elles ont l'entière maîtrise, c'est le moyen de pouvoir être actives dans le processus. Au-delà de la crainte que l'abolition des sensations par la péridurale ne s'étende et leur ôte la capacité de mettre au monde leur enfant elles-mêmes, c'est leur autonomie, leur estime personnelle qui est en jeu.

2.2.3.2 Remise en cause de la technique

Pour une partie des femmes et médecins l'analgésie péridurale a le grand avantage de supprimer la douleur sans altérer la conscience. Les femmes accouchant de manière totalement consciente, elles sont disposées à accueillir leur enfant dans les meilleures conditions, le lien mère-enfant s'en trouvant amélioré.

Dans le discours de certains professionnels, la péridurale a favorisé l'humanisation de la naissance mais les femmes n'en sont pas les seules bénéficiaires ; eux aussi profitent de la sérénité des salles d'accouchement. Comme le disent Danièle Carricaburu et François Aballéa « les références à l'animalité de l'accouchement sont devenues socialement inacceptables ». De même, le comportement des femmes subit lui aussi les contraintes hospitalières. Il est soumis à des normes, celles du « bon patient », définies par l'Institution. On a affaire à une véritable « discipline des corps » : « l'obstétrique évoluée ne tolère plus la femme sauvage déchaînée dans la douleur⁷ ».

Sous l'impulsion des courants féministes et écologistes, les premières critiques à l'encontre de la médicalisation de la maternité émergent, elles coïncident avec l'arrivée et le succès des médecines parallèles. Il est question ici de combattre l'emprise croissante des techniques et l'interventionnisme des médecins, de revendiquer le droit des femmes à disposer de leur corps, rendues passives et simples spectatrices de leur accouchement.

⁶ David le Breton, La sociologie du corps

⁷ Akrich et Pasveer, 1996 : 134.

Pour commencer, cette réfutation se base sur la physiologie. La contractilité des muscles, certes utérin, mais aussi et surtout le psoas est diminuée, entraînant alors un défaut de flexion et de rotation de la tête fœtale, pareillement pour les muscles abdominaux nécessaire pour l'expulsion. D'après une méta-analyse⁸ réalisée en 2011, la péridurale allonge la durée de la 2^{ème} phase de l'accouchement, augmente le risque d'administration d'ocytociques et corrélativement celui d'hémorragie du post partum. Elle est aussi associée à un risque accru d'extraction instrumentale et de césarienne pour souffrance fœtale.

Dans le psychisme des femmes – dépendantes physiquement de l'anesthésiste – naît une certaine frustration ; spectatrice et dépossédée de son accouchement, elle le vit à l'extérieur d'elle-même. La péridurale transforme l'accouchement en « un processus rationalisé et impersonnel⁹ ».

2.2.4 La sage-femme face à la technique [2, 5, 13]

Cette technique est certes un progrès, mais le véritable progrès serait davantage dans le choix d'y avoir recours ou non, plutôt que dans son application systématique. Elle permet de pallier un manque flagrant de personnel et d'assurer un maximum d'accouchements sans augmenter le nombre de sages-femmes. La fermeture des petites maternités, le regroupement dans de grosses structures et la non-revalorisation de la profession de sage-femme vont dans la direction d'accouchements « à la chaîne ».

Métier qui de part ses caractéristique et son histoire est profondément féminin, a perdu sa place centrale dans la naissance depuis l'arrivée de l'homme accoucheur dans les couches. Leur autonomie est remise en cause par la mise sous tutelle médicale de la profession par le législateur. Elles ont le statut de profession médicale à compétence limitée. Cette cohabitation imposée fait craindre aux sages-femmes une potentielle disparition de leur profession, remplacée alors par les médecins.

La naissance est divisée en deux catégories : ce qui est de l'ordre du normal et ce qui est de l'ordre du pathologique, catégories qui elles-mêmes renvoient au partage des rôles entre sages-femmes et obstétriciens. En défendant leur philosophie de la naissance basée sur le versant relationnel du suivi qu'elles revendiquent comme une véritable spécialité, elles veulent se distinguer des médecins. Mais cette spécificité professionnelle est mise à mal par la péridurale, technologie signe d'une médicalisation croissante qui « entraînerait une diminution du pouvoir des sages-femmes et de leur autonomie¹⁰ ». Cette innovation a réduit la fonction d'assistance psychologique et de prise en charge de la douleur qui était traditionnellement un trait spécifique de l'activité des sages-femmes, cependant elle est un véritable avantage pour l'organisation du travail en salle de naissance. La péridurale « palie » aux manques de temps et de personnels, simultanément les femmes étant soulagées, ont un besoin moindre de cette présence.

Une dichotomie technique / relationnel apparaît au sein des professionnels : les hyper-techniciennes plutôt constituées de jeunes sages-femmes, revendiquent la maîtrise d'un savoir scientifique et d'une expertise technique poussée comme fondement central de la profession [6], et les relationnelles, regrettant cet éloignement avec les bases du métier.

⁸ Revue Cochrane publiée par Anim-Somuah et al en 2011.

⁹ Akrich et Pasveer, 1996 : 143 : Ne ressentant plus les contractions, la femme attend « passivement » l'ordre de la sage-femme pour pousser (la sage-femme reconnaît la contraction grâce au tracé du monitoring).

¹⁰ Schweyer 1996, Bessonart 1992.

Pour les premières, la péridurale permettrait une relation plus égalitaire avec la patiente que la douleur ferait régresser et infantiliser.

Accompagner un accouchement sans péridurale est un aspect physique du travail de sage-femme, qui fait parfois entrer dans un « corps à corps » avec la femme qui accouche. C'est dans cette réelle proximité physique et psychologique que prend toute l'essence de notre métier.

A l'heure actuelle où la péridurale règne dans les salles de naissance, chaque femme a une vision et un choix concernant les douleurs de l'accouchement qui sont siennes. Pour la sage-femme, l'accompagnement commence d'abord par écouter et entendre ce choix. Elle semble être le professionnel privilégié qui permet de rassembler les qualités humaines avec le savoir médical permettant aux femmes de leurs accorder toute confiance.

Par le ce long processus de médicalisation de la naissance on assiste à une forme d'acculturation : une transformation des normes de suivi de la grossesse et de l'accouchement par la diffusion des normes médicales. Cette évolution fait l'objet de représentations divergentes notamment en ce qui concerne la péridurale : considérée par certains acteurs comme un progrès, elle est parfois dénoncée pour ses effets déshumanisants et comme une forme de perte de pouvoir des femmes sur leur accouchement. Ces discours sont portés par les femmes des pays développés, dans lesquels la mortalité maternelle et infantile est devenue très faible. Elles revendiquent un suivi moins standardisé de leur grossesse. C'est une des formes de l'individualisation des pratiques qu'accompagne le développement du souci de soi. Ces revendications sont, elles aussi, à replacer dans leur contexte socio-historique. Il ne s'agit pas de refuser la médicalisation, mais bien la standardisation de l'accouchement. On voit ici une transformation des représentations collectives, avec ce développement de l'individualisme qui accompagne le développement économique et les mutations sociales.

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE ET ANALYSE

« L'évolution constante de la gestion de la douleur donne des informations sur les couples, l'image de la femme, et sa relation au corps » [16]. La douleur et la question de sa suppression est au cœur de deux manières d'entrevoir la naissance. La quête anti-doloriste émergeant au XIXème à partir de mouvements féministes – accomplie par la technique révolutionnaire qu'est la péridurale – coïncide avec la vision de l'accouchement comme une situation à risque, nécessitant un maximum de surveillance, où la sécurité est constamment recherchée, et la surmédicalisation omniprésente.

Le XXIème siècle a vu naître une tendance inverse qui se veut également féministe. Cette tendance est celle de ces femmes qui aspirent au retour à la physiologie, qui combattent contre un pouvoir médical exercé sans partage, contre cette médicalisation qui leur est imposée.

1. MATERIEL ET METHODES

« L'entretien est une rencontre. S'entretenir avec quelqu'un est, davantage encore que questionner, une expérience, un événement singulier, que l'on peut maîtriser, coder, standardiser, professionnaliser, gérer, refroidir à souhait, mais qui comporte toujours un certain nombre d'inconnues (et donc de risques) inhérentes au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire, et non pas simplement d'un prélèvement d'information¹¹ »

L'entretien semi-directif est une technique qualitative fréquemment utilisé en sociologie, discipline des sciences humaines qui cherche à comprendre et à expliquer l'impact de la dimension sociale sur les représentations (façons de penser) et comportements (façons d'agir) humains. Nous avons donc adopté cette méthode, étant la plus appropriée pour l'étude d'une situation vécue. Après avoir exposé brièvement sa prévalence, nous décrirons la manière dont nous avons réalisé les entretiens, recruté nos patientes et traité les données recueillies. Nous discuterons également des limites et difficultés de la méthode.

1.1 OBJECTIFS DE TRAVAIL

L'objet de ma recherche a déjà été traité de près ou de loin par d'autres chercheurs. Le thème de la péridurale et plus généralement celui de la médicalisation de l'accouchement, est récurrent dans les ouvrages autant médicaux, que sociologiques, psychologiques, ou encore dans les médias et journaux grand public. Mon étude, loin d'être exhaustive, s'inscrit à la suite d'autres travaux et j'espère apporter quelques informations complémentaires. De même, si un sujet a déjà été traité par un de vos prédécesseurs, dans une thèse ou ailleurs, rien n'interdit de le remettre sur le chantier, à condition d'apporter une plus-value scientifique grâce à un nouveau terrain, une nouvelle manière de traiter la question, ou encore une nouvelle problématique.

¹¹ Blanchet, A., et Gotman, A. 1992. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris: Nathan - 128.

1.2 COLLECTER LES DONNEES : COMMENT ET QUI ?

1.2.1 Mettre en place et réaliser les entretiens

L'individu n'est pas que sa propre histoire, mais toutes les histoires de la Société. Il s'agit ici d'envisager les entretiens, non pas comme des moments hors du temps ou décontextualisés, mais comme des moments appartenant aux acteurs interrogés, qui ont une histoire personnelle, un regard sur leurs actes, un regard sur la société, et qui font eux-mêmes partie d'un ensemble plus vaste, d'une organisation ou d'un système. L'entretien semi-directif vise à faire produire un récit de vie, qui révèle souvent l'existence de discours et de représentations profondément inscrits dans l'esprit des personnes interviewées et qui ne peuvent que rarement s'exprimer à travers un questionnaire.

En effet, comme le soulignent A. BLANCHET et A. GOTMAN¹², « l'enquête par entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal. Ces faits concernent les systèmes de représentations (pensées construites) et les pratiques sociales (faits expérimentés). »

R. QUIVY et L. VAN CAMPENHOUDT¹³ [19], précisent : « les méthodes d'entretien se distinguent des enquêtes par questionnaire, car elles se caractérisent par un contact direct entre les chercheurs et ses interlocuteurs et par une faible directivité de sa part. (...) Un entretien est dit semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Généralement le chercheur dispose d'une série de questions guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible ». L'entretien semi-directif combine donc une attitude non directive, favorisant l'exploration de la pensée dans un climat de confiance, permet de recueillir des informations de différents types : des faits et des vérifications de faits, des opinions et des points de vue, des analyses, des propositions, etc.

J'ai construit mon guide d'entretien (Annexe 1) – déclinant les hypothèses et thèmes que je souhaitais dégager – en m'inspirant de cours en sciences sociales de méthodologie qualitative, et en m'appuyant sur mes premières lectures. Je l'ai ensuite affiné après des échanges avec des amis et grâce à l'expérience et aux compétences des professionnelles encadrant mon mémoire – Me Hardy, sociologue et Me Hervo, sage-femme enseignante – qui m'ont aidée à préciser et enrichir mon questionnaire. Par cet « aide-mémoire », nous avons pu nous appuyer sur un repère à la fois solide, permettant de centrer le discours sur des points définis, mais suffisamment souple, laissant la possibilité à l'interviewée de développer et d'orienter son propos, et ainsi pouvoir être surpris et nous laisser guider vers des pistes imprévues. Il était question donc de préparer l'instauration d'une « relation d'écoute active et méthodique, aussi éloignée du pur laisser-faire de l'entretien non directif que du dirigisme du questionnaire¹⁴ ».

¹² A. Blanchet et A. Gotman dans « l'enquête et ses méthodes : l'entretien ».

¹³ R. Quivy et L. Van Campenhoudt, dans « Manuel de recherche en sciences sociales ».

¹⁴ Bourdieu 1993 : 1391.

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone numérique, à partir du moment où nous avons obtenu l'accord des interlocutrices. Nous avons également pris des notes lors des échanges, de manière à isoler les principales idées et à relancer l'enquête sur ces dernières, mais également pour compléter la retranscription des entretiens et éviter des difficultés éventuelles au moment d'écouter la bande. Les entretiens ont ensuite été retranscrits dans leur intégralité.

Compte tenu de la place centrale des entretiens dans notre démarche méthodologique, et convaincu de la nécessité de faire apparaître la manière dont nous avons utilisé et interprété ses données, nous intégrerons de nombreux extraits d'entretiens, parfois longs, dans notre texte. Tant que cela s'avère pertinent, ces *verbatim* seront introduits ou suivis de leur analyse. Le choix – difficile – d'un extrait plutôt qu'un autre dépendait moins de leur qualité illustrative que de leur capacité à démontrer le sens et les représentations d'un individu sur un sujet donné.

Après chaque entretien, je me suis attachée à les retranscrire fidèlement et rapidement. Ce fut un moment fastidieux, long, voire difficile... Mais nécessaire : pendant les retranscriptions, l'analyse commençait.

1.2.2 Pourquoi ces femmes ?

Aux prémices de notre étude, la catégorie de patientes à interviewer variait de celle retenue en dernier lieu. Nous nous orientons vers une double catégorie de femmes : des primipares ayant fait le choix d'accoucher sans péridurale mais qui, *in fine*, y ont eu recours, et des multipares qui, ayant vécue leur première expérience « naturellement », ont fait le choix de recourir à la technique pour leur(s) accouchement(s) ultérieur(s).

La première catégorie – que nous pensions « idéale » pour exprimer l'influence directe des professionnels sur ce revirement d'opinion –, aussi intéressante soit-elle, se révèle utopique, car dans les dossiers aucune information relative au choix antérieur de la patiente n'est renseigné. Ce choix (de catégorie) était motivé par le fait de garder ce facteur de l'inconnu, même si chaque accouchement est vécu différemment, et que les femmes ne soient pas influencées par une expérience de la maternité antérieure, plus ou moins positive.

Notre réflexion s'est alors portée vers une seule catégorie de parturientes qui, toutes ont vécu une double expérience : accoucher avec et sans cette technique d'analgésie péridurale. Il nous paraissait en effet préférable, de rencontrer physiquement les femmes afin de faciliter l'expression de leur vécu, sur un sujet où il peut sembler difficile d'évaluer ses sentiments parfois ambigus.

Notre étude sociologique a été menée à partir d'entretiens approfondis, lesquels portaient essentiellement sur leurs expériences vécues de l'accouchement, ainsi que sur leurs rapports aux professionnels de santé et à l'Institution médicale. Après discussion avec ma directrice de mémoire, nous avons fixé de réaliser une petite dizaine d'entretiens. Certains critères d'« inclusion » avaient été retenus : principalement, la durée du travail, pour l'accouchement sans péridurale au sein de la structure hospitalière, d'un minimum de deux heures. Le but étant d'éviter ce qui tient du « hasard », l'imminence de l'accouchement enraye toute possibilité de bénéficier d'une péridurale, la femme est alors contrainte (ainsi que l'équipe médicale) et son choix n'a aucune valeur. Également nous souhaitons nous entretenir avec des patientes d'origine culturelle différente, et/ ou ayant accouché au sein d'établissements divers.

Devant la difficulté de répondre à tous ces critères, j'ai conduit moins d'entretiens que prévus. Cela s'explique notamment par la faible représentativité des femmes ayant vécu deux types de naissance distincts. Ne pouvant consulter les dossiers d'autres structures de la région, notre étude s'est circonscrite à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes pour la majorité de nos patientes.

1.2.3 Qui sont-elles ?

Tout d'abord, une présentation brève des moyens de recrutement s'impose. C'est par consultation des dossiers médicaux de suites de couches ainsi que du cahier d'accouchement du CHU, qu'une sélection de patientes, répondant à nos critères de choix [multipares ayant accouché avec et sans péridurale], a pu être possible.

Une première vague de recrutement, sur une période d'un mois (du 26.03.12 au 18.04.12), par consultations de dossiers, nous a permis de recueillir seulement deux dossiers. Seule l'une d'entre elles était joignable. Puis, profitant de mes stages en salle de naissance (05- et 08-/2012) pour poursuivre mes recherches, neuf patientes ont pu être répertoriées via le cahier d'accouchement en m'assurant sur *Clinicom* (logiciel dossiers patients) qu'elles avaient accouchées avec et sans péridurale. Après plusieurs non réponses, trois d'entre elles ont répondu par l'affirmative. Ce n'est que lors d'un stage réalisé au Centre Hospitalier de Cholet (11-12/2012) que la dernière patiente, que j'ai suivie pour son accouchement, a été recrutée.

Nous avons donc une population d'étude constituée d'un échantillon de femmes multipares, âgées de 30 à 40 ans, de culture française métropolitaine. Les caractéristiques ethniques similaires ne sont que coïncidence, l'inclusion des cultures non occidentales nous aurait permis de développer d'autres arguments.

J'ai donc rencontré cinq femmes multipares, après l'accouchement, entre le 10^{ème} jour et le 3^{ème} mois. Elles se sont avérées disponibles et très ouvertes à ma recherche.

Ces rencontres se déroulaient chez elles, en compagnie généralement de leurs enfants ; le conjoint n'étant jamais présent. Elles étaient enregistrées afin d'être plus attentive aux paroles pendant nos échanges, également par nécessité de retranscription des entretiens. La durée des entretiens était d'environ une à deux heures. Les entretiens se sont déroulés d'Avril 2012 à Décembre 2012. Ils ont été retranscrits pour faciliter leur analyse après une écoute attentive.

Les entretiens sont reproduits en annexe 3.

1.3 ANALYSER ENTRETIENS

Par l'exploitation des entretiens, on considère les propos tenus par la personne comme une source d'information parmi d'autres, puis en dépassant ce premier niveau d'analyse on s'aperçoit que ces propos sont toujours le produit d'un acteur socialement situé.

L'analyse réalisée est, tout d'abord, longitudinale. Etudier, au sein d'un même entretien, l'organisation des séquences qui le compose nous indique des priorités, des insistances, des difficultés à dire, des enchaînements de thèmes qui diffèrent selon les locuteurs et leurs milieux sociaux. L'objectif est alors de comprendre le sens que l'individu assigne à ses pratiques, comprendre ses représentations, sa vision du monde.

Après avoir identifié des thèmes comparables, l'analyse transversale consiste à examiner tous les extraits à l'intérieur d'un même thème, sous-thème, de repérer les différences, les similitudes, la manière dont les femmes les abordent. En considérant l'ensemble des entretiens, cela nous permet de détailler les thèmes principaux prédéfinis dans le guide mais aussi les nouveaux thèmes pertinents abordés de façon récurrente par nos interviewées. Nous comparons les points de vue, les modes d'expression, les discours sur les pratiques etc., qui diffèrent selon les positions occupées par chaque informateur dans l'espace social au sein duquel s'effectue la recherche.

1.4 LIMITES

Pour compléter et clore cette partie consacrée aux méthodes utilisées pour mener ce travail, j'aimerais exposer les limites et difficultés auxquelles je me suis confronté tout au long de cette étude.

La sociologie est une science qui ne s'improvise pas. Entreprendre un travail de recherche en sciences sociales n'est pas une mince affaire lorsque nos aptitudes dans ce domaine sont peu développées. En tant qu'apprenti de cette discipline, je me suis sentie démunie dans les premiers moments de ma recherche. Ayant un intérêt profond pour l'objet que j'ai choisi de traiter, je n'avais pas d'idée précise de la manière de procéder. Cela nécessite beaucoup de temps et des compétences particulières pour concevoir, conduire et interpréter un entretien. Possédant une certaine aisance relationnelle et prenant grand plaisir à partager l'expérience de ces femmes, de ces mères – ce qui m'a orienté vers les sciences sociales –, l'échange avec celles-ci fut fluide, agréable, et la réalisation des entretiens, passionnante.

La première difficulté rencontrée, incontestablement la plus grande, concerne donc l'analyse. Il s'agit là de « donner du sens », de « faire parler » l'extrait au-delà de sa signification directe, une grande vigilance s'impose alors pour éviter les surinterprétations, mais aussi ne pas, seulement, paraphraser les extraits d'entretiens.

Une deuxième limite que je peux évoquer est le fait que l'étude concerne, pour quatre sur cinq d'entre elles, des patientes du CHU de Nantes, la dernière provenant du Centre Hospitalier de Cholet.

Une de nos premières hypothèses était que les professionnels influençaient, consciemment ou non, la décision des femmes quant à l'utilisation de la péridurale. Pour aborder ce postulat, nous souhaitions nous entretenir avec des femmes issues de structures différentes en termes de médicalisation de l'accouchement. Leur décision quant au choix du lieu d'accouchement est complexe et relève de nombreux critères ; la taille de l'établissement, le taux de péridurale ou encore l'image, la « réputation » de la maternité plutôt sécuritaire ou à l'inverse, plutôt peu médicalisée.

Reprenons les chiffres du Réseau sécurité Naissance de 2011 : le taux d'anesthésie loco-régionale (comprenant péridurale et rachianesthésie) lors d'accouchement voie basse est de 70,6% au Centre Hospitalier de Cholet (niveau IIb), et de 75,8% au CHU de Nantes (niveau III). Cette différence est-elle intrinsèque au niveau de soins de la structure ou à l'approche, à la conception de la naissance qu'a chacune ? Quoi qu'il en soit, l'accompagnement des parturientes est plus ou moins dépendant de ces critères, chaque professionnel, avec ses convictions personnelles, s'adapte et s'intègre au schéma de la structure dans laquelle il travaille.

Il est alors ardu de comparer, entre les structures, l'accompagnement des professionnels ni même de répondre à notre hypothèse de manière objective, tant notre effectif est restreint quantitativement que qualitativement, étant très déséquilibré en faveur du CHU.

Nous avons donc modulé notre hypothèse, non pas de démontrer l'influence des professionnels sur le choix de recourir à la péridurale, notre étude a pour objectif d'identifier en quoi cette technique modifie-t-elle l'accompagnement de l'équipe médicale.

Il est donc possible que nous aurions obtenu des résultats, non pas contradictoires, mais quelque peu divergents, que d'autres profils auraient pu être mis en évidence, ou simplement nous auraient permis d'en spécifier certains si notre effectif était plus étendu. A cela s'ajoute, comme je le cite plus haut, la faible représentativité d'une double expérience chez les multipares. Mais ce constat, loin d'être objectif et signifiant, est à replacer dans son contexte. La recherche de patientes se faisant de manière discontinue (car entrecoupée par des périodes de stage), l'impossibilité de consulter les dossiers archivés souhaités devant leur nombre considérable, ont été un frein à l'extension de ma population ; sans oublier la barrière de la langue qui entrave les capacités de communication et de relation.

La taille des échantillons ne nous permet pas de valider des résultats, mais plutôt d'indiquer des tendances.

2. RESULTATS ET ANALYSE

2.1 PRESENTATION DE CES FEMMES

Je me suis donc entretenue avec cinq femmes, entre 30 et 45 ans, habitant la région nantaise, et le Maine-et-Loire. La classe d'âge n'était pas un choix volontaire, seule cette catégorie concordant aux critères de multiparité comprenant un accouchement avec et sans péridurale. Tendance confirmée par la nouvelle étude démographique de l'INSEE publiée le 19 octobre qui montre qu'en 2010, en France métropolitaine, les femmes ont en moyenne leur premier enfant à 28 ans. Autre phénomène mis en évidence : En 2010, les femmes ont, en moyenne, donné naissance à leur deuxième enfant à 30,5 ans, et à leur troisième enfant à 32,4ans. «Au total, l'âge moyen des mères à l'accouchement, quel que soit le rang de naissance de l'enfant, atteint 30 ans en 2010 contre 27,3 ans en 1967 », relève Emma Davie de la division Enquêtes et études démographiques.

La première patiente, Emilie, âgée de 30 ans, est mariée et a deux enfants. Ce couple de designers – classées comme professions intellectuelles supérieures – réside dans un appartement spacieux, au cœur de Nantes. Couple fusionnel, au profil « bio », la femme a opté pour son premier accouchement pour quelque chose de « naturel », en toute maîtrise de soi, tandis qu'au deuxième le besoin d'une aide technique se faisant ressentir, elle a choisi la péridurale.

Notre deuxième couple, résidant en périphérie nantaise – Saint Herblain –, est le seul couple mixte de notre population. Lui d'origine africaine, elle d'origine française, sont mariés et ont deux enfants. Présentant un long parcours de Procréation Médicalement Assistée, leur premier enfant naît alors qu'elle a 39 ans, et 45 ans pour le deuxième accouchement. Tous deux ont un niveau d'études équivalent (formation BEP/ CAP). Par son métier d'acheteur Christine figure dans la catégorie des professions intermédiaires, et son conjoint, lui, cariste magasinier, dans celle des ouvriers. Relation scindée entre le mari et la femme, une

répartition partagée et équitable des tâches et des rôles est établie. La patiente présente un profil plutôt de l'ordre du « combattif », un caractère fort et indépendant. Son souhait est de bénéficier d'une péridurale pour ses accouchements ; surprise par la rapidité du deuxième elle ne put donc en bénéficier, elle en garde tout de même un souvenir positif.

La troisième parturiente, Elsa, se rapproche par son profil « naturel » de la première, mais aussi par son appartenance aux classes sociales supérieures. Professeur en collège, elle est passée à un ingénieur mécanicien dans le domaine nucléaire, ce couple est affilié à la catégorie des professions intellectuelles supérieures. Agée de 30 ans, elle habite dans une maison située dans une commune à une trentaine de kilomètres de Nantes, avec ses deux enfants et son conjoint. La déception de son premier accouchement et ce sentiment d'inutilité inhérent à la technique, d'autant plus qu'elle fut déclenchée, l'ont incitée, encouragée pour un deuxième sans péridurale.

Sans profession, ce quatrième couple appartient à la classe populaire. Les seuls renseignements relatifs au parcours professionnel concernent Déborah ; possédant un CAP, elle a occupé plusieurs postes d'ouvriers non qualifiés puis s'est décidée à être mère au foyer après la naissance de sa première fille. Vivant en quartier HLM, cette femme de 30 ans ainsi que ses deux filles et son conjoint, partagent, momentanément, leur appartement avec sa mère, sa sœur et ses deux filles. Expérience quasi identique à la deuxième patiente ; souhaitant et ayant bénéficié de la péridurale pour le premier accouchement, cela n'a pas été le cas lors du second, se profilant relativement rapidement. Différence notable : la patiente a été déclenchée pour son premier, alors que le travail a débuté spontanément lors du deuxième.

Et enfin notre dernière patiente, Corinne, professeur des écoles, 34 ans, mariée et mère de trois enfants. Son conjoint étant métreur, ce couple se classe dans la catégorie des professions intermédiaires. Ils vivent à Cholet, en maison, dans un quartier assez calme.

Patiente de « nature angoissée », elle s'inquiète du ressenti de son mari, leur relation est basée sur la confiance et le partage. Pour la naissance de son premier enfant, le fait de ne pas avoir de péridurale, suite à un avancement du travail relativement rapide, a été moins « angoissant » que son troisième accouchement, qui s'est déroulé sans recours à une quelconque analgésie. Nécessitant un déclenchement artificiel pour son deuxième accouchement, elle eu recours à la péridurale.

2.2 ANALYSE

2.2.1 Question de la douleur

Les personnes agissent à l'égard des choses en fonction du sens qu'ils leur attribuent. La douleur est une condition de la vie humaine, « chacun compose avec sa culture ambiante selon son style et son histoire personnelle » [8]. A la différence des autres, Emilie et Elsa n'ont pas mentionné d'événements marquant douloureusement d'un point de vue physique ou psychologique, émotionnel pouvant être à l'origine de ruptures psychiques, ou encore modifier leur manière d'appréhender tout problème de santé. Pour nos trois autres parturientes, toute douleur les renvoie aux épreuves négatives, nuisibles qu'elles ont subies.

Le parcours de Procréation Médicalement Assistée qu'a vécu Christine, notre seconde patiente, est une situation pénible et douloureuse, qui met à mal la femme dans toute sa globalité : dans son rôle de femme procréatrice, dans son rôle d'épouse qui ne peut donner un enfant à son mari, et dans son rôle de mère.

Chez certaines naît un sentiment de culpabilité, parfois de honte, mais aussi une perte de confiance en elle. Véritable souffrance psychique, il s'agit, de surcroît, de grossesses à risques, entourées et baignées par l'incertitude et donc l'angoisse de la mère, du couple. A cela s'ajoute toutes les conséquences liées à l'âge de la patiente « *j'avais déjà 39 ans* », et son antécédent d'interruption médicale de grossesse. « Les femmes veulent la garantie d'un bel enfant, elles cherchent ainsi à obtenir de l'hôpital, de l'Institution toutes les garanties que « cela se passe bien » sans risque pour le bébé ni douleur pour elles, notamment grâce à la technique et l'instrumentalisation qui créées la sécurité¹⁵. »

L'angoisse, l'attente, les épreuves passées, toutes les douleurs psychologiques endurées pendant la grossesse influence la manière dont elle envisage de son accouchement « *moi j'aime ne pas avoir mal* ». Qu'il s'agisse de souffrance attenante à une situation obstétricale à risque ou à la maladie, elle rappelle une situation pénible psychologiquement.

« *Ma sœur, que vous avez vu, elle avait un cancer... toute l'année. Et la priorité, pour nous, c'était pour ses deux filles (Voix tremblante). Et elle a été opérée, dans l'année, deux fois.* » [Débora]

« *Heu... niveau santé, à part les accouchements il n'y a pas...moi ce qu'il me... c'est plus ma mère quand elle a eu son cancer, ou mon beau-frère aussi qui a eu un cancer et qui est parti très vite. Donc c'est de là que maintenant je suis assez angoissée concernant tout cela (silence). Ah si, J'ai eu Sarah aussi ma deuxième qui m'a fait une crise convulsive. Donc après c'est vrai que l'on est moins serein quand il y a de la fièvre.* » [Corinne]

Se rapportant à la maladie et à la souffrance (psychique), la douleur est perçue comme inutile. Les douleurs de l'accouchement ont un caractère unique qui les différencie des autres douleurs ; grâce aux progrès techniques il est aujourd'hui possible de les maîtriser, alors pourquoi subir quelque chose de désagréable et éventuellement néfaste lorsqu'on peut les supprimer ?

Le temps n'a pas la même valeur selon la situation dans laquelle on se trouve : le temps semble être infini lorsque la personne se sent seule, que le personnel soignant semble être absent, ou, par exemple que le ressenti concernant l'avancement du travail ne concordent pas avec la réalité. La confrontation entre ces deux perceptions génèrent, chez certaines, un sentiment de déception ou d'angoisse ; l'intensité de douleurs en sera démultipliée. Toute douleur est accentuée, pondérée par le temps qui passe.

Plus un événement s'éternise dans le temps, plus il devient difficile de le supporter.

« *Là cette fois-ci, la sage-femme m'a expliqué, il y a deux types de schémas possibles : « Soit je romps la poche des eaux et le travail se fait tout de suite, le bébé descend et voilà c'est terminé. Soit je romps la poche des eaux, et le bébé ne descend pas si vite que ça, et dans ce cas les contractions seront encore plus douloureuses que quand la poche des eaux n'était pas encore percée ». Et là j'étais vraiment à bout de force et dans le deuxième cas je n'aurais pas supporté. [...]Parce que j'avais déjà tellement mal que je ne me sentais pas supporter davantage de douleur. [...]Et que je n'avais pas forcément envie que ça dure des heures et des heures.* » [Emilie]

¹⁵ B. Jacques

Outre la période sur laquelle s'étend cette douleur, son mode d'apparition influe sur le vécu et le sens donné par l'individu.

« De toute la grossesse je n'avais pas compris ce qu'était une contraction, je n'en sentais pas (rires). Donc à 5-6 cm là, j'ai commencé à comprendre... Et comme je ne savais pas combien de temps ça allait durer, vu que c'était un déclenchement, que c'était un premier, j'ai préféré... j'ai assez rapidement demandé la péridurale. », « Je viens de commencer à les sentir mais si c'est ça pendant encore plusieurs heures, [...] c'est sûre je ne peux pas ! » [Elsa]
« C'est clair qu'à partir du moment où ce sont des contractions de déclenchement il faut soit, que ce soit très rapide comme lui soit, avoir une péridurale comme pour le premier, sinon ce n'est pas possible. Enfin je ne vois pas comment on peut supporter ça longtemps. » [Christine]

« Sur le premier, au moment... Je n'avais pas du tout mal [...] Et d'un coup, j'ai... c'est VRAIMENT venu d'un coup en plus... j'ai commencé à sentir, et D'UN COUP ça m'a fait vraiment très mal, quoi. (Silence). Qui correspond plus, d'ailleurs, à la fin je trouve, du deuxième quoi. » [Elsa]

« Ils m'ont mis la perf pour déclencher. Et là ça été tout de suite des grosses, grosses contractions, donc très, très difficile à gérer » [Corinne]

Devant une douleur d'emblée des plus intenses, il est difficile d'y faire face sans y avoir été préparée, sans avoir pu l'anticiper ; insupportable elle se doit d'être supprimée car aucune adaptation n'est possible. D'un instant à l'autre il est demandé à la patiente une adaptation immédiate et rapide. Si l'on demande à une personne de faire un marathon à la sortie du lit sans aucune préparation physique et mentale, l'échec sera imminent. Le corps ne pourra pas suivre, sollicité subitement, il est soumis à des forces, à des tensions auxquelles il n'a jamais été confronté. Nos patientes qui ont été déclenchées ont toutes eu recours à la péridurale.

A travers le récit de ces femmes, il ressort que la notion de temps est introduite, plus ou moins implicitement, par le corps médical. Lorsqu'il est question de la durée de l'événement, le discours des professionnels reste flou et incertain, toutefois la vision plutôt pessimiste – le temps supposé long – se laisse entrevoir.

« Et puis le fait que c'était un déclenchement et que je ne savais pas sur combien de temps je parlais. Comme au départ on m'avait dit un bébé pour mardi matin » [Elsa]

« Si on m'avait certifié que ça aurait été très rapide j'aurais continué » [Emilie]

Les femmes sont alors dans l'incertitude angoissante de la durée qu'il leur reste à « affronter » ces contractions, le discours de l'équipe à créer un contexte propice à l'incertitude, face à elle, elles optent pour l'aide technique, elles se sentent impuissantes, leurs ressources sont affaiblies et ne leur permettront pas de « tenir jusqu'au bout [étant] arrivée[s] à bout de force. » [Emilie]

Lorsque la douleur ne suit pas une évolution régulière et progressive, qui peut alors lui être attribué un sens favorable, ou bien qu'elle se prolonge au-delà d'un certain délai elle ne manquerait pas d'entraîner des répercussions potentiellement néfastes, psychologiquement mais aussi physiquement. Finalement, le temps qui s'écoule dépend en grande partie de l'importance qu'on lui accorde et des mesures que l'on prend à tous les niveaux pour pouvoir en limiter les effets.

2.2.2 Indécision des femmes

La naissance, on le sait, a été bouleversée par la médicalisation de ce moment de vie. S'il y a une quarantaine d'années, les femmes subissaient passivement la fatalité des douleurs de l'accouchement, aujourd'hui cette technique révolutionnaire qu'est la péridurale leur redonnerait une autonomie – hautement revendiquée – dans le choix d'en bénéficier ou non.

Avant l'accouchement, beaucoup de femmes sont dans l'hésitation ; les femmes que nous avons interrogées font partie de cette population indécise. La question de la péridurale les « travaille », et la plupart refusent de se prononcer de façon définitive avant l'accouchement, même si elles s'orientent plutôt vers une option qu'une autre : « *Je suis arrivée je ne savais pas si j'allais en prendre ou pas. [...] si je pouvais être suffisamment préparée pour ne pas l'avoir tant mieux.* » [Emilie], « *au premier j'avais vraiment l'angoisse de la péridurale aussi. C'est vrai qu'on entendait beaucoup de choses là-dessus [...] donc j'étais pour mais un peu dans l'inquiétude aussi. [...] mais tout en étant plutôt pour* » [Corinne].

Cette orientation se détermine en fonction de nombreux éléments liés à la trajectoire personnelle de la femme. Tout d'abord la représentation qu'elles ont de l'accouchement influence leur « préférence ». Deux groupes tendent à « s'opposer ».

Certaines femmes émettent des connotations positives à l'égard de cet événement. Elles y associent un sentiment de joie, de bonheur ; « *On était assez euphorique* » [Emilie].

Il s'agit d'un moment attendu avec impatience ; « *j'étais arrivée pleine de convictions* » [Emilie], impatience d'autant plus grande qu'elles s'y sont préparées tout au long de la grossesse pour en être l'« actrice » principale. Ce sont principalement elles qui émettent le souhait de ne pas y recourir ; avis qui reste nuancé, plutôt que de la demander d'emblée, elles se proposent d'attendre et de voir si elles en ressentent la nécessité : « *si vraiment c'était insoutenable et que j'en avais besoin dans ce cas je l'aurai prise* » [Emilie].

Ces représentations se modulent également avec l'expérience antérieure. Elsa, notre troisième interviewée, « *n'étais pas fixée sur le fait [d'en vouloir] une ou pas, mais [elle] n'étais pas contre si [elle] sentais qu'il y avait besoin* », puis à la suite de sa « mauvaise expérience » technicisée et la faisant se sentir « inutile » la retrancher dans ses convictions de tout faire pour ne pas avoir recours à la péridurale, « *c'était un choix sur le deuxième, si je pouvais tenir* ».

Notre deuxième groupe quant à lui, montre que leurs représentations négatives de l'accouchement « poussent » ces femmes à réclamer cette technique d'analgésie. Il faut noter la douleur et la difficulté citées par ces femmes, leurs récits s'apparentent au registre de la souffrance, de la violence. « *Là c'est jusqu'au bout qu'il m'a vu souffrir* » [Corinne], « *là je suis démolie de partout ! Entre l'accouchement qui a été un peu violent* » [Christine]. Cette même patiente dénonce même l'image idyllique et merveilleuse de la maternité dominant au sein de notre société ; « *Parce que la grossesse, l'accouchement, et l'arrivée du bébé, c'est le monde de Oui-Oui, c'est le monde des Bisounours. Enfin ce n'est pas ça ! Ce n'est pas vrai !* ».

Considérant la mise au monde comme un événement potentiellement dangereux et incertain, la péridurale est alors de rigueur, « *si on peut éviter de souffrir c'est mieux* » [Corinne]. Pour Christine, la décision était anticipée, « *c'était décidé avant [...] Comme je l'ai dit tout à l'heure, je n'aime pas avoir mal. [...] c'était un choix je souhaitais l'avoir* » mais a été nuancée par le vécu plutôt positif de son deuxième accouchement sans péridurale : « *si j'avais une troisième grossesse, je pense que je la demanderais quand même [...] Pas obligatoirement le faire dès le début [...] à la limite ça serait plutôt ça* ».

Tout comme Débora qui « *pensai[t] déjà à la péridurale pendant la grossesse* » et pour qui « *une troisième sans péridurale [...] ne [la gênerai[t] pas* » mais qui « *hésitera [à la] prendre* ».

Le discours de l'entourage est un second facteur influençant cette orientation privilégiée. Ne tenant que peu de discours sur l'accouchement et ses douleurs – par peur d'effrayer leurs filles ? – les mères tiennent un récit assimilable à celui des anciens combattants racontant les horreurs de la guerre. Les femmes parlent rarement de leur couche devant une assemblée ; atténuant l'aspect éprouvant de l'expérience, elles se glorifient de l'épreuve surmontée.

« Avant même que je sois enceinte non elle n'en parlait pas. Pas de ses accouchements. Si elle disait que c'était une épreuve et puis on en rigolait. Si elle disait que c'était une épreuve et puis on en rigolait... Quand ils étaient, même avec leurs amis, et que les maris commençaient à se plaindre, à gémir de leurs problèmes de dos et compagnie, alors en général ma mère et ses amies mettaient sur la table « Alors mesdames et si on racontait nos accouchements histoire de calmer un peu ces messieurs » Voilà c'est tout. » [Emilie]

L'accouchement, comme initiation douloureuse à la maternité, est la « guerre » des femmes, elles l'affrontent avec courage et en sortent vivantes ou mortes, comme les hommes qui partent au combat. Après la naissance, le sentiment de fierté est fréquent et grand, l'expérience de l'accouchement permet de montrer leur côté combattif et courageux.

Toutes les douleurs s'oublient, mais cette douleur-là, parce qu'elle est récompensée, doit s'oublier dans les meilleurs délais, comme l'exprime si bien la célèbre expression : « c'est le mal joli, dès que c'est fini on n'en rit ». Le discours quand bien même laconique des mères laisse transparaître une qualification positive et constructive de l'accouchement sans péridurale, permettant à nos deux parturientes de relativiser cet événement.

« [Ma mère] était plutôt du genre à relativiser la douleur [...] « Mais non, mais c'est une grosse gastro et puis après voilà, ça passe ! » Et donc à me dire que ça s'oubliait vite et voilà quoi. Elle n'en parlait pas comme quelque chose d'affreux. Donc je n'avais pas une vision dramatique de la chose. [...] Donc comme ma mère en parlait comme d'un truc qui se... supportable, je le voyais comme un truc supportable ! (Rires). Je n'étais pas plus effrayée que ça avant d'y aller » [Elsa]

Lorsque le sujet est « tabou » il devient difficile de ne pas céder aux peurs, inquiétudes et angoisses présentes dans l'imaginaire de ces futures mères, générées notamment par les médias, la presse grand public mais aussi par ces femmes ne partageant que leurs « pires » souvenirs. Christine, notre deuxième parturiente, nous relate les dires de sa mère quant à ses accouchements en ayant uniquement recours aux dimensions spatiales et temporelles ; aucunement la sphère de l'affect n'entre en jeu. Une censure s'est-elle appliquée aux douleurs de l'accouchement ? Par cet exemple, nous pouvons répondre par l'affirmative.

« [...] Pas plus de souvenirs que ça. Après je ne pense pas avoir vraiment beaucoup posé de questions non plus, pas sûre d'avoir voulu savoir avant. » [Christine]

« Elle m'a dit quelle ne criait pas, elle (rires). Je lui ai dit « bah je ne sais pas comment tu fais », voilà. Mais non sinon... Même si chez moi il n'y a pas de tabou, elle ne m'a pas racontée spécialement les accouchements. Si à quelle heure elle partait, combien de temps ça durait, mais après les accouchements en eux-mêmes non. » [Corinne]

« Elle ne nous a jamais rien dit. Avec six enfants, elle a dû avoir l'habitude. Mais elle ne nous en a pas trop parlé. [...] Non je ne posais pas de questions. » [Débora]

Cette interdiction s'élargit au domaine public : « *Alors après c'est, « Ah non toi tu n'as pas d'enfants, donc on t'en parle pas !* ». *C'est vraiment le truc tabou. Ce qui est encore pire à la limite parce que... (Rires) « Comment ça tu ne veux pas en parler ? C'est si horrible que ça ? » [...] Ca dépend aussi qui on a en face. Effectivement une femme qui n'a pas encore eu d'enfants, pas lui raconter les cris de douleur, les hurlements, l'épiso, les points.* »

L'attitude plutôt favorable de ces femmes envers l'analgésie péridurale prend ses origines lointaines dans le discours des pairs.

2.2.3 Les représentations de la technique

La perplexité de nos parturientes est mise en exergue par la plus ou moins grande confiance dans cette technique et surtout les représentations qu'elles en ont.

Notre première parturiente exprime une certaine appréhension et une conception négative de cet instrument car engendrerait des effets venant à l'encontre de ses principes, de ses aspirations, notamment être active dans son accouchement : « *Parce qu'en même temps, je me disais que si j'avais la péridurale c'était un coup à faire durer le travail encore plus longtemps [...] Et que j'avais envie de sentir les choses aussi.* » [Emilie]

La tendance à la réfuter tient des récits non élogieux ne mettant en avant que les risques liés à cette méthode.

« *J'avais la trouille de l'aiguille ça c'est évident [...] Puis surtout que j'avais entendu en plus, pleins de trucs sur la péridurale, sur les effets du lendemain, la migraine tout ça, des douleurs éventuelles... [...] En fait autour de moi, j'ai des expériences qui n'ont pas toujours été glorieuses au niveau de la péridurale. [...] Pas très rassurant non plus !* »

La péridurale est vue comme instrument technique supplémentaire et donc engendre des risques supplémentaires.

Notamment comme l'exprime une de nos patientes, la technique entraîne une perte totale de la maîtrise de son corps.

« *On me disait qu'on sent quand même le bébé passer dans le bassin... Moi je n'ai pas trouvé quoi. J'aurai peut être voulu savoir avant que, vraiment on ne sentait plus grand-chose [...] moi c'est l'idée que je m'en suis faite depuis... que c'était peut être moins efficace la poussée d'une femme qui est sous péridurale qu'une femme qui ne l'a pas. Et que peut être ces informations là, si je les avais eu avant le premier j'aurai peut être plus réfléchi.* » [Elsa]

L'instrumentalisation du corps de la femme par la technique, argument brandit par les opposants à la péridurale, est contestée par notre troisième parturiente qui voit en celle-ci un véritable progrès, une amélioration pour la vie de chaque individu.

« *Aujourd'hui les avancées en matière de santé font que... L'évolution fait qu'il y a des choses bien, des choses moins bien mais quand il y a des choses bien il faut en profiter quoi. Et ça me semble être une chose plutôt pas mal* » [Christine]

La péridurale est « *une chose plutôt pas mal* », et ce n'est qu'accepter d'évoluer avec son temps que d'en profiter.

« *Qu'aujourd'hui il ne faut plus avoir peur de la péridurale. Parce que c'est vrai qu'à une époque il y avait une certaine peur, des putains de rumeurs qui circulent [...] Je pense qu'il ne faut pas avoir de la péridurale, il faut savoir ce que chacun veut pour prendre SA décision.* » [Christine]

À la différence de la femme du premier entretien, qui émet quelques réserves notamment sur les risques encourus et sur les conséquences directes de la péridurale sur le corps et l'autonomie, elle a une confiance presque aveugle en la technique ; nous percevons alors que leur rapport au corps diverge.

En se basant sur une sociologie du corps, nous pouvons voir que les représentations que chacun a de son corps et l'attention qui lui est portée varient selon l'usage que l'on est amené à faire de son corps, qui diffèrent profondément selon les conditions de vie des individus, c'est-à-dire fonction de la place que la personne occupe dans la structure sociale. L'intérêt qui lui est porté croît avec la hiérarchie sociale, induisant des pratiques corporelles différentes et donc des pratiques médicales particulières, et d'une manière plus générale modifie les rapports avec le monde médical.

Notre enquêtée ainsi que la catégorie de femmes s'orientant préférentiellement vers la péridurale croît en cette technique et lui fait confiance. Nous sommes dans une Société qui valorise la technique, où elle réside comme indice de confiance ; statut partagée et reconnue par la loi. Ce respect de la médecine moderne quasi universel crée une dépendance physique, la spécificité de ce domaine fait que nous sommes tenu de nous en remettre à quelqu'un d'autre. D'une donnée biologique découle une dépendance physique, se transformant alors en dépendance morale (j'ai confiance). De plus, cette patiente considère cette nouvelle technique comme un moyen de libérer la femme de son péché originel l'obligeant à subir toute souffrance, et lui redonne un statut (tout ou en partie) égalitaire vis-à-vis de l'homme.

« Maintenant on voit régulièrement des reportages à la télé où on montre, ou des femmes qui ont la péridurale ou des qui n'en ont pas et qui hurlent tout ce qu'elles peuvent. » [Christine]

Le traitement de la douleur par la péridurale, considérée alors comme source de confort et de sérénité, devient alors un trait distinctif de l'obstétrique moderne. Les médias, la presse de vulgarisation participe à sa diffusion en considérant cette technique comme inoffensive, permettant d'augmenter la sécurité de l'accouchement, et de le rendre plus confortable pour tous les acteurs impliqués. Une fois soulagées, « les femmes sont censées être dans de meilleures conditions pour vivre et éprouver pleinement cet événement majeur¹⁶ ». Par réciprocité, la femme apparaît indisciplinée, submergée et déchaînée dans la douleur, cette dernière alors présentée comme quelque chose d'insupportable : « *hurlent tout ce qu'elles peuvent.* »

Ce choix, cette décision à prendre s'applique dans un contexte particulier ; l'accouchement, et plus généralement la maternité, est un domaine où l'incertitude règne. Entre normal et pathologique il n'y a qu'un pas, la question du risque est omniprésente et se réitère dès que la femme entre dans l'expérience de l'enfantement qui se veut unique, chaque femme étant différente comme chaque enfant.

Ces postures variables vis-à-vis de la péridurale s'intègre dans une façon de penser la vie propre à chacun, elles s'articulent avec nos valeurs, notre histoire, et nos rapports avec les différentes institutions (santé, famille).

¹⁶ M. Akrich p128.

2.2.4 Revendication d'une autonomie

Quelles stratégies adoptent les femmes pour aller à l'encontre de la décision médicale ? Cette requête est synonyme d'un refus envers quelque chose qui leur ait été proposée. Ces femmes devant alors réclamer de ne pas bénéficier de la péridurale sont perçues comme déviantes par rapport au courant dominant, et pouvant leur être attribué un critère d'inconscience.

« Ils m'ont demandé de revenir plutôt le lendemain. Je suis revenue le lendemain, la même sage-femme me disait qu'elle ne comprenait pas pourquoi je ne voulais pas être déclenchée, que c'était prendre des risques inutiles... enfin c'est vrai que là, je me suis sentie jugée... » [Elsa]

Discours culpabilisant de la sage-femme introduisant la notion de risque. La future mère est culpabilisée, elle pense prendre un risque « vital » pour son enfant, elle « [se sent] jugée », en refusant de se conformer aux normes de l'institution. Engageant sa responsabilité personnelle et maternelle, ce sont ces comportements de « bonne » mère qui sont remis en cause. Contestant les moyens de l'institution et refusant de se conformer aux normes, son comportement apparaît déviant. Dans cette perspective, la déviance apparaît largement comme le résultat d'une action de l'individu. Howard Becker – sociologue américain partisan du courant de l'interactionnisme symbolique – renverse cette perspective (retrouvant en cela des idées de Durkheim) en montrant que la déviance, loin d'être le résultat voulu ou non d'une action individuelle, est le résultat d'une qualification d'un acte par la société. Ne s'attachant (principalement) qu'à l'intérêt de l'enfant, le poids des normes institutionnelles joue un rôle important dans la culpabilisation des mères. Le « puérocentrisme » qui s'est instauré dans nos sociétés menace la « cause des femmes », leur épanouissement et leur émancipation. Cette dernière se heurte à la dure réalité du maternage quotidien, « être une bonne mère », voilà une injonction qui pèse lourdement. Le destin des femmes passe désormais par le bien-être de l'enfant.

2.2.5 Entre autonomie et dépendance : rapport aux professionnels et à la technique

Pour manifester et réclamer son autonomie, il faut avoir des garanties et à l'aise financièrement ce qui offre une aisance de choix. Nos parturientes « boycottant » quelque peu la péridurale veulent garder une certaine maîtrise de l'événement et ne pas se confier complètement aux professionnels. Maîtrise toujours en plus, jamais à la place de la sécurité.

Notre troisième interviewée refuse le déclenchement pour son deuxième accouchement, toujours dans le but de préserver sa maîtrise sur l'événement, il n'en reste pas moins qu'elle attendra une confirmation du corps médical rendant sa décision légitime.

« Donc j'ai vu l'interne et puis le médecin, qui m'ont dit qu'on ne courrait pas de grands risques pour le moment mais que... là on était le jeudi... qu'ils me laissaient jusqu'au samedi matin, mais que... j'avais rendez-vous à 8 heures le samedi matin, pour être déclenchée. » [Elsa]

La relation profane/ expert est un rapport de force avec les patients situés au bas de l'échelle sociale, qui maîtrisent mal la langue savante du médecin, leurs capacités de négociation s'en trouvent restreintes et ont donc peu de moyens de pression sur le médecin. Ce dernier tend à transformer la relation thérapeutique en une simple imposition d'autorité. Les classes supérieures disposent d'un vocabulaire à la fois technique,

métaphorique et abstrait ce qui leur laisse une marge de manœuvre plus vaste. Celles ci favorisent l'émergence de formes d'interactions et de corporéité nouvelles qui offrent aux individus des espaces pour renégocier leur subjectivité. A l'inverse quand la personne est dans une situation de fragilité, le rapport établi avec le professionnel de santé est de l'ordre du dominé-dominant. Plus l'individu vit dans le mésaise, moins il pourra manifester son autonomie ; ainsi se crée une situation de dépendance.

Notre deuxième patiente accepte toute décision médicale sans aucune réfutation, elle voit dans la technique une grande sécurité, un moyen d'être rassurée, ce qui correspond tout à fait à ses attentes : « *Donc on me dit « Bon bah Madame on va vous déclencher » - « D'accord. C'est reparti ! ».* » [...] « *Très très rapidement j'ai commencé à dire que la péridurale, fallait se dépêcher parce que là je n'allais pas supporter ça longtemps.* » [Christine]

La technique lui apporte une aide supplémentaire, un accompagnement sûr et sécuritaire. Sans elle tout échec serait perçu comme faute personnelle, et donc soumis au regard de la société, à travers l'institution qu'est la Maternité. Elle doute de ses ressources internes, singulières « *je ne me voyais pas supporter ça pendant longtemps* », la péridurale est alors perçue comme nécessaire pour satisfaire à la norme : « *Mais la poche des eaux ne se perçait pas. Ils n'avaient pas le choix, ils l'ont percée eux-mêmes* » [Débora]

Tout geste médical est mué par une norme, ce qui doit être fait au nom d'une sécurité, d'un intérêt pour la santé : pour pallier à une déviance, ce qui s'écarte de la norme doit être rectifié. Ces femmes « subissant » l'imposition de la technique ne le vivent pas comme tel, il s'agit là de mettre en avant sa volonté et ce besoin de se rapprocher des normes de l'institution. Attentives au regard que la société porte sur elles – à travers l'institution de la Maternité – elles se doivent de respecter et de s'assigner aux normes qui s'imposent. Mais plus ces personnes sont écartées à celles-ci, du fait de leur appartenance aux classes populaires, plus elles perçoivent la distance et donc l'effort à faire pour répondre à ce qu'on attend d'elles.

L'utilisation des technologies génère une perte de compétences des femmes, elles se sentent passives lors de ce moment unique : « *ça empêchait de bien bouger comme j'en ressentais le besoin.* » [Emilie] Lorsque le besoin est frustré, il correspond à une sensation de manque, d'inconfort ou de privation.

« *Je ne pouvais pas bouger toujours comme je le voulais* » [Emilie]

« *Enfin je sentais que ça ne servait pas à grand-chose ce que je faisais, quand j'ai commencé à pousser. Bon c'est vrai que le fait d'avoir la péridurale, en plus, on discutait, c'était assez tranquille quoi. [...] j'avais le souvenir du premier, de ne pas avoir su quand je devais pousser, ce que je devais faire [...] vraiment je me suis sentie inutile pour le premier* » [Elsa]

Ce sentiment d'inconfort est lié à l'organisation médicalisée de la naissance ; la femme est disciplinée par une multitude de dispositifs [2] qui lui laissent peu de marge de manœuvre du point de vue physique. Les besoins se situent à la jonction entre le biologique et le culturel, entre le corps et l'esprit, et mettent en jeu l'interaction entre l'individu et son environnement.

« *Ils m'ont laissée sous monitoring j'ai l'impression plus longtemps que... Que la première fois et puis que ce qu'elles avaient prévu à la base* » [Emilie]

« *Ils m'ont mise dans une salle de pré travail quand même, mais ils m'ont dit que je n'allais pas rester là.* » [Elsa]

L'emploi de la voix passive et l'éviction du « je » au profit du « ils » exprime un sentiment de dépossession intense ; la femme est dépourvue de toute décision.

2.2.6 Mais comment cette technique s'introduit dans la relation avec l'équipe ?

La dépendance de la femme varie selon la posture adoptée vis-à-vis des professionnels. Si celle-ci attend des professionnels avant tout une compétence clinique, le recours à toute technique n'est alors pas perçu comme une entrave à leur autonomie ; elle est enfin libre, libre de ces douleurs étant totalement disponible pour la naissance de son enfant.

« Donc on m'a très rapidement montée en salle de travail, on m'a posée tout de suite la péridurale. Vraiment super rapide. Et dès que la péridurale est posée bah là, c'est le bonheur. Super bonheur ! » [Christine]

« Mais j'ai souffert toute la nuit ! [...]Péridurale ils me l'ont posée vers 22H [...] C'est vrai que j'avais très mal, mais avec la péridurale ça passait. » [Débora]

La péridurale étant présente, les rapports n'en sont qu'améliorés. Elle confère à la femme un statut plus égalitaire vis-à-vis du professionnel.

L'obstétrique évoluée ne tolère plus la femme sauvage, inaccessible, déchainée dans la douleur. Lorsque l'on compare les deux récits de Christine narrant ses accouchements nous pouvons voir que dans la situation où la péridurale est absente, la femme ne se maîtrise plus. Il est difficile pour les professionnels aujourd'hui d'établir alors, une relation calme, égalitaire, sans infantiliser la femme : *« pas engueulée mais brusquée »*, comme un enfant qui n'obéit pas à l'autorité : *« Et jusqu'au moment où, j'en avais une de chaque côté, elles s'y sont mis à deux, m'ont chopée les mains toutes les deux, "Maintenant, maintenant il faut y aller !" (visage choqué) [...]Enfin un peu... Pas engueulée mais brusquée un petit peu, en disant ; maintenant c'est bon, vous êtes gentille mais il faut y aller quoi ! »* [Christine, récit de son accouchement sans péridurale.]

Dans l'autre cas, où l'anesthésie a été demandée, une relation d'égal à égal se ressent, assimilable à un dialogue entre amies. De ce fait le calme permet d'établir des relations plus égalitaires, et cordiales ; un climat familial se crée : *« Mais super bien suivie parce qu'il y avait toujours quelqu'un avec moi, mon mari bah après lui il est parti dormir, mais il y avait toujours quelqu'un avec moi. Il y a eu un peu moins de monde quand il y avait des accouchements, ça partait mais quand ça s'était fini, ça revenait. On papotait et tout. Donc on a passé toute la nuit comme ça »* [Christine]

Cet argument est souvent développé par les défenseurs de la péridurale la considérant ainsi comme source de confort, la douleur supprimée permet de restaurer une interaction raisonnée entre les femmes et les praticiens. Mais les femmes n'en sont pas seules bénéficiaires, les professionnels profitent de la sérénité, *« l'obstétrique évoluée ne tolère plus la femme sauvage, inaccessible, d »chaînée dans la douleur »* [2].

En étudiant les récits de nos parturientes faisant parties des classes supérieures, l'on s'aperçoit que leur relation avec les soignants ne se fait qu'à travers la technique, ne prenant, pour ainsi dire, plus en compte l'aspect émotionnel de l'événement : *« Bon c'est vrai que le fait d'avoir la péridurale, en plus, on discutait, c'était assez tranquille quoi. »* [Elsa]

Elle n'est plus dans l'événement : « on discutait » ; elle est spectatrice de son propre accouchement.

La poussée est réflexe et instinctif, mais dès lors que la technique entre en jeu tout est programmé, contrôlé, rationalisé ; il n'y a plus de place pour le « naturel », pour les besoins ou envies spontanés (physiques ou psychiques) : « *[Étant latéralisée] l'interne est repassé [...] il me dit : « Je peux la reposer ? » - et j'ai dit « Bah toute façon je vais pousser dans une demi heure donc ce n'est pas la peine ». Et heu... c'est vrai que juste au moment où on m'a dit que j'allais pousser, la... une des sages-femmes qui a dit à mon conjoint : « Ré-appuyer un coup ! », et j'ai dit non mais c'est vrai que c'était trop tard » [Elsa]. La patiente n'a plus son mot à dire, toute décision revient à la sage-femme, au praticien « on m'a dit que j'allais pousser ».*

Ses sensations sont relayées au second plan : « *Vous vous sentiez un peu démunie ? – Ha oui, oui c'était ça ! Moi je n'arrêtais pas de demander si c'était ça qu'il fallait faire ! » [Elsa]*

Quand corps est anesthésié, ne reste que l'intellect, la réflexion ; son manque d' « efficacité » lors de la poussée l'a fait douter, se sent vulnérable et privée de ses moyens, n'a plus de ressources. Anesthésie corporelle et mentale, psychique.

D'où la recherche d'une naissance « naturelle » ; l'autonomie et par conséquent la position d'actrice est possible lorsque la femme n'est plus soumise à la discipline de la technique.

« *J'ai vraiment l'impression d'avoir bien travaillé pour les deux (silence). Je crois que c'était important pour moi de travailler [...] je voulais que ce soit mon accouchement et pas celui de l'équipe médicale » [Emilie].*

Sa volonté de mettre son enfant au monde, d'être pleinement actrice de cet événement et cela n'ira pas sans travail, sans effort et sans sensations : « *Et là, je me suis sentie actrice de mon accouchement, c'est moi qui est... c'est moi qui est accouchée ! Enfin j'étais guidée mais c'est vrai que je sentais quand je devais pousser, ce que je devais faire » [Elsa]*

On assiste à une « inversion » des rôles entre les professionnels et la parturiente : lors de l'accouchement c'est la femme qui dirige, contrôle l'événement, relayant l'équipe à un simple rôle d'assistance, de « passivité » vis-à-vis de la direction de l'accouchement. La volonté de ces femmes d'être en pleine maîtrise de leur corps et ainsi de la mise au monde de leur enfant s'intègre dans une conception de la vie, et peut être influencée par les expériences antérieures. Une de nos patientes exprime très clairement la déception ressentie suite à son accouchement sous péridurale : « *Et le jour du terme comme il n'était pas là, là c'était la grosse déception parce que je ne voulais vraiment pas être déclenchée. C'était un mauvais souvenir le fait d'avoir eu la ventouse... Je ne m'étais pas sentie tellement acteur de la chose, on n'est pas parti de la maison... Donc je n'avais VRAIMENT pas envie d'être déclenchée ! » [Elsa]*

La technique appelle à la technique ; éviter le déclenchement pour son deuxième accouchement s'associe à sa conception de la naissance, éloignée de toute instrumentalisation.

La perte de compétences de la femme, du couple est induite par une utilisation excessive des technologies. C'est par une instrumentalisation, une médicalisation à outrance que la femme a le sentiment de ne plus être au cœur de l'événement qu'est la naissance, sa participation est tronquée ; elle passe du statut d'actrice ayant le premier rôle à celui de spectatrice. Mais cette passivité n'est pas nécessairement, une forme d'aliénation de la femme, créée par l'Institution de la médecine ; le déchargement de la patiente sur l'équipe peut être, ou non, volontaire

La soutenance a été retransmise en annexe 4.

CONCLUSION

Alors que nous étions partis de l'idée forte, présente dans nos lectures, de parturientes totalement soumises à l'injonction des professionnels et dominées dans la relation thérapeutique, dépossédées de leur expérience, l'enquête de terrain montre un rapport des femmes à la médicalisation plus complexe.

Leur trajectoire de vie personnelle mais aussi et surtout leurs expériences antérieures viennent modifiées à chaque instant leur rapport au monde médical.

Toutefois à travers le récit de ces femmes, nous avons pu voir que les relations avec l'équipe médicale sont des plus importantes, que la péridurale soit présente ou non.

Il advient alors à chacun d'entre nous de s'interroger sur les motivations de ces femmes à vouloir ou au contraire refuser cette technique. En connaissant ces futures mères, au plus profond d'elles mêmes, notre accompagnement n'en sera que des meilleurs.

Une importance est aussi à accorder à ce nouvel accompagnant ; le futur père.

Il serait intéressant de s'interroger sur son vécu au sein de ce milieu si féminin et d'entrevoir comment masculinité s'articule avec technicité, au sein de l'accompagnement des femmes.

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[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] BOLTANSKI L.

Les usages sociaux du corps.
Annales ESC, 1971, 26, p. 205-233.

[4] CARON-LEULLIEZ M., GEORGES J.

L'accouchement sans douleur, histoire d'une révolution oubliée.
Paris : Ed Atelier/ Ed ouvrières, 2004, p. 108-193.

[5] JACQUES B.

Sociologie de l'accouchement.
Paris : Ed Puf, 1992, 208 p.

[6] VUILLE M.

Accouchement et douleur. Une étude sociologique
Lausanne : Ed Antipodes, 1998, 155 p.

[7] TRELAUN M.

J'accouche bientôt et j'ai peur de la péridurale.
Ed Souffle d'or, 2008, 230 p.

[8] LE BRETON D.

Expériences de la douleur.
Paris :Ed Métailié, 2010, 262 p.

[9] LE BRETON D.

Anthropologie de la douleur.
Paris : Ed Métailié, 1995, 240 p.

[10] LE DU M

France 195-2006 : 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.

[11] DURKHEIM E.
Les règles de la méthode sociologique.
Paris : Presses universitaires de France, 1894.

[11] MOLITOR M., HOUTART F., RUQUOY D., *et al.*
Méthodes d'analyse de contenu et sociologie
Publications Fac St Louis, 1990, 241 p.

[12] GILLOT F., NIZARD J., HELBERT M. *et al.*
Entre désir de ne plus souffrir et passion douloureuse : l'exemple de la chirurgie corticale à visée antalgique.
Douleurs, Paris, 2012.

[13] CARRICABURU D.
Les sages-femmes face à l'innovation technique.
Les métiers de la santé, 1993, p. 281-305.

OUVRAGES NON PUBLIES

[14] LAURENT A.
La douleur de l'accouchement dans l'imaginaire des nullipares.
Mémoire DE sage-femme, Ecole de Toulouse, 2007, 53 p.

[15] PINEAU E.
L'accouchement sans péridurale : un choix sociologiquement déterminé ?
Mémoire DE sage-femme, Ecole de Nantes, 2007, 51 p.

[16] PINEAU F.
Accoucher à domicile : la recherche d'un idéal.
Mémoire DE sage-femme, Ecole de Nantes, 2012, 64 p.

[17] ROBIN V.
L'accompagnement des parturientes serait-il influencé par l'analgésie péridurale ?
Mémoire DE sage-femme, Ecole de Rouen, 2011, 60 p.

[18] LETHU ABTEY C.
La confiance chez les femmes primipares de la grossesse au post-partum
Thèse DE médecine, 2008, 219 p.

[19] GOUILHERS S.
« Le bébé c'est pas un code-barres ! On ne peut pas voir tout ce qu'il y a dedans ». Enjeux identitaires pour les sages-femmes autour du suivi de grossesse.
Master en Sociologie, Genève, 2009, 130 p.

REFERENCES ELECTRONIQUES

[20] Douleurs et Cultures ou les Voix de la Douleur

Mohamed Salah Ben AMMAR, CHU Mongi Slim – La MARSIA. 2005.

Disponible sur :

<http://www.stmi.org.tn/docs/VIII%20congres/douleur/HTML/douleuretcult.htm>

[21] Alimentation et société : « l’imaginaire du mangeur bio ».

Entretien avec l’anthropologue Karen MONTAGNE

Entretien réalisé par Jacques ROCHEFORT dans le cadre de l’émission spéciale « on a bio dire, quel méli-mélo », mai 2008

Disponible sur :

http://www.agrobiosciences.org/article.php3?id_article=2565

[22] La figure de « l’intermittent du bio »

Entretien avec Claire LAMINE

Entretien réalisé par Stéphanie FRAISSE-D'OLIMPIO pour SES-ENS, 2009.

Disponible sur :

<http://ses.ens-lyon.fr/5-questions-a-claire-lamine-sur-la-figure-de-l-intermittent-du-bio--67191.kjsp>

[23] Histoire de la douleur dans l’accouchement

MOREL Marie-France

Réalités en gynécologie obstétrique, 2002, 67, p. 31-34 et 71, p. 42-46.

Disponible sur :

<http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>

[24] Douleur et sens : les modulations de la souffrance

LE BRETON D.

e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2011.

Disponible sur :

http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2011_10_2_064x068.pdf

[25] Présentation, *Techniques et Culture*.

AKRICH M., DODIER N., 1995, 25-26, pp.i-xi.

Disponible sur :

http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/08/20/66/PDF/95PresentationT_C.pdf

[26] L'anesthésie-réanimation en France : Des origines à 1965 - Tome I : Anesthésie

COUSIN Marie-Thérèse, 2005.

Disponible sur :

<http://books.google.fr/books?id=NekrGIGbXQ8C&pg=PA312&lpg=PA312&dq=stockel++sakral+anesthesie+1909&source=bl&ots=l6jlp1ZXX&sig=3bED2TDe1YoRVslil6VEluJ5ePs&hl=fr&sa=X&ei=waYYUeGNHenV0QWfIYGQBQ&ved=0CDAQ6AEwAA#v=onepage&q=stockel%20%20sakral%20anesthesie%201909&f=false>

[27] Les différentes composantes de la douleur
Constance Hammond, directeur de recherche, U29, INSERM
Institut national de Recherche pédagogique
Disponible sur :
<http://acces.ens-lyon.fr/biotic/neuro/douleur/html/compdoul.htm>

[28] Bases physiopathologiques et évaluation de la douleur
Professeur Jean-François PAYEN - Novembre 2002
Disponible sur :
<http://acces.ens-lyon.fr/biotic/neuro/douleur/html/compdoul.htm>

[29] Eléments pour une histoire des conceptions de la douleur
Première partie : de la Grèce au XIII^e siècle
Claire Ribau et Nathalie Duchange. Novembre 2003
Disponible sur :
http://cours.medecine.2007.free.fr/Site_14/Cours_de_medecine_sciences_humaines_et_sociales_files/conceptions%20de%20la%20douleur.pdf

[30] L'homme face à la douleur, hier et aujourd'hui
Françoise SAINT-PIERRE
Disponible sur :
http://www.academiedentaire.fr/attachments/0000/0066/48_Saint_Pierre.pdf

[31] Naître en France du XVII au XX^e siècle
Marie-France MOREL
Disponible sur :
<http://www.else revue.fr/2010/naitre-en-france-du-xvii-au-xxeme-siecles/>

- Je vais déjà vous demander de vous présenter de manière générale, prénom, votre situation familiale, professionnelle.
- Pourriez- vous me rappeler le nombre d'enfants que vous avez ?
- Actuellement, vous bénéficiez de quel congé ? (parental/ maternité 6-10 semaines)
- Vous exercez dans quel domaine ?
- Quel a été votre parcours socio- professionnel ?
- Quelle est l'activité de votre conjoint ?
- Quand envisagez-vous de reprendre votre activité ?

- En règle générale, par qui sont suivis vos enfants ?
- Que ce soit pour vos enfants ou pour vous, vous est- il déjà arrivé d'avoir recours à des médecines alternatives ?
- En ce qui concerne votre parcours de soins, à quelle fréquence consultez- vous pour un problème de santé quel qu'il soit ?
- Avez-vous eu des problèmes de santé particuliers ? Si vous deviez désigner un moment majeur, un problème particulier niveau santé, quel serait- il ?
- En règle générale, est-ce que vous faites attention au type d'alimentation que vous consommez ?

- Pour chacune de vos grossesses : Par qui a t- elle été suivie ? PPO ou non ?
- Pour chaque accouchement : description, déroulement ? Quelle méthode ? (APD ou non)
- Concernant l'accouchement avec APD, quand celle ci a-t elle été posée ?
- Qu'est ce qui vous a orienté vers cette décision ? En quoi est-ce un choix pour vous ?
- Depuis quand avez vous décidé de faire ce choix ? A quel moment ? (de votre vie)
- A quel moment avez vous eu envie de changer de méthode ? Pourquoi ce changement de choix ? Quelles raisons ? Quel a été l'élément déclencheur ?

- Comment avez- vous vécu les différentes méthodes ? (avec/sans APD)
- Avez vous vécu de la même manière, les contractions utérines lorsque vous saviez que vous alliez avoir une péridurale et lorsque votre choix était de ne pas en avoir ?
- Quelle méthode avez vous le mieux vécu ? (savoir si expérience du 1er accouchement qui a donné l'envie de changer, entre avec ou sans APD)
- Qu'est ce qui vous a permis d'aller jusqu'au bout ? (volonté ? entourage ? professionnels ?)
- D'autres méthodes vous ont- elles été proposées ?
- Avez-vous ressenti du soutien ? Des encouragements ? Par qui ?
- Comment votre conjoint a- t-il prit part à cette décision ? (d'avoir ou non une APD)
- Quelle était sa place pendant l'accouchement ?

- Avez-vous vécu d'autres expériences douloureuses physiquement, moralement, ou psychologiquement ?
- Savez vous comment s'est ou se sont passés les accouchements de votre mère ? Vous en a-t-elle déjà parlé ? que vous a-t-elle dit ?
- Avez-vous des sœurs ? Si oui, savez vous comment se sont passés leur accouchements ? que vous ont-elles raconté ?
- Lors de vos grossesses, votre entourage vous a-t-il fait part de leur récit ?

- Au vu de vos expériences vécues, quels conseils auriez-vous envie de donner à une future mère ? Mais également aux professionnels accompagnants ?
- Y a-t-il autre chose que vous aimeriez aborder ?

Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise.

Cette nomenclature est structurée selon six grands postes qui se différencient par le premier chiffre du code :

- 1 ou 2 Agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprises
- 3 Cadres
- 4 Techniciens, agents de maîtrise et autres professions intermédiaires-
- 5 ou 6 Employés ou ouvriers

3 CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPERIEURES

31 Professions libérales

34 Professeurs, professions scientifiques

341 a Professeurs agrégés et certifiés de l'enseignement secondaire

38 Ingénieurs et Cadres techniques d'entreprises

4 PROFESSIONS INTERMEDIAIRES

42 Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées

421 b Professeurs des écoles

46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises

462 c Acheteurs non classés cadres, aides-acheteurs

47 techniciens

472 c Métreurs et techniciens divers du bâtiment et des travaux publics

6 OUVRIERS

65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport

653 a Magasiniers qualifiés

68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal

Entretien n°1 : Emilie, 30 ans, mariée, deux enfants.

Couple de designers. Couple fusionnel, au profil « bio ».

1^{er} accouchement : sans péridurale

2^{ème} accouchement : avec péridurale.

Entretien n°2 : Christine, 45 ans, mariée, deux enfants.

Couple mixte : Lui d'origine africaine, elle d'origine française.

Professions intermédiaires. Rôle partagé au sein du couple.

Présentant un long parcours de Procréation Médicalement Assistée.

1^{er} accouchement : avec péridurale.

2^{ème} accouchement : sans péridurale.

Entretien n°3 : Elsa, 30 ans, pacsée, deux enfants.

Elle : Professeur en collège / Lui : ingénieur mécanicien dans le nucléaire.

Profil « bio et nature ».

1^{er} accouchement : avec péridurale.

2^{ème} accouchement : sans péridurale.

Entretien n°4 : Débora, 30 ans, deux enfants.

Couple en recherche d'emploi, vivant en quartier HLM.

1^{er} accouchement : avec péridurale.

2^{ème} accouchement : sans péridurale.

Entretien n°5 : Corinne, 34 ans, mariée, trois enfants.

Elle : Professeur des écoles / Lui : métreur.

Relation basée sur la confiance et le partage.

1^{er} accouchement : sans péridurale.

2^{ème} accouchement : avec péridurale.

3^{ème} accouchement : sans péridurale.

Présentation

J'ai souhaité aborder ce sujet suite à une expérience particulière que j'ai rencontrée au cours d'un de mes stages.

Une primipare est arrivée en travail et nous a dit, à la sage-femme et à moi, qu'elle ne souhaiterait pas de péridurale, et voudrait tout faire pour essayer sans. Tout au long du travail, la SF redemandait à la parturiente s'il elle était bien sûre de ne pas vouloir de péridurale. Après quelques temps, la femme a finalement optée pour celle-ci.

Introduction

Ce sujet renvoie à de nombreux débats en ce qui concerne la douleur et la technique.

Il s'agit de deux thématiques auxquelles toute sage-femme est confrontée dans l'exercice de sa profession.

Entre douleur insoutenable et discours des professionnels, quelle est la part d'influence de chacun ?

J'ai donc réalisé cinq entretiens semi directifs avec des multipares ayant accouchées avec et sans péridurale. La double expérience de ces femmes m'a permis de déterminer ce qui les orientait vers l'une ou l'autre des solutions.

Le « naturel » ...

▪ **Souhaité, recherché**

L'absence de la péridurale lors de l'accouchement peut tout d'abord être souhaité.

Les femmes mettent en avant leur volonté de maîtrise. Elles cherchent à être autonomes lors de cet événement collectif : « *Je crois que c'était important pour moi de travailler, de sentir les choses [...] C'est peut-être aussi pour ça que je ne voulais pas trop de péridurale hormis la trouille de l'aiguille [...] Que ce soit mon accouchement et pas celui de l'équipe médicale.* » [Emilie]

Il peut aussi s'agir d'un refus d'une technique qui « instrumentalise » la femme, et la renvoie à un statut de spectatrice : « *C'était un mauvais souvenir le fait d'avoir eu la ventouse... Je ne m'étais pas sentie tellement acteur de la chose [...] Donc il y avait deux choses que je ne voulais absolument pas pour le deuxième, c'était être déclenchée et puis... et puis avoir la péridurale !* » [Elsa]

Les femmes plutôt réservées par rapport à l'utilisation de la péridurale considèrent l'accouchement sans péridurale comme un « idéal ». Ce choix s'inscrit dans un mode de vie et de pensée où l'utilisation des médecines alternatives et de l'alimentation bio sont fréquentes.

« *On prend régulièrement de l'homéopathie. J'avais déjà fait de l'acupuncture, ça date c'était pour le bac mais ça avait marché* » [Emilie]

« *On prend pas mal de produits bio [...] le fait d'avoir fait l'allaitement on est sur quelque chose de naturel donc on continue dans la lancée* » [Elsa]

Il s'agit là d'une tentative de trouver d'autres solutions que le seul système allopathique pour pouvoir agir directement sur leur propre corps, et retrouver une certaine maîtrise au lieu de rester un simple patient. Il s'agit d'une démarche indépendante et autonome en matière de soins et de santé.

▪ **Non choix, « subi »**

Pour d'autres l'accouchement sans péridurale n'était pas recherché ni même envisagé.

Dans la plupart des cas c'est du fait d'un travail relativement rapide que la péridurale n'a pu être posée : « *Il s'était passé moins de deux heures en fait, entre le moment où j'ai fini de manger et le moment il est arrivé. [...] Je pense que j'avais compris que je ne pourrais plus avoir la péridurale, c'était trop tard* » nous confie Christine.

Le discours des professionnels a aussi un rôle plus ou moins important dans la demande de péridurale. Soit en sous-entendant que le travail peut durer, il fait retarder le moment pour la demander. Corinne nous raconte :

« On a dit à mon mari : « allez dormir il ne sera pas là avant douze heures, c'est un premier ». [...] vers 5:00 du matin ça commençait à être pas mal douloureux [...] puis à 6:00 vraiment c'était insoutenable [...] elles sont venues et j'étais à dilatation complète » [Corinne]

Soit la péridurale n'est pas demandée car le discours rassure les femmes angoissées face à l'incertitude de la durée du travail. Quand j'ai demandé à cette patiente pourquoi elle n'avait pas eu la péridurale à son deuxième, elle m'a répondu : « Parce qu'ils m'ont dit que ça allait être rapide » [Débora]

Dans une situation de fragilité, notamment émotionnelle (grossesse à risque, vécu difficile, problèmes familiaux...), les personnes vont plus volontairement se laisser guider et entrer dans une relation de dépendance dont l'intensité variera avec l'appartenance sociale et le capital culturel.

... versus la technique

▪ Toujours à la demande de la femme

En ce qui concerne l'accouchement avec péridurale, toutes nos patientes disent avoir voulu et sollicité cette aide technique.

La principale raison est une douleur insoutenable, qui a été évoquée par 4 de nos patientes.

« J'étais vraiment à bout de force [...] j'avais déjà tellement mal que je ne me sentais pas supporter davantage de douleur. » [Emilie]

« C'était à hurler. Contractions dans le dos, vraiment pas bien quoi. » [Christine]

Le recours à la péridurale dépend du sens que chacune accorde à la douleur : lorsqu'elle risque de provoquer des traumatismes (notamment psychiques), la douleur devient néfaste et intolérable, elle doit être supprimée.

Mais seuil de tolérance et acceptabilité varie selon les individus, leur histoire personnelle, leurs expériences passées ou encore selon leur culture.

Cette perception douloureuse peut également être modifiée par l'environnement humain.

« Je ne savais pas sur combien de temps je partais. Comme au départ on m'avait dit un bébé pour mardi matin [...] et puis personne ne m'a dit comment souffler... Mon conjoint n'était pas là [...] on m'a proposée la péridurale à ce moment là, j'ai répondu oui ». Comme le rappelle Elsa, et nous l'avons vu précédemment, la notion de temps introduite par les professionnels a une influence implicite sur le choix des patientes.

On remarque aussi que la demande de péridurale dépend du contexte. La situation modifie la perception du temps : le temps passe trop lentement lorsque la personne se sent seule, que le personnel soignant semble être absent. Et plus le temps passe plus la douleur ressentie s'intensifie.

La femme ne doit pas rester seule avec sa douleur, elle doit être entourée et accompagnée physiquement et moralement.

Le corps vécu et l'expérience de l'accouchement

Ensuite, il semblait intéressant de savoir comment ces femmes avaient vécu leurs différentes expériences. Nous allons voir que la diversité de culture des gens est discriminante dans la manière de gérer le corps et de se représenter la santé. En partant de leur récit d'accouchement, 2 tendances dans le rapport au corps ont pu être mises en évidence.

- La première montre une représentation corps en tant que « **corps-parlant** » que l'on retrouve dans le récit de Corinne :

« Ce n'était pas la même douleur. Au niveau du passage de la tête, comme si ça appuyait plus vers le devant [pour mon premier]. Pour mon troisième c'était plus [...] au niveau du bas du dos. Par contre j'avais plus cette sensation [...] que ça soulageait de pousser mais en même temps ça faisait très mal »

Trois de nos patientes, qui font partie des classes supérieures et moyennes, ont un discours basé sur leurs sensations corporelles, leurs perceptions, sur le psychique... On constate que les femmes qui sont à l'écoute de leur corps ont un capital culturel élevé et voit la santé comme un état d'équilibre d'où le succès chez elles des médecines préventives.

Cette capacité à interpréter le langage corporel montre avant tout qu'elles ont une maîtrise de leur corps et sont donc capables d'un dépassement de soi.

Emilie, après avoir hésité à prendre la péridurale nous dit « *j'ai réussi à ne pas la demander. [...] j'avais réussi à continuer, à trouver la force nécessaire pour continuer* ».

Ces femmes tirent une certaine fierté d'avoir accouché sans péridurale, d'avoir franchi cette épreuve. Mental et corporel sont donc indissociables ce qui se retrouve dans leur choix de préparation à la naissance.

- La deuxième tendance du rapport à soi est à travers un « **corps-objet** »

Voici l'exemple de Christine : « *J'ai tout essayé pour me sentir mieux. [...] Même un moment j'ai grimpé sur un autre des lits, et il y a quelqu'un [qui a dit] « Ah non [...] Faut pas tout défaire ! » [...] C'est une période où on ne maîtrise plus du tout son corps [...] il n'y a que l'instinct [qui fonctionne].* »

Les femmes qui renvoient le discours et les actions des professionnels, ou ne décrivent que des douleurs non localisées ont une conception plutôt « mécaniste » du corps. Comme le montre l'extrait suivant : « *Là je suis démolie de partout ! [...] [J'ai] le dos en compote. [...] là y'a remise en état général à faire !* »

Dans ce concept de « corps-objet » la santé c'est l'absence de maladie. Le corps n'existe que dans la douleur et la souffrance. Cette représentation de la santé s'associe à la médecine curative qui cherche par tous les moyens, de venir à bout de cette souffrance.

L'esprit s'oppose au corps, ce que l'on retrouve lorsqu'elles racontent leur accouchement sans péridurale : « *Contente d'avoir vécu ça. [...] voilà j'ai ressenti... enfin je sais ce que c'est quoi !* » nous raconte Christine. Ou Débora : « *Je ne regrette pas du tout de ne pas avoir pris la péridurale. Ça m'a fait une expérience.* »

Elles ont acquis une nouvelle expérience qu'elles inscrivent dans l'ordre de la connaissance.

Rôle de la sage-femme

A travers ce travail, j'ai pris conscience que même si les futures mères ont une idée sur le recours ou non à la péridurale, la décision finale se fait sur le moment et dépend donc du contexte (relationnel). C'est donc nous en tant que sages-femmes qui sommes en première ligne pour aider les femmes à répondre à leurs souhaits et désirs. Nous devons tenir compte de leurs connaissances mais aussi de leurs peurs pour respecter au mieux leur choix et n'avoir une influence que positive. Notre accompagnement doit être le plus global possible et doit permettre aux femmes de garder ou retrouver leur confiance en elles.

Conclusion

En conclusion, ces orientations variables vis-à-vis de la péridurale vont bien au delà de la simple gestion de la douleur. La question est de savoir comment chacun, mère comme professionnel, se représente l'expérience de l'enfantement qui s'articule avec l'histoire, les valeurs et la culture de la personne.

La sage-femme doit jongler entre sécurité technique et affective dans le but de maintenir l'autonomie de la parturiente. Pour un accompagnement adapté et personnalisé, la sage-femme doit pouvoir être disponible. Or le temps nous fait souvent défaut en raison d'un personnel restreint et d'une charge de travail conséquente.

De plus, malgré des connaissances théoriques solides en physiologie, l'expérience d'un accompagnement total sans intervention technique se fait de plus en plus rare. L'entourage de la mère comprend aussi le conjoint : Il serait intéressant de s'interroger sur son vécu au sein de ce milieu si féminin et d'entrevoir comment masculinité s'articule avec technicité.

RESUME

Le 20^{ème} siècle a été marqué par une revendication à ne plus souffrir, les hommes ne sont plus enclins à subir cette fatalité qui pèse sur eux depuis de nombreux siècles.

D'une éthique d'acceptation de la douleur, épreuve inévitable à la condition humaine, nous sommes passés à une éthique de refus de souffrir et de l'impératif thérapeutique, du fait des avancées scientifiques et de l'emprise croissante des techniques.

L'expérience de la maternité, bien que socialisée, prend un sens particulier car elle est acquise individuellement, renvoie à ce qu'il y a de plus intime, et parce qu'elle se construit avec l'histoire et la personnalité de chacune.

Le recours à la technique lors de cet événement met à jour les différences de représentations sociales de la naissance entre profanes et experts, mais aussi entre chacune de ces femmes.

Mots clés : médicalisation, douleur, accouchement, péridurale, analgésie, classes sociales, rapport au corps.