



HAL
open science

La péridurale, un choix douloureux

Madeleine Akrich

► **To cite this version:**

Madeleine Akrich. La péridurale, un choix douloureux. Cahiers du Genre, 1999, 25-26, pp.17-48.
halshs-00082060

HAL Id: halshs-00082060

<https://shs.hal.science/halshs-00082060v1>

Submitted on 26 Jun 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La péridurale, un choix douloureux *

Madeleine Akrich

Résumé

L'analgésie péridurale, qui permet de supprimer la douleur de l'accouchement sans altérer la conscience, a connu ces dernières années en France un développement important : pour certain(e)s, il s'agit d'une victoire des femmes accédant à un droit fondamental, d'autres considèrent qu'elle renforce l'emprise croissante des techniques et des médecins sur le corps des femmes. Tou(te)s s'accordent sur l'idée qu'un choix doit être proposé à la femme, laquelle se trouve installée en acteur autonome, rationnel, maître de ses décisions. Dans cet article, basé sur des entretiens avec des femmes, nous reviendrons sur les conditions « en pratique » dans lesquelles se détermine l'usage de la péridurale et sur cette notion de « choix », centrale dans les représentations que s'en font les acteurs.

Dans nos sociétés, l'accouchement a longtemps été inséparable de l'idée de douleur, au point qu'autrefois l'expression « les douleurs » était utilisée pour désigner le processus de l'accouchement lui-même. Les cinquante dernières années ont cependant vu se développer des techniques variées, de l'accouchement psychoprophylactique à la péridurale, qui avaient toutes pour objectif de faire échapper les femmes à la malédiction biblique. Peut-on, pour autant, dire qu'un chapitre s'est définitivement clos dans l'histoire de la naissance ? S'il est vrai, qu'en France aujourd'hui, une large majorité des femmes accouchent sous péridurale, les débats ardents qui ont jalonné ces évolutions conduisent à nuancer cette hypothèse : il semble que chaque innovation ait contribué à élargir l'espace des possibles, à la fois de par ses caractéristiques propres mais aussi en suscitant des contre-modèles. En conséquence, les rapports entre les techniques utilisées, le sens de l'accouchement, la place de la femme, etc. sont encore pour longtemps en discussion.

Les revendications « féministes » en la matière peuvent être grossièrement scindées en deux tendances : la première s'est développée à une période où l'analgésie péridurale, qui supprime la douleur sans altérer la conscience, commençait à apparaître timidement et où régnait encore l'accouchement dit « sans douleur », lui-même issu de l'accouchement psychoprophylactique. Celui-ci, apparu dans les années cinquante en France, était basé sur l'idée que l'accouchement, processus physiologique, ne pouvait être douloureux et que la douleur provenait d'un conditionnement inadéquat. Parce que, durant des siècles, l'on avait répété aux femmes qu'elles ne pourraient que souffrir durant leur accouchement et qu'on les avait maintenues dans l'ignorance du fonctionnement de leur propre corps, la plupart d'entre elles, paralysées par la peur, n'échappaient pas à leur « destin ». L'antidote proposé consistait en une information dispensée aux femmes détaillant les mécanismes de l'accouchement, accompagnée d'une formation à quelques techniques corporelles permettant à la femme de garder son contrôle et de gérer la douleur. Aux yeux de leurs promoteurs, ces méthodes avaient une vertu émancipatrice : les femmes accédaient à la connaissance d'elles-mêmes et pouvaient contrôler les étapes de leur accouchement. Point de vue récusé par certaines critiques féministes pour lesquelles ces techniques représentaient une double imposture : non seulement elles ne supprimaient en rien la douleur, mais en en contenant les signes extérieurs, elles

* Cet article est issu d'une recherche menée en collaboration avec Aude Develay, Michel Naiditch et Bernike Pasveer, recherche qui a reçu le soutien de la MIRE et de l'INSERM. Un certain nombre d'entretiens cités dans le texte ont en particulier été réalisés par Aude Develay.

faisaient croire à l'entourage que cette douleur était inexistante (Jaubert 1979). Dès lors que la péridurale est apparue comme une possibilité sérieuse, la conclusion a été vite tirée : pourquoi continuer à adhérer au « mythe lénifiant » de l'accouchement sans douleur, alors qu'existent des moyens modernes de supprimer la douleur sans altérer en rien l'expérience de la naissance ? Ce mouvement a connu son point d'aboutissement lorsqu'à la fin des années quatre-vingt, Simone Veil a étendu le remboursement par la Sécurité sociale de la péridurale à toutes les femmes qui désireraient en bénéficier, sans condition d'indication médicale. 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. Il restait encore à mettre en place les moyens nécessaires pour que cette loi ne reste pas lettre morte. À l'exception des petits établissements, les hôpitaux et cliniques ont réagi rapidement puisqu'au début des années quatre-vingt-dix, la moitié des femmes accouchaient sous péridurale en France.

La seconde tendance « féministe », qui s'est développée plus ou moins en parallèle avec la première, insiste davantage sur le droit des femmes à disposer de leurs corps, en opposition avec l'emprise croissante des techniques et l'interventionnisme des médecins en matière obstétricale (Morin 1985). Il est question ici de combattre un pouvoir médical exercé sans partage, de revendiquer l'autonomie des femmes et de faire valoir leur droit à prendre part aux décisions les concernant. Cette position, qui peut être étendue à toute situation médicale, prend une coloration particulière : les auteurs mettent en avant le fait qu'il s'agit ici d'un événement, *a priori* physiologique, où seuls le corps de la femme est en cause et qui relève davantage de la sphère privée que de la médecine.

Cette position a rencontré différents courants, eux-mêmes parfois liés entre eux, avec lesquels elle a ménagé des compromis en certains endroits ou certaines occasions ¹ : le courant autour de Michel Odent qui prônait le respect maximal des processus physiologiques basé sur une vision optimiste de la nature ; les courants proches de la psychanalyse pour lesquels l'accouchement est une re-naissance de la femme qui nécessite un grand espace de liberté pour s'accomplir ; des courants qu'on baptisera « intimistes » qui accordent une grande importance à la dimension familiale de la naissance et tendent à privilégier le domicile comme lieu d'accouchement... ; aujourd'hui, des associations d'usagers qui militent pour le développement de maisons de naissance, gérées par des sages-femmes, dans lesquelles la médicalisation serait beaucoup plus légère qu'en milieu hospitalier. Dans cette mouvance au sens large, divers inconvénients relatifs à la médicalisation en général et à la péridurale en particulier sont dénoncés : inconforts, désagréments *post-partum* tels ceux engendrés par les épisiotomies, impossibilité pour la femme de participer, d'être actrice de son accouchement, difficultés à « vivre » l'événement naissance, violences à l'encontre de l'enfant créées par des gestes vus comme inutiles, complications médicales entraînées par la médicalisation elle-même, manque d'intimité, conditions médiocres pour l'instauration des relations mère-enfant, etc.

De même que les partisans de la péridurale insistaient sur l'idée que les femmes devaient avoir le choix, en d'autres termes que la décision ne devait pas être entre les mains des médecins, ceux qui militent pour une certaine démedicalisation demandent aujourd'hui que l'on offre des possibilités de choix aux femmes et aux couples. La femme se trouve installée ainsi en acteur autonome ², rationnel ³, maître de ses décisions, ayant une information satisfaisante sur chacune des options disponibles et capable de déterminer ses préférences. L'organisation actuelle des maternités a pour objectif de créer

¹ Le mélange peut « prendre » dans des circonstances particulières, comme la menace de la fermeture d'un lieu particulier, la maison de naissance de Sarlat, notamment. On trouve aussi des comportements « opportunistes » où il n'y a pas à proprement parler mélange, mais plutôt « détournement » ; par exemple, une de femmes que nous avons interviewées et qui a accouché avec une sage-femme libérale, plutôt dans une mouvance psychanalytique disait : « Je suis allée voir cette sage-femme. C'est un discours assez particulier. Elle est végétarienne. C'est très californien. Je me suis dit : 'tant pis'. Sa phrase clé, c'était : 'on laisse le corps prendre son temps'. C'était l'opposé de ce que j'avais vu avant où on me disait : 'si vous voulez, vous pouvez accoucher en quatre heures'. J'ai filtré tout ce qui était autour de la bouffe, de la couleur, de la psy. Tout ce qui m'intéressait, c'était le corps libre. Là, je signe. »

² Pour E. Gagnon (1998), la notion d'autonomie est centrale dans la manière dont la médecine en général se représente aujourd'hui le patient, et dans la manière dont le patient lui-même se définit face (contre) à l'institution médicale.

³ Nous sommes ici dans une rationalité définie de façon assez rigide et surtout capable de ménager une continuité temporelle qui va de la décision à son application et à ses suites. Ceci étant, les sciences sociales font toujours ou presque l'hypothèse de cette rationalité, et cherchent à la restaurer en étendant les registres de l'interprétation, contre les accusations de certains acteurs, comme les soignants, portant sur l'irrationalité des conduites des patients (Fainzaing 1997).

les conditions de fonctionnement d'un tel modèle « consumériste »⁴... du moins en ce qui concerne la péridurale, car la loi, autorisant le remboursement de cette analgésie sur simple demande de la femme, construit un espace de décision qui lui est propre.

Dans cet article, nous nous proposons de revenir sur les conditions pratiques dans lesquelles se détermine l'usage ou le non-usage des techniques analgésiques, principalement la péridurale, puisque la panoplie des outils disponibles s'est resserrée autour de cette technique. Nous interrogerons en particulier cette notion de choix, qu'accompagne l'idée de décision, et qui se trouve au cœur des représentations que se font les différents acteurs concernés. De ce point de vue, la péridurale représente un point extrême dans les situations médicales, car s'il est question de plus en plus d'associer les patients aux décisions thérapeutiques, il est rare qu'en théorie du moins, la décision soit autant du côté de l'utilisateur. Face à un modèle supposé « archaïque » de la médecine où le pouvoir appartient tout entier aux praticiens, le patient étant réduit à sa pathologie, la péridurale ou plutôt le choix qu'elle implique dessine un espace dans lequel les praticiens deviennent des prestataires au service d'utilisateurs informés, libres de prendre leurs décisions en fonction des critères qui leur sont propres⁵. Partant de ce modèle, nous nous demanderons dans quelle mesure il est performant pour décrire la manière dont les femmes se représentent leurs trajectoires ; nous analyserons leurs récits pour identifier ce qui à leurs yeux a déterminé leur parcours, ce sur quoi ont porté leurs décisions éventuelles et comment ces décisions se sont prises.

Nous nous appuyerons sur plus de quarante entretiens approfondis réalisés avec des femmes de milieux très diversifiés, de régions variées et ayant accouché dans des hôpitaux, des cliniques variables en taille et en équipement, voire à domicile. En dehors de ces entretiens, quelques femmes ont accepté de tenir des « journaux de bord » durant leur grossesse, ce qui nous a permis de voir comment se construisent jour après jour les trajectoires de certaines femmes enceintes. Enfin, ce matériau est complété par des entretiens réalisés avec des médecins et des sages-femmes.

Savoir ce que l'on veut, là est la question

La péridurale et les dispositions en matière de sécurité sociale qui l'accompagnent ont installé en théorie des possibilités pour la femme d'exprimer des préférences quant au déroulement de son accouchement. Comme cela a été observé sur le cas de l'avortement, le passage de la théorie à la pratique suppose la bonne volonté des professionnels et la mise en place d'une organisation adaptée, en l'occurrence la disponibilité d'un anesthésiste. Dans un certain nombre d'établissements, cette évolution s'est faite rapidement, peut-être parce qu'elle était soutenue par des objectifs complémentaires : amélioration des conditions de sécurité, meilleure « attractivité » de l'établissement dans un contexte de concurrence et même de lutte pour la survie. Tous les établissements ne sont pas encore « égaux » de ce point de vue, car, dans les hôpitaux de faible importance, les anesthésistes doivent d'abord faire face aux situations d'urgence médicale et n'assurent que ces cas d'urgence la nuit et les week-ends. Ceci étant, dans la quasi-totalité des maternités françaises aujourd'hui, la question de la péridurale est susceptible de se poser au moins une partie du temps. Très souvent, elle est préparée par des séances d'information proposées aux parents qui se voient expliquer les différentes possibilités offertes, le déroulement des opérations, les risques, les bénéfices, les conditions nécessaires. Par ailleurs, lors de certaines visites de suivi, le médecin ou la sage-femme s'enquiert des *desiderata* de la femme en la matière et, en tout cas, rappelle qu'il est souhaitable, dans le cas où elle voudrait une péridurale, de réaliser certains examens et d'avoir une consultation avec un anesthésiste. L'institution produit donc d'emblée un cadrage des scénarios possibles, elle définit ce sur quoi il est possible et même nécessaire d'exprimer une demande. Dans le même temps, elle précise aussi ce qui n'est pas ouvert à la négociation (et qui peut être variable selon les établissements) : perfusion obligatoire ou non, monitoring intermittent ou continu, contraintes sur la position durant le travail et

⁴ Wiles et Higgins (1996) montrent qu'en Grande-Bretagne au moins, l'organisation des soins dans le secteur privé a favorisé l'émergence d'une position consumériste dans la relation des patients à leurs médecins, mais cette tendance est sans arrêt contrebalancée.

⁵ En dehors de quelques contre-indications médicales.

l'accouchement... Si se trouve posée l'exigence d'une décision à prendre, cette décision peut être repoussée très loin dans le temps : les médecins insistent même volontiers sur le hiatus éventuel entre ce que souhaite une femme avant et pendant l'accouchement :

Par rapport à la péridurale, je n'ai pas un discours lénifiant. S'il y a une patiente qui dit : « moi, je n'en veux pas », j'ai tendance à lui dire : « allez-y quand même » (à la consultation avec l'anesthésiste), parce que si vous saviez le nombre de femmes qui disent qu'elles n'en veulent pas et qui, finalement, supplient au moment de l'accouchement qu'on leur fasse une péridurale !

Face à cette « offre », les femmes manifestent souvent une certaine perplexité⁶. Notons une différence sensible selon que l'on interroge les femmes avant ou après leur accouchement⁷ : les premières se disent incertaines, malgré la présence fréquente d'une préférence pour l'une ou l'autre option ; leurs opinions fluctuent, et se donnent à voir comme ouvertes. Après l'accouchement, les préférences timides de l'avant semblent se cristalliser davantage et constituent un repère par rapport auquel la suite des événements est décrite. Par ailleurs, plus le rang de l'enfant augmente et plus la femme manifeste de préférence marquée et même de volonté affichée de contrôle des événements, que ce soit pour reproduire les expériences précédentes ou s'en écarter. Chaque accouchement fonctionne comme une épreuve de réalité qui stabilise une certaine distribution des propriétés et des rôles : la femme est/n'est pas douillette, la douleur est/n'est pas supportable, la péridurale est/n'est pas un élément de confort, etc.

Revenons aux futures mères primipares :

Moi je veux une péridurale... J'en étais sûre et puis d'en parler entre autres à la préparation avec tout ce qu'elle nous disait, la sage femme. C'est vrai qu'elle est assez rassurante dans la manière dont ça se passe, après dans ma tête, ça m'a traversé l'esprit de me dire peut-être de ne pas la demander mais je fais tout dans le sens où je la demande, le bilan, etc. Et on verra comment ça se déroule, de toute manière.

– *Qu'est-ce qui vous fait quand même hésiter ?*

Pour plein de raisons qu'on a vues avec la sage-femme, l'épisiotomie, les forceps, tout ce qu'il peut y avoir, moi la seule chose que je crains un peu c'est l'épisi... Je me rappelle d'une copine assise sur une bouée pendant une semaine, ça ne fait pas que du bien... (Annie)

Voici une jeune femme à peu près sûre d'elle : toutes ses amies qui ont accouché avec la péridurale en ont été ravies, elle ne voit pas pourquoi « refuser le progrès » ni « pourquoi souffrir », et pourtant un petit doute l'envahit. Elle s'interroge sur le prix à payer pour un surcroît de confort pendant l'accouchement. Au départ, les choses paraissent simples : la péridurale permet de diminuer ou de supprimer la douleur de l'accouchement, ni plus, ni moins ; et puis au fur et à mesure que se multiplient les échanges avec les amies, les compagnons, les mères ou les belles-mères, les sages-femmes et les médecins, que se lisent les livres, les magazines, etc., de nouveaux points de vue s'expriment et de nouvelles questions sont soulevées. Chacun y va de ses récits, conseils et autres opinions, et presse la future mère de livrer son choix. Certaines sont traversées par toutes les controverses existantes, au point d'être dans une situation d'incertitude radicale :

Moi j'étais « péridurale », correctement dosée bien sûr. Plus le temps passe... Le mois dernier, je me suis demandé : pourquoi ? J'en ai plus envie. J'en ai plus peur que de l'accouchement. On ne sait pas vraiment quelles sont les conséquences, on parle de maux de dos, de maux de tête, on dit qu'il n'y a aucun danger pour les enfants... ? Donc plus ça va et sincèrement, je préférerais ne pas en avoir. Les autres techniques de relaxation, c'est un peu dérisoire par rapport à cette parfaite inconnue, cet accouchement. Je ne sais

⁶ Cette perplexité de l'utilisateur est, comme le montre Cochoy (1999), une caractéristique très répandue dans les situations d'achat : il n'est pas absurde de comparer ces deux configurations, celle du consommateur face aux rayonnages de l'hypermarché et celle de la femme enceinte face au choix de la péridurale, dans la mesure où la dimension « consumériste » du choix est explicitement présente dans les discours des médecins et, comme nous l'avons vu précédemment, dans les discours « féministes ». Certaines similarités peuvent être relevées : l'existence d'une offre discrète face à la multiplicité et l'hétérogénéité des éléments qui sont mobilisés dans le choix, avec le travail d'« intermédiaires » cherchant à équiper l'utilisateur – à lui donner des repères, à fixer pour lui une liste de paramètres pertinents, etc. – pour le rendre apte à prendre une décision. En revanche, certaines différences sont évidentes : dans le cas de la péridurale, le problème n'est certainement pas de discriminer entre plusieurs possibilités a priori équivalentes, et le travail des intermédiaires, à savoir les médecins et sages-femmes dans les cours de préparation ou les magazines, ne s'inscrit pas, comme dans le cas de la grande distribution, dans les objets eux-mêmes.

⁷ Une majorité des entretiens ont été réalisés après l'accouchement, mais dans quelques cas, nous avons interviewé les femmes avant et après leur accouchement, et dans quelques autres cas, uniquement avant l'accouchement.

pas mon seuil de douleur. On vous propose la péridurale, et en face on vous propose des techniques de respiration, de relaxation. Je comprends que tout le monde fonce sur la péridurale, c'est peut-être pour ça que des femmes demandent la péridurale. Pourquoi souffrir ?

Ce qui m'ennuie avec la péridurale, c'est qu'il y a beaucoup de choses qui nous échappent. J'attends de voir, j'aimerais bien essayer sans. Il n'y a pas d'anesthésiste sur place [dans la maternité où elle a choisi d'accoucher], il faut quinze à vingt minutes pour qu'il vienne. Mettons, on l'appelle, il vient et... Si j'ai changé d'avis, si on le fait venir, est-ce que je ne me sentirais pas obligée de l'avoir ? [...]

On se sent un peu « superwoman » [si on s'en passe], on se dit que ce serait différent. Je n'ai entendu que des horreurs. Des gens qui me disent : « On te ment, la douleur est terrible, c'est épouvantable ». Je ne sais pas ce que c'est, c'est pas la peine d'angoisser, je me sens très sereine. Je n'ai qu'un seul désir, un peu de me passer de la péridurale. C'est un tel épanouissement, un tel bonheur cette grossesse, il faut que je sente bien quand il est dehors. (Laurence)

La plupart des éléments qui sont mis en jeu dans la réflexion préalable des femmes sont ici déployés. On y trouve d'abord l'idée que la souffrance considérée isolément n'a pas de sens : elles reprennent ou rejoignent en tout cas l'argumentaire souvent avancé par les anesthésistes qui insistent sur le caractère inutile voire néfaste de la douleur maternelle. Certaines s'arrêtent à ce parallèle souvent fait entre douleur de l'accouchement et douleur dentaire : si les moyens existent de soulager la douleur, il faut en profiter.

Mais, comme dans l'extrait cité plus haut (Annie), cette vision « positive » des progrès de la médecine est souvent tempérée par une inquiétude face aux conséquences possibles de la péridurale : la femme citée mentionne essentiellement les conséquences intermédiaires, c'est-à-dire qui se traduisent par un inconfort à moyen terme pour la femme, alors que beaucoup craignent surtout l'accident grave entraînant la paralysie, accident réputé rarissime chez les médecins. Certaines autres, comme dans l'extrait précédent, sont préoccupées par ce que la péridurale peut impliquer en termes d'interventions accrues, forceps, épisiotomie, voire césarienne, mais peuvent aussi, comme cette jeune femme qui fait le chemin inverse, se rendre compte de ce que la médicalisation est là indépendamment de la péridurale elle-même :

Ça change tout le temps. Au début, je n'étais pas trop pour, j'avais plus peur de la péridurale que de la douleur de l'accouchement. Petit à petit, je vois tous les gestes qu'ils font même s'il n'y a pas de péridurale. (Albertine)

Cette question de la médicalisation est souvent liée à celle de la maîtrise : beaucoup de femmes veulent sentir la naissance, pouvoir être actives dans le processus, ne pas laisser « échapper » l'événement ; elles craignent qu'en abolissant les sensations, la péridurale ne leur ôte la capacité de mettre au monde leur enfant elles-mêmes. Au-delà, c'est leur autonomie, leur estime personnelle qui est en jeu ; l'existence même de la péridurale crée ou réactive une sorte de tension morale autour de l'accouchement⁸ : « *La péridurale, ça fait trop : on se laisse vivre* » dit l'une, « *On se sent superwoman [si on s'en passe]* », dit l'autre. S'en passer constitue pour certaines, surtout des femmes qui ont déjà eu des enfants, un défi personnel, car, comme nous le verrons par la suite, c'est une manière de mettre à l'épreuve une interprétation de ce qui a pu se passer dans des accouchements précédents.

Mais en même temps, l'entretien que nous avons cité dit aussi la fragilité de la notion de choix, en raison de multiples incertitudes, incertitude sur la douleur, sur sa capacité à la supporter, sur l'efficacité des autres méthodes proposées, sur les effets de l'organisation : a-t-on vraiment le choix en situation ?

Avant l'accouchement, beaucoup de femmes primipares sont dans l'hésitation ; la question de la péridurale les « travaille », certaines y pensent, se documentent, discutent, 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. Cette orientation elle-même se détermine en fonction de multiples facteurs : les discours tenus par l'entourage familial, les amies, les médecins, les sages-femmes, les professeurs des cours de

⁸ Cette tension morale était déjà présente dans les techniques d'accouchement sans douleur : les femmes qui s'avéraient incapables de se contrôler tel que prescrit se voyaient jeter l'opprobre, ce qui d'ailleurs a provoqué des critiques virulentes de ces méthodes. Voir Jaubert (1979) .

préparation, les livres et les revues se bousculent et sont plus ou moins analysés, triés, relativisés, ce qui explique que l'on retrouve dans les discours des femmes la plupart des arguments présents dans les débats publics sur ces questions. D'autres éléments davantage liés à la trajectoire personnelle de la femme interviennent : la plus ou moins grande confiance dans la médecine, corps médical et techniques inclus, les habitudes de soins – les femmes qui sont réservées à l'égard de la péridurale semblent être plus souvent qu'en moyenne des femmes qui utilisent l'homéopathie et les médecines douces –, la plus ou moins grande croyance dans les vertus du « naturel », les expériences médicales antérieures :

J'ai eu une opération du genou, et ils m'avaient fait le même type d'injection, dans le bas de la colonne, on n'appelle pas ça une péridurale, mais c'est quasiment la même chose, et j'en avais un souvenir horrible. J'ai eu mal pendant un mois à l'endroit où ils m'avaient piquée, donc j'étais partie en disant : « Non, je ne veux pas de péridurale pour l'accouchement ». (Amélie)

Les femmes expriment donc souvent une orientation privilégiée, mais elles se disent malgré tout incertaines et laissent une place à l'inattendu, à l'événement lui-même. Annie, que nous avons citée plus haut, n'a pas renoncé à la péridurale, mais plutôt que de la demander d'emblée, elle se propose d'attendre et de voir si elle en ressent la nécessité. Une minorité a pris sa décision et va faire en sorte que cette décision puisse être appliquée. Celles qui veulent absolument la péridurale essaient de réduire l'incertitude inhérente à sa mise en œuvre en choisissant un établissement dans lequel les anesthésistes sont présents en permanence, voire en optant pour un accouchement déclenché qui permet une bonne coordination des intervenants ; celles qui souhaitent ne pas avoir de péridurale essaient de réduire l'incertitude qui porte sur leur propre capacité à supporter la douleur. Mais toutes savent que si elles n'ont déjà pris leur décision, il faudra dans la plupart des cas la prendre le jour J :

Quand elles arrivent, elles ont une idée, certaines sont dans l'incertitude. Si elles sont en pré-travail, on les met dans des chambres particulières pour qu'elles se reposent. On leur dit qu'après, quand le travail est commencé et qu'elles sont en salle d'accouchement, elles ont plein de fils partout, elles ne peuvent plus trop bouger. Après elles décident. Si elles veulent une péridurale, on la pose tout de suite. La limite quand on fait la péridurale, c'est qu'il faut que le col soit modifié et qu'il y ait des contractions régulières. À l'autre bout, il faut qu'il y ait encore au moins une heure avant la naissance du bébé. On leur dit : « Vous devez⁹ prendre votre décision ». (entretien sage-femme)

L'organisation des soins obstétricaux introduit une tension dramatique, en exigeant que les choses soient tranchées... On comprend mieux pourquoi, alors que les professionnels expliquent le succès de la péridurale par la demande des femmes, celles-ci paraissent avoir une position beaucoup plus ambiguë, ambivalente. Cette dichotomie est créée par la configuration dans laquelle la femme est prise : pour de multiples raisons, entre autres juridiques, les professionnels ont besoin que la femme exprime clairement ses désirs, et tout est fait pour que l'action puisse lui être attribuée en bout de course. En revanche, si l'on se place du côté des femmes et que l'on regarde attentivement les récits qu'elles font de leur accouchement, on constate que la décision se prend plus qu'elle n'est prise, ou plus précisément, que les récits opèrent une distribution des causes et des effets sur « l'environnement » de la femme qui vide en partie de son contenu l'idée de décision : à la place du sujet autonome, en mesure de faire un choix éclairé, nous nous retrouvons devant un champ de forces, certaines aléatoires, d'autres plus prévisibles, champ que les professionnels cherchent généralement à projeter sur une résultante qui prendrait son origine chez la parturiente.

Des choses qui suivent leur cours

Les trajectoires des femmes telles qu'elles les décrivent sont donc loin d'être rectilignes : il est frappant de constater que, dans notre échantillon qui n'a aucune prétention en matière de représentativité, une majorité des femmes disent qu'elles n'ont pas connu ce vers quoi tendait leur préférence au départ. Plus d'un quart des femmes ont par exemple eu une péridurale alors qu'*a priori* elles voulaient plutôt s'en passer ; un cinquième d'entre celles qui la souhaitaient n'ont pu en bénéficier. Une part, non négligeable, de ces femmes est d'ailleurs plutôt satisfaite de la manière dont

⁹ Souligné par nous.

les choses se sont passées, même si cela ne correspondait pas à leurs attentes. Comme nous l'avons souligné, beaucoup de femmes se maintiennent longtemps dans l'indétermination ; en conséquence elles ne cherchent pas à verrouiller le scénario possible de leur accouchement, ce qui permet de comprendre à la fois que ce qu'elles avaient plus ou moins anticipé ne se produise pas et que certaines puissent l'accepter sans trop rechigner. Dans cette perspective, les récits prennent un peu l'allure de récits de voyage où sont décrites les principales étapes et bifurcations, les transformations du paysage, les éventuelles surprises par rapport aux attentes, et la manière dont la personne embarquée dans le voyage se transforme elle-même, et regardant en arrière recompose une image de ce qu'elle était à l'embarquement, image souvent plus nettement dessinée a posteriori qu'elle n'apparaissait a priori. Dans un certain nombre de récits, l'inflexion décrite dans la trajectoire est attribuée à un ou plusieurs éléments « externes », objectivés : nous nous pencherons ici sur cette catégorie de récits et nous nous intéresserons d'une part, à la nature des éléments mis en cause et d'autre part, au rôle que jouent ces éléments dans la construction du récit et de sa « morale ».

Une absente très présente

Parmi les éléments cités comme ayant été déterminants dans la trajectoire suivie, il en est qui tiennent à l'organisation du travail dans l'établissement : l'anesthésiste peut ne pas être de garde vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et même s'il est en principe disponible, il peut être occupé à traiter une urgence au moment où on le fait appeler pour la pose d'une péridurale. Pour un certain nombre de femmes, son absence peut être ressentie comme une contrainte regrettable voire insupportable, mais elle peut aussi être une quasi-ressource pour d'autres :

La péridurale, c'était clair, j'en voulais pas. Je dis pour le premier, il faut savoir ce que c'est ; et j'en ai pas eu parce que de toute façon, j'ai accouché la nuit... (Béatrice)

Autrement dit, la question ne pouvait pas se poser et cela lui évitait d'avoir à revenir sur ce qu'elle considérait comme son souhait : la nuit est en quelque sorte un co-déterminant dans la trajectoire assez rectiligne de cette femme. Dans d'autres cas, la non-disponibilité de l'anesthésiste constitue un élément central dans le vécu même de l'accouchement : le récit de l'accouchement devient en partie l'histoire d'une volonté contrariée et des difficultés qui en découlent.

Brigitte arrive à l'hôpital pour accoucher de son troisième enfant, mais elle est dans la même situation d'incertitude qu'une primipare, car les deux premiers enfants sont des jumelles nées par césarienne « à froid »¹⁰ : elle n'a donc aucune expérience de ce que peut être un accouchement normal. Elle s'est informée sur la péridurale, a rempli la fiche de renseignements demandée :

On voulait simplement l'envisager parce que j'allais vers l'inconnu. Le papa disait : « La péridurale ça existe, je pense que ça ne coûte rien de la prévoir si jamais tu souffres trop ».

Elle est cependant prévenue que le samedi, le dimanche et les jours fériés, il n'est pas sûr qu'elle puisse en bénéficier... Le travail se déclenche un samedi : dès le départ, les contractions sont fortes, rapprochées ; elle a cependant suivi les cours de préparation et s'applique à faire les respirations telles qu'elles lui ont été enseignées, mais au bout de deux heures, elle « perd les pédales » dit-elle :

La première sage-femme, qui est venue me voir, je lui ai dit : « Je veux une péridurale tout de suite¹¹ ». C'est là que j'ai vu que ce ne serait pas simple, parce que l'anesthésiste n'était pas disponible. Elle m'a proposé de rester avec moi pour me remettre sur les rails au niveau de la respiration. Avec Franck, on était mal tous les deux parce qu'il ne savait plus trop quoi faire. On avait bien répété à la maison les respirations mais lui n'avait pas suivi les cours de préparation. Ensuite, on est venu me dire que le monitoring n'était pas mal mais que le bébé avait un petit problème cardiaque. Je n'étais déjà pas très bien et ça n'a pas arrangé les choses. Le gynéco est venu nous voir en disant qu'il faudrait surveiller ça après la naissance du bébé. On n'était pas très rassuré, moi je souffrais, je réclamais toujours ma péridurale¹².

¹⁰ I. e. avant tout démarrage naturel du travail.

¹¹ Souligné par nous.

¹² Souligné par nous.

Et les sages-femmes débordées n'ont guère le temps de poursuivre le travail entamé précédemment. Sept heures après son arrivée à la maternité, la poche des eaux se rompt, elle est mise en salle de travail :

Là, ça a été l'horreur. Une fois que la poche des eaux a été percée, les contractions étaient encore plus fortes. Je souffrais tellement... Je hurlais au secours. On venait me dire : « Ne vous inquiétez pas, on va chercher l'anesthésiste, vous allez avoir votre péridurale ». À 19 heures, j'y croyais toujours. À 20 heures, j'y croyais toujours.

Tout le récit est tendu par cette attente d'une péridurale qui ne vient pas, seul recours possible dans la situation de solitude et d'impuissance qui est celle du couple. Impuissance de la femme qui n'arrive pas à respirer, qui ne peut rien faire pour son bébé éventuellement malade, qui ne peut obtenir la péridurale qu'elle a demandé, impuissance de l'homme qui se retrouve incapable d'aider sa compagne. Le récit, que nous avons écourté, est assez dur... et pourtant, les conclusions qu'en tire Brigitte sont beaucoup moins tranchées que ne le laisserait supposer le récit de sa souffrance : le couple a vite renoncé à écrire une lettre incendiaire au directeur de l'hôpital et Brigitte elle-même, qui trouve « *qu'il faut mettre en œuvre des moyens pour qu'on ait la possibilité de choisir de ne pas souffrir pour mettre son enfant au monde* », ne semble pas garder un mauvais souvenir de ce moment :

J'ai eu deux naissances très différentes à tout point de vue. J'ai connu ce que c'était que de mettre un enfant au monde. C'est pour ça que je suis comblée.

Sur cet exemple, nous voyons que lorsqu'il y a en principe la possibilité d'un choix laissé à la femme, la péridurale, qu'elle soit présente ou absente, souhaitée ou refusée, structure fortement les expériences des femmes. Aux Pays-Bas, où il n'est pas possible de bénéficier d'une péridurale hors d'une indication médicale – ce qui se traduit par des taux de péridurale de quelques pour cents –, les récits que font les femmes de leur accouchement sont de ce point de vue très différents (Akrich, Pasveer 1996). Ils laissent en particulier une grande place à la description de toutes les petites techniques utilisées par les femmes pour « ne pas perdre les pédales » et au rôle de l'entourage, sage-femme, compagnon, dans le soutien de la femme.

Le déroulement de l'accouchement lui-même est un autre élément important dans la détermination de la trajectoire : certains accouchements trop rapides ne laissent pas le temps de poser la péridurale que celle-ci soit ou non souhaitée ; pour les femmes qui ne se sentent pas complètement débordées, cette absence n'est pas mal vécue dans la mesure où elle est compensée par la faible durée de l'accouchement. Certaines, en revanche, peuvent être bouleversées par la soudaineté de l'événement et dans certains cas, l'absence de péridurale devient un point de fixation, quel que soit le niveau de douleur éprouvé. Pour Sonia, le démarrage de l'accouchement s'est fait subrepticement. Toute la journée, elle a un peu mal au ventre, mais rien qui l'alerte : « *Pour moi, ce n'était rien* ». Sur l'insistance de son mari « *Tu ne crois pas que tu es en train d'accoucher ?* », elle se décide à partir pour l'hôpital.

Il était temps que j'arrive, une demi-heure après, j'avais mon bébé. J'espère que pour le prochain ça ne se passera pas comme ça parce que là c'était pris en précipitation et je ne m'y attendais pas. Moi, je n'étais pas prête, aussi bien physiquement que moralement, car moi je ne le sentais pas. Quand je suis arrivée là-bas et qu'on m'a dit : vous allez accoucher tout de suite, là ça m'a foutu un coup. Il paraît que je tremblais comme une feuille, je n'étais pas prête à accoucher. Ça s'est fait très vite mais j'avais demandé la péridurale. Et je n'ai pas eu le temps de l'avoir.(...)

Tout s'est mal passé, ça a été vite fait, mais ce n'est pas pour ça que je n'ai pas souffert. Le deuxième, il y aura une péridurale.

Dans les différents exemples que nous avons donnés, les éléments qui permettent de rendre compte de la trajectoire suivie sont très objectivés, les personnes sont peu mises en cause et surtout les femmes elles-mêmes ne sont pas impliquées dans la construction de cette trajectoire, elles la subissent, y résistent et cette résistance même les définit comme des entités relativement stables. La péridurale, qui se donne à voir comme l'horizon vers lequel elles tendent tout au long du récit, permet de maintenir leur identité, leur intégrité que la peur, l'impuissance, la panique, la solitude menacent de dissoudre.

Produire de la détermination

Des accouchements plus lents à démarrer incitent le personnel médical à faire certains gestes, plus ou moins acceptés par les femmes à ce moment-là, auxquels elles attribuent ensuite le fait d'avoir

demandé la péridurale alors qu'elles ne la désiraient pas toujours au départ. Le déclenchement est un de ces gestes les plus fréquemment réalisés : crainte d'un accouchement difficile en raison d'une disproportion entre l'enfant et le bassin de sa mère, retard par rapport au terme prévu, faux démarrage du travail, pathologie de la mère pouvant avoir des conséquences graves telles l'hypertension ou la baisse du taux de plaquettes dans le sang, souhait du praticien d'être là au moment de l'accouchement ou souhait de la femme de pouvoir compter sur sa présence... ce ne sont pas les raisons qui manquent de recourir au déclenchement.

Amélie, précédemment citée, qui ne souhaitait pas de péridurale après une opération du genou, subit pendant deux jours un faux travail inefficace et douloureux ; hospitalisée, elle commence à perdre patience :

Le dimanche matin, le médecin est venu me voir et il m'a dit : « Est-ce que vous voulez qu'on tente un déclenchement d'accouchement avec un gel ? ». En fait, j'en avais marre, je n'en pouvais plus, ça faisait déjà deux jours que j'étais à l'hôpital, j'étais stressée. J'ai dit : « oui, je veux bien, mais on essaye une fois, pas cinquante, parce que l'acharnement thérapeutique ce n'est pas trop mon truc ». Il m'a dit : « On essaye, si ça ne fait rien vous rentrez chez vous et vous reviendrez quand ce sera le moment ». Ils m'ont mis le gel le matin vers neuf heures, ils m'ont descendue. Donc, j'avais préparé toutes mes affaires pour rentrer chez moi, mais à cinq heures, je ne disais plus la même chose, j'étais pliée en deux et là j'ai eu des contractions... Là, ça part très fort quand on vous le déclenche. Comme j'étais plutôt contre la péridurale, ils m'ont mise à un genre de morphinique. Et j'ai fait une réaction : je leur racontais n'importe quoi ; quand elles m'ont descendue en salle de travail, l'anesthésiste est arrivée et leur a demandé ce qu'elles m'avaient donné, parce que j'avais un œil qui partait en haut, l'autre qui partait de travers. Elle a dit : « Non ce n'est pas possible, elle ne pourra jamais pousser dans des conditions pareilles » et elle m'a dit : « Est-ce que vous voulez une péridurale », et j'ai dit : « Oui », parce que je ne me voyais pas sans.. C'est vrai que c'est l'idéal d'accoucher dans des conditions comme ça. (Amélie)

Du déclenchement au dérivé de morphine à la péridurale, le chemin est un peu sinueux : Amélie a accepté mollement le déclenchement, plus exactement, elle a accepté que l'on force très légèrement le destin et s'en est remise à son propre corps – il s'agit presque d'une non-décision – et la voilà embarquée dans une histoire complètement différente de celle qu'elle avait imaginée, dans laquelle son degré d'initiative et de contrôle sur les événements est faible, mais sa satisfaction finale plutôt élevée. La trajectoire inverse, c'est-à-dire d'une femme très décidée à avoir la péridurale, ne l'ayant pas et étant satisfaite, est tout aussi possible : Florence a eu un premier enfant dans des conditions très médicalisées – déclenchement, péridurale posée très tôt, ventouse, épisiotomie – conditions qu'elle qualifie d'extrêmement confortables au moment de l'accouchement, un peu moins après, en raison de l'épisiotomie. Pour son deuxième enfant, elle voulait reproduire cette expérience, mais ayant déménagé, elle s'est retrouvée dans une région plus rurale et l'hôpital de la petite ville voisine ne dispose pas d'un anesthésiste en permanence. Situation qui l'inquiète énormément : « *Je tenais beaucoup à cette péridurale et ça a été l'angoisse parce qu'à un moment je me suis dit c'est pas possible, j'arriverai pas à accoucher sans péridurale* ». Pour parer à cette éventualité, elle « révisé » les respirations avec une sage-femme lors d'une visite de contrôle. Quelques jours après, l'accouchement se déclenche spontanément :

En arrivant, j'avais mal, j'avais des contractions, j'ai vu une des sages femmes qui m'a mise en confiance, qui m'a préparée tout ça et puis je lui dis : « Je veux la péridurale, est-ce que l'anesthésiste est là ? » Elle me dit : « Oui il est là, c'est un anesthésiste remplaçant pour le week-end, mais je vais voir si je peux l'appeler ». Moi je disais : « Oui, moi je vais l'appeler, et puis après elle m'a dit, il est au service en dessus, en dessous, je sais plus, j'ai dit à mon mari : va le chercher ! ». Et puis il est arrivé tout de suite il m'a posé la péridurale et là j'ai eu hyper mal. Je ne sais pas qu'est ce qui s'est passé, ça m'a fait hurler de douleur au moment où il me l'a faite et ensuite ça n'a pas atténué du tout la douleur des contractions donc j'ai accouché sans. Après, c'est allé tellement vite en fait, quand on a vu qu'elle ne marchait pas... Il me dit : « Bon, je vous repique, là. J'ai dit non, j'étais à 9 cm, j'ai dit non non ! » C'est ce qui m'a permis d'accoucher normalement. Là, c'était un vrai accouchement. (Florence)

De la même manière que précédemment, c'est *in extremis* qu'un élément non prévu, un geste un peu raté, infléchit la trajectoire dans une direction inattendue, *a priori* non voulue et pourtant finalement bienvenue. Florence reconsidère, après cette expérience, sa position : elle est heureuse d'avoir fait, à son corps défendant, cette expérience et dans l'hypothèse d'un troisième enfant, préférerait se passer de la péridurale, maintenant qu'elle est rassurée sur sa capacité à mener à bien un accouchement « normal ».

La rupture de la poche des eaux est un autre geste très fréquent, supposé accélérer un accouchement lent à démarrer. Une fois le liquide amniotique écoulé, la tête du bébé appuie à chaque contraction sur le col de l'utérus, ce qui a pour effet de le faire s'ouvrir plus rapidement. Mais en même temps que les contractions sont plus efficaces, elles sont aussi plus douloureuses. Un certain nombre de femmes sont *a posteriori* critiques vis-à-vis de cette pratique et lui imputent le fait d'avoir demandé une péridurale, « contre » leur volonté .

Par rapport à un modèle dans lequel la femme se trouve face à un choix ouvert dont elle est seule maîtresse, les récits dont nous disposons produisent un contraste certain : au lieu d'un seul sillage dont le tracé épouserait la volonté souveraine de la femme, nous le voyons se mélanger, se fondre dans les sillages dessinés par l'organisation, par les pratiques médicales usuelles, par l'accouchement lui-même, au point qu'en bout de course, rares parmi ces récits sont ceux qui font jouer à la détermination de la femme un rôle primordial. En revanche, ils produisent de la détermination *a priori* et *a posteriori* : le récit réordonne une série d'éléments disparates qui tiennent autant à la manière dont la femme se définit dans son environnement propre, sa place dans la famille, son histoire médicale, l'équilibre du couple, son positionnement en tant que « femme », etc., qu'à la série de contingences particulières dans laquelle elle a été prise tout au long de la grossesse et de l'accouchement. Comme nous l'avons vu, la péridurale peut être un élément d'articulation assez central dans ce récit, qu'elle soit d'ailleurs absente ou présente. Par ailleurs, l'évaluation faite *a posteriori* par la femme de ce qui s'est passé, de ce par quoi elle a été agie, de ce en quoi cette expérience a transformé ses opinions la conduit à expliciter ce qui serait un choix possible pour d'éventuels autres accouchements.

Cette détermination peut être exactement dans le prolongement de ce qu'elle a vécu, soit parce qu'elle est pleinement convaincue qu'il n'y avait pas de meilleure possibilité, soit parce qu'elle ne voit pas ce qu'elle pourrait opposer aux courants forts, produits par l'organisation des soins. Albertine, par exemple, qui ne souhaitait pas particulièrement de péridurale, l'a finalement demandée après que la poche eut été rompue ; comme Dominique, elle attribue un certain nombre de difficultés – rallongement du temps de l'accouchement, impossibilité de pousser, insensibilité de la jambe, utilisation des forceps et épisiotomie – à ces deux gestes enchaînés. Mais à la question de savoir ce qu'elle fera la fois prochaine, elle répond : « *Je recommencerai pareil, j'attendrai et je verrai si je peux m'en passer* », car, étant donné ce qu'elle considère être comme des protocoles incontournables, elle n'imagine pas ce qui pourrait infléchir différemment sa trajectoire, en dehors du hasard d'un accouchement facile et rapide. À l'inverse, l'expérience vécue peut conduire la femme à se placer en opposition par rapport à ce qui s'est passé : partant d'une analyse qui, telle que nous l'avons décrite, imbrique les différents éléments, la femme va du coup réfléchir à la manière dont les différentes microdécisions prises à divers moments – choix de la maternité, du praticien, du cours de préparation, refus ou acceptation de certains gestes – ont engagé sa trajectoire afin d'essayer de mieux la contrôler la fois suivante.

Les voix de la décision

Dans la partie précédente, nous avons essentiellement envisagé des cas dans lesquels la trajectoire suivie est imputée à une « force majeure », considérée comme quasi imprévisible et irrésistible au moins au moment où elle intervient ; il n'y a donc pratiquement pas de moments dans lesquels la femme se décrit dans une situation de choix non contraint. Dans la suite, nous allons envisager des récits qui déploient une situation plus ouverte. Le scénario décrit au départ suppose que la femme qui est la première concernée soit celle qui décide. « *Vous devez décider* » dit la sage-femme. Les femmes elles-mêmes acceptent *a priori* cette répartition des rôles, certaines insistent même sur le fait qu'en conformité avec ce scénario, leur compagnon considère n'avoir pas à intervenir sur ce choix. Mais là encore, ce qui est décrit à froid, avant l'accouchement, peut différer sensiblement de ce que le récit de l'accouchement donne à voir.

Une fois en situation, l'incertitude ou l'indécision n'est pas forcément levée et certaines femmes s'en remettent au personnel médical pour prendre la décision ou tout du moins l'invitent à y participer. Prenons par exemple le cas de Charlotte :

Je voulais pas spécialement la péridurale, je faisais pas une fixation dessus. Je me suis dit : « s'il me la faut, je la prendrais... je vais y aller la plus détendue possible ».

Le travail dure toute la nuit, dans un hôpital qui ne dispose pas d'anesthésiste en permanence et quand elle est amenée en salle de naissance au petit matin :

J'ai demandé à la sage-femme : « est-ce que je vais avoir... ». Les douleurs étaient quand même plus importantes. Mais elle m'a dit : « C'est plus la peine » puisque mon col était déjà à huit centimètres. Elle m'a juste proposé le gaz là, j'en ai pris un petit peu, c'était bien (rires), et puis voilà...¹³

Quand elle décrit l'avant-accouchement, elle se positionne comme actrice, l'évaluation de la situation et la décision lui appartient ; en revanche, pendant l'accouchement, elle remet la décision aux mains de la sage-femme. Si elle pose la question, on peut faire l'hypothèse qu'elle y songerait bien, mais elle semble considérer que la sage-femme est mieux placée qu'elle pour en jauger le caractère opportun. Même Annie qui était a priori disposée à avoir une péridurale attend que la sage-femme pose la question et la contraigne à formuler explicitement une demande précise :

Au bout d'un moment, j'ai dit à mon mari : « je ne supporte plus, là. J'ai dit à la sage-femme, non c'est la sage-femme qui m'a demandé : « ous avez envisagé la péridurale, quelque chose ? » Je lui ai dit oui ; elle m'a demandé : « Vous la voulez quand ? » Je lui ai dit que si on pouvait la faire maintenant, ce ne serait pas mal.¹⁴ (Annie)

Cette attitude est probablement liée au cadrage habituel des relations entre personnel médical et patients et à l'autorité dont les seconds dotent les premiers. Même si l'accouchement n'est pas à proprement parler un événement médical, la réalisation de certains gestes ne peut se faire que sous le contrôle des médecins et des sages-femmes qui sont en position de juge ultime de ce qu'il convient de faire ; ils sont de fait investis par les parents d'une autorité qui s'accompagne d'une double attribution de compétence et de responsabilité.

Sans doute aussi, la tension morale évoquée plus haut est un des éléments permettant de comprendre cette attitude : comme le dit une femme, « il faut faire face » dans cette circonstance et celle qui a l'impression de ne pas avoir fait face en est mortifiée.

Attendre que la sage-femme propose, c'est aussi attendre que l'autre ait reconnu comme réelle la douleur et comme légitime la demande d'un analgésique. Renée a trois enfants, le premier qui a douze ans est né sans péridurale dans un petit hôpital, le second âgé de trois ans est né dans le même hôpital par césarienne en raison d'une présentation par le siège, pour le troisième, ayant déménagé, elle a accouché dans un hôpital plus important :

... Déclenché, ça s'est bien enclenché (rires) le travail s'est fait, j'ai eu une péridurale, très bien, très bien. Elle a bien fait son boulot.

– C'est vous qui l'avez demandé la péridurale ?

J'y avais pas pensé, elle est venue me dire : « Est-ce que vous voulez une péridurale ». J'dis : « Oui, tiens ! ». C'était très bien, ils ont fait l'installation, parce que pour mon second, je l'avais demandé pour la césarienne, lui je préférerais voir l'accouchement mais ça n'a pas marché. (Renée)

Elle attribue entièrement à la sage-femme la mise en forme de la demande ; pourtant, elle connaît parfaitement l'existence de la péridurale, mais elle ne peut imaginer d'en décider seule de l'usage, il faut qu'elle soit installée par d'autres comme demandeuse légitime pour pouvoir en exprimer le désir.

Au-delà de ces exemples dans lesquels la femme abandonne volontairement sa capacité d'initiative ou de décision au personnel médical, il arrive que, dans le cours même de l'accouchement, elle soit traversée par des volontés autres au point qu'il soit impossible de lui attribuer la demande de manière univoque. Dans les cas les plus simples, c'est le compagnon qui va faire entendre sa voix à laquelle se joint celle de sa compagne. Martine a déjà eu trois enfants, nés sans complications ni péridurale, lorsqu'elle rencontre Pierre de qui elle a deux autres enfants. Ses trois expériences précédentes l'inviteraient à continuer de la sorte, c'est-à-dire à accoucher sans péridurale, mais lors du quatrième accouchement :

¹³ Souligné par nous.

¹⁴ Souligné par nous.

Ça me faisait un peu peur, moi. J'avais un peu peur de ne pas savoir à quel moment il fallait sortir le bébé ; mais mon mari a demandé, donc j'ai suivi ; c'est vrai que c'est agréable quand même. J'ai dit : on va essayer¹⁵ pour voir et puis en fin de compte j'étais pas déçue du tout.

Au bébé suivant :

Mon mari a recommencé, il a redemandé « Vous lui faites pas une péridurale ? ». Il l'a demandé plusieurs fois et elle lui a dit : « Le temps que l'anesthésiste vienne et qu'elle lui injecte le produit, je pense que le bébé sera là », effectivement... Et puis, c'était bien comme ça.

Dans d'autres cas, l'intervention du père se fait au nom de ce qu'il pense être le désir de la mère :

Je ne voulais pas souffrir, j'avais décidé que je ne voulais pas souffrir... Je voulais absolument la péridurale. Mais pour une série de circonstances, on m'a dit que pour un premier bébé, ça s'était passé très vite – je suis arrivée vers neuf heures et mon fils est né vers une heure du matin – je n'ai pas eu la péridurale tout de suite. J'ai beaucoup souffert, j'ai trouvé ça horrible... Quand la sage-femme est revenue dans la soirée, elle a dit que ce n'était peut-être plus la peine de faire la péridurale, que le bébé allait naître ; j'étais presque décidée à m'en passer, mais mon mari est intervenu en disant : « Ma femme est influençable, mais elle voulait beaucoup la péridurale au départ, il faut la lui faire ». L'anesthésiste est arrivé, il a été odieux, j'ai vraiment eu l'impression qu'il considérait que je pouvais m'en passer. J'ai eu l'impression de ne rien contrôler du tout, c'était la panique. Ce qui n'est pas évident, c'est le fait qu'il y a tellement de volontés contradictoires, la sage-femme, le médecin, l'anesthésiste... (Yolande)

Le mari est ici le gardien de sa femme ; par son intervention, en se positionnant en porte-parole de sa femme telle qu'elle était avant l'accouchement, il contraint la trajectoire, il empêche que se noue quelque chose entre sa femme et la sage-femme, que sa femme soit transformée par cette relation. Il croit dans l'autonomie de la personne, dans le fait que la personne se définit par son désir, sa volonté, et il pense sans doute que la relation en train de s'établir avec la sage-femme est une relation d'aliénation. Mais sa femme décrit sa situation comme une situation de dépendance, dans laquelle le fait d'imposer aux autres une volonté contraire à la leur se paie d'une forme de souffrance. Comme le dit une autre femme, « on ne peut pas accoucher contre la sage-femme ». C'est aussi ce qu'expérimente Flavia : elle a suivi, au sein de la maternité dans laquelle elle a prévu d'accoucher, des cours de préparation avec une sage-femme qui considère que pour pouvoir vivre pleinement son accouchement, une femme doit se passer de la péridurale. Avant la naissance, Flavia est donc imprégnée de cette vision des choses, d'où sa déception à l'heure de l'accouchement :

Par contre, ce que je n'ai pas aimé, c'est l'histoire de la péridurale. Je suis peut-être injuste, je l'ai voulue. Mais j'avais pas décidé. Je suis arrivée le soir, j'avais perdu les eaux le matin. ça a démarré vers 11 h 1/2. J'ai tenu jusqu'à 5 heures sans péridurale. Quatre ou cinq fois, la sage-femme de garde m'a demandé, je lui ai dit « Je ne sais pas... ». À la fin, j'ai décidé de la prendre – peut-être que c'est une justification que je me donne quand je dis que je me suis sentie un peu poussée – je commençais à crier, et je me suis dit : « Je refuse le remède comme si... ». Au début, j'étais contente, je me suis sentie soulagée. Par contre, après, pendant une semaine ou dix jours, j'y pensais : l'expulsion je n'ai rien senti, je n'ai pas poussé comme il fallait, il a fallu les forceps. Je me sentais coupable par rapport à l'enfant pour ne pas avoir vécu cette chose. (Flavia)

Pendant l'accouchement, deux voix parlent en elle, celle de la sage-femme de la préparation et celle de la sage-femme de garde : par son questionnement répété, la seconde la projette dans un univers complètement différent où le fait d'exprimer une douleur devient incongru, même inconvenant dans la mesure où existe le moyen de supprimer cette douleur. D'où l'espèce de schizophrénie¹⁶ dont l'expression « je l'ai voulu, mais je n'avais pas décidé » rend compte. Dans le cas de Flavia, l'incertitude qui est la sienne sur « ce qui décide » perdure après l'accouchement : l'attribution de la demande faite à la sage-femme n'est-elle pas une manière de maintenir une certaine image de soi ? se demande-t-elle. Autrement dit, qui est le bon porte-parole de Flavia, l'une ou l'autre des sages-femmes ? À l'issue de ce premier accouchement, elle stabilise une interprétation qui suppose une répartition des rôles. Mais après cet entretien mené alors qu'elle est enceinte à nouveau, elle accouche de son deuxième enfant et un deuxième entretien lui permet de revenir sur ce qu'elle a dit précédemment :

¹⁵ Souligné par nous.

¹⁶ Présente aussi dans d'autres expressions comme « j'ai craqué » qui est souvent utilisée dans les récits.

Finale­ment, ça s'est passé presque pareil que la dernière fois, mais c'était mieux cette fois-ci. J'ai compris que c'était des histoires dans ma tête. J'avais dit que je m'étais sentie un peu poussée à prendre la péridurale. J'ai changé d'opinion, j'ai compris que ce n'était pas ça : j'ai compris que moi, j'ai culpabilisé de vouloir la péridurale ; je me donnais des excuses. J'ai assumé cette fois-ci. Et de toutes manières, c'est vrai que ça s'est un peu mieux passé parce que, pour l'expulsion, je l'ai sentie un peu plus. Parce que c'était ça qui m'avait gênée la dernière fois, parce que je n'avais pas participé. C'est aussi l'attitude de la sage-femme, parce qu'elle m'a bien encouragée celle-ci ; elle m'a dit : « C'est bien ce que vous faites, c'est bien ce que vous faites », donc vraiment ça m'a enlevé ce sentiment de culpabilité. [...] Je m'étais sentie un peu poussée, ce qui était peut-être un peu vrai de toute manière parce que ce que j'avais dit la première fois était un peu vrai aussi, il y avait un peu un sentiment de honte de ne pas la demander et de crier en même temps. Donc quand même, ils poussent un petit peu. C'était un choix, mon choix, même s'ils m'ont poussé un peu, c'était mon choix. Il y avait aussi la préparation, parce que j'avais fait la sophrologie et la sage-femme de la préparation était plutôt contre... Je ne sais pas si elle a essayé de m'influencer, mais comme il se passait des choses fortes, même avec les autres, on discutait beaucoup, on racontait souvent nos expériences personnelles, qui allaient parfois un peu au-delà du prétexte de l'accouchement. (Flavia)

L'interprétation première ne résiste pas à l'épreuve du second accouchement et une nouvelle Flavia se recompose in fine avec une nouvelle histoire qui met en avant la circulation des affects lors des cours de préparation, la construction d'une identité collective du groupe, le conflit qui en résulte lors du premier accouchement et l'attribution de la décision sur la sage-femme pour préserver cette identité. Il ne s'agit pas de dire que cette Flavia est plus « vraie » que l'autre au sens où le second accouchement lui aurait permis de découvrir quelque chose qui était déjà-là mais caché ; on peut imaginer qu'un deuxième accouchement un peu plus facile, ou une sage-femme très disponible aurait pu conduire Flavia à une autre interprétation plus conforme à la première interprétation qu'elle avait donnée. C'est plutôt que l'identité de Flavia se construit et se reconstruit dans une série d'épreuves qui débouchent sur l'attribution de propriétés, d'actions, de volontés aux différents éléments en jeu dans l'épreuve, elle-même, mais aussi la sage-femme, les instruments, la péridurale etc.

Nous voyons donc à quel point partir d'une vision dans laquelle la question de la péridurale se pose en termes de choix est réducteur. Dans cet exemple, ce n'est qu'*a posteriori* que l'expérience peut être retraduite de la sorte. Ceci étant, on peut s'étonner ou s'inquiéter de ce que tant de récits, au lieu de la liberté et de l'autonomie promises par la loi qui autorise le remboursement la péridurale sur demande de la femme, déploient de la contrainte, de l'influence, de l'autorité. Quelles conclusions en tirer ? Est-ce à dire que les femmes doivent encore et surtout batailler contre elles-mêmes et contre les autres pour être capables de prendre en main leur destinée ? Notre interprétation est différente : la manière dont le choix est posé produit une définition de la situation d'accouchement qui fait l'impasse sur l'interdépendance forte existant entre les différents acteurs impliqués et sur la forme même de cette interdépendance.

Choisir ses chaînes

Certes, il existe des cas dans lesquels la femme se décrit comme ayant décidé d'avoir une péridurale, ayant exprimé cette demande, et reçu satisfaction pour son plus grand bonheur. Cette situation concerne environ 20 % des femmes que nous avons interrogées, sur un échantillon qui n'a aucun caractère représentatif. La situation inverse, c'est-à-dire de femmes souhaitant ne pas avoir de péridurale et ayant pu réaliser ce souhait, est moins fréquente : le fait d'y parvenir repose souvent soit sur une contrainte externe – l'accouchement de nuit dans un hôpital sans présence permanente d'anesthésiste en maternité –, soit sur une préparation personnelle de la femme. Il y a donc une asymétrie dans les choix possibles, asymétrie qui tient aux formes d'organisation aujourd'hui en cours dans les hôpitaux et aux pratiques médicales : les sages-femmes sont moins disponibles qu'elles ne l'étaient, leur profession s'est redéfinie autour d'une technicité toujours accrue, les formes d'intervention et de contraintes exercées sur le corps des femmes sont toujours plus nombreuses et leur laissent peu de ressources pour « gérer » leur accouchement. Mais au-delà de ces différents facteurs, nous voudrions montrer ici, par l'exemple de Gabrielle, ce que la construction de la situation comme situation de choix peut avoir de pervers. Gabrielle préférerait une naissance où la médicalisation serait assez discrète et lui permettrait en tout cas de sentir ce qui se passe, d'être actrice de ce processus, d'où *a priori* une certaine réticence à l'égard de la péridurale. L'accouchement démarre ; pendant

plusieurs heures, elle arpente les couloirs de la maternité en soufflant bruyamment afin de garder son contrôle et de ne pas se laisser déborder par la douleur :

Et donc au bout de six heures, la sage-femme m'a dit : il reste autant de temps c'est ouvert à moitié, au début ça allait très très vite, ça se dilatait assez rapidement puis après ça a un peu traîné et quand elle m'a dit ça, je me suis dit : « Je ne tiendrai jamais le coup, il me reste encore six heures, je ne tiendrai jamais le coup », parce que là, j'avais vraiment super mal et les contractions étaient très très rapprochées, c'était toutes les deux minutes, elles étaient fortes, donc là c'était le gros dilemme, est ce que je demande la péridurale ou pas ? J'en ai discuté avec elle, avec la sage femme, elle a eu une attitude très chouette, elle m'a expliqué le pour et le contre, elle n'a pas essayé de me forcer la main, surtout elle a essayé de voir moi où j'en étais psychologiquement, qu'est ce que j'appréhendais dans la péridurale, qu'est ce qui me faisait peur et si je pouvais supporter, donc après, après discussion, j'ai opté pour la péridurale. Et puis, après la péridurale, j'ai plus rien senti du tout rien, mais alors plus rien, rien de rien, justement ; elle m'avait dit : « Mais si, vous sentirez... », parce que, moi je lui avais dit que ce que je veux c'est sentir quand même que je suis en train d'accoucher ; pour moi c'était important parce que... et ça a été tout le contraire, j'ai rien senti... et finalement j'étais mécontente, parce que ce que je craignais s'est produit.
(Gabrielle)

Nous voilà donc devant une scène parfaite du point de vue d'un modèle dans lequel l'usager (e) est censé prendre des décisions de manière autonome. On l'informe du déroulement prévisible du processus, on discute avec elle des différentes options et on l'amène à prendre une décision... Mais aussitôt prise, et prise dans l'angoisse, la décision s'avère désastreuse par rapport à ce qui importait pour la personne en cause. Gabrielle est rendue prisonnière du choix, des termes dans lesquels il est posé : d'un côté supporter encore six heures ce qu'elle a déjà supporté, de l'autre, prendre le risque de laisser passer ce qu'elle considère comme primordial. La première branche de l'alternative est donnée comme certaine, la seconde comme aménageable : avec un bon dosage de la péridurale, il est possible de garder des sensations. En laissant la décision entre ses mains, la sage-femme se dégage de la scène. Certes une certaine autonomie de la personne est respectée, mais la scène s'est vidée, la femme se retrouve seule avec sa douleur, à elle d'apprécier sa « force » et d'en tirer les conséquences correspondantes. En bref, la scène du choix se transforme en scène d'épreuve, publique de surcroît¹⁷. Le fait que cette possibilité de péridurale soit ouverte de façon quasi-indéfinie permet à la fois de faire durer l'épreuve, de la réactiver autant que de besoin, et de limiter l'engagement des « accompagnants », sage-femme ou obstétricien. Comme le dit une sage-femme : « *La péridurale, c'est un confort pour nous, celles qui n'en veulent pas, elles doivent se débrouiller toutes seules* ». Ce sur quoi la rhétorique du choix telle qu'elle est constamment déployée fait l'impasse, c'est sur ce positionnement des acteurs les uns vis-à-vis des autres et sur la forme particulière de leurs relations. Lorsque la femme choisit la péridurale, elle accepte de fait et permet que ces relations passent par la médiation des instruments et des médicaments, donnant à la sage-femme la possibilité d'être peu présente, d'interagir avec la femme sur un mode proche de celui de la civilité ordinaire, d'engager moins les corps sauf au moment de l'expulsion¹⁸.

La femme n'est, ni plus, ni moins autonome avec péridurale que sans péridurale. Elle est attachée d'une manière particulière à un certain nombre d'acteurs et d'objets et ces liens lui permettent de conserver une certaine forme d'autonomie : elle peut bavarder, lire, même dormir pendant que l'accouchement se déroule ; en revanche, elle est attachée à son cathéter, elle a besoin de médiations pour savoir ce qui se passe dans son propre corps, etc.

De manière analogue, la femme qui refuse la péridurale doit elle aussi s'attacher à un certain nombre d'objets ou d'acteurs. Prenons le cas de Dominique : après deux accouchements où elle a laissé faire des gestes qui l'ont entraînée dans une direction qu'elle refuse après coup (rupture de la

¹⁷ D'un certain point de vue, une grande partie des interactions qui ont lieu entre les femmes et le personnel médical autour de la péridurale peut être considérée en épreuve publique : il est demandé à la femme, par quelqu'un d'extérieur à l'univers privé, de faire un choix et de le justifier par des arguments « rationnels », déjà pour la plupart mis en forme dans des débats publics. On se retrouve dans des situations très semblables à celles analysées par Callon et Rabeharisoa (1999) et comme l'ont noté Callon et Rabeharisoa, cette « violence » du choix et de la détermination est prolongée par le sociologue qui interroge les femmes sur leurs choix et leurs déterminants.

¹⁸ Et encore... Nous avons montré ailleurs (Akrich, Pasveer 1996) que lors de l'expulsion, la médiation des instruments était centrale puisque la femme a des sensations amoindries et que c'est la sage-femme qui se fait la porte-parole de son corps via la lecture et la traduction de ce qui apparaît sur les instruments.

poche des eaux, péridurale, etc.), elle a décidé pour le troisième enfant de faire en sorte d'échapper à ces contraintes. Autrement dit, ce qui va s'éprouver dans ce troisième accouchement, c'est la justesse de son interprétation précédente, qui inclut une certaine définition d'elle-même. D'où tout un travail mené tout au long de la grossesse pour s'attacher et en même temps attacher les autres de sorte que la trajectoire suivie puisse être contrôlée. Elle choisit soigneusement sa maternité et le médecin qui la suit, elle rédige une première liste de ses *desiderata*, elle tient un journal à la fois pour elle mais aussi pour la sociologue qui rend compte de son parcours, elle présente la liste au médecin, en discute avec lui, elle se rend à la maternité pour visiter les lieux, se présenter aux sages-femmes et leur donner sa liste, elle s'inscrit dans un cours de préparation avec un professeur de yoga, une femme investie dans une approche « naturelle » de l'accouchement, elle discute avec son mari un peu réticent, « *qui ne veut pas qu'on en fasse une thèse de son accouchement* » pour le convaincre que c'est important et qu'il faut qu'il la soutienne, bref, elle fait en sorte d'être tenue par les autres et de les tenir. Chaque action est le résultat d'une analyse de toutes les contingences qui sont susceptibles d'infléchir le cours de choses, c'est aussi l'inscription d'une détermination, à la fois au sens de sa volonté exprimée et au sens de ce qui détermine. Et, *in fine*, elle réussit à mener à bien son projet.

Donc, nous voyons que ce qui pourrait être considéré comme une manifestation d'autonomie forte passe par la construction de liens, d'entraves même, qui permettent à la personne de maintenir sa trajectoire rectiligne. C'est un peu cette leçon qui est oubliée par la rhétorique du choix : on fait comme si les sujets étaient constitués d'emblée en tant que sujets autonomes, doués de volonté, et faisant preuve d'une certaine stabilité temporelle. Si un certain nombre de situations de la vie ordinaire peuvent être approximées de cette manière, l'accouchement, comme d'autres situations un peu extrêmes telles le handicap (Callon & alii, à paraître, Winance, à paraître), la maladie, etc. défait cette fausse évidence : l'autonomie, la stabilité, la volonté sont autant de propriétés ou de capacités qui nous sont données par notre environnement social et matériel. Donner un choix à quelqu'un, c'est aussi donner la possibilité de ne plus avoir collectivement le choix, c'est-à-dire de nous engager réciproquement.

Références

- Akrich Madeleine, Pasveer Bernike (1996). *Comment la naissance vient aux femmes*. Paris. les Empêcheurs de Penser en Rond.
- Callon Michel, Rabeharisoa Vololona « Articulating Bodies : The Case of Muscular Dystrophies ». In Akrich M., Berg M. (eds) *Bodies on Trial : Performances and Politics in Medicine and Biology*. Duke (à paraître).
- (1999). « La leçon d'humanité de Gino ». *Réseaux*, n° 95, p. 197-233.
- Cochoy Franck (1999). « De l'embarras du choix au conditionnement du marché. Vers une socio-économie de la décision ». *Cahiers internationaux de sociologie*, Vol. 106, juillet, p. 145-173.
- Fainzaing Sylvie (1997). « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades ». *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 15, n° 3, p. 5-22, septembre.
- Gagnon Eric (1998). « L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé ». *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 16, n° 1, p. 49-72, mars .
- Jaubert Marie-José (1979). *Les bateleurs du mal-joli. Le mythe de l'accouchement sans douleur*. Paris. Balland, 260 p.
- Morin Françoise Edmonde (1985). *Petit manuel de guerilla à l'usage des femmes enceintes*. Paris. Seuil, 216 p.
- Winance Myriam « Être lourdement handicapé et vivre en appartement HLM : un défi relevé par l'Association Française contre les Myopathies avec le projet Gâte Argent ». *Revue des Affaires Sociales* (à paraître).