



HAL
open science

Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement. Déviance et normalisation des émotions

Maud Arnal

► **To cite this version:**

Maud Arnal. Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement. Déviance et normalisation des émotions. Genre, sexualité & société, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2016, 10.4000/gss.3870 . hal-03480155

HAL Id: hal-03480155

<https://hal-cnrs.archives-ouvertes.fr/hal-03480155>

Submitted on 18 Jan 2022

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.

Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement

Déviance et normalisation des émotions

Relief the Pain of Women During Childbirth. Deviance and Normalization of the Emotions

Maud Arnal



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/gss/3870>

DOI : 10.4000/gss.3870

ISSN : 2104-3736

Éditeur

IRIS-EHESS

Ce document vous est offert par Centre national de la recherche scientifique (CNRS)



Référence électronique

Maud Arnal, « Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement », *Genre, sexualité & société* [En ligne], 16 | Automne 2016, mis en ligne le 20 décembre 2016, consulté le 18 janvier 2022. URL : <http://journals.openedition.org/gss/3870> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/gss.3870>

Ce document a été généré automatiquement le 18 janvier 2022.



Genre, sexualité et société est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement

Déviance et normalisation des émotions

Relief the Pain of Women During Childbirth. Deviance and Normalization of the Emotions

Maud Arnal

- 1 La médicalisation de l'accouchement s'amorce à la fin du XVIIIe siècle et s'achève au milieu du XXe siècle (Laget, 1982 ; Rothman, 1982 ; Charrier et Clavandier, 2015). Cette médicalisation de la naissance, particulièrement remarquable dans les pays industrialisés, a été initiée au cours des années 1760 (Gélis, 1984) par ce qu'on appellerait aujourd'hui des politiques de santé publique. Les mesures sanitaires au sein de ces politiques se concentraient principalement sur deux objectifs : la diminution de la mortalité maternelle et infantile et l'amélioration des conditions de naissance (taux de prématurité, fréquence des handicaps, etc.) (Gélis, 1988, 85-91 ; Rumeau-Rouquette, 2004, 63 ; Carricaburu, 2007, 123). Dans ce contexte, deux siècles plus tard, le développement de l'anesthésie péridurale appliquée à l'obstétrique au cours des années 1970 a contribué à une technicisation et à une amélioration des conditions de naissance à travers le soulagement des douleurs de l'accouchement (Caron-Leulliez et George, 2004, 200).
- 2 Au cours des années 1980-1990, l'anesthésie péridurale a connu un développement exponentiel en France. Le taux d'anesthésie péridurale en obstétrique est passé de 3,9 % des naissances en 1981 à 53,8 % en 1995, puis à 78 % en 2010 (Blondel et al., 2011 ; Kpea et al., 2015). Cette évolution est liée à plusieurs facteurs, notamment la demande des femmes, la disponibilité des anesthésistes, le remboursement de cette technique par la sécurité sociale dès 1994 (Akrich, 1999, 18), ainsi que les restructurations du système de santé périnatal initiées par la secrétaire d'État Marie-Madeleine Dienesch au début des années 1970 jusqu'à l'instauration du plan de périnatalité en 1994 (Puech, 2007-2008 ; Arnaud et Exertier, 2010 ; Charrier et Clavandier, 2013). Aujourd'hui en France, 99 % des femmes accouchent dans des structures hospitalières assistées par des sages-femmes et

des obstétriciens. Au sein de ces structures hospitalières, près de 80 % des femmes accouchent sous anesthésie péridurale contre 58 % au Royaume-Uni, 35 % en Italie et 61 % aux USA (Blondel et al., 2012 ; Kpea et al., 2015). Ce type de soulagement des douleurs de l'accouchement ne va pas de soi et suscite des débats animés et des critiques acerbes aussi bien auprès des professionnel-le-s – notamment des sages-femmes – qu'auprès des femmes concernées. Le soulagement massif des douleurs de l'accouchement fait aujourd'hui l'objet de critiques féministes alors qu'il était auparavant appelé de leurs vœux.

- 3 Des techniques psycho-comportementales de l'accouchement sans douleur diffusées en France en 1956 jusqu'au remboursement de la péridurale, le soulagement de la douleur a été associé à des valeurs émancipatrices pour les femmes et les féministes (Akrich et Pasveer, 1996 ; Akrich 1999). Les tournants historiques, tels que les conditions d'accès aux techniques anesthésiques dans le domaine de l'obstétrique sont soumises à une réticence initiale de la part des médecins qui redoutent leur usage en raison des potentiels risques de décès maternels et fœtaux. En dépit des risques mortels de l'anesthésie, les femmes revendiquent l'accès généralisé à ces nouveaux moyens, pour anesthésier les douleurs de l'accouchement. Ces pressions sont relayées et soutenues par des associations de femmes (anglaises et américaines), comme la *National Twilight Sleep Association* créée en 1915 aux États-Unis (Harper, 2011), qui militent activement pour le développement et la diffusion de ces techniques auprès des femmes. Comme le souligne Marie-France Morel, l'histoire anglo-saxonne de l'anesthésie des douleurs de l'accouchement révèle une double demande : celle des femmes qui - au tournant de la fin du dix-neuvième siècle et au début du vingtième - revendiquent à la fois le droit de vote et le droit d'annihiler les douleurs de l'accouchement (Morel, 2008).
- 4 Les travaux d'Yvonne Knibiehler dressent l'historique des modifications des techniques dans le domaine périnatal depuis les années 1950 en soulevant les principaux enjeux sociaux de l'accouchement sans douleur (Knibiehler, 2007, 115-119). Afin d'extraire les corps des femmes aux injonctions coercitives (religieuses ou biologiques) d'un enfantement nécessairement *par* la douleur (Morel, 2002), le médecin britannique, Grantly-Dick Read (1890-1959), sensible aux revendications féministes, élabore une technique de « préparation mentale et physique » pour les femmes. Cette technique consiste à briser « le cercle vicieux de la peur » (Caron-Leulliez et George, 2004) ; son objectif est de redonner aux femmes la confiance en leur capacité à accoucher. Selon cette approche, les douleurs de l'accouchement auraient une composante principalement - voire essentiellement - culturelle, qu'il deviendrait possible d'annihiler par un raisonnement psychologique et physique adapté. On passe donc d'une approche fataliste dont la douleur serait « naturelle », à une approche plus constructiviste qui problématise la douleur comme « culturelle ». Le travail de Béatrice Jacques dessine quant à lui un panorama général de la situation périnatale des années 2000 et montre les ambivalences autour de la généralisation de la péridurale (Jacques, 2007). L'usage généralisé de l'anesthésie péridurale fait émerger de nouvelles questions : ce moyen est problématisé comme un instrument de contrôle médical dont la technique serait principalement maîtrisée par des hommes et imposée aux femmes dans un contexte de rationalisation du travail des professionnel-le-s de santé dans les maternités (Carricaburu, 2005). Au-delà d'une rationalisation du travail des professionnel-le-s de santé, l'assimilation des contractions utérines à des douleurs place les femmes dans une position de vulnérabilité nécessitant une contention chimique qui les rendent « plus susceptibles de subir des interventions qui laissent des

traces » (Saint Amant, 2013, 362). En quarante ans, l'idée de subir les douleurs de l'accouchement comme un « mal nécessaire » pour devenir mère, est devenue synonyme d'un archaïsme rétrograde dans une société « antidoloriste » (Revault d'Allonnes, 1991 ; Rey, 1993 ; Baszanger, 1995 ; Vuille, 1998 ; Caron-Leulliez et George, 2004). La douleur de l'accouchement est aussi devenue un élément circonstanciel des recherches sociologiques prenant pour objet la médicalisation à l'œuvre dans le domaine de la périnatalité (Rich, 1995 ; Davis-Floyd et Sargent, 1997, 55-79, 209-232). Les recherches historiques et médicales sur l'origine des douleurs de la mise au monde ont contribué à produire des définitions qui ont, elles-mêmes, déterminé la mise en place des conditions politiques et sociales d'accès aux différentes techniques. En France, la médecine et le droit¹ ont statué sur la nécessité de traiter les douleurs de l'accouchement, car si elles ne sont pas pathologiques, leur maintien les fait d'emblée entrer dans l'anormalité donc dans un impératif de soulagement, au même titre que des douleurs provoquées par une opération chirurgicale.

- 5 Nous assistons aujourd'hui à une remise en question de l'hôpital en tant que possibilité légale quasi exclusive des lieux de naissance en France² et d'application des techniques médicales à la maternité (Morel, 2016). Rares sont les études en sciences sociales à s'être intéressées à ces reconfigurations du champ social et politique de la naissance à travers les manières dont sont mobilisés les douleurs et leur soulagement par les usager-e-s et les professionnel-le-s de santé. Actuellement en France, parmi les 26 % des femmes qui ne souhaitent pas ou n'avaient pas planifié d'avoir une anesthésie péridurale, plus de la moitié en ont eu une (Kpea et al., 2015). Pour certaines femmes, et féministes, l'anesthésie des douleurs de l'accouchement est une anesthésie de l'expérience de l'accouchement lui-même (Vuille, 1998). En ce sens, la péridurale déposséderait les femmes de leur capacité *naturelle* à enfanter et participerait d'une « industrialisation » des naissances (Jacques, 2007 ; Rothman, 2016). Mais que traite-t-on au juste aujourd'hui par l'anesthésie massive des douleurs des femmes lors de l'accouchement ?
- 6 Si aujourd'hui en France, les femmes ne deviennent plus nécessairement mères par la douleur de l'accouchement, cet article montre que le soulagement des douleurs fait l'objet d'injonctions sociales imposées par l'institution hospitalière à travers la prise en charge médicale. En s'inscrivant dans la continuité d'une sociologie des douleurs de l'accouchement entreprise notamment par Marilène Vuille, cet article examine les ambivalences opposant d'une part une vision libérale où la décision d'une prise en charge des douleurs est laissée aux femmes, et d'autre part, une préoccupation de santé publique visant à ne pas laisser certaines femmes abandonnées à elles-mêmes sans traitement médical des douleurs de l'accouchement. Cet article s'intéresse aux accouchements dits *ordinaires*, soit sans complication médicale, au sein d'une maternité hospitalière. Dans un premier temps, l'article met en exergue les écarts de certaines femmes et sages-femmes envers la médicalisation de l'accouchement. Dans un second temps, il illustre l'élaboration d'un savoir-faire des sages-femmes autour du soulagement des douleurs afin de contrer la norme médicale. Finalement, l'article montre comment l'usage de l'anesthésie péridurale constitue à la fois un outil technique de soulagement et un outil de régulation sociale du comportement des femmes lors de l'accouchement. Cette régulation sociale du comportement douloureux des femmes va à l'encontre des normes de l'institution à travers l'organisation du

travail des professionnel-le-s de santé, qui participent à la co-construction d'une maternité émotionnellement normée³.

Ethnographie de la maternité Du Coudray

Le terrain

- 7 À la maternité Du Coudray⁴, maternité hospitalière située en Ile-de-France, le soulagement des douleurs par la péridurale concerne 75 % des femmes⁵ (contre 80 % en France). Malgré le peu d'écart entre ces chiffres, gage *a priori* d'un soulagement des douleurs de l'accouchement relativement uniforme et similaire, cette maternité est actuellement et historiquement réputée pour ses approches pratiques et idéologiques innovantes, au travers de techniques expérimentales de prise en charge des couples, des femmes et des nouveau-nés. Elle a été un lieu emblématique de l'accouchement sans douleur en s'inscrivant dans le courant de la Psycho-Prophylaxie-Obstétricale (PPO) française, développé par Grantly Dick-Read. La psycho prophylaxie obstétricale est une technique de préparation à l'accouchement⁶. Ce développement de la technique de l'accouchement sans douleur en 1954, avant le développement de l'anesthésie péridurale, marque l'histoire de cette structure, pionnière en France.
- 8 La maternité Du Coudray (de niveau 1⁷) est prévue pour accueillir les grossesses et accouchements dits « normaux », qui ne présentent pas de pathologies maternelle ni fœtale, soit 80 % des accouchements (Arnault et Exertier, 2010, 22). Malgré la progressive disparition des maternités de niveau 1, la maternité Du Coudray a perduré, ce qui en fait une structure spécifique au regard des politiques de restructuration du système périnatal engagées depuis les années 1970. À partir de ce lieu spécifique, le soulagement des douleurs des femmes en couche est saisi comme un outil de mesure apte à faire émerger les logiques sous-jacentes aux multiples usages du soulagement des douleurs de l'accouchement.

Les méthodes

- 9 Afin de définir la catégorie théorique du terme « douleur » dans le cadre de l'accouchement, et comprendre la manière dont elle devient opérationnelle autant pour les femmes qui vont accoucher que pour les sages-femmes, l'enquête se fonde sur un corpus de vingt-six entretiens semi-directifs approfondis menés avec des usager-e-s anonymes (femmes et hommes) de la maternité et des sages-femmes, d'observations participantes des accouchements ainsi que des consultations prénatales et des cours de préparation à la naissance. En effet, l'enquête a été conduite à partir de la posture de sage-femme, ayant cette double formation. La méthode choisie permet ainsi de suivre l'évolution des trajectoires des femmes recrutées. Le concept de trajectoire fait référence « au développement physiologique de la maladie de tel patient, mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués » (Strauss, 1992, 143). Le concept de trajectoire me permet de suivre non pas la maladie, mais le processus de soulagement des douleurs de l'accouchement ainsi que les conséquences au regard des normes hospitalières de la maternité étudiée.

- 10 Ce travail repose sur une enquête d'un an qui s'est déroulée entre 2013 et 2014. Dans la phase d'observation participante (Peneff, 1995 ; Arborio et Fournier, 1999), les interactions inter-professionnelles et inter-partenaires font l'objet d'une attention particulière. Les entretiens prénataux avec les femmes ont permis de faire émerger les attentes des enquêtées vis-à-vis de la structure étudiée et de cette manière, en filigrane, les représentations des douleurs de l'accouchement. Plus précisément, trois femmes, cinq couples et dix sages-femmes ont été interrogés. La recherche était volontairement présentée comme s'intéressant au vécu des femmes concernant leur grossesse et l'accouchement. La douleur n'était à aucun moment mentionnée au moment de la prise de contact avec les femmes ni dans la formulation des questions posées. Ce choix est justifié par l'ambition de limiter les processus d'élaboration anticipée des discours formulés par les femmes elles-mêmes et d'appréhender l'absence et la présence de la catégorie *douleur* dans les discours en évitant des présupposés sur les types de sensations éprouvées, tel que : *l'accouchement est toujours douloureux*. Les entretiens prénataux avec les usager-e-s se sont déroulés au cours du neuvième mois de grossesse. Les entretiens postnataux avec les mêmes usager-er-s rencontrés en prénatal, ainsi qu'avec la ou les sages-femmes présentent lors de l'accouchement de ces derniers, ont eu lieu dans la semaine qui a suivi l'accouchement. Le recrutement des enquêtées s'est effectué à l'issue de deux cours de préparation à la naissance.
- 11 Les représentations des sages-femmes qui ont suivi les femmes lors de l'accouchement ont également été questionnées (Herzlich, 1984). Les représentations ont été abordées en lien avec des interactions concrètes récoltées lors des observations, de manière à les comprendre dans leur contexte d'interrelation. Les entretiens réalisés avec les sages-femmes mettent en lumière les modalités de légitimation des pratiques professionnelles, tandis que les observations des accouchements, quant à elles, montrent la mise en scène des acteurs lorsque leurs discours sont mis en pratique (usager-e-s et professionnel-le-s) dans l'interaction (Goffman, 1973).
- 12 Les sages-femmes rencontrées sont toutes des femmes, ce qui est représentatif de la profession à l'échelle nationale (98,2 % de femmes) (Charrier, 2007, 2009). Dix entretiens ont été réalisés et retranscrits à partir des rencontres faites à l'issue de l'accouchement de chaque femme avec la ou les sages-femmes l'ayant suivie au moment de l'accouchement. La mise en perspective entre représentations et pratiques dans le soulagement des douleurs de l'accouchement par les femmes et les sages-femmes lors de l'accouchement permet ainsi d'éclairer les ambivalences des pouvoirs et des marges de manœuvre à l'intérieur de l'institution.

Une population

- 13 Les femmes rencontrées ont choisi d'accoucher dans la maternité étudiée pour l'offre spécifique qu'elle propose, soit pour la possibilité d'accoucher sans anesthésie péridurale. Les enquêtées de cette recherche forment un ensemble relativement homogène par leurs caractéristiques sociales communes. Cette population est caractérisée par des femmes salariées et actives professionnellement, dont la maternité ne constitue pas l'activité principale. Toutes les femmes rencontrées travaillent à temps plein ainsi que leur partenaire. Elles disposent toutes d'un bagage culturel élevé de par leur environnement familial et les études effectuées. De manière générale, quasi la totalité des femmes a poursuivi des études universitaires et à peu près la moitié

possède un niveau d'étude Bac+5. Les trois quarts des femmes ont suivi un cours de préparation à la naissance avec leur partenaire, ce qui suppose un important engagement du partenaire dans le projet parental. L'ensemble des femmes et des couples rencontrés est hétérosexuel. Aucun des couples rencontrés ne se trouve dans une situation précaire ni financièrement ni socialement. Exception faite d'un couple de religion catholique et pratiquant, l'ensemble des couples se déclare agnostique ou athée.

Les douleurs de l'accouchement : dévier et naturaliser

Dévier de l'anesthésie péridurale, une norme à négocier

- 14 Les couples n'ont pas choisi la maternité Du Coudray en raison du confort de ses services d'hôtellerie ou de sa proximité géographique avec leur domicile mais plutôt par leur souhait de ne pas se voir imposer une norme de soulagement de la douleur de type anesthésique. Les discours tenus témoignent d'une intellectualisation personnelle de la « norme péridurale » opérant dans les maternités françaises. Parmi les couples rencontrés, le choix de la maternité Du Coudray est fait par les femmes qui déterminent l'issue de la décision, à la suite de négociations parfois ardues avec leur entourage familial et médical (conjoint, famille, professionnel-le-s de santé). Je présente ici quelques cas, comme celui de Léa illustrant ce choix. Léa 30 ans, psychologue, premier enfant, 14 octobre 2013 :

« (...) Le gynécologue qui me suivait au début de ma grossesse avant que je vienne ici (à la maternité Du Coudray) m'a quasiment ri au nez quand je lui ai dit que j'envisageais d'accoucher dans l'eau sans péridurale... (...) On passe un peu pour l'hurluberlu de service. Mon copain, c'était pareil : « Mais qu'est-ce que tu as besoin d'aller accoucher avec les dauphins ? ! ». Il a mieux compris au fur et à mesure de la grossesse, il est venu à quelque cours de préparation à la maternité Du Coudray. Il s'est renseigné, on lui a parlé en bien de la maternité, sa mère notamment aussi, donc il a compris que c'était pas une lubie de ma part (...) mais ça n'a pas été simple ! J'avais décidé que ce serait comme ça ! De toute façon, au final, c'est moi qui accouche. »

- 15 Les femmes rencontrées justifient leur imposition du choix du lieu de naissance à l'égard de leur partenaire par le fait qu'elles se considèrent comme premièrement concernées : « *les hommes n'accouchent pas et donc (...) ils ne peuvent se projeter avec ces types de douleurs* » (Manon, 34 ans, créatrice free-lance, deuxième enfant, 2 octobre 2013), ou par exemple Léa : « *De toute façon, c'est moi qui accouche* ». Être enceinte, porter un enfant ne suffit pas à légitimer la manière dont Léa veut vivre son accouchement. Sa démarche repose principalement sur deux points : une attitude perçue comme hors norme par son milieu familial et conjugal et une volonté d'affirmer sa position quant à la manière dont elle souhaite accoucher. Cependant, la transmission verticale des normes familiales en matière d'accouchement par les mères n'est pas sans importance dans les représentations des femmes rencontrées. « *Sentir les douleurs de l'accouchement* »⁸, même si des techniques sont aujourd'hui disponibles pour les annihiler, peut prendre la valeur d'un symbole de transmission légitime. Un des repères familiaux mobilisé est celui de la *faisabilité générationnelle* qui s'exprime par des phrases du type *Si ma mère, ma grand-mère, ma belle-mère l'a fait, pourquoi pas moi ?*, tel que le formule Léa à propos de l'usage d'une péridurale : « *Je me dis que ma mère m'a eue sans péridurale. La mère de mon conjoint l'a eu sans péridurale, enfin, c'est faisable quoi !* »⁹. Dans la mesure où

elles légitiment les douleurs de l'accouchement en les définissant comme *acceptables*, les femmes mobilisent un critère de faisabilité.

- 16 Il est intéressant de constater l'anachronisme de ces représentations en matière de douleur. Les femmes rencontrées ont entre 23 et 43 ans. Depuis la génération de leur mère, l'ensemble des femmes de leur famille a donc connu le développement des techniques d'analgésie péridurale. La possibilité de recours à cette technique ne semble pas avoir affecté les récits transmis sur les douleurs de l'accouchement. Ceci dit, aucune des femmes rencontrées n'évoque qu'accoucher sans anesthésie péridurale lui permettra de devenir davantage femme ou une meilleure mère, tel que l'explique Lisa (32 ans, cadre, premier enfant, 21 octobre 2013) :

« Je ne sais pas si [accoucher sans péridurale]... c'est plus femme... (...) Non je ne pense pas que je me sentirai pas diminuée dans mon identité de femme, mais c'est plus le challenge que d'autres ont réussi à passer. Je me souviens, il y a pas longtemps ma grand-mère elle a accouché de quatre enfants dont un de 4,7 kg, sans péridurale, à la maison... Enfin tu vois, elle l'a sorti ! Et ça aussi j'ai envie de (...) ... Ma mère (...) n'a jamais accouché sans péridurale. ».

- 17 Le *challenge* dont parle Lisa n'est pas d'accoucher sans anesthésie même si d'autres l'ont fait. Ce qui compte pour elle c'est accoucher par les voies génitales : « *Enfin tu vois elle l'a sorti !* ». Le sexe des femmes a ici une importance matérielle. C'est par le sexe des femmes, par le passage d'un nouveau-né au travers de leur sexe que les femmes se représentent symboliquement la réussite d'un accouchement. La douleur n'est qu'un élément circonstanciel dans l'objectif final de l'accouchement puisque, si nécessaire, il sera possible de soulager la douleur sans retirer la possibilité d'un accouchement par les voies vaginales.

Subjectiver les douleurs : Accepter les douleurs sans souffrir

- 18 La présence des douleurs lors de l'accouchement est assumée comme *évidente* pour l'ensemble des femmes interviewées. Cependant, les douleurs ne sont pas considérées comme pénibles d'emblée. L'incertitude de ce qu'elles peuvent ressentir lors de l'accouchement conduit les femmes à envisager ces douleurs comme potentiellement acceptables. Si les frontières entre douleurs acceptables et non acceptables peuvent devenir flexibles, c'est parce que les significations que les femmes attribuent aux douleurs se modifient selon l'usage ou non des techniques d'anesthésie telle que la péridurale. Pour parler du « *travail des contractions* », « *de l'enfantement* », le champ lexical mobilisé par les femmes interviewées est celui de la douleur, mais lorsque la pénibilité de l'accouchement est évoquée, les femmes parlent de souffrance. Laura (36 ans, traductrice, en couple, deuxième enfant, 16 octobre 2013) :

« Si c'est gérable et que je vois que ça va et ben je le fais [accoucher sans péridurale], si ça ne va pas, ça ne va pas. (...) Je pense que j'aimerais bien sentir cette douleur-là au départ, mais une fois que j'aurai senti si je trouve que c'est insupportable pour moi ce n'est pas du tout un échec de demander à être soulagée par la péridurale. J'ai pas envie de souffrir pour souffrir non plus. ».

- 19 *Sentir les douleurs* est revendiqué comme un levier d'action pour l'accès des femmes à une libre disposition de leur corps. Ce levier d'action permet aux femmes rencontrées de conserver une flexibilité sur l'acceptabilité ou non de leurs douleurs. Le sens qu'elles donnent à cette prise de pouvoir sur la gestion de la douleur sert d'outil de remaniement des frontières entre l'affirmation de soi et les priorités sanitaires

défendues par l'institution. Le concept de subjectivation défini par Foucault comme « la manière dont on doit se constituer soi-même comme sujet moral agissant en référence aux éléments prescriptifs qui constituent le code » (Foucault, 1984, 33) est ici éclaircissant des modalités de négociation de l'application de la norme d'anesthésie péridurale en obstétrique. Ce processus met en œuvre une logique de subjectivation de la douleur, au sens où, pour les femmes, les douleurs de l'accouchement ne relèvent pas d'un phénomène objectif qui rationalise le corps et ses expressions comme « néfastes » mais plutôt d'un phénomène subjectif propre à une expérience vécue dont la signification est attribuée par le sujet qui le vit et reposant donc sur sa subjectivité émotionnelle et corporelle. De manière générale, toutes les femmes rencontrées s'attendent à *avoir mal*. Louise (23 ans, étudiante en sociologie, premier enfant, 3 mars 2014) explique le sens des douleurs de l'accouchement comme un processus *naturel* et *physiologique* :

« Ça a un sens... Oui, ça a le sens que oui, il y a des contractions donc ça sert à quelque chose... Donc oui la douleur elle a un sens parce que c'est un muscle qui se contracte et il faut que ce muscle se contracte pour que le bébé sorte, mais après est-ce que ça a un autre sens plus... ? Pour moi, ça a un sens physiologique. Pour qu'un bébé qui est dans mon ventre puisse sortir. Mon corps doit se déformer. C'est moche comme mot, mais tout doit s'ouvrir, se déplacer. Oui, c'est logique que ça fasse mal ! Je ne sais pas, c'est naturel ».

- 20 La douleur de l'accouchement est considérée comme une douleur endogène. Elle vient de l'intérieur du corps, car son origine est placée dans le processus dit *naturel* des contractions et de l'étirement des fibres musculaires et des tissus pour que le bébé puisse sortir du corps des femmes. Lorsque les femmes parlent de douleurs avant leur accouchement, il s'agit de la douleur de l'enfantement (le passage du bébé à travers les voies génitales). Cette évidence est généralisée, elle caractérise historiquement la manière d'accoucher. La douleur de l'accouchement peut alors être considérée comme un fait social dans la mesure où elle imprègne les représentations sociales des femmes, au-delà de leurs convictions personnelles. Si les femmes disent vouloir *sentir*, alors que la technique d'analgésie péridurale est conçue pour conserver des sensations corporelles non douloureuses, qu'est-ce que les femmes veulent sentir au juste ? Pourquoi persiste cette opposition dans les représentations entre sentir/ ne pas sentir, et anesthésier/ ne pas anesthésier ? Léa (30 ans, psychologue, premier enfant, 3 novembre 2013) témoigne des raisons pour lesquelles, selon elle, *sentir* est important :

« Moi j'ai le sentiment que quand on nous colle dans une chambre avec une péridurale (...) qu'on est un peu isolée en chambre et qu'on attend qu'on vienne vérifier toutes les heures la dilatation du col. Ça ne me convient pas vraiment comme image ! (...) Alors que là, je me dis, il y a des ballons à disposition, on peut se mettre dans toutes les positions qu'on veut, on peut ramener de la musique, on peut faire ci, on peut faire ça. Donc c'est bien d'être dans des conditions plus sympathiques que dans une petite cage, attachée ! Oui, j'ai l'impression que (...) c'est moins strict, moins... Je ne sais pas, c'est plus naturel ».

- 21 La crainte de *ne pas sentir* est associée à la crainte de se représenter enfermée dans une mise en technique artificielle du corps. Vouloir *sentir les douleurs* peut ainsi constituer une stratégie de résistance envers la médicalisation massive de la prise en charge de l'accouchement par l'antalgie. Les femmes de cette étude inscrivent cette stratégie de résistance en se positionnant dans une lignée familiale de femmes ayant accouché sans péridurale et par voie vaginale. Dans ces contextes, accoucher sans péridurale serait la

réification d'une variante moderne de la naturalisation des douleurs de l'accouchement.

Soulager les douleurs, valoriser le travail des sages-femmes

Construire une « pratique professionnelle » du soulagement des douleurs

- 22 La médecine occidentale envisage communément la douleur sous le signe d'un dysfonctionnement organique ou psychique. La douleur agit dans les représentations médicales et sociales comme une alerte protectrice de l'être humain, le signal d'une défaillance à traiter. Les douleurs de l'accouchement ont toutefois un statut ambivalent. La médecine distingue les douleurs aiguës (« utiles, protectrices, unifactorielles, qui soulèvent de l'anxiété et dont l'objectif thérapeutique est le curatif ») et les douleurs chroniques (« inutiles, destructrices, plurifactorielles, qui génèrent des dépressions, dont l'objectif thérapeutique est la réadaptation ») (Bourreau et Doubrere, 1988). Pourtant, les douleurs de l'accouchement ne sont pas assimilables à l'expression d'une défaillance puisque plus de 80 % des accouchements sont considérés comme physiologiques, c'est-à-dire normaux, d'où le statut « extra-ordinaire » de la nature de cette douleur. Entre la certitude que l'accouchement comporte des douleurs et l'incertitude de pouvoir les supporter sur un laps de temps, se produit un *imaginaire des possibles* où les professionnel-le-s de l'institution interviennent pour donner du sens, voire pour re-signifier.
- 23 La salle de naissance est l'environnement où les représentations des douleurs de l'accouchement des sages-femmes et des femmes se rencontrent et parfois s'affrontent dans les pratiques. Les sages-femmes vont s'efforcer de rendre les salles d'accouchement les plus adaptées possible à ce qu'elles estiment être un *environnement sécurisant*. Cette attention portée à l'environnement participe, selon les sages-femmes, à un soulagement des douleurs. Lise (26 ans, sage-femme, extrait d'entretien, 29 octobre 2013) :
- « Parce que tu vois la douleur, c'est aussi la douleur physique, mais c'est aussi une part de douleur mentale aussi. Ça, c'est mon idée. Tu as à la fois ce que tu ressens physiquement, mais tu as aussi, la souffrance, quand tu as mal vraiment, quand tu as mal physiquement tu as mal à la tête. Tu as mal, c'est dur psychologiquement, la douleur à gérer. Du coup, le contexte global, le bruit, la luminosité, la chaleur... s'il n'est pas apaisant et que ce soit en termes humain ou en termes matériel et médical, ça peut amplifier la douleur. La souffrance physique on peut l'enlever, mais la souffrance mentale elle est toujours là et du coup ça c'est un peu emmerdant. Si mentalement, psychologiquement tu n'arrives pas à faire le boulot. Logiquement il devrait être fait bien avant la péridurale donc du coup, si tu casses ça à un moment donné ben ça ne va pas. »
- 24 Lise distingue la douleur physique de la douleur mentale, et la souffrance physique de la souffrance psychique. Ces deux entités (douleur et souffrance) comportent deux dimensions : le physique et le mental. La douleur et la souffrance physique peuvent amplifier la souffrance psychique, ce qui pour les sages-femmes constitue un risque pour les femmes. Si la douleur et la souffrance physique de l'accouchement peuvent être soulagées par la péridurale, Lise considère que la souffrance mentale échappe à ce

type de soulagement et peut persister malgré une anesthésie péridurale. Le travail des sages-femmes consiste alors à anticiper le risque d'un passage des sensations douloureuses physiques et mentales vers une potentielle souffrance psychique, c'est-à-dire à évaluer le risque de transformation des douleurs en souffrance et de le prévenir. Le risque constitue donc un point cardinal de la pratique obstétricale orientée à créer un environnement apaisant apte à atténuer les douleurs et la souffrance psychique. Les sages-femmes utilisent également des stratégies informelles telles que *la présence* pour atténuer les douleurs. Aimée (29 ans, sage-femme, extrait d'entretien, 28 mars 2014) :

« Ça ça joue aussi parfois, tu as un effet antidouleur juste par ta présence. Tu vois, tu es là, tu poses une main, parfois ça aide. Parfois il faut rester... D'ailleurs c'est pour ça que les femmes qui accouchent sans péridurale parfois on reste deux heures avec elle parce qu'elles ont besoin de ça. Et que finalement c'est ta présence qui fait que tu vois, ça se débloque. J'ai l'impression que parfois ta présence elle suffit tu vois. (...) Vraiment, pas besoin de grand-chose finalement, mais bon la présence c'est à mon sens indispensable. »

- 25 Ce qu'Aimée appelle *la présence*, ce n'est pas une attitude figée qui consiste en une proximité physique. *La présence* suppose une potentielle disponibilité à pouvoir répondre au besoin d'autrui. Elle s'inscrit donc dans une dynamique temporelle où « la présence réunit à la fois le registre moral de la sollicitude et la dimension plus pratique du soin » (Bessin, 2009, 157). Le travail des sages-femmes met donc en jeu des compétences de *care* et de *cure*. Le *cure* renvoie à la dimension curative, au traitement de la maladie. Le *care* désigne à la fois ce qui relève de la sollicitude et du soin, il comprend à la fois l'attention et l'intention (bien ou malveillante) envers autrui, cette attention suppose une disposition qui met en œuvre des affects (que nous appelons ici émotions) au centre de la relation (Molinier, Laugier et Paperman, 2009). La présence d'Aimée dans la salle d'accouchement lui permet de coordonner l'observation et l'écoute et décider ainsi comment adapter sa pratique d'encadrement de l'accouchement et de soulagement des douleurs. L'observation du corps des femmes, mais surtout la manifestation des signes émis, est l'instrument qui guide les sages-femmes dans l'analyse des émotions jugées opportunes ou non. Odile (59 ans, sage-femme, 15 avril 2014) :

« Quand tu vois un visage extrêmement crispé, douloureux alors que parfois les femmes sans péridurale ont un visage...euh...soit rayonnant soit, tu vois, paisible, ça te permet de savoir si la manière de gérer la douleur c'est bon ou pas. »

- 26 Parmi les techniques de *care* qui visent à préserver un *environnement sécurisant*, les sages-femmes utilisent ce qu'elles appellent *l'enveloppe*. Lors d'entretien informel et d'observation de ses pratiques en salle de naissance, Alice me décrit ce qu'est l'enveloppe : « *C'est créer un cadre rassurant, dans lequel la femme va pouvoir se laisser aller et où elle se sentira soutenue.* »¹⁰. La mise en œuvre de ce cadre extensif des émotions, *légitimes* et *illégitimes* des douleurs de l'accouchement, repose sur l'organisation des lieux et des pratiques. L'enveloppe consiste notamment à permettre une extension des émotions des femmes lors de l'accouchement. Alice (27 ans, sage-femme, 10 novembre 2013) :

« La douleur de l'accouchement c'est euh.... ouais. C'est euh... difficile quoi ... C'est une douleur difficilement explicable et du coup difficilement accompagnable. L'enveloppe pour moi c'est primordial. C'est ce que j'utilise. L'antalgique c'est de l'humain, c'est pas autre chose. (...) La patiente de cette nuit, deuxième enfant sans péridurale, elle avait peur. Et elle avait du mal à mettre des mots tu vois. Et c'est vrai que quand je suis rentrée dans cette salle, j'ai vu la peur dans ses yeux et elle

avait très mal et c'est allé vite en plus, et la peur il n'y a rien de pire. Tu as peur de la douleur au bout d'un moment. Tu as peur d'avoir mal. »

- 27 Pour Alice, s'occuper des femmes et de leurs douleurs c'est aussi distinguer la douleur psychologique (ici la *peur*) de la douleur physique. Le temps est au principe du risque de transformation des douleurs en souffrance. Face à ce risque, Alice utilise l'*enveloppe*. Ces techniques de *care* participent d'une activité qui relève à la fois du *prendre soin*, au sens d'une attention particulière portée au bien-être de la personne, et du soin médical en tant que surveillance nécessaire.

Être une « bonne sage-femme » et les coulisses de la surveillance médicale

- 28 La surveillance médicale des femmes au cours de l'accouchement (prise de la tension, température, palpation du ventre, etc.) est routinière et s'intègre à la pratique des sages-femmes, au point de ne plus être perçue par les femmes. Cette occultation participe d'une « mise en scène » (Goffman, 1973) pour créer un cadre de prise en charge où la *cure* s'efface au profit du *care*. Lorsque les couples sont accueillis dans les salles de naissance, il est fréquent d'entendre les sages-femmes leur dire : « Ici c'est chez vous jusqu'à la naissance de votre enfant. Si vous avez envie de vous installer vous pouvez ici [en désignant au partenaire une chaise ou un second lit], vous pouvez prendre le ballon, les oreillers, écouter de la musique. »¹¹. La frontière entre le domicile et l'hôpital cherche ici à être la plus ténue possible, de même que la frontière entre le médical et le non médical.
- 29 La pose du *monitoring* procède du même registre d'action. Lorsque les sages-femmes posent sur le ventre des femmes les deux capteurs en plastique de l'appareil, permettant d'écouter les battements cardiaques du fœtus, le volume sonore est, dans la plupart des cas, baissé au minimum voire coupé, selon les souhaits des parents. Les sages-femmes séparent le *clinique*, la surveillance médicale qui relève du *cure*, de l'*écoute* et du *relationnel* qui relève du *care*. Elles effectuent une séparation théorique dans leur discours et elles développent une hiérarchisation de ces deux dimensions de leur travail dans la présentation de leurs activités aux usager-e-s. Valérie (36 ans, sage-femme, extrait d'entretien, 24 mars 2014), à propos d'une patiente qui ne souhaitait pas d'anesthésie péridurale, mais qui en a bénéficié suite à une indication médicale :
- « On ne leur explique pas vraiment ce qui peut se passer. Il y a tellement de choses qui peuvent se débloquer ou se bloquer. Là en l'occurrence, ça s'est bloqué petit à petit jusqu'à ce que la situation elle n'évolue plus du tout et jusqu'à ce qu'il faille agir et je crois que c'est à ce moment-là que la paisibilité est partie et que j'ai dû prendre le relais. J'ai été plus présente à ce moment, juste avant la péridurale, plus présente sur l'accompagnement. J'ai été plus présente avec elle dans la chambre. Souvent je suis restée à côté d'elle, l'accompagner pour les contractions. »
- 30 La construction de cette frontière informelle que mettent en place les sages-femmes entre, ce qui relève du médical, et ce qui relève du psycho-social est ce qu'elles nomment l'*accompagnement*. Jean Foucart définit l'accompagnement comme « une modalité de mise en place de dispositifs de bienveillance, dans lesquels s'inventent des modes de sociabilité fondés sur l'oralité et la sollicitude » (Foucart, 2009, 14). Le dispositif que créent les sages-femmes relègue, en apparence, la surveillance médicale à un second plan pour permettre au *care* d'émerger en premier plan. Cette promotion du *care* n'est pas sans intérêt pour une profession en quête de spécialisation (Carricaburu, 1994 ; Jacques, 2007 ; Charrier, 2007). D'une part, la profession de sage-femme est une

profession à compétence limitée, dont la liste des actes médicaux autorisés est encadrée par le Code de la santé publique. D'autre part, l'ensemble d'actes et d'examen autorisés aux sages-femmes peut être fait par des médecins, des infirmier-e-s ou des puéricultrices. Béatrice Jacques distingue deux types de suivi de la maternité par les sages-femmes : « relationnel » et « technique ». Ne pouvant se distinguer professionnellement par une technique médicale spécifique, les sages-femmes investiraient le versant « relationnel » en défendant l'accompagnement comme une spécificité professionnelle (Jacques, 2007, 75). Une des fonctions d'un soulagement des douleurs de l'accouchement sans anesthésie péridurale répondrait donc à une valorisation du travail des sages-femmes, tel que le présente Odile, 59 ans, sage-femme, extrait d'entretien 15 avril 2014 :

« Toutes les sages-femmes qui aiment l'obstétrique te diront qu'elles préfèrent dix mille fois des femmes qui accouchent sans péridurale !- Ah oui ? Pourquoi ?- Les femmes, une fois qu'elles ont la péridurale ben ton travail est fini. Elle est anesthésiée, tu peux juste la mettre sur le côté droit, gauche et puis après ? Tu fais quoi ? »

- 31 Pour certain-e-s professionnel-le-s de santé, soulager les douleurs de l'accouchement par l'anesthésie péridurale leur enlèverait une part de leur travail. Ne pas avoir recours à une anesthésie péridurale comporte donc des enjeux professionnels pour les sages-femmes de l'institution, lorsqu'il s'agit de tenir en équilibre entre *care* et *cure*. Être capable de s'occuper d'une femme sans anesthésie péridurale participerait à la construction de ce qu'est être une *bonne sage-femme* pour la maternité hospitalière étudiée. En ce sens femmes et sages-femmes convergent dans la logique de s'extraire d'une médicalisation des douleurs de l'accouchement. Cette tendance toutefois diverge lorsque le comportement des femmes sort des cadres admis par l'institution.

Bonne ou mauvaise mère ?

L'anesthésie comme sanction à la déviance

- 32 Il existe parmi les sages-femmes, une liste de catégorie indigène définissant des situations ou des patientes-types. Celles-ci nécessitent un « travail émotionnel » spécifique. Le concept de travail émotionnel proposé par Arlie Hochschild désigne « la gestion des émotions faciales et corporelles publiquement observables » (Hochschild, 2012, 7), et plus précisément « l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment » (Hochschild, 2003, 32). Les observations de la passation des patientes d'une sage-femme à une autre permet de relever l'existence de cette catégorisation indigène à travers laquelle les femmes sont définies : « *la chieuse* », « *la sympathique* », « *la super chouette* », « *celle au top* », « *la psy* », « *celles qui vont te bouffer* », « *celles qui ne vont pas te lâcher* », « *celles qu'il faut cadrer* », « *celles qui ont un projet de naissance*¹² », « *celle qui ne sait pas lâcher prise et qui cogite trop* »¹³. Ces qualificatifs attribués aux patientes sont utilisés par les sages-femmes comme des *indicateurs des capacités* des femmes à *travailler* la douleur. Celles qu'il faut *cadrer* supposent, par exemple, pour les sages-femmes l'exercice d'un pouvoir de direction sur le comportement des femmes.

- 33 Solène (33 ans, sage-femme) arrive énervée dans le bureau de la salle de naissance. Elle me parle d'une femme qui ne semble pas adhérer aux propositions qu'elle lui présente pour soulager les sensations ressenties.

« Franchement là, j'ai tout essayé. Elle ne veut rien, pas de ballon, pas de massage. Elle ne veut pas marcher et elle dit qu'elle n'en peut plus... Là moi je ne sais plus quoi faire... Je vais finir par te la recadrer moi la gonzesse, tu vas voir ! On va poser une péridurale et puis basta si ça continue ! » (Journal de terrain, extrait d'observation, bureau de la salle de naissance, 6 mars 2014.)

- 34 L'anesthésie péridurale peut être utilisée comme un outil de modulation comportementale lorsque les douleurs entraînent chez les femmes des attitudes jugées inadaptées. La technique vient au service d'affects dérangeants, la douleur et son expression en participent pleinement.

- 35 L'encadrement institutionnel et social des douleurs de l'accouchement relève d'une mise en cohérence entre 1) l'expérience subjective, 2) la définition objective de ce même évènement et 3) sa définition sociale. Bien que la douleur ne soit pas considérée comme une maladie en tant que telle, l'emprunt des distinctions anglaises entre *illness*, *disease* et *sickness* est pertinent pour comprendre l'articulation des enjeux professionnels, sociaux et médicaux qui se jouent entre la « douleur ressentie », la « douleur visible », et la « souffrance ». Les travaux menés par Michela Villani sur la réparation clitoridienne (Villani, 2015) ou encore ceux menés par Delphine Gardey sur la fabrication médicale de l'identité subjective de genre à partir du transsexualisme (Gardey, 2006) sont d'autres exemples heuristiques pour comprendre que ce qui ne rentre pas dans un continuum de normalité avec des frontières qualitatives et quantitatives distinctes (telle que les douleurs de l'accouchement) donne lieu à des rapports de pouvoir et des constructions historiques qui nécessitent d'être analysées. L'usage de la péridurale peut prendre la forme d'une sanction venant non seulement traiter la douleur, mais également venant *normer* un comportement jugé inadéquat. Plus qu'un travail émotionnel, c'est une discipline des émotions à laquelle sont soumises les femmes lors de l'accouchement. L'ensemble des femmes rencontrées s'attend à ressentir des douleurs. Ces douleurs sont considérées comme naturelles, car elles s'inscrivent dans un processus biologique normal de l'accouchement. Les femmes sont donc disposées à tolérer ces douleurs comme un rempart à une médicalisation massive de leur soulagement par la péridurale, mais également afin de s'inscrire dans une lignée familiale de femmes ayant vécu ces sensations sans anesthésie sensorielle jusqu'à la mise au monde de l'enfant. Les femmes s'auto-disciplinent afin de tolérer les douleurs tout en rejetant la souffrance. Néanmoins, cette frontière fragile (car incertaine) et subjective est encadrée par l'institution qui opère une discipline sur la manifestation des douleurs ressenties (leur visibilité, leur définition à partir des paramètres médicaux, etc.). En ce sens, les femmes sont soumises à une contrainte institutionnelle de cohérence entre l'expression des douleurs et l'adoption d'une attitude complaisante envers les conseils délivrés par les sages-femmes. Ces conseils sont destinés justement à créer la *bonne patiente* et, dans son prolongement, la *bonne mère*.

Les déviances émotionnelles du devenir mère

- 36 Les femmes sont soumises à une attente institutionnelle de cohérence entre l'expression *féminine* des douleurs qui corroborent l'image de la *bonne mère* et une

manifestation plus *masculine* qui viendrait au contraire entacher le passage de la femme à la mère. L'accouchement de Norah montre de quelle manière l'imposition d'une norme d'autocontrôle de soi, implicite à l'institution, peut être mise en pratique par les femmes elles-mêmes.

Norah, 36 ans, vient pour accoucher de son deuxième enfant. Le premier est né par voie vaginale avec une péridurale il y a trois ans. Elle est pharmacienne, et accompagnée de son mari, Guillaume, 37 ans, informaticien.

4h00 : Norah est assise dans une salle de naissance sur le lit. Elle souffle doucement à l'occasion d'une contraction et affiche un large sourire. Fanny, sage-femme, l'observe et lui demande si elle a un projet d'accouchement. Norah répond : « Ah moi, je veux la péridurale ! Là, ça va, pas tout de suite, mais je ne sais pas jusqu'où je peux tenir, mais j'ai vraiment peur que ça fasse encore plus mal. » Fanny lui répond « D'accord, aucun problème. ». Norah somnole. Fanny sort de la pièce. 5h30 : L'accouchement, plus rapide que prévu, est imminent. Norah, surprise, crie, pousse, se rétracte, panique. Elle demande à Guillaume « Fait quelque chose ! N'importe quoi ! Je ne veux pas crier ! Je ne veux pas me perdre ... Je ne sais pas... Je n'ai jamais été comme ça... Il faut qu'y ait une péridurale. J'ai toujours réussi à rester calme... J'ai jamais crié. » 6h15 : Trente minutes après l'accouchement. Norah est allongée dans le lit, elle porte sa fille dans ses bras. Elle la regarde et lui dit : « Excuse-moi excuse-moi, je t'ai accueilli avec des cris, pardon, pardon. Je ne suis pas une bonne mère... » (Journal de terrain, extrait d'observation, salle de naissance, nuit du 2 au 3 novembre 2014)

- 37 L'accouchement de Norah expose une double ambivalence par rapport à ce qu'elle ressent. Autant que la peur d'avoir *encore plus mal*, c'est la peur de crier, de *se perdre* qui motive Norah à demander une péridurale. La péridurale devient un moyen de traiter la peur et la douleur. Le soulagement de la peur sert ici à la fois de soulagement des émotions jugées dangereuses et la recherche d'un contrôle de soi et de son corps pour ne pas risquer de *se perdre*. Un comportement agité est pour Norah inhabituel et ne correspond pas à la représentation de *bonne mère* ni d'un accouchement *réussi*. Norah juge ses émotions *hors des lignes de conduite* définissant une mère socialement acceptable lors de l'accouchement. Maurice Halbwachs et Christophe Granger analysent le traitement des émotions comme étant soumis à une « véritable discipline sociale ». Cette discipline sociale tient au fait « qu'en présence des événements d'un certain genre (...) il ne s'agit pas seulement de la façon dont nous devons exprimer nos sentiments, mais du sentiment et de l'émotion elle-même : la société attend que nous éprouvions, nous commande elle-même de la ressentir » (Halbwachs et Granger, 2014, 44). S'écarter de la *norme péridurale* peut placer les femmes dans une catégorie jugée déviante, puisque anachronique et irresponsable. Cet écart à la norme suppose un prérequis nécessaire : celui de définir une norme de référence afin de comprendre la manière dont « les phénomènes de déviations lient étroitement la personne qui émet le jugement de déviance, le processus qui aboutit à ce jugement et la situation dans laquelle il est produit » (Becker, 1985, 52). Dans ce contexte français d'obligation légale du traitement de la douleur, se positionner à l'écart de la norme est considéré comme une transgression. Cette transgression relève d'un interdit moral auquel les femmes doivent se soumettre : celui de devoir respecter les règles implicites de bonne conduite du lieu où elles accouchent pour être une « bonne mère » (Gojard, 2010), soit devenir des *bonnes patientes*.

Conclusion

- 38 L'absence d'anesthésie péridurale permet de comprendre que son utilisation massive répond à d'autres usages que celui de soulager uniquement la douleur physiologique. Les douleurs de l'accouchement sont considérées comme l'occasion de vivre une expérience subjective qui ne vient pas nécessairement essentialiser les femmes et leurs compétences maternelles, bien que j'ai montré qu'accoucher sans péridurale est une variante moderne de la naturalisation des douleurs de l'accouchement. Ce que les femmes revendiquent par le refus d'une anesthésie systématique de leurs douleurs est une mise à distance des normes antidoloristes des maternités hospitalières. La distinction entre douleur et souffrance est rendue possible par le contexte socioculturel favorisé de ces femmes qui leur permet un positionnement alternatif par rapport à la norme médicale et sociale que représente l'usage massif de l'anesthésie péridurale en obstétrique. Cette population est caractérisée par des femmes professionnellement actives et qui comptent le rester. Quel que soit le nombre d'enfants, aucune des femmes rencontrées n'envisage d'être mère au foyer par exemple, ce qui laisse supposer que la naturalisation des douleurs de l'accouchement faites par les femmes et sages-femmes rencontrées est spécifique à une population donnée. Cela soulève des interrogations sur la capacité de distanciation au discours dominant des classes sociales moins favorisées économiquement et culturellement, dont l'accès à l'information pourrait être davantage restreint et faire l'objet de prescriptions plus explicites du fait de leur condition sociale¹⁴ (Camus, 2012). La position naturalisante des femmes et sages-femmes rencontrées vis-à-vis du soulagement des douleurs hors anesthésie péridurale ne se réduit pas à choisir entre deux extrémités opposées. Le positionnement des femmes et des professionnel-le-s à l'égard de l'usage massif de l'anesthésie péridurale en France participe à construire les normes d'une maternité fondées sur l'autodiscipline des émotions des femmes, avec ou sans péridurale. L'institution participe donc à la constitution des sujets, à l'exercice d'une discipline sur le soulagement des douleurs de l'accouchement et répond à une demande professionnelle et sociale. Les multiples usages du soulagement des douleurs de l'accouchement avec ou sans anesthésie péridurale reflètent leur instrumentalisation par certaines femmes et sages-femmes. Cette instrumentalisation s'élabore à partir du corps qui, loin d'être un espace neutre, recèle un certain pouvoir subjectivé. Il s'agit de mettre en adéquation, si nécessaire, identité sexuée et identité genrée, pour façonner de bonnes patientes et de bonnes mères.
-

BIBLIOGRAPHIE

AKRICH Madeleine, « La péridurale, un choix douloureux », *Les Cahiers du Genre*, 25, 1999, pp. 17-48.

AKRICH Madeleine et PASVEER Bernike, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Marsat, Collection Les empêcheurs de penser en rond, 1996.

ARBORIO Anne-Marie et FOURNIER Pierre, *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, Paris, Nathan Université, 1999.

ARNAULT Séverine et EXERTIER Albane, *30 ans de restructuration des maternités*, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Bordeaux, Ministère de la santé et des sports, 23 avril 2010.

BASZANGER Isabelle, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995.

BECKER Howard, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1963 [1985].

BESSIN Marc, « La présence sociale en polyvalence de secteur. Enjeux de temporalisation et de sexuaction dans l'accompagnement par des assistantes sociales », in Bessin Marc et al. *Le genre de l'autonomie. Enquêtes sur la sexuaction des interventions sociales*, rapport de recherche pour la MIRE/DARES, IRIS-CSPRP, avril 2009, pp. 155-194.

BLONDEL Béatrice, LELONG Nathalie, KERMARREC Morgane, GOFFINET François, « Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Result from the French National Perinatal Surveys », *Journal of Gynecology Obstetrics and Reproductive Biology*, 4, 41, 2012, pp. 1-15.

BLONDEL Béatrice et KERMARREC Morgane, *Enquête Nationale Périnatale 2010, Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale, mai 2011.

BOURREAU François et DOUBRERE Jean-François, « Le concept de douleur. Du symptôme au syndrome », *Douleur et Analgésie, Médecine et Hygiène*, 1, 1, 1988, pp. 11-17.

CAMUS Jérôme, « Une féminité instituée : tensions normatives et encadrement des femmes à la maternité » in ARENA Francesca, CID LOPEZ Rosa Maria, KNIBIEHLER Yvonne (dir.), *La maternité à l'épreuve du genre. Métamorphoses et permanences de la maternité dans l'aire méditerranéenne*, Rennes, Presses de l'École des Hautes Études en santé publique, 2012, pp. 83-90.

CARRICABURU Danièle, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, 2, 47, 2005, pp. 62-245.

CARRICABURU Danièle, « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et Sociétés*, 2, 39, 2007, pp. 123-144.

CARRICABURU Danièle, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », in AÏACH Philippe et FASSIN Didier, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, pp. 281-308.

CARON-LEULLIEZ Marianne et GEORGE Jocelyne, *L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée*, Paris, Les Éditions de l'Atelier, 2004.

CHARRIER Philippe, « Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ? », *Sociétés contemporaines*, 67, 2007, pp. 95-118.

CHARRIER Philippe, « Les enjeux de la masculinisation de la profession de sage-femme. De la croissance statistique au contournement du genre », *Sextant*, 27, 2009, pp. 221-233.

CHARRIER Philippe et CLAVANDIER Gaëlle, *Sociologie de la naissance*, Paris, Armand Colin, 2013.

CHARRIER Philippe et CLAVANDIER Gaëlle, « La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? », *Recherches familiales*, 12, 2015, pp. 165-174.

- DAVIS-FLOYD Robbie et SARGENT Carolyn, *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press, 1997.
- FOUCART Jean, « L'accompagnement : dispositif de bienveillance et construction transactionnelle », *Pensée plurielle*, 3, 22, 2009, pp. 13-27.
- FOUCAULT Michel, *L'Usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, 1984.
- GELIS Jacques, *L'Arbre et le Fruit. La naissance dans l'Occident moderne (XVIe -XIXe siècle)*, Paris, Fayard, 1984.
- GELIS Jacques, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988.
- GARDEY Delphine, « Les sciences et la construction des identités sexuées. Une revue critique », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 3, 61, 2006, pp. 649-673.
- GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Minuit, 1973.
- GOJARD Séverine, *Le métier de mère*, Paris, La Dispute, 2010.
- HALBWACHS Maurice, GRANGER Christophe, « L'expression des émotions et la société », *Vingtième Siècle ? Revue d'histoire*, 3, 123, 2014, pp. 39-48.
- HARPER Barbara, *Gentle Birth Choice*, Rochester, Healing Arts Press, 2011.
- HERZLICH Claudine, « La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie. », *Sciences sociales et santé*, 2, 2, 1984, pp. 71-84.
- HOCHSCHILD Arlie Russel, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, 1, 9, 2003, pp. 19-49.
- HOCHSCHILD Arlie Russel, *The managed heart. Commercialization of human feeling*, Los Angeles, University of California Press, 1983 [2012].
- JACQUES Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Presses universitaires de France, 2007.
- KNIBIELHER Yvonne, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecin depuis le milieu du XXe siècle*, Rennes, Editions de l'école nationale de la santé publique, 2007.
- KPEA Laure, BONNET Marie-Pierre, LE RAY Camille et al., « Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use: Results from a National Survey in France », *Anesthesia and Analgesia Journal*, 3, 121, 2015, pp. 66-759.
- LAGET Mireille, *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*, Paris, Seuil, 1982.
- MICHAELS Paola, *Lamaze An International History*, New York, Oxford University Press, 2014.
- MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia, *Qu'est ce que le care ?*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2009.
- MOREL Marie-France, « Histoire de la douleur dans l'accouchement », *Réalités en gynécologie obstétrique*, 67, 2002, pp. 31-34.
- MOREL Marie-France, « Histoire de la naissance en France (XVIIème-XXème siècle) », *Actualité et dossier en Santé publique*, 61-62, 2007-2008, pp. 22-27.
- PENEFF Jean, « Mesure et contrôle des observations dans le travail de terrain. L'exemple des professions de service », *Sociétés Contemporaines*, 21, 1995, pp. 119-138.
- PUECH Francis, « L'organisation autour de la naissance », *Actualité et dossier en santé publique*, 61/62, 2007-2008, pp. 35-45.
- REVAULT D'ALLONNES Claude, *Le Mal joli. Accouchements et douleur*, Paris, Plon, 1976 [1991].

- REY Roseline, *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 1993.
- RICH Adrienne, *Of Woman Born. Motherhood experience and institution*, New-York, London, W.W. Norton and Company, 1986 [1995].
- ROTHMAN Barbara, *In Labor: Women and Power in the Birthplace*, New York, W. W. Norton and Company, 1982.
- ROTHMAN Barbara, *A Bun In The Oven*, New York, New York University Press, 2016.
- RUMEAU-ROUQUETTE Claude, « L'effet des politiques publiques sur les résultats périnataux en France », *Santé, Société et Solidarité*, 1, 2004, pp. 57-68.
- SAINT-AMANT Stéphanie, *Déconstruire l'accouchement : Épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*, Thèse de sémiologie, sous la direction de Simon Harel, Freilighsburg, UQAM, 2013.
- STRAUSS Anselm, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992.
- VILLANI Michela, « Le sexe des femmes migrantes. Excisées au Sud, réparées au Nord », *Travail, genre et sociétés*, 2, 34, 2015, pp. 93-108.
- VUILLE Marilène, *Accouchement et douleur, Une étude sociologique*, Lausanne, Antipodes, 1998.

NOTES

1. Les établissements de santé français sont soumis au devoir de traiter la douleur sous toutes ses formes, et ce, quelles que soient les situations car la douleur est devenue médicalement et socialement intolérable. Lucien Neuwirth introduit en 1995 le premier texte officiel qui « incite les établissements de santé à mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des malades » (Code de la Santé Publique, Loi n° 95-116 du 4 février 1995 intitulée « Dispositions relatives à la santé, à la protection sociale et à l'aide sociale »). La lutte contre la douleur est devenue un objectif gouvernemental prioritaire depuis 1998. Cette année est marquée par la mise en place par décrets des premiers plans de périnatalité, qui a engendré les restructurations des maternités en niveaux de risques médicaux.
2. Jusqu'à la légalisation de l'expérimentation des maisons de naissance en France par la loi n° 2013-118 du 6 décembre 2013, l'hôpital était le seul lieu possible pour accoucher légalement (en dehors d'une situation d'urgence). L'ouverture des maisons de naissance concerne un nombre de femme extrêmement restreint car seul neuf lieux sont entrés dans la phase d'expérimentation. 99 % des accouchements se déroulent en secteur hospitalier.
3. Je remercie chaleureusement les évaluateurs anonymes, Michela Villani, ainsi que les membres du groupe d'écriture scientifique du réseau « Québec, sciences sociales et santé » : Tarik Benmarhnia, Baptiste Godrie, Gabriel Girard, Annie Larouche et Pierre Minn pour leurs relectures et commentaires dont cet article a bénéficié.
4. Le nom de la maternité est un nom d'emprunt afin de garantir l'anonymat du lieu d'enquête.
5. Ces chiffres proviennent de statistiques internes à l'établissement concernant les accouchements de l'année civile 2013. Afin de respecter l'anonymat du lieu d'enquête, la source exacte ne peut être ici mentionnée.
6. À partir de ses voyages effectués dans l'ex Union Soviétique et l'observation des techniques élaborées par Dick-Read, le Docteur Lamaze met sur pied une préparation spécialisée qui serait apte à déconditionner l'acquis culturel d'un accouchement douloureux (Michaels, 2014, 27-44).

7. Les décrets de périnatalités (débutés en 1998) ont classé les maternités françaises en trois niveaux de spécialisation. Les maternités de niveau 3 sont *a priori* conçues pour accueillir les grossesses et accouchements pathologiques et possèdent à ce titre des services de réanimation maternelle et néonatale. Les maternités de niveau 2 sont des maternités intermédiaires possédant un service de néonatalogie techniquement plus restreint que les niveaux 3, mais permettant d'accueillir des grossesses et accouchements dont les pathologies sont modérées.

8. Doris, 36 ans, Dessinatrice *freelance*, deuxième enfant, 10 mars 2014 ; Sylvia 34 ans, concertiste, premier enfant, 12 avril 2014 ; Lisa, 32 ans, cadre, premier enfant, 21 octobre 2013 ; Laura, 36 ans, traductrice, deuxième enfant, 16 octobre 2013.

9. Léa 30 ans, psychologue, premier enfant, 14 octobre 2013.

10. Alice, 27 ans, sage-femme, 7 janvier 2014.

11. Extraits journal de terrain, Observation en salle de naissance maternité Du Coudray, 12 février, 2 et 13 avril 2014.

12. Recommandé dans le rapport Mattei de 2003 (plan de périnatalité 2005-2007) et par la Haute Autorité de Santé en 2005, le projet de naissance est un document rédigé personnellement, que peuvent fournir les parents aux professionnel-le-s de santé. Dans ce document, il s'agit pour les femmes ou couples d'explicitier leurs souhaits concernant leur prise en charge par les établissements et professionnel-le-s de santé, principalement en vue de l'accouchement et de la prise en charge postnatale.

13. Extrait journal de terrain, Observations en salle de naissance maternité Du Coudray, 7 et 18 janvier, 12 février, 4 et 26 mars, 2 et 13 avril 2014.

14. L'étude faite par Jérôme Camus sur le traitement différencié des usagères concernant l'apprentissage des normes de maternages dans deux maternités françaises montre que les mères les plus modestes font l'objet des prescriptions les plus explicites.

RÉSUMÉS

En France, aujourd'hui près de 80 % des femmes accouchent avec une anesthésie péridurale. Or cette médicalisation massive du soulagement des douleurs de l'accouchement ne fait pas l'unanimité. Cet article montre que l'usage de l'anesthésie péridurale constitue à la fois un outil technique de soulagement de la douleur et un outil de régulation sociale du comportement des femmes lors de l'accouchement. À partir d'une analyse fondée sur une série d'observations et d'entretiens en maternité hospitalière, l'article expose comment le soulagement des douleurs des femmes lors de l'enfantement est soumis à une discipline médicale et sociale. Cette discipline s'opère par les femmes elles-mêmes, mais également par une organisation normative du travail des professionnel-le-s de santé. Ces régulations médicales et sociales du soulagement des douleurs de l'accouchement participent à la construction d'une maternité émotionnellement normée et révèlent des enjeux sociaux conséquents : identitaires pour les femmes et professionnels pour les sages-femmes.

In France, 80 % of women that are giving birth use epidural anesthesia. However, not everyone agrees on such medicalization of the childbirth-related pain's alleviation. This article shows that the use of epidural anesthesia can be analyzed both as technical tool for the relief pain and a tool for behavioral social control of women during childbirth. Using an analysis of both observations and interviews conducted in a maternity ward, this article aims at highlighting how the relief of

women's pain during childbirth is driven by medical and social norms. Both the women themselves and the organization of healthcare work participate in enacting these norms. Such medical and social norms thus contribute to the production of a standardised emotional maternity revealing identity-related issues for the women and work-related issues for the midwives.

INDEX

Mots-clés : douleur, médicalisation, accouchement, femmes, sages-femmes

Keywords : pain, medicalization, childbirth, women, midwives

AUTEUR

MAUD ARNAL

Doctorante en sociologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Cermes3 (UMR8211-U988)
et IRIS (UMR8156-U997)

maud.arnal.contact@gmail.com