

REPRESENTATION SOCIALE, EVALUATION ET CROYANCE DANS UN CAS D'ACCOUCHEMENT SOUS ANESTHESIE PERIDURALE*

NADINE PAUME

et

JEAN-PIERRE DECONCHY

Université de Paris-X, Nanterre, France

Sommaire: La représentation de l'accouchement inclue probablement celle de la souffrance de la mère. Une évaluation latente voudrait qu'il n'y a d'accouchement "normal", pour tous les interacteurs, que si la mère souffre. Une croyance irait dans le sens qu'un accouchement sans souffrance aurait des conséquences négatives sur l'avenir physiologique et psychologique des interacteurs. Une quasi-expérimentation, extraite d'un ensemble de quatre recherches, travaille à établir ces stratégies cognitives.

A 240 jeunes femmes (étudiantes non-scientifiques et salariées), âgées de 18 à 25 ans et n'ayant pas d'enfant, on a présenté le cas d'une future et proche parturiente. Celle-ci allait accoucher sous ou sans anesthésie péridurale: celle-ci étant présentée comme une anesthésie de confort, indépendamment de signe clinique fâcheux (Facteur P); elle connaîtrait son premier ou son troisième accouchement (les deux précédents sans péridurale) (Facteur A); la décision des modalités de l'accouchement ayant été prise par le gynécologue ou par la femme elle-même (Facteur D). On fait établir le "profil" de la mère, pronostiquer les suites (physiologiques et psycho-psychologiques) de l'accouchement sur la mère et sur l'enfant. A facteur simple, le profil de la mère est d'autant plus désavantageux (sauf pour la probabilité de sa "beauté") qu'il y a eu recours à la péridurale, qu'elle en est à son premier accouchement, que la décision a été prise par le gynécologue. L'avenir physiologique et psycho-relationnel de la mère et de l'enfant est d'autant plus inquiétant qu'il y a eu recours à la péridurale, qu'elle en est à son premier accouchement (tendanciellement), que la décision a été prise par le gynécologue (tendanciellement). A interaction simple, et seulement pour les pronostics d'avenir (mère et enfant), la situation est d'autant plus inquiétante que la péridurale a été décidée par la mère ou que la "non"-péridurale a été décidée par le gynécologue. Cette interaction renvoie, à l'évidence, à la représentation et à l'évaluation de deux claviers de prises de décision. (Jean-Pierre Deconchy est responsable de la recherche. Toute publication devrait être faite, dans l'ordre, sous les noms de Nadine Paumé et de Jean-Pierre Deconchy).

Summary: The social representation of childbirth probably includes the suffering of the mother. An implicit evaluation seems to point out that there is no "normal" childbirth, for all the interactors, unless the mother suffers. A belief

would go along the lines that childbirth without suffering could have consequences on the physiological and psychological future of the interactors. A quasi-experimentation, taken from a group of four research programs, is working to establish these cognitive progresses.

240 young women (wage earners and non-scientific students) aged from 18 to 25 years old, old, and not having borne children, were presented with the case of a future and imminent parturient. The woman was to give birth with or without an epidural anaesthesia: this anaesthesia was presented as an anaesthesia practiced for the patient's comfort, regardless of any unfortunate clinical signs (factor A); this would be her first or third childbirth (factor B); the decision concerning the modes of childbirth had either been taken by the gynaecologist or by the mother herself (factor C). We have the "profile" of the mother drawn up, and establish a forecast of the (physiological and psychopsychological) after-effects, the childbirth has on the mother and the child. With main effects, the profile of the mother is all the more unfavourable when an epidural anaesthesia has been carried out, and when it is her first childbirth, and when the decision has been taken by the gynaecologist. The physiological and psychorelational future of the mother and child is all the more worrying when an epidural has been carried out, and when it is her first childbirth (tendentiously), and when the decision has been taken by the gynaecological (tendentiously). With two way interactions, and only for the future forecasts (mother and child), the situation is all the more worrying if the epidural has been decided on by the mother or if the "non" epidural childbirth has been decided on by the gynaecologist. This interaction, quite obviously, refers to the representation and the evaluation of two levels of decision making. (Jean-Pierre Deconchy is responsible for the research. The names of Nadine Paumé and of Jean-Pierre Deconchy should be mentioned in that order in all publications).

MISE EN PLACE THEORIQUE

STRATÈGES D'ANALYSE

La *représentation* de l'accouchement, telle qu'elle est *socialement et culturellement* portée par nos sociétés, inclut probablement celle de la souffrance de la parturiente. On pourrait, ici, évoquer un certain nombre de considérations attestées par les systèmes idéologiques et religieux les plus dominants et les plus disponibles.

L'*évaluation*, au moins implicite, des modalités de l'accouchement intègre ainsi probablement l'idée qu'il n'y a d'accouchement *normal* que si la parturiente souffre.

Une *croyance*, dans ce cas, pourrait aller dans le sens qu'un accouchement sans souffrance aurait des effets relativement délétères sur l'image de la parturiente et relativement désastreux sur le pronostic de l'avenir psychologique et biologique de la mère et sur l'avenir de l'enfant dont elle accouchera.

HYPOTHÈSES

L'alternative non-souffrance/souffrance de la parturiente pourrait être traduite par le fait que l'on recourre ou que l'on ne recourre pas à une anesthésie: on pensera en particulier à l'anesthésie péridurale. Le recours effectif à ce type d'anesthésie pourrait alors correspondre, en vertu de la représentation, de l'évaluation et de la croyance que l'on vient d'évoquer, à une *dépréciation* du profil psychologique de la mère et, de façon plus

paradoxe, à un *pronostic* plus fâcheux quant à son avenir psycho-biologique et quant à l'avenir de son enfant.

Le recours à l'anesthésie péridurale, -quand il n'est pas rendu nécessaire par un tableau clinique négatif- relève, en pratique, d'une sorte de négociation entre la parturiente et le médecin gynécologue. On a suffisamment montré que, dans nos sociétés, l'internalité intervient à titre de norme (Jellison et Green, 1981; Beauvois, 1984; Beauvois et Dubois, 1989; Dubois, 1987, 1988a, 1988b; Dubois et Le Poulter, 1993) pour que l'on puisse penser que, dans une situation d'accouchement, le fait que la parturiente en choisisse elle-même les modalités contribue à lui donner un profil psychologique plus flatteur et à induire un pronostic plus favorable quant à son avenir psycho-biologique et à celui de son enfant. Toutefois, on le sait, l'évaluation tend à être plus interne quand il s'agit d'opérations perçues comme positives ou comme performantes et tend à être plus externe quand il s'agit d'opérations perçues comme négatives ou comme non performantes. Dans la mesure où le recours à l'anesthésie péridurale peut être perçu comme enfreignant une norme au moins de convenance, on peut penser que les effets de la norme d'internalité (en faveur d'une décision prise par la future parturiente) interféreront avec le type de décision qu'elle a prise (ou qu'elle a entérinée) en ce qui concerne les modalités de l'accouchement (sous ou sans anesthésie péridurale). Ces effets pourraient se cumuler avec ceux qui seraient suscités par ce que l'on a appelé l'"illusion de contrôle" (Langer, 1975), pour moduler le pronostic de l'avenir psycho-biologique de la mère et de l'enfant (Aebischer, Aubry et Luquet, 1992).

Les effets "conjuratoires", "incantatoires" ou "initiatoires" de la souffrance ont déjà été étudiés, même expérimentalement (Walster, Aronson et Brown, 1966; Curtis, Rietdorf et Ronell, 1980). Des résultats obtenus, on peut au moins penser qu'avoir "déjà" souffert amène le sujet à trouver convenable de ne plus avoir à le faire; de son côté, l'observateur, pourra mieux accepter que le sujet ne souffre pas une nouvelle fois. L'anesthésie, -en l'occurrence péridurale-, devrait donc être mieux supportée quand la parturiente n'en est pas à son premier accouchement.

Ces hypothèses générales servent de cadre à l'élaboration du plan expérimental.

EXPERIMENTATION

PLAN EXPERIMENTAL

Scénario de base. L'expérimentatrice se présente comme enquêtant sur "les effets possibles de diverses interventions dans des secteurs médicaux variés": le thème particulier proposé aux sujets ("la femme et l'accouchement") est évoqué comme l'un des sujets de réflexion qui font partie de cet ensemble. Les sujets reçoivent un extrait de l'interview de Madame Christine P., âgée de 28 ans et enceinte de sept mois et demi. On n'évoque pas son statut de couple.

Cet interview comporte, dans tous les cas, les éléments suivants: 1) l'interviewée fait état de la date prochaine de son accouchement ("... dans un mois..."); 2) elle dit que sa "grossesse s'est bien passée" et que le "gynécologue a prévu que l'accouchement se passerait certainement bien"; 3) qu'elle "a entendu parler de l'anesthésie péridurale" (dont on précise aux sujets, en note hors texte d'interview, qu'il s'agit d'une "piqûre effectuée dans le bas du dos, au niveau de la colonne vertébrale, qui permet de supprimer les

sensations douloureuses dues à l'accouchement"); 4) qu'elle sait "qu'il n'y a aucune contre-indication à ce qu'elle l'utilise". C'est sur ce fond textuel commun que vont se greffer des informations variables.

Le plan expérimental. *Les variables indépendantes: Facteur A.* La future parturiente a donc entendu parler de la péridurale, de ses effets, de l'absence de contre-indication avec sa propre situation: situation qui, par ailleurs, ne pose pas de problème médical particulier. Elle annonce qu'elle accouchera sous péridurale (sans souffrance) (A_1) ou sans péridurale (avec souffrance probable) (A_2).

Facteur B. La future parturiente, après avoir dit qu'elle accouchera dans un mois, annonce qu'il s'agira de son premier enfant (B_1) ou de son troisième enfant (B_2). Dans ce dernier cas, elle ne dit pas quelles ont été les modalités sous lesquelles elle a accouché les deux fois précédentes (anesthésie ou non-anesthésie).

Facteur C. La future parturiente a entendu parler de la péridurale, de ses effets, de l'absence de contre-indication avec sa propre situation. Elle annonce, en ce qui concerne la modalité de son accouchement, qu'elle l'a choisie elle-même (C_1) ou que c'est le gynécologue qui en a pris la décision (C_2).

Nous nous trouvons ainsi devant un plan expérimental de type $S <A_2 * B_2 * C_2>$.

Les variables dépendantes: Sur la base de trois courtes séries de questions, à chacune desquelles est associée une échelle de type Likert (-3/+3, sans case 0), on demande aux sujets de dresser *un profil psychologique de la mère* (Madame Christine P.), de faire un pronostic à propos de ce que l'on pourrait appeler *son avenir psycho-biologique* ainsi qu'à propos de *l'avenir psycho-biologique de son futur enfant*.

Le profil psychologique de la mère (Q₁ à Q₈). On demande successivement au sujet s'il imagine Christine P. comme une "femme douce" (Q₁: ultérieurement évoqué dans ce texte par le mot *douceur*), "égoïste" (Q₂: *égoïsme*), "dévouée" (Q₃: *dévouement*), "de santé fragile" (Q₄: *santé*), "qui mène une vie équilibrée" (Q₅: *équilibre de vie*), "qui a le sens des valeurs morales" (Q₆: *moralité*), "insouciant" (Q₇: *insouciance*), "qui a réellement désiré son enfant" (Q₈: *désir d'enfant*). Quand le sujet "imagine" Christine P. tout à fait conforme à cet énoncé, il marque la case +3 de l'échelle; quand il l'imagine tout à fait dans le sens contraire, il en marque la case -3. Il peut nuancer son accord ou son désaccord.

L'avenir psycho-biologique de la mère (Q₉ à Q₁₄). On demande successivement au sujet si, selon lui, après l'accouchement, Christine P. pourra rencontrer des difficultés au niveau "de l'allaitement de son bébé" (Q₉: *allaitement*), "des relations sexuelles avec son mari" (Q₁₀: *sexualité*), "de la possibilité d'avoir un autre enfant" (Q₁₁: *stérilité*), de "fréquentes périodes d'anxiété" (Q₁₂: *anxiété*), des lenteurs "pour s'attacher à son bébé" (Q₁₃: *attachement à l'enfant*), un manque "de confiance en elle" (Q₁₄: *confiance en soi*). Quand le sujet a un pronostic totalement pessimiste, il marque la case +3 de l'échelle; quand il a un pronostic totalement optimiste, il marque la case -3 de l'échelle. Il peut nuancer, son pronostic dans les cases intermédiaires.

L'avenir psycho-biologique de l'enfant (Q₁₅ à Q₂₀). On demande successivement au sujet si, selon lui, l'enfant qui naîtra sera un bébé "fragile au niveau de ses fonctions vitales: asthme, tachycardie, etc..." (Q₁₅: *fonctions vitales*), "aux rythmes biologiques perturbés: sommeil agité, appétit capricieux, etc..." (Q₁₆: *rythme biologique*), "ayant des difficultés au niveau de la coordination de ses mouvements" (Q₁₇: *motricité*), "peu enclin aux démonstrations affectueuses" (Q₁₈: *affectivité*), "de caractère difficile" (Q₁₉: *caractère*), "de tempérament renfermé" (Q₂₀: *communication*). Quand le sujet a un

TABLEAU 1
Profil psychologique de la mère

		A1							
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
B1	C1	2.73	2.17	4.13	2.97	3.10	4.13	2.10	2.70
	C2	2.97	2.13	3.70	3.37	2.77	4.10	2.17	2.37
B2	C1	2.50	1.90	2.87	2.67	2.20	3.23	2.23	1.77
	C2	2.70	1.77	2.63	2.83	2.47	3.43	2.77	2.40
		A2							
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
B1	C1	2.77	1.33	2.97	1.60	2.40	2.87	1.43	1.63
	C2	2.70	2.17	2.80	2.83	2.73	3.13	2.47	2.33
B2	C1	2.77	1.43	2.37	1.77	2.23	2.97	1.53	1.37
	C2	2.37	1.87	2.27	1.90	2.43	2.80	1.13	1.70

Facteur A: Modalité de l'accouchement (A1=sous péridurale; A2=sans péridurale).

Facteur B: Rang de l'accouchement (B1=premier accouchement; B2=troisième accouchement).

Facteur C: Agent de décision (C1=la future mère; C2= e gynécologue).

(Q1=douceur; Q2=égoïsme; Q3=dévouement; Q4=santé; Q5=équilibre de vie; Q6=sens moral; Q7=insouciance; Q8=désir d'enfant).

pronostic totalement pessimiste, il marque la case +3 de l'échelle; quand il a un pronostic totalement optimiste, il marque la case -3 de l'échelle. Il peut nuancer son pronostic dans les cases intermédiaires.

La population. Nous avons travaillé sur une population de 240 personnes. Il s'agissait de jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans, étudiantes en Brevet de Technicien Supérieur en Tourisme et en Hôtellerie, toutes célibataires et n'ayant jamais été enceintes.

RESULTATS

On présentera les résultats et on les analysera à partir des différentes évaluations obtenues (*Tableau 1*: Profil psychologique de la mère; *Tableau 2*: Avenir psychobiologique de la mère; *Tableau 3*: Avenir psycho-biologique de l'enfant), et à partir des ANOVAS, établies question par question et, pour l'instant, sans "regroupement" dans des mesures globales de types MANOVA. En préalable au traitement, on a inversé les réponses à certaines échelles, pour que les scores les plus élevés correspondent aux évaluations les plus négatives et aux pronostics les plus pessimistes (Inversion des réponses aux questions 1, 3, 5, 6, 8).

FACTEURS SIMPLES

D'une façon générale, ils sont assez différenciateurs.

a) En ce qui concerne le *Facteur A* (accouchement sous péridurale: A1; sans péridurale: A2).

TABLEAU 2
Avenir psycho-biologique de la mère.

		A ₁					
		Q ₉	Q ₁₀	Q ₁₁	Q ₁₂	Q ₁₃	Q ₁₄
B ₁	C ₁	2.93	2.63	2.70	3.87	2.60	3.50
	C ₂	2.70	2.13	2.17	3.37	2.03	3.27
B ₂	C ₁	2.77	2.17	2.07	3.37	2.07	3.20
	C ₂	2.67	1.67	2.20	3.40	2.13	2.83
		A ₂					
		Q ₉	Q ₁₀	Q ₁₁	Q ₁₂	Q ₁₃	Q ₁₄
B ₁	C ₁	1.97	1.73	1.73	2.97	1.67	2.17
	C ₂	2.50	2.30	2.70	3.77	2.60	3.47
B ₂	C ₁	1.77	1.77	2.30	2.70	1.50	1.73
	C ₂	2.67	2.13	2.37	3.33	2.13	2.20

Facteur A : Modalité de l'accouchement (A1 = sous péridurale; A2 = sans péridurale).

Facteur B : Rang de l'accouchement (B1 = premier accouchement; B2 = troisième accouchement).

Facteur C : Agent de décision (C1 = la future mère; C2 = le gynécologue).

(Q9 = allaitement; Q10 = sexualité; Q11 = stérilité; Q12 = anxiété; Q13 = attachement à l'enfant; Q14 = confiance en soi).

Pour ce qui est du *profil psychologique de la mère* (Q₁ à Q₈) (Tableaux 1 et 4), il est d'autant plus dévalorisé qu'elle a accouché sous péridurale) (quel que soit le rang de l'accouchement, et quel que soit l'acteur de la décision): ceci pour *toutes* les cibles d'évaluation et de façon significative pour cinq d'entre elles (Q₃: *dévouement*: $M_1 = 3.33$ et $M_2 = 2.60$, $F(1,232) = 16.32$, $p < .0001$; Q₄: *santé*: $M_1 = 2.96$ et $M_2 = 2.03$, $F(1,232) = 21.96$, $p < .0001$; Q₆: *moralité*: $M_1 = 3.72$ et $M_2 = 2.94$, $F(1,232) = 16.76$, $p < .0001$; Q₇: *insouciance*: $M_1 = 2.32$ et $M_2 = 1.84$, $F(1,232) = 6.71$, $p < .001$; Q₈: *désir d'enfant*: $M_1 = 2.31$ et $M_2 = 1.76$, $F(1,232) = 8.24$, $p < .005$).

Pour ce qui est de *l'avenir psycho-biologique de la mère* (Q₉ à Q₁₄) (Tableaux 2 et 4), le pronostic tend à être d'autant plus défavorable qu'elle a accouché sous péridurale: ceci pour *toutes* les cibles de pronostic et de façon significative pour deux d'entre elles (Q₉: *allaitement*: $M_1 = 2.77$ et $M_2 = 2.22$, $F(1,232) = 8.29$, $p < .004$; Q₁₄: *confiance en soi*: $M_1 = 3.20$ et $M_2 = 2.39$, $F(1,232) = 15.35$, $p < .0002$).

Pour ce qui est de *l'avenir psycho-biologique de l'enfant* (Q₁₅ à Q₂₀) (Tableau 3 et 4), le pronostic tend lui aussi à être d'autant plus défavorable que la mère a accouché sous péridurale: ceci pour *toutes* les cibles de pronostic, mais de façon significative seulement pour l'une d'entre elles (Q₁₇: *motricité*: $M_1 = 2.17$ et $M_2 = 1.82$, $F(1,232) = 4.59$, $p < .03$).

On peut donc dire que le fait que l'accouchement a été réalisé sous péridurale -sans souffrance- a suscité des évaluations (Q₁-Q₈) et des pronostics (Q₉-Q₂₀) plus défavorables.

TABLEAU 3
Avenir psycho-biologique de l'enfant.

		A1					
		Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20
B1	C1	2.57	2.83	2.63	2.73	2.73	2.73
	C2	2.10	2.53	2.10	1.80	2.00	1.90
B2	C1	2.17	1.90	1.87	2.00	1.93	2.27
	C2	1.63	2.03	2.07	2.00	2.40	2.23
		A2					
		Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20
B1	C1	1.57	2.00	1.50	1.30	1.57	1.40
	C2	2.20	2.73	2.27	2.17	2.63	2.77
B2	C1	1.57	1.77	1.43	1.60	2.00	1.90
	C2	2.50	2.40	2.07	2.37	3.17	2.37

Facteur A: Modalité de l'accouchement (A1=sous péridurale; A2=sans péridurale).

Facteur B: Rang de l'accouchement (B1=premier accouchement; B2=troisième accouchement).

Facteur C: Agent de décision (C1=la future mère; C2=le gynécologue).

(Q15=fonctions vitales; Q16=rythme biologique; Q17=motricité; Q18=affektivité; Q19=caractère; Q20=communication).

b) En ce qui concerne le *Facteur B* (premier accouchement: B1; troisième accouchement: B2).

Pour ce qui est du *profil psychologique de la mère* (Q₁ à Q₈) (Tableaux 1 et 4), il est d'autant plus valorisé qu'elle en est à son troisième accouchement (que le prochain accouchement ait lieu ou non sous péridurale, et quel que soit l'acteur de la décision): ceci pour *toutes* les cibles d'évaluation, et de façon significative pour cinq d'entre elles (Q₃: *dévouement*: $M_1 = 3.40$ et $M_2 = 2.53$, $F(1,232) = 22.79$, $p < .0001$; Q₄: *santé*: $M_1 = 2.69$ et $M_2 = 2.29$, $F(1,232) = 4.03$, $p < .04$; Q₅: *équilibre de vie*: $M_1 = 2.75$ et $M_2 = 2.33$, $F(1,232) = 5.21$, $p < .02$; Q₆: *moralité*: $M_1 = 3.56$ et $M_2 = 3.11$, $F(1,232) = 5.33$, $p < .01$; Q₈: *désir d'enfant*, $M_1 = 2.26$ et $M_2 = 1.81$, $F(1,232) = 5.52$, $p < .01$).

Pour ce qui est de *l'avenir psycho-biologique de la mère* (Q₉ à Q₁₄) (Tableaux 2 et 4), le pronostic tend à être d'autant plus favorable qu'elle en est à son troisième accouchement: ceci pour *toutes* les cibles de pronostic et de façon significative pour l'une d'entre elles (Q₁₄: *confiance en soi*: $M_1 = 3.10$ et $M_2 = 2.49$, $F(1,232) = 8.69$, $p < .003$).

Pour ce qui est de *l'avenir psycho-biologique de l'enfant*, (Q₁₅ à Q₂₀) (Tableaux 3 et 4), le pronostic tend lui aussi à être d'autant plus favorable que sa mère en est à son troisième accouchement, mais seulement pour les aspects "biologiques" de cet avenir: fonctions vitales (Q₁₅), motricité (Q₁₇) et surtout *rythmes biologiques* (Q₁₆: $M_1 = 2.53$ et $M_2 = 2.03$, $F(1,232) = 7.77$, $p < .005$).

A facteur simple, le fait que la mère en est à son troisième accouchement (que celui-ci soit sous ou sans péridurale) est donc un facteur positif dans l'évaluation de son profil, dans le pronostic de son avenir psycho-biologique et de celui de son enfant. On peut déjà y voir -avant l'examen des interactions- une marque de la "valeur" accordée aux

TABLEAU 4

ANOVAS, toutes questions (profil psychologique de la mère; Avenir psycho-biologique de la mère; Avenir psycho-biologique de l'enfant). (ddl = 1,232).

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
A		3.24 (.07)	16.32 (.0001)	21.96 (.0001)		16.76 (.0001)	6.71 (.001)	8.24 (.005)	8.29 (.004)	
B			22.79 (.0001)	4.03 (.04)	5.21 (.02)	5.33 (.01)		5.52 (.01)		
C		2.88 (.08)		5.89 (.01)			7.69 (.005)	3.03 (.07)		
A*B			2.73 (.09)		3.04 (.07)	3.04 (.07)				
A*C		4.89 (.02)							5.51 (.02)	7.39 (.007)
B*C				2.80 (.09)						
A*B*C								3.03 (.07)		
	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20
A				15.35 (.0002)			4.59 (.03)	2.70 (.09)		
B				8.69 (.003)		7.77 (.005)	2.66 (.09)			
C						2.80 (.09)	2.66 (.09)		7.39 (.007)	
A*B					3.07 (.07)				3.57 (.05)	
A*C	3.04 (.07)	4.66 (.03)	6.75 (.009)	8.22 (.004)	14.84 (.0002)	4.57 (.03)	7.03 (.008)	14.72 (.0002)	11.94 (.0008)	14.48 (.0003)
B*C									3.23 (.07)	
A*B*C	3.63 (.05)									5.74 (.01)

Facteur A: Modalité de l'accouchement (A1=sous péridurale; A2= ans péridurale).

Facteur B: Rang de l'accouchement (B1=premier accouchement; B2=troisième accouchement).

Facteur C: Agent de décision (C1= a future mère; C2=le gynécologue).

maternités nombreuses, dans le cadre de systèmes idéologiques où la représentation de la femme est étroitement liée à celle de la mère.

c) En ce qui concerne le *Facteur C* (décision prise par la future mère: C₁; décision prise par le gynécologue: C₂).

Pour ce qui concerne *le profil psychologique de la mère* (Q₁ à Q₈) (Tableaux 1 et 4), il est d'autant plus dévalorisé que la décision des modalités de l'accouchement a été prise par le gynécologue et non par la mère elle-même (quelles que soient ces modalités et quel que soit le rang de l'accouchement): ceci pour *toutes* les cibles d'évaluation, de façon

presque significative pour l'*égoïsme* et pour le *désir d'enfant*; de façon significative pour la *santé* (Q₄: $M_1 = 2.25$ et $M_2 = 2.73$, $F(1,232) = 5.89$, $p < .01$) et pour l'*insouciance* ($M_1 = 1.83$ et $M_2 = 2.33$, $F(1,232) = 7.69$, $p < .005$). Incontestablement, ce que l'on appelle la norme d'internalité a joué en faveur du profil de la mère qui a décidé elle-même de son sort, plutôt que de laisser le gynécologue prendre la décision.

Pour ce qui concerne *l'avenir psycho-biologique de la mère et celui de l'enfant* (Q₉ à Q₁₄; Q₁₅ à Q₂₀) (Tableaux 2, 3 et 4), les effets bénéfiques de cette norme jouent pour *tous* les niveaux de pronostic, mais jamais de façon significative (sauf pour le *caractère de l'enfant*: Q₁₉: $M_1 = 2.06$ et $M_2 = 2.55$, $F(1,232) = 7.39$, $p < .007$). On verra que, pour ces deux séries de diagnostic, ce *Facteur C* entre presque toujours en interaction avec le *Facteur A* (modalité de l'accouchement).

INTERACTIONS SIMPLES

a) A consulter les ANOVAS (Tableau 4), on constate que le *Facteur A* (modalité de l'accouchement) d'une part, le *Facteur C* (agent de décision) d'autre part, n'entrent pas significativement en interaction avec le *Facteur B* (rang de l'accouchement).

b) Il en va tout autrement pour *l'interaction A*C*, entre les modalités de l'accouchement (avec ou sans péridurale) et l'agent de décision (la mère ou le gynécologue). L'analyse de cette interaction peut introduire des interprétations relativement éclairantes.

Pour ce qui concerne *le profil psychologique de la mère*, les *Facteurs A* et *C* n'entrent jamais en interaction significative: sauf pour *l'égoïsme* (Q₂: $F(1,232) = 4.89$, $p < .02$), dont on remarquera qu'il n'a jamais introduit d'évaluations significativement différentes à *Facteurs simples*, quel que soit ce *Facteur simple*. En ce qui concerne le profil psychologique de la mère -hormis cette cible particulière- il est *cumulativement* et non *interactivement* dévalué par le fait qu'elle accouche sous péridurale *et* par le fait qu'elle laisse au gynécologue le soin de décider les modalités de l'accouchement.

Il en va autrement en ce qui concerne *l'avenir psycho-biologique de la mère et celui de l'enfant*. Pour le *premier* (avenir de la mère), pratiquement toutes les cibles introduisent des interactions *A*C* significatives (Q₉: $F(1,232) = 5.51$, $p < .02$; Q₁₀: $F(1,232) = 7.39$, $p < .007$; Q₁₂: $F(1,232) = 4.66$, $p < .03$; Q₁₃: $F(1,232) = 6.75$, $p < .009$; Q₁₄: $F(1,232) = 8.22$, $p < .004$), alors que, à *Facteurs simples*, les écarts significatifs étaient relativement rares. L'analyse des matrices, cible par cible, fait apparaître que ces interactions renvoient toutes à un même modèle. Les pronostics *les plus optimistes* correspondent aux situations où la mère accouche *sous péridurale en entérinant la décision du gynécologue* et où la mère accouche *sans péridurale en le décidant elle-même*: le second cas de figure, étant toutefois, toujours "préférable" au premier.

Pour le *second* (avenir de l'enfant), toutes les cibles introduisent des interactions *A*C* significatives (Q₁₅: $F(1,232) = 14.84$, $p < .0002$; Q₁₆: $F(1,232) = 4.57$, $p < .03$; Q₁₇: $F(1,232) = 7.03$, $p < .008$; Q₁₈: $F(1,232) = 14.72$, $p < .0002$; Q₁₉: $F(1,232) = 11.94$, $p < .0008$; Q₂₀: $F(1,232) = 14.48$, $p < .0003$). L'analyse des matrices, cible par cible, fait apparaître le même modèle que celui dont nous avons fait état à propos de l'avenir psycho-biologique de la mère.

DISCUSSION

On peut l'organiser autour de trois axes de réflexion.

1.- Le premier renvoie évidemment à l'*analyse de l'interaction* entre la modalité de l'accouchement douloureux ou non (*Facteur A*) et l'acteur de la décision en faveur de l'une ou l'autre de ces modalités (*Facteur C*). (On remarquera, à nouveau que le rang de l'accouchement -*Facteur B*- n'entre jamais en interaction avec un autre facteur, sauf - occasionnellement pour Q₁₁ et Q₂₀- en une interaction double, que nous n'avons pas su décrypter).

Pour ce qui est du profil psychologique de la mère, c'est-à-dire des attributions explicitement *internes* qu'on effectue à son propos, en termes de *traits*, les modalités des *Facteurs A* et *C* sont *cumulatives*: quand un accouchement se fait sous péridurale, ces attributions internes sont négatives; quand la parturiente n'a pas décidé elle-même, ces attributions internes sont également négatives; quand la mère accouche sous péridurale décidée par le gynécologue, ces attributions internes sont "encore plus négatives". S'entremêlent ici deux systèmes d'évaluation (aux effets cumulatifs) dont les articulations restent à élucider: il est "socialement désirable" que la femme souffre; il est "socialement désirable" qu'elle décide de son propre sort: le tout au niveau de la représentation de son profil psychologique, construit -si l'on peut dire- par voie d'attribution interne.

Le pronostic sur l'*avenir psycho-biologique de la mère et de l'enfant*, une fois que - accouchement fait- ils sont, si l'on peut dire, "lâchés dans la vie", articule l'internalité de la mère (celle de l'enfant n'étant pour l'instant que potentielle) et l'externalité des circonstances de cet avenir. Là, les modèles se coagulent autrement. *Globalement*: les pronostics sont d'autant plus favorables que la mère *décide elle-même d'accoucher en souffrant* (internalisant ainsi une contrainte de l'espèce telle qu'elle est idéologiquement formulée de façon dominante); et, un peu en deçà, que la mère *laisse décider par un autre le fait qu'elle ne souffrira pas*, laissant ainsi à un agent externe la responsabilité que la norme idéologique ne soit pas respectée. Plus *spécifiquement*, on remarquera que ce modèle -identique pour l'avenir psycho-biologique de la mère et pour celui de l'enfant- n'a pas un arrière-fond homogène à facteur simple. Pour le pronostic sur l'avenir psycho-biologique de la mère, cette interaction A*C prend forme sans que ces modalités interviennent: on se demande alors si ce type de structure ne réfracte pas le niveau "interne" où se situe alors le pronostic. Par contre, pour celui qui porte *sur l'avenir psycho-biologique de l'enfant* qui, au niveau de la représentation, ne dépend pas directement du profil de sa mère, moins encore que l'avenir psycho-biologique de celle-ci, les facteurs simples restent actifs: représentation de causalités externes et relativement indépendantes des situations?

2.- Il est incontestable que, sur les 20 cibles que nous avons évoquées jusqu'ici, les résultats sont consistants, dans le sens des hypothèses annoncées. Nous avons *délibérément* mis entre parenthèses les évaluations suscitées par une question -que l'on siglera B- d'abord insérée parmi celles qui renvoyaient au "profil psychologique de la mère". Nous avons, en effet, demandé d'évaluer sa "*beauté*": cible d'évaluation qui ne renvoie pas aux dispositions *internes* de la mère mais à l'un de ses descriptifs incontestablement valorisés.

Si l'on persistait à insérer cette "*beauté*" de la mère dans une évaluation de son profil psychologique, on constaterait que, par rapport aux relations précédemment établies: la mère tend à être d'autant plus "belle" qu'elle a accouché sans souffrance ($M_1 = 3.61$ et $M_2 = 3.31$, $F(1,232) = 2.87$, N.S.); qu'elle a laissé prendre la décision par le gynécologue en

ce qui concerne les modalités de son accouchement ($M_1 = 3.68$ et $M_2 = 3.24$, $F(1,232) = 5.98$, $p < .01$). Au niveau des interactions, il n'y a rien de spécial à constater ni à évoquer.

Autrement dit, une autre image se profile, encore insuffisamment étayée, sur la base d'indices qui restent à établir. La "*beauté*" de la mère aurait les mêmes fonctions, éventuellement alternatives ou contradictoires, que ce que, d'une certaine façon, on pourrait appeler sa "*moralité*": dont la représentation renverrait, elle, à des attributions internes. Dans ce cas, un jeu de représentations ("*beauté*"/"*moralité*") pourrait être référé à un autre clavier d'attributions (interne/externe).

3.- Ce préjugé non seulement favorable mais "exigé" pour l'acte médical douloureux pourrait être renvoyé aux effets généraux d'une culture globale de genre "doloriste". Il n'est pas impossible, en effet, que les conséquences d'une intervention chirurgicale ne soient considérées comme d'autant plus favorables que cette intervention ait été vécue dans la douleur: auquel cas, les résultats que nous avons présentés seraient une simple particularisation d'un effet de préjugé général. A 96 jeunes femmes ayant les mêmes caractéristiques que celles sur lesquelles nous avons précédemment travaillé, nous avons donc présenté une technique chirurgicale fictive opérant sur les voies utérines: cette technique visait à ouvrir les voies soit à l'extraction d'un fibrome, soit à l'extraction d'un fœtus humain. Mesurées sur diverses cibles biologiques, les conséquences de cette même intervention ont été évaluées comme d'autant plus négatives qu'il s'agissait du passage d'un fœtus plutôt que d'un fibrome (Paume et Deconchy, 1995). Les effets "positifs" de la souffrance, -tels que nous les avons constatés ici- tiendraient donc bien aux représentations spécifiques portées par l'"accouchement".

BIBLIOGRAPHIE

- Aebischer, V., Aubry, C. & Luquet, V. (1992). Childbirth and the perceived efficiency of illusory control strategies to induce a positive outcome in mother and child, Ravello, International Conference on Social Representations (Still Unpublished manuscript).
- Beauvois, J.L. & Dubois, N. (1989). The norm of internality in the explanation of psychological events. *European Journal of Social Psychology*, 18, 299-316.
- Beauvois, J.L. (1984). *La Psychologie quotidienne*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Curtis, R.C., Rietdorf, P. & Ronell, D. (1980). Appeasing the Gods? Suffering to reduce probable future suffering. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6, 234-241.
- Dubois, N. & Le Poutier, F. (1993). Effets du libéralisme sur l'internalité et la clairvoyance normative. In J.L. Beauvois, R.V. Joule & J.M. Monteil (Eds), *Perspectives cognitives et conduites sociales*, Genève, Delâchaux et Niestlé.
- Dubois, N. (1987). *La psychologie du contrôle*. Les croyances internes et externes. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- Dubois, N. (1988a). Acquisition de la norme d'internalité: évolution des croyances internes. *Psychologie Française*, 33, 75-83.
- Dubois, N. (1988b). Formation d'adultes et acquisition de la norme d'internalité. *International Review of Applied Psychology*, 37, 313-335.

- Jellison, J.M. & Green, J. (1981). A self-presentation approach to the fundamental attribution error. The norm of internality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 643-649.
- Langer, E.J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311-328.
- Paume, N. & Deconchy, J.P. (1995). Colpotomie reconstitutive, passage d'un fibrôme ou d'un foetus humain: ses conséquences cliniques. (En préparation).
- Walster, E., Aronson, E. & Brown, Z. (1966). Choosing to suffer as a consequence of expecting to suffer. An unexpected finding. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2, 400-406.

Nadine Paume et Jean-Pierre Deconchy
Université de Paris-X
Equipe de Recherche "Représentations sociales et processus idéologiques"
Nanterre
France