

Etude exploratoire sur le vécu de l'accouchement en milieu hospitalier et de la relation mère-bébé

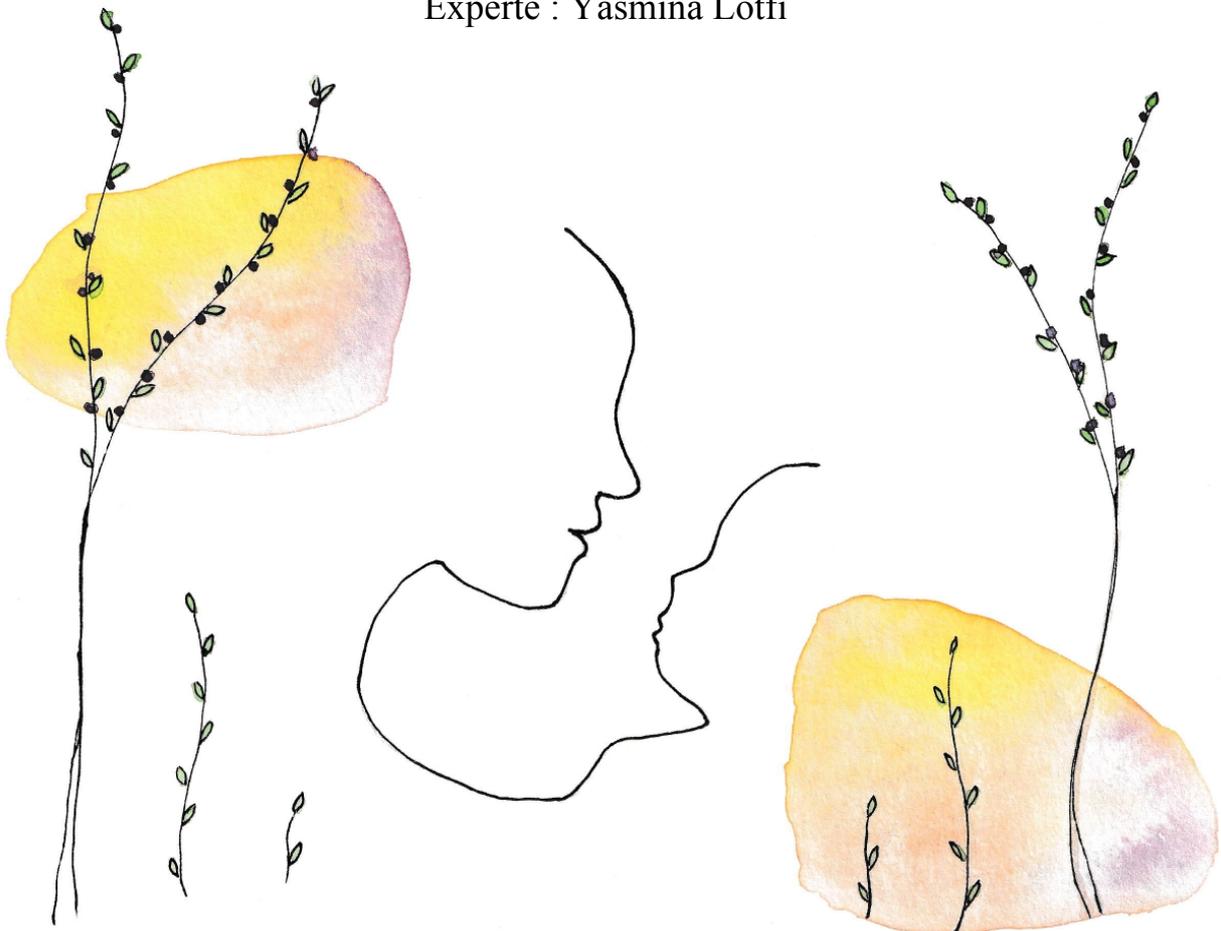
Mémoire de recherche

Master en psychologie de l'enfant et de l'adolescent

Présenté par : Aurélia Barras

Directrice : María del Río Carral

Experte : Yasmina Lotfi



Résumé :

L'accouchement est un événement souvent marquant dans la vie des mères et dans la transition à la parentalité. La manière dont il est vécu peut avoir des impacts pluriels, sur les femmes et le lien mère-enfant. Cette recherche qualitative, ancrée dans le paradigme constructiviste, vise à explorer la manière dont les femmes perçoivent leur relation avec leur bébé, à partir de leur expérience de l'accouchement. Cette étude vise à comprendre l'articulation entre cet événement et le développement de la relation mère-bébé dans la première année de vie. L'expérience de l'accouchement est explorée sous l'angle de l'interaction entre les femmes et les soignant·e·s. Cette recherche a été réalisée à partir de cinq entretiens semi-structurés, qui ont été effectués avec des femmes ayant accouché de leur premier enfant, en milieu hospitalier, en période impactée par le COVID-19. La méthode d'analyse utilisée est l'analyse thématique de contenu. Les résultats ont mis en évidence cinq thèmes principaux qui permettent d'apporter des éléments de compréhension du vécu des femmes : le vécu de l'accouchement, l'environnement hospitalier, l'identité, le post-partum, la relation avec le bébé. Les résultats montrent peu de liens entre l'expérience de l'accouchement et la relation mère-bébé, ainsi qu'avec la pandémie du COVID-19. Par contre, de nombreux liens sont faits avec des remaniements et difficultés rencontrés dans la période post-partum, tels que l'organisation et la conciliation entre les différentes sphères de vie, des processus identitaires tels que la familiarisation au nouveau rôle de mère et la conciliation de leurs différents rôles identitaires, une convalescence physique et des difficultés à s'adapter à une apparence nouvelle, et un manque de soutien. Les femmes sont mobilisées par ces remaniements personnels et peuvent être moins disposées et disponibles à entrer en lien avec leur bébé, car leur état physique et psychique se ressent sur la disponibilité physique, affective et mentale qu'elles peuvent investir dans leur relation avec leur enfant.

Mots clé : relation mère-enfant – accouchement – personnel médical – expérience vécue – méthodologie qualitative

Abstract :

Childbirth is often a significant event in mothers' lives and in the transition to parenthood. The way it is experienced can have multiple impacts, on women and the mother-infant bond. This qualitative research, rooted in the constructivist paradigm, aims to explore how women perceive their relationship with their baby, based on their experience of giving birth. This research aims to understand how this event and the development of the mother-baby relationship in the first year of life relate to each other. The experience of childbirth is explored through the lens of the interaction between the women and the caregivers. This research was conducted on the basis of five semi-structured interviews with women who gave birth to their first child, in a hospital environment, in times impacted by COVID-19. The analysis method used is thematic content analysis. The results highlighted five main themes that provide elements of understanding of women's experiences : the birth experience, the hospital environment, the identity, the postpartum, the relationship with the baby. Results show few associations between the experience of childbirth and the mother-baby relationship, as well as with the COVID-19 pandemic. On the other hand, many links are made with various readjustments and difficulties encountered during the postpartum period, such as the organization and reconciling between the different spheres of life, identity processes such as familiarization with their new role as a mother and reconciling their different identity roles, physical recovery and the difficulty to adjust to a new appearance, and a lack of support. Women are mobilized by these personal changes and may be less willing and available to connect with their baby, because their physical and psychological state affect the physical, emotional and mental availability they can invest in their relationship with their child.

Key words : mother-infant relationship – childbirth – health care professionnals – perceived experience – qualitative methodology

Remerciements

Avant toute chose, il me tient à cœur de remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Un grand merci à María del Río Carral, directrice de ce mémoire, qui non seulement m'a permis de travailler sur ce sujet qui me passionne, mais qui m'a également accompagnée avec beaucoup de patience et de bienveillance. Sa disponibilité, ses conseils, son soutien et sa flexibilité ont été particulièrement appréciés et motivants. Un grand merci également à Yasmina Lofti, qui a accepté d'expertiser ce mémoire, pour sa disponibilité et ses précieuses suggestions d'amélioration. Je tiens également à remercier Angélick Schweizer vers qui je m'étais initialement adressée avec mon projet de mémoire, qui m'a généreusement redirigée vers María del Río Carral pour me permettre de le réaliser.

Bien évidemment, un immense merci aux cinq participantes, qui m'ont accordé leur temps et leur confiance. Vos témoignages, tous autant précieux, ont constitué la base de ce travail. Merci à vous d'avoir contribué à cette recherche, à ma formation et aux connaissances en psychologie périnatale.

Un grand merci à mes amies et à ma famille pour leur contribution. A mes très chères Olivia et Charlotte, pour leur soutien et leur relecture avisée. A Andréanne, Rosanne, Marie, Tania et Patrick, qui m'ont activement aidée à transmettre mon annonce de recrutement et à trouver des participantes. A Patrick qui m'a également aidée à la relecture des entretiens. A Giorgia, qui a pris le temps d'éclairer quelques une de mes interrogations. Merci aussi à Mirjam de Vries, pour son soutien durant ces derniers mois.

Je tiens également à adresser un remerciement tout particulier à Robin. Les mots me manquent pour exprimer la reconnaissance que j'ai pour toi. Merci infiniment pour ton soutien, tes conseils, ta relecture, tes encouragements qui m'ont redonné confiance en moi lors de périodes de doutes, et tout l'amour que tu m'as apporté tout au long de cette aventure qu'a été la réalisation de ce mémoire.

Avant-propos

Dans une volonté d'inclusion, le langage inclusif a été utilisé pour la rédaction de cette recherche. Toutefois, il convient d'aborder quelques précisions. Les personnes s'étant portées volontaires à la participation de cette recherche sont toutes des femmes, hétérosexuelles, blanches, en couple avec le père du bébé. Ainsi, les résultats de cette recherche ne peuvent pas garantir la représentativité des vécus et des enjeux rencontrés par des personnes ne s'identifiant pas à ces caractéristiques. Notamment, il est probable que d'autres populations rencontrent des enjeux qui leur sont propres, qui ne seront pas abordés dans cette présente recherche, particulièrement les personnes faisant partie de minorités, telles qu'elles soient (par exemple raciales, d'orientation sexuelle, ou les femmes vivant avec un handicap). Les femmes vivant leur accouchement et les premiers mois avec leur bébé seules, ont certainement des expériences différentes également. Ces populations n'ont pas pu être représentées dans cette recherche.

De même, il convient de spécifier que le fait d'être enceint-e et d'accoucher n'est pas propre aux femmes, mais est propre à toutes les personnes ayant un utérus, ce qui inclut les hommes transgenres. Toutefois, les hommes transgenres ne sont pas représentés dans cette recherche, en raison de la population rencontrée et d'une volonté de se focaliser sur le vécu spécifique des femmes, la dimension de genre ne pouvant pas être niée dans la prise en charge et le vécu de la maternité. Par ailleurs, l'expérience d'accouchement des hommes transgenres mériterait une recherche propre aux enjeux les concernant. Pour ces raisons, le point médian n'as pas été utilisé lors des parties s'adressant spécifiquement, dans le cadre de cette recherche, à l'expérience de l'accouchement.

Les annexes de cette recherche se trouvent dans un document séparé.

Table des matières

1. INTRODUCTION	12
2. ETAT DE LA RECHERCHE	14
2.1 L'ACCOUCHEMENT EN SUISSE, QUELQUES CHIFFRES	14
2.2 L'ACCOUCHEMENT COMME ETAPE CHARNIERE	14
2.3 ÉLÉMENTS DETERMINANTS DANS L'EXPERIENCE DE L'ACCOUCHEMENT	14
2.4 ACCOUCHEMENT EN MILIEU HOSPITALIER : INTERACTIONS AVEC LE PERSONNEL MEDICAL	16
2.5 LIENS ENTRE L'EXPERIENCE DE L'ACCOUCHEMENT ET LA RELATION MERE-BEBE	19
2.5.1 <i>RELATION MERE-BEBE</i>	19
2.5.2 <i>LE CAS DU TSPD-A</i>	19
2.5.3 <i>AUTRES ETUDES</i>	21
2.6 IMPACT DU COVID-19 SUR LA GESTION DES ACCOUCHEMENTS EN MILIEU HOSPITALIER	22
2.7 LIMITES DE LA REVUE DE LITTERATURE	24
3. CADRE THEORIQUE ET PROBLEMATIQUE	25
3.1 PSYCHOLOGIE DE LA SANTE	25
3.2 PARADIGME SOCIO-CONSTRUCTIVISTE ET RECHERCHE QUALITATIVE	26
3.3 CONTEXTUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ACCOUCHEMENTS ET DE LA MATERNITE	28
3.3.1 <i>MODELE BIOMEDICAL ET APPREHENSION DU RISQUE</i>	28
3.3.2 <i>EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES NAISSANCES</i>	29
3.3.3 <i>TENSIONS ENTRE MEDICALISATION ET MOUVEMENTS DE DEMEDICALISATION</i>	29
3.3.4 <i>DIMENSION DE GENRE</i>	31
3.4 PROBLEMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE	33
4. METHODOLOGIE	36
4.1 OBJECTIFS DE RECHERCHE	36
4.2 POPULATION	37
4.3 RECRUTEMENT ET ETHIQUE DE LA RECHERCHE	38
4.3.1 PRESENTATION DES PARTICIPANTES	39
4.4 METHODE DE RECOLTE DE DONNEES : L'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURE	39
4.5 METHODE D'ANALYSE DE DONNEES : L'ANALYSE THEMATIQUE DE CONTENU	41
4.6 POSTURE DES CHERCHEUR·E·S EN METHODES QUALITATIVES :	43
4.6.1 <i>ROLE CENTRAL DE LA REFLEXIVITE</i>	43
4.6.2 <i>POSITIONNEMENT RELATIF A LA THEMATIQUE ET A LA DISTANCE AVEC L'OBJET DE RECHERCHE</i>	45
5. RESULTATS	46
5.1 RESULTATS DE L'ANALYSE THEMATIQUE DE CONTENU	46
1. EXPERIENCE DE L'ACCOUCHEMENT	48
1.1 PERCEPTIONS GENERALES DE L'ACCOUCHEMENT	48
1.2 BESOINS : IMPORTANCE DE LA DISCUSSION LORS DE L'ACCOMPAGNEMENT	49
1.2.1 <i>Se sentir écoutée</i>	51
1.2.2 <i>Comprendre</i>	52
1.2.3 <i>Etre rassurée</i>	53
1.3 IMPREVISIBILITE	55
1.3.1 <i>Décalage entre attentes et réalité</i>	55
1.3.2 <i>Ressentis face à l'imprévisibilité</i>	57
1.3.3 <i>Peur de la mort</i>	59
1.4 DIFFICULTES PHYSIQUES	60

1.4.1 <i>Douleur physique</i>	60
1.4.2 <i>Durée longue de l'accouchement</i>	61
1.4.3 <i>Epuisement</i>	61
1.5 ETAT DE CONSCIENCE MODIFIEE	62
1.6 EMPOWERMENT	65
1.7 IMPORTANCE DU PARTENAIRE	66
POINTS CLES	68
2. ENVIRONNEMENT HOSPITALIER	69
2.1 HOPITAL COMME LIEU D'ACCOUCHEMENT	69
2.2 INTERACTIONS AVEC LE PERSONNEL SOIGNANT	73
2.2.1 <i>Interactions encourageantes</i>	74
2.2.2 <i>Interactions inconfortables</i>	77
POINTS CLES	82
3. IDENTITE	83
3.1 SE SENTIR MERE	83
3.2 IMPACT DE LA MATERNITE SUR D'AUTRES RELATIONS : COUPLE ET FAMILLE	84
3.3 CONCILIATION ENTRE LES DIFFERENTES IDENTITES ET SPHERES DE VIE : SOI-TRAVAIL-MERE	84
POINTS CLES	87
4 POST-PARTUM	88
4.1 ACCOMPAGNEMENT POST-PARTUM	88
4.1.1 <i>Soutien des professionnel·le·s</i>	88
4.1.2 <i>Soutien des proches</i>	89
4.1.3 <i>Partage des tâches avec le partenaire</i>	91
4.2 CORPOREITE	92
4.2.1 <i>Convalescence physique</i>	92
4.2.2 <i>Changements corporels</i>	94
POINTS CLES	95
5. RELATION AVEC LE BEBE	96
5.1 PREMIERS INSTANTS	96
5.2 AJUSTEMENTS	99
5.2.1 <i>Apprendre à s'occuper du bébé</i>	100
5.2.2 <i>Mise en place d'une routine organisationnelle</i>	102
5.3 SENTIMENT D'ATTACHEMENT	104
5.4 CREER LE LIEN	106
POINTS CLES	111
5.2 REPONSE AUX QUESTIONS DE RECHERCHE ET RETOUR SUR LES OBJECTIFS	112
6. DISCUSSION	118
6.1 L'EXPERIENCE DE L'ACCOUCHEMENT EN MILIEU HOSPITALIER	118
6.2 PERCEPTIONS DE LA RELATION MERE-BEBE	122
6.3 LE POST-PARTUM, CE GRAND OUBLIE	123
6.4 ACCOUCHER EN PERIODE DE PANDEMIE	125
7. CONCLUSION	126
7.1 SYNTHESE	126
7.2 APPORTS DE LA RECHERCHE	126
7.3 LIMITES DE LA RECHERCHE	128
7.4 PERSPECTIVES D'OUVERTURE	129
8. BIBLIOGRAPHIE	132

ANNEXES

Table des tableaux et figures

Tableau 1 – <i>Récapitulatif des données des participantes</i> _____	39
Tableau 2 – <i>Arbre thématique de contenu</i> _____	47
Figure 1 – <i>Besoins des femmes</i> _____	112
Figure 2 – <i>Éléments marquants de l'accouchement</i> _____	114
Figure 3 – <i>Relation avec le bébé</i> _____	115
Figure 4 – <i>Facteurs intervenant dans le quotidien des mères</i> _____	117

1. Introduction

L'accouchement est décrit comme un événement marquant dans la vie des mères : « *a key life transition* » (une transition clé de la vie [traduction libre], Nelson 2003, cité dans Elmir et al., 2010, p. 2143), « *a pivotal life event* » (un événement de la vie charnière [traduction libre], Ayers, 2007a, p. 253) ou encore « *the most significant developmental processes in the human experience* » (le processus de développement le plus marquant de l'expérience humaine [traduction libre], Bicking et al., 2014, p.188). Les études s'accordent pour souligner l'importance de cet événement dans la transition à la parentalité. L'accouchement est également un moment important pour la relation mère-enfant, car la manière dont il sera vécu par la mère peut influencer sa relation avec son nouveau-né (Deforges et al., 2020). En Suisse, la majorité des accouchements a lieu dans des institutions hospitalières. La question de la prise en charge des naissances est sujette à des réflexions et des remises en question depuis quelques années. En 2014, en France, le hashtag #PayeTonUterus se propage sur les réseaux sociaux, dénonçant des comportements et propos inappropriés de la part de gynécologues. En 2018, en France, le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) publie un rapport intitulé « les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical », identifiant six types d'actes sexistes, dont certaines violences, dans les prises en charge (HCE, 2018). Au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV, Suisse), l'unité de maternité et gynécologie fait partie des deux secteurs les plus touchés par les doléances, où les erreurs d'attitudes sont bien plus nombreuses que les erreurs médicales (Schaad, 2020). Ces quelques exemples reflètent une remise en question de la gestion et la prise en charge des femmes et des naissances. L'expérience vécue par les femmes est caractérisée par une grande subjectivité (Elmir et al., 2010). En effet, un accouchement a priori compliqué peut être bien vécu par une mère, tandis qu'un accouchement sans complications apparentes peut avoir été traumatisant pour quelqu'un d'autre (Elmir et al., 2010). Un facteur important de l'expérience vécue de l'accouchement se situe au niveau des interactions avec le personnel soignant. Selon l'étude de Deforges et al. (2020), le stress ressenti à l'accouchement est dû à 27.4% aux complications du bébé, à 36% aux événements obstétricaux, et à 36.6% aux relations interpersonnelles durant l'accouchement. De même, le soutien apporté aux mères durant l'accouchement peut être plus important sur la manière dont elles vivront cet événement que la gravité même des événements (Ford & Ayers, 2009, cité dans Ford & Ayers, 2011).

Cette recherche qualitative, ancrée en psychologie de la santé et plus spécifiquement dans le paradigme constructiviste, vise à explorer la manière dont les femmes perçoivent leur relation avec leur bébé, à partir de leur expérience de l'accouchement en milieu hospitalier. En raison des statistiques qui montrent la grande importance des relations interpersonnelles durant l'accouchement dans le vécu des mères, une attention sera portée sur la manière dont elles ont vécu les interactions avec le personnel soignant durant leur accompagnement. L'objectif de cette recherche exploratoire est d'interroger des femmes non vulnérables, c'est à dire ne souffrant pas de troubles liés à l'accouchement, concernant leurs propres expériences, subjectives, pour comprendre leurs vécus de l'accouchement, dans le but d'observer ce qui est marquant dans leurs expériences. Il s'agira d'étudier les perceptions et les ressentis des mères, d'observer la place que prennent les interactions avec les soignant·e·s dans leur vécu d'accouchement, et tenter de comprendre les implications que cette expérience peut avoir sur leur relation avec leur bébé durant les premiers mois de vie.

Par ailleurs, le contexte de pandémie du COVID-19 peut avoir des implications dans l'expérience de la prise en charge hospitalière, ainsi que dans la relation mère-bébé durant les premiers mois après la naissance, puisque les participantes de cette recherche ont accouché et participé à l'étude en période impactée par le COVID-19. Le COVID-19 est donc un enjeu qui sera pris en considération, puisqu'il a pu intervenir dans leur expérience.

Cette recherche a été réalisée à travers plusieurs étapes. Premièrement, une revue de littérature fait état de la recherche existante sur le sujet et aborde également certaines limites. Ensuite, un cadre théorique, situant cette recherche au sein de la psychologie de la santé, du paradigme constructiviste et de la recherche qualitative, suivi d'une section de contextualisation socio-historique de la prise en charge des naissances et de la maternité, sera détaillé. Le cadre théorique aboutit sur la problématique et les questions de recherche, qui seront annoncées. Suite à cela se trouve une section consacrée à la méthodologie, exposant le plan de recherche, en détaillant les objectifs de recherche, les démarches de recrutement, ainsi que les méthodes de recherche et d'analyse qui sont utilisées ; c'est à dire les entretiens semi-structurés et l'analyse thématique de contenu. Une section dédiée à la réflexivité des chercheur·e·s dans les recherches qualitatives conclura la section de méthodologie. Les résultats seront ensuite présentés, sous forme de thèmes, catégories et sous-catégories, illustrés de verbatims issus des entretiens. Une première réponse aux questions de recherche

sera proposée à partir des résultats de la recherche. Par la suite, afin d'élargir la compréhension des résultats, une discussion mettra en lien les résultats trouvés avec la littérature préexistante. Cette recherche se conclura en abordant les apports de la recherche, ses limites et quelques perspectives d'ouverture.

2. Etat de la recherche

2.1 L'accouchement en Suisse, quelques chiffres

En Suisse en 2017, plus de 90% des femmes ont accouché dans des institutions hospitalières (OFS, 2019). Parmi ces femmes, 56,5% ont accouché par voie vaginale non instrumentée, 32,2% ont accouché par césarienne, et 11,1% ont accouché par voie vaginale instrumentée (OFS, 2019).

2.2 L'accouchement comme étape charnière

L'accouchement est un moment charnière dans la vie de la plupart des mères (Ayers, 2007a). La transition à la parentalité est associée à de nombreux chamboulements, tant psychologiques, sociaux, et biologiques, pour les mères et leurs partenaires (Garthus-Niegel et al., 2018b). Selon Bertrand (2011), il s'agit d'une crise identitaire et développementale, accompagnée de nombreux remaniements notamment au sein du couple, de la famille et du quotidien. Selon Johnson (2013), il s'agit d'un moment charnière également au niveau du développement du lien entre la mère et son nouveau-né. En effet, durant les premières heures après l'accouchement, les hormones améliorent la sensibilité, la réactivité et la réceptivité de la mère au nouveau-né (Johnson, 2013). Le nourrisson est également plus éveillé, attentif et interactif avec la mère dans les 24 premières heures de vie que pendant les jours suivants (Johnson, 2013). Le contact étroit entre la mère et l'enfant immédiatement après la naissance favorise donc le développement du lien mère-enfant (Johnson, 2013).

2.3 Éléments déterminants dans l'expérience de l'accouchement

Un accouchement sans complications, qui pour les soignant·e·s serait considéré comme satisfaisant, peut tout de même être vécu difficilement par les femmes (Chabbert & Wendland, 2016). Chabbert et Wendland mettent en lumière l'aspect subjectif de l'expérience de l'accouchement : « Enfin, quelle que soit la « réalité » de cet événement, le vécu de l'individu sera propre à lui, lié à son histoire personnelle et aux conditions dans

lesquelles il se trouvait à ce moment donné. De par son caractère unique, bouleversant, potentiellement mortel et très intense, tant du point de vue physique que psychologique, l'accouchement peut être vécu subjectivement de manière négative, y compris comme un événement traumatique. » (p. 200).

Durant l'accouchement, il y a deux facteurs de risques : d'une part (1) des aspects spécifiques de l'accouchement (tels que la douleur et un travail très prolongé), ainsi que les éventuelles complications (notamment si l'accouchement a été instrumenté, s'il y a eu une césarienne d'urgence) ; et (2) le manque de soutien (Chabbert & Wendland, 2016 ; Deforges et al., 2020). Selon Dahlberg et Aune (2013), les éléments principaux favorisant une expérience négative sont le manque d'écoute des besoins des femmes ainsi que de leurs partenaires, et également un manque de soutien émotionnel durant la naissance. Concernant l'écoute, il a été souvent établi que les femmes ayant vécu une expérience négative de l'accouchement n'ont pas eu la possibilité de faire part de leur détresse (Elmir et al., 2010). De plus, certaines ont eu la crainte que leurs préoccupations ne soient pas prises en considération (Elmir et al., 2010). Par rapport aux choix et à la possibilité d'être impliquée dans les prises de décisions, l'étude de Elmir et al. (2010) mentionne que l'opinion des femmes est parfois ignorée. Les femmes peuvent se sentir alors objets, soumises à une prise de décision autoritaire et unilatérale des soignant·e·s. Le fait de se sentir invisible et de ne pas avoir de contrôle sur la situation sont des éléments favorisant une expérience négative de l'accouchement (Allen 1998, cité dans Elmir et al., 2010; Ayers, 2007a; Beck 2004b, cité dans Elmir et al., 2010; Ford & Ayers, 2011; Nicholls & Ayers 2007, cités dans Elmir et al., 2010). Le contrôle perçu par les parturientes est un élément essentiel de leur perception de leur accouchement (Chabbert & Wendland, 2016). En effet, le sentiment de ne pas avoir de contrôle sur la situation mène à un ressenti d'impuissance, de vulnérabilité et d'incapacité à pouvoir prendre des décisions libres et éclairées sur leur santé (Elmir et al., 2010). La sensation de perte de contrôle peut également être physique ; des sensations induites par l'accouchement ou la péridurale peuvent être déstabilisantes et donner une impression de perte de contrôle du corps, tout comme une impression de perte de contrôle mental, ce qui peut susciter de l'inconfort et de l'anxiété chez les femmes (Guittier et al., 2014).

Par rapport à ces facteurs de risque, l'étude de Deforges et al. (2020) préconise d'évaluer fréquemment la douleur ressentie par les mères et d'en assurer une bonne prise en

charge durant l'accouchement mais également après. La qualité des soins ainsi que le soutien sont déterminants pour favoriser une expérience de l'accouchement vécue comme satisfaisante (Deforges et al., 2020). Un élément important est le fait de mettre l'accent sur la manière dont est prodigué un soin (Deforges et al., 2020). Le soutien de la part des partenaires est également important (Chabbert & Wendland, 2016). Elmir et al. (2010) mettent en avant le besoin des femmes de pouvoir être actrices de leur accouchement, par le fait de pouvoir être entièrement informées de tous les aspects relatifs à l'accouchement, et par le fait de pouvoir s'impliquer dans la prise de décision et ainsi être entendues et prises en considération. Le fait de recevoir des informations appropriées facilite l'expérience de l'accouchement (Deforges et al., 2020). Ces différents éléments contribuent à rendre les femmes actives et partenaires dans le processus de l'accouchement, ce qui augmente leur impression de contrôle sur la situation (Elmir et al., 2010). Relativement à la communication, assurer une bonne continuité des informations lors d'un changement de service est important (Deforges et al., 2020). D'ailleurs, une continuité des soins permettant d'instaurer une impression de proximité avec les soignant·e·s facilite également l'expérience (Dahlberg & Aune, 2013). Le fait d'être à disposition pour répondre aux questions des parents est également un élément favorisant une expérience positive (Deforges et al. 2020). D'autre part, le fait de percevoir l'équipe soignante comme étant en contrôle de la situation, ainsi que des attentions de soutien de leur part et d'avoir une attitude bienveillante, accueillante et non infantilisante sont également des éléments favorisant une expérience positive de l'accouchement (Deforges et al., 2020). Enfin, Elmir et al. (2010) souligne le besoin des femmes d'avoir un espace de parole et de soutien leur permettant de parler de leur expérience, durant la période post-partum. Relativement à ces différents aspects, des éléments peuvent déjà être discutés en amont, avant l'accouchement, notamment avec la préparation. Ainsi, le fait d'adopter une perspective holistique contribuerait à favoriser une expérience positive de l'accouchement (Dahlberg & Aune, 2013).

2.4 Accouchement en milieu hospitalier : interactions avec le personnel médical

En milieu hospitalier, les interactions avec le personnel médical prennent une grande place lors de l'accouchement. Pour Dahlberg et Aune (2013), un point central pour une expérience positive de l'accouchement est la qualité de la relation avec le personnel médical. Un certain nombre d'éléments considérés comme traumatiques pour les femmes résultent des interactions avec les soignant·e·s. Selon Allen (1998), cité dans Elmir et al. (2010), les

femmes peuvent percevoir cet événement traumatisant par rapport aux interactions durant l'accouchement, le mode d'accouchement (césarienne ou voie basse), et la façon dont elles sont traitées par les soignant·e·s.

Selon Patterson et al., (2019), il y a un décalage de représentations entre les soignant·e·s et les parturientes. En effet, il y a souvent un décalage entre les besoins et les attentes des deux partis (Patterson et al., 2019). Les soignant·e·s seraient focalisés sur le bien-être physique des femmes et de leurs bébés, tandis que les femmes pourraient avoir certaines attentes résultant de l'accompagnement psychologique et du soutien émotionnel (Patterson et al., 2019). Ainsi, il paraît important de discuter des attentes des parents et du personnel soignant (Deforges et al., 2020). Les femmes ont un besoin particulier de sécurité au moment de l'accouchement, qui va au-delà de la santé physique ; cela englobe le bien-être psychologique (Patterson et al., 2019). De ce fait, un accouchement traumatique pour une femme pourrait être perçu par les professionnel·le·s comme un événement de routine (Elmir et al., 2010). Beaucoup de soignant·e·s sont peu informé·e·s et ne reconnaissent pas les signes de traumatismes psychologiques et émotionnels, dû à leur vision du monde que les traumatismes de l'accouchement sont dus à des blessures physiques (Beck 2004a, cité dans Elmir et al. 2010). Du côté des soignant·e·s, la santé physique est prioritaire sur la santé psychologique et émotionnelle, ainsi que sur l'aspect relationnel avec la mère (Patterson et al., 2019). La question du risque est centrale pour le personnel soignant (Gouilhers, 2017). Les femmes se sentent souvent vulnérables et ont besoin de soins et d'attentions, tandis que les soignant·e·s attendent des femmes qu'elles suivent leurs directives afin qu'ils·elles puissent exercer leur rôle en toute sécurité (Patterson et al., 2019). Lors des accouchements, des situations d'urgence peuvent arriver, de manière imprévisible (Ayers et al., 2006). Dans ces cas-là, les femmes qui ont très peu de contrôle ont besoin d'un niveau élevé de soutien et d'attention psychologique de la part des soignant·e·s, ce qui est parfois difficile car dans ces moments leur priorité est la santé physique de la mère et du bébé (Ayers et al., 2006). Dessurault (2015) avance même que le but des soignant·e·s est de produire un bébé en bonne santé physique, ainsi que préserver la santé physique des mères, ceci « peu importe la manière d'y arriver » (p.61). Cela sous-entend que le bien-être psychologique et émotionnel des femmes peut être écarté, bien que ce soit des facteurs pouvant être à la source de traumatismes pour les femmes (Dessurault, 2015).

De plus, l'aspect psychologique influence l'aspect physiologique lors de l'accouchement, ce qui peut conduire à davantage d'interventions médicales (Patterson et al., 2019). Selon Lahouel (2016), « les pratiques des soins ne devraient pas reposer sur les besoins des professionnels mais sur ceux de la mère » (p.147). Selon Dahlberg et Aune (2013), « *a supporting relationship must be based on the woman's needs and the caregiver's competence* » (une relation d'accompagnement soutenante doit être basée sur les besoins des femmes et la compétence des soignant·e·s [traduction libre], p.413). Les auteures soulignent également l'importance d'un travail en équipe entre les femmes et les soignant·e·s, en adoptant une hiérarchie horizontale, en travaillant avec elles et en favorisant une posture active de leur part, allant vers un empowerment (Dahlberg & Aune, 2013). Quand les soignant·e·s se mettent dans le rôle d'experts, les femmes ont tendance à adopter une posture passive et à se sentir dépendantes dans la relation. La perception de contrôle peut être augmentée par une équipe soignante soutenante (Ford & Ayers, 2011). Le soutien de la part du personnel soignant est un élément important puisque cela prévient le développement d'un trouble du stress post-traumatique qui peut survenir si au contraire l'équipe a été peu soutenante (Ford & Ayers, 2011). En effet, un accent sur le soutien devrait être mis par l'équipe soignante, tel que démontrer de l'empathie, écouter les mères et répondre à leurs interrogations et demandes, chercher à les rendre les plus confortables possible et les accompagner lorsqu'elles sont en difficultés, avec des suggestions d'alternatives visant à les soulager (Ford & Ayers, 2011). L'étude de Deforges et al. (2020) préconise de faire de la prévention auprès des équipes soignantes, en soulignant le rôle important de l'attitude des professionnel·le·s soignant·e·s dans la manière dont l'expérience de l'accouchement sera perçue par les mères.

Certains éléments relèvent de l'organisation même des institutions hospitalières. Notamment, la liberté des patient·e·s n'est pas favorisée, pour des raisons d'efficacité et de rapidité, ce qui mène à une standardisation des méthodes (Dessureault, 2015). La prise en charge basée sur la fragmentation des soins, comportant une grande attention sur les diagnostics, ne donne que peu d'attention à l'aspect relationnel (Dahlberg & Aune, 2013). L'étude de Patterson et al. (2019) pointe du doigt les problèmes d'ordre organisationnel dans les institutions hospitalières en ajoutant que pour offrir des soins et un soutien optimal, le personnel de la santé a également besoin que leurs propres besoins soient remplis, ce qui n'est pas toujours le cas. Selon l'étude de Patterson et al. (2019), le manque de prise en

considération des besoins humains et relationnels des femmes, ainsi que le manque de considération des besoins des sages-femmes, contribue à des soins et des interactions insatisfaisants de la part des sages-femmes, et une perception négative du personnel soignant par les femmes.

2.5 Liens entre l'expérience de l'accouchement et la relation mère-bébé

Lorsque les femmes perçoivent leur expérience comme satisfaisante, elles peuvent ressentir une sensation d'accomplissement, ainsi qu'une sensation forte de confiance en elles (Guittier et al., 2014). A l'inverse, une expérience insatisfaisante de l'accouchement peut entraîner des conséquences néfastes, allant d'un sentiment de détresse maternelle, à la dépression post-partum, ou un trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement (Guittier et al., 2014).

2.5.1 Relation mère-bébé

Le lien d'attachement avec le bébé se développe très tôt dans la vie du bébé (Klaus & Kennel, 1982). Le lien de la mère envers son enfant se crée déjà durant la grossesse ou très vite après la naissance, et continue de se développer durant les premiers mois avec l'enfant (Stuijzand et al., 2020b). Selon l'étude de Guittier et al. (2014), un quart des femmes a besoin d'un temps d'adaptation pour se familiariser à leur rôle de mère. Pour ces femmes, le fait de ressentir une connexion avec leur bébé s'est installé progressivement (Guittier et al., 2014).

2.5.2 Le cas du TSPD-A

De nombreuses recherches ont étudié les liens entre l'accouchement et la relation mère-bébé chez les mères souffrant de trouble du stress post-traumatique, aussi appelé TSPT-A (trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement), ce qui représente entre 1-6% des femmes (Ayers 2007a; Harris & Ayers, 2012). Des impacts du trouble du stress post-traumatique sur les femmes, mais également sur leurs bébés et le couple ainsi que sur le développement du lien entre la mère et le bébé sont avérés (Ayers et al., 2006; Ayers 2007a; Ayers 2007b; Elmir et al., 2010). L'impact du TSPT-A sur les mères est physique, émotionnel et social (Ayers et al., 2006).

Sans pour autant être atteints d'un TSPT, les parents peuvent se sentir submergés par tous ces changements et se sentir en difficulté face à la gestion des nouvelles habitudes et responsabilités (Garthus-Niegel et al., 2018b).

Relativement au bébé, certaines femmes mentionnent une difficulté à établir un lien avec lui (Elmir et al., 2010). Le fait de devoir gérer leurs propres difficultés et émotions affecte leur habilité à pouvoir s'occuper de leur bébé, et peut rendre l'établissement d'un lien avec lui compliqué. Dekel et al. (2019b), cités dans Chan et al. (2020) mettent en évidence que les femmes atteintes du trouble du stress post-traumatique font moins de peau à peau avec leur bébé, sans que cela ne soit expliqué par des complications médicales du bébé. Selon l'étude de Garthus-Niegel et al. (2018a), le taux élevé de cortisol durant l'accouchement traumatique peut empêcher ou diminuer la libération d'ocytocine. Certaines femmes n'ont pas été en mesure de pouvoir allaiter, ce qui constitue un impact majeur de trouble du stress post-traumatique (Cook et al., 2018; Elmir et al., 2010; Garthus-Niegel et al., 2018a). Un nombre élevé de mères atteintes du trouble du stress post-traumatique ne commence pas l'allaitement (Deforges et al., 2020; Garthus-Niegel et al., 2018a). Ce risque de ne pas commencer l'allaitement est six fois plus élevé chez les mères touchées par ce trouble, que chez les mères n'en étant pas atteintes (Garthus-Niegel et al., 2018a). Par ailleurs, les femmes atteintes de dépression périnatale allaitent moins longtemps que des femmes sans troubles (Deforges et al., 2020; Garthus-Niegel et al., 2018a). L'impression d'échec est souvent rapportée, et face à ça, certaines femmes, dans une volonté de compenser cela, se décrivent comme ayant des comportements surprotecteurs ou ayant une hypervigilance envers leur enfant (Allen, 1998, cité dans Elmir et al., 2010; Ayers et al. 2006; Beck & Watson 2008, cités dans Elmir et al., 2010; Nicholls & Ayers 2007, cités dans Elmir et al., 2010). Dans certains cas, l'impact de l'accouchement traumatique est tellement important que les mères peuvent ressentir des émotions négatives envers leur enfant, se manifestant par un manque de connexion avec le bébé mais également par le fait de ne pas éprouver de l'amour pour lui (Elmir et al., 2010). Des comportements d'évitement peuvent également être observés chez les parents dont l'enfant rappelle des moments traumatiques (Deforges et al., 2020). Pour certaines femmes, le bébé est un rappel constant du traumatisme de la naissance, ce qui peut les mener à ressentir un sentiment de culpabilité (Deforges et al., 2020; Hairston et al., 2018). Cet évitement peut rendre difficile la création d'un lien entre la mère et le bébé (Ayers et al., 2006). Pour certaines femmes, ces émotions négatives ont pris place sur une courte période, mais pour d'autres, cela a duré plusieurs mois, voire même quelques années (Nicholls &

Ayers 2007, cité dans Elmir et al., 2010). L'étude de Sharon et al. (2019) met en lumière que le trouble du stress post-traumatique a des impacts sur l'attachement. En effet, les mères ayant ce trouble dans les premiers mois post-partum auraient un niveau d'attachement moins élevé que les femmes sans trouble du stress post-traumatique (Sharon et al., 2019). L'étude de Stuijzand et al. (2020b) ajoute que des symptômes du trouble du stress post-traumatique forts à un mois post-partum sont prédicteurs d'un lien moins bon entre la mère et l'enfant à trois mois post-partum.

2.5.3 Autres études

L'état psychologique des mères a un grand impact sur le développement du lien mère-enfant (Lutkiewicz et al., 2020). Il y a un lien entre l'état de santé physique et émotionnel des mères et le développement du lien avec leur bébé (Bicking et al., 2014). L'étude de Bicking et al. (2014) relève que l'état émotionnel des mères influe sur le développement du lien mère-bébé, ainsi que l'environnement social autour des mères. L'état psychologique et émotionnel de la mère peut donc avoir un impact sur le bon déroulement du développement de l'attachement avec le nouveau-né (Bicking et al, 2014; Dessurault, 2015). En effet, si l'accouchement ne s'est pas déroulé comme la mère l'aurait souhaité, ou si elle développe une dépression post-partum ou un trouble du stress post-traumatique, la mère sera moins disponible pour son bébé. Si l'accouchement a été vécu de façon négative par la mère, et qu'il est associé à des événements négatifs, cela peut affecter le lien entre la mère et l'enfant et affecter les émotions que la mère ressent pour son bébé (Dessurault, 2015). L'étude de Johnson (2013) montre que les mères ayant vécu des difficultés lors de l'accouchement ont moins d'interactions et sont moins engagées dans la relation avec leur bébé. Des études montrent qu'un accouchement perçu comme insatisfaisant par les mères peut entraîner des conséquences sur les relations précoces mères-bébés (Chabbert & Wendland, 2016 ; Guittier et al., 2014).

Sans pour autant être atteintes de trouble du stress post-traumatique, entre 20 et 48% des femmes évaluent leur accouchement comme ayant été traumatisant, et une grande partie de ces femmes présentent certains symptômes du trouble du stress post-traumatique (Harris & Ayers, 2012). L'étude de Sharon et al. (2019) montre que les mères déprimées et anxieuses, sans qu'elles soient atteintes du trouble du stress post-traumatique, ont davantage de difficultés à établir un lien avec leur bébé, à lui procurer les soins et à ressentir un lien émotionnel avec lui (Brockington et al., 2006, cité dans Sharon, et al., 2019). Chez les mères

ayant des symptômes dépressifs, la sensibilité au bébé est moins importante que chez les mères sans symptômes. Les mères déprimées ou qui éprouvent du stress et de l'anxiété sont moins sensibles aux signaux de leur bébé, ce qui influence négativement le développement de l'enfant, comparé aux mères moins anxieuses qui sont davantage en mesure d'interpréter et répondre aux signaux non verbaux de leur bébé (Galbally et al., 2011, cité dans Johnson, 2013). Une forte association a été démontrée entre les mères comportant des symptômes d'anxiété et de dépression, et une perception de l'enfant comme ayant un tempérament difficile (Davies et al., 2021). Les mères ayant des symptômes dépressifs ont également moins confiance en leurs capacités à prendre soin de leur bébé, ce qui peut les mener à se sentir moins compétentes (Lutkiewicz et al., 2020). L'étude de Lutkiewicz et al. (2020) montre une importante corrélation entre le stress et l'anxiété des mères et un effet négatif sur le lien mère-enfant.

Par ailleurs, des liens sont faits entre la douleur de l'accouchement et le développement du lien mère-enfant : en effet, l'étude de Bicking et al. (2014) montre que la douleur ressentie a un impact émotionnel chez la mère, qui peut entraver le développement du lien mère-bébé. De plus, les femmes rapportant avoir des douleurs dans le premier mois post-partum ont un score plus faible de lien avec leur bébé que les femmes n'ayant rapporté aucune douleur (Bicking et al., 2014).

2.6 Impact du COVID-19 sur la gestion des accouchements en milieu hospitalier

La pandémie COVID-19, ayant eu lieu à partir du printemps 2020, a eu un impact considérable dans le milieu hospitalier, y compris sur la prise en charge des naissances. Ainsi, il paraît important d'accorder une section de la revue de littérature aux enjeux spécifiques de cet événement puisque cette recherche a été initiée durant le COVID-19 et que l'expérience des participantes se situe dans ce contexte. Premièrement, l'étude de Stuijzand et al. (2020a) sur les pandémies montre que les membres du personnel soignant devant travailler dans ce contexte ont un risque plus élevé de développer des problèmes relatifs à la santé mentale, ceci à court et long terme, ce qui constitue un risque d'entrave à la qualité des soins prodigués (Stuijzand et al., 2020a). Ainsi, lorsqu'un tel événement se produit, un soutien psychosocial est vivement conseillé pour protéger les soignant·e·s, et ainsi garantir une continuité des soins de qualité (Stuijzand et al., 2020a). Concernant le COVID-19, l'étude de Mayopoulos et al. (2021) menée sur une population américaine montre un impact sur l'expérience de l'accouchement des femmes, qui ont dû composer avec davantage de facteurs de stress.

Notamment, un taux plus élevé de symptômes de dépression et d'anxiété a été observé (Mayopoulos et al., 2021). Cette recherche met en évidence le fait que la pandémie COVID-19 a ajouté un facteur de stress significatif, qui ajouté au stress de l'accouchement, peut avoir des effets à long terme sur la mère et l'enfant et entraver l'expérience (Mayopoulos et al., 2021).

Concernant l'Europe, l'étude de Lalor et al. (2021), incluant la Suisse dans sa recherche, montre que le personnel médical a parfois été contraint d'agir contre ce qui est recommandé et éthique, ce qui a pu causer des dommages aux femmes, aux bébés, aux proches, mais également à la santé mentale des soignant·e·s. Des limitations ont dû être mises en place, notamment une limitation des contacts face à face, des restrictions concernant la présence des partenaires lors de l'accouchement et du séjour hospitalier, ainsi que des restrictions concernant les visites postnatales (Lalor et al. 2021). Il y a également eu un manque d'accompagnement pour les femmes souhaitant allaiter, en raison d'affectation des professionnel·le·s vers d'autres services en nécessité pour la gestion du COVID-19, ce qui a restreint les services (Lalor et al., 2021). Un travail d'évaluation des bénéfices et inconvénients a été fait, évaluant l'équilibre entre les mesures de protection pour les mères, les bébés et le personnel soignant face au COVID-19, et la nécessité d'offrir un accompagnement optimal pour les mères (Lalor et al., 2021).

Concernant spécifiquement la Suisse, 36,8% des femmes ont ressenti un impact du COVID-19 sur leur expérience de grossesse et d'allaitement (Lambelet et al. 2021). Le COVID-19 a eu des effets sur le bien-être et la santé mentale des mères, de manière directe lors de contraction du COVID-19, et de manière indirecte, à travers un accès aux soins plus difficile et des modifications de leurs habitudes (Lambelet et al. 2021). L'allaitement, et donc les premiers mois avec le bébé, ont été particulièrement impactés par le COVID-19 (Lambelet et al. 2021). Pour 30% des mères, l'allaitement a été un facteur de stress supplémentaire dans le contexte de la pandémie (Lambelet et al. 2021). 69,2% des mères ont restreint leurs habitudes en s'imposant un confinement, par peur de contracter le COVID-19, ce qui aurait pu compromettre leur allaitement (Lambelet et al. 2021). D'autre part, 51,7% des mères allaitantes ont ressenti un manque d'accompagnement (Lambelet et al. 2021). Toutefois, seulement 2,1% ont considéré arrêter leur allaitement (Lambelet et al. 2021). De surcroît, 36,2% des femmes ont ressenti un impact sur les services médicaux proposés,

notamment des restrictions pour les consultations prénatales et une absence d'accompagnement dédié au confort durant la grossesse (Lambelet et al. 2021). L'étude de Benzakour et al. (2022), basée sur des femmes ayant accouché aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG, Suisse), montre que les femmes ayant bénéficié d'un accès limité à l'accompagnement prénatal ont ressenti davantage d'anxiété durant leur grossesse et étaient plus à risque de développer un trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement.

Ainsi, la pandémie de COVID-19 a eu des impacts pluriels et a modifié les pratiques institutionnelles des hôpitaux. Le cadre a donc été potentiellement moins propice et soutenant pour les femmes ayant accouché durant la pandémie, ce qui a pu entacher leur expérience de l'accouchement et potentiellement induire des conséquences à court et long terme.

2.7 Limites de la revue de littérature

La revue de littérature s'est avérée riche concernant l'expérience de l'accouchement et l'interaction entre les parturientes et les soignant·e·s. Toutefois, peu de littérature a été trouvée concernant le développement du lien des mères envers leur bébé. Les détails sur le développement des relations précoces sont relativement pauvres, tout autant que les détails concernant les perceptions et les ressentis des mères. Au sujet de la pandémie du COVID-19, si des informations suisses ont été trouvées sur l'expérience de l'allaitement et de la grossesse, peu de détails ont été abordés concernant l'expérience de l'accouchement et des premiers mois post-partum, hormis au sujet de l'allaitement. Concernant l'articulation entre l'accouchement et la relation mère-bébé, la recherche existante est très riche concernant les accouchements traumatiques, focalisée sur l'expérience des femmes atteintes d'un trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement. Le prisme du trauma est souvent adopté pour étudier l'articulation entre l'expérience de l'accouchement et les relations précoces mères-bébés. Peu d'études ont été trouvées abordant l'articulation entre l'expérience de l'accouchement et la relation mère-bébé à partir d'accouchements sans traumas ou d'accouchements évalués comme satisfaisants par les mères. Si des recherches expliquant la présence d'impacts de l'état psychologique des mères sur le développement du lien avec leur bébé ont été trouvées, il y reste cependant un certain flou au sujet des mères ne souffrant pas de troubles avérés.

3. Cadre théorique et problématique

3.1 Psychologie de la santé

Cette recherche se situe dans la sous-discipline de la psychologie de la santé, créée en 1979 par l'Association américaine de psychologie, qui se situe à la jonction de la psychologie et des sciences de la santé (Bruchon-Schweizer & Boujut, 2014 ; Fischer & Tarquinio, 2014). « La psychologie de la santé est une application des savoirs fondamentaux de la psychologie à la compréhension de la santé et de la maladie » (Matarazzo, 1984, cité dans Fischer & Tarquinio, 2014, p. 9). Cette sous-discipline vise à « promouvoir les comportements et styles de vie sains, prévenir différentes maladies, améliorer la prise en charge des patients et de leur entourage » (Sarafino, 1994, cité dans Fischer & Tarquinio, 2014, p. 9). L'amélioration de la prise en charge des patient·e·s concerne également la relation patient·e·s-soignant·e·s, qui nous intéresse pour cette recherche (Fischer & Tarquinio, 2014).

Actuellement, le modèle dominant de la santé est le modèle biomédical, qui appréhende les pathologies comme provenant essentiellement de facteurs biologiques, à savoir des facteurs biochimiques et neurophysiologiques (Fischer & Tarquinio, 2014 ; Wade & Halligan, 2017). Cette approche conçoit un dualisme entre le corps biologique et les aspects psychologiques, excluant une interdépendance entre les deux et une influence d'autres facteurs sur la santé (Wade & Halligan, 2017). La psychologie de la santé s'est construite à partir de concepts provenant de disciplines voisines, telles que la biologie, les neurosciences et les théories cognitives, pour aboutir à une approche davantage holistique de la santé, centrée sur la pluralité des interactions intervenant sur la santé, tels que les facteurs biologiques, psychologiques, mais également sociaux, ainsi que de leur interdépendance (Fischer & Tarquinio, 2014). Somme toute, en psychologie de la santé, la santé physique, la santé psychique et les facteurs sociaux externes sont appréhendés comme des éléments interdépendants et dynamiques (Fischer & Tarquinio, 2014). Le modèle proposé en psychologie de la santé, suite aux critiques réductionnistes du modèle biomédical, est le modèle biopsychosocial, qui inclut les facteurs psychosociaux dans la conception de la santé (Wade & Halligan, 2017). Il s'agit donc d'un élargissement du modèle biomédical, comprenant un « système de causalités complexes, multiples et circulaires » (Berquin, 2010, p. 1511). Le modèle biopsychosocial n'est pas le seul modèle alternatif existant, mais constitue le modèle alternatif le mieux développé actuellement et le modèle dominant en

psychologie de la santé (Berquin, 2010 ; Fischer & Tarquinio, 2014 ; Wade & Halligan, 2017).

3.2 Paradigme socio-constructiviste et recherche qualitative

La recherche qualitative, relativement récente puisqu'elle s'est largement développée durant les vingt dernières années, est utilisée pour les sciences humaines, sociales et psychologiques (Santiago-Delefosse et al., 2017). Initialement, la psychologie de la santé utilisait des approches principalement quantitatives, visant à expliquer les implications des facteurs psychosociaux sur la santé de la manière la plus objective possible (Fischer & Tarquinio, 2014). Par la suite, l'approche qualitative s'est développée, en complément à l'approche quantitative, adoptant un nouveau paradigme de l'expérience vécue et de la subjectivité, en comparaison au modèle quantitatif dominant, basé sur la quantification objective de la santé et de la maladie (Fischer & Tarquinio, 2014). Il y a donc deux manières de concevoir le monde qui coexistent au sein de la recherche en psychologie (Santiago-Delefosse et al., 2017). Il y a le paradigme positiviste et néopositiviste, dans lequel se situent les méthodes quantitatives, et le paradigme subjectiviste et constructiviste dans lequel se situe la recherche qualitative et se situe cette présente recherche (Santiago-Delefosse et al., 2017). Ces deux paradigmes s'opposent par leur conception de la recherche et par la posture des chercheur·e·s (Santiago-Delefosse et al., 2017).

Dans le paradigme positiviste ou néopositiviste, la réalité est figée et existe en dehors de son contexte et de l'observateur (Santiago-Delefosse et al., 2017). Cette réalité est gouvernée par des lois générales et stables et peut être mesurée (Santiago-Delefosse et al., 2017). Concrètement, durant une recherche les conditions sont contrôlées et l'hypothèse est appréhendée à l'aide de tests statistiques (Santiago-Delefosse et al., 2017). Le rôle du·de la chercheur·e est d'être expert·e, objectif·ive et désintéressé·e (Santiago-Delefosse et al., 2017). Le but de ce type de recherche est d'expliquer, prédire et contrôler ; autrement dit, d'en établir des théories, généralisables (Santiago-Delefosse et al., 2017).

La recherche qualitative se situe dans le paradigme subjectiviste et constructiviste, aussi appelé paradigme socio-constructiviste (Santiago-Delefosse et al., 2017). Dans cette approche, la réalité n'est pas appréhendée comme préexistante, elle est déterminée par l'interaction et son contexte (Santiago-Delefosse et al., 2017). Selon ce paradigme, aucun

phénomène ne peut exister sans contexte (biographique, sociologique, culturel, politique, historique, de genre, ethnique) (Santiago-Delefosse et al., 2017). La réalité est perçue comme subjective, mouvante, multiple et située (Santiago-Delefosse et al., 2017). Cette approche vise à considérer la complexité de l'expérience humaine et du vécu des participant·e·s (Santiago-Delefosse et al., 2017). Basée sur les référents théoriques de la phénoménologie et de l'interactionnisme symbolique, le but de la recherche qualitative est d'extraire du sens, par la contextualisation, dans une logique de compréhension (Fischer & Tarquinio, 2014 ; Paillé & Mucchielli, 2012). En effet, la phénoménologie est l'étude du sens que mettent les participants sur leur vécu, et l'interactionnisme symbolique appréhende l'expérience vécue comme une co-construction constante entre soi et l'extérieur, à partir de symboles (« un symbole, c'est ce que représente un objet, une personne, un événement en résonance avec l'expérience qu'en a un sujet, dans le contexte socioculturel qui est le sien ») (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 62). L'interactionnisme symbolique stipule qu'une personne n'est pas indépendante de la société dans laquelle elle vit, et que le sens de son vécu provient des interactions, qui contribuent à le construire (Paillé & Mucchielli, 2012). L'interaction est donc un élément essentiel de cette approche. Le processus de contextualisation permet de faire surgir des significations, à partir desquelles une interprétation peut être élaborée (Paillé & Mucchielli, 2012).

Les chercheur·e·s sont perçu·e·s comme coparticipant·e·s de la recherche, faisant partie intégrante de celle-ci (Santiago-Delefosse et al., 2017). Dans cette approche, les valeurs des participant·e·s mais également celles des chercheur·e·s font partie de la recherche (Santiago-Delefosse et al., 2017). Par ailleurs, les chercheur·e·s ne sont pas supposé·e·s être neutre, mais intègrent leur propre implication dans la recherche (Santiago-Delefosse et al., 2017). Le rôle des chercheur·e·s est de favoriser l'explicitation du sens dans les discours des participant·e·s, ainsi que la compréhension des reconstructions et des transformations en constante mouvance des structures internes et externes des participant·e·s, de leurs vécus et de ce qui fait sens pour eux·elles (Santiago-Delefosse et al., 2017).

La recherche provient donc d'une sensibilité et d'une curiosité du·de la chercheur·e, qui va vers des expériences de participant·e·s dans le but de comprendre un phénomène (Santiago-Delefosse et al., 2017). Concrètement, la recherche est menée par contact direct et personnel du·de la chercheur·e avec les participant·e·s (Paillé & Mucchielli, 2012). Les

résultats d'une recherche qualitative sont toujours contextualisés et relatifs, et ne sont pas autant prévisibles que dans la recherche expérimentale (Santiago-Delefosse et al., 2017). Une distance critique concernant tout le processus de recherche ainsi que la posture du-de la chercheur-e au sein de celle-ci est systématiquement réalisée (Santiago-Delefosse et al., 2017).

3.3 Contextualisation de la prise en charge des accouchements et de la maternité

Au regard du paradigme constructiviste dans lequel est situé cette recherche, il paraît intéressant de développer le contexte socio-culturel dans lequel se situe la prise en charge des naissances.

Les connaissances et les pratiques en médecine, les savoirs, ne sont pas absolus, universels et neutres : ils sont eux aussi situés. Les connaissances sont toujours élaborées dans un contexte, une culture, une politique, et il serait illusoire de penser que ce contexte n'influence pas la construction et les pratiques des savoirs en médecine.

3.3.1 Modèle biomédical et appréhension du risque

La prise en charge des accouchements est inscrite dans le modèle biomédical. L'accouchement est appréhendé comme un moment risqué et imprévisible, ce qui en justifie la médicalisation et l'hôpital comme lieu de prise en charge (Gouilhers, 2017). La médecine établit une différenciation entre le normal et le pathologique, qui structure la pratique de la médecine (Canguilhem, 2013). Bien qu'ayant un statut que l'on pourrait qualifier d'hybride, les femmes enceintes sont considérées comme des patientes, d'une manière similaire aux autres patient·e·s que l'on peut rencontrer en institution hospitalière. L'accouchement est un événement établi comme normal. Toutefois, de par son caractère imprévisible, il ne sera considéré normal qu'à son aboutissement (Gouilhers, 2017). Selon le sociologue Ulrich Beck, la société occidentale est structurée par une logique du risque (Batram-Zantvoort et al., 2021). L'accouchement serait donc inscrit dans un contexte plus large de « société du risque » (aussi appelé « culture du risque »), où l'appréhension du risque mènerait à agir de sorte à les réduire (Beck, 2003, cité dans Gouilhers, 2017, p.3). Ce n'est pas le risque réel qui est considéré, mais l'incertitude de l'apparition d'un risque. Cette logique peut parfois mener à une surmédicalisation, comme par exemple le recours à des moyens préventifs intrusifs tels

que la césarienne, le déclenchement, l'épisiotomie, qui parfois peut donc mener à des effets iatrogènes (Dessureault, 2015, Gouilhers, 2017).

3.3.2 Evolution de la prise en charge des naissances

La prise en charge de l'accouchement a beaucoup évolué au cours du siècle dernier (Barker, 1998). Si le modèle dominant actuel est le paradigme biomédical, jusqu'au 19^e siècle l'accouchement était géré dans l'intimité, entre les femmes de la communauté (Barker, 1998). C'est lors du changement de paradigme qui a pris place au début du 20^e siècle, avec l'avènement de la technicisation et de la professionnalisation, que la prise en charge des naissances a évolué, dans le cadre d'importantes transformations du champ de la santé (Barker, 1998 ; Gouilhers, 2017). La gestion des naissances s'est médicalisée, insistant sur l'importance du contrôle médical dans le but de garantir la sécurité et la santé des mères et des bébés. La médicalisation des naissances a notamment permis de réduire les risques de mortalité (Barker, 1998). De plus, elle a été associée à la recherche de pathologies potentielles et d'un certain nombre de protocoles et techniques médicales visant à y remédier (Barker, 1998). La gestion des naissances est donc passée d'un événement social, profane (c'est à dire non-expert), à un événement médical, professionnalisé. Cette évolution a également mené à un changement de posture des parturientes qui sont alors devenues patientes (Clavandier & Charrier, 2015 ; Quagliariello & Ruault, 2017). L'expertise située autrefois auprès des femmes s'est déplacée sur la figure des médecins et des soignant·e·s, qui se basent sur les techniques médicales pour prendre en charge les accouchements, et non plus principalement sur la parole des patientes (Barker, 1998). Cette évolution, avec l'émergence d'une conception biomédicale, a pris le dessus sur le savoir profane et expérientiel des femmes, autrefois dominant, au profit d'un savoir scientifique expert, détenu par le corps médical (Barker, 1998).

3.3.3 Tensions entre médicalisation et mouvements de démedicalisation

Face à la médicalisation de l'accouchement, des mouvements de contestation et d'empowerment ont émergé à partir des années 1960 aux Etats-Unis avec le *Women Health Movement*, et à partir des années 1970 par des collectifs féministes en Suisse (Gouilhers, 2017 ; Löwy, 2005). Ces mouvements activistes féministes critiquaient une surmédicalisation inscrite dans une institution patriarcale, qui exerce un contrôle sur les corps et la vie des femmes (Gross, 2017). Ces mouvements défendaient l'expertise profane des femmes et la reprise en main de leur propre santé (Gross, 2017). Un autre mouvement parallèle était

constitué d'associations de patient·e·s, qui défendaient l'idée de reprendre une part de responsabilité dans les soins, par l'expertise profane (Gross, 2017). Ces mouvements ont conduit à un empowerment des patient·e·s, qui va contre le paternalisme médical (Gross, 2017). Actuellement, il persiste des tensions entre d'une part une volonté de contrôler le risque, par l'interventionnisme et le contrôle médical, et d'autre part une volonté de considérer l'accouchement comme un événement normal et intime, qu'il est important de préserver, dans le but de permettre à la famille de le vivre le mieux possible (Gouilhers, 2017). Par ailleurs, l'accroissement de l'interventionnisme médical ne profite pas toujours à la santé périnatale et est actuellement discuté (Dessureault, 2015). Selon Ferry (2008), « l'obstétrique occidentale a oublié les connaissances sur le rôle actif de la femme durant l'accouchement » (p. 162). Selon elle, l'interventionnisme médical enlève aux femmes leurs capacités d'être actrices et de se fier aux phénomènes réflexes de l'accouchement (Ferry, 2008). Notamment, avec l'usage de déclenchement, de la péridurale, de la position couchée sur le dos, et du contrôle des soignant·e·s, de nombreuses femmes ne ressentent pas par elles-mêmes le besoin de pousser au moment de l'expulsion, qui n'est pas un acte volontaire mais un réflexe du corps (Ferry, 2008). En effet, lors de la phase des poussées « l'appui de la tête du bébé sur le périnée donne à la mère l'envie irrésistible de pousser pour faire naître son bébé. Ce n'est pas son cerveau conscient et volontaire, ni le savoir du soignant qui doivent indiquer à la mère quand et comment elle doit pousser. » (Ferry, 2008, p. 163). Les femmes sont moins connectées à leurs ressentis et se fient au personnel soignant, qui grâce aux techniques médicales, donne les indications aux femmes (Ferry, 2008). Selon Dessureault (2015), souvent cette manière de procéder conduit à une escalade d'interventions médicales qui auraient pu être évitées avec une approche physiologique de l'accouchement. L'OMS recommande d'ailleurs une prise en charge moins orientée vers la surveillance technique, mettant l'accent davantage sur la personnalisation et la continuité de l'accompagnement : « En promouvant des pratiques interventionnelles plus modérées et équilibrées lors de l'accouchement, l'OMS souligne l'importance d'une approche des soins mesurée et axée sur la personne qui permet d'intervenir efficacement et rapidement lorsque cela est nécessaire. » (Batram-Zantvoort et al., 2021, p. 649). D'autre part, il a été établi que des épisiotomies et des césariennes effectuées en prévention, sans nécessité, sont davantage nocives que bénéfiques en termes de santé (Vuille, 2016). D'ailleurs, depuis quelques années, les taux de césariennes et d'épisiotomies tendent à diminuer en Suisse (OFS, 2019).

3.3.4 Dimension de genre

Il convient de mettre en lumière le fait que la prise en charge des accouchements est une prise en charge spécifique aux femmes. Or, la médecine et particulièrement la gynécologie, malgré la féminisation de la profession, sont impactées par le sexisme (Vuille, 2016). Selon les auteures Angeloff et Gardey (2015), « le sexe féminin, les organes de la sexualité et de la reproduction sont des objets médicaux et politiques lourdement investis » (p. 35). D'ailleurs, lors du « grand déménagement », expression employée pour se référer à la migration des accouchements à domicile vers les institutions hospitalières, selon Clavandier et Charrier (2015) il y avait d'une part une dimension relative à la santé publique, dans le but de diminuer la mortalité, mais il y avait également une dimension de contrôle sur les corps. Selon les auteur·e·s, la biopolitique des corps, aussi nommée le « gouvernement des corps », qui se réfère à la considération de formes d'exercices de pouvoir portant sur les corps, est encore très présente dans ce qui a trait à la naissance (Angeloff & Gardey, 2015 ; Clavandier & Charrier, 2015). Dédier une section de cette recherche à la dimension de genre paraît d'autant plus pertinente que selon les auteures Angeloff et Gardey (2015), il y a une emprise des savoirs et des autorités médicales sur le corps et la sexualité des femmes encore plus marquante concernant le corps gestant et reproductif. Selon les auteures Quagliariello et Ruault (2017), le fait de rendre le savoir expert indispensable est une forme de soumission supplémentaire à l'autorité patriarcale.

Le contexte social, culturel et politique contribue à produire des attentes et des représentations de genre (Murray, 2015). La médecine, tant au niveau de la recherche scientifique produisant les savoirs que dans sa pratique, est emprunt de rapports de genre (Angeloff & Gardey, 2015). Jusqu'à la seconde moitié du 20^e siècle, les femmes ont été très peu représentées tant en tant que professionnelles qu'au sein de la production de savoirs dont les recherches étaient basées sur des populations d'hommes (Clair et al., 2018). Ainsi, suivant un paradigme androcentrique, les normes ont été établies sur la base de standards masculins, ce qui ne correspondait pas systématiquement aux femmes, qui étaient alors considérées comme leur étant inférieures ou dans un état appréhendé comme anormal ou pathologique (Murray, 2015). D'ailleurs, la grossesse et l'accouchement sont à la fois perçus comme des éléments correspondants à une certaine norme désirée, alignée avec une représentation de « *normative femininity* » (féminité normative [traduction libre], Riley et al., 2019, p. 103), tout en étant considéré comme un état anormal et potentiellement pathologique, en raison d'une

divergence avec le fonctionnement plus stable des corps des hommes, sur lesquels sont basées les normes (Riley et al., 2019).

La considération de la dimension de genre au sein de la médecine est donc récente (Clair et al., 2018). Deux biais principaux sont à la source d'inégalités de genre au sein de la médecine : (1) la non prise en considération de différences biologiques avérées entre les hommes et les femmes et (2) la présence d'une différence dans la prise en charge des hommes et des femmes, à l'origine de stéréotypes de genre, sans aucune justification scientifique (Clair et al., 2018). Des disparités de traitement peuvent être observées dans la prise en charge. Par exemple, la prise en charge de la douleur diffère selon le genre : des traitements moins puissants et moins efficaces ont tendance à être administrés aux femmes. Cette inégalité est liée aux stéréotypes et aux croyances de genre relatifs à la tolérance et à l'expression de la douleur (Clair et al., 2018). Un second exemple est que lors de plaintes physiques, les femmes sont plus souvent dirigées vers des pistes de causes psychologiques que les hommes (Murray, 2015).

Il est également intéressant de noter que de nombreuses attentes, normes et représentations sociétales sont associées aux femmes au sujet de la maternité (Riley et al., 2019). En effet, « si la parentalité est un concept universel, elle s'exprime différemment en fonction du genre » (Achiakh et al., 2020, p. 136). Il convient premièrement de souligner les représentations historiques associées à la maternité, où le rôle procréatif des femmes au sein de la société était important, la maternité étant considérée comme un accomplissement pour les femmes, essentiel pour se sentir « complètes » (Riley et al., 2019). De part des restes de ces représentations, le rôle de mère subit un paradoxe, puisque la maternité est socialement perçue à la fois comme naturelle et instinctive (on attend des femmes qu'elles sachent faire), tout en étant perçue comme nécessitant l'aide des professionnel·le·s qui les guideraient et leur apprendraient comment accoucher et être mère, (ce qui constitue une forme de contrôle sur la manière dont on veut qu'elles se comportent) (Riley et al., 2019). De plus, les auteures soulignent que les notions de beauté, de féminité et de fertilité sont liées, ce qui accompagne ces aspects de nombreuses injonctions implicites (Riley et al., 2019). Encore actuellement, la maternité peut renforcer des rôles traditionnels genrés, eux-mêmes renforcés par certaines théories qui les maintiennent, tels que les travaux de Bowlby, psychiatre et psychanalyste fondateur de la théorie d'attachement, focalisés sur le rôle des mères dans la parentalité,

soulignant leur responsabilité sur le développement psychologique des enfants (Riley et al., 2019). Parmi les injonctions implicites encore d'actualité, il y a notamment le fait que les mères soient souvent perçues comme les figures de *carers* (terme signifiant « prendre soin ») principales dans la parentalité, et les injonctions de se comporter comme une « bonne mère » (Riley et al., 2019). Ces nombreuses attentes et injonctions implicites peuvent mettre une certaine pression plus ou moins consciente sur les femmes (Riley et al., 2019).

Il convient de préciser que la plupart du temps, les disparités provenant de représentations genrées ne sont pas effectuées de manière conscientes par les soignant-e-s (Clair et al., 2018). Toutefois, leur présence soutient le fait que la médecine n'échappe pas à l'influence du contexte dans lequel elle se situe, en l'occurrence les inégalités de genre de la société occidentale patriarcale.

3.4 Problématique et question de recherche

Dans le cadre du mémoire de master, j'ai voulu saisir l'occasion d'explorer la période de transition qu'est la périnatalité. Ayant eu l'opportunité de réaliser mon travail de bachelor sur la grossesse, en explorant les enjeux psychologiques et identitaires de la maternité chez la femme et le couple, j'ai souhaité approfondir davantage le sujet en explorant cette fois-ci l'accouchement, moment charnière de la transition à la parentalité, aboutissement de la grossesse, et également étape importante pour le développement du lien entre la mère et son nouveau-né. Peu présenté durant le cursus de psychologie, la transition à la parentalité est une étape centrale du développement humain pour celles et ceux qui en font l'expérience, une étape marquante dans la vie des mères, des pères, des bébés, du couple, de la famille : en somme, une étape importante pour tout le système familial, tant au niveau individuel qu'interactionnel (Bertrand, 2011 ; Elmir et al., 2010). Etant dans l'orientation de master de psychologie de l'enfant et de l'adolescent, il m'a paru important et pertinent d'étudier cette période, marquante dans la vie des femmes, mais également marquante pour la relation mère-enfant (Deforges et al., 2020).

Au regard du cadre théorique et de la revue de littérature, exposés précédemment, cette recherche vise à étudier les perceptions et les ressentis qu'ont les mères de leur relation avec leur bébé, à partir de leur expérience de l'accouchement. Comme mis en évidence dans les limites de la revue de littérature, peu de recherches ont été trouvées concernant le développement du lien des mères envers leur bébé, et peu de recherches abordant leurs

perceptions et leurs ressentis ont été trouvées. J'ai choisi de me centrer sur l'accouchement, car la manière dont il est vécu par les mères peut avoir des impacts pluriels, à court et long terme, sur elles-mêmes, mais également sur leur relation avec leur bébé (Deforges et al., 2020). De plus, les limites de la revue de littérature ont mis en évidence un manque de recherche portant sur l'articulation entre le vécu de l'accouchement et la relation mère-bébé chez les femmes ne souffrant pas de trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement.

En Suisse, la majorité des accouchements a lieu dans des institutions hospitalières. Comme abordé dans la section *Contextualisation de la prise en charge des accouchements et de la maternité* (3.3) du cadre théorique, la question de la prise en charge des naissances est sujette à des réflexions et des remises en question actuellement. Notamment, certaines pratiques font l'objet de questionnements et les notions des violences obstétricales ainsi que des effets iatrogènes d'une surmédicalisation des accouchements font régulièrement surface dans la presse depuis quelques années. Pour citer quelques exemples, en 2018, le documentaire suisse *Accoucher sans violence* parle des traumatismes des accouchements en milieu hospitalier (Méric & Gerber, 2018). En 2019, la réalisatrice française Ovidie publie un documentaire sur les violences obstétricales. En 2021, un reportage français a été réalisé, visant à dénoncer certains aspects de la gestion des naissances en milieu hospitalier (Narre, 2021). Des articles paraissent également dans les revues scientifiques et médicales, par exemple l'article de Shobinger et al. (2020), paru dans la revue *Soins infirmiers*, qui aborde les accouchements traumatiques, les violences obstétricales et le rôle des soignant·e·s sur cela. Au niveau politique, en 2018 en France, le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) publie un rapport abordant « les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical » et identifie six types d'actes sexistes durant les suivis médicaux, dont certaines violences. Suite à ce rapport, la conseillère nationale suisse Rebecca Ruiz interpelle le Conseil fédéral afin d'obtenir les données suisses, sans obtenir un grand succès puisque le Conseil fédéral ne dispose pas de données exploitables (Ruiz, 2018). L'aspect interactionnel semble important lors des accouchements hospitaliers, puisque de nombreuses critiques de la prise en charge actuelle semblent concerner les professionnel·le·s. Au CHUV, en 2021, la majorité des doléances leur ayant été adressées concernaient des difficultés d'ordre relationnel comme c'est le cas chaque année (Schaad et al., 2021). Ce taux représente 45% des doléances (Schaad et al., 2021). Plus précisément, il s'agit de doléances touchant à une « communication déficiente » et à « l'égard, l'empathie, le respect et la

dignité » des patients (Schaad et al., 2021, p.10). Les deux secteurs les plus touchés par les doléances sont la maternité et gynécologie, et les urgences, où les erreurs d'attitude sont beaucoup plus nombreuses que les erreurs médicales (Schaad, 2020). On peut donc observer dans la presse tant publique que scientifique, mais également politique, la présence d'un questionnement sur les pratiques et les représentations de la gestion et la prise en charge des naissances. Ce contexte a contribué à m'interroger sur le vécu des femmes et a suscité une volonté de donner la parole aux femmes dans le but d'étudier leurs perceptions, leurs représentations et leurs ressentis relatifs à leur expérience de l'accouchement hospitalier. Au regard du contexte actuel, mais également du rôle important que semble avoir le personnel médical lors des accouchements, j'ai choisi d'étudier l'expérience de l'accouchement en milieu hospitalier sous l'angle de l'interaction entre les femmes et le personnel soignant.

De part ces éléments et au regard du paradigme constructiviste dans lequel se situe cette recherche, il semble important d'interroger les femmes concernant leur propre expérience, dans toute leur subjectivité, pour comprendre leurs vécus de l'accouchement, dans le but d'observer ce qui est marquant dans leurs expériences d'accouchement, ainsi que pour observer leurs perceptions et ressentis relatifs à leur relation avec leur bébé et au développement de cette relation. Ces questionnements se traduisent à travers les questions de recherche suivantes :

Comment les femmes qui ont accouché de leur premier enfant perçoivent leur relation avec leur bébé, à partir de leur expérience de l'accouchement ?

- *Comment les femmes ont vécu leur accouchement en milieu hospitalier, au regard de leurs interactions avec le personnel soignant durant l'accompagnement ?*
- *Comment s'articule cette expérience avec le développement de leur relation avec leur bébé ?*

L'intérêt de cette recherche est d'observer la place que prennent les interactions avec les soignant·e·s dans le vécu d'accouchement des femmes, et tenter de comprendre comment le vécu de cette expérience peut s'imbriquer à la relation mère-bébé durant les premiers mois de vie.

4. Méthodologie

Au regard du cadre théorique de cette recherche, précédemment abordé, cette section vise à présenter les objectifs de recherche, exposer les outils méthodologiques choisis pour y répondre, ainsi que présenter les différentes étapes concernant la délimitation de la population et le processus de recrutement. Le cadre théorique, précédemment abordé, a précisé le positionnement théorique de cette recherche, qui s'inscrit dans le paradigme constructiviste. L'approche qualitative, décrite dans le chapitre précédent, sera utilisée pour répondre aux questions de recherche. En clôture de ce chapitre se trouve une section dédiée à la réflexivité relative à la posture des chercheur·e·s, élément important lors de l'utilisation des méthodes qualitatives.

4.1 Objectifs de recherche

Cette recherche comporte deux objectifs.

Premièrement, il s'agira d'interroger le vécu, c'est à dire l'expérience subjective, de l'accouchement en institution hospitalière, des mères non vulnérables (ne souffrant pas de troubles liés à l'accouchement). Une attention sera portée sur la manière dont elles ont vécu les interactions avec le personnel soignant durant leur accompagnement. Les observations seront centrées sur les perceptions et les ressentis des mères, et non pas sur des critères objectifs établis, tels que les interventions médicales ou les complications. Le but sera de comprendre quels ressentis et émotions elles ont éprouvés lors de leur accouchement, ainsi que de comprendre ce qui a été marquant dans leur expérience.

Un second objectif sera d'observer l'articulation entre leur vécu de l'accouchement et le développement de leur relation avec leur bébé. Il s'agira d'interroger les perceptions des mères relatives à leur relation avec leur bébé et au développement de cette relation, de la naissance aux premiers mois de vie.

Ces deux objectifs prennent place dans le contexte de la pandémie du COVID-19, en Suisse.

4.2 Population

La population cible pour cette recherche est les femmes ayant accouché d'un premier enfant dans une institution hospitalière. Cette population étant très large, plusieurs critères d'inclusion ont été établis afin de cibler une population plus spécifique. Premièrement, cette recherche s'intéresse uniquement aux femmes ayant accouché en Suisse, en raison de la dimension culturelle de la prise en charge des naissances. Les représentations de l'accouchement, ainsi que les rapports parturientes-soignant·e·s sont empreints du contexte socio-culturel dans lesquels ils se situent. Ainsi, la prise en charge diffère selon les pays, ce qui influencera inévitablement l'expérience des femmes. Concernant le second critère, initialement il a été choisi d'exclure les femmes ayant accouché par césarienne en raison de différences relativement importantes entre les deux modes d'accouchements (Chalmers et al. (2010). Pour cette raison, il avait été choisi d'inclure uniquement les femmes ayant accouché par voie vaginale, ce qui est le mode d'accouchement le plus répandu (OFS, 2019). Toutefois, un contact avec une personne intéressée à participer à l'étude a conduit à reconsidérer ce choix et à exclure uniquement les femmes ayant accouché par césarienne programmée (qui consiste en une procédure très différente des accouchements vaginaux), et à permettre d'inclure les accouchements par césarienne non prévue (le déroulement se passe de la même manière qu'un accouchement vaginal, à l'exception qu'une césarienne est pratiquée par la suite en raison de complications). Ensuite, il a été établi d'inclure les femmes ayant accouché entre l'automne 2020 et le printemps 2021, ce qui correspond à des participantes ayant accouché entre six mois et une année avant l'entretien. Bien qu'arbitraire, cette décision a été prise dans le but d'établir une limite temporelle. Il y avait une volonté de ne pas inclure des femmes dont l'accouchement serait trop récent, ceci dans le but de permettre plus facilement l'exploration de la relation mère-bébé, ainsi qu'éviter de rencontrer des mères vivant encore des difficultés importantes en lien avec leur accouchement. Les pratiques étant en constantes évolutions, ainsi que la volonté d'interroger les participantes sur un événement récent ont mené à la décision de limiter l'échantillon à un délai d'une année post-partum. Finalement, il a été jugé important que les participantes aient un niveau de français suffisant, dans le but de pouvoir s'exprimer facilement lors des entretiens qui se sont déroulés en français. Enfin, l'échantillon s'est porté sur des femmes non vulnérables, c'est-à-dire en bonne santé physique et psychique. Cela signifie notamment que des femmes souffrant actuellement d'un trouble du stress post-traumatique ou de dépression post-partum n'ont pas participé, par considérations éthiques. En effet, les ressources pour cette recherche n'étaient

pas suffisantes pour garantir une prise en charge adéquate dans le cas où l'entretien déclencherait chez elles des réactions fortes, en raison de la sensibilité de la thématique. Il s'agit donc d'une mesure de protection envers les participantes. Lors du recrutement, ce critère a été vérifié directement avec les personnes intéressées.

4.3 Recrutement et éthique de la recherche

Le recrutement s'est fait par un mode d'accès indirect, ce qui signifie que le recrutement s'est fait à l'aide de tiers (Blanchet & Gotman, 2007). Le désavantage de ce mode d'accès est qu'il est moins neutre que le mode d'accès direct, avec lequel les participant·e·s sont recruté·e·s directement par les chercheur·e·s, par une approche directe envers des personnes potentiellement intéressées (Blanchet & Gotman, 2017). Le mode d'accès indirect a toutefois été choisi pour son accessibilité. Une annonce a été publiée sur les réseaux sociaux Facebook et WhatsApp. Cette annonce comportait le contexte de la recherche, les critères d'inclusion, les intérêts de participer à la recherche, tant pour les potentielles participantes que pour moi-même, et mes coordonnées ainsi que celles de la responsable de recherche. Plusieurs de mes contacts ont partagé l'annonce à leurs propres contacts et ont transmis l'annonce en format PDF à de personnes potentiellement intéressées de leur cercle de connaissance ou côtoyant des personnes concernées. J'ai également fait part à mes connaissances (oralement, lors d'événements sociaux) que j'étais à la recherche de participantes et plusieurs d'entre elles m'ont proposé de me mettre en contact avec des personnes de leur entourage. Ainsi, le recrutement s'est fait par bouche-à-oreille.

Les personnes intéressées m'ont contactées par message. Par la suite, un premier contact virtuel a été établi, par message. J'ai ensuite organisé un appel téléphonique avec les personnes intéressées afin d'établir un premier contact de vive voix et revenir sur les éléments importants de la recherche. Cet appel téléphonique avait pour objectif de veiller à ce que les personnes soient correctement informées avant d'accepter un rendez-vous pour l'entretien, en reprenant les éléments essentiels de la notice d'information. Il a ensuite été vérifié que les personnes intéressées correspondaient aux critères de recherche. Par la suite, il a été précisé que pour des raisons éthiques et de protection des participantes, la participation n'était pas possible pour les personnes atteintes à ce moment-là d'un trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement, de dépression post-partum ou les personnes très sensibles à ce sujet. Il a donc été vérifié que les personnes intéressées à participer n'étaient pas

concernées. Un accent a ensuite été mis sur le consentement et le confort des participantes. Il leur a été précisé que si une question lors de l’entretien les mettait mal à l’aise, il suffirait de le signaler afin que je ne pose plus de questions à ce sujet. Le contact de la responsable de la recherche leur a été rappelé. Il leur a également été rappelé qu’elles avaient la possibilité de se retirer de la recherche en tout temps, sans justification.

En raison de la 5e vague de COVID-19, les entretiens ont été réalisés à distance, à l’aide du logiciel Zoom. Les entretiens ont pris place entre janvier et mars 2022.

4.3.1 Présentation des participantes

Voici une brève présentation des participantes, permettant d’avoir un peu plus de contexte sur leur vécu :

Participante	Âge	Âge de l’enfant (au moment de l’entretien)	Complications éventuelles	Péridurale	Autre élément significatif
P1	31 ans	9 mois	-	Oui	Conjoint père au foyer
P2	34 ans	7 mois	Hémorragie de la délivrance	Non	Conjoint ne travaillant pas lors de la période étudiée Aide de ses parents
P3	40 ans	12 mois	Pré-éclampsie, déclenchement, ralentissement du pouls du bébé	Oui	Souhaitait un accouchement le plus naturel possible Aide de sa belle-mère
P4	27 ans	9 mois	-	Oui	Aide de sa mère
P5	35 ans	7 mois	Accouchement par le siège, ralentissement du pouls du bébé, césarienne d’urgence	Oui	Souhaitait un accouchement naturel

Tableau 1 – Récapitulatif des données des participantes, sur la base d’un questionnaire socio-démographique et des entretiens.

4.4 Méthode de récolte de données : l’entretien semi-structuré

Le but de l’étude étant d’observer les représentations, les perceptions et les ressentis des mères, l’entretien semi-structuré paraît être un outil pertinent pour cette recherche, de par sa souplesse qui favorise l’accès à ce type de données (Boutin, 1997). L’entretien semi-structuré est caractérisé par une co-construction entre le-la chercheur-e et la personne participante, dans le but d’accéder au discours des participant-e-s en respectant leur logique

narrative, tout en gardant en tête les objectifs de recherche (Boutin, 1997). Pour réaliser ce type d'entretien, le-la chercheur-e adopte une posture active et accompagne le-la participant-e dans la construction de son discours (Boutin, 1997). Par ailleurs, cette méthode de récolte de données offre une liberté intéressante lors d'études exploratoires comme celle-ci, car les participant-e-s ont l'opportunité d'aborder des sujets spontanément ainsi que d'aborder les thèmes sous l'angle ayant le plus de sens pour eux (Blanchet & Gotman, 2007).

Pour réaliser des entretiens semi-structurés, une partie du travail doit être réalisée en amont (Blanchet & Gotman, 2007 ; Boutin, 1997). Dans un premier temps, il convient de préparer le matériel nécessaire, notamment l'élaboration d'un canevas d'entretien et d'une consigne initiale (Blanchet & Gotman, 2007). La consigne initiale vise à lancer le discours ; elle ne doit être ni trop spécifique ni trop abstraite, ceci afin de laisser une grande liberté de parole aux participant-e-s pour exprimer leur vécu sans induire ou orienter leurs discours, sans pour autant dévier du sujet de recherche. Le canevas d'entretien est un support où sont représentées plusieurs thématiques à aborder durant l'entretien (Boutin, 1997). Il s'agit d'un guide à utiliser avec souplesse et non pas à suivre de manière rigide (Boutin, 1997). Le but de l'entretien semi-structuré est avant tout de suivre la personne dans son discours et dans les thèmes qu'elle abordera spontanément (Blanchet & Gotman, 2007). Dans un premier temps, le-la chercheur-e suit le-la participant-e dans son récit, puis, en réponse aux propos du-de la participant-e, le-la chercheur-e l'accompagnera à approfondir et clarifier ses propos ainsi qu'à questionner les pensées et ressentis relatifs au sujet abordé (Boutin, 1997). Boutin (1997) dit : « savoir questionner, c'est savoir obtenir l'information recherchée » (p.116), d'où la nécessité de la part des chercheur-e-s d'adopter une posture active. Par exemple, si un-e participant-e énumère une liste de comportements qu'il-elle fait, il conviendra de l'amener à développer davantage les pensées ou les motivations qui le-la conduisent à ces actions. Par ailleurs, le-la chercheur-e adoptera la posture la plus neutre possible lors de ses interventions, dans le but d'influencer le moins possible les propos des participant-e-s (Boutin, 1997). Toutefois, il est impossible de nier l'implication du-de la chercheur-e puisqu'il s'agit d'une co-construction du discours.

Pour le canevas de cette recherche, il a été choisi d'aborder 3 thèmes principaux, décomposés en plusieurs sous-thèmes. Le premier thème est l'accouchement, composé de trois sous-thèmes. Il s'agit de la relation aux soignant-e-s, des éléments qui ont été importants

ou jugés importants pour que l'expérience se passe bien, ainsi que des difficultés rencontrées. Le second thème est la transition ; qui aborde le fait d'arriver seule à l'hôpital et d'accueillir le bébé du jour au lendemain, ainsi que le fait de s'occuper de lui tout en venant de vivre l'accouchement, physiquement et émotionnellement intense. Le troisième thème est la relation avec le bébé, composé de quatre sous-thèmes suivant une logique temporelle : le premier contact, le séjour à l'hôpital, le retour au domicile, et la relation avec le bébé au moment de l'entretien. Le canevas d'entretien entier est disponible dans les annexes (annexe 2).

La consigne initiale choisie a été pensée de manière très ouverte, dans le but de ne pas orienter trop vite les participantes vers des thèmes précis, ce qui pourrait limiter par la suite leurs discours. La consigne « Pourriez-vous me raconter votre expérience de l'accouchement ? » permet de centrer les participantes sur le sujet de recherche, tout en leur laissant la liberté de l'aborder de la manière et dans l'ordre qu'elles le souhaitent. Le fait que la question soit simple de compréhension et ouverte vise à favoriser le déploiement du récit des participantes.

4.5 Méthode d'analyse de données : l'analyse thématique de contenu

Après avoir récolté des informations avec les entretiens de recherche semi-structurés, il convient de choisir un outil pour analyser ces informations, qui jusqu'alors ne permettent pas de produire de résultats (Blanchet & Gotman, 2007). L'analyse de discours se fait sur l'ensemble des entretiens, préalablement retranscrits littéralement (Blanchet & Gotman, 2007). Dans cette recherche, la méthode d'analyse de données choisie est l'analyse thématique de contenu. Cette méthode est focalisée sur la sémantique et permet de mettre en lumière le contenu du discours : « Les analyses de contenu étudient et comparent les sens des discours pour mettre à jour les systèmes de représentations véhiculés par ces discours. » (Blanchet & Gotman, 2007, p.89). Cette méthode consiste à déconstruire l'entretien en organisant le discours par codes de significations, puis à en identifier des sous-thèmes, puis des thèmes principaux (Braun & Clarke, 2006). Les différents thèmes et sous-thèmes identifiés correspondent aux éléments essentiels qui donnent sens au vécu des participant·e·s (Paillé & Mucchielli, 2012). « Avec l'analyse thématique, la thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de la

recherche (la problématique) » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.232). L'analyse thématique de contenu est donc un décodage des discours des participant·e·s (Blanchet & Gotman, 2007). Cette méthode d'analyse ne s'intéresse pas à la cohérence individuelle des entretiens, mais cherche une cohérence thématique inter-entretiens (Blanchet & Gotman, 2007). Les thèmes et leur organisation au sein d'un arbre thématique permettent de répondre aux questions de recherche (Paillé & Mucchielli, 2012). L'analyse thématique de contenu est composée de deux buts (Paillé & Mucchielli, 2012). Le premier consiste à relever tous les thèmes pertinents dans les entretiens, en lien avec la question de recherche (Paillé & Mucchielli, 2012). Le second est d'analyser et d'articuler les différents thèmes (Paillé & Mucchielli, 2012). Il s'agit de faire parler les thèmes, d'observer s'ils se répètent entre les différents entretiens, s'ils s'opposent, s'ils se complètent, se rejoignent, se contredisent (Paillé & Mucchielli, 2012). Il est à noter que cette méthode d'analyse n'est pas praticable à grande échelle, elle convient aux études ayant peu d'entretiens (Paillé & Mucchielli, 2012). Par ailleurs, cette méthode n'est pas dénuée d'interprétation, puisqu'il s'agit d'une lecture orientée des données (Braun & Clarke, 2006). Ainsi, il est important que le·la chercheur·e soit attentif·ive à sa propre subjectivité et documente son processus et ses choix dans le journal de bord (Braun & Clarke, 2006). Concernant la marche à suivre, il y a plusieurs manières possibles de mener une analyse thématique de contenu (Braun & Clarke, 2006 ; Paillé & Mucchielli, 2012). Une grande importance réside dans la transparence du processus et des choix effectués, éléments détaillés dans le journal de bord qui se trouve dans les annexes (annexe 8). (Braun & Clarke, 2006 ; Paillé & Mucchielli, 2012). Ci-dessous sont détaillées les étapes réalisées dans cette recherche.

La première étape de l'analyse thématique de contenu a consisté en deux lectures de chaque entretien, afin de prendre connaissance des données et d'avoir une vue d'ensemble (la familiarisation avec les données avait par ailleurs déjà commencé lors de l'étape de la transcription). Durant ces lectures, des annotations informelles ont été faites, ainsi que quelques surlignages, dans le but de s'approprier les éléments marquants des entretiens et d'écrire quelques premières idées. La seconde étape a été le codage en unités de sens, aussi nommées unités de signification : « Une unité de signification est une phrase ou un ensemble de phrases liées à une même idée, un même sujet, ou, si l'on veut, à un même thème. Dès que, dans le texte, une autre idée semble abordée, c'est qu'une nouvelle unité de signification débute. » (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 241). Ainsi, les entretiens ont été annotés avec les

différentes unités de significations correspondant au contenu, puis, une liste des différents codages a été réalisée. A partir de ce relevé d'unités de sens, une première esquisse des sous-thèmes et éventuellement de thèmes principaux peut être faite, ce qui a été réalisé (utilisant l'appellation de « catégorie » à la place de « sous-thème ») (Braun & Clarke, 2006). Il convient de préciser qu'à ce stade, il s'agissait d'une esquisse provisoire et que l'analyse thématique de contenu est caractérisée par de nombreux allers-retours entre les premières idées d'organisation des thèmes et le corpus de données (Braun & Clarke, 2006). Concrètement, de nouvelles unités de sens ont été ajoutées, certaines ont été regroupées, d'autres ont été subdivisées, et une hiérarchisation s'est progressivement dessinée (Paillé & Mucchielli, 2012). Ces premières esquisses ont été modifiées au fur et à mesure des lectures et se sont précisées (Braun & Clarke, 2006). Ainsi, progressivement, les unités de sens similaires ont permis de dégager des sous-catégories, puis des catégories, qui elles-mêmes ont permis de dégager des thèmes principaux. Un arbre thématique a été réalisé à partir des différents thèmes, catégories et sous-catégories identifiés. De nombreuses révisions ont été faites, jusqu'à l'obtention d'un arbre thématique déployant les thèmes, catégories et sous-catégories pertinents, agencés de manière logique. Chaque verbatim a ensuite été placé dans la catégorie ou sous-catégorie lui correspondant, afin de tester la pertinence de l'arbre thématique, et le réviser si nécessaire. Par exemple, certaines sous-catégories similaires ont fusionné, et certaines sous-catégories sont devenues des catégories.

4.6 Posture des chercheur·e·s en méthodes qualitatives :

4.6.1 Rôle central de la réflexivité

Dans le travail de recherche en méthodes qualitatives, il convient d'aborder le rôle central de la réflexivité du·de la chercheur·e. En effet, dans la construction de l'objet de recherche, ainsi que de toutes les étapes de la recherche, on ne peut nier l'implication personnelle du·de la chercheur·e (Malterud, 2001). Il convient de reconnaître cette subjectivité et d'adopter un regard critique envers soi-même, en tant que chercheur·e, ceci dans le but d'en limiter les biais (Malterud, 2001). Effectivement, le manque de réflexivité concernant la subjectivité du·de la chercheur·e constitue un biais des recherches qualitatives (Malterud, 2001). Il est donc important d'y consacrer une section ; d'explicitier en quoi cette réflexivité est centrale, en quoi la subjectivité du·de la chercheur·e influence sa recherche, ainsi que les différentes possibilités de limiter ce biais.

Le positionnement du·de la chercheur·e n'est jamais neutre et commence dès le choix de la thématique de recherche et se poursuit tout au long de la recherche, notamment concernant les choix méthodologiques, durant les entretiens avec les relances, mais également sur les résultats produits (Malterud, 2001). La recherche qualitative est une co-construction entre le·la chercheur·e et le terrain d'enquête. Ainsi, le positionnement du·de la chercheur·e influence inévitablement la recherche. Le·la chercheur·e est inévitablement situé·e par le contexte socio-culturel dans lequel il·elle évolue, et sa vision du monde a un impact sur la recherche (Santiago-Delefosse et al., 2017). Sa simple présence, dans l'interaction avec les participant·e·s, empêchera une neutralité (Santiago-Delefosse, 2006). Ainsi, sa propre subjectivité, sa manière de concevoir le monde et la thématique de recherche, en influenceront les résultats. Notamment, le·la chercheur·e peut avoir des attentes et des présupposés concernant le sujet de recherche et les résultats (Malterud, 2001). Cela concerne toutes et tous les chercheur·e·s et il ne s'agit pas d'un biais que l'on peut supprimer, car la recherche qualitative ne peut pas être indépendante du·de la chercheur·e qui la réalise (Santiago-Delefosse, 2006). Toutefois, il est possible de le limiter et de contrôler ce biais pour en diminuer l'impact sur la recherche (Malterud, 2001).

Pour limiter les biais, il convient d'explicitement les attentes et présupposés du·de la chercheur·e. En effet, selon Malterud (2001), le fait d'avoir des présupposés n'est pas synonyme de biais, à moins que cela ne soit pas explicité. L'utilisation du journal de bord permet cette explicitation tout au long de la recherche, et permet l'élaboration d'une distanciation entre les présupposés du·de la chercheur·e et la recherche, ainsi que l'élaboration d'un regard critique concernant sa propre subjectivité (Malterud, 2001). En effet, le·la chercheur·e doit dans un premier temps prendre conscience de sa propre subjectivité et réaliser en quoi celle-ci est présente durant tout le processus de recherche. Ensuite, le·la chercheur·e fait part de son positionnement tout au long du travail dans le journal de bord. L'utilisation du journal de bord permet de faire preuve de réflexivité concernant cette subjectivité et son influence sur la recherche. La réflexivité a un rôle central dans la recherche qualitative car elle constitue un critère de qualité, ce qui contribue à la crédibilité des résultats de la recherche et à sa scientificité (Malterud, 2001). Il convient de réfléchir à son propre positionnement durant chaque étape de la recherche.

Il paraît utile de mentionner quelques exemples. Un premier exemple se situe durant les entretiens ; l'attitude du·de la chercheur·e et les relances ont une influence puisque le discours est co-construit entre le·la participant·e et le·la chercheur·e. Ainsi, non seulement les mots utilisés, mais également le ton utilisé, la formulation des questions (questions fermées/questions ouvertes), ainsi que le non verbal du·de la chercheur·e, peut orienter les réponses des participant·e·s. Un second exemple se situe plus tard dans la recherche, durant l'analyse thématique de contenu ; un risque, si l'exercice de réflexivité et de distanciation n'a pas été suffisamment élaboré, est de faire des interprétations. Pour limiter ce risque, il convient d'avoir explicité ses attentes, ses présupposés, et ses connaissances personnelles, dans le but de pouvoir identifier une distance entre ces savoirs présumés, et les véritables données et conclusions issues de la recherche ; le but étant de laisser les savoirs préexistants de côté et d'adopter une posture ouverte à ce qui se présente. Le travail de réflexivité du·de la chercheur·e fait en amont est la clé de cette la distanciation, qui contribue à la qualité de la recherche.

Pour ce mémoire, un journal de bord se trouve dans les annexes (annexe 8) et a été rédigé tout au long du processus de recherche. J'y fais part de mes attentes, de mes présupposés, de différentes pensées et réflexions concernant mon positionnement et mes choix méthodologiques. J'y mentionne également mes doutes et les difficultés rencontrées. L'écriture du journal de bord facilite la prise de conscience des présupposés et donc facilite la distanciation avec ceux-ci.

4.6.2 Positionnement relatif à la thématique et à la distance avec l'objet de recherche

Drapeau (2004) préconise de réfléchir aux motivations ayant mené le·la chercheur·e à s'intéresser à son thème de recherche, dans le but de les analyser, de s'approprier ses propres intérêts en tant que chercheur·e, ceci pour éviter que le regard sur la recherche soit biaisé. Ainsi, j'ai également veillé à faire cet exercice et à expliciter mes motivations et mes intérêts à réaliser ce travail, dont le but est de contribuer à la distanciation entre ce qui vient de moi, et ce qui vient de la recherche.

Je suis passionnée par le sujet de la transition à la parentalité et de la périnatalité. Je me suis beaucoup informée sur le sujet depuis plusieurs années, à travers des témoignages, des reportages, des documentaires, des lectures et également au travers des réseaux sociaux.

J'ai également eu l'opportunité de réaliser mon travail de bachelor sur la grossesse, un travail qui m'a beaucoup appris sur cette période de la maternité. Plus tard, j'ai réalisé un travail de séminaire en sociologie sur l'identité des parturientes et sur la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, à travers des entretiens avec un médecin chef de clinique en maternité, une anthropologue et une membre fondatrice d'une association suisse de soutien aux parents. Ce travail a beaucoup contribué à orienter mes présupposés relatifs à ce sujet. Ainsi, je ne me considère pas naïve sur le sujet, de par mes connaissances préalables acquises au travers de mes travaux réalisés dans le cadre de mes études, mais également acquises au travers de mes recherches personnelles. Ainsi, j'avais dès le début de la recherche de nombreux présupposés et de nombreuses attentes concernant les données que je m'attendais à récolter durant cette recherche. De par ces nombreux présupposés, le travail de réflexivité concernant ma posture de chercheuse et de distanciation avec le sujet a été très important. En effet, un·e chercheur·e naïf·ve sur le sujet aurait probablement eu davantage de facilité à ne pas induire et ne pas orienter le discours des participantes durant l'entretien. Ainsi, il a donc été important de réfléchir à mes présupposés, à les identifier et à me les approprier avant de réaliser les entretiens afin de pouvoir garder une distance adéquate pour induire le moins possible d'éléments. Cette réflexivité a été gardée en tête durant tout le travail, afin de limiter l'impact sur la recherche. Toutefois, il paraît important de préciser que cela n'a été ni facile, ni parfait. En effet, la distanciation n'a pas été optimale durant certaines parties des entretiens, ce qui a pu influencer les réactions et les réponses des participantes.

Davantage de détails concernant mes motivations, mes intérêts, mes présupposés et mes attentes en tant que chercheuse, ainsi que les difficultés rencontrées sont explicités dans le journal de bord, situé dans les annexes (annexe 8).

5. Résultats

5.1 Résultats de l'analyse thématique de contenu

L'arbre thématique de contenu ci-dessous vise à présenter les différents éléments ressortis de l'analyse. L'analyse de contenu effectuée a permis de mettre en lumière 5 thèmes qui reflètent le vécu des participantes au regard de la question de recherche : le vécu de l'accouchement (1), l'environnement hospitalier (2), l'identité (3), le post-partum (4), et la

relation avec le bébé (5). Chacun des thèmes est divisé en catégories, et certaines de ces catégories sont encore détaillées en sous-catégories, lorsque cela a été jugé nécessaire. Un tableau d'analyse comportant le classement de l'ensemble des verbatims des entretiens au sein de cette organisation se trouve dans les annexes (annexe 7).

Thème	Catégorie	Sous-catégorie
1. Vécu de l'accouchement	1.1 Perceptions générales de l'accouchement	
	1.2 Besoins : importance de la discussion lors de l'accompagnement	1.2.1 Se sentir écoutée
		1.2.2 Comprendre
		1.2.3 Etre rassurée
	1.3 Imprévisibilité	1.3.1 Décalage entre attentes et réalité
		1.3.2 Ressentis face à l'imprévisibilité
		1.3.3 Peur de la mort
	1.4 Difficultés physiques	1.4.1 Douleur physique
1.4.2 Durée longue de l'accouchement		
1.4.3 Epuisement		
1.5 Etat de conscience modifiée		
1.6 Empowerment		
1.7 Importance du partenaire		
2. Environnement hospitalier	2.1 Hôpital comme lieu d'accouchement	
	2.2 Interactions avec le personnel soignant	2.2.1 Interactions encourageantes
2.2.2 Interactions inconfortables		
3. Identité	3.1 Se sentir mère	
	3.2 Impact de la maternité sur d'autres relations : couple et famille	
	3.3 Conciliation entre les différentes identités et sphères de vie : soi-travail-mère	
4. Post-partum	4.1 Accompagnement post-partum	4.1.1 Soutien des professionnel·le·s
		4.1.2 Soutien des proches
		4.1.3 Partage des tâches avec le partenaire
	4.2 Corporéité	4.2.1 Convalescence physique
4.2.2 Changements corporels		
5. Relation avec le bébé	5.1 Premiers instants	
	5.2 Ajustements	5.2.1 Apprendre à s'occuper du bébé
		5.2.2 Mise en place d'une routine organisationnelle
	5.3 Sentiment d'attachement	
5.4 Créer le lien		

Tableau 2 – Arbre thématique de contenu, synthétisant les éléments ressortis de l'analyse, organisés en thèmes, catégories et sous-catégories.

1. Expérience de l'accouchement

1.1 Perceptions générales de l'accouchement

Cette catégorie concerne le contenu du discours relatif à la perception générale qu'ont les participantes de leur accouchement.

Suite à la question d'amorce, « *pouvez-vous me raconter votre expérience de l'accouchement ?* », la plupart des participantes font mention d'une phrase résumant leur expérience, telle une représentation générale de leur expérience. P2 résume son expérience comme expéditive, mais qui s'est bien passée : « *Mais sinon, c'était, ça a été express, mais super, ça s'est vraiment, ça ne pouvait pas se passer mieux, en fait* » (l. 179-181). P5 au contraire décrit son accouchement comme étant très difficile : « *Ah, c'était affreux. Comme la grossesse. Alors franchement, c'est vraiment un truc... Psychologiquement, c'est vraiment le truc que je crains de devoir revivre* » (l. 2-4). Psychologiquement cela a été très difficile à gérer pour elle, de telle manière qu'elle craint l'éventualité d'un second accouchement. P3 décrit son accouchement comme une expérience nouvelle, caractérisée par l'inconnu : « *C'était une nouvelle expérience, parce que c'était la première. Je dirais pas facile. Pas facile parce que c'est un petit peu face à l'inconnu* » (l. 2-4).

Pour la plupart, ce qui résume leur expérience est le caractère pluriel de l'expérience : « *Je ne peux pas dire que ça a été joyeux, ou triste ou stressant parce que c'est un mélange de tout en fait, en même temps, à différents moments* » (P1, l. 2-4), « *c'est vrai que c'est assez vaste* » (P3, l. 2).

Pour la plupart des participantes, l'accouchement est également caractérisé par le lâcher-prise et l'adaptation. P1 n'avait pas d'appréhension à propos de l'accouchement. Pour elle l'accouchement est une étape obligatoire, face à laquelle elle était dans un état d'esprit de lâcher-prise : « *Mais euh voilà, c'était un passage obligé, comme l'accouchement (rires)* » (l. 10-11), « *Du coup, j'avais pas d'appréhension particulière avant, je me suis dit bon bah mère nature va bien se faire, on verra comment ça va se passer* » (l. 4-6), « *De toute façon, voilà, j'étais dans l'état d'esprit où faut bien que ça se fasse. Je prends mon mal en patience et voilà* » (l. 39-41). P2 était dans un état d'esprit similaire. Elle n'a pas fait de plan de naissance et voulait prendre les choses comme elles viendraient. Pour elle, c'était une

manière d'éviter le risque d'être déçue en ayant des attentes trop spécifiques : « *Je m'étais dit « on verra, les choses se passeront comme elles vont se passer ». Je n'avais pas envie d'être déçue, en fait. Et donc pour me préserver un peu de la déception, je m'étais dit « les choses viendront-, se, laisse les choses venir comme elles viennent, et ça ira très bien ». Et c'est ce qu'il s'est passé »* (l. 282-286). P4 explique avoir été angoissée en début de grossesse, puis ses inquiétudes se sont apaisées au fur et à mesure de celle-ci : « *C'est vrai que les premiers mois où j'ai su que j'étais enceinte, c'était l'angoisse pour moi d'accoucher. Et plus les mois venaient et peut-être le jour même, j'ai vraiment pas pensé à « ah, je vais avoir mal. Ah, ça va se passer comme ça. Il va se passer ci, ça. » »* (l. 32-36).

1.2 Besoins : importance de la discussion lors de l'accompagnement

L'analyse des entretiens a permis d'identifier des éléments particulièrement importants pour les participantes durant leur accouchement, soit par leur présence qui a facilité leur expérience, soit par leur absence, ce qui a constitué un manque pour elles. Qu'ils aient été présents ou au contraire trop absents, ces éléments constituent des besoins pour les participantes. La plupart des besoins identifiés étaient relatifs à la communication et à la discussion avec le personnel soignant. Il apparaît donc que le point central autour duquel gravitent les différents éléments marquants dans l'expérience des participantes, est la communication entre elles et l'équipe médicale, et qu'une communication considérée comme suffisante constitue un besoin important pour les participantes. Des besoins plus spécifiques, liés à la communication avec le personnel médical, seront détaillés dans les prochaines sous-catégories.

De manière répétée dans l'entretien, P3 relève l'importance de la discussion et de la relation avec le personnel soignant, d'autant plus lors d'un accouchement où elle s'est trouvée en situation de vulnérabilité et d'intimité. Pour elle, il est important de pouvoir se sentir bien et de pouvoir établir un lien de proximité avec les professionnel·le·s : « *Moi, je dirais que c'est très important parce qu'on vit quand même (rires) on vit quand même une intimité (rires). C'est vrai. Eux ils te voient euh (montre son corps avec ses bras), pas que là, ils te voient (désigne ses parties intimes avec ses bras). Moi, j'ai trouvé très important. Vraiment, c'est hyper important en fait d'avoir, oui un échange vraiment, mais comme si*

c'est, je sais pas, comme si c'est quelqu'un de la famille. C'est hyper important d'avoir ça » (P3, l. 262-267).

P3 souligne également l'importance de la communication tout au long de la prise en charge, et non pas uniquement durant l'accouchement. La préparation en amont, le fait de revenir sur les décisions établies lors de la préparation lors de l'accouchement, ainsi que la discussion post-accouchement sont des éléments importants pour elle, dans le but de favoriser une bonne expérience : *« Et c'est pour ça que la préparation, la discussion, le dialogue, tout ça, je pense que c'est important pour vraiment qu'on se rende compte que, voilà, pourquoi on en est là à tout moment, et puis, qu'est-ce qu'il se passe. Je pense, c'est hyper important » (P3, l. 347-350).* La discussion répond donc à un besoin de compréhension. Concernant son plan de naissance, P3 a trouvé que les soignant·e·s prenaient en compte ses choix. Toutefois, elle aurait souhaité qu'on lui propose de revenir sur ceux-ci, d'autant plus que son accouchement ne s'est pas déroulé comme prévu : *« Et tu vois, ce qui, mon choix d'accouchement qui était écrit sur la feuille, j'ai remarqué que ça pesait plus que l'être humain qui est là et qui est finalement « ouh » (mime de soupir et de douleur). Moi, c'était pour autant que ça se passe bien » (P3, l. 240-243).* Cela illustre un besoin d'ouverture lors de l'accouchement afin de rediscuter des choix décidés et permettre un ajustement du plan de naissance, en fonction du déroulement de l'accouchement. N'ayant pas bien vécu cet événement, elle aurait souhaité que la discussion se prolonge après l'accouchement, pour pouvoir revenir sur ce qu'il s'est passé, dans le but de comprendre et également de pouvoir réguler ses ressentis émotionnels suite à l'accouchement. Elle a trouvé que ces possibilités ont manqué.

P1 a été très satisfaite de la communication avec le personnel soignant, qu'elle a trouvé très cohérent et professionnel : *« Ils, je les ai trouvés très professionnels et cohérents, au niveau des messages et voilà. Du coup, ça ne m'a pas, enfin... C'était bien, c'était bien » (P1, l. 87-88), « Du coup, enfin voilà. Je n'ai pas ressenti de manque du point de vue de la communication. Ils étaient là quand j'en avais besoin » (p1, l. 95-96).*

Si la communication avec le personnel médical s'est dégagée en tant qu'élément important, elle semble d'autant plus importante lors de modifications du déroulement de l'accouchement ou lorsque les femmes éprouvent des difficultés.

1.2.1 Se sentir écoutée

Un premier besoin identifié est le fait de se sentir écoutée par le personnel soignant : « *Finally, on m'a mis dans une chambre avec un monitoring en disant « il faut qu'on vérifie que vous avez des contractions ». Et donc moi j'étais déjà en train de leur hurler que oui, j'avais des contractions et que maintenant elles étaient toutes les deux minutes et que ça ne servait à rien de me mettre ce monitoring pour vérifier mes contractions, parce que j'en avais tout le temps* » (P2, l. 77-81). P2 a eu l'impression de ne pas être crue par les professionnel·le·s lorsqu'elle exprimait avoir des contractions. P3 a eu l'impression que les professionnel·le·s niaient sa douleur lorsqu'elle l'exprimait : « *Je veux dire, pendant tout ce temps, ce qui a été difficile c'est que je disais, je demandais en fait au personnel médical un petit peu, ben « mais là elles sont vraiment fortes les contractions ». Puis elles venaient me dire « oh non, non, non, ça sera pire après ». Donc du coup, j'étais là (mime un soupir). C'était pas très rassurant* » (P3, l. 163-167). Le fait de ne pas se sentir entendue est difficilement vécu par les participantes et ne contribue pas à installer un climat de confiance entre elles et les professionnel·le·s. Ce sentiment a d'ailleurs provoqué une remise en question chez P2 qui en est venue à remettre en question ses propres ressentis : « *Mais ils avaient tellement pas l'air de me prendre au sérieux et de prendre la douleur au sérieux que je me disais un peu « ben en fait je suis hyper douillette » »* (P2, l. 123-125).

P1, P4 et P5 se sont globalement senties écoutées : « *Moi, j'ai trouvé que comme pour tout, si on reste poli, si on reste gentil. Eux, ils comprennent. On souffre le martyr. Et puis ils sont quand même à l'écoute. Parce que moi, j'ai vraiment changé, j'ai vu le tournus sur une journée. Et puis j'ai vraiment pas trouvé quelqu'un de désagréable ou quelqu'un qui n'était pas à l'écoute, même, ou quelqu'un de trop envahissant* » (P5, l. 161-167). Lors de son premier contact téléphonique avec les soignant·e·s, P4 a suivi leurs conseils. Puis, une fois sur place elle a exprimé rapidement son souhait d'avoir une péridurale, chose qui a été entendue et effectuée par le personnel soignant. P1 a eu le sentiment que ses souhaits étaient respectés : « *Mais bon, voilà, les gens étaient à l'écoute de ce que je voulais* » (l. 57-58). Si pour la plupart des participantes le fait de se sentir écoutée a été très important, pour P1 cela était plus secondaire : « *Je ne suis aussi pas quelqu'un qui en a besoin, enfin, il y a différents types de personnes. Moi, c'est vrai que du point de vue médical, ce qui m'importe, c'est d'être bien*

soignée, et être écoutée c'est moins important pour moi que ça peut l'être pour d'autres personnes » (l. 90-93). Ainsi, le plus important pour elle a été sa prise en charge physique, et le fait de se sentir entendue était moins important.

Dans son expérience, P5 a pu bénéficier d'une médiation. Elle s'est sentie écoutée par les soignant·e·s : *« Ce n'est pas, ils ont trouvé aussi, j'ai été écoutée, ils ont trouvé une médiation. Ils sont, ils sont venus à ma rencontre parce qu'ils ont vu que je leur faisais confiance mais j'étais quand même assez stressée »* (l. 186-189).

P5 a toutefois eu une mauvaise expérience isolée avec une sage-femme qui lui a suggéré de faire un bain, chose que P5 avait déjà fait avant d'arriver à l'hôpital et qui s'était très mal passé. P5 refuse donc la proposition, la sage-femme tente de la convaincre et finalement P5 accepte. L'expérience se passe mal à nouveau, P5 mentionne qu'elle l'avait prévenue que ça ne lui convenait pas. La sage-femme s'est excusée, ce qui a été apprécié par P5 : *« Donc je me suis dit, « bon, allez, faisons ça, rentre dans la baignoire » [...]. Et puis, je sors de la baignoire et je recommence à vomir. Style « mais putain, je t'avais dit que ce n'était pas une bonne idée ». Puis après, elle s'est excusée. Donc moi, je ne lui en ai pas tenu rigueur, et puis je le, je ne le perçois pas forcément comme le moment le pire durant mon accouchement »* (l. 554-555, 557-561). P5 qui avait déjà fait l'expérience que cela ne lui convenait pas, ne s'est pas sentie écoutée lorsqu'elle l'a exprimé.

1.2.2 Comprendre

Le besoin de comprendre ce qu'il se passe et de pouvoir mettre du sens sur les actes médicaux est également important pour les participantes. Les soignant·e·s de P4 l'ont avertie avant d'utiliser des forceps : *« Ils ont quand même dû utiliser les forceps pour, voilà, ils m'ont prévenue »* (l. 45). Elle relève le fait qu'elle a été informée de la procédure, ce qu'elle a apprécié. Cela a permis de mettre du sens sur ce qui était en train de se passer. P3 aurait souhaité davantage d'explications concernant les actes médicaux et la suite de la procédure, chose qui manquait pour elle : *« Ce qu'il va se passer, exactement. Bon, après ils ne peuvent pas savoir, bien sûr avec des... »* (l. 233-234). Elle a trouvé que le personnel n'expliquait pas suffisamment. Elle aurait eu besoin de davantage d'informations pour pouvoir être plus rassurée et plus sereine : *« Et puis j'ai, il y a une des, alors là le problème c'est qu'elle ne m'a pas expliqué vraiment ce qui allait se passer parce que, si tu veux, avec sa main, elle a*

stimulé un peu vers la poche des eaux. Et ça a cassé la poche des eaux du bébé. Puis, du coup ça accélère l'accouchement » (l. 271-275). Pour P3, certains aspects des complications qui sont survenues, ainsi que certaines actions de la part du personnel soignant, n'avaient pas de sens et étaient incompris : « [...] *en fait pour moi au début, c'était comme si elles avaient, je ne comprenais pas pourquoi elle avait provoqué, toujours (rires)* » (l. 325-327). N'ayant pas bien vécu son accouchement, elle aurait souhaité pouvoir revenir sur ce qu'il s'est passé dans le but de pouvoir mettre du sens sur les actes exercés par les professionnel·le·s.

La compréhension est donc un élément très important pour que l'accouchement se déroule bien pour la mère, probablement d'autant plus lors de complications ou de modifications du déroulement de l'accouchement.

1.2.3 Etre rassurée

En lien avec le besoin de comprendre, figure également le besoin d'être rassurée. Ces deux éléments sont en lien car le manque de compréhension va générer de l'inquiétude. Le fait d'être rassurée est un élément très important pour la majorité des participantes.

P3 a trouvé que cet aspect a manqué lors de son accouchement. Elle aurait eu besoin d'être davantage rassurée, ce qui l'aurait beaucoup aidé : « [...] *peut-être simplement le fait de, de dire que « tout va bien, il ne va rien nous arriver », des choses comme ça* » (l. 219-220). Les mots du personnel soignant ont un grand impact sur la manière dont les participantes vivent leur accouchement. P3 s'est sentie seule face à ses inquiétudes et aurait eu besoin de davantage de discussion avec le personnel soignant, dans le but de pouvoir être rassurée : « [...] *tu vois parce que dès que aussi, t'as le cœur du bébé, il y a eu plus tard le cœur bébé, du bébé qui se, qui se fatiguait, tu vois dans le temps. Alors, ils te disent « il y a les battements du cœur qui diminuent ». Toi t'es direct « putain je vais perdre mon bébé ! », tu vois (rires). C'est tout de suite « Ah! ». Mais t'oses pas le dire parce que t'oses pas en parler, parce que c'est... T'es juste hyper anxieuse en fait. Et c'est vrai que c'est des choses, dire « alors on vous dit ça, mais ne vous inquiétez pas, c'est juste que maintenant on va accélérer un petit peu l'accouchement. Et puis il va se passer ça, etc. ». Tu vois, un petit peu expliquer la suite, peut-être* » (l. 222-230). Dans cet extrait, l'équipe médicale a exprimé les choses de manière factuelle, ce qui a provoqué une grande peur chez P3 qui s'est imaginée perdre son bébé. Elle n'a pas osé exprimer ses craintes aux soignant·e·s, dû à une anxiété trop

importante. Elle aurait souhaité que les soignant·e·s lui amènent l'information d'une manière plus adaptée, avec des explications, ceci dans le but de la rassurer et de lui permettre de comprendre ce qu'il se passe plutôt que de rester dans une incompréhension qui a un effet anxiogène. P5 rejoint également ce propos. A un certain moment, le personnel médical a perdu le pouls de son bébé et l'a verbalisé tout en lui disant de ne pas s'inquiéter. Pour P5 cela a été stressant : « [...] ouais madame, ne vous inquiétez pas, mais on perd un peu le pouls » (l. 99-100). Cette phrase ne rassure pas, car elle contient à la fois un contenu inquiétant (l'annonce d'une complication : la perte du pouls du bébé), et à la fois un contenu ne reconnaissant pas la gravité de l'élément annoncé. On peut même supposer que cette partie de la phrase « ne vous inquiétez pas, mais » (l. 100), au lieu de rassurer a provoqué l'effet inverse chez P5, car le personnel soignant n'a pas complété cette information avec des explications, et n'a pas pris en compte l'état émotionnel de P5. Au travers de ces extraits, on peut constater un décalage de langage entre les professionnel·le·s et les participantes. Les soignant·e·s n'ont pas rencontré les besoins émotionnels des participantes. Leur manière de s'exprimer n'était pas adaptée aux participantes qui se trouvaient dans une situation de stress important.

P3 a trouvé difficile d'avoir des repères lors du déroulement de son accouchement car elle sentait qu'il y avait quelque chose qui ne se passait pas bien, sans savoir de quoi il s'agissait car le personnel médical ne communiquait pas suffisamment avec elle. Pour P3, ressentir cela sans avoir d'informations a été stressant : « En fait, c'était pas très clair par rapport, si tu veux c'est ça qui est difficile je trouve dans le médical, c'est qu'ils te font fortement comprendre que t'as plus le choix, mais... Tu vois qu'ils sont un peu stressés, mais ils ne le montrent pas. Donc c'est difficile en fait de trouver des repères. Et puis, c'est ce qui est un peu stressant » (l. 41-45). Ainsi, le manque de repères, qui survient d'un manque de communication a induit de l'inquiétude. En amont, P5 avait exprimé au personnel soignant son souhait d'être informée de ce qu'il se passe durant l'accouchement, afin qu'elle soit au courant de tout, y compris des éventuelles complications. Sa demande a été entendue et respectée : « Mais au moins, ils te préparent, d'une certaine façon, parce que moi j'ai dit « moi, je ne veux rien avoir caché ». J'ai dit « s'il y a un problème, on en discute, on en discute tous ensemble, mais je veux être consciente de la chose. Je veux savoir les risques », ouais » (l. 564-568). Pour P5, il était important de savoir ce qui était en train de se passer.

D'une certaine manière, le fait d'être consciente de la situation rassure car cela donne de la maîtrise sur l'événement.

Les extraits d'entretiens mis en avant dans cette section montrent que le fait de tenir les femmes informées n'est pas forcément suffisant pour les rassurer, cela doit être complété avec des explications et un langage adapté.

Ces différents besoins, *se sentir écoutée, comprendre et être rassurée*, contribuent à établir un climat de confiance et de confort pour les participantes.

1.3 Imprévisibilité

Cette catégorie aborde l'aspect imprévisible qui a caractérisé les expériences d'accouchement des participantes.

Pour la majorité des participantes, leur accouchement ne s'est pas déroulé comme elles l'avaient prévu. P3 décrit d'ailleurs l'accouchement comme suit : « *Je dirais que ce qui était un petit peu déroutant là-dedans, c'est que l'accouchement, c'est quelque chose qui est entre guillemets planifié, mais en fait finalement pas du tout (rires)* » (l. 4-69). En effet, que ce soit relatif au jour de l'accouchement, à sa durée, à des éventuelles complications ou modifications du déroulement, ou dû à des sensations corporelles nouvelles, l'aspect d'imprévisibilité est beaucoup revenu dans les discours des participantes lors de leurs récits d'accouchement. A travers leurs discours, on voit que l'imprévisibilité a pris une grande place dans leur expérience de l'accouchement, expérience qui a été inévitablement teintée par cela.

1.3.1 Décalage entre attentes et réalité

La majorité des participantes a vécu une expérience différente de ce à quoi elles étaient préparées et pointe un manque de préparation. Beaucoup abordent le fait qu'elles n'ont pas été préparées à l'éventualité de complications ou simplement à l'éventualité que les événements se passent différemment qu'un déroulement dit « classique » : « *Personne ne m'avait dit « oui, ça peut durer, style, tu peux avoir des contractions pendant 24 heures. Et après, peut-être que le bébé regarde en haut et que tu ne vas pas accoucher par voie*

naturelle. » » (P5, l. 152-154). Les aspects négatifs de l'accouchement ont pour elles été écartés de la préparation à la naissance : « Ce sont tous des aspects, si tu veux, que dans la préparation à la grossesse, en fait, on n'apporte pas, on n'aborde pas le côté négatif. Peut-être pour pas qu'il se produise (rires) » (P3, l. 61-64). P5 trouve que l'accouchement est très romantisé et idéalisé. Certains aspects négatifs sont tabous selon elle : « Parce que moi, je trouve qu'on n'est pas assez préparées en tant que femmes, dans le sens que oui, d'accord, on parle de ça, mais on parle de ça toujours en cachant et toujours en montrant un peu le côté bisounours, petits cœurs, etc. » (l. 6-8), « C'est ça que je dis aussi à mes copines qui sont enceintes maintenant ou à des gens qui me posent la question. Parce que c'est vrai que moi je raconte les choses comme elles sont arrivées. Je ne vais pas raconter « oh, mais comment c'est beau, la maternité. Oh, mais on a tout de suite le truc avec l'enfant. » » (l. 257-260).

Pour elle, on ne peut pas réellement se rendre compte de ce qu'un accouchement représente, à moins de le vivre soi-même : « Et en fait, si on ne le vit pas. On, on ne peut pas s'en rendre compte. On peut écouter, on peut écouter des gens qui disent « ah ouais, non mais tu sais, ouais ben tu vas avoir un gros ventre, tu vas, tu ne vas plus pouvoir faire quatre heures de route sans t'arrêter chaque 35 minutes. Tu vas être diminuée par rapport aussi à tes prestations, à tes performances. » » (l. 12-16). On peut constater au travers de ses propos qu'elle a perçu une grande différence entre la représentation ordinaire des accouchements, et sa propre expérience.

Les participantes notent également l'écart entre ce qu'elles ont appris lors de la préparation à la naissance et ce qui a été possible de mettre en pratique lors de leur propre expérience, notamment concernant la gestion de la douleur. Cela provoque également un décalage entre leurs attentes et la réalité vécue. P2 avait appris lors de sa préparation à la naissance qu'elle aurait un temps de répit entre chaque contraction, où elle pourrait reprendre son souffle. Ce temps de répit n'a pas eu lieu : « Il n'y avait plus, enfin... Moi j'ai fait une préparation à l'accouchement avec du yoga périnatal. On me disait, la sage-femme me disait à la préparation à l'accouchement, « t'inquiètes pas, tu auras toujours à peu près une minute pour reprendre ton souffle entre les contractions. Ça va aller ». Et en fait ça, je ne l'avais pas. Il n'y avait pas de temps de repos, je ne pouvais pas reprendre mon souffle » (P2, l. 107-112). Toujours concernant la gestion de la douleur, P3 avait appris certaines positions qui permettent de faciliter l'accouchement et de soulager la douleur. Des complications ont fait qu'elle a dû être équipée de plusieurs dispositifs médicaux, qui ont entravé ses possibilités de

mouvements et l'ont contrainte à rester allongée sur le dos. Elle n'a donc pas pu mettre en pratique les positions physiologiques apprises lors de sa préparation : *« Et puis en plus j'avais, si tu veux, ils m'ont mis en truc pour écouter les battements du cœur de mon bébé, sur le ventre. Et il y avait en outre, un brassard pour ma tension artérielle. Il y avait pour écouter mon cœur à moi, aussi des électrocardiogrammes, plus en fait une sonde urinaire, parce qu'ils voulaient voir chaque fois l'état des urines pour vérifier les reins. [...] Et puis, et du coup ben voilà, quand on va chez la sage-femme, ils nous apprennent en fait, à, les positions qui soulagent, en fait pour les contractions, pour gérer les contractions, le souffle et tout. Et puis là, ben c'était plus possible de bouger. C'est vrai que t'es allongée sur le dos, t'es là « ouh » et dès que tu veux bouger, ben t'as des fils partout donc c'est... Je n'étais pas préparée à ça, c'est vrai »* (l. 141-145, 148-153). L'imprévisibilité du déroulement de son accouchement l'a empêchée de pouvoir utiliser des solutions visant à faciliter l'accouchement. P5 qui souhaitait accoucher sans péridurale avait fait une préparation pour la gestion de la douleur. Son accouchement a été très long et ce qu'elle avait appris n'était plus suffisant, elle a finalement demandé une péridurale : *« On pense à la doula qui fait patati patata, et puis on tourne sur soi-même. Ça : c'est bon. J'ai passé douze heures à essayer de faire celle qui, maintenant on est à l'hôpital [...]. Je me suis dit « ok, ben maintenant, on discute avec le médecin qui me suivait, et puis on fait une péridurale. Et puis ça va très, très bien se passer aussi. Ce n'est pas parce qu'il y a une péridurale que je vais avoir un accouchement à moitié. » »* (l. 126-128, 131-134).

On constate un manque de préparation des participantes, face à l'imprévisibilité du déroulement de l'accouchement, ainsi qu'un manque de discussions concernant les aspects négatifs ou les éventuelles complications possibles ; ce que cela implique de manière concrète et comment y faire face. Lorsque les événements ne se déroulent pas comme prévu, les participantes manquent de solutions alternatives et de moyens pour pallier aux changements dans le déroulement des accouchements.

1.3.2 Ressentis face à l'imprévisibilité

Face aux imprévus, les participantes ont expérimenté des réactions et des ressentis différents.

P3 qui a eu des complications a vu le déroulement de son accouchement très modifié. Elle ne s'est pas sentie prête : « *Donc c'est ce qui a fait que, je dirais que je m'attendais à une expérience un petit peu plus douce. Voilà, il y a les contractions qui se réveillent, quelque chose de, qui se met en place gentiment, un travail qui se met en place gentiment. Et puis on se dit « ah tiens », avec le mental ben, psychologiquement on se dit « bon bah voilà, c'est le moment, ça arrive ». Et puis là, c'était vraiment un peu face au fait accompli que, que, pas prête en fait. Je ne me suis pas sentie prête parce que c'était un petit peu le diagnostic qui faisait que. Pourtant, toute la grossesse s'était super bien passée. Donc je ne m'attendais pas forcément, non* » (l. 20-28). Une fois la complication annoncée, les événements se sont accélérés et enchainés. P3 s'est sentie effondrée face à tous ces imprévus. Le choc a été d'autant plus grand que rien ne présageait des complications et que cette éventualité n'a pas été évoquée lors de sa préparation : « *Ben, anéantie. L'émotion, c'était vraiment anéantie, parce que c'est vraiment tout qui s'effondre. Parce que si tu veux, moi ma grossesse s'était vraiment bien passée, à part des petits symptômes mais c'est normal, super bien. Et puis, tout d'un coup, il y a un petit peu ce truc qui tombe, ce diagnostic qui tombe. Et puis, et puis c'est un petit peu, on rit jaune parce que on ne sait pas s'il faut prendre au sérieux ou pas* » (l. 49-54).

P2 a eu des difficultés à réaliser ce qui lui arrivait, car son accouchement s'est déroulé beaucoup plus rapidement qu'attendu : « *Donc moi je ne comprenais pas ce qu'il m'arrivait parce qu'en gros c'était, ben moi j'ai perdu les eaux à, vers 18h30-19h00 et puis là c'était 21h00 et... Et on me dit qu'il était là quoi. Donc, on était très loin des 17 heures en moyenne d'un accouchement pour un premier. Donc du coup j'avoue que je captais pas trop ce qui était en train de se passer, je crois* » (l. 115-120). Ayant en tête une certaine manière d'accoucher, elle n'était pas préparée à l'éventualité que ça puisse se passer aussi différemment et n'arrivait pas à réaliser : « *Vraiment, il y avait un truc qui était, je n'arrivais pas à processer, quoi. Ce n'était pas... Et pour moi, c'était impossible que ça aille si vite* » (l. 128-130).

Pour P1 et P5, la sensation de ne pas maîtriser a été difficile. Pour P1 le manque de maîtrise sur son corps a commencé d'ailleurs déjà durant la grossesse : « *J'étais plutôt, en fait... Je ne maîtrise pas. Et moi, j'aime bien maîtriser les choses et à ce moment-là, il fallait que je lâche. Parce que je ne pouvais pas maîtriser. Et du coup, je l'ai... Je l'avais anticipé un petit peu, parce que pendant la grossesse c'est aussi le cas, en fait* » (l. 207-210). Face à ça,

elle s'est concentrée sur le moment présent afin de prendre les choses comme elles venaient et lâcher prise : « *On vit l'instant présent et on verra. Et, et du coup, je n'étais pas stressée, pas tant que ça. J'étais plutôt concentrée sur ce qu'il se passait dans mon corps et essayer d'aider au mieux les poussées* » (l. 214-217). Elle ne s'est pas sentie stressée mais concentrée sur ce qu'elle faisait. Pour P5, pour qui la maîtrise des choses et d'elle-même est très importante, l'expérience de son accouchement a été très déstabilisante et difficile. P5 a eu l'impression d'avoir dû prendre sur elle, beaucoup plus que ce qu'elle avait prévu et que ce qui aurait été confortable pour elle : « *Donc moi je l'ai hyper mal... J'ai dû tout prendre sur moi* » (P5, l. 63-64). L'imprévisibilité a été plurielle pour elle puisqu'elle a eu des complications, et suite à la perte du pouls de son bébé elle a eu une césarienne d'urgence. La perte de contrôle était d'autant plus forte avec sa césarienne, qui l'a mise dans une posture passive et encore plus vulnérable : « *[...] lors d'une césarienne d'urgence comme la mienne on ne gère rien* » (l. 236-237), « *Mis à part respirer (rires), on ne peut rien faire. On est endormie, on est là, on se dit « ouh... », on voit rien, parce qu'on ne voit rien. Et puis surtout, des trucs comme ce qui m'est arrivé, on n'est pas préparé* » (l. 241-243). Face à ces imprévus, deux choses l'ont beaucoup aidée. Le premier élément est la confiance envers les compétences du personnel médical, et le second est la foi, qui l'a aidé à lâcher prise : « *Donc on se dit « voilà, chacun ses croyances, chacun son truc ». Moi j'ai mes croyances à moi, je me suis dit « voilà, si c'est comme ça que ça doit aller, c'est comme ça que ça se passera, si c'est différemment et ben un truc à la fois et puis on verra comment, comment le gérer. »* » (l. 227-230).

1.3.3 Peur de la mort

Bien qu'abordé par deux participantes, ce sujet a été intégré car il s'agit d'un élément très marquant de leur expérience, qui teinte la manière dont elles ont vécu leur accouchement.

L'expérience de P3 était tellement difficile à supporter physiquement et psychologiquement qu'elle s'est retrouvée dans un état où elle a eu la sensation de ne plus se reconnaître elle-même : « *T'es dans un état que franchement, tu ne te reconnais pas. J'étais là, « qu'est-ce qui t'arrive ma belle, là ? ». Je m'inquiétais* » (P3, l. 506-507). Ressentir cela l'a inquiétée, elle a eu la peur et la pensée de ne pas survivre à son accouchement : « *Est-ce que tu vas mourir ? Est-ce que tu vas y survivre ? C'est vrai. Est-ce que tu vas survivre à ça ? C'est vrai. Sur le moment...* » (P3, l. 200-202), « *Pour moi entre guillemets, je me laissais un*

peu mourir. Je pensais que j'allais mourir » (P3, l. 185-186). P5 a eu peur de perdre son bébé, ce qui constitue le moment le plus difficile de son accouchement : « *Le pire, c'est quand tu entends, en fait, qu'ils perdent le pouls de ta fille. C'est ça le pire* » (P5, l. 561-564).

1.4 Difficultés physiques

Cette catégorie aborde les divers éléments difficiles d'ordre physique, que les femmes ont rencontrés durant leur accouchement.

1.4.1 Douleur physique

La difficulté principale rencontrée durant l'accouchement est relative à la douleur ressentie : « *Je me souviens juste de lui avoir crié que, que je voulais une péridurale et que je n'allais pas arriver et que j'avais hyper mal* » (P2, l. 105-106), « *[...] je sors du bain, puis je commence à vomir de douleur. Je ne savais pas que ça pouvait exister ça non plus* » (P5, l. 518-520).

L'attente entre le début des contractions et le moment où la péridurale a été possible a été très difficile pour P1, à qui on a administré de la morphine : « *Ils m'ont donné de la morphine. Mais euh... J'en ai eu 2x, une dose, parce que c'était vraiment très douloureux et ils ne pouvaient pas me faire la péridurale parce que j'étais pas assez ouverte* » (P1, l. 26-28). Puis, la péridurale n'a pas fait effet jusqu'au bout : « *Elle a fait effet quelque chose comme deux heures pendant qu'il était en train de traverser, de descendre, pendant qu'il était en train de descendre. Par contre, à partir du moment où il a passé le col, là, j'ai tout senti quoi* » (P1, l. 42-45).

Pour P2, qui souhaitait avoir une péridurale, l'accouchement était trop avancé et cela n'a pas été possible : « *Donc du coup, je leur hurlais que j'en pouvais plus, que je voulais une péridurale. Là, la sage-femme me dit « ben en fait, on ne pourra pas, parce que vous êtes à neuf. Donc c'est maintenant, il faut pousser, il est là quoi. »* » (P2, l. 112-115).

Pour P3, l'accouchement a été déclenché, ce qui lui a provoqué des contractions très intenses : « *Et le problème, c'est que, si tu veux, c'est vraiment des contractions qui sont, qui sont déclenchées, pas naturellement. Donc si tu veux, elles sont violentes* » (P3, l. 130-132).

Par ailleurs, elle n'avait pas de pause entre les contractions : « [...] je n'avais pas forcément la pause pour récupérer entre deux » (P3, l. 134-135).

La douleur ainsi que la gestion et la prise en charge de la douleur sont les difficultés qui sont le plus revenues chez les participantes. On constate que l'imprévisibilité, développée en section 1.3, est à mettre en lien avec cette sous-catégorie puisque pour P1 et P2 la péridurale n'a pas pu se dérouler comme prévu, ce qui a engendré davantage de douleur.

1.4.2 Durée longue de l'accouchement

Deux participantes abordent la durée de l'accouchement, ce qui est en lien avec la section *douleur physique*, décrite précédemment en 1.4.1.

Pour P1, l'élément le plus difficile a été la durée très longue de son accouchement : « [...] l'accouchement était très très long. Donc ça s'est vraiment, c'est, ouais, c'est le point le plus négatif on va dire parce que ça a duré quelque chose comme 48 heures de travail » (l. 13-15). P5 a une expérience similaire concernant la durée : « [...] mon accouchement a commencé à 02h18 du matin. Et puis, ça s'est achevé à 23h24 avec une césarienne. Et puis j'ai eu des contractions tout le long. Chaque cinq minutes, tout le long » (P5, l. 40-42).

La durée longue de l'accouchement est difficile en raison de la douleur ressentie tout au long du déroulement.

1.4.3 Epuisement

La longue durée et la douleur ont conduit certaines participantes à un épuisement, une grande fatigue ou à un manque de sommeil : « [...] sauter deux nuits de sommeil, en fait, en ayant des douleurs tout le temps, c'était... C'était épuisant » (P1, 196-197), « [...] j'ai vraiment, en fait j'ai pas du tout dormi de la nuit » (P3, l. 140).

La situation était difficilement supportable pour P3, entre une forte douleur, la longue durée de son accouchement et le fait de ne pas avoir dormi de la nuit : « [...] j'étais sur un ballon, la tête en bas, complètement, la morte-vivante je pense » (l. 160-161). Concernant la fatigue et l'endurance qu'il faut avoir pour supporter les douleurs sur la durée, P3 aborde également le manque d'alimentation, qui ne l'a pas aidé : « Et puis, bon je n'avais pas mangé

depuis le midi du jour d'avant aussi. Donc c'est vrai que je n'avais plus beaucoup de force en fait » (P3, l. 174-175).

Un autre élément abordé est l'effort physique et l'endurance que demande l'accouchement : « *Quand toutes les minutes, on a une poussée où c'est hyper douloureux et en fait, tous les muscles se contractent, donc physiquement c'est aussi... C'est beaucoup. C'est physique. Parce que si on ne fait pas exprès de pousser pour les contractions, c'est des muscles qui ont besoin d'énergie et ça pompe énormément d'énergie. Donc ouais, c'est fatigant » (P1, l. 197-202).*

Ainsi, la douleur est la difficulté principale rencontrée chez les participantes. Les facteurs tels que la durée, le manque de sommeil et le manque d'alimentation ont été difficiles en raison de la situation de douleur physique dans laquelle elles se trouvaient. Il s'agit de facteur ayant complexifié leur tolérance à la douleur.

1.5 Etat de conscience modifiée

Cette catégorie, abordée par 3 participantes, aborde le fait que les participantes se soient senties dans un état de lucidité modifié durant l'accouchement, ce qui a impacté la manière dont elles ont vécu l'événement ainsi que leurs souvenirs, ayant, de par l'état de lucidité modifié, une altération de la mémoire : « *[...] j'avais pas mal de blancs. Et puis, il y a des choses qui me sont un peu revenues » (P3, l. 109-110), « [...] j'avais l'impression que ma tête était totalement ailleurs [...] » (P2, l. 325-326).*

P2 aborde un regret relatif à cette altération de sa mémoire : « *[...] peut-être que quelque chose que je regrette, c'est que, ben c'est allé si vite. [...] et j'étais tellement shootée que j'avoue qu'il y a plein de trucs dont je ne me souviens pas. Et ça c'est peut-être un regret que j'ai, c'est que, je me dis que je n'ai pas, je ne peux pas me faire un film très précis du déroulement vraiment de, de l'accouchement en lui-même. [...] C'est pas un vague souvenir, du tout, c'est plein de petits éléments que j'arrive un peu à mettre bout à bout en me disant « ben ça s'est passé comme ça », mais j'ai pas, ce n'est pas un film très précis en fait » (P2, l. 303-304, 306-309, 311-313). « Et puis, il y a des petits trucs, je me dis « ah, j'aimerais peut-être bien me souvenir de comment ça s'est passé à tel moment ». Mais je ne sais pas » (P2, l.*

334-336). P2 met en lien cette altération de ses souvenirs avec la rapidité du déroulement de son accouchement et l'effet des hormones : « *Et je pense que c'est lié, justement en fait, au fait que ça s'est passé vite, de manière assez, ouais, puissante. Je dis « puissante » plutôt que de dire « violente », parce que c'est, je n'ai pas vécu ça comme quelque chose de violent. Mais disons que d'un point de vue hormonal, je pense que ouais, c'est quand même un sacré choc, je pense. Et ouais, ça, ça a peut-être un peu entravé ma mémoire, je dois dire (rires)* » (p2, l. 313-319). P2 fait également un lien avec la difficulté de l'accouchement, où l'altération de la mémoire aurait un rôle de protection : « *Mais peut-être que le souvenir serait moins beau si je me souvenais de tout, parce que peut-être que du coup, je me souviendrais plus de la douleur ou de moments difficiles. Et ça, je suis peut-être bien contente de ne pas m'en souvenir (rires)* » (P2, l. 338-341). P2 aborde également le fait d'avoir ressenti une distinction entre son corps et son esprit, ce qui évoque un état dissociatif : « *Je crois que c'est ce qu'on dit quand, un peu, on, ce n'était pas ce sentiment là, mais quand on, quand il y a des gens qui font cette expérience d'avoir l'impression d'être hors de leur corps ou... Moi je ressentais très bien ce qu'il se passait dans mon corps, pis d'un autre côté, j'avais l'impression que ma tête était totalement ailleurs et qu'il y avait un truc vraiment animal dans un espèce d'instinct naturel, de savoir que ce qu'il faut faire, mais sans avoir à réfléchir. Et du coup, comme on se déconnecte un peu de cette, de cette réflexion et de quelque chose de très conscient, ou peut-être que si on l'intellectualise trop à ce moment-là ben on n'y arrive pas. Et du coup, moi j'étais de toute façon plus capable d'intellectualiser quoi que ce soit. Donc, donc je pense que mon cerveau il a, il s'est mis sur off, un peu. Et puis que c'est le, c'est le corps qui a fait, mais du coup en mettant un cerveau off, ben forcément que ça laisse peut-être des petits trous. [...] Et en même temps, il y avait tout ce truc, du corps qui sait faire tout de suite et qu'il n'y a pas, il n'y a pas mille questions à se poser, que ça marche tout de suite et c'est bien. Et d'un autre côté, parce que ce, ce, ce moment où on se dit « est-ce que c'est vraiment ça qu'il faut faire ? Est-ce que, est-ce que c'est si logique que ça ? ». Enfin, moi, je suis du genre à me poser vraiment beaucoup de questions, et il y avait une dissociation un peu entre ce que le corps et l'instinct me faisaient faire. Et puis ce que mon cerveau se posait comme questions en se disant, « pourquoi ? », en fait, « comment ça se fait que ça marche aussi bien tout de suite ? ». Et « c'est super bizarre que tu arrives à faire ça », enfin. Je sais pas, j'étais un peu surprise par chaque chose que je découvrais que j'étais capable de faire, en fait » (P2, l. 322-334, 376-386). P2 a donc ressenti une dichotomie, entre ce qui relève de la réflexion et ce qui relève de l'instinct. L'instinct du*

corps a pris le dessus sur le réflexif, car son état ne lui permettait plus d'intellectualiser l'événement comme elle aurait pu le faire en temps normal.

Deux participantes abordent le fait que l'altération de leur lucidité durant l'accouchement a entravé leur capacité à s'exprimer et à se rendre compte de leurs besoins. Ainsi, P3 qui souffrait beaucoup n'a pas pensé à demander une péridurale au personnel soignant : « *Mais moi j'avais plus la lucidité d'esprit, franchement. Je ne sais pas où j'étais, mais j'avais plus ça pour le dire. C'était plus là* » (P3, l. 252-253). De même, P4 n'a pas pu formuler ses souhaits : « *[...] j'ai peut-être pas pensé sur le moment de demander parce que j'étais dans le truc* » (P4, l. 72-73). Ainsi, cela montre que la communication est plus difficile pour les femmes lors de l'accouchement et qu'elles peuvent moins facilement exprimer leurs besoins ou leurs envies.

Enfin, deux participantes abordent le fait qu'elles ont réalisé certaines choses plus tard dans le temps qu'au moment même de l'accouchement, lors du retour à la maison et des mois suivants. Ces prises de conscience concernaient les risques qu'elles ont encourus durant l'accouchement. P3 n'a pas réalisé ce qu'elle risquait durant son accouchement, ainsi que la gravité de ces risques. C'est plus tard, lors d'un rendez-vous avec sa gynécologue habituelle, qu'elle réalise et comprend mieux ce qu'il s'est passé : « *Elle m'a dit « non, mais moi, dans l'état où vous étiez, en fait, j'aurais direct préparé une césarienne en fait. J'aurais jamais passé par voie basse en fait ». Parce qu'elle m'a dit « c'était risqué ». Et... après ben voilà, ça s'est bien passé, tant mieux. Mais elle m'a dit « c'était risqué ». Donc c'est là que je me suis rendu compte de la gravité* » (P3, l. 312-317). Sur le moment, l'état d'esprit dans lequel était P3 ne lui a pas permis de s'en rendre compte : « *Parce que, ouais. Sur le moment, ça, parce que, justement, je ne m'étais pas rendu compte vraiment pendant tout l'accouchement que quand même, ben voilà, j'aurais risqué peut-être une crise d'épilepsie. Je ne sais pas, finir « quick » (fais des gestes avec ses bras). Ou peut-être d'avoir des conséquences sur mon foie, sur mes reins, sur, ou perdre mon bébé, en fait, ouais. C'est vraiment là que je me suis rendu compte [...]* » (P3, l. 320-325). P3 suppose qu'elle était dans une forme de déni : « *Donc, je pense que mon, mon mental psychologiquement, il se rendait pas compte, en fait. Je... Pendant tout le temps, je ne me suis pas rendu compte que c'était grave, si tu veux. Ou on ne veut pas voir, je pense que ça bloque. Tu vois quand des fois on veut, c'est le déni* » (P3, l. 340-344). P2 également ne s'est pas rendu compte des risques encourus lors de son accouchement. C'est plus tard qu'elle réalise qu'elle a perdu beaucoup

de sang, dû à une hémorragie de la délivrance. Sur le moment elle ne s'est pas inquiétée de son état et a observé que son conjoint était plus angoissé qu'elle : « *Mais après coup c'est, j'ai réalisé que c'était plus une angoisse pour lui que pour mon moi, en tout cas. Moi j'ai hyper bien vécu tout ça. C'est plus, après coup, je me suis rendu compte que, que j'avais perdu beaucoup de sang, parce que je me sentais très très faible pendant les heures, voire les jours qui ont suivi, en fait* » (P2, l. 175-179).

Ainsi, durant l'accouchement, certaines femmes ont la sensation d'avoir leur lucidité modifiée. On peut supposer que l'accouchement est un moment si intense en termes d'efforts mais également au niveau hormonal, que cela peut induire ces sensations, qui peuvent évoquer un état dissociatif. On peut également faire la supposition que l'accouchement relève d'une part instinctive qui prend le dessus à certains moments, ce qui pousse les femmes à se concentrer sur l'essentiel et amoindrit leur vue d'ensemble. C'est donc ultérieurement, avec un certain recul, qu'elles se rendent compte de certaines choses dont elles n'avaient pas conscience sur le moment.

1.6 Empowerment

Cette catégorie concerne l'empowerment que les mères ont pu ressentir durant leur accouchement. Plus spécifiquement, cela représente un sentiment de confiance en soi et de puissance envers les capacités de leurs corps, qui s'est révélé être un élément facilitant de leur expérience.

P5 a ressenti une grande confiance envers les capacités de son corps : « *Je me dis aussi que nos, mon corps sait jusqu'où je peux aller et jusqu'où il peut arriver. J'ai aussi une certaine confiance en moi-même, de façon indirecte. Et donc je me dis que si ça s'est passé comme ça, c'est que en fait tu pourrais le faire. Sinon ça se serait passé très certainement différemment* » (P5, l. 250-255). Les participantes se sont faites surprendre par ce sentiment de confiance et de puissance, qu'elles ne soupçonnaient pas : « *Mais, sincèrement, moi je suis une personne assez sensible et je me suis dit « après l'accouchement ça va être horrible, je vais tout le temps pleurer, et tout ». Et finalement, j'ai senti tellement une force en moi pour pas, je ne sais pas, ne pas montrer mes émotions comme je les montre d'habitude, et je me suis dit « wouah, quand même, t'es, t'es forte ». [...] Je ne pensais pas que je serais si forte.*

Mais du coup, ouais. Je pense que je n'ai jamais été aussi forte de ma vie que ça, en tout cas que cette période de l'accouchement et de l'après, ouais » (P4, l. 372-376, 277-379). Pour P2, c'est le sentiment d'être actrice des événements qui lui a fait ressentir sa puissance : *« Moi, je, enfin, j'étais hyper contente parce que ça me donnait aussi vraiment ce sentiment d'être capable et de me dire en fait « ça dépend de toi, et t'es en train de bien faire, donc tu vas y arriver », quoi. Et ça, ça, c'était, c'était hyper fort et hyper important, parce que je ne suis pas quelqu'un en général qui a vachement confiance, mais qui se dit beaucoup qu'elle va y arriver et tout. Et là, franchement, ça, c'était, ouais. C'était vraiment ce moment où on se rend compte du pouvoir qu'on a et qu'on peut faire un truc qui est fou, quoi* » (P2, l. 267-274). *« [...] J'étais un peu surprise par chaque chose que je découvrais que j'étais capable de faire, en fait* » (P2, l. 385-386). P2 a ressenti un sentiment fort de compétence, qu'elle n'est pas habituée à ressentir en temps normal, ce qui a été très valorisant et motivant pour elle.

1.7 Importance du partenaire

Un élément particulièrement important pour les participantes a été la présence de leur partenaire durant l'accouchement, ainsi que la possibilité d'avoir des moments à trois après la naissance. Malgré les restrictions liées au COVID-19 durant leurs accouchements, toutes les participantes ont pu accoucher avec leur partenaire à leurs côtés.

Pour la majorité des participantes, le fait que leurs partenaires aient été présents a joué un rôle essentiel dans la manière dont elles ont vécu leurs accouchements : *« Alors le conjoint c'est, c'est : il faut. Avec le covid, il y a eu des accouchements qui se sont faits sans le papa, un mari. Moi, j'aurais pas pu* » (P3, l. 246-247), *« [...] il a pu rester là tout le temps. Et c'était vraiment important pour moi. Donc je pense que c'est aussi, ça fait partie du fait que pour moi, j'en ai un bon souvenir, on va dire ça* » (P1, l. 73-74). Le mari de P5, qui a dû avoir une césarienne d'urgence, a été présent durant tout le travail mais n'a pas pu être présent lors de la césarienne. Le fait qu'il puisse tout de même être présent dès que cela était possible était important pour elle : *« [...] la salle était équipée [...] donc il a pu venir à côté de moi, on a pu discuter un peu. On a pu passer notre temps de 6 h le matin à 11 heures le soir ensemble quand même* » (P5, l. 199, 200-202).

La présence des partenaires lors de l'accouchement est un soutien important pour les participantes. Le conjoint de P3 a pu prendre le relais pour l'aider à manifester ses besoins et trouver des solutions soulageantes lorsqu'elle était trop mal pour réfléchir et s'exprimer : « [...] il m'a aidée, c'est lui qui tout à coup dit « mais c'est pas possible d'avoir une péridurale ? ». Et d'un coup j'ai fait « oui oui oui ! » » (P3, l. 248-249). Le conjoint de P2 a également pris des initiatives pour lui venir en aide : « Et puis mon conjoint a fini par s'énerver en fait, au moment où vraiment je n'arrivais plus à reprendre mon souffle tellement j'avais des contractions rapprochées. Et du coup, là il a vu du sang dans mon pantalon. [...] Et du coup, là, il a vu du sang. Il s'est dit « ça ne va pas ». Donc il a, il a enlevé le frein du brancard et puis il m'a sortie dans le couloir et il a crié que c'était maintenant qu'il fallait y aller. Et du coup, là il y a un peu tout le monde qui s'est affolé et qui a dit « d'accord » et qui nous a accompagné dans une salle d'accouchement » (P2, l. 86-89, 92-97). Il a également beaucoup encouragé et rassuré P2 : « Ils [son conjoint et une sage-femme] m'encourageaient vachement, ils me disaient « mais en fait il n'y en a pas pour longtemps. Il faut juste que tu donnes tout, c'est maintenant », et tout » (l. 139-140). Pour P1, le fait que son conjoint ait été là l'a aidé à mieux vivre la douleur et la relation avec le personnel soignant ; sa présence a donc eu un impact sur d'autres aspects de l'accouchement : « La présence de mon conjoint. Ouais, c'est vraiment ça le plus important. Je pense que je l'aurais vécu complètement différemment, et le fait de supporter la douleur, et du coup aussi la relation avec le personnel, s'il n'avait pas été là. Parce que je, j'étais en situation de confort, en fait. De confort émotionnel, parce qu'il était là. [...] Sécurisée » (P1, l. 112-117, 125). Ainsi, son conjoint a eu un rôle de soutien, qui l'a rassurée, et sa présence a permis de favoriser les conditions dans lesquelles se trouvaient P1, ce qui a facilité son expérience.

Le fait d'avoir pu avoir un espace à trois juste après l'accouchement a été important pour les participantes, pour pouvoir vivre ce moment en famille : « J'ai trouvé qu'ils nous avaient quand même mis dans une petite bulle avec mon mari » (P5, l. 167), « [...] ils nous ont laissés hyper longtemps tous les trois [...]. Et puis, on est restés jusqu'à 3 heures du matin à peu près, les trois en salle d'accouchement, avec mon conjoint, pour profiter vraiment de ce moment-là. Et ça, c'était hyper cool » (P2, l. 144-147). Par la suite, son conjoint est venu tous les jours lors de son séjour à l'hôpital.

Pour P5, le fait que son mari soit présent a été important car pour elle, c'est un évènement qui se vit à deux, et c'est également ce qui marque le début d'une vie à trois :

« Donc c'était aussi important que nous deux on se prépare, parce qu'après, tout ça, l'accouchement pour moi, ça ne s'était pas arrêté là. Le moment où [prénom de sa fille] est sortie, mais tu l'amènes à la maison. Parce que bien sûr, il y a aussi tout ce qui est le après. Donc, oui, avec une césarienne ils t'ouvrent donc après les points, les trucs, les marches à aller faire pipi et commencer à marcher, tout ça. Donc il y a tout ça qui vient avec, en fait. Et il y a tout ça qu'on va vivre à deux, si on veut. On ne le vit pas tout seul » (P5, l. 204-213).

Ainsi, il apparaît important d'inclure le plus possible les partenaires, dans un but de soutien envers les femmes durant l'accouchement, de prise de relais lorsque les mères ne sont pas à même d'agir par elles-mêmes, mais également pour permettre aux parents, qui ont fait ensemble le choix d'avoir un enfant, de vivre cet événement à deux.

Points clés

- Le vécu de l'accouchement est caractérisé par une pluralité des expériences et une pluralité des ressentis et de leur intensité. Ce vécu est également caractérisé par l'imprévisibilité, et ainsi le manque de maîtrise et l'adaptation.
- Les résultats montrent qu'il s'agit d'une expérience puissante, accompagnée de difficultés d'endurance de douleur physique. La puissance de cette expérience mène certaines femmes à ressentir des sensations que l'on pourrait associer à un état dissociatif, avec une sensation de déconnection et des souvenirs de l'expérience parfois imprécis. Certaines femmes ressentent un sentiment d'empowerment relatif à la puissance de leurs capacités.
- Face à ces éléments que l'on pourrait qualifier d'inhérents à l'accouchement, deux éléments influencent le vécu des femmes : la présence et le soutien des partenaires, hautement facilitants, et l'accompagnement par le personnel médical, dont la communication durant le suivi est essentielle pour répondre aux besoins des femmes (de se sentir écoutées, d'être éclairées sur le déroulement et les actes médicaux, et de se sentir rassurées).

2. Environnement hospitalier

2.1 Hôpital comme lieu d'accouchement

Cette catégorie aborde les éléments relatifs à l'infrastructure hospitalière ayant été marquants dans l'expérience d'accouchement des participantes.

Au niveau du fonctionnement des hôpitaux, certaines participantes abordent le changement de personnel durant le suivi. P1 et P3 qui ont toutes deux eu un accouchement long ont eu plusieurs changements d'équipe de soins. Pour P1, le moment du changement d'équipe et de transmission a eu lieu lorsqu'elle avait besoin de pousser. Son accouchement a donc été quelque peu décalé en raison du changement d'équipe : *« Et puis c'était le moment en plus du shift des, du personnel médical. Donc en fait, ils m'ont laissé une demi-heure pendant qu'eux avaient leur meeting de, je pense de transition des informations de ce qu'il s'était passé de la journée et tout, avec l'équipe qui arrivait. Donc je pense que ça a retardé un tout petit peu l'horaire de l'accouchement parce que j'avais déjà envie de pousser à ce moment-là. Et puis, bon, je me suis dit « je pousse, je pousse, j'y vais » (rires) »* (P1, l. 47-53). Son accouchement étant long, les personnes lui ayant annoncé l'accompagner au moment des poussées n'étaient finalement pas présentes, car remplacées : *« Ce qui fait que j'ai eu aussi plusieurs, j'ai eu trois tournus de sages-femmes je crois (rires). Donc celle qui m'a accueillie quand je suis arrivée la première fois pour de bon, avant, sans qu'ils me renvoient cette fois, est partie deux-trois heures après. Parce que c'était le matin, elle avait fait la nuit. Il y en a une qui arrive, elle dit « ah ben c'est moi qui vais vous accoucher du coup », qui était très bien, mais elle est partie deux heures avant que j'accouche, effectivement. Donc, c'est finalement pas elle qui m'a accouchée et l'équipe qui m'a accouchée c'était une équipe que j'ai jamais vu »* (P1, l. 31-38). P3 aurait préféré une continuité des soins. Le fait que le personnel change fréquemment ne lui a pas permis de développer un lien avec un·e ou plusieurs soignant·e·s lors de son séjour hospitalier : *« Mais je pense, mais non, c'était vraiment problématique parce que pendant l'accouchement... Bon, après je comprends qu'elles doivent aller dormir. Donc il n'y a pas de souci. Mais c'est vrai quand, on s'accroche un peu à eux parce qu'on ne sait pas où on va »* (P3, l. 619-622). *« Par contre, chaque jour à la mater-, chaque matin et chaque soir à la maternité les sages-femmes, ça tournait. Et chaque fois qu'on mettait quelque chose en place, l'autre le, enfin, le*

savait plus ou moins, mais, ouais, c'était compliqué. Moi, je trouvais que c'était négatif. Après, il faut qu'elles se reposent, bien sûr » (P3, l. 626-630). Ayant ses visites restreintes en raison du COVID-19, elle aurait eu besoin et souhaité davantage de liens avec les soignant·e·s, ce qui a été difficile avec les changements d'équipe fréquents : « Par contre, quand on n'est pas bien, quand on est dans le stress, quand c'est nouveau, on a besoin de s'accrocher un peu à des personnes. Moi, je voyais que mon mari, quelques heures par jour, donc c'était... Tu vois on n'a pas le, moi c'est ça le problème, c'est que j'avais pas le, ma maman ne pouvait pas venir, mon papa non plus. Il y avait plein de gens qui ne pouvaient pas venir. Et puis, moi j'avais besoin de conseils et quand on trouvait des affinités avec une, eh ben peut-être qu'on ne la revoyait jamais, ou on la revoyait trois jours plus tard. Donc, c'était, moi j'avais besoin de m'accrocher à ces personnes. Ouais, quand on s'ouvrait aussi, qu'on commençait à, moi j'ai parlé avec une sage-femme, je me suis dit « ah elle est super ». J'ai pu parler un peu de mes émotions et tout, ben le lendemain elle n'était plus là. Et je n'étais pas bien et après l'autre, je n'osais pas, donc, bon c'est vis-à-vis de moi, aussi » (P3, l. 634-647). Pour P3, le changement fréquent de personnel ne lui a pas permis d'avoir une personne de référence et cela n'a pas été optimal pour le soutien dont elle aurait eu besoin.

P4 aborde le fait qu'elle a été surprise du nombre de personnes qui est entré dans sa salle d'accouchement. Elle ne pensait pas qu'autant de monde serait présent : « Et puis, il y a juste au moment où on a commencé les poussées et tout d'un coup, il y a eu tout ce monde qui arrivait dans la salle. Moi, je ne pensais pas qu'il y aurait, ben voilà, il y avait deux infirmières pour, pour le bébé. Alors ils m'expliquaient et tout, mais j'étais quand même assez impressionnée de voir tout d'un coup tout ce monde arriver dans la salle d'accouchement » (P4, l. 37-43).

Au niveau des chambres dans lesquelles logeaient les participantes, P2 ne trouvait pas la chambre dans laquelle elle était rassurante. L'environnement alentour, tel que la luminosité mais aussi la météo à l'extérieur n'était pas rassurant pour elle : « Je pense que, c'est vrai que d'un point de vue contextuel, il n'y avait rien dans l'environnement qui était super rassurant. On était apparemment dans une, dans une salle d'accouchement qui n'était pas, elle, la sage-femme elle-même a dit « on vous a mis dans la pire salle ». Il faisait très sombre. En plus il faisait, le jour suivant une nuit d'orage intense donc je voyais les éclairs et la pluie qui tapait. Enfin, il n'y avait rien de très rassurant en fait, dans l'environnement dans lequel j'étais »

(P2, l. 237-244). P2 aborde également le fait qu'il a été important pour elle de demander une chambre individuelle. Cela lui a permis d'être dans sa bulle seule avec son bébé. De plus, elle n'a pas souhaité prendre le risque d'être avec une voisine qui ne lui convenait pas et a pensé qu'avec deux bébés dans la pièce, le repos serait plus compliqué : *« C'est, j'avais demandé à être en chambre individuelle. C'était assez important pour moi parce que je me disais que ça allait probablement être fatigant, que j'avais pas forcément envie de partager en plus ces moments avec quelqu'un d'autre. Je sais qu'on peut très, très bien tomber, mais je pense qu'on peut aussi assez mal tomber. J'avais pas envie de prendre le risque et du coup, ouais, j'avais fait cette demande. Et je pense que j'ai eu beaucoup de chance, parce que je pense, j'aurais peut-être milité pour partir plus tôt si j'avais dû partager ma chambre avec quelqu'un d'autre »* (P2, l. 464-471). Elle était très satisfaite de ce choix. Elle a également pu y passer des moments à trois avec son conjoint qui a pu dormir une nuit auprès d'elle et son bébé, ce qu'elle a beaucoup apprécié.

Deux participantes abordent le manque de repos lors du séjour hospitalier. P2 et P3 expliquent qu'il a été difficile de se reposer car ayant leur bébé avec elle vingt-quatre heures sur vingt-quatre, cela était très prenant : *« Je me rends compte que déjà, rien qu'être seule avec (prénom de son fils), c'était difficile de trouver des moments pour vraiment dormir et se reposer vraiment, vu qu'il était tout le temps-là »* (P2, l. 473-475), *« Donc tu te reposes toujours pas, donc pas à la maternité. Puis surtout qu'à la maternité c'est l'horreur pour dormir, parce que t'as le bébé de la pièce d'à côté qui te réveille, la tienne. Je devais lui donner à manger toutes les trois heures. Et je devais tirer mon lait aussi toutes les 3h. Plus la changer, donner les soins. Donc en fait, je n'ai pas dormi pendant 6 jours. Donc, ben je t'explique l'état, de, donc mort-vivant à l'accouchement, pire que mort vivant en rentrant »* (P3, 430-436). P3 n'a presque pas pu dormir durant l'entier de son séjour. Elle aurait souhaité davantage d'aide de la part des soignant·e·s dans le but de pouvoir se reposer : *« Moi franchement, ce que j'aurais apprécié, parce qu'il n'y a pas eu ça justement à la maternité, c'est que... En fait ils ne prennent plus les bébés. Tu sais, avant il y avait les nurseries, ça s'appelait comme ça. Ils prenaient les bébés pendant la nuit pour que les femmes se reposent. Et moi j'aurais tellement aimé ça. Franchement, ça aurait été salvateur pour moi »* (P3, l. 488-494). P3 pointe l'importance de permettre aux mères de se reposer durant leur séjour hospitalier : *« Ça change tout. Franchement, ça change tout. Qu'on puisse se reposer à la*

maternité, c'est important. Quand on rentre chez nous après, on n'a plus le temps » (P3, l. 528-529).

P2 et P3 ont ressenti de l'impatience de rentrer chez elles. Selon elles, leur séjour était un peu trop long et l'impatience de retrouver leur logis était présente : « *Alors moi j'étais ultra impatiente de rentrer, parce que, ben du coup ils nous ont gardés longtemps parce que moi j'avais, j'étais faible, mais aussi parce que (prénom de mon fils) a perdu beaucoup de poids un peu trop vite. Du coup, ils nous ont gardés assez longtemps pour ça et vraiment vers la fin je leur disais « mais là, vraiment, laissez-nous sortir, quoi, je pense que c'est bon. On a fait, on a fait notre temps* ». [...] *Je me disais « maintenant j'ai envie d'être à la maison, j'ai envie d'être chez moi, j'ai envie de pouvoir prendre une douche chez moi, de me coucher dans mon lit.* » » (P2, l. 482-487, 491-493). P3, qui avait peu de visites en raison du COVID-19 et qui était épuisée, se réjouissait de rentrer à son domicile pour avoir de l'aide de la part de sa belle-mère et de son conjoint : « *Et puis, bon, j'ai dû rester plus longtemps. Puis quand, moi ce dont j'avais envie, c'était de rentrer. Et puis, parce qu'il y avait mon mari et ma belle-maman pour nous aid-, pour m'aider* » (P3, l. 436-439).

P1 et P3 abordent également l'aspect démedicalisé que l'hôpital peut proposer. P3 avait fait le choix d'accoucher dit « naturellement », tout en bénéficiant du cadre sécuritaire de l'hôpital : « *Je voulais de façon naturelle, le plus possible. Par contre, moi, j'avais besoin en fait du cadre sécuritaire hospitalier de l'hôpital* » (P3, l. 70-71). Elle s'est donc dirigée vers un hôpital équipé d'une salle destinée aux accouchements physiologiques pour avoir un accouchement le plus naturel possible : « *Donc je me suis dit, c'est un chouette compromis entre les deux pour un premier accouchement, parce que c'est vrai qu'on ne sait pas trop à quoi s'attendre. Voilà* » (P3, l. 85-87). Ses complications ne lui ont finalement pas permis d'accoucher dans cette salle. Concernant P1, elle a pu bénéficier juste après son accouchement de l'*Hôtel des patients* situé à côté du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois), qui est démedicalisé et s'apparente à un hôtel classique. Elle a donc pu passer son séjour avec son conjoint dans un cadre démedicalisé, tout en bénéficiant de certains services de la part de l'hôpital, tel que les visites médicales et un service de lessive et de prêt de vêtements : « *Donc c'était vraiment, on ne s'occupait pas ni du ménage, ni du lavage des vêtements, ni de rien. On avait le support médical, tout en étant dans un endroit qui était comme un mini appartement quoi* » (P1, l. 150-153). Pour P1, passer son séjour dans ce cadre démedicalisé a été très positif, d'autant plus que cela lui a permis d'être accompagnée tout du

long par son conjoint, ce qui n'aurait pas été possible dans une chambre d'hôpital classique : « *Comme c'est au CHUV, il y avait cette possibilité et ça, le fait de pouvoir aller à l'hôtel des patients était vraiment génial j'ai trouvé. Parce qu'on est sortis complètement du domaine médicalisé et on a pu tout de suite, être tous les trois, parce qu'en plus comme c'était pendant le covid, mon conjoint n'aurait pas pu rester à l'hôpital, alors que là, à l'hôtel des patients, il a pu rester tout le séjour et on était ensemble tout le temps. Et ça, c'était vraiment génial* » (P3, l. 65-70). Cette possibilité a été très confortable pour elle, alliant sécurité et environnement chaleureux : « *Ben, ça m'a fait me sentir bien. C'est, ouais, sécurisée et dans un environnement, oui. Accueillant* » (P1, l. 156-157).

P1 qui a effectué son suivi de grossesse et son accouchement dans le même hôpital note des efforts d'amélioration de la prise en charge, de la part de l'institution hospitalière. Elle a notamment vu des panneaux explicatifs expliquant leur démarche et leurs objectifs, ce qui a contribué à lui donner confiance vis-à-vis de la qualité de prise en charge : « *J'ai vraiment senti que l'équipe médicale avait travaillé beaucoup à Lausanne sur justement la prise en charge des femmes enceintes et en train d'accoucher* » (P1, l. 441-442), « *J'avais entendu que c'était pas facile au CHUV, qu'ils n'avaient pas une très bonne réputation. Et les derniers suivis que j'ai fait, du coup lors de l'accouchement, j'ai vu qu'ils avaient mis, il y avait plein de panneaux explicatifs, justement sur la relation des soignants avec les femmes enceintes pour supprimer au maximum les épisiotomies, pour voilà, donc je me suis dit « ah, ils sont en train ou à l'aboutissement d'un travail profond, je pense de réflexion autour de tout ça », et c'est peut-être ça qui a porté ses fruits, justement pour mon accouchement où ça s'est bien passé parce que, parce qu'il y avait eu un travail pas mal de leur côté* » (P1, l. 445-453).

2.2 Interactions avec le personnel soignant

Dans les récits d'accouchement des participantes, et dans la manière dont elles ont vécu leur expérience, beaucoup d'éléments étaient relatifs à l'aspect interactionnel avec les soignant·e·s. Il est important de préciser que durant les entretiens, plusieurs questions portaient sur la relation entre le personnel soignant et les participantes. Cette thématique a donc été en partie induite. Après analyse des entretiens, il semble que ce thème soit surreprésenté. De fait, il convient de préciser que la longueur de cette section n'est pas

forcément représentative de l'importance que ce sujet a dans l'expérience des participantes, puisque plusieurs questions les ont amenées à développer ce sujet.

A propos de l'interaction avec le personnel médical durant l'accompagnement, P2 fait une différence entre le moment de l'accouchement en tant que tel, et la prise en charge préalable ainsi que le suivi postnatal. Pour elle, le moment le plus important était l'accouchement en tant que tel et c'est durant ce moment-là que l'aspect relationnel avec les soignant·e·s a été le plus important et a eu le plus grand impact sur son expérience. Pour elle, ce moment s'est bien passé : « *Pour moi, le seul moment où ça a eu un rôle très important, et du coup j'étais très heureuse que ce soit quelqu'un avec qui le feeling passe hyper bien, c'était vraiment pendant l'accouchement, vraiment. [...] Pour moi, vraiment la partie dont je garde un plus grand souvenir et qui est la plus importante, c'est vraiment ce moment de l'accompagnement dans le travail et puis, ouais le, l'accueil et la délivrance de mon bébé. C'est vraiment cette partie-là qui, qui reste, ouais, qui reste la plus importante et du coup, pour laquelle je suis tellement heureuse d'avoir été si bien accompagnée, quoi* » (P2, l. 220-222, 228-233). Cette distinction n'a pas été mentionnée par les autres participantes, mais il a été jugé important de la faire figurer car il s'agit d'un élément important dans la perception et le vécu de P2.

2.2.1 Interactions encourageantes

Plusieurs éléments ont contribué à faciliter l'expérience des participantes. Il s'agit pour la plupart d'éléments que l'on pourrait qualifier d'informel, mais qui sont d'une grande importance dans leur vécu.

Un premier élément est la bienveillance du personnel médical envers les participantes : « *Mais tout le monde était bienveillant et, et du coup, ça s'est bien passé* » (P1, l. 38-39). P4 aborde des petites phrases informelles qui ont contribué à la qualité de son accompagnement : « *[...] même après quand ils m'ont montée dans la chambre. Elles sont venues me dire au revoir, voilà, « encore félicitations ». J'ai trouvé, ouais, j'étais hyper bien accompagnée, en tout cas* » (P4, l. 50-52). P2 a apprécié des petites phrases visant à lui demander l'accord avant d'effectuer des gestes ou alors visant à voir comment elle allait et à la rassurer : « *Et puis là, on a eu de la chance parce qu'on est tombé vraiment sur une sage-femme qui est arrivée qui était extraordinaire. Là elle était hyper calme, hyper bienveillante. Puis elle a dit,*

« ça va bien se passer ». À ce moment-là, elle me dit « est ce que vous vous sentez d'enlever votre pantalon ? » » (P2, l. 97-101). P4 relève également la discrétion dont a fait preuve le personnel médical lors de l'usage de forceps : « Ce qui est bien, ce que j'ai trouvé bien, c'est qu'ils ne m'ont pas montré, genre « ah, regardez, c'est ça qu'on va utiliser ». Assez discret, ben voilà, « on va devoir vous aider », mais elles n'ont pas montré » (P4, l. 46-50). Pour P4, la bienveillance du personnel a aussi contribué à la mettre à l'aise. Elle ne s'est pas sentie jugée : « C'était important pour moi d'être suivie, d'être accompagnée. Même les jours d'après. C'est vrai que j'avais dit à ma maman, je me rappelle, « ah, mais je ne vais pas oser sonner pour leur demander de l'aide », et tout. Et puis finalement, c'est venu tellement naturellement, parce que j'ai senti que j'étais accompagnée et qu'on n'allait pas me juger aux autres » (P4, l. 107-111).

Le soutien psychologique, émotionnel, a également été très important pour les participantes. Pour P2, l'accompagnement par téléphone lors de contractions a été rassurant : « Et du coup, la dame que j'ai eu au téléphone, de la salle d'accouchement du CHUV, elle me guidait dans ma contraction. Donc c'était hyper rassurant et tout » (P2, l. 45-47). Plus tard lors de son accouchement, les encouragements de son conjoint et de sa sage-femme l'ont énormément aidé : « Et puis, ben du coup, lui et la sage-femme ils ont été extraordinaires, parce qu'ils m'encourageaient vachement, ils me disaient « mais en fait il n'y en a pas pour longtemps. Il faut juste que tu donnes tout, c'est maintenant », et tout » (P2, l. 138-140). Pour P2, la bienveillance et le soutien apporté par la sage-femme qui l'accompagnait a grandement contribué à faciliter son expérience : « Mais cette, elle s'appelle [prénom], la sage-femme qui m'accompagnait. Elle était tellement douce, bienveillante et tout le temps rassurante, et hyper encourageante, à tout le temps me dire que j'allais y arriver. Et puis, avec toujours les bons mots aux bons moments » (P2, l. 244-248). Pour P2, la proximité établie par sa sage-femme en l'appelant par son prénom l'a fait se sentir importante, prise en considération et entendue, et de ce fait elle a pu se sentir actrice de son accouchement : « Moi, j'ai vraiment, je me suis sentie tout de suite importante et écoutée par [prénom de la sage-femme] qui est directement, en fait, dès que je suis entrée dans la salle, elle m'a appelée par mon prénom. Peut-être que ça aide aussi beaucoup, parce que tout à coup, je me sentais... ouais, reconnue. Et j'avais l'impression que c'était, que j'étais importante et que c'était moi qui étais... Ouais, actrice de ce qui était en train de se passer, quoi, vraiment. Aux commandes » (P2, l. 258-264). L'effet d'avoir été appelée par son prénom a été très humanisant et motivant. Pour P1, une phrase prononcée par une sage-femme a été particulièrement marquante et a eu un effet

encourageant et rassurant concernant la suite de la maternité : « *Et je me souviendrai toujours de, d'un commentaire de la sage-femme qui était là et elle m'a dit « ah bon bah alors c'est bien parti » et je ne sais pas pourquoi (rires), du coup, enfin, pour moi, c'était bien parti. Donc c'est bien parti, en fait. [...] C'était une sorte d'approbation que, que, que, comme une bénédiction, en fait. [...] Et du coup c'était une évidence. Ça, voilà, ça allait bien se passer* » (P1, l. 246-249, 251-252, 254-255). Ainsi, ces petites phrases que l'on pourrait qualifier d'informelles, ne sont pas à sous-estimer lors des accompagnements à la naissance, car elles facilitent significativement l'expérience des femmes.

Enfin, l'entente entre les participantes et les soignant·e·s est également un élément ayant facilité leur expérience. Pour P4, l'utilisation de l'humour et de la légèreté dans les propos des soignant·e·s a eu un effet rassurant et a contribué à la mettre à l'aise : « *C'est vrai que le moment où elles m'ont fait le contrôle, elles m'ont dit « ah, mais il a des cheveux votre enfant », un peu à la rigolade et tout et du coup c'était, moi j'étais vraiment détendue* » (P4, l. 30-32). Pour P5 également : « *Tandis que moi j'ai trouvé que même dans les moments un peu tendus dans la salle d'accouchement, on a toujours essayé de garder un peu la rigolade* » (P5, l. 95-97). Pour P2, le fait que son conjoint et la sage-femme qui l'a accompagnée durant l'accouchement s'entendent bien a été très positif : « *Et puis, ouais. Et je ne sais pas, il y a eu aussi un feeling entre elle et mon conjoint et du coup les deux, ils étaient, ils ont trouvé à chaque fois et j'avais chaque fois le, la bonne énergie en fait, pour m'accompagner au moment où je sentais que ça commençait à devenir difficile, où j'avais l'impression que ça n'allait pas aller. Et finalement en fait, ils étaient, ouais. On a, en fait, j'avais l'impression vraiment que tous les trois on formait une équipe et que c'est pour ça que ça a hyper bien marché* » (P2, l. 248-254). Elle décrit également avoir ressenti un sentiment d'équipe à trois, entre elle, sa sage-femme et son conjoint, ce qui a également été très positif pour elle.

En plus des aspects informels susmentionnés qui contribuent à rassurer les participantes, deux d'entre elles ont également mentionné le professionnalisme des soignant·e·s. En effet, le fait d'avoir l'impression qu'ils·elles maîtrisent la situation et qu'ils·elles paraissent compétent·e·s sont des éléments qui contribuent également à rassurer les participantes : « *Et puis, c'est vrai que je dirais qu'après, que dès que les euh, l'équipe des euh, comment elles s'appellent, les gynécologues voilà, sont arrivées, et puis que, vraiment elles sont arrivées et j'ai vu qu'elles prenaient les choses en main, ça m'a beaucoup aidé* »

(P3, l. 267-271), « *On a bien, on m'a bien franchement fait sentir que, parce que nous on gère plus du tout. Donc on a envie de sentir que eux ils gèrent* » (P3, l. 282-283). Pour P4, le fait de se sentir encadrée par des professionnel·le·s a facilité son expérience : « *Du coup, ça s'est passé vraiment hyper bien et c'était vraiment important pour moi d'être un peu cadrée parce que je ne connaissais pas. [...] Ouais, j'avais dit que j'avais vraiment besoin d'être cadrée, vu que c'était le premier* » (P4, l. 111-113, 118-119). Pour P4, c'est la bienveillance cumulée au professionnalisme des soignant·e·s qui a été important. Elle a ainsi eu des repères, ce qui a été important pour elle étant donné qu'il s'agissait d'une expérience nouvelle : « *Je pense que si je n'avais pas eu tout ça, je me serais sentie un peu perdue. Comme si on nage dans une mer noire qu'on ne connaît pas, enfin, ouais. Je, j'avais besoin* » (P4, l. 138-142). Un élément primordial dans l'expérience de P5 a été la confiance envers le personnel médical, qu'elle a eu grâce à leur professionnalisme : « *La confiance aveugle envers le personnel médical* » (P5, l. 220), « *[...] je me sens de vouloir faire confiance aux autres parce que c'est des professionnels, parce que je sais ce qu'ils sont en train de faire* » (P5, l. 113-114).

Durant l'accompagnement, la bienveillance, le soutien psychologique et émotionnel, l'entente ainsi que le professionnalisme des soignant·e·s sont donc des éléments facilitant l'expérience des participantes. Ces extraits d'entretiens montrent que ces éléments, qui pour la plupart sont d'ordre informel, sont pourtant d'une grande importance dans le vécu d'accouchement des femmes.

2.2.2 Interactions inconfortables

Certaines participantes ont ressenti un manque de considération de la part de l'équipe soignante, ainsi qu'un décalage entre leurs besoins et leurs attentes, et les réactions des professionnel·le·s.

Deux participantes ont ressenti un manque de tact de la part de certains soignant·e·s. P3 s'est fait beaucoup dérangée lors de son séjour hospitalier par des soignant·e·s, à des heures où elle souhaitait dormir. Ces interventions de la part des soignant·e·s ne l'aidaient pas à pouvoir se reposer, alors qu'elle était épuisée. P3 n'a pas compris le sens de ces visites, qui auraient pu être réalisées à d'autres moments moins dérangeants pour elle : « *En fait, j'étais trop dérangée, parce que, tu sais, je commençais, j'avais tout fini de tirer le lait, de*

m'occuper de la petite, c'était minuit. Je me disais « ah, enfin, je vais pouvoir dormir une heure et demie », et le médecin qui arrivait. T'as juste envie de leur foutre des pains tout le long, parce qu'ils viennent te déranger à des moments... Dès que tu veux t'endormir, hop, je me posais, « on va vous prendre la tension », oh... Après, « on va, on va, on va venir ausculter la petite », à minuit ! Qu'est-ce qu'ils viennent foutre à minuit ? Franchement » (P3, 445-452). Pour P5, il y a eu un manque de tact dans la manière dont certain·e·s soignant·e·s ont effectué les soins, ce qui l'a fait se sentir mal à l'aise : « Après, dit très, de façon très peu élégante, en fait il y a tout le monde qui arrive, qui te fait ouvrir les jambes, et allez qu'on te touche. C'est horrible. Et puis même que moi j'avais fait un plan de naissance, parce que je n'aime pas que les gens me touchent, j'aime pas, voilà » (P5, l. 76-79). Par ailleurs, elle avait mentionné dans son plan de naissance ne pas apprécier être touchée, elle aurait donc attendu un peu plus d'attention à cet égard. Elle a observé que cela arrivait avec les soignant·e·s ayant plus de 50 ans, et que les soignant·e·s plus jeunes étaient plus attentifs : « J'avais fait un plan de naissance, j'avais écrit, donc le personnel médical arrivait, surtout le personnel médical, je dirais à partir de 50 ans et plus bas, arrivait, ils te disaient « comment ça va ? Est-ce que ça vous gêne si on vous touche, si on regarde et patati et patata ? ». Le personnel qui était un peu plus âgé, parce que moi j'ai changé, je suis arrivée à 6 heures le matin à l'hôpital donc j'ai changé quatre ou cinq personnes, tout le long. Et puis, j'ai eu une seule infirmière qui était un peu plus âgée. Et puis, on voyait que c'était un peu à la vieille école. Elle n'était pas méchante du tout. Mais c'est vrai que « voilà, madame, ouvrez les jambes parce qu'il faut que je vous touche. » » (P5, l. 81-89). P5 a donc dû prendre sur elle, ce qui n'a pas facilité son expérience.

La majorité des participantes ne se sont pas senties tout à fait comprises lorsqu'elles exprimaient des souffrances. Elles auraient attendu davantage de réactions de la part des professionnel·le·s : « Juste au début, une qui était peut-être un petit peu moins à l'écoute, parce que bah voilà, j'étais en souffrance, j'avais vraiment mal, mal. Ce n'était pas possible de faire la péridurale et c'est vrai que, bon, elle disait « oh, ça va passer » (rires). Voilà. Et en fait, je pense qu'elle minimisait la douleur que je pouvais ressentir à ce moment-là, parce que le bébé était aussi mal placé. Et il appuyait, enfin voilà, je pense que j'ai eu des douleurs plus élevées que la normale. Et pendant beaucoup plus longtemps » (P1, l. 96-103). P2 a ressenti de la nonchalance de la part des soignant·e·s lors de son arrivée à l'hôpital, alors qu'elle était en souffrance : « Mais ouais, j'ai surtout, le souvenir que j'en ai c'est surtout

beaucoup de la nonchalance et puis un peu de, ouais, comment je pourrais dire ça, peut-être de désintérêt. Ou, ouais, ils n'avaient pas l'air disons, trop pressés de s'occuper de moi et ils avaient l'air d'avoir un peu mieux à faire et puis... Ouais, c'est vraiment un peu de la nonchalance, comme ça » (P2, l. 203-208). Cela lui a donné l'impression de ne pas être prise au sérieux. Alors qu'elle souffrait beaucoup à cause de contractions fréquentes, le personnel soignant ne semblait pas réagir face à sa douleur. Elle a eu l'impression que les professionnel·le·s ignoraient son état et ne faisaient pas beaucoup d'efforts pour réagir à cela et la prendre en charge rapidement : *« Donc mon conjoint a eu le temps d'arriver, on a eu le temps d'attendre que quelqu'un daigne bien prendre nos noms, prénoms, tout ça et m'envoie aux urgences. Et aux urgences on a attendu longtemps dans le couloir et du coup moi j'étais à quatre pattes parce que j'avais des contractions qui étaient plus rapprochées, toutes les trois minutes. Donc du coup, je commençais à me dire « bon, j'ai l'impression qu'on ne me prend pas au sérieux », mais voilà* » (P2, l. 69-75). Ainsi, le personnel soignant n'a pas su répondre à ses besoins et ses attentes. Elle a ressenti un décalage entre ce qu'elle exprimait et les réponses de la part des soignant·e·s : *« J'avais vraiment l'impression qu'ils ne me prenaient pas du tout au sérieux et que, et que ouais, ils ne prenaient pas la mesure de ce qui était en train de se passer* » (P2, l. 195-197). Cela montre un décalage entre les besoins des participantes et les réactions des professionnel·le·s.

Par ailleurs, il y a également un décalage entre ce que les femmes ressentent concernant l'avancée de l'accouchement, et les réactions des soignant·e·s. P2 était déjà avancée dans son accouchement mais les soignant·e·s ne s'en étaient pas rendu compte : *« Du coup, moi je me sentais hyper agacée parce que, parce que moi c'est une espèce de tourbillon et tout allait tellement vite à l'intérieur de moi. Et je les voyais se traîner, vraiment dans ces couloirs, puis j'avais l'impression d'un décalage mais, total, entre ce que, ce que je vivais moi et ce qui était en train de se passer à l'extérieur de moi, en fait* » (P2, l. 208-212). Pour P5 également : *« D'abord, je n'avais pas encore cassé les eaux. Style 2 minutes après les eaux étaient par terre. Après, le bouchon muqueux avant c'était exactement la même chose : « non mais madame, vous n'avez pas encore le bouchon muqueux loin, ouh, ça prendra tellement de temps ! ». 3, 2, 1 : loin. « Ouais, mais madame, vous n'avez pas encore cassé les eaux, ne vous inquiétez pas ». Trois contractions après les eaux étaient par terre* » (P5, l. 524-530). Les soignant·e·s ne se sont pas rendu compte de la vitesse à laquelle se déroulait l'accouchement. P5 ne l'a pas mal pris, elle était compréhensive, mais a tout de même

ressenti un manque de prise au sérieux. De même, lors du premier contact téléphonique de P5 avec l'hôpital, les consignes qu'elle a reçues ne correspondaient pas avec son état. Ayant de fortes douleurs, le personnel a pensé qu'il était encore trop tôt pour qu'elle vienne à l'hôpital et lui a proposé de faire un bain. P5 ne trouvait pas cette proposition adaptée avec ce qu'elle était en train de vivre : « *Et je dis à [prénom de son mari] « mais t'es crétin ou bien ? On ne fait pas de bain. J'ai pas envie, je ne suis pas bien, arrête. » »* (P5, l. 514-515). On peut supposer que lorsque les femmes expriment leurs ressentis, qu'ils soient relatifs à la douleur ressentie ou l'avancement de l'accouchement, les professionnel·le·s ne se fient pas à ces informations, ce qui engendre chez les femmes un sentiment de manque de considération ; elles se sentent ignorées.

Il y a également un décalage de langage entre les professionnel·le·s et les femmes : « *Ça faisait vingt-cinq heures que j'avais déjà les contractions, des douleurs fortes et tout ça. Et qui était là « bon ben je vous renvoie chez vous, ce n'est pas ouvert ». Enfin voilà, la façon dont elle exprimait les choses n'était pas, pas forcément adaptée à ce que moi je vivais »* (P1, l. 165-168). Ainsi, lors de l'accueil à l'hôpital, la manière dont a réagi la soignante ne correspondait pas aux besoins de P1 et ne la rejoignait pas. P3 parle d'ailleurs de décalage entre les professionnel·le·s qui suivent les protocoles médicaux, et les besoins émotionnels qu'elle a eus : « *C'était... il fallait suivre le protocole. Donc euh... Et puis euh, et puis nous, moi j'avais tous mes états d'âme comme ça. Et puis ça, on n'a pas pu débriefer »* (P3, l. 292-294). Suite à son accouchement, P3 a pu discuter avec les soignant·e·s, mais l'aspect émotionnel n'a pas été intégré à la discussion : « *Alors après coup ils sont venus. Mais je dirais que... En fait, ils étaient plus axés sur le fait de comprendre un petit peu qu'est-ce que je n'avais pas compris. Donc au niveau de qu'est ce qui s'est passé ? Pourquoi ? Ça ils m'ont encore bien expliqué. Par contre, vraiment, je dirais mes états d'âme, tout ça, j'ai pu débriefer plutôt, ou comment on se sent quand voilà, en tant que personne qui accouche. Et bien ça, je pense que j'ai plus débrieffé en fait avec ma sage-femme, que j'avais choisi après coup »* (P3, l. 296-302). L'aspect émotionnel de son accouchement n'a pas pu être considéré durant l'accouchement et n'a pas pu être débrieffé par la suite, ce qui a manqué pour elle. Elle pointe le manque de place pour la prise en charge émotionnelle, alors que les émotions sont très présentes lors des accouchements. La manière dont cela a été géré a été marquant dans son vécu.

Par ailleurs, P3 a eu l'impression d'un décalage au niveau des attentes. Elle a eu l'impression que les soignant-e-s attendaient d'elle qu'elle exprime ses besoins, ses souhaits et ses limites, alors que sur le moment P3 n'était pas en état de réfléchir à ce dont elle avait besoin et de s'exprimer : « *Et... je pense aussi, tu vois, je pense que le problème, c'est que, comme on dit, si tu veux, elles attendent de toi que tu dises tes limites. Alors, j'aurais dû dire « là, j'en peux plus, stop ». Mais si tu veux, j'en pouvais tellement plus, au niveau physique, psychologique et tout, déjà, que... Bon, déjà (rires)... En fait, je n'avais même plus la clarté d'esprit si tu veux, ou à cause de la pré-éclampsie, je ne sais pas. Je ne sais pas vraiment ce qu'il s'est passé, c'est ça qui est difficile à dire, que en fait, j'ai, j'ai, je, je savais, je, enfin, le mot péridurale il n'est même plus venu quoi* » (P3, l. 176-183). « *Eux ils sont beaucoup, je pense, dans leurs protocoles* » (P3, l. 238). « *Et eux en fait ils attendaient que je le dise* » (P3, l. 251). Cette impression de décalage vient directement d'un manque de communication entre les deux partis, qui attendaient mutuellement une réaction différente de l'autre. Elle aurait souhaité davantage de prise d'initiative des soignant-e-s envers elle, pour lui proposer des solutions face à ses difficultés, dans le but de lui demander si elle souhaitait revenir sur ses choix d'accouchement, et de lui exposer les différentes alternatives : « *Moi j'aurais apprécié vraiment qu'on me dise « non, mais tout va bien. Ok, c'est super fort, on n'en peut plus, le psychologique, l'état psychologique ne supporte plus, mais on a des solutions. Est-ce que vous aimeriez revenir sur vos choix ? ». J'aurais aimé qu'on me dise peut-être ça, parce que, qu'il y ait ce cadre en fait, bienveillant* » (P3, l. 189-193). P4 aurait également souhaité que le personnel soignant prenne davantage d'initiatives en lui proposant par exemple de pouvoir attraper son bébé, ceci dans le but de pouvoir être davantage impliquée dans son accouchement : « *Et j'aurais vraiment aimé, ou bien même qu'elles me disent « est-ce que vous voulez attraper le bébé ? », enfin voilà* » (P4, l. 69-70).

Malgré les difficultés interactionnelles vécues avec le personnel médical, certaines participantes ont ressenti de l'empathie pour eux. P5 qui a elle-même été bénévole pour la Croix-Rouge comprends les soignant-e-s et savait qu'ils-elles faisaient de leur mieux : « *Donc j'ai une vision sur le personnel médical du plus grand respect parce que j'ai été de l'autre côté, pas comme professionnelle mais comme volontaire. Donc je sais pertinemment que eux, ils sont là, ils t'accompagnent, ils font le mieux* » (P5, l. 73-76), « *C'est des humains comme tout le monde* » (P1, l. 190-191). P5 avait également conscience que sa propre attitude avait un impact sur la réponse qu'allaient avoir les soignant-e-s, elle a donc senti la caractéristique

interactionnelle de l'échange : « *Et puis, plus on est entre guillemets désagréable avec les autres qui n'en peuvent rien, ils sont juste là pour nous aider, ben moins en fait ça va nous apaiser* » (P5, l. 93-95). P2 a tenté de faire preuve d'empathie, mais dans le contexte dans lequel elle se trouvait elle n'a pas trouvé cela évident, car ses besoins n'étaient pas comblés : « *Donc, j'essaye de faire preuve d'empathie aussi. Dans ces moments-là, franchement je n'avais pas très envie, j'avais juste envie qu'on m'écoute, et qu'on me dise un peu quoi faire* » (P2, l. 201-203).

Points clés

- Les résultats montrent que le vécu des participantes est impacté d'une part par des éléments de fonctionnement inhérents aux infrastructures hospitalières, et d'autre part, par les interactions directes avec les soignant·e·s.
- La discontinuité des soins, le nombre élevé de soignants présents et le manque de repos lors du séjour hospitalier ont été relevés en tant qu'éléments non idéaux. Les possibilités de bénéficier de services démedicalisés et d'avoir une chambre individuelle se sont révélées très positives.
- Dans l'interaction avec les soignant·e·s, le professionnalisme, ainsi que des éléments informels tels que la bienveillance, le soutien émotionnel et l'entente sont des éléments facilitants. A l'inverse, le manque de considération des propos des participantes, notamment relatifs à la douleur et à l'avancée de l'accouchement, le manque de tact lors des soins et le manque de prises d'initiatives sont des éléments contribuant à rendre l'expérience des femmes moins confortable et moins facile. Des décalages ont été ressentis, entre d'une part l'accompagnement et le langage des soignant·e·s, et d'autre part les attentes des participantes, qui auraient attendu une prise en charge et des réactions de la part des professionnel·le·s mieux adaptées à leur état et répondant davantage à leurs besoins émotionnels.

3. Identité

3.1 Se sentir mère

Cette catégorie a trait aux discours des participantes portant sur la manière dont elles s'identifient en tant que mère.

Pour P1 et P4, s'identifier en tant que mère s'est fait très facilement, sans que cela ait été conscientisé. Cela n'a pas soulevé des réflexions particulières et n'a pas été accompagné de difficultés ; cela s'est fait naturellement : « [...] *ça s'est fait tout simplement* » (P1, l. 352), « *Sincèrement, c'est allé comme sur des roulettes au niveau de, d'être maman, de, je prenais vraiment tout quand ça venait, ce qui venait* » (P4, l. 171-172).

P3 qui avait déjà un beau-fils, aborde le fait d'avoir ressenti un changement au niveau de son identité et de son rôle au sein de sa famille. Maintenant qu'elle a eu son bébé, elle a eu l'impression d'être réellement devenue mère de famille, alors qu'avant elle ressentait beaucoup moins ce rôle et les responsabilités affiliées : « *Moi jusqu'à maintenant j'étais vraiment, j'étais une cool belle-mère qui avait pas mal de temps pour son beau-fils et qui travaillait à côté. Et puis là maintenant, c'est, j'ai l'impression que c'est vraiment, je me suis transformée en une mère de famille [...]* » (P2, l. 559-563).

En revanche, P5 a une expérience différente. Pour elle, cela a été un apprentissage et n'a pas été immédiat et instinctif. En effet, elle n'a pas réalisé immédiatement qu'elle était devenue mère et avait des difficultés à réaliser que son bébé était réellement son enfant. Elle ne s'est donc pas identifiée en tant que mère tout de suite. Pour elle, tout cela s'est installé avec le temps : « *Mais t'as pas, il n'y a pas un skill qui vient, tac il est dehors, tac t'es maman. Moi, encore maintenant, parfois, je la regarde et je me dis « oh, elle est à moi celle-ci ? ». Mon Dieu. Non mais alors vraiment, c'est le, il y a l'apprentissage de [prénom de sa fille] qui grandit, mais y a aussi l'apprentissage de [prénom de la participante], qui comprend qu'elle est devenue maman* » (P5, l. 263-267).

3.2 Impact de la maternité sur d'autres relations : couple et famille

La majorité des participantes ont abordé l'évolution de leurs relations de couple et familiales, suite à leur accouchement. Les ressentis varient selon les participantes, mais la thématique de l'impact de la maternité sur d'autres relations ayant été abordé spontanément dans la majorité des entretiens, il a été jugé pertinent d'en faire une catégorie.

P4 et P5 notent une évolution et des changements dans leur relation de couple, après avoir eu leur premier enfant. Pour P4, ces changements ont été difficiles : « *Puis voilà, c'était ça qui était le plus compliqué et après aussi, l'entente dans le couple, ce n'est plus la même chose : on est plus deux, on est trois* » (P4, l. 205-207). P4 aborde le changement de dynamique dans sa relation de couple, et la transition de la relation dyadique à la relation triadique. P5 a également ressenti un changement de dynamique au sein de sa relation, passant de couple à famille. Pour elle, le processus de réalisation de cette évolution s'est fait progressivement : « *Mais moi, j'ai pas compris que [...] mon couple était devenu une famille. Ça, ça vient avec le temps, en fait* » (P5, l. 284-288).

P1 en revanche, n'a pas ressenti de changement dans sa relation de couple après son accouchement : « *Et avec mon conjoint, j'ai été avec lui depuis très longtemps aussi. Donc, en fait, on avait eu une vie de couple établie depuis longtemps. Et ça, ça n'a pas vraiment changé, ni la vie de couple, ni la vie avec les amis* » (P1, l. 355-358).

Pour P2, la réflexion s'est située au niveau de sa relation avec ses propres parents : « *[...] ça m'a rendue hyper admirative de, de ma mère, avec qui je n'ai pas forcément des relations faciles* » (P2, l. 546-547). Le fait d'avoir un premier enfant a eu un effet de repositionnement et de nouvelles perspectives face à sa propre famille, ainsi que sur la perception qu'elle a de sa mère.

3.3 Conciliation entre les différentes identités et sphères de vie : soi-travail-mère

Cette catégorie aborde la conciliation entre les différentes sphères de vie et identités des participantes : soi, le travail, et le rôle de mère. Abordée par la plupart des participantes, de manière spontanée, la conciliation avec le travail se dégage comme un élément important

pour les participantes, qui était présent dans leurs réflexions suite à la naissance de leur premier enfant. Chaque participante en a une expérience différente.

Pour P5 qui était en pleine carrière avant d'avoir son enfant, son activité professionnelle était sa priorité. Son travail a continué d'être très présent dans ses pensées et très préoccupant lors des premiers temps avec son bébé. Pour elle il était difficile de concilier ses différentes identités de carriériste et de mère : « *Moi, la première inquiétude que j'ai eue, c'est « merde, il y a un chantier x y. Et puis merde, il y avait la séance x y ». Et à côté, je m'occupais de ma fille* » (P5, l. 290-291). Durant les premiers temps elle visualisait ces sphères de manière distincte et agissait dans son quotidien de manière distincte également, en passant d'une identité à une autre : « *Mais ma tête n'était pas encore prête à mettre les choses ensemble. Donc il y avait l'univers travail, l'univers mon couple et l'univers petit bébé. Mais je n'avais pas compris comment relier de façon horizontale ces trois univers pour que tout puisse se chevaucher, etc.* » (P5, l. 292-297). Il a été difficile pour elle de trouver un équilibre et une harmonie entre ses différentes sphères de vie durant les premiers temps avec son enfant. Elle a par la suite réalisé qu'il ne serait pas possible de maintenir la situation dans cet état sur le long terme, et qu'un changement était nécessaire : « *Puis, il y a eu un événement dans mon travail qui, en fait, m'a fait prendre conscience que ma vie avait changé. Et puis, c'est là que je me suis dit « attends ! Tu es en train de faire quoi là ? Comment tu gères ton truc ? Attends, tu prends une feuille de papier, tu fais une liste, tu regardes et puis tu prends tes décisions.* » » (P5, l. 305-310). Elle a été amenée à reconsidérer ses priorités et a fait le choix d'effectuer des changements sur sa sphère professionnelle, en l'ajustant dans le but de trouver un meilleur équilibre entre son travail, sa vie de mère, et sa vie de couple ; ce qui a été très bénéfique pour elle : « *Et puis, je me rendais compte qu'avec l'investissement que j'avais dans mon travail, tout ça, en fait, à certains moments : ou je décidais que mon couple allait péter ou je décidais que je ne me prenais plus soin de [prénom de sa fille], ou je changeais un truc. Donc la chose que j'ai changée c'était mon travail et c'était la meilleure des choses que j'aurais pu faire. Et ça ne veut pas dire que je bosse moins, mais je bosse différemment en fait* » (P5, l. 315-320). C'est suite à cette prise de conscience et cet ajustement qu'elle a pu réaliser et intégrer le fait qu'ils constituent une famille : « *Et puis, ce tremblement de terre dans ma vie, cette prise de conscience en fait m'a donné le, la vision sur [prénom de sa fille], je me suis rendu compte qu'on était une famille en fait* » (P5, l. 337-339). Pour P5, la conciliation travail-vie de famille a donc suscité des réflexions, des remises en question et quelques ajustements.

Les réflexions de P4 se sont situées sur son orientation professionnelle. Son expérience de l'accouchement l'a tellement intéressée, qu'elle a été amenée à considérer se former pour changer d'activité professionnelle et devenir sage-femme : « *D'ailleurs, même après l'accouchement et pendant mon congé maternité, je regardais carrément pour me former en tant que sage-femme, tellement ça m'a interpellée ce qu'il se passait. Du coup, j'étais hyper intéressée, enfin, voilà* » (99-102). Son expérience d'accouchement a donc eu un impact sur ses intérêts et son orientation professionnelle.

Un autre aspect de la conciliation travail-vie de famille, davantage pratique, concerne l'organisation pour que la conciliation fonctionne. Pour P4, la reprise du travail après son congé maternité était accompagnée de questions et de préoccupations concernant l'organisation, notamment à propos de l'alimentation de son bébé : « *C'est vrai qu'au fur et à mesure que les mois passaient, je me disais « ah, je vais devoir recommencer à travailler. Comment je vais faire pour tirer mon lait ? » Je me posais plein de questions pour au travail. Après, il a commencé aussi les repas. Je me disais « mais comment je vais faire pour pouvoir tous les soirs devoir lui cuisiner. Ça va être hyper long, hyper fatigant. »* » (P4, l. 277-284). La reprise du travail et son anticipation étaient source de questions, de réflexions et d'inquiétudes concernant la faisabilité de la conciliation, notamment avec les contraintes de la fatigue et du temps à disposition.

P2 aborde un autre aspect de la conciliation, celui du temps pour soi. Depuis qu'elle a son enfant, elle observe avoir davantage de temps pour elle lorsqu'elle travaille que lorsqu'elle est chez elle : « *[prénom de son fils] en plus c'est un bébé qui, qui est, qui a particulièrement besoin d'être tout le temps dans nos bras ou qui demande beaucoup d'attention. Donc, j'ai l'impression qu'il y a assez peu de moments où on est un peu libres de nos mouvements* » (P2, l. 530-533). « *Et puis là maintenant, c'est, j'ai l'impression que c'est vraiment, je me suis transformée en une mère de famille qui travaille un peu, mais qui finalement a plus de temps en travaillant que, que, que dans son quotidien, quoi. Donc ouais, ça change pas mal de choses* » (P2, l. 561-565).

P1 a une expérience différente des autres participantes, car elle n'a pas expérimenté de rupture lors de l'arrivée de son enfant. Travaillant et étudiant durant sa grossesse, elle a poursuivi sa formation immédiatement après la naissance de son bébé. Elle n'a donc pas

ressenti de rupture entre l'avant et l'après accouchement, ce qui a été positif pour elle car elle n'a pas eu besoin de se réadapter à une reprise du travail : « *Donc j'ai travaillé avant, j'ai travaillé après. Donc en fait, c'est une certaine continuité entre avant le bébé, la grossesse et après la grossesse. Donc, je n'ai pas eu non plus de changement de rythme, où deux mois avant t'arrêtes donc t'as plus qu'à te concentrer que sur ta grossesse. Et puis après, ben, c'est plus la grossesse, c'est toi et le bébé. Et puis après, il y a ce re-cassement, changement de rythme, retour au travail et organisation. Là, au niveau de l'organisation, il y avait mon conjoint qui gérait beaucoup de choses parce qu'il était présent tout le temps. Et puis, il y avait une continuité au niveau professionnel, donc je n'ai pas eu de rupture et de changement de rythme, comme on peut le vivre dans une façon classique* » (P1, l. 292-302). Ainsi, P1 n'a pas eu besoin de remanier ou de changer beaucoup d'éléments de son quotidien. Pour elle, l'absence de rupture de rythme a été un élément facilitant.

Points clés

- Les résultats ont mis en évidence des processus identitaires des mères lors des premiers mois avec leur bébé. Pour la plupart des participantes, une évolution de leurs différents rôles a été ressentie.
- La plupart des femmes se sont identifiées rapidement et facilement au rôle de mère, sans le conscientiser. Pour une participante, cela a été progressif, sous la forme d'un apprentissage.
- Pour la plupart des participantes, avoir un premier enfant a eu un impact systémique sur plusieurs sphères de vie, telles que le travail, le couple, le temps pour soi, et dans un cas, la relation à ses propres parents. La majorité des participantes ont vécu une période d'ajustement, accompagnée de réflexions, de préoccupations et de remises en question, pour retrouver un équilibre qui a été chamboulé, tant logistiquement dans le quotidien, qu'à un niveau plus interne, identitaire.

4 Post-partum

4.1 Accompagnement post-partum

Cette catégorie aborde l'accompagnement dont les participantes ont bénéficié après leur accouchement. Abordé spontanément par les participantes, cela semble être un élément important du post-partum. Il s'agit d'un élément pertinent au regard de la question de recherche car l'accompagnement impacte les conditions dans lesquelles les participantes se sont trouvées lors des premiers temps à leur domicile, avec leur bébé.

4.1.1 Soutien des professionnel·le·s

Cette sous-catégorie aborde le soutien que les participantes ont reçu de la part de professionnel·le·s de la santé.

Pour P2, avoir de l'aide et du soutien de la part de professionnel·le·s au début était rassurant, de même que le fait d'avoir des personnes disponibles pour répondre à ses questions : « *Moi j'avoue que j'étais contente au départ de pouvoir être un peu épaulée si j'avais des questions ou comme ça, ça me rassurait beaucoup de, d'avoir les sages-femmes à dispo, s'il y avait quelque chose que je ne savais pas faire ou comme ça, mais là, à ce moment-là* » (P2, l. 487-490).

P3 et P4 en revanche auraient apprécié davantage d'accompagnement de la part des professionnel·le·s. Pour P3, il a été important de poursuivre un accompagnement à propos du déroulement de son accouchement, qui a été difficile. Elle n'a pas pu débriefer après-coup avec le personnel soignant qui l'a prise en charge lors de son accouchement. En revanche, elle a pu le faire avec une sage-femme avec qui elle a pris contact postérieurement, ainsi qu'avec sa gynécologue habituelle, ce qui a été très bénéfique pour elle, car il lui manquait des explications et la possibilité de parler des émotions qu'elle a ressenties durant son accouchement : « *[...] je dirais mes états d'âme, tout ça, j'ai pu débriefer plutôt, ou comment on se sent quand voilà, en tant que personne qui accouche. Et bien ça, je pense que j'ai plus débriefer en fait avec ma sage-femme, que j'avais choisie après coup. Donc, qui est ouverte à ça aussi. Donc elle est super. Et du coup, ça m'a fait déjà beaucoup de bien. Et puis, puis après, avec ma gynécologue chez qui je vais, pas qui m'a accouchée, ce n'est pas elle qui m'a*

accouchée, mais que je vais, qui me connaît en fait. D'avoir son avis un peu des choses » (P3, l. 299-309). Ainsi, le fait de pouvoir discuter de l'accouchement après-coup, le fait de revenir sur les éléments émotionnellement difficiles, ainsi que de pouvoir comprendre ce qui était encore confus a été bénéfique. P4 a manqué d'accompagnement et de soutien au moment du retour à domicile. Elle s'est sentie seule face aux difficultés du post-partum, qui a été la période la plus difficile pour elle : « Mais je pense que ouais, on n'est pas assez soutenues, pas assez conseillées, enfin voilà. On n'est pas assez suivies, je trouve. On est un peu lâchée » (P4, l. 397-399). Pour elle, l'accompagnement n'était pas suffisamment global. Elle aurait souhaité davantage de conseils au niveau de sa santé et également au niveau psychologique face au bouleversement qu'est le fait d'être jeune parent : « Oui, elle venait alors pour moi, pour me contrôler, si ma cicatrice, voir si ça allait mieux, etc. Mais il n'y avait pas plus. Plutôt, je dirais psychologiquement, et pas... Ouais. Du côté, justement, les, pas les problèmes de couple, mais enfin, il y a des petits conflits des fois, et, ouais je ne sais pas. Quelque chose en plus que juste la sage-femme qui vient voir le bébé, s'il pèse son poids, si ma cicatrice, elle va bien. De, je ne sais pas, donner des conseils ou, plus approfondis » (P4, l. 214-220). P4 aurait souhaité être informée des ressources possibles face à ses difficultés : « Mais jamais, jamais personne ne m'a proposé, je ne sais pas, même juste des, des... Moi j'ai eu beaucoup de rétention d'eau après, enfin, à la fin de ma grossesse et après l'accouchement. Et personne ne m'a dit « ah, mais vous savez, vous pouvez faire des massages, des drainages lymphatiques », enfin, des trucs comme ça. Juste des petits conseils qui manquaient un peu. Puis finalement, je l'ai su peut-être trop tard et, enfin voilà » (P4, l. 223-229). Elle a pu avoir de l'aide après avoir elle-même pris l'initiative de contacter sa sage-femme : « Et puis, finalement, j'avais réappelé la sage-femme pour lui demander comment, enfin, des conseils » (P4, l. 284-285). Pour obtenir de l'aide, P3 et P4 ont donc dû prendre elles-mêmes l'initiative de contacter des professionnel-le-s.

4.1.2 Soutien des proches

Cette sous-catégorie aborde le soutien des proches lors de la période post-partum.

P3 a eu de l'aide de sa belle-maman : « Ben tu vois, j'avais ma belle-maman aussi, qui venait beaucoup nous aider » (P3, l. 580-581).

P1 n'a pas eu l'occasion d'avoir un soutien de ses proches en raison des restrictions sanitaires en lien avec le COVID-19, et de leur lieu de vie à l'étranger : « *Parce que sinon la famille n'a pas pu venir tout de suite à cause du Covid. On habitait à (ville vaudoise) et, et nos deux familles sont en France. Donc c'était une période aussi où c'était compliqué pour eux de venir voir. Donc ils n'ont pas pu venir voir ou s'occuper tout de suite. Aider à s'occuper du bébé. Les amis, c'est pareil, c'était assez réduit à cause des confinements* » (P1, l. 323-327) .

P2 n'a pas eu de soutien de la part de ses proches, par choix, car pour elle il était important de profiter des premiers instants en famille (elle, son conjoint, son beau-fils et son bébé) uniquement : « *Mais nous on avait dit à personne parce qu'on était assez contents de pouvoir se préserver finalement, de l'extérieur* » (P2, l. 451-452).

P5 n'a pas pu avoir d'aide de sa famille en raison de leur lieu de vie à l'étranger. Toutefois, elle a eu un peu de soutien de la part de sa belle-famille : « *Alors, ma famille est en Italie, donc j'ai eu un minimum d'aide du côté de la famille à mon mari* » (P5, l. 579-580). En revanche, durant la période du post-partum, elle ne s'est pas sentie disposée à recevoir de l'aide extérieure, car elle avait besoin d'un temps pour s'adapter, s'ajuster et intégrer les nombreux changements de son quotidien, ainsi que de s'adapter à son corps post-partum : « *Donc en fait, je n'étais pas prête à avoir vraiment de l'aide. Alors, il y a eu deux ou trois copines qui sont passées, mais j'avais vraiment besoin de me... Déjà, d'apprendre à vivre avec mon corps qui n'était plus habitué. Et ça, c'est quand même un apprentissage, pas mal. Je devais vivre avec mon ventre, qui était tout fripé. Avec mes seins qui, on ne savait pas exactement comment, avec mon souffle qui avait changé, avec, avec moi-même en fait. Et tout ce qu'il y avait aussi en plus à côté, bien sûr. Donc je ne peux pas dire avoir eu beaucoup d'aide, mais je ne le voulais pas forcément* » (P5, l. 580-589). P5 aborde l'importante sensibilité qu'elle a éprouvée durant la période post-partum et le besoin, tout comme P2, de se préserver. Pour elle il était important de prendre le temps de s'adapter à son nouveau quotidien. Par ailleurs, elle ne se sentait pas prête à affronter d'éventuelles remarques et d'éventuels jugements de la part de ses proches. Elle a souhaité éviter de s'exposer au risque de critiques, de jugements, de conseils non sollicités, ainsi qu'à l'éventuel non-respect de ses limites par ses proches : « *J'avais vraiment besoin juste de pouvoir me poser et faire mes listes, puis me rendre compte de ce qui était en train d'arriver dans ma vie, quoi. Sans avoir autour des gens qui te tapent la morale, la discute. « Ah, mais le bébé pleure ! Ah mais il a*

faim. Il n'a pas faim. Non, mais je sais qu'il a faim ». Donc j'ai dû demander à 2-3 s'ils avaient accouché à ma place, parce que moi, je me rappelais bien. Mais voilà. Ouais, c'est vrai que j'ai quand même mis un peu de distance entre moi et les autres, pour vraiment, voilà, se concentrer un peu sur ma propre bulle à moi. Voilà. Les jugements aussi. [...] Donc, c'est vrai que mon monde post-partum j'étais un peu, j'avais les couteaux très aiguisés. Et puis j'ai mal vécu le peu d'ingérences que j'ai eu à l'intérieur de ma vie parce que tout le monde voulait m'expliquer quelque chose, mais je n'étais pas prête à entendre » (P5, l. 589-598, 604-607). Par rapport au soutien des proches, elle a également ressenti qu'elle passait au second plan par rapport à son bébé, alors qu'elle en aurait eu le plus besoin : « J'ai trouvé aussi que la maman, dans mon cas, passait un peu après le bébé. Quand je, moi par exemple, il y a des copines qui ont accouché, ce n'est pas moi qui ai demandé d'aller les voir, mais ce sont elles qui m'ont écrit des messages pour dire « ah, tu viens me voir ? ». Et oui, d'accord, je prends peut-être un petit truc pour le bébé, mais je prends surtout un truc pour la maman, parce qu'elle a fait un truc extraordinaire. On dit « oh, mais qu'il est joli ce bébé ! ». Mais personne ne vient pour me dire « mais putain, t'es une warrior ! ». On est là, on fait les cafés. On regarde les gens qui se passent notre bébé, « alors, ne touche pas à mon bébé, ne le prend pas dans les bras ». « Oh, mais je vais le prendre », « non ». Voilà. Et puis « oh, mais qu'il est bien, qu'il est beau, qu'il est ci, qu'il est ça ». Et moi, je suis où dans l'équation ? » (P5, l. 613-625). Dans son expérience, la présence de proches n'a pas été aidante. Au contraire, en plus de se sentir transparente, cela lui a ajouté du stress et des efforts, notamment d'affirmation, ce qui n'était pas agréable, d'autant plus qu'elle se trouvait dans une période de grande sensibilité avec de nombreux éléments nouveaux à gérer.

4.1.3 Partage des tâches avec le partenaire

Cette sous-catégorie aborde la manière dont une répartition des tâches entre les partenaires a pu être mise en place dans la gestion du quotidien.

Les conjoints de P1 et P2 ne travaillaient pas à ce moment-là et étaient de ce fait très disponibles : « Déjà plusieurs choses : mon conjoint ne travaillait pas et est maintenant est père au foyer » (P1, l. 261-262), « Bon alors, un des éléments qui n'est quand même pas négligeable, c'est que mon conjoint est au chômage depuis juste avant mon accouchement et du coup il est à la maison et donc on est deux pour vraiment toutes les tâches du quotidien.

Et, je pense que évidemment que je me serais débrouillée autrement s'il n'avait pas été là, mais je pense que c'est, enfin, c'était à la fois d'un point de vue organisationnel [...] ça a été un sacré plus qu'il soit autant à la maison » (P2, l. 571-577). Ainsi, P1 et P2 étaient accompagnées de leur conjoint pour toutes les tâches relatives au quotidien avec leur bébé, ce qui a été un élément grandement facilitant.

Pour P1 et P5, l'allaitement a eu un rôle important dans le partage des tâches. En effet, P5 a allaité son bébé avec du lait en poudre, ce qui a donné davantage de place au père pour s'occuper de leur bébé : *« Donc j'ai donné du lait en poudre et je suis hyper contente. Premièrement, parce que ça a permis à mon mari d'intégrer et d'avoir déjà un rôle tout de suite »* (P5, l. 394-396). Cela a été soulageant pour P5 qui n'avait pas l'entière responsabilité de l'allaitement : *« Et ça, pour moi, c'était soulageant parce que je me disais « ok, tu n'es pas toute seule, regarde lui, il peut aussi le faire. » »* (P5, l. 398-399). P1 a décidé de tirer son lait dès le début, ce qui a permis au père de nourrir également leur bébé, y compris la nuit : *« Dès le début, j'ai tiré mon lait pour qu'il puisse lui donner le biberon la nuit avec mon propre lait. [...] Et puis, il était présent la journée aussi pour s'en occuper »* (P1, l. 264-266, 272-273). Le fait de tirer son lait lui a donné beaucoup de liberté et a facilité son sommeil car le partage des tâches se poursuivait durant la nuit : *« Moi j'ai pu tout de suite tirer mon lait aussi, ce qui m'a donné du coup beaucoup de liberté et la possibilité de dormir la nuit quand mon conjoint pouvait s'en occuper »* (P1, l. 403-405).

4.2 Corporéité

Cette catégorie aborde les éléments des discours des participantes relatifs à leur corps durant la période post-partum.

4.2.1 Convalescence physique

Cette sous-catégorie aborde les conséquences physiques de l'accouchement, durant les premières semaines post-partum.

Les femmes décrivent un grand chamboulement corporel et des difficultés à s'adapter et à composer avec des gênes physiques dans leur quotidien : *« Mais voilà, il y a tout ça, toutes ces gênes, t'as l'impression que tu vas tout perdre tes organes vers le bas, il n'y a plus*

rien qui tient. Avec les hormones de l'accouchement, tout est relâché » (P3, l. 400-402), « Enfin, après 48 heures de travail et l'accouchement, dix minutes après, j'étais sous la douche debout, parce que je ne pouvais pas m'asseoir, donc c'était physiquement... Je me suis dit « oulala, c'est beaucoup trop. » » (P1, l. 232-235).

Dans son expérience, P4 fait part de la difficulté de récupérer : *« Ce qui était vraiment vraiment compliqué [...] c'est déjà se remettre bien soi-même » (P4, l. 180-182).* Il y a une période de convalescence physique des mères, qui doivent composer avec des douleurs et des inconforts qui les limitent dans leurs activités : *« Et c'était plus ça, c'était difficile parce que je marchais pas longtemps, je pouvais pas, on pouvait aller se promener mais c'était 5 minutes parce que ça me tirait » (P4, l. 189-191).* Ainsi, l'état physique des participantes a été impacté, ce qui a eu des répercussions sur la manière dont elles ont pu vivre leur quotidien. P4 décrit également un sentiment de perte de maîtrise de son corps et a mal vécu cette période : *« J'avais juste plus l'impression d'avoir l'emprise sur mon corps, comme si, ben je devais m'asseoir sur une bouée. J'étais là, « mais j'ai 27 ans, est-ce que je dois m'asseoir sur une bouée ? ». Du coup c'était assez, ouais, assez, je sais pas si on peut dire ça dégradant, mais, enfin voilà » (P4, l. 193-198).* Les inconforts physiques sont donc difficiles à vivre au niveau pratique, mais également au niveau de ce qu'ils représentent. De ce fait, ils ont également un impact psychologique.

P3 aborde la difficulté de composer entre le début de la parentalité et sa propre convalescence. Pour elle, il était déjà difficile de répondre à ses propres besoins physiologiques, elle était donc moins disposée et disponible pour prendre soin de son enfant : *« T'es là, après ce que j'ai vécu, il faut que, déjà, que je dorme, que je mange. Et je n'arrivais pas à manger, aussi. Donc... Déjà, au début tu vomis, après ben, ça passe bizarre. Euh... Et puis tu dois, ouais, tu dois t'occuper de cet enfant » (P3, l. 411-414).* Pour elle, devoir s'occuper de son nouveau-né dans son état était très compliqué : *« Ben voilà, tu te retrouves dans cet état, tu dois prendre soin d'un enfant. Et c'est vrai que ça... Bon alors, t'as les sages-femmes qui te montrent un peu au début. Mais c'est vrai que t'as envie de leur dire « mais attendez les filles, moi, je suis juste pas capable. » » (P3, l. 405-409).*

4.2.2 Changements corporels

Cette sous-catégorie aborde les changements esthétiques du corps post-partum. Les participantes expriment la difficulté de voir, d'accepter et de s'adapter à leur corps post-partum.

De grands changements corporels apparaissent suite à l'accouchement, en un temps très court. P1 n'a pas ressenti de deuil de sa grossesse, mais a ressenti un deuil de son physique d'avant-grossesse : « *Donc j'ai pas eu de deuil de mon état d'enceinte, en fait. Ce qui était plus dur pour moi, c'était le changement de mon corps. Et de me voir sous la douche, juste après l'accouchement, déjà j'étais épuisée* » (P1, l. 230-232). « *Et en fait, toute la peau du ventre qui était tendue pendant la grossesse, elle se relâche. Et ça fait vraiment, on a l'impression d'un obèse qui a, qui a maigri en, voilà. Donc, il y a toute la peau qui tombe et c'est très, très moche (rires). Et je me suis dit « oulala, est-ce que », enfin voilà, physiquement je ne ressemblerai plus à ce que je ressemblais avant. Et, et c'est plutôt ce deuil physique, en fait, de, de, qui, qui était plus présent, voilà* » (P1, l. 235-241).

P4 mentionne le fait que des changements corporels surviennent déjà durant la grossesse, mais que durant le post-partum c'est encore plus difficile à accepter car le corps n'est plus habité par le bébé : « *Ben c'est vrai que les premiers temps, c'est assez difficile de se voir changer. Alors bien sûr qu'on grossit aussi pendant la grossesse, etc. Mais là, ben il n'y a plus l'enfant, le ventre n'est plus beau tendu, beau rond* » (P4, l. 305-307). P4 mentionne la difficulté de voir son corps changer et également la peur de ne pas retrouver son corps d'avant-grossesse : « *Parce que au début, je me disais « mais comment, comment je vais faire pour redevenir comme j'étais avant ? Ça va être hyper long, hyper dur* » (P4, l. 309-311).

P4 relève le fait que l'évolution du corps post-partum est très longue, mais qu'elle accepte son corps plus facilement au fil du temps : « *Par exemple, j'ai, j'ai eu des vergetures sur le ventre, ben je me dis que c'est les dessins que mon fils m'a fait pendant qu'il était dans mon ventre. Et je pense que de plus en plus je l'accepte* » (P4, l. 317-321). Elle relève également la difficulté de se confronter au regard des autres, ainsi que la comparaison avec autrui : « *Et du coup, c'est pas facile de se mettre non plus en maillot de bain, alors qu'il y a plein de filles qui sont rondes et qui sont très belles et tout ça, voilà. Mais comme on ne s'est*

jamais connu comme ça soi-même, je me disais « mais j'ai l'impression d'être la seule grosse sur la plage. » » (P4, l. 324-327). Bien qu'elle accepte son corps de mieux en mieux, son rapport au corps est parfois encore difficile actuellement : « C'est vrai que ça n'a pas toujours été facile, et même encore maintenant, il y a des jours où je me dis encore « ben voilà, je suis grosse, ça ne veut pas partir. » » (P4, l. 333-334).

Les changements corporels dus à l'accouchement peuvent donc être difficiles à accepter, et le rapport au corps difficile peut durer de nombreux mois.

Points clés

- Durant les premiers mois avec le bébé, l'accompagnement s'est révélé être un élément important dans le vécu des participantes :
 - Le soutien et la disponibilité de la part de professionnel·le·s ont été très aidants et rassurants mais ont manqué pour certaines participantes qui ont ressenti un manque de repères et de la solitude face à leurs difficultés.
 - Le soutien de la part des proches a été mitigé : certaines participantes n'ont pas pu voir leurs proches en raison des restrictions sanitaires en lien avec le COVID-19, une participante a reçu de l'aide qui a été la bienvenue, et d'autres n'ont pas souhaité recevoir de soutien de leurs proches, dans le but de se préserver.
 - Le partage des tâches avec les partenaires s'est révélé être un élément très facilitant. Le fait de tirer le lait ou d'utiliser du lait en poudre a favorisé la répartition des tâches entre les partenaires.
- La corporéité a pris une place importante dans la période post-partum. Les participantes ont vécu une convalescence physique suite à l'accouchement, avec diverses gênes physiques et de l'épuisement, impactant plus ou moins leur quotidien. Elles ont également vécu des chamboulements relatifs à leur rapport à leur corps, dont l'apparence s'est modifiée suite à l'accouchement. L'adaptation et l'acceptation de leur corps ont été difficiles pour plusieurs participantes. La crainte de ne pas récupérer, tant au niveau de la condition physique qu'au niveau esthétique, ainsi que la difficulté de s'occuper de leur bébé dans ce contexte ont été relevées.

5. Relation avec le bébé

5.1 Premiers instants

Cette catégorie aborde les premières impressions et les ressentis des mères lors de la rencontre avec leur bébé.

En réponse à la question leur demandant comment se sont passés les premiers moments une fois leur bébé né, un sentiment de sérénité a été ressenti par plusieurs participantes, qui témoignent d'un sentiment d'apaisement. P1 s'est sentie bien et apaisée : « *Euh... Assez, assez bien. Apaisée, je dirais* » (P1, l. 224). P2 a ressenti du calme et une sérénité : « *C'était un moment hyper calme. Je ne sais pas comment, moi j'ai un souvenir vraiment juste de silence et de, ouais vraiment un peu une bulle de sérénité et de zénitude, quoi. Moi je ne ressentais aucune douleur. J'étais juste, enfin, [prénom de son fils] pleurait pas, il était, il avait l'air hyper calme, hyper serein aussi. Et puis, j'avoue que j'étais aussi épuisée, enfin. J'avais l'impression de ne plus pouvoir vraiment me mouvoir tellement j'étais vidée un peu de mon énergie. Et puis, ça participait aussi un peu à ce sentiment justement de super calme. Vraiment un peu comme le calme après la tempête* » (P2, l. 392-400). P5 a ressenti du soulagement : « *Moi j'ai eu un mouvement de libérée délivrée, style la Reine des Neiges. Mais vraiment. Je me suis dit « ok, nickel, elle est dehors »* (P5, l. 281-282), « *Ouf ! Tip top, c'est bon.* » » (P5, l. 284). Les témoignages ci-dessus illustrent la transition marquée entre l'énergie que les participantes devaient fournir lors de l'accouchement, puis soudainement le changement radical d'état d'esprit et d'énergie lors de la fin de celui-ci, marqué par la rencontre avec le bébé. P2 explique s'être sentie à la fois épuisée suite à l'accouchement, et comblée de pouvoir rencontrer son bébé : « *Et, mais à ce moment-là moi je, en fait, quand il est né, puis quand ils l'ont mis sur moi, j'étais vraiment un peu... Je pense que c'est tous ces shoots d'hormones en plus, en un si court laps de temps. J'avais l'impression d'être sur une autre planète. Je n'arrivais plus à articuler, plus à parler. J'étais épuisée. Et puis, en même temps hyper, ben ouais, comblée et pleine d'amour et de bonheur de rencontrer ce petit être* » (P2, l. 147-153). Lors des premiers instants avec le bébé il y a donc à la fois le premier contact avec le bébé, mais également à titre individuel pour les mères, le soulagement et le sentiment d'accomplissement de la fin de l'accouchement.

Concernant la rencontre avec le bébé, les participantes ont fait part de ressentis différents. P4 a ressenti immédiatement des sentiments très forts envers son bébé : « *Magnifique. C'était la plus belle chose que j'ai pu vivre, je pense de ma vie. [...] ça a tout de suite été « je suis folle amoureuse de lui ». C'est, voilà, c'est toute ma vie. Je donnerais tout pour mon bébé. Et voilà* » (P4, l. 233, 235-237). P2 et P3 ont décrit avoir ressenti un sentiment étrange et difficile à expliquer lors de la rencontre avec leur bébé. P2 trouvait difficile de se rendre compte et réaliser que le bébé qu'elle avait devant elle était le même qu'elle avait dans son ventre durant sa grossesse, car visuellement elle ne le reconnaissait pas : « *Ben, j'avoue que sur le moment, j'ai trouvé ça hyper bizarre parce que j'avais de la peine à réaliser, en fait que ce petit être qui était là, c'était celui qui était dans mon ventre, en fait. Il y a un, il y a un truc hyper bizarre avec, je ne sais pas, c'est, c'est pas super évident je trouve. Ben là de nouveau on est, on est peut-être déjà de nouveau dans un truc un peu plus intellectualisé, mais c'est pas évident je trouve de se dire « ah ben bien sûr, je te reconnais, c'est toi qui étais dans mon ventre. »* » (P2, l. 350-356). Pour P3, son bébé faisait à la fois partie d'elle, tout en lui étant visuellement étranger : « *Alors, t'as ces premiers moments, ces premières heures où peut-être, ça te fait un peu bizarre parce que c'est comme un petit étranger. Mais dans un sens, tu sais, il fait partie de toi* » (P3, l. 535-537). Le fait de mettre en lien les ressentis qu'elles ont éprouvés durant leur grossesse avec l'apparence de leur bébé a suscité chez elles un sentiment déstabilisant. « *Il y a un peu ce truc de se dire « mais c'est toi donc qui, qui donnait des coups comme ça, ou qui m'empêchait de dormir, ou... », enfin. C'est une rencontre qui est super bizarre je trouve, et hyper belle, mais, mais, mais ouais, un peu...* » (P2, l. 356-359). « *Mais c'est, ouais, c'est super bizarre ce sentiment* » (P2, l. 373). P3 avait l'impression de connaître son bébé durant sa grossesse, et la rencontre avec lui lors de la naissance lui a fait faire connaissance avec lui une nouvelle fois, visuellement, ce qui était totalement nouveau : « *Tu dois vraiment, c'est intéressant parce que le ventre, en fait, tu sais, tu ressens le bébé, tu, il bouge, tu as l'impression, tu vois, de le connaître. Et quand il sort, comme ça, déjà, ben « ah, il est comme ça, c'est chou ». Et tu dois vraiment refaire connaissance, en fait, en quelque sorte* » (P3, l. 380-384). « *C'est... Donc il y a vraiment une reconnai-, une connai-, une, ouais, refaire connaissance* » (P3, l. 392-393). « *Mais visuellement c'est (grimace), c'est nouveau* » (P3, l. 571). Durant sa grossesse, P2 se demandait à quoi ressemblerait son bébé, sans pour autant s'être imaginée une apparence spécifique, et explique qu'elle n'aurait pas pu s'attendre à lui : « *Parce qu'en plus, on passe neuf mois un peu à se poser la question de ce à quoi il va ressembler. Puis finalement, on ne peut de toute façon pas imaginer ce à quoi il va ressembler et donc il est là et je me dis « ah*

ouais », alors, ce n'est pas du tout qu'il ne ressemblait pas à ce que j'imaginai, mais c'est plutôt, ben, enfin, « bienvenue, je... ». Presque un peu, « je ne m'attendais pas, je ne pouvais pas m'attendre à, à toi. Mais je suis hyper heureuse que tu ressembles à ça », quoi. Je ne sais pas comment dire » (P2, l. 365-371). Pour ces deux participantes, la rencontre avec leur bébé a été marquée par la découverte visuelle de leur bébé, ce qui a suscité chez elles un sentiment étrange lors de la mise en lien entre ce qu'elles s'étaient imaginé et ce qu'elles avaient ressenti durant la grossesse, et l'apparence inconnue de leur bébé. Pour elles, la naissance a donc été une redécouverte de leur bébé. P2 a d'ailleurs passé les premières heures et la première nuit à découvrir chaque trait du visage de son bébé, qui lui était totalement inconnu jusqu'à la naissance : « Et puis, ouais, le découvrir. Chaque trait de son visage, que je ne connaissais pas, finalement, avant » (P2, l. 433-434). « Je n'ai pas dormi du tout parce que je le regardais, enfin, il, [prénom de son fils] était à côté de moi puis je regardais et je me disais « c'est moi qui ai fait ça », puis je le regardais dormir et je me disais « il est tellement serein, enfin ». C'était, ouais, c'était... Je n'avais pas envie, j'étais épuisée, mais je n'avais pas envie de dormir, parce que, parce que j'étais trop contente de pouvoir juste le regarder » (P2, l. 428-433). La première impression de P5 a également été relative à l'apparence de son bébé, qu'elle a trouvé laid : « Ma fille elle était moche. Elle était toute rouge, elle était toute comme ça « argg » [mime un visage fripé], machin. On a, voilà. Après, c'est ta fille, donc « ok » » (P5, l. 260-262).

La thématique de l'allaitement a été abordée spontanément par presque toutes les participantes, ce qui semble, de fait, un élément important pour elles lors des premiers instants avec leur bébé. Deux participantes ont précisé que leur bébé a réussi à téter immédiatement et que la mise en place de l'allaitement a été facile : « [...] tout de suite quand il est né, ils me l'ont posé dessus, il a réussi à téter et il a tout de suite très bien tété » (P1, l. 245-246), « Par contre, pour moi, ça a été super naturel, ils m'ont directement, ils m'ont directement proposé de le mettre au sein, ça s'est fait tout seul. C'était, c'était facile et c'était tout bien » (P2, l. 373-375). P4 mentionne à l'inverse avoir eu quelques difficultés lors de la mise en place de l'allaitement les premiers jours : « Alors au début, c'est vrai que c'était assez difficile à la maison parce qu'il ne prenait pas vraiment bien bien le sein. Enfin, il le prenait, mais c'était assez difficile de trouver notre position et tout, du moment où, je pense de trois jours, où on a vraiment trouvé cette position qui nous convenait aux deux, etc. » (P4, l. 167-170). P5 qui ne savait pas encore si elle souhaitait allaiter ou pas, a fait une tétée de bienvenue, mais a ressenti beaucoup de stress et de malaise en raison de questions précises de

la part du personnel soignant : « *Donc ils me l'ont mise au sein. Elle a tété, ok, puis à un certain moment elle a lâché mon téton donc on l'a tournée, on l'a mise à l'autre côté, elle n'a pas tété et tout. Puis il y a, je ne sais pas si c'était une infirmière ou si c'était un docteur, je ne sais plus. Il y a quelqu'un qui est arrivé et qui m'a demandé « alors comment ? Elle a tété combien ? », et tout. Puis moi, je dis « mais moi j'en sais rien combien elle a tété, je pense 5 minutes ou peut-être un quart d'heure, j'en sais rien. » » (P5, l. 370-376). A ce moment-là, P5 se sentait encore sous l'effet de la médication et ne s'est pas sentie à l'aise dans cette situation : « *J'étais un peu shootée, parce que bien sûr, avec tous les médicaments qu'ils te donnent. Puis il me dit « mais madame, c'est important, il faut que vous fassiez attention », mais tout en douceur, mais vraiment » (P5, l. 376-378). Après quelques essais, P5 ne se sentait pas à l'aise et a finalement décidé de ne pas allaiter : « *Alors, la quatrième fois qu'on essaie, il faut vraiment que... Et moi je regarde mon mari et je dis « ohhh... mais moi je ne veux pas faire ça en fait, non non non non non ». J'ai dit « non non non non non, écoute, moi je le sens pas ». Parce que je n'avais pas conscience, je me dis « oh mon Dieu, je dois... ». Ça me semblait tellement un truc bizarre, en fait, tellement vague. Combien de temps, est-ce qu'elle mange, elle ne mange pas, elle tire elle tire pas : mais moi je, on n'en sait rien. Personne ne m'avait préparée à ça. Ils m'ont dit « oui, oui, tu vas faire la tétée de bienvenue, puis tu vas voir ». [...] Et puis, en fait, je me suis dit « non, je ne vais pas allaiter. » » (P5, l. 380-387, 394). A travers son témoignage, on peut supposer que le contexte dans lequel elle était, la pression qu'elle a ressentie par rapport à ça et le sentiment de manque de préparation ont contribué au sentiment de malaise qu'elle a ressenti lors de son expérience d'allaitement. Elle a donc suivi ses ressentis et n'a pas poursuivi.***

Le sujet des nuits a également été abordé spontanément par deux participantes. Pour P1 et P4 les nuits se sont bien passées, leur bébé avait un bon sommeil : « *Ouais, non, c'était assez serein. Il a fait ses nuits rapidement » (P1, l. 341-342), « C'était, en plus il, ouais, il dormait, il mangeait » (P4, l. 234).*

5.2 Ajustements

Dans leur relation avec leur bébé, les participantes ont décrit le fait d'avoir vécu une période d'ajustement lors des premières semaines et des premiers mois avec leur bébé.

5.2.1 Apprendre à s'occuper du bébé

Durant cette période d'ajustement, les participantes se sont familiarisées avec leur bébé et la manière d'en prendre soin. Cette phase a été, pour la majorité des participantes, accompagnée de questionnements, d'inquiétudes et de doutes. Pour deux participantes, P3 et P5, cette période a été difficile. Les trois autres, P1, P2 et P4, bien qu'ayant tout de même rencontré des difficultés, considèrent cette période comme s'étant bien passée.

P1 a bien vécu cette période. Elle précise qu'avec son conjoint ils avaient préparé un certain nombre de choses en amont, ce qui a contribué à faciliter cette période : « *On avait bien tout préparé l'appartement avant qu'il arrive, tout était prêt, donc ça, c'était pas non plus un souci* » (P1, l. 329-330).

P4 a pris les choses au fur et à mesure et cette période s'est bien passée pour elle : « *Et puis, ouais, comme je vous l'ai dit avant, ça s'est fait vraiment naturellement et on prenait les choses au fur et à mesure qu'elles venaient* » (P4, l. 288-289). Pour elle, être maman et interagir avec son bébé était facile et s'est fait « *naturellement* » (P4, l. 289). Elle précise que son métier a pu contribuer à faciliter cette phase : « *Parce que, finalement avec lui, le bébé, d'être maman, ces nouvelles choses et tout, ça a été hyper facile. Après, peut-être aussi de par mon métier, je travaille en crèche, donc je connais, enfin voilà, je connais les enfants, etc.* » (P4, l. 201-204). Elle a tout de même ressenti par moments de l'inquiétude, des doutes et des questionnements, en lien avec ses capacités et la manière dont elle pourra faire face aux situations : « *Mais il y a quand même des fois où j'étais là, je me questionnais et je me disais « mais comment on va faire ? Est-ce que je vais gérer ? Est-ce que ça va aller ? », et puis finalement, ça allait très bien* » (P4, l. 290-292).

P3 aborde la transition lors de la naissance. Durant la grossesse, elle n'avait rien besoin de faire pour subvenir aux besoins de son bébé, puis du jour au lendemain, le bébé requiert des soins et de l'attention : « *Ben c'est dur, c'est dur parce que... En fait, ce qui est difficile, alors déjà parce que mentalement t'avais, t'avais un bébé, ben tu mangeais, il était nourri (rires). Il n'y a pas besoin de le changer, tout ce... Et du jour au lendemain t'as un petit être à côté de toi, en face de toi* » (P3, l. 377-380).

Par ailleurs, P3 et P4 abordent le fait d'avoir dû apprendre à s'occuper de leur bébé, car au début elles n'avaient pas de repères et ne savaient pas comment s'y prendre. Pour P3, le manque de repères et l'inconnu ont été des éléments difficiles durant les premiers temps avec son bébé. Elle explique avoir ressenti une ambivalence entre la joie de la découverte de son bébé et la situation angoissante de par son caractère inconnu : « *C'est hyper chou et en même temps ça fout un peu les jetouilles, parce que, ça fait un peu peur parce que tu, tu ne sais pas du tout... Tu vois, comme c'est ton premier enfant, surtout, je pense qu'après ben on sait, on est rodé. Mais on sait, on ne sait pas quand ils mangent, on ne sait pas quand ils dorment, on ne sait pas ce qu'il faut faire. Et... Alors, heureusement, il y a les sages-femmes qui viennent et tout. Mais tu ne sais même pas comment le prendre, tu vois* » (P3, l. 384-390). P4 a également ressenti de l'inquiétude, par manque de repères : « *Alors oui, on se posait des questions, parce que, ben voilà, on a un tout petit bébé. On ne sait pas, voilà, il fait du bruit quand il dort, enfin. On s'inquiète vite pour quelque chose* » (P4, l. 173-176). Il y a donc une période d'adaptation pour se familiariser avec le nouveau-né et apprendre à s'en occuper.

P2 et P3 abordent la fatigue, comme difficulté ressentie. « *Je pense qu'il y a eu depuis le début des hauts et des bas et puis qu'il y a forcément des moments où on doute un peu, à cause de la fatigue ou... ouais. Il y a forcément des périodes où ça se passe mieux que d'autres, mais je pense que, ouais, dans l'ensemble, dans l'ensemble ça se passe plutôt hyper bien [...]* » (P2, l. 520-523). P3 aborde le fait qu'elle avait beaucoup de choses à faire et peu de repos, ce qui n'a pas été évident pour elle durant cette période : « *Quand je suis rentrée euh... Ben moi j'avais toujours beaucoup de boulot parce que je devais toujours lui donner à manger toutes les trois heures* » (P3, l. 454-455). La plus grande difficulté de P3 a été le manque de sommeil et la fatigue. Durant les premiers temps, elle avait un fonctionnement de survie et n'a pas eu le temps et l'énergie de réellement réaliser ce qui lui arrivait : « *Et puis de, tu sais, quand il faut faire, t'as pas le choix : tu fais. C'est l'adrénaline, je pense. Donc du coup, tu fais. Donc je dirais que le moment où tu prends conscience vraiment que ton bébé il est là, tout ça, ça se fait plus tard* » (P3, l. 415-418). Ainsi, l'épuisement ne lui a pas permis d'avoir la disposition d'esprit pour se rendre compte de ce qui lui arrivait et réaliser la présence de son bébé tout de suite. A travers les témoignages de P2 et P3, on voit que durant cette période d'ajustement il y a à la fois ce qui a trait à la gestion du bébé, et la gestion de leurs propres défis personnels, en l'occurrence la fatigue.

La santé des bébés a été abordée par P1 et P3. Le bébé de P1 a toujours été en bonne santé, ce qui est non négligeable pour elle car cela facilite les choses : « *Et lui était en bonne santé, je pense que c'est ça aussi. Il y a des bébés qui sont difficiles. Ma cousine en a eu un qui avait des reflux, qui, qui ne prenait pas beaucoup de poids, du coup, qui pleurait beaucoup parce qu'il souffrait. Ça, c'est vrai que ça aurait changé beaucoup de choses* » (P1, l. 396-399). P3 aborde également le sujet de la santé en disant que dès qu'il y a un souci de santé chez son bébé, cela engendre immédiatement de l'inquiétude chez elle : « *D'être parent euh... C'est difficile. Ça peut vite, en fait ça peut vite être le calvaire, quand même. Si t'as un enfant qui, tu vois, qui est malade, qui aurait une pathologie. Nous, tout à coup on a fait des tests. Tu sais, ils te font ces tests de maladies rares. Tout d'un coup, il y en a un qui a testé un peu positif, la mucoviscidose. On a dû aller re-tester derrière, donc, faut refaire venir la sage-femme. Heureusement, c'est elle qui venait pour faire la prise de sang. C'est toutes des inquiétudes, tu vois, que, c'est pas facile d'être parent. Après, quand la routine est installée, ça va mieux. Mais au début c'est, il faut vraiment, il faut les dorloter ces parents. Franchement, ouais. C'est difficile* » (P3, l. 466-475). P1 aborde également la chance : « *On a, il y a aussi une part de chance (rires). Il faut reconnaître* » (P1, l. 409).

5.2.2 Mise en place d'une routine organisationnelle

Cette sous-catégorie aborde la gestion organisationnelle du quotidien avec le bébé.

P3 et P5 abordent le fait de trouver une routine, qui permet de sortir de cette période d'ajustement. Pour P3, cette période d'ajustement a duré trois mois. Après trois mois, elle a pu s'habituer à dormir moins et a pu établir une routine, ce qui a facilité son quotidien : « *Et puis, donc j'ai pu me, quand j'ai pu me reposer euh... Bah, en fait, c'est quand elle a commencé à... Je ne sais pas (rires). Maintenant ? (Rires) Après une année. Non, je pense... Alors, je pense qu'à trois mois, tu trouves une routine et les choses se posent un peu. A trois mois. Les trois premiers mois sont durs (rires)* » (P3, l. 455-459), « *Trois mois souvent, c'est le temps de s'adapter à dormir peu (rires). Trois mois* » (P3, l. 461-462). Le fait d'instaurer une routine a beaucoup facilité le début de la parentalité de P5. Elle a trouvé un système organisationnel qui fonctionne très bien pour elle et l'aide au quotidien. Il s'agit de faire des listes et des tableaux, notamment concernant les quantités de lait que son bébé consomme. Ayant besoin de contrôle, ce système lui permet de vivre son quotidien sereinement, car cela lui donne un cadre rassurant : « *La deuxième chose, moi suis maniaque du contrôle, j'avais*

un magnifique file Excel imprimé sur le frigo et je cochais les cases. Donc je savais exactement combien elle buvait, combien elle ne buvait pas. [...] Je l'ai super bien vécu. D'ailleurs, si j'avais un autre enfant, je ferais exactement la même chose. C'était magnifique » (P5, l. 401-404, 406-408). Par ailleurs, pour elle le fait d'instaurer une routine organisationnelle a eu des effets allant au-delà de l'organisation du quotidien. Le fait d'instaurer une routine a contribué au développement du lien entre elle et son bébé, et a également facilité son adaptation à son nouveau rôle de mère. Pour elle, trouver une routine a contribué au lien de confiance entre elle et son bébé, et a permis au bébé de s'adapter au rythme de P5 et de son mari: *« Je pense que ça, ça a aussi aidé au fait qu'elle, elle prenne confiance en nous, en moi, et qu'elle prenne son rythme un peu plus calé sur nous aussi »* (P5, l. 424-425). Ayant des difficultés à réaliser le fait d'être mère et d'avoir sa fille, la routine l'a beaucoup aidée et rassurée : *« Et puis, pour moi, maman qui n'avait pas compris que j'étais maman, c'était hyper rassurant, parce qu'on suivait une routine. »* (P5, l. 408-410), *« Et quand on n'a pas compris, donc quand on est comme dans mon cas par exemple, qu'on n'a pas tout compris, je trouve que c'est absolument extraordinaire de pouvoir trouver un rythme »* (P5, l. 413-415). Ainsi, instaurer une routine a été un élément facilitant sur plusieurs aspects, tant organisationnels qu'identitaires et relationnels.

Pour P2, trouver une routine et ajuster son organisation a été difficile et a demandé de nombreuses réflexions. Elle mentionne le manque de temps, qui rend difficile l'organisation du quotidien : *« Après, du point de vue de l'organisation je trouve ça assez difficile, parce que j'ai l'impression que, en fait, on court sans cesse. J'ai l'impression qu'il faut réfléchir à la moindre seconde de la journée [...] »* (P2, l. 527-529). D'un point de vue organisationnel, tout est devenu plus complexe pour elle avec l'arrivée de son bébé : *« Mais c'est vrai que du coup, ben tout est logistiquement un peu plus compliqué qu'avant, quoi. Faire un repas, ben il est forcément avec moi et donc, ça complique un peu les choses, ou, enfin, voilà »* (P2, l. 540-543). Son bébé étant le deuxième enfant à la maison, pour elle l'organisation demande beaucoup de réflexion et est complexe pour que tout fonctionne : *« Rien que ce matin, c'était moi qui, qui amenais, qui les amenais à l'école et ensuite (prénom de son fils) chez mes parents pour se faire garder. Et rien que ça, j'ai l'impression que c'est, qu'il faut une organisation de dingue juste pour avoir habillé tout le monde et fait déjeuner tout le monde à temps »* (P2, l. 552-556). Avant d'avoir son enfant, elle n'imaginait pas que cela aurait un impact aussi grand sur la gestion du quotidien : *« J'ai l'impression que, j'avais, j'avais pas l'impression que ça allait au quotidien avoir un si lourd impact »* (P2, l. 565-566). Encore

actuellement, elle n'a pas l'impression d'avoir trouvé une routine : « *Je n'ai pas du tout encore pris mes marques dans ce rythme de, un peu de quotidien de famille, quoi* » (P2, l. 558-559). Ainsi pour elle il a été difficile de prendre ses marques et de trouver une routine organisationnelle, cela prend du temps.

P1 a une expérience différente. Elle n'a pas vécu de rupture organisationnelle une fois son bébé né, pour elle il s'agissait d'une continuité. Dans sa manière de concevoir et de mettre en pratique les choses, elle et son conjoint n'ont pas changé réellement leurs activités depuis la naissance de leur enfant. P1 considère que c'est au bébé de s'adapter au mode de vie qu'elle a avec son conjoint, et que ce n'est pas à eux de réorganiser tout leur fonctionnement en fonction de leur bébé : « *En fait, pour lui, c'est lui qui s'intègre à notre vie et ce n'est pas nous qui devons tout refaire notre vie autour de lui. Et on est bien, lui est bien, voilà. C'était un peu notre philosophie dès le début et on l'a gardée* » (P1, l. 382-385). Cette manière de voir les choses a bien fonctionné pour eux, et de part l'absence de rupture organisationnelle dans son quotidien (davantage décrite dans la catégorie *conciliation entre les différentes identités et sphères de vie : soi-travail-mère*, section 3.3), P1 n'a pas eu besoin d'élaborer d'importants changements pour mettre en place une routine organisationnelle, cela s'est fait facilement.

5.3 Sentiment d'attachement

Cette catégorie aborde le sentiment d'attachement des mères envers leur bébé.

Ce thème s'est retrouvé dans les discours de toutes les participantes, d'où la création de cette catégorie. Toutefois, il est relativement peu détaillé par les participantes, car pour la majorité cela s'est fait sans avoir à y penser, de ce fait elles n'ont pas beaucoup développé leurs propos. La plupart des participantes ont ressenti un sentiment d'attachement envers leur bébé, sans le conscientiser : « *Moi j'ai l'impression que ça s'est fait hyper naturellement et que, à aucun moment je me suis posé la question de savoir si ça se passait bien ou pas, ou de savoir s'il pouvait m'aimer ou pas, ou si je pouvais l'aimer moi, enfin...* » (P2, l. 510-512), « *Ça s'est fait* » (P2, l. 514). P4 décrit avoir ressenti très rapidement des sentiments forts pour son bébé : « *[...] ça a tout de suite été « je suis folle amoureuse de lui ». C'est, voilà, c'est toute ma vie. Je donnerais tout pour mon bébé. Et voilà* » (P4, l. 235-237). P3 mentionne

avoir ressenti « *l'instinct maternel* » (P3, l. 414-415). Pour P1, l'attachement s'est fait progressivement mais rapidement. Elle a ressenti une acceptation réciproque de son bébé envers elle et d'elle envers son bébé : « *J'ai l'impression que l'attachement est venu aussi, ben, naturellement, progressivement, mais vite et, et que lui nous a aussi accepté aussi bien qu'on l'a accepté* » (P1, l. 339-341), « *Je l'ai bien vécu et on s'est bien attachés l'un à l'autre* » (P1, l. 434). Le sentiment d'attachement est donc survenu rapidement et s'est installé facilement chez ces participantes.

A la naissance, même si visuellement elle ne le reconnaissait pas, P3 a tout de suite ressenti que c'était son enfant : « *Oui oui : c'est ton enfant. C'est comme ça. Ouais ouais* » (P3, l. 558). Elle mentionne également l'odeur de son bébé qui pour elle est signe d'appartenance : « *Après, le, l'odeur, tout ça, c'est... L'odeur, moi, j'ai trouvé, c'était vraiment : c'est ton enfant. C'est marrant. Tu sais, quand tu le sens comme ça, c'est, t'adores le sentir* » (P3, l. 564-566). Elle adore sentir l'odeur de son bébé, qui a une odeur particulière et unique : « *Après, tu sens, c'est pas une odeur qui est forcément, tu te dis « ah, j'adore comme une fleur » où tu dis « ah ça sent bon ». C'est (rires) c'est une odeur d'une peau. Je sais pas, un petit peu de, peut-être de liquide amniotique, des trucs comme ça. Mais c'est, c'est rigolo* » (P3, l. 566-569).

Quand son bébé est présent, P2 a envie de lui accorder tout son temps, elle ressent une forte envie de passer du temps avec lui : « *Quand il est là, c'est vrai que moi j'ai, mais aussi, c'est peut-être aussi moi. J'ai vachement de difficulté, quand il est avec moi, à ne pas lui accorder tout mon temps et du coup, mais aussi parce que j'en ai envie, j'adore être avec lui et puis voilà, j'ai pas envie juste de le poser, puis d'aller faire autre chose, enfin, ça ne m'intéresse pas* » (P2, l. 536-540).

P5 a eu une expérience différente. Pour elle, l'attachement s'est construit sous forme d'apprentissage, progressivement. Elle n'a pas ressenti quelque chose immédiatement pour son bébé, cela est venu plus tard : « *Moi, j'ai des copines qui m'ont décrit le truc ultime « ah non, mais quand ils te la mettent sur toi, tu as la flamme », j'ai pas eu de flamme (rires). Ou je l'ai ratée et j'ai pas compris, parce que je suis un peu blonde sur les bords, mais moi j'ai pas eu de flamme. Et quand je suis arrivée à la maison, je n'ai pas eu de flamme non plus. Je me rappelle qu'on l'a posée dans son cosy au milieu du salon, on se regardait avec [prénom de son mari], on a dit « et merde », on va devoir la garder les prochains 20 ans ici (rires) »*

(P5, l. 490-496). Le sentiment d'appartenance est également venu plus tard chez P5, qui a réellement réalisé que le bébé en face d'elle était le sien après un mois environ. Son attachement s'est développé progressivement avec le temps.

5.4 Créer le lien

Cette catégorie aborde la manière dont le lien s'est créé entre la mère et l'enfant, ainsi que les éléments qui ont contribué au développement de ce lien.

Le discours des participantes montre pour la plupart un sentiment d'évolution au fil du temps, c'est-à-dire que le lien entre elles et leur bébé devient plus fort graduellement : « *Progressivement. Ça grandit, avec le temps.* » (P3, l. 554), « *Ça a été vraiment petit à petit. Chaque jour on gagnait une petite chose* » (P5, l. 471). Deux participantes mentionnent l'aspect mutuel de la progression de ce lien : « *Donc, je dirais que le lien, il grandit. Donc, il y a vraiment une progression et tu vois aussi, pour l'enfant, par rapport à toi. Il y a un lien qui se crée, aussi* » (P3, l. 550-552). Pour P5, il s'agit d'ailleurs d'un apprentissage, d'elle envers son bébé mais également de son bébé envers elle : « *Mais je dirais que c'est un apprentissage du jour le jour, de l'enfant vers la maman et de la femme vers l'enfant. Qui lui permet de devenir maman* » (P5, l. 478-482).

Les participantes perçoivent une progression du lien en fonction de l'évolution du développement du bébé. Durant les premiers temps, la majorité des participantes ont eu peu de sentiment de réciprocité dans le lien qu'elles avaient avec leur bébé. P3 explique qu'elle a aimé son bébé immédiatement, mais que durant les premiers temps elle avait l'impression que son bébé n'avait pas de lien avec elle, outre son besoin vital de se nourrir : « *Je dirais pas qu'il a le lien avec toi. C'est surtout qu'il a envie de manger* » (P3, l. 539-540), « *Après, ce n'est pas le lien où je viens vers toi parce que je t'aime, comme ça. Donc ce lien-là, enfin, nous on l'aime direct : c'est notre bébé, de toute façon on a le, c'est notre bébé quoi* » (P3, l. 543-545). Ainsi, l'allaitement a été l'élément interactionnel principal entre elle et son bébé durant les premiers mois. P4 a aussi ressenti le fait d'avoir peu d'interactions avec son bébé initialement. Elle explique d'ailleurs s'être un peu ennuyée durant les premiers temps, en raison d'une faible interaction : « *C'est vrai que, alors les premiers mois, j'avais quand même finalement l'impression de m'ennuyer un peu. Dans le sens où, enfin voilà, le ou le bébé il est*

là. *On ne fait pas, c'est pas qu'on ne fait pas grand-chose avec, mais voilà, on lui donne à manger, il dort beaucoup. Et puis, il n'y a pas encore cette attention conjointe ou ce, cette interaction avec l'enfant* » (P4, l. 246-253). Dans un premier temps, les interactions sont donc limitées et sont centrées sur le besoin primaire du bébé de s'alimenter.

Cette situation évolue au fil du temps avec le développement du bébé. Plus il se développe, plus l'interaction est possible. P4 explique que chaque jour elle a eu l'impression de l'aimer davantage, au fur et à mesure de son développement et de ses nouvelles facultés, qui rendaient l'échange de plus en plus intéressant : *« Chaque jour j'ai l'impression de l'aimer encore plus, de... Il se développe encore plus, on voit encore plein de choses, enfin. De plus en plus intéressant aussi »* (P4, l. 267-269). A partir des troisième et quatrième mois, avec l'apparition des sourires et des babilllements, P4 a eu l'impression de rencontrer son bébé encore davantage et de développer un lien plus fort et intense avec lui : *« Et je pense que ça a commencé vraiment à, les 3-4 mois où il a commencé un peu à faire des sourires, babiller et tout. Où là c'est comme si, ouais, c'est vrai, finalement c'est comme si on se rencontrait une nouvelle fois, encore plus. C'est beaucoup plus, encore plus fusionnel »* (P4, l. 253-258).

Un élément qui découle du développement du bébé et du développement de l'interaction est le fait d'apprendre à connaître le bébé. Avec le temps, les mères apprennent comment leur bébé fonctionne. Pour P3, le fait d'apprendre à connaître son bébé lui a permis de développer un lien plus fort, que l'on pourrait qualifier de plus intime et complice, où elle a également pu retrouver certaines sensations qu'elle avait éprouvées durant sa grossesse : *« Mais le lien quand même de... Tu sais un petit peu cette fusion avec l'enfant, ce lien plus fusionnel que tu retrouves un peu comme quand il était dans le ventre, c'est en le connaissant, en faisant connaissance après, je trouve. Parce que tu commences tu sais, à connaître son rythme, à... »* (P3, l. 545-549).

Un autre élément qui a permis de développer le lien mère-enfant est le fait de se reconnaître et de se ressembler. Pour P3, le fait de voir certaines gestuelles chez son bébé qui lui faisait penser à elle a contribué à développer leur relation : *« Il commence peut-être à avoir des petites gestuelles, qui te font penser peut-être à toi, ou des choses comme ça »* (P3, l. 549-550). Pour P5 également, des ressemblances physiques lui ont permis de se sentir en lien avec son bébé, et d'une certaine manière de s'y identifier au sein d'une même famille.

Certaines ressemblances physiques lui ont également rappelé d'autres membres de sa famille : « *Et puis moi, j'ai les yeux verts, elle elle a les yeux bleus, parce que c'est les yeux à ma grand-maman, donc il y a aussi ces toutes petites choses, qui me rappellent mon passé, qui me rappellent aussi mon futur, son futur à elle* » (P5, l. 475-478). Le fait de se reconnaître mutuellement contribue à favoriser le développement du lien, car il renforce l'interaction : « *Puis maintenant, elle se reconnaît dans un miroir, donc quand on passe devant le miroir, elle fait des gros sourires, moi je fais des gros sourires* » (P5, l. 473-475).

Au-delà de ces éléments, un certain nombre d'éléments pratiques ont été abordés par les participantes, qui ont contribué à développer leur relation avec leur bébé ou qui, au contraire, qui ont été perçus en tant que frein au développement du lien mère-enfant.

Un premier élément est le temps à disposition. Le conjoint de P2 était très présent car il ne travaillait pas. Pour P2, cela a été important pour la construction de leur famille. Ils ont eu six mois où ils ont pu se consacrer à leurs enfants et à leur famille, ce qui a été très important pour elle. Le temps passé ensemble leur a permis de se rencontrer les uns avec les autres : « *Bon alors, un des éléments qui n'est quand même pas négligeable, c'est que mon conjoint est au chômage depuis juste avant mon accouchement et du coup il est à la maison [...] je pense que c'est, enfin, c'était à la fois d'un point de vue organisationnel mais aussi moralement et, et pour en fait la construction de notre cocon familial, ça a été un sacré plus qu'il soit autant à la maison. Parce que du coup, on a eu vraiment, ben, six mois où je ne travaillais pas et où lui non plus. On avait du temps à consacrer qu'à nos enfants et, et qu'au fait de se, de se rencontrer tous les quatre comme, comme une, une nouvelle famille, en fait. Et du coup, je pense que ça c'est, c'est vraiment pas donné à tout le monde et c'était vraiment, ça a vachement aidé, ouais* » (P2, l. 571-573, 575-582). P3 à l'inverse a ressenti un manque de temps. Etant en situation d'épuisement, la gestion de son quotidien était difficile et elle a eu l'impression de ne pas avoir pu profiter aussi bien des premiers mois avec son bébé qu'elle l'aurait souhaité. Sa situation ne lui a pas permis de prendre réellement du plaisir avec sa fille lors des premiers mois, vivant elle-même trop de difficultés. P3 a l'impression que son épuisement, le manque de temps qui en a découlé, ainsi que le fait que son accouchement ne se soit pas bien passé aient impacté cette période avec son bébé. Pour P3, l'expérience de son accouchement a donc eu des répercussions sur les premiers mois avec son bébé et sur la manière dont elle a pu être en relation avec lui : « *Parce que, si tu veux, moi je m'étais rendu compte aussi à un moment donné. Ben tu vois, j'avais ma belle-maman*

aussi, qui venait beaucoup nous aider. Et puis, elle s'amusait beaucoup avec, parce que elle, elle n'avait pas le travail à faire. Tu vois. Le travail de nourrir, le travail, de s'inquiéter (rires). Parce que quand on est maman (rires). Le travail de... tu vois, toute cette responsabilité qui faisait qu'elle était beaucoup plus, elle prenait déjà du plaisir avec, elle rigolait avec. Puis je me suis dit « ah », et tout d'un coup ça m'a réveillée et je me suis dit « mais j'ai envie de ce lien-là et de prendre du temps », tu vois pour ce lien-là. Et je pense que oui. Oui, oui. Quand t'es bien, quand ça se pass-, quand t'as de l'énergie pour ça, quand t'as du temps pour ça, eh bien tu peux jouer avec, tu peux, ou même passer, je veux dire, deux heures à le regarder comme ça dormir, finalement. Mais je trouve que, je pense que oui, j'aurais créé le lien un peu plus tôt, ce qui va pas, ce qui ne pose aucun problème par rapport à maintenant. Parce que... Mais c'est vrai qu'à un moment donné tu te dis « attends, attends, attends, profite-en aussi ». C'est, voilà. Tu profites pas de cette période, je peux te dire que tu la subis, tu te... Moi je me réjouissais tellement d'être, qu'elle soit une plus grande et puis, c'est vrai. Donc c'est dommage parce que tu zappes un peu, voilà » (P3, l. 579-596).

Les éléments suivant ont été abordé par une seule participante :

Un élément qui contribue au développement du lien mère-bébé est le fait de présenter le bébé à la fratrie et à la famille. Pour P2, il était très important de présenter son bébé à sa famille. Pour elle, le fait de le présenter d'abord à son demi-frère, puis au reste de la famille, a permis de l'inclure au sein de la famille. Cela a contribué à développer son lien avec lui, mais également à développer le lien des autres membres de sa famille avec lui : *« Et puis même, je me réjouissais tellement que, ouais, que, que (prénom de son fils) découvre sa maison, et sa chambre. Et je savais aussi que c'était à ce moment-là que, que les gens allaient pouvoir venir nous voir. Donc je me réjouissais que mes parents le voient, que son, son frère puisse le revoir, enfin. Tout ça c'était, pour moi, revenir à la maison c'était vraiment synonyme de le présenter à tout le monde et puis c'était, ça devenait assez pressant, quoi, comme besoin, je pense »* (P2, l. 493-499).

Pour P5, le développement du lien avec son bébé a été grandement facilité par le portage. Le fait de porter son bébé la rassurait car elle sentait constamment sa respiration, et elle avait l'impression que son bébé était mutuellement rassuré d'entendre la sienne : *« Donc je l'avais presque tout le temps en portage, parce que ça me rassurait de sentir qu'elle respirait. Ça la rassurait de sentir que je respirais. Donc tout le monde était beaucoup plus*

zen » (P5, l. 447-449). Le portage l'a aidé à réaliser la présence de son bébé en tant que personne à part entière, et à prendre conscience qu'il était possible de faire des activités et interagir avec lui : « *Donc je dirais que ça, ça m'a aidé à comprendre qu'elle était là, que je pouvais faire des choses avec elle. Donc que ce n'était pas juste une entité à laisser sur son relax ou son truc, mais qu'elle pouvait venir avec moi* » (P5, l. 451-454). Ainsi, pour P5, le portage a permis à la fois de faire des activités avec son bébé, et à la fois d'avoir davantage de liberté de mouvement car cela lui permettait d'avoir les mains libres. Le fait de pouvoir faire des activités ensemble a été important pour P5 car cela lui a permis de voir ce que son bébé aime et de se connaître : « *Et en fait, « ah, mais elle, elle aime bien sortir, moi j'aime bien sortir ». On commence à se rencontrer. On commence à se connaître. « Ah tiens, elle fait des sourires », « Ah tiens, mais peut-être qu'elle me reconnaît* » (P5, l. 467-469). Le portage a donc été un outil qui lui a permis de développer son lien avec son bébé sur plusieurs aspects : apprendre à se connaître, faire des activités ensemble et découvrir des points en commun.

Ainsi, il y a une progression du lien qu'ont les mères envers leur enfant, facilitée par certains aspects pratiques. Pour P3, au contraire, les difficultés personnelles qu'elle a vécues ont impacté le développement de sa relation avec son bébé durant les premiers mois, car elle se trouvait dans un contexte qui n'a pas été favorable au bon déroulement du lien mère-enfant. Elle a donc eu l'impression que le développement de sa relation a été retardé. P5 résume son expérience, qui illustre bien la progression du lien qu'elle a avec son bébé : « *Donc de « oh mon Dieu, qu'elle est moche ! » à « oh mon Dieu, c'est la mienne, oh merde, il faut que je m'en occupe ! », « ok je commence à m'en occuper, on essaie de se donner un rythme, ça ne va pas trop mal, ah ouais, peut-être qu'elle me reconnaît, ah je peux la prendre en portage ok on essaye. Ah d'accord ! En fait, si je la prends en portage, en fait je peux faire des choses, donc déjà j'ai les mains libres ». On dirait une connerie, mais c'est un truc de fou. Ok j'ai les mains libres, donc je peux faire des trucs, même des trucs pour moi, c'est cool ! Donc, « ah tiens, on peut sortir, ok, on peut voir des gens* » (P5, l. 454-463).

Concernant P1, le développement de son lien avec son bébé s'est fait naturellement. Elle a très peu développé cette thématique. On peut faire l'hypothèse qu'elle n'a pas intellectualisé sa relation avec son bébé, mais plutôt qu'elle a suivi son instinct et ses intuitions de telle sorte qu'elle n'a pas eu besoin d'y prêter attention au niveau réflexif.

Points clés

- Les participantes ont ressenti un grand soulagement lors de la rencontre avec leur bébé, qui marque également la fin de l'accouchement. La rencontre avec le bébé est marquée par la découverte visuelle du nouveau-né, qui jusque là était inconnue. Pour plusieurs participantes, la mise en lien de leurs ressentis durant leur grossesse avec cette apparence inconnue provoque une sensation déstabilisante et une impression de faire connaissance une seconde fois.
- La plupart des participantes ont ressenti un sentiment d'attachement avec leur bébé, qui est apparu rapidement et facilement après la naissance, à l'exception d'une participante pour qui cela s'est fait progressivement, sous la forme d'un apprentissage.
- Lors du retour au domicile, une période d'ajustement a été expérimentée pour se familiariser avec le bébé et la manière de s'en occuper, ainsi que de trouver une routine organisationnelle, qui permet de sortir de cette période d'ajustement.
- Le lien avec leur bébé se développe progressivement et s'intensifie avec l'interaction, qui s'accroît au fur et à mesure du développement du bébé. Plusieurs éléments facilitent le développement du lien mère-enfant, tels que le fait d'apprendre à se connaître, se reconnaître et trouver des ressemblances. Le portage, le fait de le présenter à la fratrie, ainsi que le temps à disposition facilitent le développement du lien mère-enfant. Des difficultés personnelles telles que le manque de temps et d'énergie, à l'inverse, sont ressenties comme un frein au développement du lien.

5.2 Réponse aux questions de recherche et retour sur les objectifs

A présent que les résultats de l'analyse ont été détaillés, il s'agit de répondre aux questions de recherche : *Comment les femmes qui ont accouché de leur premier enfant perçoivent leur relation avec leur bébé, à partir de leur expérience de l'accouchement ? Comment les femmes ont vécu leur accouchement en milieu hospitalier, au regard de leur interaction avec le personnel soignant durant l'accompagnement ? Comment s'articule cette expérience avec le développement de leur relation avec leur bébé ?*

L'analyse des entretiens, qui visaient à comprendre le vécu des femmes relatif à leur expérience de l'accouchement en milieu hospitalier, ainsi qu'à comprendre comment leurs perceptions de leur relation avec leur bébé s'articulent au travers de leur expérience de l'accouchement, a montré des résultats riches. Les résultats montrent que l'expérience de l'accouchement et la transition à la parentalité est une étape très complexe et plurielle.

Premièrement, abordons le vécu de l'accouchement. L'interaction avec le personnel soignant s'est avérée prendre une place importante lors du vécu d'accouchement des participantes. Relativement à cette interaction, la discussion ainsi que l'échange sont des éléments très importants pour les participantes, dans leur manière de vivre leur expérience. Trois besoins ont d'ailleurs été identifiés, en lien avec la communication : (1) le fait de se sentir écoutée, (2) de comprendre (être éclairées sur le déroulement et les actes médicaux), et (3) d'être rassurée.

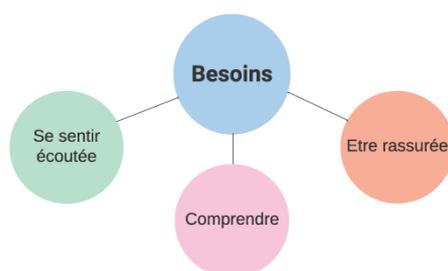


Figure 1 – *Besoins des femmes*

Les résultats montrent que certains éléments relatifs à la communication et l'échange relationnel avec l'équipe soignante facilitent l'expérience des participantes, notamment si la communication est suffisante pour répondre aux besoins des participantes, mais également à travers des échanges que l'on pourrait qualifier d'informels (entente, bienveillance, soutien émotionnel) et à travers l'impression de professionnalisme des soignant-e-s, perçue par les

participantes. A l'inverse, certains éléments contribuent à rendre l'expérience des participantes plus difficile et moins confortable, par une communication insuffisante qui ne répond pas suffisamment aux besoins des femmes et induit de l'anxiété, un manque de considération des propos des participantes, notamment relatifs à la douleur et à l'avancée de l'accouchement, des attitudes de la part des professionnel·le·s qui les mettent dans une situation d'inconfort, un manque de prises d'initiatives ou encore un décalage de vision du monde perçu entre les participantes et les professionnel·le·s, ce qui crée des déceptions et une sensation de manque chez les participantes qui auraient attendu une prise en charge répondant davantage à leurs besoins émotionnels. Toutefois, l'interaction entre les femmes et les professionnel·le·s n'est pas le seul élément marquant du vécu des participantes. L'analyse a permis de synthétiser plusieurs éléments inhérents à l'accouchement, en tant que processus physiologique. Notamment, les résultats ont permis de mettre en lumière un élément très marquant du vécu des femmes, qui est l'aspect imprévisible qui caractérise les accouchements et qui a impacté le déroulement de la majorité des accouchements des participantes (que cela soit relatif à la durée, à des complications, à des modifications du déroulement, à un problème avec la péridurale ou à un décalage entre ce que les participantes ont appris lors de la préparation et la réalité). L'apparition de complications et de risques lors des accouchements sont des éléments difficiles à gérer pour les participantes concernées, qui voient leurs attentes complètement modifiées, qui ressentent de l'anxiété et une perte de contrôle importante sur le déroulement. L'aspect imprévisible implique souvent une modification du déroulement ou du mode d'accouchement, avec l'usage de davantage d'aide médicale, mais également une intensification d'émotions négatives chez les participantes, qui ressentent des peurs et un stress important, qui teintera le reste du déroulement. Un second élément relatif à la physiologie de l'accouchement est le fait de devoir composer avec des difficultés physiques, principalement la douleur, mais aussi l'endurance. Finalement, un dernier élément qui s'est avéré très marquant dans la manière dont les participantes ont vécu leur expérience d'accouchement est la présence et le soutien de leur partenaire, qui a été très facilitante. La majorité des participantes ont abordé le sujet du partenaire, et pour plusieurs d'entre elles, la présence et le soutien de leur partenaire ont été déterminants dans leur expérience. Ainsi, le vécu de l'expérience de l'accouchement est pluriel, et dépend de multiples facteurs (1) d'ordre imprévisible (complications, durée, problème avec la péridurale, décalage entre attentes et réalité), (2) d'ordre physique (douleur et épuisement), (3) communicationnel et relationnel avec l'équipe médicale, et (4) relationnel avec le

partenaire. Par conséquent, bien qu'ayant une place importante dans le vécu des participantes, l'aspect interactionnel avec l'équipe soignante n'est pas autant déterminant que pensé. Les résultats montrent que c'est l'ensemble de ces quatre éléments qui marquent l'expérience des participantes.

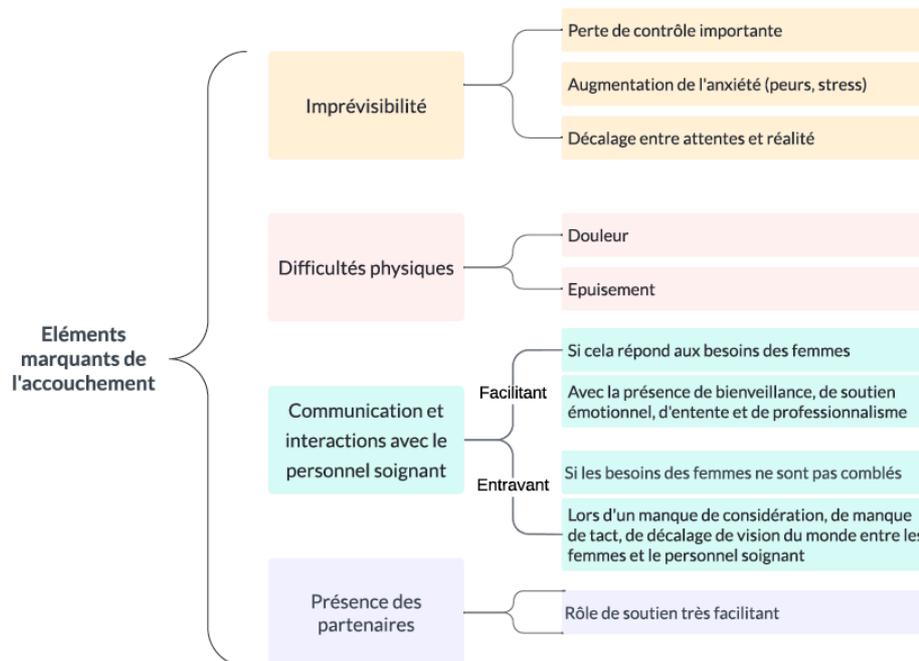


Figure 2 – *Éléments marquants de l'accouchement*

En plus de ces quatre facteurs, identifiés comme les éléments les plus marquants de l'expérience de l'accouchement, d'autres éléments ont été identifiés, qui enrichissent la compréhension du vécu de l'accouchement, bien qu'abordé par certaines participantes uniquement. Certaines femmes ont perçu leur expérience comme étant très puissante, ce qui les a amené à ressentir des sensations que l'on pourrait associer à un état dissociatif, avec une sensation de déconnection et des souvenirs de l'expérience parfois imprécis. Certaines femmes ont également ressenti un sentiment d'empowerment relatif à la découverte de la puissance de leurs capacités physiques. De manière éparse, certaines participantes ont également abordé des éléments relatifs à l'organisation hospitalière, qui ont impacté leur vécu de l'accouchement, tels que la discontinuité des soins et le manque de repos lors du séjour, qui ont été relevés en tant qu'éléments non idéaux. Les possibilités de bénéficier de services démedicalisés et d'avoir une chambre individuelle ont par contre facilité l'expérience des participantes.

Abordons à présent la perception des participantes relative à leur relation avec leur bébé. La rencontre avec le bébé est marquée par la découverte visuelle du nouveau-né, qui jusqu'à la naissance était inconnue. Pour plusieurs participantes, la mise en lien des ressentis qu'elles avaient pour leur bébé durant leur grossesse avec son apparence inconnue provoque une sensation déstabilisante, avec l'impression de faire connaissance une nouvelle fois, visuellement. Pour la majorité des participantes, mettre des mots sur leur relation avec leur bébé n'a pas été facile. Les perceptions ont donc été relativement peu détaillées par rapport à ce qui était attendu. L'analyse montre que pour la plupart des participantes, l'aspect relationnel avec leur bébé s'est fait « *naturellement* » et relativement facilement, où le développement du lien s'est construit sans effort conscient. Ce qui ressort de l'analyse est que chez les participantes, le développement du lien avec leur enfant n'est pas un processus qui semble conscientisé, cela relèverait plutôt de l'instinct et de l'inexplicable. Cela n'a toutefois pas été le cas pour une participante, pour qui le lien avec son bébé s'est construit au fil du temps, sous forme d'apprentissage, sans être présent dès la naissance. Néanmoins, une évolution du lien a pu être constatée chez l'ensemble des participantes, relative au développement du bébé. Plus le bébé acquiert de nouvelles facultés, et plus le lien que ressentent les mères se développe, car davantage d'interactions et d'activités avec lui sont possibles. Plusieurs éléments facilitent le développement du lien mère-enfant, tels que le fait d'apprendre à se connaître, se reconnaître et trouver des ressemblances. Le portage, le fait de le présenter à la fratrie, ainsi que le temps à disposition facilitent le développement du lien mère-enfant. Des difficultés personnelles telles que le manque de temps et d'énergie, à l'inverse, sont ressenties comme un frein au développement du lien.

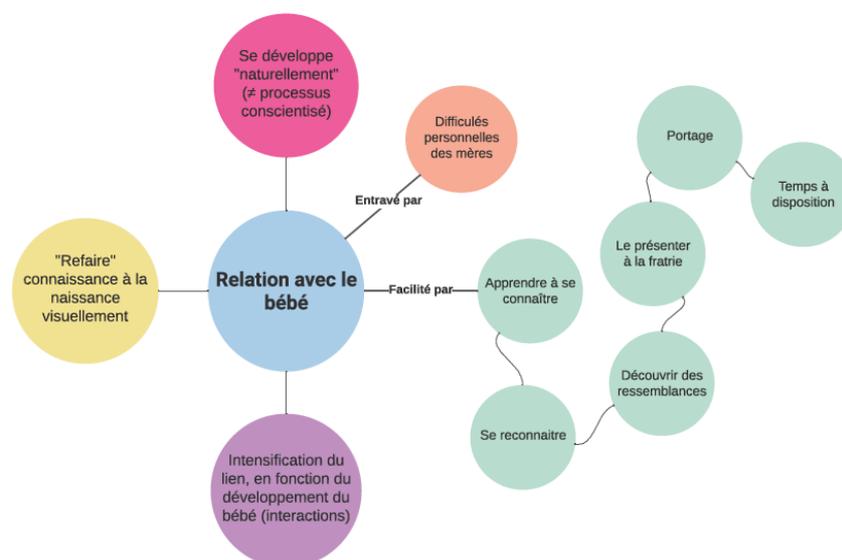


Figure 3 – Relation avec le bébé

Enfin, abordons la manière dont ces deux sujets s'articulent entre eux. Les résultats d'analyse ont permis de comprendre comment les participantes perçoivent leur relation avec leur bébé, au regard de leur expérience d'accouchement. Les résultats montrent que même si les expériences d'accouchement n'ont pas été nécessairement faciles pour les participantes, elles ne font pas beaucoup de liens entre cet événement et leur relation avec leur bébé. En revanche, elles font de nombreux liens avec d'autres difficultés rencontrées, ayant eu lieu après l'accouchement, qui interviennent de manière concrète et pratique au niveau de l'organisation de leur quotidien et leur état de santé, mais également au niveau de leur disponibilité mentale. Spécifiquement, les résultats ont permis d'identifier plusieurs éléments importants du vécu, qui relèvent de la période post-partum, de l'organisation et de processus identitaires, ce qui correspond aux thèmes 3 et 4 de l'arbre thématique. Parmi ces éléments figure la corporéité, avec d'une part l'adaptation au corps post-partum et un rapport au corps qui peut être difficile, et d'autre part une convalescence physique et dans certains cas de l'épuisement. Au niveau des processus identitaires, une évolution des différents rôles auxquels les participantes s'identifient a été ressentie, notamment la familiarisation au nouveau rôle de mère, une évolution de la relation de couple dans certains cas, et la sensation de constituer une famille. L'impact systémique de la transition à la parentalité a été ressenti également au niveau d'une conciliation que les femmes ont dû réaménager, entre leurs différentes sphères de vie telles que le travail, le temps pour soi et le rôle de mère. Des ajustements mais également des préoccupations ont pris place pour retrouver un équilibre qui a été chamboulé tant à un niveau concret dans le quotidien, qu'à un niveau plus interne, identitaire. Face à ces nombreux éléments intervenant dans la période post-partum, le soutien s'est révélé être très important dans le vécu des femmes. Le soutien des partenaires est très facilitant, notamment avec un partage des tâches qui soulagent les femmes tant au niveau pratique qu'au niveau de leur charge mentale. Le soutien de la part de professionnel·le·s est également aidant et rassurant, mais a manqué pour certaines participantes qui ont ressenti un manque de repères et de la solitude face à leurs difficultés. Suite à la naissance, les femmes s'occupent donc d'une part de leur bébé, avec une période d'ajustement pour se familiariser avec lui et la manière de s'en occuper, ainsi qu'un temps d'adaptation pour trouver une routine organisationnelle, et doivent d'autre part composer avec les nombreux éléments mentionnés ci-dessus, correspondants aux thèmes 3 *identité* et 4 *post-partum* de l'arbre thématique.

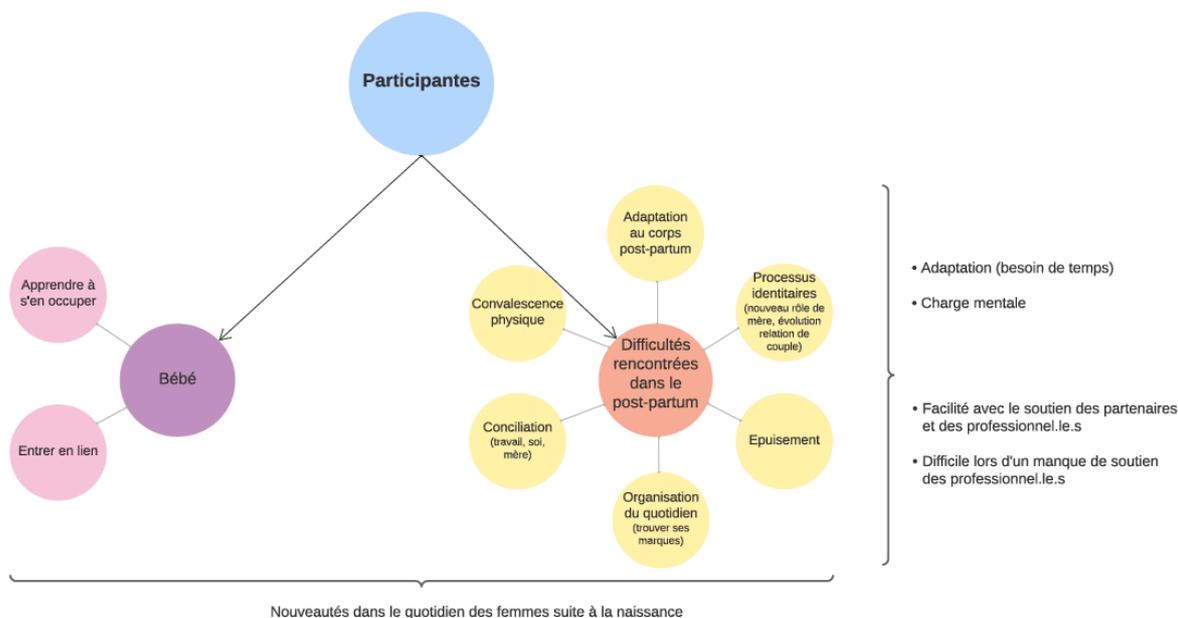


Figure 4 – Facteurs intervenant dans le quotidien des mères durant la période post-partum

Ces différents éléments teintent le vécu des femmes et plusieurs participantes ont mis en lien certaines difficultés rencontrées dans le post-partum avec leur relation avec leur bébé. En effet, la période du post-partum ainsi que les enjeux identitaires sont importants, car ils mobilisent les femmes, qui peuvent **ressentir des difficultés personnelles** et qui seront de ce fait **moins disposées et disponibles, tant physiquement que psychologiquement, à entrer en lien avec leur bébé**. Certaines participantes ont également mentionné que tous ces processus de pensées ainsi que les difficultés personnelles qu'elles ont rencontrées durant la période post-partum ont fait qu'elles ont été moins disponibles pour réellement profiter de leur bébé, comme si elles devaient **d'abord « digérer » leurs propres défis personnels**, avant de pouvoir s'investir plus amplement dans leur relation avec leur bébé. Par ailleurs, plusieurs participantes font mention de leur besoin de temps pour intégrer les nombreux changements et remaniements qui interviennent suite à l'accouchement. Un temps qui leur permettrait notamment de réaliser ce qui leur arrive, se familiariser avec les nombreuses nouveautés de leur quotidien, s'adapter à leur nouvelle apparence et condition physique. Ce besoin de temps d'intégration contraste avec une impression de toute vitesse ressentie chez les participantes. Les mères doivent gérer de nombreux défis personnels, souvent sans avoir eu un temps de transition pour se reposer et intégrer, entre l'accouchement et le retour au domicile. Ces multiples défis interviennent en même temps que le fait de devoir apprendre à s'occuper de leur nouveau-né, ce qui est totalement nouveau et inconnu également. Cela fait de nombreux éléments nouveaux, **ce qui demande une grande adaptation, dans une**

période où les participantes ne se sentent pas toujours bien. Les résultats montrent que dans ces conditions, il n'est pas toujours facile de prendre le temps d'entrer en lien. Ainsi, il ressort de l'analyse que pour les participantes, **leur état physique et psychique se ressentira sur leur disponibilité physique, affective et mentale sur leur relation avec leur enfant.** L'analyse a permis de dégager le fait que des difficultés se situent dans le fait de devenir mère dans le contexte dans lequel vivent les participantes, rencontrées principalement lors du retour au domicile après l'accouchement, plutôt que dans la relation même avec le bébé ou qu'au moment même de l'accouchement, à l'hôpital.

6. Discussion

Les résultats de l'analyse thématique de contenu ayant été présentés, il convient d'élargir la compréhension avec une mise en relation des résultats trouvés avec la littérature préexistante.

6.1 L'expérience de l'accouchement en milieu hospitalier

Premièrement, en concordance avec l'étude Garthus-Niegel et al. (2018b), les résultats montrent que l'expérience de l'accouchement est plurielle et complexe, et est associée à de nombreux chamboulements et remaniements. De manière générale, le vécu de l'expérience d'accouchement des participantes de cette présente recherche exploratoire concorde avec les informations trouvées dans la littérature préexistante. Les facteurs difficiles de l'expérience sont effectivement relatifs d'une part à des aspects spécifiques de l'accouchement, c'est-à-dire les complications et les difficultés physiques, et d'autre part au soutien, comme l'établissent les recherches de Chabbert et Wendland (2016), et de Deforges et al. (2020). Relativement aux aspects spécifiques de l'accouchement, les résultats ont mis en lumière l'aspect imprévisible de l'accouchement, ainsi que des difficultés d'ordre physique telles que la douleur, la durée de l'accouchement et l'épuisement. Quant au soutien, les résultats montrent que c'est un élément essentiel, tant venant de la part du personnel soignant que des partenaires, comme le précise également l'étude de Chabbert et Wendland (2016).

Les résultats de la recherche rejoignent les résultats de Dahlberg et Aune (2013) concernant le manque d'écoute et le manque de soutien émotionnel que ressentent les femmes. Les résultats ont mis en exergue l'importance de la communication entre les professionnel·le·s et les parturientes. Les résultats de la recherche concordent avec la littérature, à propos de la place importante que prend la relation avec le personnel soignant durant l'accouchement, ainsi que l'importance de la qualité de cette relation. Le besoin de se sentir écoutée a notamment été mis en évidence. La présente recherche a également identifié deux autres besoins des femmes, liés à la communication, qui sont le besoin de comprendre ce qu'il se passe et de pouvoir mettre un sens sur les actes effectués, ainsi que le besoin d'être rassurée. La littérature avait mentionné le besoin des femmes de se sentir actrices de leur accouchement, ce qui est facilité par la communication jugée satisfaisante, ainsi qu'une impression de proximité avec les soignant·e·s (Dahlberg & Aune, 2013 ; Elmir et al., 2010). Cet aspect est ressorti chez deux participantes, l'une ayant expérimenté cette sensation, l'autre n'ayant pas pu être autant impliquée qu'elle l'aurait souhaité, ce qui rejoint une volonté de pouvoir être davantage actrice. Bien que deux autres participantes aient ressenti des sensations d'empowerment lors de leur accouchement, cela était dû à une grande confiance envers les capacités de leurs corps. Le soutien psychologique a également été identifié comme étant un élément facilitant pour les femmes, ce qui rejoint la recherche de Dahlberg et Aune (2013), tout comme la bienveillance (Deforges et al., 2020). Les résultats montrent que ce soutien peut venir des professionnel·le·s, mais vient également des partenaires qui ont un rôle de soutien très important durant l'accouchement. Les éléments mis en avant par Ford et Ayers (2011), tel que démontrer de l'empathie, écouter les mères, répondre à leurs interrogations et demandes, chercher à les rendre les plus confortables possible et les accompagner lorsqu'elles sont en difficulté avec des suggestions d'alternatives visant à les soulager, sont également ressortis de l'analyse et sont des éléments que les participantes jugent importants.

Le décalage de représentations entre les soignant·e·s et les parturientes, concernant les besoins et les attentes s'est également confirmé au sein de cette recherche (Patterson et al. 2019). Lors de complications et de moments dits « à risques », la prise en charge émotionnelle semble d'autant plus importante, ce qui rejoint la littérature (Ayers et al. 2006 ; Patterson et al. 2019). Le besoin des femmes de disposer d'un espace de parole dans le but de débriefer leur expérience, suite à l'accouchement, mis en évidence par Elmir et al. (2010), a

été exprimé par une seule participante, P3. Il paraît intéressant de mentionner que le CHUV a également ressenti ce besoin de la part des femmes, et que depuis 2020, un entretien dédié à cela est proposé systématiquement à toutes les femmes ayant accouché dans leur institution (CHUV, 2021). La littérature a établi qu'un certain nombre d'éléments considérés comme traumatiques pour les femmes vient de l'interaction avec le personnel soignant (Dahlberg & Aune, 2013). Les résultats montrent que la communication et l'échange avec le personnel soignant sont des éléments importants, et que certaines des interactions sont facilitantes tandis que d'autres tendent à rendre l'expérience des femmes plus difficile. Toutefois, l'interaction avec le personnel soignant n'est pas le seul élément marquant dans l'expérience des parturientes, cela fait partie d'un tout qui teinte l'expérience des femmes.

La revue de littérature avait mis en exergue la notion de contrôle perçu, notion qui s'est également retrouvée au sein de cette recherche (Chabbert & Wendland, 2016). La recherche a mis en évidence la catégorie *imprévisibilité* (section 1.3) qui a été très marquante dans les vécus des participantes. Le décalage entre les attentes des femmes et leur réalité, ainsi que le manque de préparation concernant l'éventualité d'un déroulement de l'accouchement modifié, sont des éléments qui rendent l'imprévisibilité d'autant plus difficile à vivre. L'aspect imprévisible de l'accouchement a mené à une sensation de manque de maîtrise ou de perte de contrôle, qui a été déstabilisante et difficile pour plusieurs participantes, que cela provienne de complications ou de sensations physiques nouvelles, comme présenté dans la revue de littérature (Guittier et al. 2014). L'imprévisibilité peut être mise en lien avec la question du risque, abordée dans la littérature et dans le cadre théorique. D'ailleurs, il paraît intéressant de noter le nombre de complications survenues au sein de la population de cette recherche. En effet, sur les cinq participantes recrutées, trois d'entre elles ont vécu des complications. Cela montre la pertinence de la question du risque concernant les accouchements en milieu hospitalier. D'ailleurs, parmi les trois participantes pour qui le manque de maîtrise a été le plus difficile, deux d'entre elles sont concernées par des complications importantes, qui les ont menées à une perte de contrôle sur le déroulement de leur accouchement, ce qui les a menées à devoir dépendre du personnel médical. L'étude d'Elmir et al. (2010) a mis en évidence lors de telles situations, des ressentis d'impuissance, de vulnérabilité, ce qui concorde avec les vécus de P3 et P5. Les résultats ont également identifié une sous-catégorie *peur de la mort* (section 1.3.3) qui concerne deux participantes, l'une ayant eu peur de mourir, l'autre ayant eu peur de perdre son bébé. Lors de ces situations, en accord avec la littérature, le professionnalisme des soignant·e·s est un élément

rassurant pour les femmes, car se trouvant dans une situation de perte importante de contrôle et d'anxiété, percevoir les professionnel·le·s comme étant en contrôle de la situation et compétents rassure. On peut également supposer que cela contribue à redonner une forme de contrôle pour les femmes, auquel se rattacher. Elmir et al. (2010) ont également mis en évidence l'incapacité des femmes à pouvoir prendre des décisions libres et éclairées sur leur santé lors de manque de maîtrise, ce qui a été en partie le cas pour P3, lorsqu'elle n'a pas été en mesure de demander une péridurale. Toutefois, cette incapacité vient également de la catégorie mise en évidence *état de conscience modifiée* (section 1.5), qui aborde le fait que certaines participantes ont ressenti une altération de leur état de lucidité durant l'accouchement. Ainsi, il est possible que le manque de contrôle contribue à cette incapacité, mais dans le cas de P3, cela venait avant tout de l'état de conscience modifiée dans lequel elle se trouvait. Par ailleurs, Guittier et al. (2014) aborde également la possible sensation de perte de contrôle mental, qui peut induire de l'anxiété, ce qui concorde avec le vécu de P3. Elmir et al. (2010) explique que le fait que les femmes soient pleinement informées des événements contribue à une sensation de contrôle, ce qui concorde avec les résultats de cette recherche. Selon l'étude de Ford et Ayers (2011), la perception de contrôle peut être augmentée par une équipe soignante soutenante. Cela correspond à l'expérience de P2, qui a ressenti un empowerment et un sentiment de puissance et de confiance en elle lors de son accouchement, grâce au soutien apporté par la sage-femme qui l'accompagnait et son conjoint.

Comme dans la littérature préexistante, certains éléments relèvent de l'organisation même des institutions hospitalières. Notamment, les femmes ne peuvent pas toujours être aussi libres qu'elles le souhaiteraient (Dessureault, 2015). Cela s'est remarqué dans la recherche concernant la possibilité de mouvements et les positions possibles, en raison d'instruments médicaux dans l'expérience de P3, ou le moment des poussées, qui a été retardé en raison de la fragmentation des soins lors de la relève de l'équipe soignante dans l'expérience de P1. En congruence avec la littérature, la proximité et le développement d'un lien avec les soignant·e·s ne sont pas toujours faciles en raison de la fragmentation des soins dans les institutions hospitalières, ce qui a pu déranger certaines participantes.

6.2 Perceptions de la relation mère-bébé

Concernant la perception des mères, de leur relation avec leur bébé, les résultats concordent avec l'étude de Stuijzand et al., (2020b), qui démontre que le lien de la mère envers son enfant se crée très vite après la naissance et continue de se développer durant les premiers mois de l'enfant. Les résultats ont effectivement identifié la catégorie *premiers instants* (section 5.1), qui concernent les premières impressions des mères lors de leur rencontre avec leur bébé. Lors de ces premiers instants, la plupart des participantes ont ressenti des sentiments envers leur bébé. Ce moment est également marqué par une reconnaissance du bébé, qui leur est physiquement inconnu. Pour P2 et P3, mettre en lien les perceptions qu'elles avaient de leur bébé durant la grossesse avec leur nouveau-né a été déstabilisant de par l'aspect visuel inconnu. L'étude de Guittier et al. (2014) a mis en lumière le fait qu'un quart des femmes ont besoin d'un temps d'adaptation avant de ressentir une connexion avec leur bébé. Cela correspond au vécu de P5, pour qui le lien s'est créé progressivement, sous la forme d'un apprentissage. En concordance avec l'étude de Stuijzand et al., (2020b), le lien continue de se développer au fil des mois, ce qui correspond à la catégorie *créer le lien* (section 5.6), qui développe comment le lien mère-enfant se crée et aborde divers éléments ayant contribué au développement de ce lien. La revue de littérature s'était montrée relativement pauvre au sujet du développement du lien mère-enfant. Les résultats de la recherche ont identifié quatre catégories permettant de comprendre les perceptions des mères concernant leur lien avec leur enfant. Il y a premièrement les *premiers instants* (section 5.1) évoqués précédemment, puis une période d'*ajustements* a été identifiée (section 5.2), où les mères se familiarisent avec leur nouveau-né et à la manière d'en prendre soin et mettent en place une routine organisationnelle. Puis les résultats montrent un sentiment d'évolution du lien, au fil du temps et au gré du développement du bébé, au travers de la catégorie *créer le lien* (section 5.4). Plus l'interaction avec le bébé est possible, plus le lien des mères envers lui s'intensifie. Les résultats ont également identifié une catégorie *sentiment d'attachement* (section 5.3) des mères envers leur bébé, qui pour certaines participantes est venu immédiatement lors de la naissance, et qui pour d'autres est venu davantage progressivement. Ce sentiment d'attachement est venu spontanément pour la plupart des participantes, à l'exception de P5 pour qui cela a été un apprentissage et pour qui ce sentiment s'est développé progressivement, plus tard dans le temps.

6.3 Le post-partum, ce grand oublié

Concernant l'articulation entre l'expérience de l'accouchement et la relation mère-bébé, les résultats ne rejoignent que peu ce qui a été établi dans la recherche préexistante. Les limites de la revue de littérature avaient identifié des lacunes au sujet des perceptions et des ressentis des mères à propos de leur relation avec leur bébé, ainsi qu'à propos de l'articulation entre l'expérience de l'accouchement et la relation mère-bébé chez les mères ne souffrant pas de troubles. Premièrement, les résultats montrent que même si les expériences d'accouchement des participantes n'ont pas été nécessairement faciles, elles ne font pas de liens directs entre leur expérience d'accouchement et leur relation avec leur bébé, ce qui va à l'encontre des résultats de plusieurs recherches (Chabbert & Wendland, 2016 ; Guittier et al., 2014). En revanche, elles y font de nombreux liens avec d'autres aspects intervenus suite à l'accouchement, durant la période post-partum, sujet qui a été absent de la revue de littérature. Ce manque de représentation dans la littérature, ajouté au manque de préparation abordé par les participantes, est à interroger. Une hypothèse, face au manque de représentation du post-partum, serait que cela vienne en partie d'un certain tabou concernant la transition à la parentalité, à mettre en lien avec la pression qui peut être mise sur les femmes autour de la maternité. La section *dimension de genre* (section 3.3.4) du cadre théorique avait mis en lumière que les femmes sont souvent perçues comme les *carers* principales dans la parentalité et que la maternité peut être représentée comme relevant de l'instinct pour les femmes, qui seraient alors sensées savoir comment s'y prendre. La dimension de genre avait également exposé que les notions de beauté, de féminité et de maternité sont fortement liées, ce qui peut contribuer à un tabou, notamment concernant les éléments abordés dans la catégorie *corporéité* (section 4.2). L'injonction à être une « bonne mère » pourrait également contribuer à ce tabou, n'encourageant pas les femmes à parler de leurs difficultés, par peur de ne plus correspondre à l'image de « bonne mère » valorisée et représentée socialement. Le manque d'information, cumulé à ces éléments emprunts de représentations culturelles pourraient donc mener à un tabou, qui pourrait expliquer le manque de représentation du post-partum dans le parcours de grossesse et de transition à la parentalité, ainsi que dans les recherches portant sur l'accouchement et les premiers mois avec le bébé.

En concordance avec l'étude de Bertrand (2011), l'expérience de l'accouchement des participantes de cette recherche semble correspondre à ce que l'on pourrait qualifier de

« crise identitaire et développementale ». Du moins, les résultats de cette présente recherche montrent que de nombreux processus entrent en jeu, notamment d'ordre identitaire, de même que des remaniements au sein du couple, de la famille et du quotidien, comme indiqué dans l'étude de Bertrand (2011). Les résultats de la recherche ont identifié deux thèmes qui permettent de comprendre le vécu des femmes durant cette période, qui correspondent aux thèmes 3 *identité* et 4 *post-partum* de l'arbre thématique. Les points abordés dans ces deux thèmes sont des processus identitaires et organisationnels, leur état de santé et leur rapport à leur corps. Tous ces aspects ont été marquants pour les participantes et les ont mobilisés, que cela soit physiquement ou mentalement, durant les premiers mois de vie avec leur bébé. Les résultats ont identifié des difficultés que les participantes ont rencontrées et avec lesquelles elles ont dû composer durant la période post-partum, et donc durant les premiers mois avec leur bébé. Les résultats montrent que ces différents processus de pensées, ainsi que les difficultés qu'elles ont rencontrées durant la période post-partum ont contribué à les rendre moins disponibles et disposées, tant physiquement et psychologiquement, à entrer en lien avec leur bébé. En effet, les résultats montrent que les participantes doivent gérer leurs propres difficultés et réflexions qui surviennent suite à l'accouchement, en même temps que s'occuper de leur nouveau-né, ce qui n'est pas évident car tout cela est très demandant. Cela concorde avec les propos de Garthus-Niegel et al. (2018b), qui mentionnent que les parents peuvent se sentir submergés par tous les changements intervenants lors de la transition à la parentalité, et se sentir en difficulté face à la gestion des nouvelles habitudes et responsabilités. En effet, les résultats de la recherche montrent la complexité de la période post-partum. De nombreux nouveaux éléments externes interviennent et s'ajoutent à la situation déjà délicate qu'est la familiarisation des mères avec leur bébé. Ces éléments externes, avec lesquels les femmes doivent composer, sont la conciliation entre les différentes sphères de leur vie, des processus identitaires tels que la familiarisation au nouveau rôle de mère et la conciliation des différentes identités, des changements relationnels, une convalescence physique, et des difficultés à s'adapter à une apparence nouvelle, ainsi qu'un manque de soutien pour certaines participantes. Les participantes mettent davantage en lien leur relation avec leur bébé avec ces différents éléments, intervenus durant la période post-partum, plutôt qu'avec leur expérience de l'accouchement. En concordance avec l'étude d'Elmir et al. (2010), le fait de devoir gérer leurs propres défis personnels peut être ressenti sur leur relation avec leur bébé. Cela correspond également aux recherches de Bicking et al. (2014) et de Lutkiewics et al. (2020), qui stipulent que l'état psychologique des mères ainsi que l'environnement social dans lequel elles se trouvent impacte le développement du lien

mère-enfant. Le soutien auquel les participantes ont accès est d'ailleurs un élément influençant la manière dont cette période est vécue. Qu'il vienne de professionnel-le-s, de proches ou des partenaire, avec lesquels un partage des tâches est très soulageant tant au niveau concret dans le quotidien qu'au niveau de la charge mentale des mères, le soutien a été identifié comme étant un élément facilitant de cette période. A l'inverse, un manque de soutien est difficilement vécu. P4 a ressenti un manque de soutien de la part des professionnel-le-s durant cette période, et s'est sentie lâchée, sans repères, parmi tous les chamboulements que représente la période du post-partum. Les résultats montrent que les différents éléments intervenant durant la période post-partum impliquent souvent le temps que les participantes ont à disposition ainsi que leur disponibilité mentale. Ce sont ces deux éléments qui impacteraient la manière dont les mères peuvent être en lien avec leur bébé. Toutefois, les participantes ne mettent pas en lien les difficultés qu'elles ont rencontrées, qu'elles viennent de la période post-partum ou de l'accouchement, avec les émotions qu'elles ressentent envers leur bébé, contrairement à l'étude de Dessureault (2015). Ainsi, l'analyse a permis d'identifier que les mères vivent de nombreux remaniements dans la période post-partum suite à leur accouchement, et que le fait de gérer l'ensemble des nouveautés et des changements de leur vie peut se ressentir sur leur disponibilité physique ou psychique envers leur enfant. Somme toute, les résultats montrent que la transition à la parentalité est très complexe et que de nombreux éléments interviennent lors des premiers mois post-partum, ces dernier pouvant teinter la manière dont les mères vont pouvoir être en lien avec leur enfant, selon les différentes difficultés auxquelles elles doivent faire face simultanément. Ainsi, les implications envers la relation mère-bébé se situent davantage dans le contexte complexe dans lequel les participantes vivent, plutôt qu'au moment de l'accouchement, bien que cet événement fasse également partie de l'équation puisqu'il constitue le point de départ de ces nombreux remaniements, tant physiques que psychiques.

6.4 Accoucher en période de pandémie

Enfin, la revue de littérature avait abordé les impacts du COVID-19 sur la prise en charge des accouchements en milieu hospitalier. Bien que toutes les participantes aient accouché dans une période touchée par la pandémie au moment de leurs accouchements, toutes les participantes ont pu être accompagnées par leur partenaire. La recherche a identifié peu d'éléments relatifs aux restrictions sanitaires en raison du COVID-19, hormis quelques éléments disparates qui semblent avoir peu impacté la manière dont les femmes ont vécu leur

accouchement. La question de la limite des visites de proches autorisées a été abordée par plusieurs participantes et apparaît dans la sous-catégorie *soutien des proches* (section 4.1.2). P3 est la seule participante pour qui cette restriction a été difficile. En effet, ayant vécu un accouchement difficile, elle aurait souhaité avoir davantage de soutien de la part de ses proches et pouvoir voir son partenaire plus longtemps.

7. Conclusion

7.1 Synthèse

Cette recherche exploratoire, basée sur cinq entretiens semi-structurés, analysés avec la méthode d'analyse de contenu, a permis d'identifier cinq thèmes permettant d'apporter des éléments de compréhension du vécu des jeunes mères : (1) le vécu de l'accouchement, (2) l'environnement hospitalier, (3) l'identité, (4) le post-partum, et (5) la relation avec le bébé. Les résultats montrent que l'expérience de l'accouchement et de la transition à la parentalité est très complexe et plurielle. De nombreux éléments interviennent, notamment lors de la période post-partum, qui teintent le vécu des mères ainsi que la manière dont elles vont pouvoir être en lien avec leur bébé. Ainsi, les implications de la relation mère-bébé se situent davantage dans le contexte complexe dans lequel les participantes vivent, durant le post-partum, plutôt qu'au moment même de l'accouchement, bien que cet événement fasse également partie de l'expérience puisqu'il en constitue le point de départ.

7.2 Apports de la recherche

Cette recherche a permis d'apporter des éléments de compréhension sur trois éléments principaux, qui étaient peu présents dans la revue de littérature. Ce qui a trait à l'accouchement et à l'interaction avec le personnel soignant ne sera pas abordé dans cette section, car les résultats de la recherche sont globalement en concordance avec la revue de littérature.

Le premier apport de cette recherche concerne les perceptions des mères sur leur relation avec leur bébé. La recherche a permis d'apporter des éléments de compréhension concernant la manière dont les femmes perçoivent leur lien avec leur bébé, dès les premiers instants, jusqu'aux premiers mois de vie, ainsi que la manière dont le lien a évolué. Les

résultats ont notamment montré une évolution du lien, relative au développement du bébé. Plus l'interaction avec le bébé se développe, plus le lien ressenti par les mères s'intensifie. Des éléments, tels que le fait d'apprendre à se connaître, se reconnaître et se ressembler, contribuent au développement du lien. Des exemples pratiques ont également été identifiés. Le temps à disposition, le portage et le fait de présenter le bébé aux proches ont contribué à développer le lien des mères envers leur enfant, tandis que l'épuisement et le manque de temps à disposition ont au contraire, selon les mères, entaché le développement du lien.

En second lieu, cette recherche a apporté des éléments de compréhension concernant l'articulation entre le vécu de l'accouchement et les perceptions des mères sur leur relation avec leur bébé. La recherche a permis d'identifier plusieurs éléments intervenants autour de la relation mère-bébé, qui impactent celle-ci. La recherche a permis de rendre compte de la complexité de la période de transition à la parentalité, en identifiant plusieurs éléments intervenants dans le post-partum, d'ordre identitaire, relationnel, organisationnel et corporel, qui mobilisent les jeunes mères en plus de leurs bébés. Les mères développent leur lien avec leur bébé en même temps qu'elles gèrent des difficultés personnelles, relationnelles, s'adaptent à leur corps de post-partum, adaptent leur quotidien, cherchent leurs repères, se familiarisent à leur nouveau rôle identitaire de mère, cherchent un équilibre entre leurs différentes identités et sphères de vie, tout en étant parfois encore en situation de convalescence physique. Cette recherche a permis de mettre en lumière ces différents éléments, permettant de mieux comprendre le vécu complexe et pluriel des femmes dans la période de transition à la parentalité, en mettant en lumière l'importance de la période post-partum dans le vécu des femmes.

Finalement, cette recherche a également permis d'explorer l'expérience de l'accouchement et de la relation mère-bébé dans le contexte pandémique du COVID-19 en Suisse. Aucune étude spécifique à ce sujet n'a été trouvée concernant le contexte suisse. Les résultats montrent que le vécu des participantes a été peu impacté par des éléments en lien avec le COVID-19, hormis concernant une restriction des visites lors du séjour hospitalier. Ce dernier élément a été difficile pour une seule participante.

7.3 Limites de la recherche

Il convient à présent d'exposer les limites de cette recherche.

Des limites relèvent de la construction de cette recherche. Une première limite concerne l'objectif de recherche. En effet, cette recherche s'est intéressée à (1) l'expérience de l'accouchement en milieu hospitalier en se focalisant sur l'interaction femmes-soignant·e·s, (2) la perception de la relation mère-bébé, (3) l'articulation que les participantes font entre ces deux éléments. Le fait de vouloir explorer autant d'éléments peut induire une confusion sur la compréhension de l'objet de recherche. De manière générale, il est préférable d'élaborer une problématique plus spécifique, qui soit clairement formulée et précise. Une autre limite concerne la population. Le nombre de participantes est relativement faible. Le choix du nombre de participantes a été fait pour des raisons pratiques de faisabilité, surtout concernant le temps que cela représente. Toutefois, le fait d'avoir quelques participantes en plus aurait certainement ajouté une dimension de compréhension supplémentaire au sujet de recherche et permis de renforcer les résultats. Par ailleurs, l'état de la recherche appréhende les vécus d'accouchements sur la base d'expériences jugées satisfaisantes ou insatisfaisantes. Ainsi, cette recherche n'ayant pas comme objectif l'évaluation dichotomique de la satisfaction des participantes, il a été difficile de mettre en lien les résultats produits avec la littérature. Concernant le déroulement des entretiens, le fait qu'ils aient été réalisés à distance, en visioconférence, implique qu'il a été plus difficile de cerner les expressions faciales des interlocutrices et que des problèmes techniques, tels que des interruptions, des légers décalages ou des difficultés audio, ont pu intervenir, ce qui a dû être géré simultanément à la conduite des entretiens. En pratique, il y a eu très peu de problèmes techniques, et cela n'a pas semblé impacter le déroulement des entretiens, mais il paraît tout de même important de le mentionner.

Une autre limite est la possibilité qu'un biais de désirabilité sociale soit intervenu durant les entretiens, influençant les participantes à appuyer des propos correspondants aux représentations sociales d'une « bonne mère ». La dimension de genre concernant la maternité a été abordée dans le cadre théorique de cette recherche (section 3.3.4) et a démontré que de nombreuses injonctions et attentes implicites sont associées aux mères, ce qui peut induire une pression plus ou moins consciente sur elles. Les représentations sociales mettent souvent en scène des mères épanouies, heureuses et dévouées, et de ce fait une

maternité idéalisée, ce qui peut différer grandement de la réalité (Achiakh et al., 2020). Concernant les questions de l'entretien à propos des premières impressions des mères envers leur bébé et des éléments abordés dans la section *sentiment d'attachement* (5.3), certaines participantes ont répondu très rapidement, disant avoir ressenti des sentiments forts ou un « instinct maternel ». Il est possible que l'injonction d'être une « bonne mère » ait impacté certaines participantes (sans que cela soit forcément conscient), qui auraient orienté leurs discours de sorte à correspondre à ce qui est socialement attendu d'une « bonne mère ». Ce phénomène n'a pas pu être vérifié, mais au regard du paradigme dans lequel cette recherche est inscrite, et des éléments exposés dans la section *dimension de genre* (3.3.4), il convient toutefois d'en évoquer la possibilité.

Finalement, des limites concernent ma propre attitude en tant que chercheuse. La question de l'implication des chercheur·e·s dans la recherche qualitative ayant déjà été abordée, il convient ici d'aborder des limites concrètes. Une première limite concerne les entretiens. Le fait de mener des entretiens qualitatifs était une expérience relativement nouvelle pour moi, et bien qu'ayant préparé les entretiens, l'exercice n'a pas été facile au niveau pratique. Plus spécifiquement, j'ai posé trop de questions orientées qui pouvaient induire le discours des participantes, et pas suffisamment de questions ouvertes. Je suis également peut-être trop intervenue avec des relances, ce qui a potentiellement empêché les participantes de développer certains autres sujets. Deuxièmement, j'avais de nombreux présupposés concernant les récits des participantes et des attentes concernant les détails de leurs expériences. En pratique, les différents sujets abordés n'ont pas toujours été détaillés, et j'ai parfois relancé plusieurs fois dans le but d'obtenir davantage de détails. Lors d'un entretien, j'ai senti que l'une de mes interventions avait provoqué un léger malaise chez la participante, qui n'a pas eu l'impression d'être une bonne candidate pour ma recherche car elle n'avait pas de détails supplémentaires. Je qualifierais mon intervention de manque de tact, dû en partie à mon manque d'expérience, mais également à mes attentes d'avoir davantage de détails. J'ai ainsi pu manquer d'ouverture lors des entretiens, en étant trop focalisée sur ma grille d'entretien.

7.4 Perspectives d'ouverture

Les enjeux intervenants durant la période post-partum ont pris une place très importante dans le vécu des participantes de la recherche. L'importance de cette période dans

le vécu des participantes contraste avec son absence dans la revue de littérature et pousse à la réflexion. Il est possible de supposer que les participantes n'aient pas été préparées aux différents enjeux intervenants durant cette période, ce qui pourrait expliquer en partie que ces différents éléments aient été autant marquants dans leur vécu. Il est possible de questionner la place du post-partum lors des préparations à la naissance et des consultations de suivi de grossesse. Les résultats de la recherche montrent que pour les participantes recrutées, la préparation était insuffisante. De même, l'accompagnement a été insuffisant pour une des participantes, focalisé sur des éléments précis tels que la cicatrice et le bébé, mais sans prendre en compte les éléments gravitant autour de cela, tels que l'état psychologique de la mère et son contexte. Cette impression de manque d'information, de préparation et d'accompagnement concernant la période du post-partum, période pourtant sensible, rejoint les propos de la recherche menée par Razurel et al. (2010), consacré au post-partum, qui met en avant le besoin de reconsidérer la prise en charge des mères lors de cette période, en raison d'un écart entre les difficultés auxquelles elles doivent faire face, et le manque de ressources à leur disposition. Le fait de mettre un accent sur la prévention et l'information permettrait aux femmes d'avoir une idée d'à quoi s'attendre. Car, comme l'a démontré la catégorie *imprévisibilité* (1.3) de l'arbre thématique, les événements sont plus difficiles à vivre lors d'écarts entre les attentes et la réalité. Ainsi, développer et encourager davantage la préparation pourrait permettre d'ajuster les attentes des mères et d'amoindrir le choc ou la désillusion des premiers mois post-partum. La piste de développer des ressources pour les mères, que cela soit de l'ordre de l'information, du soutien psychologique et moral, ou du soutien concret pour les tâches du quotidien serait à explorer. Par ailleurs, proposer aux jeunes mères des groupes de soutien entre pairs leur permettrait probablement de se sentir moins seules face à leurs difficultés et d'amoindrir l'éventuel tabou, supposé précédemment dans la discussion (section 6.3). Les résultats ont montré que les jeunes mères ont de nombreuses choses à dire au sujet du post-partum, ce sujet ayant pris une grande place dans le vécu des participantes de cette recherche. Ainsi, il serait intéressant et pertinent de consacrer une recherche qualitative sur la question du post-partum, afin d'en approfondir la compréhension, par exemple centrée sur les besoins des mères.

Au regard des résultats de cette recherche, il serait également intéressant d'explorer davantage la place des pères ou des seconds parents dans la transition à la parentalité. Les résultats de la recherche ont montré que les partenaires ont un rôle de soutien important pour les femmes durant l'accouchement, et ont également un rôle important dans la période post-

partum, notamment avec le partage des tâches. Ainsi, les partenaires impactent de manière importante la manière dont les femmes vivent ces événements. De ce fait, il serait intéressant de mener une recherche qualitative sur l'expérience des mères, sous l'angle de leur relation avec leur-e partenaire, ce qui permettrait d'en approfondir la compréhension. De même, de par leur grande implication identifiée dans cette recherche, il serait intéressant de consacrer une recherche qualitative aux pères ou aux seconds parents, dans le but d'explorer leurs vécus et leurs perceptions en tant que parents et partenaires, lors de la transition à la parentalité.

8. Bibliographie

- Achiakh, S., Camacho, A-C., Chagnot, L., Rathelot, V. et Schott, J. (2020). Les injonctions à être une « bonne mère » : le rôle du marketing dans la construction de l'identité maternelle. Dans F. Benoit-Moreau, E. Delacroix (dir.), *Genre et marketing : l'influence des stratégies marketing sur les stéréotypes de genre* (pp.135-155). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.benoi.2020.01.0135>
- Angeloff, T. & Gardey, D. (2015). Corps sous emprise : biopolitique et sexualité au nord et au sud. *Travail, genre et sociétés*, 2(34), 31-38. <https://doi.org/10.3917/tgs.034.0031>
- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationship: a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389-398. <https://doi.org/10.1080/13548500600708409>
- Ayers, S. (2007a). Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth*, 34(3), 253-263. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00178.x>
- Ayers, S., Wright, D., & Wells, N. (2007b). Symptoms of post-traumatic stress disorder in couples after birth: association with the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of reproductive and Infant Psychology*, 25(1), 40-50. <https://doi.org/10.1080/02646830601117175>
- Barker, K. (1998). A ship upon a stormy sea: the medicalization of pregnancy. *Social science & medicine*, 47(8), 1067-1076. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00155-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00155-5)
- Barker, K. (1998). A ship upon a stormy sea: the medicalization of pregnancy. *Social science & medicine*, 47(8), 1067-1076. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00155-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00155-5)
- Batram-Zantvoot, S., Razum, O. et Miani, C. (2021). Un regard théorique sur l'intégrité à la naissance : médicalisation, théories du risque, *embodiment* et intersectionnalité. *Santé Publique*, 5(33), 645-654. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0645>

- Benzakour, L., Gayet-Ageron, A., Jubin, M., Suardi, F., Pallud, C., Lombard, F.-B., Quagliariini, B. & Epiney, M. (2022). Traumatic childbirth and birth-related post-traumatic stress disorder in the time of the COVID-19 pandemic: a prospective cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14246. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114246>
- Bertrand, S. (2011). Incidence du développement de la « conscience parentale de l'Autre-bébé » durant la grossesse sur la qualité des interactions précoces (0-3mois). *La psychiatrie de l'enfant*, 2(54), 355-432. <https://doi.org/10.3917/psy.542.0355>
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue médicale suisse*, 258, 1511-15-13.
- Bicking Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. (2014). Birth-related, psychosocial, and emotional correlates of positive maternal-infant bonding in a cohort of first time mothers. *Midwifery*, 30(5), 188-194. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.02.006>
- Blanchet, A, Gotman, A, & De Singly, F. (dir.). (2007). *L'entretien (2e éd.)*. Armand Colin.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Presses de l'Université du Québec.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruchon-Schweizer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles (2^e éd.)*. Dunod.
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et la pathologique*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.cangu.2013.01>
- Chabbert, M. et Wendland, J. (2016). Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère-bébé ?

Revue de Médecine Périnatale, 4(8), 199-206. <https://doi.org/DOI 10.1007/s12611-016-0380-x>

Chalmers, B., Kaczorowski, J., Darling, E., Heaman, M., Fell, D., O'Brien, B., & Lee, L. (2010). Cesarean and vaginal birth in canadian women: a comparison of experiences. *Birth*, 37(1), 44-49. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00377.x>

Chan, S., Ein-Dor, T., Mayopoulos, P., Mesa, M., Sunda, R., McCarthy, B., Kaimal, A., & Dekel, S. (2020). Risk factors for developing posttraumatic stress disorder following childbirth. *Psychiatry Research*, 290, 113090. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113090>

Clair, C., Cornuz, J., Bart, P.-A. & Schwarz, J. (2018). Médecine et genre : quels enjeux pour la pratique ? *Revue Médicale Suisse*, 4(625), 1951-1954. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.625.1951>

Clavandier, G. et Charrier, P. (2015). La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? *Recherche familiales*, 1(12), 165-174. <https://doi.org/10.3917/rf.012.0165>

Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 18-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>

Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience, the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407-415. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>

Davies, S., Silverio, S., Christiansen, P., & Fallon, V. (2021). Maternal-infant bonding and perceptions of infant temperament: the mediating role of maternal mental health. *Journal of Affective disorders*, 282, 1323-1329. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.023>

Deforges, C., Sandoz, V., & Horsch, A. (2020). Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement. *Périnatalité*, 12(4), 192-200. <https://doi.org/10.3166/rmp-2020-0101>

- Dessureault, A-M. (2015). La médicalisation de l'accouchement: impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Médecine & Hygiène*, 27 (1), 53-68. <https://doi.org/10.3917/dev.151.0053>
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques de psychologie*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Elmir, R., Schmied, V., Jackson, W., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142-2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Ferry, N. (2008). Devenir mère, une formidable rencontre. *Spirale*, 3(47), 157-165. <https://doi.org/10.3917/spi.047.0157>
- Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2014a). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé* (2^e éd.). Dunod.
- Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, 26(12), 1553-1570. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770>
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Ayers, S., Junge-Hoffmeister, J., Weidner, K. & Eberhard-Gran, M. (2018a). The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: A longitudinal population-based study. *Birth*, 45(2), 193-201. <https://doi.org/10.1111/birt.12328>
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Handtke, E., von Soest, T., Ayers, S., Weidner, K., Eberhard-Gran, M. (2018b). The Impact of Postpartum Posttraumatic Stress and Depression Symptoms on Couples' Relationship Satisfaction: A Population-Based Prospective Study. *Frontiers in Psychology*, 9(1728). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01728>

- Gouilhers, S. (2017). *Gouverner par le risque: une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande* [Thèse de doctorat, Faculté des sciences de la société, Université de Genève]. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:101730>
- Gross, O. (2017). *L'engagement des patients au service du système de santé*. Doin.
- Guittier, M-J., Cedraschi, C., Jamei, N., Boulvain, M., & Guillemin, F. (2014). Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 24(254). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-254>
- Hairston, I., Handelzalts, J., Assis, C., & Kovo, M. (2018). Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles: the mediating role of postpartum depression and childbirth-related PTSD. *Infant Mental Health Journal*, 39(2), 192-208. <https://doi.org/10.1002/imhj.21695>
- Harris, R., & Ayers, S. (2012). What make labour and birth traumatic? A survey of intrapartum « hotspots ». *Psychology & health*, 27(10), 1166-1177. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.649755>
- Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme* (Rapport n°2018-06-26-SAN-034). <https://bit.ly/2MvJtAy>
- Johnson, K. (2013). Maternal-Infant Bonding: A Review of Literature. *International Journal of Childbirth Education*, 28(3), 17-22.
- Klaus, M., & Kennel, J. (1982). *Parent-infant bonding* (2e éd.). C.V. Mosby.
- Lahouel-Zaier, W. (2016). Apport de la théorie de l'attachement en maternité et en consultation pédiatrique. Dans N. Guedeney et A. Guedeney (dir.), *L'attachement: approche clinique et thérapeutique* (2^e éd., p. 145-157). Elsevier Masson.

- Lalor, J., Ayers, S., Celleja Agius, J., Downe, S., Gouni, O., Hartmann, K., Nieuwenhuijze, M., Oosterman, M., Turner, J. D., Karlsdottir, S. I. & Horsch, A. (2021). Balancing restrictions and access to maternity care for women and birthing partners during the COVID-19 pandemic: the psychosocial impact of suboptimal care. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 128(11), 1720-1725. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16844>
- Lambelet, V., Ceulemans, M., Nordeng, H., Favre, G., Horsch, A., Stojanov, M., Winterfeld, U., Baud, D., Panchaud, A. & Pomar, L. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on Swiss pregnant and breastfeeding women – a cross-sectional study covering the first pandemic wave. *Swiss Medical weekly*, 151(3738), w30009. <https://doi.org/10.4414/smw.2021.w30009>
- Löwy, I. (2005), Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? *Travail, genre et sociétés*, 2(14), 89-108. <https://doi.org/10.3917/tgs.014.0089>
- Lutkiewicz, K., Bieleninik, Ł., Cieślak, M., & Bidzan, M. (2020). Maternal–Infant Bonding and Its Relationships with Maternal Depressive Symptoms, Stress and Anxiety in the Early Postpartum Period in a Polish Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph17155427>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Mayopoulos, G., Ein-Dor, T., Dishy, G., Nandru, R., Chan, S., Hanley, L., Kaimal, A., & Dekel, S. (2021). COVID-19 is associated with traumatic childbirth and subsequent mother-infant bonding problems. *Journal of Affective Disorders*, 282, 122-125. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.101>
- Méric, L. et Gerber, C. (2018). Accoucher sans violences [documentaire]. 36.9° (RTS).
- Murray, M. (2015). *Critical health psychology* (2^e éd.). Palgrave Macmillan.
- Narre, N. (2021). *Faut pas pousser* [documentaire]. Tolmes production.

- Office fédéral de la statistique (2019). *Accouchements et santé maternelle en 2017* (Numéro OFS 1921-1700-05). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive.assetdetail.8369419.html>
- Ovidie. (2019). *Tu enfanteras dans la douleur* [documentaire]. Magneto presse, Arte France.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd.). Armand Colin.
- Patterson, J., Martin, C., & Karatzias, T. (2019). Disempowered midwives and traumatised women: exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) post childbirth. *Midwifery*, 76, 21-35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.010>
- Quagliariello, C. et Ruault, L. (2017). Accoucher de manière « alternative » en France et en Italie, sur des modalités du travail de mise au monde des enfants et leur portée féministe. *Le travail procréatif*, 48(2), 53-74. <https://doi.org/10.4000/rsa.1961>
- Razurel, C., Benchouk, M., Bonnet, J., El Alama, S., Jarabo, G. et Pierret, B. (2010). Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. *La Revue Sage-Femme*, 9(5), 240-249. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2010.08.003>
- Riley, S., Evans, A. & Robson, M. (2019). *Postfeminism and health : critical psychology and media perspectives*. Routledge.
- Ruiz, R. (2018). Violences gynécologiques et obstétricales en Suisse. Faire le point (interpellation 18.4315). <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20184315>
- Santiago-Delefosse, M. (2006). L'activité du chercheur entre objectivisme et subjectivisme: Un révélateur de la tension entre théorie et terrain? Dans P. Paillé (dir.), *La*

méthodologie qualitative, postures de recherche et travail de terrain (pp.201-223).
Albin Michel.

Santiago-Delefosse, M. (dir.) et del Rio Carral, M. (dir.). (2017). *Les méthodes qualitatives en psychologie et en sciences humaines de la santé*. Dunod.

Schaad, B. (26.02.2020). Le vécu des patients hospitalisés et celui de leurs proches : le patient en situation [présentation d'une conférencière invitée dans le cours Sociologie de la médecine et de la santé]. Université de Lausanne.

Schaad, B., Fuertes Marraco, S., von Ballmoos, C. et Zighetti, L. (2021). *Rapport d'activité 2021*, Espace de médiation entre patients, proches & professionnels. CHUV.
https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/chuv/Communiqués_presse/Documents/Rapport_annuel_2021.pdf

Sharon Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G., & Ashenfarb, A. (2019). Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment? *Archives of Womens's Mental Health*, 22, 119-122.

<https://doi.org/10.1007/s00737-018-0853-y>

Schobinger, E., Gashi, S., Avignon, V., & Horch, A. (2020). Accouchements traumatiques: perspective soignante. *Soins infirmiers*, 4, 56-61.

Stuijzand, S., Deforges, C., Sandoz, V., Sajin, C-T., Jaques, C., Elmers, J. et Horsch, A. (2020a). Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals : a rapid review. *BMC Public Health*, 20(1230).

<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09322-z>

Stuijzand, S., Garthus-Niegel, S. et Horsch, A. (2020b). Parental birth-related PTSD symptoms and bonding in the early postpartum period :a prospective population-based cohort study. *Front Psychiatry*, 11(570727).

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.570727>

Votre accouchement, parlons-en ! Nouveau dispositif au CHUV (2021). CHUV.
<https://www.chuv.ch/fr/dfme/dfme-home/femme-mere/grossesse-accouchement/accoucher-a-la-maternite/votre-accouchement-parlons-en-nouveau-dispositif-au-chuv>

Vuille, M. (2016). Le respect dans les soins gynécologiques : un enjeu de mobilisation féministe. *Chroniques féministes*, 118, 5-7.

Wade, D., & Halligan, P. (2017). The biopsychosocial model of illness : a model whose time has come. *Clinical rehabilitation*, 31(8), 994-1133.
<https://doi.org/10.1177/0269215517709890>

Annexes

Etude exploratoire sur le vécu de l'accouchement en milieu hospitalier et de la relation mère-bébé

Mémoire de recherche

Master en psychologie de l'enfant et de l'adolescent

Présenté par : Aurélia Barras

Directrice : María del Río Carral

Experte : Yasmina Lotfi

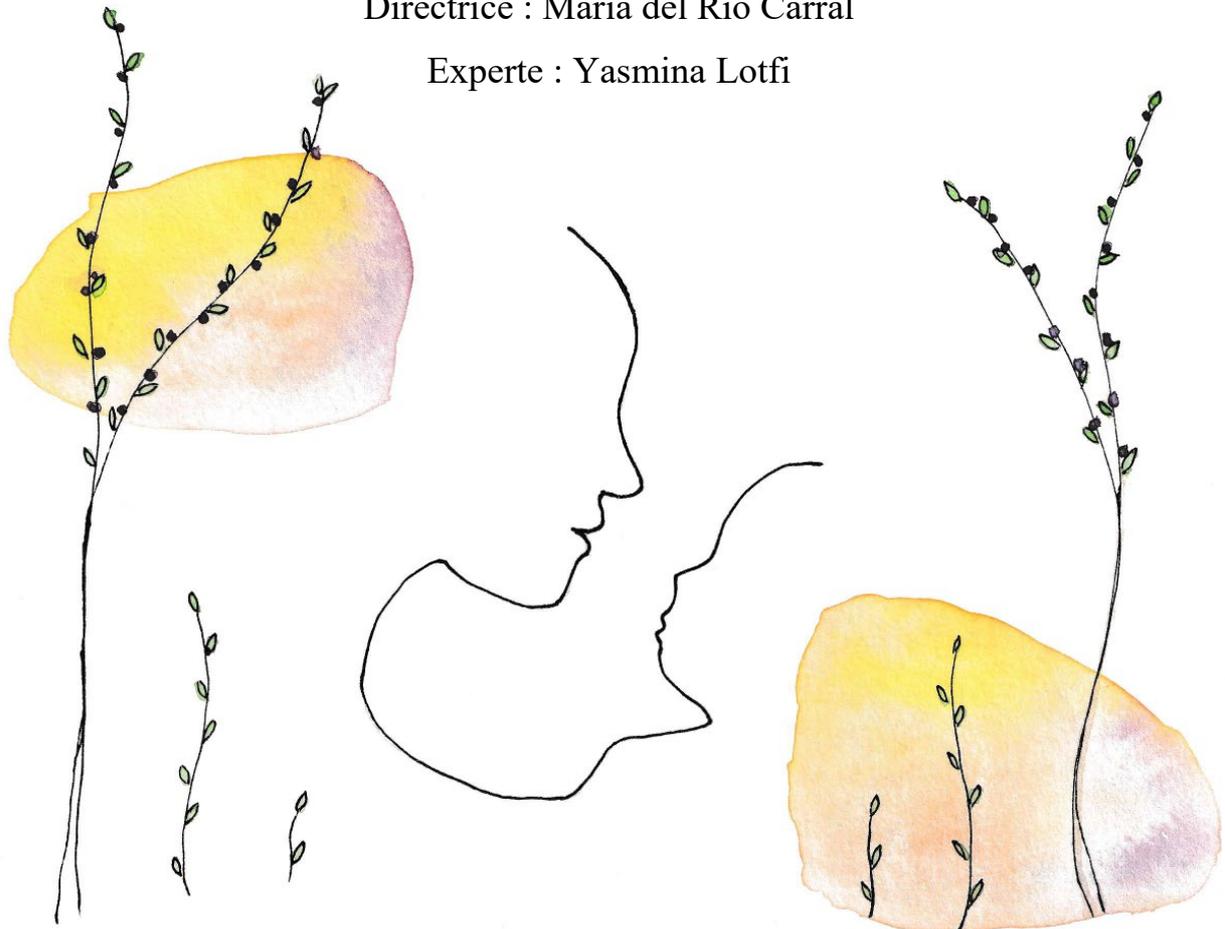


Table des matières

<u>ANNEXE 1 : FLYER DE RECRUTEMENT</u>	<u>3</u>
<u>ANNEXE 2 : CANEVAS D'ENTRETIEN</u>	<u>6</u>
<u>ANNEXE 3 : NOTICE D'INFORMATION</u>	<u>8</u>
<u>ANNEXE 4 : FORMULAIRES DE CONSENTEMENT</u>	<u>10</u>
4.1 PARTICIPANTE 1	10
4.2 PARTICIPANTE 2	11
4.3 PARTICIPANTE 3	12
4.4 PARTICIPANTE 4	13
4.5 PARTICIPANTE 5	14
<u>ANNEXE 5 : TRANSCRIPTION DES ENTRETIENS</u>	<u>15</u>
5.1 NORMES DE TRANSCRIPTIONS	15
5.2 PARTICIPANTE 1	16
5.3 PARTICIPANTE 2	32
5.4 PARTICIPANTE 3	51
5.5 PARTICIPANTE 4	72
5.6 PARTICIPANTE 5	86
<u>ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE</u>	<u>106</u>
<u>ANNEXE 7 : TABLEAU D'ANALYSE</u>	<u>107</u>
<u>ANNEXE 8 : JOURNAL DE BORD</u>	<u>198</u>
8.1 DESCRIPTION DE MES ACTIVITES	198
8.2 APERÇU DU PROCESSUS D'ANALYSE	210