

UNIVERSITE DE LAUSANNE
FACULTE DES SCIENCES SOCIALES
ET POLITIQUES
INSTITUT DES SCIENCES SOCIALES

SESSION D'ÉTÉ 2024

LA CULTURE DE LA NAISSANCE, ENTRE REPRÉSENTATIONS
DE L'ACCOUCHEMENT "NATUREL", EXPÉRIENCES DES
COUPLES ET PRATIQUES DES PROFESSIONNEL·LES DE
SANTÉ :
UNE ÉTUDE ETHNOGRAPHIQUE DANS UNE MATERNITÉ DE SUISSE
ROMANDE.

Mémoire de Master en Sciences Sociales

Présenté par Marie Binggeli

Directrice : Irene Maffi

Experte : Patricia Perrenoud

La culture de la naissance,
entre représentations de l'accouchement "naturel",
expériences des couples et pratiques des professionnel·les de santé

Marie Binggeli
Prof. Maffi Irene

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	6
REMERCIEMENTS	8
CHAPITRE 1: ACCOUCHEMENT, UNE INTRODUCTION	10
1.1 ÉTAT DE LA QUESTION	10
1.2 APERÇU HISTORIQUE DE LA NAISSANCE ET ENJEUX	13
1.2.1 <i>Historique de la naissance : du domicile à l'hôpital</i>	13
1.2.2 <i>Les mouvements de contestation</i>	16
1.2.3 <i>Féminisme et accouchement</i>	19
1.3 PERSPECTIVES DE L'ACCOUCHEMENT "NATUREL"	21
1.4 ENJEUX DE LA MÉDICALISATION ET DE LA TECHNICISATION DE L'ACCOUCHEMENT	23
1.4.1 <i>Médicalisation et technicisation et physiologie</i>	23
1.4.2 <i>Risques obstétrical et pathologisation de l'accouchement</i>	26
1.4.3 <i>Violences institutionnelles, de genre, et obstétricales</i>	28
1.5 LA CULTURE DE LA NAISSANCE EN SUISSE ROMANDE, ENTRE PRATIQUES MÉDICALES ET ATTENTES DES FEMMES	30
CHAPITRE 2: ÉLÉMENTS MÉTHODOLOGIQUES	32
2.1 ACCÈS AU TERRAIN ET À LA RECHERCHE	33
2.1.1 <i>Présentation du terrain</i>	35
2.2 DÉROULEMENT DES ENTRETIENS	39
2.3 PROFIL DES INTERLOCUTEUR·RICES	42
2.4 RÉFLEXIVITÉ SUR LA POSTURE ET POSITIONNEMENT	44
CHAPITRE 3: DES REPRÉSENTATIONS DE LA NAISSANCE À LA PRÉPARATION DE L'ACCOUCHEMENT	46
3.1 LES REPRÉSENTATIONS DE L'ACCOUCHEMENT DES COUPLES COMME PROCESSUS NATUREL.....	46
3.1.1 <i>...mais risqué</i>	50
3.2 LES REPRÉSENTATIONS DU "NATUREL" PAR LES PROFESSIONNEL·LES DE LA MATERNITÉ	53
3.3 DÉCLINAISONS DU NATUREL	56

3.4 LE RAPPORT À L'INFORMATION SUR L'ACCOUCHEMENT ET AU RISQUE	59
3.4.1 <i>Les récits d'accouchements</i>	60
3.4.2 <i>Le rapport à l'information</i>	61
3.4.3 <i>Légitimité des discours : la confiance dans le discours biomédical</i>	65
3.5 LA PRÉPARATION À L'ACCOUCHEMENT	68
3.5.1 <i>Les cours de préparation à la naissance</i>	70
CHAPITRE 4: LE VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT : QUELLES EXPÉRIENCES ?.....	76
4.1 LE RÉCIT DE L'ACCOUCHEMENT	76
4.1.1 <i>La gestion de la douleur</i>	79
4.2 LE PARADOXE DU CONTRÔLE ET DU LÂCHER-PRISE	83
4.2.1 <i>Le rôle des partenaires lors de l'accouchement</i>	86
4.2.2 <i>Les attentes des professionnel·les de santé</i>	87
4.3 LE VÉCU DES IMPRÉVUS PENDANT L'ACCOUCHEMENT	90
CHAPITRE 5: LE RESPECT DE LA VOLONTÉ DES FEMMES ET DE LEUR PARTENAIRE, DANS LA LIMITE DU RAISONNABLE	98
5.1 « QU'EST-CE QUI EST IMPORTANT POUR VOUS ? »	99
5.1.1 <i>La consultation 34-38 semaine</i>	100
5.1.2 <i>Le projet de naissance</i>	102
5.2 LA PRÉSENCE CONTINUE DES PARTENAIRES	107
5.3 LA CONSULTATION VÉCU DIFFICILE ET LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	113
CONCLUSION.....	120
BIBLIOGRAPHIE.....	126
ANNEXES	I
PROFIL DES FEMMES ET DE LEUR PARTENAIRE	I

La culture de la naissance,
entre représentations de l'accouchement "naturel",
expériences des couples et pratiques des professionnel·les de santé

Marie Binggeli
Prof. Maffi Irene

La culture de la naissance,
entre représentations de l'accouchement "naturel",
expériences des couples et pratiques des professionnel·les de santé

Marie Binggeli
Prof. Maffi Irene

RÉSUMÉ

Cette étude se penche sur les perceptions et les pratiques liées à l'accouchement des couples et des professionnel·les de santé. Elle s'inscrit dans un contexte où la dénonciation des violences obstétricales a éveillé une conscience accrue de l'importance du vécu des femmes pendant l'accouchement. Malgré une image souvent idéalisée de la maternité, de nombreuses femmes rapportent des expériences négatives, voire traumatisantes. En Suisse, une étude de 2020 indique qu'un quart des femmes évaluent leur accouchement négativement, soulignant un besoin de réévaluation des pratiques obstétricales.

Ma recherche repose sur un terrain ethnographique de 4 mois au sein d'une maternité de Suisse romande. Les observations de terrain ont été combinées à des entretiens qualitatifs semi-directifs avec des femmes (et leur partenaire), ainsi que des professionnel·les de santé de la maternité, sages-femmes et médecins.

Dans ce mémoire, j'analyse les attentes des couples en matière de naissance à travers leurs représentations de l'accouchement ainsi que celles des professionnel·les de santé. Ces représentations sont marquées par la vision de l'accouchement comme processus naturel mais risqué et incertain nécessitant alors une surveillance médicale. Dans un deuxième temps, j'examine la manière dont les femmes réagissent aux discours et informations sur l'accouchement, ainsi que l'impact des cours de préparation à la naissance sur leurs souhaits concernant l'accouchement. Ensuite, j'explore le vécu de la naissance des couples à travers leurs récits, façonnés par les attentes des soignant·es concernant les rôles des femmes et de leurs partenaires, ainsi que par la gestion des imprévus pendant l'accouchement. Enfin, je montre comment les pratiques des professionnel·les de la maternité s'adaptent aux attentes des femmes et comment ces transformations sont vécues par les couples. Je mets en lumière l'impact de ces transformations sur le travail des soignant·es, créant des enjeux de revendications et de luttes professionnelles.

La culture de la naissance,
entre représentations de l'accouchement "naturel",
expériences des couples et pratiques des professionnel·les de santé

Marie Binggeli
Prof. Maffi Irene

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer mes sincères remerciements à ma directrice de mémoire, la Professeure Irène Maffi de l'Université de Lausanne, pour sa disponibilité, son encadrement, et ses précieux conseils qui ont grandement contribué à enrichir ma réflexion à chaque étape de ce travail. Je la remercie également pour la confiance qu'elle m'a accordée en me proposant de réaliser le terrain de ce travail au sein de la maternité H.

Je remercie également la Professeure Patricia Perrenoud de la Haute École de Santé Vaudoise, d'avoir aimablement accepté le rôle d'experte lors de ma soutenance.

Ensuite j'adresse mes remerciements à la maternité H, qui m'a ouvert ces portes. J'aimerais tout particulièrement remercier le médecin chef d'unité pour son soutien indispensable dans l'accès à la maternité, sa confiance et son intérêt pour ma recherche. Je remercie toutes les personnes qui m'ont accordé du temps pour un entretien ou qui ont accepté ma présence lors des différents cours et consultations. Plus généralement, je remercie les médecins et les sages-femmes de la maternité H, merci pour votre accueil, pour le temps que vous m'avez consacré et nos échanges enrichissants.

Ensuite, je souhaite manifester toute ma gratitude envers les femmes et leur partenaire rencontré·es, pour leur partage essentiel pour ma recherche. Merci de m'avoir accordé votre temps et votre confiance pour témoigner de vos expériences intimes d'accouchement.

Finalement, j'exprime toute ma reconnaissance ma famille et mes ami·es. Merci Flavie, Elyn, Clara, Noémie et mes parents pour vos relectures attentives, vos corrections et vos conseils. Merci tout particulièrement pour votre soutien tout au long de ce long travail. Merci à Tim pour les tiramisus lors des coups de blues.

Enfin merci à Antonin, mon plus grand soutien au quotidien. Tu as toujours cru en moi, même quand je n'y croyais plus, tu m'as soutenue, tu m'as encouragée. Merci pour ta disponibilité, et ton implication quotidienne dans ce travail, malgré la distance. Merci surtout pour tous les autres moments qu'on passe ensemble qui me permettent de déconnecter, nos rires, et ton amour. Merci !

La culture de la naissance,
entre représentations de l'accouchement "naturel",
expériences des couples et pratiques des professionnel·les de santé

Marie Binggeli
Prof. Maffi Irene

Chapitre 1: ACCOUCHEMENT, UNE INTRODUCTION

1.1 Etat de la question

Le mouvement de dénonciation des violences obstétricales et sa médiatisation a été l'élément déclencheur pour une prise de conscience de l'importance du vécu et de la satisfaction des femmes lors de l'accouchement. Jusqu'alors l'expérience de la maternité se concentre autour du désir d'enfant et la représentation de la femme enceinte est l'incarnation du bonheur et l'accouchement est perçu comme un moment « magique » et idéalisé (Jacques, 2007). Cette image idyllique contraste fortement avec la réalité et le nombre élevé de femmes qui vivent des expériences négatives, voire traumatisantes, de leur grossesse et de leur accouchement. En Suisse, selon une étude menée en 2020 par la Haute École Spécialisée de santé bernoise (BFH), un quart des femmes évaluent leur accouchement comme négatif, ce qui implique qu'elles n'ont pas vécu ce moment « magique » (Oelhafen et al., 2020). Selon cette étude une femme sur quatre est victime de coercition obstétricale informelle, qui englobe tous types de violences (volontaires) ou maltraitements (involontaires) obstétricales (Schantz et al., 2021).

La satisfaction de l'accouchement et le vécu des femmes sont des préoccupations actuelles autant sociétales que politiques. Le sujet des violences obstétricales apparaît régulièrement dans l'espace médiatique de Suisse romande ces dernières années, comme en témoignent les publications d'articles dans les journaux tels que Le Temps (Christinaz, 2017), Le Matin Dimanche (Bailat, 2018) ou plus récemment dans Heidi.News (Mesot, 2021). Par ailleurs, un débat entre Rebecca Ruiz, conseillère nationale, et le médecin et écrivain Martin Winckler a également eu lieu en novembre 2018 dans l'émission Forum sur la RTS (RTS, 2018). Bien que la thématique des violences obstétricales commence à être présente dans les médias, la question n'est pas étudiée de manière plus méthodique. En 2018, Rebecca Ruiz avait déjà soulevé cette question devant le Conseil National, sollicitant des éclaircissements sur l'état des recherches menées à ce sujet en Suisse. L'interpellation de cette politicienne fait écho à la situation française, où les maltraitements obstétricales sont plus médiatisés, et ont été dénoncés par Marlène Schiappa, secrétaire d'État chargée de l'égalité

entre les hommes et les femmes. Le rapport du Haut Conseil à l'Égalité dresse un état de la situation peu encourageant et identifie six types de violences¹ (Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, 2018). Le Conseil National suisse relève un manque d'études à grande échelle, semblables à celle menée en France. Selon cet organe, « il conviendrait d'examiner de manière approfondie avec les sociétés spécialisées comment les questions soulevées dans le rapport français se posent en Suisse » (18.4315 | *Violences. Le Parlement suisse*, s. d.). Ces conclusions concordent avec les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) émises en 2014 et 2018, qui s'inscrivent dans l'*Objectif de développement durable 3 - assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge - et la nouvelle Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016-2030)* (World Health Organization, 2014, 2018). Selon l'OMS, des gouvernements, des professionnel·les et des chercheur·euses reconnaissent la nécessité de garantir le respect de la santé sexuelle et reproductive ainsi que les droits des femmes, tout comme les problématiques liées aux violences obstétricales. Cependant, dans de nombreux cas, les politiques visant à promouvoir des soins maternels respectueux n'ont pas été adoptées, ne sont pas spécifiques ou ne se sont pas encore traduites par des actions significatives (World Health Organization, 2014). L'expérience des soins est autant importante que la prestation de soins cliniques (World Health Organization, 2018). Or, les pratiques non cliniques lors de l'accouchement, telles que soutien émotionnel, communication ou soins respectueux, ne sont pas considérées comme des priorités dans de nombreux contextes, bien qu'elles soient peu coûteuses à mettre en œuvre. La recherche menée par la BFH offre tout de même une première évaluation de la satisfaction des femmes lors de leur accouchement en Suisse. À la suite de cette étude, de démarches concrètes visant à améliorer le vécu de l'accouchement ont été mises en place dans le canton de

¹ Le HCE identifie 6 types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences : non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation ; propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes ; injures sexistes ; actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ; actes ou refus d'acte non justifiés médicalement ; violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol.

Vaud. Depuis 2020, le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) propose une consultation d'*entretien du vécu de l'accouchement* (EVA) à toutes les femmes le souhaitant. La Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV) a également mis en place dans ses hôpitaux membres des mesures similaires, ou d'autres projets visant à éviter les violences obstétricales et à améliorer la satisfaction lors de l'accouchement.

La prise en compte de la satisfaction de l'accouchement est indispensable dans une perspective réflexive sur la naissance et constitue un élément important pour prendre en considération et visibiliser le vécu des femmes. Toutefois, la satisfaction est une notion complexe et multidimensionnelle, qui peut influencer la santé des femmes et de leur famille sur le long terme. Le vécu de l'accouchement se péjorerait dans le temps, et certaines femmes qui évaluent leur accouchement négativement après six semaines, l'évalueraient encore plus négativement cinq ans après (Maimburg et al., 2016). Par ailleurs, l'évaluation de la satisfaction est multifactorielle et repose autant sur des éléments obstétricaux que psychosociaux. Cependant, la majorité des études et des questionnaires sur le sujet se sont principalement centrés sur l'aspect biomédical en évaluant uniquement la satisfaction des soins reçus dans les maternités. L'aspect psychologique commence à être évalué par des recherches qui mettent l'accent sur l'expérience en elle-même (Guittier, 2018). Néanmoins, le concept de satisfaction est à prendre avec prudence et peut s'avérer inadéquat pour évaluer le vécu de l'accouchement. Selon van Teijlingen et al., (2003), « la satisfaction ne peut être séparée ni des soins maternels réellement reçus, ni des attentes et préférences préexistantes. Il est important de reconnaître que les expériences et les préférences des gens sont façonnées par ce qu'ils "savent". Les réponses seront influencées par ce que les femmes croient possible, par ce qu'elles ont vécu et par la qualité des soins qu'elles attendent » (van Teijlingen et al., 2003, p. 6, ma traduction). Bien que la satisfaction soit multifactorielle et difficilement évaluable, elle demeure une notion essentielle pour étudier et valoriser le vécu de l'accouchement.

1.2 Aperçu historique de la naissance et enjeux

1.2.1 Historique de la naissance : du domicile à l'hôpital

En Suisse, comme dans de nombreux autres pays occidentaux, jusqu'au XX^e siècle la majorité des accouchements se déroulaient à domicile sous la supervision de matrones. Pourtant, cet événement peu médicalisé et perçu comme un processus "naturel" a déjà commencé à devenir un événement médical à partir du XVII^e siècle (Charrier & Clavandier, 2013). Les transformations de l'accouchement sont alors intimement liées à celles de l'hôpital, à l'évolution des pratiques et des techniques médicales, et des changements sociaux. La profession de sage-femme apparaît au cours du XVII^e siècle et le développement de leur formation modifie leur statut et leur place dans la société. Initialement, les matrones étaient les principales praticiennes de l'accouchement, transmettant leur savoir de génération en génération. Cependant, les sages-femmes se distancent du savoir traditionnel des matrones pour se conformer à la profession médicale moderne émergente (Vuille, 2009). En France, dès 1664, les sages-femmes ont été intégrées à la confrérie de Saint-Côme², ce qui leur a conféré un statut presque similaire à celui des chirurgiens. Ce processus de professionnalisation s'est poursuivi au XVIII^e siècle avec le décret royal de 1760 rendant obligatoire la formation professionnelle des sages-femmes. Ces initiatives visaient à standardiser les pratiques obstétricales et à améliorer la qualité des soins dispensés aux parturientes (Clesse et al., 2018, p. 207-8). Cependant, malgré leur professionnalisation les sages-femmes se sont retrouvées en tension avec les médecins. L'établissement du savoir médical et scientifique comme système de référence a légitimé le rôle des médecins au cours de l'accouchement, instaurant ainsi une hiérarchie entre leur propre pratique et expertise et celles des sages-femmes. La profession de sage-femme a connu des évolutions similaires en Suisse et « nait sous la tutelle du pouvoir politique et du pouvoir médical » (Vuille, 2009, p. 10). Au cours du XVIII^e siècle, la réglementation de la pratique des sages-femmes s'est renforcée, avec une formation de plus en plus organisée, dispensée par des médecins ou des

² La Confrérie de Saint-Côme en France est une organisation qui promeut et célèbre l'art de la chirurgie et ses valeurs.

chirurgiens. La constitution progressive de cette nouvelle profession a été soutenue par des lois visant à interdire les pratiques des « charlatans » et autres « empiriques », renforçant ainsi l'autorité des médecins et des sages-femmes nouvellement formées, au détriment des matrones (Vuille, 2009). L'intégration des sages-femmes dans les hôpitaux à la fin du XVIII siècle a également été un tournant majeur dans la médicalisation de l'accouchement. Les accouchements à l'hôpital étaient jusqu'alors signe de marginalité sociale - les maternités étaient des refuges pour les femmes célibataires et les plus démunies – et l'insalubrité et la transmission d'infections rendaient l'hôpital dangereux pour accoucher.

Les pratiques de l'accouchement ont également évolué significativement avec l'intervention croissante des hommes dans le domaine de l'accouchement. Le développement progressif de techniques et d'instruments d'extraction des fœtus, tels que les forceps, marque l'amélioration des pratiques obstétricales mais également le début des ambitions masculines dans ce domaine. Ces outils étaient réservés aux médecins, excluant ainsi les sages-femmes de leur utilisation. Les chirurgiens ont mis en avant la nécessité de ces instruments comme solution pour abrégé les souffrances des parturientes, ce qui leur a permis d'ancrer rapidement l'importance de leur profession dans l'opinion publique (St-Amant, 2013). Ainsi, grâce aux progrès et aux avancées de la médecine au cours du XVIII et du XIX siècles, les accouchements se sont progressivement médicalisés et les chirurgiens obstétriciens ont réussi à imposer leur autorité. Selon Charrier & Clavandier (2013) ces changements s'accompagnent de la construction d'un double discours : « l'avènement des compétences obstétricales sépare deux conceptions du savoir sur la naissance. L'un est empirique et ésotérique (exercé par la matrone), l'autre est scientifique et clinique (exercé par la sage-femme et le médecin obstétricien) » (p.27). Les pratiques traditionnelles, valorisant la solidarité féminine, une plus grande liberté et autonomie lors de l'accouchement, ont laissé place à la médicalisation croissante motivée par une volonté d'améliorer la sécurité des mères et des nouveau-nés.

Au cours du XX siècle, l'augmentation de l'utilisation de techniques et d'interventions médicales ont finalisé la transformation de l'accouchement en un évènement technicisé (Davis-Floyd, 2006), incluant l'utilisation de

l'anesthésie péridurale, du monitoring électronique du rythme cardiaque fœtal, de médicaments pour induire ou accélérer le travail, de césariennes, et d'autres interventions chirurgicales ou médicales (Charrier & Clavandier, 2013; Vuille, 2015). De médicalisé l'accouchement est devenu technicisé. Les progrès de la médecine et l'amélioration des conditions sanitaires de l'hôpital réduisent la mortalité maternelle et infantile et « le tournant du siècle, qui se résume à une médicalisation de la naissance dans sa dimension institutionnelle, est à la fois irrémédiable et phénoménal par l'ampleur qu'il va prendre en l'espace de quelques années. Cela correspond également à une époque où l'image de l'hôpital évolue positivement, condition nécessaire pour que l'accouchement puisse se généraliser dans un tel lieu » (Charrier & Clavandier, 2013, p. 37-8). De plus en plus de femmes accouchent alors à l'hôpital, attirées par sa modernité, sa maîtrise du risque obstétrical et l'atténuation de la douleur. Les années 1950 marquent l'accélération du « grand déménagement » (Knibiehler, 1997), et la décennie suivante est caractérisée par l'apogée de ce processus historique. On assiste alors à l'avènement hégémonique de la techno-biomédicalisation de l'accouchement (Topçu & Brown, 2019) nécessitant l'expertise et la surveillance des gynécologues. A travers le déplacement du lieu de l'accouchement, de la maison familiale à l'hôpital, cette institution se voit investie d'une nouvelle fonction : la gestion d'une expérience de vie féminine (Memmi, 2003). Ainsi, d'une part la fonction de ce lieu se transforme – il n'est plus uniquement destiné au traitement des maladies – et d'autre part l'accouchement est pathologisé. La naissance devient dès lors un événement « où les capacités du corps féminin disparaissent derrière le savoir médical » (Quagliariello, 2017, p.4).

Parallèlement à ces progrès, des femmes recherchent des approches alternatives à l'accouchement médicalisé et déplorent « [l'] obstétrique dite mainstream déjà décriée à l'époque parce que procédant d'une médecine paternaliste, dépersonnalisée et hiérarchique, selon un modèle doloriste de l'accouchement, privilégiant la sécurité sur le confort » (Topçu, 2021, p. 83 citant Thébaud, 1986). Certains obstétriciens et sages-femmes proposent alors un modèle de soins centrés sur la femme et axés sur la physiologie naturelle de la naissance, afin de contrer ce modèle "hégémonique" de la naissance (Jacques, 2007).

1.2.2 Les mouvements de contestation

La médicalisation accrue de l'accouchement a suscité des interrogations et des oppositions chez certaines femmes et professionnel·les de santé. Rapidement, des mouvements de contestations de la médicalisation et pathologisation de la naissance apparaissent afin de promouvoir des accouchements "naturels". L'émergence de « l'accouchement sans douleur » (ASD) ou méthode « psychoprophylactique », qui prône une approche alternative, centrée sur le bien-être émotionnel et physique de la femme en travail, s'oppose au modèle hégémonique de l'accouchement médicalisé et doloriste. « L'accouchement sans douleur repose sur le postulat que l'accouchement est un phénomène naturellement indolore ; l'apparition de la douleur résulte d'un conditionnement inadéquat [Vuille, 2000]. Son objectif médical est de supprimer la douleur en apprenant aux femmes à accoucher de manière "correcte" » (Vuille, 2015, p. 39). Le modèle de l'ASD est importé d'URSS en France par Fernand Lamaze³ dans les années 1950, qui l'instaure dans sa polyclinique des Bluets. Ses travaux, qui ont pour but de révolutionner l'obstétrique, rejoignent ceux de l'obstétricien anglais Grantly Dick-Read⁴ sur « l'accouchement naturel » (AN) développés dans les années 1930. Leurs approches ont été largement influencées par les théories psychologiques de l'époque, qui mettent l'accent sur le rôle de la peur dans l'expérience de la douleur. Il s'agit donc de supprimer la cause de la douleur, qui réside dans la peur transmise par des récits négatifs depuis des générations (Jacques, 2012). Pour les partisan·es de l'AN, la solution se trouve dans une compréhension de la physiologie de l'accouchement et une hygiène de vie (régime, relaxation et mouvements doux), tandis ceux/celles de l'ASD prônent

³ Fernand Lamaze était un obstétricien français, né en 1891 et décédé en 1957. Il est surtout connu pour avoir développé la méthode Lamaze, une approche d'accouchement qui met l'accent sur les techniques de respiration et de relaxation pour aider les femmes à gérer la douleur et le stress pendant le travail et l'accouchement. Fernand Lamaze a laissé un héritage durable dans le domaine de l'obstétrique. Sa méthode continue d'être enseignée et utilisée dans de nombreux cours de préparation à l'accouchement. L'organisation Lamaze International, fondée aux États-Unis, promeut et enseigne les principes de la méthode Lamaze, dont le but est d'améliorer les expériences des femmes pendant l'accouchement.

⁴ Grantly Dick-Read (1890-1959) était un obstétricien britannique célèbre pour ses travaux pionniers dans le domaine de l'accouchement naturel. Il est surtout connu pour avoir développé et popularisé le concept de l'accouchement sans peur. Ses idées ont exercé une influence significative sur les pratiques modernes d'accouchement et ont contribué à la popularisation de méthodes moins médicalisées et plus centrées sur la femme.

un (ré)apprentissage de l'accouchement à travers des techniques de relâchement musculaire et de respiration. Cette double éducation consiste « d'une part à transmettre des connaissances scientifiques et médicales aux femmes enceintes, d'autre part à leur enseigner des "procédés d'indolorisation", soit des exercices de respiration et de "relâchement neuromusculaire" exécutés dans des postures et à des moments précis. » (Vuille, 2015, p. 41).

Si l'ASD a le mérite de questionner la médicalisation de l'accouchement en préconisant des méthodes non médicamenteuses de gestion de la douleur, il ne contredit pas pour autant le modèle technocratique ni l'autorité des professionnel·les mais le renforce. Selon Vuille (2015) l'ASD a contribué à systématiser des pratiques, telles que l'accouchement sur le dos (position perçue comme non physiologique par de nombreuses féministes et accommodante pour les médecins et les sages-femmes), et à socialiser les femmes à une certaine culture médicale. De plus, l'ASD considère l'accouchement comme un travail d'équipe où la présence d'un·e professionnel·le est nécessaire pour contrôler le déroulement de l'accouchement et guider la parturiente en lui ordonnant les positions à prendre et en rythmant ses respirations. La présence du partenaire, recommandée par Lamaze, est également définie par un rôle précis dans cette division du travail. Les futurs pères deviennent des « coach » qui doivent rappeler à leur compagne les techniques de respirations et relayer les ordres des professionnel·les. La parturiente, quant à elle, se doit de rester concentrée sur son comportement et sur les techniques de respirations apprises devenant ainsi calme et docile, ce qui facilite le travail des professionnel·les (Davis-Floyd, 2003; Maffi, 2014; Vuille, 2015). A partir des années 1970, l'efficacité de l'ASD est de plus en plus remise en cause (Knibiehler, 2016). Les critiques sont renforcées par l'augmentation de la présence de la péridurale dans les grands hôpitaux. La maternité des Bluets évolue alors pour répondre aux exigences des femmes et de leur partenaire, et pallier la multiplication des maternités « alternatives », notamment en rendant ses cours moins « professoraux » au profit d'entretiens en groupe ou en proposant des techniques plus humanistes d'accueil du nouveau-né similaire à celles de Frederick Leboyer et Michel Odent, comme le peau-à-peau ou le clampage tardif (Topçu, 2021).

L'obstétricien français Michel Odent⁵ pour sa part conteste l'accouchement médicalisé de manière plus radicale en poursuivant dans sa maternité de Pithiviers, dans les années 1970, les théories de Frederick Leboyer⁶. Il contribue ainsi à la compréhension de la physiologie de l'accouchement et promeut des pratiques plus respectueuses des processus naturels (Quagliariello, 2017b; Topçu, 2021). L'accouchement serait un processus instinctif et hormonal, qui est facilité par un environnement calme, privé de stress et d'interventions extérieures permettant aux femmes de donner naissance de manière naturelle et sans complications (Odent, 1976). Selon Topçu (2021), Odent repense le non-interventionnisme en l'appliquant à l'ensemble de l'accouchement et part du postulat qu'il s'agit d'un acte naturel et instinctif pour les femmes. Il préconise de laisser ces savoirs se mettre en pratique en faisant « abstraction des formes de socialisation dont l'accouchement a fait l'objet depuis des millénaires, et dont l'interventionnisme infligé par les progrès récents constitue l'apogée » (Topçu, 2021, p. 87). C'est pourquoi, il recommande de tamiser les lumières et d'intervenir qu'en cas de nécessité pour que la parturiente se recentre sur elle-même et sur ses sensations. Il met en avant le rôle crucial des hormones, en particulier de l'ocytocine, dans le déclenchement et le déroulement de l'accouchement. L'ocytocine, souvent appelée "l'hormone de l'amour", favorise les contractions utérines et renforce le lien émotionnel entre la mère et l'enfant.

⁵ Michel Odent est un obstétricien et chirurgien français, né en 1930. Il est particulièrement reconnu pour ses contributions novatrices dans le domaine de l'obstétrique et de la naissance naturelle. Son travail a aidé à sensibiliser sur l'importance d'une approche plus humaine et respectueuse de la naissance, mettant l'accent sur les besoins physiologiques et émotionnels des mères et des bébés.

⁶ Frederick Leboyer, obstétricien français, a révolutionné les pratiques d'accouchement en proposant des approches centrées sur le bien-être du bébé et de la mère. Sa théorie de l'accouchement en douceur préconise un environnement calme et respectueux, avec un contact minimal entre le bébé et les stimuli extérieurs pendant l'accouchement. Leboyer a également introduit le concept du bain de naissance, plongeant le nouveau-né dans de l'eau chaude pour apaiser sa transition dans le monde extérieur. En mettant l'accent sur le contact peau à peau et la communication précoce, Leboyer a favorisé le lien affectif entre la mère et l'enfant dès les premiers instants de la vie, transformant ainsi les pratiques obstétricales et les soins aux nouveau-nés (Quagliariello 2017).

Quelques années plus tard, il innove avec l'accouchement dans l'eau en développant des salles d'accouchement avec baignoire⁷ (Lahaye, 2018).

En promouvant une approche plus respectueuse et physiologique de l'accouchement, Odent met en lumière leurs avantages pour la santé maternelle et infantile. Il affirme que les naissances qui se déroulent dans un environnement calme et non perturbé sont associées à des taux de complications plus faibles et à des expériences plus positives pour les mères et les bébés. Il plaide pour une naissance sans violence et, malgré qu'il soit accusé d'agir de façon irresponsable par ses opposant·es en ignorant le danger inhérent à l'accouchement, ses idées ont eu un impact significatif sur la façon dont la naissance est abordée dans les pratiques obstétricales contemporaines, en mettant en lumière l'importance de la sécurité émotionnelle et de la détente pour une expérience de naissance positive et respectueuse.

1.2.3 Féminisme et accouchement

Les contestations de la médicalisation de l'accouchement jusque dans les années 1970 ont grandement été « pensées depuis l'institution, de l'intérieur de l'institution (avec la mise en place ou l'organisation des maternités dites alternatives) et à l'initiative d'hommes » (Topçu, 2021, p. 94). Comme le met en lumière Topçu (2021), les hommes sont les principaux investigateurs des efforts visant à améliorer les conditions d'accouchement « pour » et « au nom » des femmes. Néanmoins, la maternité dans sa globalité a toujours été un sujet de débats au sein des mouvements féministes, dont les principales réflexions sur l'accouchement s'articulent autour du rapport entre médecine, technique et autonomie des femmes (Gouilhers, 2017).

La première vague de revendications féministes émerge au début du XX siècle et est portée principalement par le mouvement des suffragettes. Ces pionnières du féminisme tentent d'utiliser la maternité comme levier pour accéder à la sphère publique et revendiquer des droits pour les mères et les femmes en général

⁷ L'obstétrique pratiquée à l'hôpital dans lequel se déroule cette recherche est fortement influencée par les conceptions de Michel Odent. On y retrouve également des baignoires dans les salles d'accouchement, la physiologie est privilégiée, les professionnel·les pratiquent le clampage du cordon tardif, etc.

(Knibiehler, 2007). En France par exemple, elles militent pour l'obtention d'un congé maternité pour les travailleuses ainsi que des soins et de l'aide pour les femmes accouchant sans soutien. Leurs revendications, concernant la grossesse et l'accouchement, visent à donner aux femmes un accès aux techniques médicales telles que la péridurale et l'avortement. Ces féministes défendent le droit des femmes à ne pas souffrir pendant l'accouchement et à bénéficier d'une analgésie, remettant ainsi en cause les normes de l'époque qui glorifiaient la douleur des femmes lors de la naissance (Cova, 2005; Knibiehler, 2007).

Le mouvement féministe de la deuxième vague, au début des années 1970, remet en question la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, considérée comme une forme d'oppression et d'exploitation du corps des femmes par le monde médical masculin. Les militantes dénoncent la prise de pouvoir des médecins sur la capacité des femmes à mettre au monde un enfant, assimilant la prise en charge médicale à une forme de domination sur le corps féminin et une tentative de maîtriser la nature et le corps des femmes (Quagliariello, 2017b). Elles manifestent contre les naissances surmédicalisées, considérant que le recours excessif aux techniques médicales et aux interventions obstétricales représente un obstacle au déroulement d'un accouchement "naturel". Le modèle biomédical adopte une vision mécaniciste du corps de la femme qui enfante, cherchant à pallier un corps féminin perçu comme capricieux et imprévisible (Davis-Floyd, 2003). Elles adhèrent alors au modèle de l'accouchement "naturel" ou autres alternatives au modèle hégémonique. Pour ces activistes, ces pratiques offriraient davantage de liberté aux femmes en les éloignant des médecins, de la technique et de la logique du risque. Cependant, ce mouvement a également fait l'objet de critiques de la part de certaines chercheuses féministes, qui y voient une régression pour les femmes, les réassignant à l'espace domestique et à une vision essentialiste de la maternité. D'autres féministes ont remis en question l'opposition entre "naturel" et "culturel", soulignant que le mouvement de l'accouchement "naturel" est lui-même une construction sociale pouvant être tout aussi contrôlante que le dispositif médical classique (Delphy, 1991 ; Gouilhers, 2017).

Dans les années 1990, la troisième vague du féminisme s'organise autour de la défense du choix des femmes, quel qu'il soit (Gouilhers, 2017). Ces militantes et chercheuses soulignent que le véritable choix est souvent compromis par des contextes encore très normés : d'un côté l'accouchement médicalisé avec une prise en charge standardisée et axée sur les risques et de l'autre l'accouchement "naturel" romantisant et essentialisant la naissance (Beckett, 2005). Dans une optique libérale, le choix doit se faire individuellement, en se libérant des normes sociales contraignantes. L'accent est mis sur la diversité des expériences de la maternité et des choix possibles. La médecine et les techniques sont alors vues comme des instruments potentiels d'émancipation pour les femmes, en fonction de leurs usages. Cette troisième vague prône donc une multiplicité de parcours maternels légitimes, loin des diktats normatifs (Gouilhers, 2017).

1.3 Perspectives de l'accouchement "naturel"

Pour comprendre les enjeux liés à l'accouchement "naturel", il est crucial de ne pas le percevoir comme une catégorie universelle et fixe, mais plutôt d'examiner le contexte intellectuel et politique spécifique de son émergence. La question du "naturel" se contextualise dans la dichotomie nature/culture, une conceptualisation propre à la pensée occidentale moderne, qui repose néanmoins sur une construction sociale et culturelle (Ortner, 1974). La notion d'accouchement "naturel" émerge comme critique des crises diverses de la société moderne, notamment l'industrialisation, le capitalisme et le matérialisme. Face à ces maux, une des solutions proposées réside dans un retour à la "nature", concept pluriel englobant le rural, le primitif, le spirituel et l'instinctif (Moscucci, 2003). Ce phénomène révèle ainsi un désir de renouer avec des éléments perçus comme authentiques et intrinsèquement bénéfiques dans un monde en proie à des transformations rapides et souvent perçues comme déshumanisantes. Ce retour à la nature s'est vu investi de valeurs dites féminines, telles que l'amour, la coopération et l'altruisme, en contraste avec les qualités destructrices traditionnellement attribuées à l'homme (Moscucci, 2003). Cette conceptualisation de la dichotomie nature/culture découle de la vision des philosophes des Lumières, qui conçoivent la nature comme une entité positive, un modèle pour la moralité, la science et la vie sociale (Maffi, 2013, p. 16). En

Grande-Bretagne notamment, dès la fin du XIX siècle, les théories évolutionnistes et les théories sur l'hérédité des maladies conduisent à la crainte d'une régression biologique et sociale. La baisse du taux de natalité, la pauvreté dans les zones urbaines et les maladies renforcent ces craintes de dégénérescence raciale et de déclin social. La santé publique devient un sujet de débat intense, avec des partisans de la prévention environnementale et des adeptes de l'eugénisme qui prônent des politiques pour limiter la reproduction des individus jugés de « mauvaise qualité » et encourager celle des « bons » individus (Moscucci, 2003). C'est dans ce contexte que le gynécologue obstétricien Gantly Dick-Read développe la notion d'accouchement "naturel" dans son ouvrage *Natural Childbirth*, publié en 1933.

D'autres part, l'accouchement "naturel" repose sur approche "biosociale" de la naissance (Jordan 1993) selon laquelle tous les accouchements sont déterminés à la fois par la biologie et par le contexte social, qui comprend, entre autres, les idées culturelles, la préparation, les systèmes de soutien et la technologie (Mansfield, 2008). Le modèle médical repose sur une vision dualiste et technocratique, où le progrès est défini comme la domination de la société civilisée sur une nature primitive, et les pratiques technologiques sont perçues comme supérieures car elles garantissent le contrôle humain dans l'accouchement (Mansfield, 2008). Ceci entraîne une représentation du corps comme une machine (Lupton, 1994). Cette dichotomie nature/culture est pourtant une construction sociale et culturelle (Ortner, 1974). Les avancées de la médecine obstétricale moderne ont abouti à la création de technologies hybrides qui brouillent les frontières entre nature et culture, donnant lieu au paradigme de "biosocialité". Ce régime repose sur une fusion entre la connaissance et la manipulation de la nature, générant ainsi ce que l'on pourrait appeler une "nature artificielle" (Rabinow, 1996, cité dans Maffi, 2013).

La dichotomie imaginaire nature/culture persiste, notamment dans les discours et les pratiques liés à l'accouchement. Dans ce contexte, l'association entre la femme et la nature demeure profondément ancrée, reflétant ainsi une perception de la maternité comme un processus essentiellement naturel (Maffi, 2013). Cette association repose sur la conception de l'homme et du corps masculin comme

réfèrent neutre et la conception du corps féminin comme défectueux, nécessitant la supervision et l'intervention de la médecine pour palier ses défauts (MacCormack & Strathern, 2001). Le masculin est alors associé au culturel et le féminin au naturel. Selon cette perspective, la médecine se substitue aux processus naturels risqués et cherche à contrôler le corps des femmes à travers une médicalisation intensive de la sexualité et de la reproduction. L'adhésion à l'accouchement "naturel" s'inscrit alors dans un rejet du modèle médical et de son contrôle sur le corps féminin ainsi que dans un refus de la perception de la dichotomie nature/culture genrée, qui essentialise les femmes (Mansfield, 2008).

Ainsi, l'accouchement "naturel" prôné par Frédéric Leboyer, Fernand Lamaze et Michel Odent, au contraire de celui de Dick-Read, n'est plus associé au pronatalisme et à l'eugénisme, mais au féminisme et au consumérisme⁸ des offres se multipliant autour de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité. Certains courants féministes des années 1970 sont attirés par l'idée de l'accouchement "naturel" car leurs représentantes considèrent la technologie obstétricale comme une tentative de contrôler les corps des femmes. De même, elles sont séduites par l'accouchement "naturel" en raison de leur opposition à l'approche réductionniste et à l'absence de considération pour le bien-être holistique des femmes dans l'obstétrique moderne. Elles plaident pour un changement de paradigme dans les soins maternels, mettant en avant l'importance de prendre en compte les aspects sociaux, psychologiques, voire spirituels, de l'accouchement plutôt que des préoccupations purement techniques (Moscucci, 2003).

1.4 Enjeux de la médicalisation et de la technicisation de l'accouchement

1.4.1 Médicalisation et technicisation et physiologie

La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, comme d'autres domaines de la vie tels que la vieillesse, la sexualité, ou la ménopause, reflète un

⁸ Batifoulier et Da Silva (2022), définissent le "capitalisme sanitaire" comme un concept émergent qui décrit les mécanismes capitalistes à l'œuvre dans le domaine de la santé. Selon eux, le capitalisme sanitaire se manifeste par une marchandisation croissante des services de santé, où la rentabilité économique prime sur les considérations de bien-être et de santé publique.

processus complexe de transformation sociétale où la médecine devient la source d'explication de domaines initialement non médicaux. Selon Conrad (2007), la médicalisation s'applique lorsque « un problème est défini en termes médicaux, décrit en langage médical, compris par l'adoption d'un cadre médical, ou "traité" par une intervention médicale » (p.5, ma traduction). Ce concept est élargi par Clarke et al. (2010) à la notion de biomédicalisation, un courant apparaissant au milieu des années 1980. Ils/elles effectuent la distinction suivante : « les pratiques de médicalisation mettent généralement l'accent sur l'exercice d'un contrôle sur les phénomènes médicaux - maladies [disease et illness], blessures, dysfonctionnements corporels. En revanche, les pratiques de biomédicalisation mettent l'accent sur les transformations de ces phénomènes médicaux et des corps, en grande partie par le biais d'interventions technoscientifiques immédiates, non seulement pour le traitement, mais aussi, de plus en plus, en vue d'augmenter les capacités des corps » (Clarke et al., 2010, p. 2, ma traduction). La biomédicalisation permet une compréhension plus large que la médicalisation, en mettant l'accent spécifiquement sur l'application des principes et des méthodes de la biologie, à la compréhension et au traitement des problèmes de santé, à travers les technosciences et la transformation/l'amélioration des corps (Clarke et al., 2010). Ainsi, la grossesse et l'accouchement deviennent des "catégories légitimes d'intervention médicales" où la médecine exerce une influence prépondérante, définissant les problèmes, leur traitement et les normes entourant ces événements (Delanoë, 2006). La (bio)médicalisation⁹ de l'accouchement est justifiée alors à travers le recours à l'argumentaire des risques potentiels, tels que la mortalité maternelle et les complications graves pour la mère et le fœtus, intrinsèques au processus de la naissance. Bien que les professionnel·les de santé considèrent la grossesse et l'accouchement comme des processus physiologiques, leurs déroulements restent incertains, avec la possibilité de complications graves et imprévisibles (Maffi & Gouilhers, 2019). Par conséquent, les hôpitaux sont perçus comme le lieu le plus approprié pour gérer ces risques, grâce à la surveillance offerte par

⁹ Dans la suite de ce travail, je ferai plutôt référence au concept de médicalisation que de biomédicalisation, qui est moins présent dans l'accouchement que dans la grossesse.

les dispositifs techniques et les connaissances médicales (Carricaburu, 2007; Jacques, 2007).

Cependant, la médicalisation de l'accouchement « fait face à des critiques qui dénoncent les effets iatrogènes de cette "techno-biomédicalisation" (Topçu et Brown, 2019) ainsi que l'appropriation du corps des femmes par l'institution médicale (Quagliariello, 2019) ». (Schantz et al., 2021, p. 9). Selon Davis-Floyd (2003), le système médical conçoit le corps féminin comme capricieux et imprévisible et résout cette défaillance en le contrôlant par les interventions technicisées, transformant l'accouchement en un processus "sûr" et "prévisible". A travers son concept de *technocratic birth*, cette autrice critique les tentatives des médecins de dompter la nature, et par extension le corps des femmes, afin de contrôler celui-ci. Cette domination se manifeste par l'utilisation de techniques, l'échographie ou la péridurale, et de pratiques, telles que l'accouchement sur le dos. La technicisation de l'accouchement entrave alors le processus d'un accouchement "naturel" en éloignant les femmes de leur propre corps et peut être perçu comme une remise en question de l'autonomie des femmes dans le processus de reproduction (Burgnard, 2010; Davis-Floyd, 2003; Jacques, 2007). Par ailleurs, la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement est également critiquée pour son impact sur l'expérience des femmes. Elle peut conduire à une vision de la grossesse et de l'accouchement comme des événements pathologiques plutôt que physiologiques, ce qui peut engendrer des sentiments d'anxiété et de peur chez les femmes enceintes (Coxon et al., 2016). De plus, la rigidité des protocoles médicaux et hospitaliers limiteraient les choix des femmes en matière de prise en charge de leur accouchement, en les orientant systématiquement vers des interventions médicales plutôt que vers des approches plus naturelles.

Toutefois, Gouilhers (2017) remet en question la notion d'accouchement "naturel", soulignant que cette rhétorique peut aussi être contraignante, voire essentialisante, pour les femmes. Elle insiste sur l'importance du droit des femmes à effectuer leurs propres choix en matière d'accouchement, que ce soit en optant pour des interventions médicales telles que la césarienne, la provocation, la péridurale ou en choisissant un accouchement physiologique.

Les femmes peuvent se réapproprier la médecine et les techniques médicales, afin de déconstruire les normes traditionnelles entourant la maternité¹⁰. Selon Maffi (2012), l'accent mis sur la physiologie dans le modèle de l'accouchement naturel impose de nouvelles normes aux femmes. L'accouchement est transformé alors en une « performance de la féminité et en une nouvelle expression à la responsabilité maternelle vis-à-vis de l'enfant. [...] Aujourd'hui, les femmes sont prises entre deux normes : d'une part, elles doivent se soumettre aux interventions médicales de routine pour gérer les aléas du processus physiologique théorisé par la médecine ; d'autre part, elles doivent prouver leur capacité à accomplir une "bonne naissance" au nom de leur réalisation personnelle et (encore une fois) du bien-être de l'enfant » (Maffi, 2012, p. 61). Gouilhers (2017) incite alors à dépasser l'opposition qui considère la médecine et les technologies comme des instruments coercitifs pour les femmes et la nature comme idéal.

1.4.2 Risques obstétrical et pathologisation de l'accouchement

Le monde médical justifie la médicalisation de l'accouchement et sa prise en charge technicisée par la présentation de cet évènement comme incertain et comme situation à risque vital pour la mère et l'enfant (Carricaburu, 2007; Vuille, 2016). La prédominance de la prévention des risques est caractéristique du système médical et obstétrical contemporain. Comme le souligne Carricaburu (2007), cette approche incite les professionnel·les de la naissance à se focaliser davantage sur la pathologie que sur la physiologie¹¹. De plus, la formation

¹⁰ On peut penser ici à Donna Haraway. Dans son célèbre essai "Manifeste cyborg" (1985), elle avance l'idée des cyborgs comme une solution pour libérer les femmes de l'oppression de la maternité. Elle envisage les cyborgs comme des êtres hybrides, fusionnant la biologie et la technologie, capables de transcender les limites biologiques imposées par le genre et la reproduction. Pour Haraway, les cyborgs représentent un moyen de résister aux normes traditionnelles de genre et de remettre en question les catégories rigides de la nature et de la culture. En adoptant une perspective cyborg, les femmes peuvent s'affranchir des rôles traditionnels de mère et de reproductrice, et revendiquer une autonomie corporelle et intellectuelle. Haraway voit dans cette fusion de l'humain et de la machine une voie vers la libération des femmes de l'oppression patriarcale et de la domination de la biologie.

¹¹ L'approche centrée sur la pathologie, constitutive de la spécialisation d'obstétrique et de la distinction avec la profession de sages-femmes, engendre une division du travail entre ces deux catégories de professionnel·les de la périnatalité. Les médecins s'occupent de la pathologie et les sages-femmes de la physiologie. Cette répartition, entre coopération, délégation et concurrence (Carricaburu, 2010), reste néanmoins un enjeu de luttes (Carricaburu, 2010; Cristofalo et al., 2023).

médicale met principalement l'accent sur la pathologie. Selon cette vision, le risque zéro n'existe pas, et toute grossesse, même qualifiée de « bas risque », est susceptible de basculer dans la pathologie à tout moment. Cette perspective conduit à une appréhension biaisée de l'accouchement, où tous les accouchements sont traités de la même manière, qu'ils soient physiologiques ou pathologiques (Canguilhem, 2013; Carricaburu, 2007; R. E. Davis-Floyd, 1987; Maffi, 2012).

Dans la société contemporaine, le concept de risque revêt une importance capitale, comme le souligne Beck (2003) dans son analyse de "*la société du risque*". La perspective probabiliste du danger, détecté et maîtrisé grâce aux approches scientifiques perçues comme rationnelles, a été renforcée par les développements technologiques et industriels augmentant la gestion des risques dans les sociétés modernes (Beck, 2003). Le domaine médical et le développement de la santé publique ainsi que l'avènement de l'*Evidence Based-Medicine* (médecine fondée sur les preuves) en sont des manifestations concrètes : les pratiques médicales sont standardisées à partir de l'évaluation des risques, basée sur des données scientifiques. Cette démarche a pour objectif la réduction de l'incertitude et la promotion des interventions préventives et thérapeutiques jugées optimales (Gouilhers, 2017; Topçu, 2021). Ainsi, même si les taux de mortalité maternelle et infantile ont considérablement diminué, les potentielles complications aiguës continuent d'occuper une place centrale dans les représentations des professionnel·les et des femmes enceintes (Carricaburu, 2007 ; Schantz et al. 2021).

Dans ce contexte, le monde médical, en particulier en obstétrique, tend à percevoir le risque comme étant neutre et objectif (Lupton, 1993). Cependant, les recherches en sciences sociales révèlent que le risque est en réalité un phénomène à la fois politique et moral (Le Breton, 2022). Cette perception du risque incite la responsabilité individuelle et l'autonomie dans la prise en charge de sa propre santé. Les femmes enceintes se retrouvent au cœur de cette injonction à la responsabilité, qui se manifeste à travers la charge de garantir la santé optimale du fœtus en suivant scrupuleusement les recommandations médicales (Lupton, 1993). Cette pression constante s'intensifie par une

hypersensibilité face au risque, notamment en obstétrique, où la mort d'un enfant ou d'une femme pendant ou après l'accouchement est socialement insupportable (Lupton, 1993; Memmi, 2011). Cette pression accrue conduit à une médecine défensive, où les professionnel·les de santé anticipent les éventuels procès et adaptent leur pratique en conséquence (Manai-Wehrli & Hammer, 2010).

1.4.3 Violences institutionnelles, de genre, et obstétricales

L'émergence du concept de « violences obstétricales » témoigne d'une prise de conscience croissante des dynamiques de pouvoir et de contrôle dans le contexte médical de l'accouchement. Dans une société où la médicalisation et la technicisation de la naissance dominent, les voix des femmes se sont élevées pour dénoncer des traitements déshumanisants et une surmédicalisation lors de l'accouchement (Schantz et al., 2021). Dans les années 1970, quelques féministes avaient déjà dénoncé les violences systémiques de *l'establishment* obstétrical, décrivant une obstétrique pratiquée de manière méprisante, infantilisante et tortionnaire (Topçu, 2021). Cependant, selon Topçu (2021) « si le pouvoir quasi colonisateur exercé par l'obstétrique (et ses praticien·nes) sur le corps des femmes est ainsi dénoncé, nous sommes encore à l'époque loin du flux des témoignages d'aujourd'hui, publiés en grande partie en ligne, et qui ont permis aux militantes contemporaines de transformer les violences gynéco-obstétricales en un problème public » (Topçu, 2021, p. 98). Ces revendications ont d'abord pris forme en Amérique latine dès les années 2000, avec des mobilisations sociales et des recherches scientifiques (Diniz et al., 2021). La loi argentine de 2009, qui reconnaît les violences obstétricales comme des pratiques dégradantes et pathologisantes, illustre cette tendance à la reconnaissance légale de ces problématiques (Vacaflo 2016). En Europe, notamment en France, ces violences ont été visibilisées dans les années 2010, par des associations de femmes, puis relayées dans les médias. Ces dénonciations ont abouti à la création d'organismes de surveillance, tels que l'observatoire des violences gynécologiques et obstétricales en 2017, ainsi qu'à la publication de rapports officiels (Schantz et al., 2021, p. 10 ; Michel et al., 2021).

Le concept de « violences obstétricales » vise à dénoncer non seulement des gestes médicaux inappropriés, tels que des interventions sans consentement ou

non justifiées sur le plan médical, mais aussi des formes de domination institutionnelle qui privent les femmes de leur autonomie décisionnelle et de leur expérience subjective (Michel, 2022). Les violences obstétricales s'inscrivent alors dans les violences faites aux femmes de manière générale et les inégalités de genre. Ces discriminations et violences découlent de rapports de force historiquement inégaux entre les genres, qui reposent sur « la construction sociale et culturelle des hommes et des femmes, en raison de leur différence physique, biologique, sexuelle et sociale » (Vacaflor, 2016, p.11). Ainsi les stéréotypes attribués aux femmes, tels que l'émotivité, l'instinct maternel, la vulnérabilité, la faible tolérance à la douleur ou encore le manque de volonté autonome, sont perçus comme vrais et influencent les comportements des individus. Ces représentations sont renforcées lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte, et véhiculent une vision essentialisée et infantilisante de la femme en tant que personne vulnérable et incompétente à prendre des décisions (Klein, 2016). Les stéréotypes de genre se révèlent problématiques lorsqu'ils dépassent les simples perceptions pour impacter les droits fondamentaux et les opportunités des femmes, notamment en les privant de leur autonomie et de leur pouvoir de décisionnel au profit des connaissances médicales des médecins.

Cependant, le terme de violence obstétricale crée polémique, notamment chez les professionnel·les de santé, qui remettent en question l'intention présumée de maltraitance associée à l'utilisation du terme "violences". Selon Michel et Squires (2018), « il s'agit de désigner, pour pouvoir le penser, un système, dont les acteurs ne sont pas seulement des individus, mais aussi des institutions, des protocoles, des normes, des valeurs, des coutumes, qui sont particulièrement puissantes en périnatalité » (p. 4). Ce concept permet de lever les « injustices épistémiques » (Schantz et al., 2021, p. 12) qui disqualifient le vécu et la parole des femmes, ouvrant ainsi la voie à une réappropriation de leur pouvoir sur leur corps et de leur expérience de l'accouchement. Cependant, la lutte contre les violences obstétricales nécessite également une remise en question plus large du modèle médical technicisé, afin de rétablir une connexion émotionnelle et humaine essentielle dans la prise en charge des naissances.

1.5 La culture de la naissance en Suisse romande, entre pratiques médicales et attentes des femmes

À la lumière de ces perspectives et de cet aperçu historique, il ressort que l'accouchement est un processus autant physiologique que culturel et social (Jordan, 1993) qui est pris dans des dynamiques de revendications, de luttes et de réappropriations. Néanmoins la manière de vivre cet évènement n'en reste pas moins normative pour les femmes, leur partenaire, et les professionnel·les de la périnatalité. Cette recherche s'intéresse à la culture de la naissance dans une maternité de Suisse romande, à travers les représentations de l'accouchement et le vécu des femmes et de leur partenaire en regard des représentations et des pratiques des professionnel·les de la périnatalité. Pour ce faire, je me distancie des approches considérant la médecine, les techniques et les risques comme des instruments coercitifs pour les femmes, tout en reconnaissant leur nature dynamique et normative. Les normes médicales et les pratiques des professionnel·les de santé s'ajustent au contexte social et aux attentes des femmes, tout comme elles influencent les choix en matière de naissance ainsi que les vécus des couples lors de l'accouchement

Dans un premier temps, j'analyserai les attentes des couples en matière de naissance à travers leurs représentations de l'accouchement ainsi que celles des professionnel·les de santé. Ces représentations sont marquées par la vision de l'accouchement comme processus naturel mais risqué et incertain nécessitant alors une surveillance médicale. Puis, je mettrai en lumière, le rapport qu'entretiennent les femmes face aux discours et aux informations sur l'accouchement (récits d'accouchement, médias, livres, discours des professionnel·les de la périnatalité), ainsi que l'influence qu'ont les cours de préparation à la naissance sur les désirs des femmes quant à leur accouchement. Dans un second temps, il s'agira de comprendre le vécu de la naissance des couples à travers le récit qu'ils/elles en font. Ces expériences sont façonnées par les attentes qu'ont les soignant·es des rôles des femmes et de leur partenaire pendant l'accouchement ainsi que par la gestion des imprévus survenant au cours de l'accouchement. Puis, je montrerai comment les pratiques des professionnel·les de la maternité étudiée s'adaptent aux attentes des femmes et

la manière dont ces transformations sont vécues par les couples. Je présenterai enfin comment les transformations des pratiques impactent le travail des soignant·es en générant des revendications et des luttes professionnelles.

Chapitre 2: ÉLÉMENTS MÉTHODOLOGIQUES

Cette étude est le fruit de plusieurs intérêts de recherche qui m'ont accompagné tout au long de mon master. D'un côté, la question du système de santé de manière générale et celle du système hospitalier et des dynamiques qu'il produit autant sur les professionnel·les qu'entre professionnel·les et patient·es. De l'autre, les questions féministes et celles du rapport au corps et à son façonnage multifactoriel. Ainsi, de fil en aiguille les problématiques de santé féminines et reproductives se sont imposées tout au long des travaux que j'ai pu réaliser dans mes différents cours. Le choix du sujet de l'accouchement et de son vécu par les couples découle d'un précédent travail sur les accouchements à domicile ainsi que la gestion de la douleur et du risque. J'ai alors souhaité continuer cette réflexion mais en l'abordant cette fois-ci sous le prisme non plus d'un choix alternatif mais au sein du modèle de l'accouchement hospitalier hégémonique. Pour ce faire, la démarche ethnographique et les observations de terrain ont permis de documenter et d'analyser les pratiques des acteur·rices dans leur contexte, mettant l'accent autant sur leurs pratiques réelles que sur les discours qu'ils/elles produisent. Les entretiens semi-directifs offrent une exploration des discours, des systèmes de valeurs et de représentations, ainsi que du sens personnel que les individus donnent à leurs vécus et expériences autour de l'accouchement. Plus spécifiquement, c'est la relation entre ce qui est dit et ce qui est fait qui se révèle particulièrement instructive pour l'analyse, en accordant une attention sérieuse aux deux aspects (Lahire 2002).

Mes observations étaient basées sur la méthode du shadowing, qui consiste à suivre les professionnel·les dans leur travail afin de réaliser des observations sans perturber ni leurs pratiques, ni l'activité du service (Czarniawska, 2007). Contrairement à d'autres méthodes d'observations lors desquelles le/la chercheur·euse participe aux activités, le shadowing est une observation passive et qui cherche à minimiser son impact sur la situation. Il s'agit de rester silencieux·euse et de ne pas interagir afin de ne pas perturber le travail des professionnel·les. L'intérêt de cette méthode réside dans la proximité qu'entretient le/la chercheur·euse avec la situation afin de saisir les détails et les nuances des interactions sociales, des pratiques et des comportements. Le

shadowing est généralement réalisé sur une période étendue afin de capter les variations et les patterns dans les comportements et les interactions au fil du temps. Cependant, plus d'une fois je me suis retrouvée à rendre de petits services aux professionnel·les quand ils/elles me sollicitaient (surveiller un bébé, apporter ou ouvrir du matériel lors d'une consultation, répondre au téléphone, tenir une lampe, etc.), voire aux femmes (leur tenir la main, porter leurs affaires, etc.). A chaque fois, je demandais l'accord à la femme avant d'intervenir. Ces observations participantes, avec ces légères implications ponctuelles pour rendre service, ont facilité ma présence en la rendant moins artificielle autant pour moi que pour les professionnel·les. Souvent, ces situations m'ont permis d'établir un contact et un lien de confiance avec les médecins ou les sages-femmes. Par ailleurs, je n'ai pas adopté la tenue des professionnel·les lors de mes observations, à l'exception de la tenue requise pour le bloc opératoire, bien que plusieurs personnes me l'aient proposé. Je souhaitais limiter la confusion quant à la raison et aux enjeux de ma présence, en évitant d'être prise pour une professionnelle de santé, bien que cette démarche ne garantisse pas que les femmes et leur partenaire saisissent réellement mon rôle et mon travail. Les couples, mais de manière plus générale les patient·es, ont l'habitude qu'il y ait plusieurs personnes lors des consultations hospitalières sans véritablement comprendre la raison de leur présence. Par ailleurs, d'autres professionnel·les travaillant à l'hôpital, tels que certain·es médecins, psychologues ou conseiller·ères, ne portent pas la blouse blanche. Ainsi, si certaines femmes et leur partenaire étaient intrigués par ma présence et me remarquaient immédiatement, d'autres au contraire ne semblaient pas surpris·es que je sois là et n'auraient pas interrogé ma présence si je ne m'étais pas présentée. Les couples avaient souvent peu, voire pas, de questions sur ce qu'impliquait ma recherche et ma présence lors des consultations.

2.1 Accès au terrain et à la recherche

L'accès au terrain de cette recherche s'est fait grâce à ma directrice de mémoire, la Professeure Irene Maffi, qui venait de terminer elle-même un terrain au sein de l'hôpital en question. Connaissant l'enthousiasme du médecin chef d'unité d'obstétrique pour l'anthropologie et les méthodes qualitatives, elle m'a proposé

de nous mettre en contact afin de lui présenter mon projet de recherche. Le contact avec la maternité s'est donc fait facilement et les responsables ont donné rapidement leur accord pour que je réalise mon terrain. Cependant, malgré cette autorisation, un long et fastidieux processus auprès d'une commission d'éthique a dû être mené. Cette recherche tombe sous coup de la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH). Cette loi « vise à protéger la dignité, la personnalité et la santé de l'être humain dans le cadre de la recherche » (RS 810.30, s.d.). Celle-ci légifère toute recherche impliquant la participation d'êtres humains ainsi que la recherche basée sur des données de santé et du matériel biologique. La présente étude se trouvant alors à la limite de cette loi, il a été nécessaire de passer devant la commission d'éthique du canton de Vaud (CER-VD) pour approuver le projet. Un parcours long de neuf mois, ironie du sort comme me le feront souvent remarquer plusieurs personnes au cours de mon terrain, a alors débuté. Les démarches ont probablement pris plus de temps à cause de mon manque d'expérience, et du fait qu'aucun cours durant la formation universitaire n'est dédié à ces procédures éthiques. Ainsi, au cours de ce processus, j'ai été confrontée à plusieurs difficultés. Tout d'abord, les protocoles et formulaires de la CER-VD sont principalement basés sur la recherche médicale et les essais cliniques. Les précisions méthodologiques sont quantitatives et ne s'appliquent pas, pour la plupart, à une démarche anthropologique qualitative et inductive. Ceci traduit, il me semble, une méconnaissance des méthodes et de la déontologie en sciences sociales, qui nécessite de justifier autant la pertinence méthodologique que le respect éthique de l'étude menée. De même, comme le souligne Desclaux (2008), la notion de secret professionnel, par exemple, est souvent considérée comme propre au domaine médical, ce qui semble influencer la perception des membres des comités. Je me suis retrouvée à restreindre mes ambitions et mes envies de recherche, telles que l'observation de certaines consultations, pour correspondre aux attentes de la commission d'éthique et pour faciliter l'acceptation de mon projet. Cette autolimitation s'est également retrouvée sur le terrain, lorsque plusieurs fois il m'a été proposé d'accompagner des médecins dans des consultations, et que je me trouvais un peu empruntée à ne pas savoir si cela respectait ou non mon protocole éthique. Par ailleurs, la question de l'obtention

du consentement des femmes et leur partenaire s'est également révélée épineuse. Initialement, je souhaitais obtenir un consentement oral afin de favoriser un premier échange informel et détendu avec elles/eux. Cependant, la CER-VD a préféré que le consentement se fasse par écrit, avec une feuille d'information standardisée et un formulaire de consentement à signer. Bien que consciente de l'importance de l'information et du consentement éclairé¹² dans la recherche, ces formulaires d'information de 6 pages ont également été des freins à la participation de certaines personnes. Souvent, alors que j'abordais les femmes au post-partum pour leur proposer de participer à ma recherche, elles étaient surprises de la longueur et de la densité des informations du formulaire, ce qui les dissuadait de participer. Je me suis alors retrouvée à m'excuser d'emblée auprès des couples de l'aspect « indigeste » et protocolé du formulaire, et à leur expliquer oralement ce qu'il contenait. De plus, le fait de communiquer une information écrite et standardisée nécessite de savoir lire et de bien maîtriser le français, ce qui m'a poussée à recruter davantage des couples de milieux sociaux moyens, voire élevés.

Malgré ces difficultés rencontrées et les biais qu'elles engendrent, avoir l'accord de la CER-VD a été un facilitateur d'accès au terrain. La principale crainte des professionnel·les de santé tournait autour du secret médical. Ils/elles étaient alors rassuré·es de savoir que j'avais l'aval d'un comité éthique et moi-même j'étais soulagée de pouvoir m'appuyer sur leur accord.

2.1.1 Présentation du terrain

Le terrain de cette recherche s'est déroulé dans un hôpital de taille moyenne de Suisse romande : l'hôpital H¹³. Cet hôpital est le résultat de la fusion de deux plus petits hôpitaux régionaux. Un terrain de six mois avait initialement été prévu mais pour des raisons de délai universitaire quant à la durée totale du master, et les démarches auprès de la CER-VD ayant été plus longues que prévues, ma

¹² L'information et le consentement éclairé sont primordiaux dans l'éthique de la recherche, mais demeurent difficilement atteignables, car ils sont imbriqués dans des dynamiques de pouvoir et de compréhension des enjeux (litteracy).

¹³ Pour des raisons de confidentialité, dans la suite de ce travail j'appellerai cet hôpital *l'hôpital H et la maternité H*.

présence sur le terrain a été réduite à quatre mois. Celui-ci s'est déroulé entre novembre 2023 et février 2024 où j'étais présente dans le service en moyenne deux jours par semaines. Les deux premiers mois ont été effectués dans le service du post-partum puis les deux mois suivants ont été consacré à l'observation des consultations, des urgences obstétricales et de la salle d'accouchement. Les observations du quotidien de l'équipe médico-soignante ont été complétées par la participation à des cours de préparation à la naissance (PAN), d'une formation sur l'allaitement à destination des professionnel·les de la maternité et de la pédiatrie, et d'un cours de portage.

Il me semble important de détailler l'ambiance dans laquelle s'est déroulée mon terrain. Quelques jours avant de commencer, lors d'un rendez-vous avec le médecin chef d'unité ainsi qu'une des sages-femmes cheffe d'unité de soins (ICUS) afin d'organiser mon arrivée, le médecin m'a informée de certaines tensions au sein de l'équipe. Une partie des sages-femmes ne partageait pas la vision et la direction prise par les cadres de la maternité, et avait récemment fait appel à leur syndicat pour défendre leurs revendications. Celles-ci concernaient principalement les conditions et la charge de travail, la communication au sein du service et les protocoles notamment au sein de la salle d'accouchement. Bien que ces revendications et ces tensions ne soient pas en lien direct avec le sujet de ma recherche, ce contexte doit tout de même être pris en considération dans le déroulement de mon terrain et dans mes interactions avec les professionnel·les de santé. J'ai en effet ressenti une plus grande méfiance de la part des sages-femmes en général qui étaient moins enclines à échanger avec moi et à me laisser les accompagner dans leur travail. Une partie d'entre elles pouvaient avoir l'impression que j'étais une espionne à la solde du médecin chef de l'unité d'obstétrique, peu apprécié par certaines sages-femmes lors de mon terrain. Au contraire, d'autres sages-femmes ont vu ma présence et nos échanges comme une opportunité pour valoriser leur travail ou leurs revendications. J'étais alors perçue comme une alliée et une intermédiaire entre elles et leurs responsables.

Le climat tendu au sein de la maternité et plus précisément au sein du service du post-partum a rendu les observations difficiles. Sur une douzaine de journées passées dans le service je n'ai pu suivre que 4 fois des sages-femmes sur une

partie de la journée. Afin de maximiser mes chances de trouver une personne étant d'accord que je l'accompagne, j'arrivais le matin en même temps que les sages-femmes. Ainsi, j'assistais aux transmissions et prenais connaissance des femmes et des situations du post-partum. A la fin de la transmission, je leur demandais si l'une d'entre elles acceptait que je la suive. Cependant, plusieurs facteurs n'ont pas facilité mon attribution quotidienne à une sage-femme. Tout d'abord la transmission durait souvent longtemps (près de 45 minutes au post-partum, alors que la transmission de la salle d'accouchement et le colloque médical durent 15 minutes) et était ponctuée de remarques et de discussions. Il arrivait régulièrement que quelques sages-femmes, qui avaient reçus les informations pour leurs patientes, partent avant la fin pour commencer leur travail. Ce fonctionnement rendait difficile mon attribution à une personne référente pour la journée. A cette complication s'est ajoutée une mécompréhension par l'équipe de ma recherche et de ma méthodologie. La majorité des sages-femmes pensait que je n'étais présente que pour rencontrer des femmes et faire des entretiens. Malgré mes multiples explications tout au long de mon terrain, il me semble qu'elles n'ont pas compris l'intérêt des observations. Par ailleurs, la présence quasi permanente d'étudiantes stagiaires et les sous-effectifs réguliers dans le service ont entravé mes observations. Afin qu'il n'y ait pas trop de monde dans les chambres et pour respecter l'intimité des femmes, les sages-femmes souhaitent ne pas avoir plus d'une personne observatrice. Cette règle tacite, tout à fait compréhensible, m'a poussé à laisser ma place aux étudiantes pour ne pas entraver leur formation et à faire passer ma recherche au second plan. Finalement les sous-effectifs dont souffrait régulièrement le service participaient à augmenter la surcharge de travail et le stress général de l'équipe.

A travers la description de cette première partie de terrain, je n'ai nullement l'intention de me plaindre ou de reprocher à l'équipe son comportement. Je comprends les difficultés rencontrées au quotidien par les professionnel·les de santé. Il s'agit plutôt de présenter le terrain le plus précisément et objectivement possible. Ces contraintes font parties des aléas d'un terrain avec lesquelles il faut composer, s'adapter et réagir. J'ai donc pris mon mal en patience et j'en ai profité

pour aller me présenter aux femmes afin de leur exposer ma recherche, leur proposer d'y participer et j'ai mené quelques entretiens avec celles le souhaitant. J'ai également passé une grande partie de mon temps au *desk* à écouter les discussions informelles entre les professionnel·les des différents services (maternité, néonatalogie, pédiatrie, psychiatrie, profa, etc.). Ceci m'a permis d'avoir également des conversations enrichissantes avec des professionnel·les que je n'aurais pas forcément rencontré·es autrement. Finalement, j'ai décidé de participer à différentes journées que l'on m'a proposées, telle que la formation à l'allaitement, et d'aller observer les cours de préparation à la naissance.

La seconde partie de mon terrain s'est déroulée auprès des médecins et des sages-femmes de la salle d'accouchement. L'accueil a été plus chaleureux et j'ai tout de suite ressenti un intérêt pour ma recherche. Le même procédé a été appliqué que pour la première partie : j'arrivais le matin pour le colloque de la salle, puis je suivais les médecins au colloque médical. A son terme, je demandais au/à la chef·fe de clinique du jour quelle personne je pouvais accompagner. Après quelques fois, ayant mieux compris le fonctionnement des différents postes, je m'adressais directement à la personne d'un poste précis afin de pouvoir l'accompagner et ainsi observer toutes les activités. J'ai ainsi pu faire des observations : lors des consultations obstétricales ; lors des urgences obstétricales ; accompagner le/la médecin en salle d'accouchement ; suivre toute une journée une sage-femme en salle d'accouchement, et au bloc opératoire lors d'un accouchement qui s'est terminé par une hémorragie ; et finalement j'ai passé une journée à la consultation psycho-sociale de 34-38 semaine (voir infra, p. 100-102). Cette seconde partie de terrain a donc été particulièrement enrichissante et stimulante.

Finalement, comme me l'ont fait remarquer à plusieurs reprises certaines sages-femmes, la valorisation du vécu de l'accouchement et la naissance positive et bienveillante - pour reprendre les termes employés au sein du service – sont des sujets d'actualité. Ainsi pendant la durée de mon terrain une autre étude abordant

plus ou moins les même thèmes¹⁴ avait lieu et une autre sur les violences obstétricales étaient sur le point de commencer. Ne considérant pas ces autres études comme de la concurrence mais plutôt me réjouissant de constater l'intérêt scientifique pour ces thématiques et les diverses approches choisies, mon avis n'était pas toujours partagé. Outre le fait que quelques sages-femmes craignaient que les femmes soient trop sollicitées – ce qui s'est avéré être le cas pour quelques-unes d'entre elles, bien que nous nous soyons répartis les jours de présence à l'hôpital avec l'autre chercheuse pour éviter les doublons – j'ai plusieurs fois eu des remarques gentiment ironiques sur l'effet de mode des violences obstétricales et que « je surfais sur la vague ». Ceci reflète les tensions autour du terme de violences obstétricales. Ces commentaires provenaient principalement des sages-femmes et peuvent traduire leur impression que j'étais là pour les évaluer et juger leurs pratiques, ma présence les mettant alors en danger. Cela témoigne également des difficultés rencontrées par les professionnel·les lors des changements de pratiques. Ces remises en question sont parfois compliquées et les conditions ne sont pas toujours favorables¹⁵.

2.2 Déroulement des entretiens

Le recrutement de mes interlocuteur·rices s'est déroulé à la maternité. Le matin, je prenais notes des femmes correspondant à mes critères d'inclusion et je passais dans les chambres pour me présenter, expliquer ma recherche, répondre à leurs questions et leur proposer de participer. Lorsque les femmes étaient intéressées à participer à ma recherche, je proposais de prendre leurs coordonnées et de les recontacter environ 2 semaines plus tard. De cette manière, elles avaient le temps de réfléchir et seraient rentrée chez elles, tout en ayant le temps de trouver un nouveau rythme avec l'arrivée de leur nouveau-né. Au bout de quelques temps, ne recevant que peu de réponses, j'ai décidé de rallonger le

¹⁴ L'étude superstar étudie les besoins de soutien des parents pour la première fois, lors de la première semaine après l'accouchement et le rôle du soutien apporté par les professionnel·les de la santé.

¹⁵ Perrenoud (2014) explore les difficultés que peuvent rencontrer les professionnel·les de santé lors de changements de pratiques. Elle explore les dynamiques et les tensions entre trois sources principales de savoir dans le domaine médical : la médecine fondée sur les preuves (EBM), l'expérience clinique des praticiens, et l'intuition.

temps avant de leur envoyer un message ou un mail. De plus, lors des différents cours de préparation à la naissance que j'ai suivi ainsi que lors du cours de portage, j'ai présenté ma recherche aux participant·es. Dans ce cas, j'ai noté la date du terme, et je les ai recontactées environ 1 mois après la date supposée de l'accouchement. Malheureusement, un seul couple, rencontré lors du cours de portage, a répondu à mon mail de relance. Il aurait été intéressant de rencontrer quelques personnes ayant participé à la préparation à la naissance donnée par la maternité car cela m'aurait permis d'avoir une forme de suivi avec elles/eux sur le contenu proposé et leur sentiment d'adéquation. Ce retour aurait été d'autant plus pertinent pour l'hôpital qui a récemment repensé la préparation à la naissance.

Une soixantaine de feuilles d'informations ont été distribuées, et sur 20 prises de contact, je me suis entretenue avec 8 femmes dont 5 étaient accompagnées de leur partenaire. Mis à part une personne qui m'avait répondu qu'elle était intéressée mais qui n'a finalement jamais donné suite pour trouver une date de rencontre, j'ai pu échanger avec toutes les personnes le souhaitant. Sur les 8 entretiens menés avec des femmes, 5 ont eu lieu au domicile des participantes et 3 se sont déroulés à la maternité. Ces femmes préféraient le faire avant leur retour à domicile. Malgré les conditions peu optimales pour réaliser ces entretiens, 2 se sont déroulés très agréablement. Le troisième a été difficile à mener. Contrairement aux deux premiers, il s'agissait d'un couple, et nous avons été plusieurs fois interrompu·es par des sages-femmes et par la visite du pédiatre. Cet entretien s'est donc déroulé en deux parties, et souvent avec la présence de la sage-femme dans la pièce qui faisait des soins à la maman et lui prodiguait des conseils d'allaitement en même temps. J'ai proposé à plusieurs reprises de continuer à un autre moment mais le couple ne semblait pas dérangé par la situation ni par les remarques que faisait la sage-femme.

Les entretiens avec les professionnel·les se sont tous déroulés à l'hôpital pendant leurs heures de travail. Un mail avait été envoyé par le médecin chef de l'unité afin de prévenir les professionnel·les de ma présence et qu'ils/elles pouvaient me contacter s'ils/elles souhaitaient réaliser un entretien. En parallèle, j'avais laissé un mot explicatif de ma recherche dans le carnet de correspondance du

post-partum en encourageant les personnes à me contacter. Seule une sage-femme a répondu à cette invitation. Pour les autres entretiens réalisés, j'ai contacté directement les personnes en leur proposant de participer. Toutes ont accepté. J'ai également eu de nombreuses conversations informelles avec des soignant·es, principalement des médecins assistant·es et des chef·fes de clinique, sur différentes thématiques liées à ma recherche. Je prenais soins de résumer le plus précisément possible ces échanges riches en informations dans mon carnet de terrain ou d'enregistrer un audio afin de ne pas les oublier. Au vu des emplois du temps chargé des soignant·es et des sous-effectifs récurrents, et donc de la difficulté à obtenir des entretiens formels, je considère toutes ces discussions informelles comme faisant partie de mon matériel. Ainsi, 6 entretiens formels ont été réalisés avec des professionnel·les.

Tous les entretiens se sont déroulés pendant la durée de mon terrain, entre le 1^{er} novembre 2023 et le 28 février 2024. Ils ont duré entre 55 minutes et 1h40 et ont fait l'objet d'un enregistrement et d'une retranscription intégrale et fidèle. Les entretiens ont suivi un guide d'entretien préétabli et adapté selon les fonctions des professionnel·les, le nombre d'accouchement des femmes et la présence ou non de leur partenaire.

Une fois les entretiens et les observations réalisés, la question de l'anonymisation s'est posée. Ce point avait été clarifié en amont lors de la réalisation du protocole d'enquête auprès de la CER-VD. Une anonymisation complète étant impossible à garantir, et encore plus dans une démarche anthropologique, où les données personnelles et sensibles, telles que le genre, la profession ou l'âge sont des clés d'analyse essentielles et que certain·es de mes interlocuteur·rices professionnel·les occupent des fonctions spécifiques au sein de la maternité. En anthropologie, l'étude de milieux d'interconnaissance nécessite de faire attention aux stratégies pour que les propos tenus par des interlocuteur·trices ne puissent être reconnus. Il s'agit alors d'établir un code de correspondance afin de pseudonymiser les participant·es à l'étude et de ne pas utiliser d'informations personnelles à moins que cela soit réellement nécessaire et apporte une plus-value à l'analyse. Pour cette recherche, le codage choisi a été validé auprès de la CER-VD et figurait sur les feuilles de consentements. J'ai

cependant pris soin de rappeler oralement à mes interlocuteur·rices au début de chaque entretien que l'anonymisation complète ne pouvait pas être garantie. Afin de faciliter la lecture, tous les prénoms sont fictifs et ont été choisis selon la base de données de Baptiste Coulmont (Coulmont, s. d.) qui stipule qu'un prénom véhicule certaines représentations, et situe la personne socialement. Cependant si certains propos s'avèrent être particulièrement sensibles ou qu'ils peuvent être facilement imputés à une personne j'ai procédé à une anonymisation dans ces cas précis.

2.3 Profil des interlocuteur·rices¹⁶

Toutes les femmes et les partenaires que j'ai rencontré·es dans le cadre de cette étude ont accouché par voie basse au sein de l'hôpital H. L'accouchement par voie basse était un critère d'inclusion mais ce ne sont pas pour autant que des accouchements complètement physiologiques : certaines femmes ont été provoquées, certaines ont eu des accouchements instrumentés, certaines des hémorragies.

Les femmes que j'ai rencontrées ont toutes entre 31 et 43 ans (moyenne à 37,5) et sont en couple avec le père de leur enfant. Elles habitent à proximité de l'hôpital, ce qui signifie qu'il s'agissait de l'hôpital « par défaut » pour la majorité d'entre elles. Certaines avaient le choix entre deux hôpitaux à proximité de leur domicile et elles ont fait le choix de se rendre à l'hôpital H. En se basant sur les métiers effectués par les participantes et leur partenaire, on peut considérer qu'ils/elles appartiennent à la classe moyenne ou à la classe moyenne supérieure. Toutes les grossesses étaient désirées et toutes sont tombées enceintes naturellement mis à part une femme qui a eu recours à une fécondation in vitro (FIV) pour problèmes de fertilité. Deux participantes ont déjà des enfants et les six autres étaient nullipares. Finalement, une participante et son partenaire avaient fait le choix d'avoir un accouchement en maison de naissance et ont dû être transféré·es à l'hôpital H pour non-progression du travail.

¹⁶ Le profil détaillé de tous mes interlocuteur·rices figure en annexe de ce travail.

Maëlie	<ul style="list-style-type: none"> • 37 ans 	Primipare	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière en néonatalogie 	Accouchement voie basse avec provocation et péridurale
Tania	<ul style="list-style-type: none"> • 43 ans 	Multipare (3), toutes par FIV	<ul style="list-style-type: none"> • Travaille dans l'immobilier 	Accouchement par voie basse
Adélie et Florent	<ul style="list-style-type: none"> • 36 ans • 35 ans 	Primipare	<ul style="list-style-type: none"> • Graphiste • Travaille dans une administration communale 	Accouchement voie basse, avec péridurale
Charlène et Maxence	<ul style="list-style-type: none"> • 36 ans • Inconnu 	Primipare	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable communication • Enseignant 	Accouchement voie basse avec instrumentation aux forceps, avec péridurale. Hémorragie de la délivrance
Olivia (et Stéphane)	<ul style="list-style-type: none"> • 35 ans 	Multipare (2)	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière cheffe d'unité de soin en néonatalogie 	Accouchement voie basse, avec provocation et péridurale Hémorragie de la délivrance
Nathalie et Matthieu	<ul style="list-style-type: none"> • 41 ans • 44 ans 	Primipare	<ul style="list-style-type: none"> • Géologue et ingénieure en géomatique • Marketing manager, actuellement au chômage 	Accouchement voie basse
Julie et Sylvain	<ul style="list-style-type: none"> • 36 ans • 38 ans 	Primipare	<ul style="list-style-type: none"> • Journaliste radio • Ingénieur en génie électrique 	Accouchement voie basse avec péridurale Transfert de la maison de naissance à la maternité
Mathilde et David	<ul style="list-style-type: none"> • 31 ans • Inconnu 	Primipare	<ul style="list-style-type: none"> • Sage-femme • Interieur designer 	Accouchement voie basse avec provocation et péridurale

Mes interlocuteur·rices professionnel·les travaillent tous·tes au sein de l'hôpital H. Il s'agit de sages-femmes, de médecins et de psychologues. Afin d'obtenir une représentativité au moins une personne par catégorie professionnelle et par

niveau a été interviewée. De plus, j'ai choisi de mener des entretiens avec des soignant·es qui jouaient un rôle spécifique au sein de la maternité ou qui étaient responsables d'une consultation ou d'une prestation précise, telle que la consultation 34-38 semaines (voir infra, p. 100-102), la consultation vécu difficile (voir infra, p. 113-120), afin d'en apprendre plus sur le suivi périnatal proposé à la maternité H. J'ai opté pour cette approche au vu du manque de disponibilité des sages-femmes et des médecins et du contexte tendu au sein de la maternité que j'ai présenté ci-dessus. J'ai donc adapté mes guides d'entretien à chaque professionnel·les rencontré·es, tout en gardant des questions plus larges sur leur avis et leur expérience au sein de la maternité H.

Dans ce travail, je m'appuie principalement sur les conversations informelles et mes notes de terrain pour analyser le positionnement des soignant·es, ou sur les verbatim de l'entretien que j'ai mené avec Louise. Celui-ci est représentatif de nombreux échanges que j'ai pu avoir lors de mon terrain. Les entretiens avec les autres professionnel·les de la maternité, apparaissent dans les parties concernant leur consultation ou leur prestation respectives (voir partie 3.5 et chapitre 5).

Louise	Sage-femme
Elora	Sage-femme
Chloé	Sage-femme, psychologue
Valentine	Sage-femme
Matteo	Psychologue
Clément	Gynécologue-obstétricien

2.4 Réflexivité sur la posture et positionnement

En ce qui me concerne, je partage la vision de l'hôpital H, qui privilégie la physiologie de l'accouchement et souhaite réduire au maximum les interventions médicales, et l'accouchement est à mon sens un processus physiologique dont la surveillance et les interventions médicales ne sont justifiées qu'en cas de pathologies particulières ou de complications. Cependant, je ne me positionne pas pour ou contre un modèle. Les choix que font les femmes en matière

d'accouchement sont personnels et individuels, et dépendent de leurs parcours de vie, de leurs référents culturels et des normes sociales. Il s'agit donc d'offrir une prise en charge adaptée et respectueuse pour toutes. J'ai donc essayé de ne pas partager ma vision sur les lieux ou les façons d'accoucher avec les participant·es, bien que régulièrement les personnes souhaitaient avoir mon avis et mes recommandations sur des sujets allant au-delà de mes compétences.

J'ai également été surprise de l'accueil reçu à la maternité par les médecins et leur intérêt pour ma recherche. Mes propres représentations du monde médical, et des dynamiques interprofessionnelles, m'avaient plutôt amenée à penser que j'obtiendrai plus de soutien de la part des sages-femmes que des médecins. L'accent mis sur le travail de *care* des sages-femmes m'avait poussée à imaginer qu'elles adhèreraient à une recherche sur la satisfaction et le vécu de l'accouchement, à contrario des médecins qui paraissent parfois plus détaché·es et plus sceptiques des sciences sociales. Je pense que les tensions pendant que je menais mon terrain au sein de la maternité entre les cadres et les sages-femmes ont probablement accentué la méfiance des sages-femmes vis-à-vis de mon travail, qui pouvaient avoir l'impression d'être jugées par ma présence (ce que certaines m'ont partagé) et me percevoir comme une alliée des chef·fes du service.

Finalement, mon statut de jeune femme a probablement favorisé mon intégration au sein de la maternité et mon intérêt pour l'accouchement n'a guère surpris. Ceci traduit une vision de la recherche sur la maternité comme un domaine dont il est naturel qu'il intéresse les femmes. On m'a régulièrement questionnée sur ma situation familiale, et si j'avais moi-même des enfants. On m'a également régulièrement fait remarquer que je serai « bien prête et informée » le jour où j'aurai des enfants et que j'accoucherai. Cependant, on ne m'a jamais demandé si je souhaitais réellement en avoir, ce qui témoigne de l'injonction à la maternité dans la vie d'une femme. J'étais alors autant, voire plus, identifiée en tant que femme que chercheuse.

Chapitre 3: DES REPRÉSENTATIONS DE LA NAISSANCE À LA PRÉPARATION DE L'ACCOUCHEMENT

L'expérience de la maternité se construit autour de ses représentations, elles-mêmes façonnées par le contexte social qui diffère selon les cultures (Charlap, 2012; Maffi, 2012). Ces représentations individuelles sont fortement liées aux représentations sociales qui, selon Denise Jodelet, sont définies comme « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 2003, p. 53). Elles jouent un rôle crucial dans la manière dont les individus et les groupes perçoivent, interprètent et agissent dans le monde, en conférant des significations aux objets, aux événements et aux comportements. C'est pourquoi, il me paraît important d'étudier ces représentations sociales afin de mieux comprendre les parcours et les choix effectués pendant la grossesse et l'accouchement, mais également les attentes et le vécu des femmes et de leur partenaire. Ainsi, les représentations de l'accouchement, présentes dans l'espace social, influencent la façon dont on pense la naissance et la manière dont les femmes s'y projettent. Ces représentations proviennent de récits familiaux ou de proches, de témoignages présents dans les médias, des films ou des séries ou encore de campagnes de prévention et du discours biomédical (Ólafsdóttir & Kirkham, 2009).

3.1 Les représentations de l'accouchement des couples comme processus naturel...

Les représentations de l'accouchement sont relativement homogènes chez mes interlocuteur·rices par leur milieu socio-culturel commun (milieux universitaires de gauche), mis à part les trois femmes travaillant dans le domaine de la santé. Pour mes interlocutrices le caractère "naturel" de la grossesse et de l'accouchement ressort chez chacune d'entre elles avec cependant des nuances, en particulier sur l'importance accordée aux risques. Maëlie et Tania déplorent particulièrement la pathologisation qui entoure la grossesse : « *pour moi aujourd'hui l'accouchement et la grossesse ce n'est pas une maladie. Donc il n'y a pas des raisons de se plaindre ni de considérer cela comme une maladie. Je crois même que c'est normal* » (Maëlie) ; « *il faut pas paniquer quoi, on est juste*

enceinte. Notre vie ne doit pas s'arrêter » (Tania). Les symptômes et les inconforts qui accompagnent la grossesse, ressentis par chacune de mes interlocutrices, ne justifient donc pas la surveillance sociale qu'elles ressentent. Cependant, c'est bien la surveillance sociale et les injonctions sociales qu'elles dénoncent, telles que les règles alimentaires ou la recommandation à ne pas pratiquer d'activité physique intense, et non la surveillance médicale. Bien que les différents tests de dépistages préconisés durant la grossesse soient des sources d'angoisse pour les couples et de questionnement par rapport aux résultats, cette surveillance biomédicale est peu remise en question, voire est excusée :

« C'est clair, le personnel médical veut pas prendre de risques "on vous avait informé, donc vous saviez, etc.". On peut le comprendre, mais quand on est de l'autre côté, c'est... c'est comme si on n'avait pas le droit de se réjouir. Ouais, tant qu'on n'avait pas les résultats. Enfin c'est un peu un un rapport un peu difficile. C'est vraiment mis au premier plan. Les risques de santé, les risques de fausses couches sont vraiment mis au premier plan, un peu comme une décharge. En tout cas c'est comme ça que je l'ai vécu. » - Nathalie

Nathalie vit particulièrement mal l'accent que les médecins et les sages-femmes mettent sur les risques dus à son âge, mais à l'instar de tous les couples, elle se résigne à suivre les recommandations des professionnel·les qui l'accompagnent et préfère endurer ces moments anxiogènes plutôt que d'angoisser face à l'incertitude et culpabiliser en cas de problème.

Tout comme la grossesse, l'accouchement "naturel" est perçu par mes interlocutrices comme un idéal. Alors que toutes les femmes rencontrées ont accouché en milieu hospitalier, elles adhèrent au modèle de l'accouchement "naturel". Le corps féminin est perçu comme résistant et parfaitement conçu pour accoucher sans interventions biomédicales, et les femmes sont capables, et doivent être pleinement actrices de leur accouchement (Davis-Floyd, 2003; Mansfield, 2008). Cependant selon Mansfield (2008), la notion d'accouchement "naturel" ou physiologique recouvre diverses perceptions qui vont d'une définition stricte d'un accouchement sans péridurale ni analgésique, à une compréhension plus large d'un accouchement par voie basse sans complications. Des éléments historiquement constitutifs de l'accouchement "naturel" se sont

atténués et sa représentation s'est élargie pour inclure certaines interventions médicales pendant l'accouchement, telles que la péridurale ou la provocation (Quagliariello, 2017a).

Ce continuum dans la conception de l'accouchement "naturel" se retrouve dans les représentations de mes interlocutrices. Malgré leur choix d'accoucher en milieu hospitalier, les femmes se représentent la naissance comme un événement "naturel" et souhaitent accoucher par voie basse dans la mesure du possible. Elles désirent respecter la physiologie de leur corps mais avec des avis différents sur l'aide des techniques médicales. Pour certaines, comme Charlène, il est préférable de se passer de toutes interventions médicales non nécessaires afin d'éviter les effets iatrogènes associés à la prise en charge technique. Selon elle « *les choses se font naturellement et il y a beaucoup d'artifices qui peuvent un peu compliquer tout ça. On est fait pour ça, sauf pour x ou y raison, les choses se font très naturellement depuis très longtemps* ». Selon cette perspective, les protocoles hospitaliers, lorsqu'ils sont rigoureusement appliqués, ignorent les particularités physiologiques individuelles des femmes enceintes et ont un impact délétère sur l'accouchement. Ainsi, les corps sont contraints de se conformer aux normes et aux protocoles établis (Jacques, 2007). D'autres femmes, au contraire, bien que souhaitant un accouchement par voie basse, préfèrent ne pas avoir trop d'attentes et choisissent de se laisser porter par les événements pour ne pas être déçues. Cependant, malgré des philosophies différentes face au déroulement de l'accouchement, toutes le conçoivent comme une « *épreuve* » à passer et de préférence « *naturellement* ». Julie, souhaite dépasser sa peur de l'accouchement et de la douleur afin d'expérimenter ce que vivent les femmes depuis des générations. Elle explique alors avoir « *un peu travaillé sur [elle], sur le fait que c'était un truc naturel, que les femmes font des milliers d'années et que... À un moment donné, bébé, allait bien devoir sortir* » (Julie). Cette vision de l'accouchement comme rite, et inscription dans une lignée, est également mobilisée par Charlène pour expliquer son choix de lieu d'accouchement : elle est née dans un des hôpitaux à l'origine de la fusion de l'hôpital H et l'idée de poursuivre cette tradition lui plaît et la met en confiance. La conception d'un "corps sachant" et d'un savoir inné apparaît en filigrane dans

cette volonté de se placer dans la continuité des femmes ayant accouchés naturellement depuis des millénaires :

« Ne pas avoir ce côté vraiment trop médical et de se rapprocher le plus possible de ce que le corps est capable de faire. Ouais je pense sincèrement qu'il y a pas mal de choses dont on se distance avec, avec le côté rationnel et médical que le corps sait faire tout seul. Les juments, les chats, il n'y a pas besoin de de leur expliquer comment ça marche alors ? Et ça j'ai vraiment trouvé que c'était le cas à [l'hôpital H]. En gros on laisse la nature faire et puis quand la nature elle péclote, on intervient. » - Nathalie

Les perspectives de l'accouchement comme phénomène "naturel" développées par mes interlocutrices mettent en exergue une vision essentialisée de l'accouchement et du corps féminin et s'inscrivent dans une forme d'« universalisme biologique » (Cardi & Quagliariello, 2016, p. 175). Ces représentations illustrent l'influence encore actuelle qu'ont les travaux sur l'accouchement "naturel" menés par Dick-Read, puis Lamaze et Odent. Leurs modèles d'accouchement, imitant les façons d'accoucher des femmes « primitives », promeuvent l'idée que l'accouchement est une expérience universelle fondée sur des processus biologiques et physiologiques communs à toutes les femmes, indépendamment de leurs contextes culturels ou sociaux, en soulignant leur nature intrinsèquement similaire en raison d'une biologie et physiologie communes. En valorisant les éléments naturels et instinctifs de l'accouchement, l'universalisme biologique tend à minimiser le rôle des interventions médicales, prônant la capacité naturelle du corps féminin à donner naissance. Cependant, cette vision ignore la dimension culturelle et sociale de l'accouchement qui façonne les expériences de la naissance, tout comme elle oublie de prendre en compte que le concept d'accouchement "naturel" est lui-même une construction sociale et culturelle. Ce dernier aspect n'est pas ressorti dans les propos de mes interlocutrices, ce qui traduit une vision idéalisée et romantisée de l'accouchement. Il est important de rappeler que le caractère "naturel" de l'accouchement est une construction culturelle liée à des moments historiques et des lieux spécifiques. Les travaux menés depuis les années 1970 dans le domaine des sciences sociales ont établi la maternité comme objet d'étude

et comme phénomène social. Cela signifie que le corps maternel est désormais considéré comme étant façonné et influencé par des facteurs sociaux, culturels et politiques, plutôt que simplement comme un aspect biologique de la reproduction humaine (Cardi & Quagliariello, 2016). Comme le montre Maffi (2012), si le social façonne l'expérience de l'accouchement selon différentes modalités, c'est parce que les représentations sont différentes selon les cultures : en Jordanie, les femmes qui accouchent dans le secteur public ne vivent pas la naissance comme un moment « transformatif et significatif », mais plutôt comme un « non-événement » à passer le plus rapidement possible et à oublier (p. 67).

3.1.1 ...mais risqué

Le caractère naturel de l'accouchement comme un « idéal » (Adélie), est toujours nuancé dans les propos des femmes et de leur partenaire par le rappel de la présence constante du risque. Selon le modèle technocratique de la naissance, le risque zéro n'existe pas, et toute grossesse, même qualifiée de « bas risque », est susceptible de basculer dans la pathologie à tout moment (Canguilhem, 2013; R. E. Davis-Floyd, 1987; Maffi, 2012). Cette perspective conduit les femmes à développer une représentation de la naissance, où tous les accouchements doivent être traités de la même manière, qu'ils soient physiologiques ou pathologiques. L'intériorisation du risque entre alors en tension avec la vision idéalisée de la naissance comme un moment « magique » (Adélie). Pour certaines femmes le risque prime néanmoins sur la physiologie, leur propos témoignant d'une forte adhésion au modèle biomédical et à la technicisation de l'accouchement. Adélie pose fermement cette limite à travers sa position sur les accouchements en maison de naissance :

« Ah non [la maison de naissance] c'était jamais jamais une possibilité. Ça moi... je comprends pas. Si je dois avoir une position je suis vraiment contre, je ne comprends pas. En fait, quand on sait en 2023... il y a eu assez d'enfants morts par le passé. C'est vraiment pour moi, c'est c'est un petit confort d'occidentales, vraiment je suis contre.

Florent : Il y a pas à être contre.

Adélie : Non, je donne mon avis voilà, c'est tout. » - Adélie et Florent

D'autres couples au contraire, tiraillés entre leur souhait d'accoucher "naturellement" et leur vision de l'accouchement comme évènement risqué, ont envisagé l'option d'accoucher en maison de naissance. Cependant, l'hôpital apparaît comme choix privilégié, les déchargeant de la culpabilité d'avoir fait le mauvais choix en cas d'urgence. Finalement, seuls Julie et Sylvain s'orientent vers un accouchement en maison de naissance, tout de même rassurés par sa proximité avec l'hôpital H et la présence d'un équipement médical minimum.

« [L'accouchement] c'est un processus, quoi qu'on en pense, naturel, physiologique... / c'est pas pour autant qu'il est aligné avec la lune. Mais dans le sens que les femmes ont des corps prévus pour ça quoi. Elles ont fait ça pendant longtemps. Et donc l'aspect maison de naissance qui était auparavant l'option par défaut d'accoucher de manière naturelle, mais avec l'accompagnement moderne de la sage-femme dans un environnement médicalisé un tout petit peu parce qu'il y avait quand même le suivi pendant l'accouchement, il y a quand même deux trois choses en cas d'urgence pour le bébé. La maison elle est à 300 mètres de l'hôpital et c'était un bon entredeux pour nous. Par contre, l'accouchement ça a jamais été l'option d'accoucher dans la forêt par la pleine lune tout nu non plus. Parce que je crois que pour nous deux, c'était pas histoire de faire un truc naturel, mais c'était un truc d'avoir un accouchement de base, normal quoi. » - Sylvain

La remarque de Sylvain sur la distinction entre le "naturel" et le "normal" rappelle l'argumentaire mobilisé par les premiers obstétriciens et leur dénonciation du savoir ésotérique des matrones au profit de leur savoir rationnel et scientifique. Ceci illustre cette tension entre l'accouchement comme processus physiologique mais nécessitant une surveillance en cas d'imprévu. La maison de naissance, appelée par Julie « *le lieu sacré de la naissance* », offrirait alors une solution de détechnicisation et une médicalisation modérée de la naissance, une certaine autonomie et un certain contrôle dans le déroulement de l'accouchement. Cette distinction entre "naturel" et "normal" est discutée dans la suite de ce chapitre (voir infra, p. 56-58).

A travers ces témoignages, il apparaît que la notion d'un accouchement "naturel" est significative pour la majorité des femmes et de leur partenaire de mon étude,

bien que sa définition soit variable et englobe différentes pratiques. Malgré leurs divergences quant au choix du lieu d'accouchement, leurs représentations communes témoignent de l'existence d'une matrice de représentations, partagée par la plupart de mes interlocutrices (Davis-Floyd, 2003). Dans l'imaginaire collectif, même avec le niveau de technicisation auquel il est soumis aujourd'hui, l'accouchement est perçu comme relevant de la "nature". Ainsi, certaines femmes refusent d'accoucher en dehors de l'hôpital, mais rejettent néanmoins le modèle technocratique, préférant conserver comme idéal l'accouchement "naturel".

Par ailleurs, il est intéressant de relever que mis à part pour Olivia, Mathilde et Maëlie (toutes professionnelles de santé) les risques liés à l'accouchement mentionnés sont principalement ceux concernant la vie du fœtus et non ceux de la parturiente.

« C'était important d'accoucher par voie basse. Je voulais juste essayer. Dans tous les cas moi je suis pas quelqu'un hyper spirituel ou... / mais le plus naturel possible, c'était assez important mais en même temps, euh je suis le médecin, je prends les conseils et étant donné toutes les difficultés de fertilité que j'ai eues. Je vais jamais prendre aucun risque à n'importe quel moment. Donc, si à la fin ils m'ont dit non, c'est un bébé de 4 kilos, faut faire une césarienne je j'écoute. Je suis pas à pousser les limites de tout, mais oui, c'était... / je voulais le faire. Ouais là-dessus je suis très contente de de l'avoir fait voie basse et aussi sans médicaments. » - Tania

Le point de vue de Tania résume bien l'avis des autres participantes qui placent le bien-être de leur enfant comme une des limites d'un accouchement physiologique. Mes interlocutrices adhèrent ainsi à l'idée selon laquelle un accouchement peut basculer à tout moment et qu'il ne peut être qualifié d'accouchement physiologique qu'à posteriori (Maffi, 2012). Il ressort que malgré leur volonté d'accoucher naturellement, les couples sont conditionnés par l'approche biomédicale hégémonique et que la naissance est un événement qui doit d'abord être envisagé en termes de risques. A travers leur choix d'accoucher à l'hôpital, ou dans une maison de naissance adjacente, le basculement vers un accouchement pathologique est anticipé, ce qui leur permet de se décharger de

la culpabilité d'une potentielle mise en danger de leur bébé. Cette culpabilité provient notamment d'une injonction à la maternité. Celle-ci est idéalisée et associée à des attentes élevées concernant les compétences et le dévouement maternel. Les femmes peuvent intérioriser ces normes et se sentir coupables si elles perçoivent qu'elles ne répondent pas aux normes dominantes, que ce soit en termes de choix d'accouchement, d'allaitement, ou de gestion des soins postnataux. De plus, en cas d'imprévus lors de l'accouchement, mettant en danger la vie de leur enfant, les femmes peuvent avoir l'impression que leur décision témoigne de leur inaptitude à être « une bonne mère ». Ainsi, les femmes orientent leurs choix afin de minimiser les risques perçus pour leur enfant, optant pour des interventions médicales, des méthodes d'accouchement spécifiques ou un suivi médical intensif, même lorsque ces décisions vont à l'encontre de leurs préférences personnelles. Les femmes se voient comme les principales, voire les seules, responsable de la sécurité de leur enfant, ce qui témoigne de la division genrée du travail reproductif (Delphy, 1998).

3.2 Les représentations du "naturel" par les professionnel·les de la maternité

La maternité de l'hôpital H participe également à véhiculer l'image de l'accouchement comme processus physiologique et comme moment « magique » (Adélie ; David). Le site internet de la maternité met en avant l'importance accordée à l'accompagnement "naturel" de l'accouchement, à travers la présentation d'offres et de traitements complémentaires, tels que l'acupuncture, ou les huiles essentielles. De plus, la vidéo de présentation de la maternité transmet une image de l'accouchement comme moment presque calme et paisible, à travers des couleurs et une musique douce, des couples¹⁷ heureux, et des ralentis sur des visages souriants. Cette vidéo retrace tout le parcours d'accouchement de couples, depuis leur arrivée à la maternité jusque dans leur chambre au post-partum, en passant par un accouchement physiologique par voie basse. L'accouchement dépeint est alors idyllique avec même des moments

¹⁷ La vidéo présente trois couples blancs et hétérosexuels, en bonne santé. Une attention aurait pu être portée à représenter la diversité de manière générale, pour éviter de tomber dans le piège de l'hétéronormativité blanche validiste.

de détente du couple dans la baignoire de la salle d'accouchement. Quelques éléments rappellent tout de même le caractère médical du moment, avec le monitoring fœtal, sans pour autant présenter l'accouchement comme potentiellement à risque. Ainsi, l'accent reste mis sur le "naturel".

La représentation de l'accouchement comme physiologique est également partagée en partie par les professionnel·le de la maternité de l'hôpital H. De nombreuses sages-femmes m'ont partagé considérer la naissance comme évènement "naturel" et me racontent avoir choisi cette profession pour être au contact de « gens en bonne santé » et accompagner des « évènements qui sont souvent heureux » (carnet de terrain, le 20 décembre 2023). Elles n'hésitent pas alors à partager leur vision de l'accouchement lors des consultations avec les couples ou lors des cours de préparation à la naissance. Certaines sages-femmes rencontrées disent être également particulièrement fières de travailler dans une maternité qui privilégie la physiologie et estiment que « *l'obstétrique qu'on pratique ici [à l'hôpital H] elle est belle. Et je pense que c'est la plus belle de Suisse romande (rire)* » (Louise). Pour Clément, il est nécessaire de préserver la physiologie en obstétrique, et de laisser la pathologie aux gynécologues. Il met l'accent sur la physiologie comme "philosophie" dans la maternité, et souhaite former à cette approche les médecins qui choisissent l'obstétrique comme spécialisation. Cependant, l'accent mis sur la physiologie crée parfois des tensions entre les sages-femmes et les médecins. Selon Clément, leurs visions respectives de la physiologie diffèrent parfois, et il a l'impression que les jeunes médecins tendent à plus pousser vers la physiologie que les sages-femmes. Sa remarque est particulièrement intéressante car elle dément la représentation selon laquelle les sages-femmes ont plus tendance à défendre la physiologie (Kniebihler, 2007). Cette idée repose sur la division du travail entre médecins et sages-femmes qui s'organise autour de la frontière entre la physiologie et la pathologie (Akrich & Pasveer, 1996). Comparées aux médecins, les sages-femmes adoptent une conception globale ou holiste de la naissance (Davis-Floyd, 2003 ; Davis-Floyd & Sargent, 1997). Leur capacité à faire preuve d'empathie, à partager des émotions et à favoriser le « care » tout en recourant aux intuitions est souvent associée à une propriété féminine (Gouilhers, 2017).

Cependant, selon Perrenoud (2014), les travaux sociologiques et anthropologiques sur la naissance analysent rarement les émotions des professionnel·les et des parturientes, bien que leurs impacts sur les pratiques soient significatifs. Dans une culture biomédicale valorisant exclusivement la rationalité et la science (Helman, 2001, cité dans Perrenoud 2014), les émotions des professionnel·les sont perçues comme des marqueurs d'incompétence et sont taboues. Pourtant, ces émotions, qu'elles soient négatives ou positives, jouent un rôle important dans les prises de décision. La culture du risque et de l'incertitude lors de l'accouchement se traduit en peur chez les professionnel·les pouvant interférer dans la gestion des accouchements (Perrenoud, 2014) Ainsi, parfois les sages-femmes se révèlent être plus interventionnistes que les médecins, notamment dans des contextes où la collaboration entre sages-femmes et médecins est difficile ou lorsqu'elles ne se sentent pas soutenues par leurs chef·fes et craignent de devoir justifier leur prise de risques. Elles préfèrent alors intervenir « une fois de trop qu'une fois de pas assez » (Perrenoud, 2014, p. 144).

L'emphase mise sur la physiologie à l'hôpital H, n'est toutefois pas unanime et certain·es gynécologues-obstétricien·nes et sages-femmes déplorent le manque de prise en considération des risques lors des accouchements. Selon Clément, les risques existent et il est important de ne pas les nier, sans pour autant pathologiser toutes les naissances d'emblée :

« Par contre, je ne crois pas en la physiologie à 100%. Les accouchements qui peuvent commencer en étant physiologiques et qui se terminent en césarienne en urgence parce que vraiment y a un truc qui va pas tout. Tout peut pas aller forcément très bien. Mais quand on m'évoque qu'avant que les femmes viennent dans les hôpitaux, il y avait 2% de décès, etc. Oui, ça, c'était au début des années 1900. Depuis, on a quand même des suivis de grossesses qui sont très différents, des prises en charge qui sont très différentes... Enfin moi je n'achète pas ce risque-là. Par contre quand je vois des articles de 1970 où il y avait 7% de césariennes et qu'on est à 33% en Suisse [aujourd'hui]... Ah je suis navré mais là par contre je peux pas croire qu'on sauve des gens avec nos 33% de césarienne, ça c'est pas vrai ! » - Clément

Ainsi, malgré la conscience du risque lors de l'accouchement, la majorité des professionnel·les de la maternité H que j'ai côtoyé·es, conçoivent l'accouchement comme un processus "naturel" qu'il est nécessaire de privilégier. Ils/elles participent alors à conforter les femmes et leur partenaire dans leur volonté de tendre vers un accouchement le plus physiologique.

3.3 Déclinaisons du naturel

Des différentes représentations de l'accouchement selon les femmes et leur partenaire ainsi que les professionnel·les rencontré·es, il ressort une confusion entre quatre terminologies concernant l'accouchement, qu'ils/elles utilisent de manière plus ou moins interchangeable : accouchement naturel, accouchement normal, accouchement physiologique et accouchement par voie basse.

L'accouchement "naturel" est le terme privilégié par tous·tes mes interlocuteur·rices indépendamment de leur statut. L'ancrage des différentes perceptions de la notion du "naturel" a été discuté dans la première partie de ce travail (voir supra, p. 21-23).

L'accouchement normal est une terminologie peu, voire pas, utilisée car elle apparaît uniquement une fois, dans les propos tenus par Sylvain (voir supra, p. 51). Celui-ci utilise le terme "normal" pour décrire un accouchement "naturel" qu'il conçoit comme étant sans analgésique. La notion d'accouchement normal soulève des questions complexes et multidimensionnelles. En 2005, la Confédération internationale des sages-femmes a mis à jour la définition de leur rôle en y incluant la "promotion de l'accouchement normal" comme un élément clé (International Confederation of Midwives, 2005, cité dans Darra 2009). Cette nouvelle définition a été ratifiée par la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens et approuvée par l'Organisation Mondiale de la Santé (Darra, 2009). En 2007, un groupe de travail sur les soins de maternité définit l'accouchement "normal" comme « sans provocation, sans utilisation d'instruments, sans césarienne et sans anesthésie générale, rachidienne ou péridurale avant ou pendant l'accouchement » (Making Normal Birth a Reality, p.1, cité dans Maffi 2013, p.9). Cependant, aucun consensus n'existe réellement

sur la définition de l'accouchement "normal"¹⁸, car certaines interventions sont perçues différemment par divers professionnel·les de santé, et le "normal" est une notion complexe à définir, avec des connotations et des implications différentes. La notion de "normal" peut se référer à des normes sociales ou statistiques, mais aussi à une idée normative de ce qui "devrait" être (Darra, 2009). Sinding (2006, cité dans Darra 2009) souligne alors la nécessité d'une médecine individualisée, où les normes sont continuellement réévaluées selon les besoins spécifiques des patient·es (Darra, 2009). Ces perspectives montrent que la définition de l'accouchement "normal" est fluide et contextuelle, reflétant à la fois des attentes sociales et des réalités individuelles. Par ailleurs, à l'instar de Sylvain dans mon étude, la confusion entre les termes "normal" et "naturel" ajoute une couche de complexité, ces concepts ayant des connotations et des implications différentes dans les débats contemporains sur l'accouchement. Enfin, selon Darra (2009), les définitions de plus en plus restrictives de l'accouchement "normal" sont préoccupantes car elles réduisent le nombre de femmes répondant aux critères, créant ainsi une situation où les naissances statistiquement les plus courantes ne seraient pas classées comme "normales".

La notion d'accouchement normal se complexifie davantage face à l'augmentation des interventions technologiques lors des naissances, telles que la provocation du travail et les césariennes. Ces interventions sont souvent acceptées, voire demandées par les femmes enceintes, qui recherchent un accouchement "sûr" (Davis-Floyd & Sargent, 1997). La culture de la naissance marquée par une peur disproportionnée de la mort du bébé conduit à une

¹⁸ Les définitions de l'accouchement normal varient également selon les organisations. Le Royal College of Midwives au Royaume-Uni (RCM) le définit comme « un accouchement où une femme commence, continue et termine le travail physiologiquement à terme » (RCM, 2004, cité dans Darra, 2009).

Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) propose une définition plus simple, excluant les interventions chirurgicales, l'utilisation d'instruments, la provocation, et l'anesthésie (NICE, 2007, cité dans Darra, 2009).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'accouchement normal comme étant spontané, à faible risque au début et pendant le travail, et se terminant par la naissance d'un enfant en position céphalique entre 37 et 42 semaines de grossesse, avec la mère et l'enfant en bonne condition après la naissance (WHO, 1997, cité dans Darra, 2009).

La recherche d'une définition consensuelle reste difficile et contentieuse, car certaines interventions sont perçues différemment par divers acteur·rices, ce qui complique la promotion et la mesure des taux d'accouchements normaux (Darra, 2009).

acceptation sans questionnement des interventions médicales, telles que la provocation du travail, l'anesthésie péridurale et les césariennes non nécessaires, créant une nouvelle normalité en termes d'attentes des femmes et de statistique (Darra, 2009). Marsden Wagner (2001) propose une approche de l'accouchement centrée sur l'humanisation plutôt que sur la normalisation, mettant en avant l'importance de reconnaître la femme qui accouche et ses besoins¹⁹. Ainsi, au contraire de ce qui est relevé par (Downe, 2008), mes interlocutrices emploient davantage le terme de "naturel" que de "normal" pour qualifier le processus d'accouchement.

L'accouchement physiologique est le deuxième terme utilisé par mes interlocuteur·rices pour parler de l'accouchement. Ils/elles utilisent ce terme indifféremment de l'accouchement "naturel", et lui attribuent les mêmes caractéristiques (sans analgésique, choix libre des positions, etc.). Les professionnel·les de santé de la maternité H emploient majoritairement le terme physiologique, qui relève de la terminologie médicale, et s'inscrit dans la philosophie de la maternité qui vise à privilégier la physiologie. Cette approche est présentée et détaillée plus loin dans ce travail (voir infra, p. 99-107).

La physiologie s'inscrit dans la division du travail entre médecins et sages-femmes. Les sages-femmes étant responsables des grossesses et accouchements physiologiques. Cependant, il ressort que les sages-femmes se trouvent prises en étau entre leur volonté de promouvoir et favoriser la physiologie, et la culture dominante du risque en devant respecter les normes et protocoles hospitaliers. Leur perception de la physiologie a alors tendance à s'agrandir et à englober certaines interventions médicales courantes, telles que la péridurale ou la provocation²⁰.

¹⁹ Cette approche est la base de la démarche « qu'est-ce qui est important pour vous ? » promue à la maternité H (voir infra, p. 99-107).

²⁰ Je n'ai malheureusement pas porté une attention particulière à la terminologie utilisée par les professionnel·les de santé de mon terrain. Je me base sur les entretiens réalisés et une impression générale des échanges informels que j'ai pu avoir à la maternité. Une étude et un terrain complémentaire seraient nécessaires afin de pouvoir réaliser une analyse plus fine du langage et de la terminologie employée.

L'accouchement par voie basse est également une expression peu utilisée par les femmes et leur partenaire. Elle est principalement utilisée par Tania, lorsqu'elle rapporte les paroles des soignant·es durant son accouchement. Sinon, l'accouchement par voie basse est mentionné par Olivia, lorsqu'elle déclare qu'il est préférable de privilégier la voie basse autant pour la femme que pour le bébé. Cette vision est représentative des professionnel·les de santé que j'ai rencontré·es lors de mon terrain. Au contraire des autres termes employés (naturel, normal et physiologique), mes interlocuteur·rices inscrivent l'accouchement par voie basse dans une opposition avec la césarienne plutôt que dans une dynamique de respect strict de la dimension physiologique de l'accouchement.

Ainsi, il apparaît que malgré des définitions au préalable restrictives de l'accouchement "naturel", "normal" et "physiologique", les femmes et leur partenaire ainsi que les professionnel·les de santé conçoivent ces notions comme beaucoup plus larges, pouvant inclure le recours à des analgésiques, à la provocation, l'apparition de complications lors de la délivrance, voire l'utilisation d'instruments. Cela démontre une normalisation et une acceptation de l'intervention médicale. Il ressort également que l'accouchement par voie basse, expression qui possède le moins grand écart entre la définition donnée et ce qu'elle englobe réellement, est la moins utilisée par mes interlocuteur·rices tant bien même qu'elle est la plus inclusive. Finalement, il paraît important de relever que certaines interventions médicales et techniques, telles que le monitoring ou l'ocytocine administrée à toutes les femmes lors de la délivrance, ne sont pas relevées et ne questionnent pas la dimension "naturelle" ou physiologique de l'accouchement.

3.4 Le rapport à l'information sur l'accouchement et au risque

Les représentations de l'accouchement sont également fortement influencées par les informations que possèdent les femmes. Ces informations proviennent de différentes sources, et sont acquises passivement, à l'instar des récits d'accouchement entendus depuis l'enfance, ou activement à travers la volonté d'en apprendre davantage et de se préparer à la naissance de son enfant. Les témoignages de naissance jouent un rôle dans l'établissement d'un cadre normatif

pour les attentes associées à l'accouchement. Les expériences vécues par les proches des femmes, ainsi que les récits médiatiques, exercent une influence significative sur les attentes des femmes enceintes. Par conséquent, il est rare qu'elles expriment le désir d'un mode de prise en charge qui diffère de ceux qu'elles connaissent. (Ólafsdóttir & Kirkham, 2009). Les femmes adoptent cependant des stratégies différentes face à ces récits.

3.4.1 Les récits d'accouchements

Les récits d'accouchement jouent un rôle important dans la construction des représentations qu'ont les couples de l'accouchement. Cependant, ils/elles ont une perception ambivalente, voire paradoxale, de ces récits. Par moments, les femmes me racontent entendre des récits d'accouchement uniquement positifs, d'autrefois, au contraire elles disent n'entendre que des récits négatifs et alarmistes.

Les premiers récits d'accouchement entendus par la plupart des femmes avec qui j'ai échangé sont ceux de leur mère ou d'autres membres de leur famille (tante, sœur, belle-sœur, etc.) ou de leurs ami·es :

« Mon point de référence c'était ma mère, tout ce que j'ai entendu ça a toujours été positif. Avant que je tombe enceinte. [...] j'ai vu mon frère, il a eu deux filles avec sa femme. Ou bien on voyait les amis. Mais après on est jamais parti dans les détails de rien en fait. Mais après c'est toujours positif. Et puis sur l'accouchement aussi ça a jamais été. Mais en fait les gens comme pour tout ils parlent que du bon. » - Charlène

Comme l'explique Charlène, ces récits sont principalement positifs, mais peu détaillés. A partir du moment où les femmes tombent enceintes, elles perçoivent un changement dans les expériences d'accouchement qui leur sont racontées. Ces récits ne sont plus brefs et positifs, mais détaillés et les femmes rencontrées ont l'impression qu'ils sont majoritairement négatifs. Certain·es de mes interlocuteur·rices décident alors de prendre de la distance avec les personnes qui ne leur racontent que des éléments négatifs, à l'instar de Charlène et Maxence ou d'Adélie et Florent qui préfèrent ne pas écouter les conseils non sollicités qu'il/elle jugent non représentatifs. Ces couples souhaitent conserver

une image positive, ou du moins "factuelle", de l'accouchement afin de garder confiance.

A l'inverse, Julie et Sylvain, bien que recevant aussi des conseils non sollicités, sont particulièrement avides d'expériences. A chaque accouchement de leurs proches, le couple souhaite connaître tous les détails et trouve dans ces récits, parfois alarmistes, une forme de réconfort à être préparé·e pour ce « *mauvais moment* » (Julie). Sylvain analyse leur intérêt pour ces récits comme une :

« Posture un peu féministe, de contrecarrer cette idée que l'accouchement, c'est qu'un mauvais moment à passer pour les femmes et c'est tellement génial. Et même il y en a qui ont des orgasmes. Il faut arrêter ces conneries quoi. C'est peut-être vrai, mais dans le fond, toi [Julie] tu étais en mode j'aimerais avoir la réalité, ce qui est vrai. » - Sylvain

Cependant, si certains couples maintiennent à distance les expériences négatives ce n'est pas pour autant qu'ils/elles ne souhaitent avoir aucune information sur les imprévus pouvant survenir lors de l'accouchement. Ils/elles préfèrent se baser sur les savoirs et les expériences des professionnel·les de santé les entourant. Ces informations sont perçues comme plus représentatives et adéquates.

Burton-Jeangros (2010) évoque à ce propos un « continuum d'attentes » par rapport à l'information. Les femmes adoptent différentes attitudes : certaines privilégient la quête de connaissances complètes, tandis que d'autres soulignent l'aspect anxiogène des informations sur la prévention des risques et préfèrent les éviter. Les récits de naissance servent ainsi de témoignages, positifs ou négatifs, pour les femmes, qui apprennent à les sélectionner judicieusement, ne retenant que ceux qui renforcent leur confiance dans l'accouchement.

3.4.2 Le rapport à l'information

Tout comme pour les récits de leurs proches, les femmes abordent la recherche d'information sur l'accouchement avec des positions différentes. En les confrontant à la question du risque, ces informations les obligent à prendre position et la grossesse se transforme en « une expérience mettant en jeu des rapports à l'information et au risque de manière intime » (Burton-Jeangros,

2010, p. 177). Adélie et Florent estiment avoir débuté la grossesse sans aprioris et souhaitent appréhender l'accouchement de la même manière. Ils maintiennent alors les conseils de leurs proches à distance, et ne cherchent pas à s'informer activement en lisant des livres ou en parcourant internet. Julie et Sylvain préfèrent se baser sur les récits de leur entourage, et n'ont pas souhaité faire « énormément de lectures ». En revanche, certaines femmes choisissent d'explorer diverses sources d'information pour optimiser la gestion de leur grossesse et de leur accouchement, ainsi que pour éclairer leurs choix thérapeutiques. Leur engagement dans cette quête d'informations peut leur offrir la possibilité de participer activement aux décisions médicales. C'est le cas de Nathalie, qui a consacré beaucoup de temps à se documenter depuis le début de sa grossesse, dans le but de prendre une décision éclairée quant à la direction qu'elle souhaite donner à son accouchement. Ses recherches ont modifié sa représentation de l'accouchement et l'ont amenée à désirer et à élaborer un projet d'accouchement physiologique :

« J'avais les 3 bandes dessinées de Lucile Gomez. Je la connaissais comme illustratrice et autrice de BD. Et puis après j'ai vu qu'elle avait publié ça, mais moi j'étais à 1000 lieues de penser que j'allais moi-même avoir un enfant un jour. Bref, par contre du coup pour moi c'était clair que je voulais les lire et puis c'est un peu ça qui m'a amené en fait à cette connaissance-là. Sinon j'aurais pas eu l'idée... Et puis après bon, j'ai acheté quelques livres et puis j'ai suivi pas mal de comptes sur Instagram autour de la de la maternité. Et puis j'avais aussi une application, ils ont pas mal d'articles sur l'application avec des sources et des références scientifiques, mais que je suis pas allée lire. Et j'avais deux livres qui décrivaient les les étapes de grossesse et puis, mais vraiment sur l'accouchement lui-même c'est principalement les BD. » -

Nathalie

Cependant dans sa volonté d'être informée, Nathalie effectue tout de même un tri entre les informations qu'elle trouve bénéfiques et celles qu'elle préfère maintenir à distance afin de ne pas « angoisser » et « anticiper le pire ». Lors du rendez-vous de terme, pendant lequel les méthodes de déclenchement sont

généralement abordées, elle refuse de discuter des options de provocations et préfère qu'elles lui soient présentées en temps voulu.

Les bandes dessinées de Lucile Gomez²¹ sur l'accouchement constituent une source d'information partagée par presque toutes les femmes que j'ai rencontrées et recommandées par certain·es soignant·es de la maternité H. Cette trilogie leur a offert une compréhension approfondie de la physiologie de l'accouchement tout en les rassurant quant aux capacités de leur corps à traverser cet événement.

« On a eu deux bouquins qui nous ont bien aidés. Des BD qui correspondent à notre façon de penser et qui aident à mettre les choses à plat. On pourrait dire que les choses se font naturellement et qu'il y a beaucoup d'artifices qui peuvent un peu compliquer un peu tout ça et qu'on est fait pour ça. Sauf pour x ou y raison, les choses se font très naturellement depuis très longtemps. Et c'est très rassurant. » - Charlène

Finalement, certaines de mes interlocutrices se basent sur leurs connaissances professionnelles de sage-femme ou d'infirmières en néonatalogie et ne ressentent pas le besoin de compléter outre mesure leurs propres expériences. Elles font confiance aux professionnel·les qui les accompagnent pour les conseiller et les guider lorsqu'elles atteignent les limites de leurs compétences. Pour Maëlie, Olivia et Mathilde, il s'agit surtout de partager leurs connaissances avec leur partenaire. Mathilde raconte :

« je lui avais demandé s'il voulait [faire des cours de préparation à la naissance], justement par ce que je me suis dit "clairement la théorie ça va". Après c'est clair le reste je connais pas... Je lui ai demandé s'il avait besoin

²¹ Les bandes dessinées "La naissance en BD" de Lucile Gomez sur l'accouchement sont des œuvres qui abordent la grossesse et la naissance de manière humoristique et éducative. Ces bandes dessinées sont particulièrement appréciées pour leur authenticité et leur capacité à aborder des sujets parfois délicats avec légèreté et empathie. Lucile Gomez offre une perspective réaliste et réconfortante sur la parentalité.

Le tome 1, "Devenir mère" explore les différentes étapes de la grossesse, les émotions et les questionnements qui l'accompagnent, ainsi que les premières expériences de la maternité.

Le tome 2, "Le Grand Jour" se concentre sur le jour de l'accouchement. Il décrit les différentes options d'accouchement, les attentes et les réalités, ainsi que les expériences personnelles de l'autrice et d'autres parents. L'objectif est de démystifier l'accouchement et d'offrir une vision rassurante et réaliste de l'accouchement.

Le tome 3, "Devenir parents" poursuit l'exploration des thèmes liés à la parentalité en se concentrant sur les premiers mois de vie du bébé et les défis de devenir parents.

*que quelqu'un d'autre lui explique, puis bon, ça allait. Confiance aveugle
encore donc... (les deux rigolent) ». - Mathilde*

La différence d'investissement par les partenaires dans la recherche d'information sur l'accouchement est un autre élément commun à la majeure partie de mes interlocutrices. La plupart des hommes se reposent sur les informations transmises par leur compagne, à l'instar de Matthieu :

« Moi je m'appuyais sur Nathalie sans soucis, elle était très proactive dans la documentation, la recherche je me suis dit "je vais pas faire le travail à double". Je me suis pas activement désintéressé, mais en gros, je vais un peu surfer sur la vague. On avait pas les mêmes calendriers en tête, comme si on allait pas avoir un enfant en même temps. Mais dans son stress de tout planifier à l'avance moi, je suis parti un petit peu plus tard dans la phase de planification. Donc un peu une différence de perception par rapport à ça, mais sinon pour moi la grossesse a été très bien (les deux rigolent) ». - Matthieu

Il ressort ainsi que les hommes ont tendance à moins s'informer et à concevoir leur rôle comme soutien et accompagnant. Les partenaires ressentent au début de la grossesse une certaine distance émotionnelle, un sentiment d'observation extérieure par rapport à la situation. Même s'ils sont conscients de la grossesse de leur compagne, ils peuvent se sentir détachés de cette expérience corporelle vécue par leur conjointe. Ce sentiment d'étrangeté est particulièrement marqué en début de grossesse et tend à diminuer progressivement au fil du temps (Boiteau et al., 2019). Seul Sylvain revendique la tentative d'atteindre une implication équitable dans la mesure du possible :

« Pour nous c'était toujours.../ C'est un peu une des conditions de se lancer dans la maternité, c'est que c'est un projet à deux. On appelait ça notre projet extrascolaire. Un peu en blaguant, mais on a un enfant et la grossesse on ne peut pas échanger nos corps, donc voilà... Mais, mais la grossesse et tout ce qui l'entoure, c'est un projet, un à deux. [...] Après pour moi c'était toujours évident que j'allais m'aligner sur ce que toi tu déciderais. Je te soutiens à travers n'importe quel des plans. » - Sylvain

Les femmes enceintes jouent un rôle essentiel d'éducation de leur partenaire quant aux informations sur la grossesse et l'accouchement. Ceci témoigne de la

perception du travail reproductif (Delphy, 1998) comme principalement, voire uniquement, féminin. Ce travail inclut non seulement les aspects biologiques de la grossesse et de l'accouchement, mais aussi les dimensions émotionnelles et éducatives de la préparation à la naissance. Cette division genrée du travail reproductif met en lumière les inégalités structurelles qui persistent dans les systèmes de santé et au sein des dynamiques familiales. Les femmes sont souvent les seules à se préparer intensivement à l'accouchement, cherchant des informations à travers des cours prénataux, des livres spécialisés et des forums en ligne, tandis que les hommes sont moins impliqués. Cette répartition des rôles renforce la perception que la reproduction est un domaine exclusivement féminin, marginalisant ainsi la participation masculine (Martin, 2001). Cependant, comme l'explique Gabaret (2021), « il n'y a aucune raison "naturelle" à déléguer le soin des enfants aux seules mères » (p. 103). Ces prédispositions perçues comme "naturelles" à la parentalité ne relèvent pas d'un déterminisme absolu. La culture patriarcale considère les émotions et l'empathie comme des signes de faiblesse chez les hommes, ce qui favorise le désengagement paternel. Ainsi, en plus des recherches effectuées par elles-mêmes, et par extension pour leur partenaire, certaines de mes interlocutrices se sont également tournées vers d'autres professionnel·les et thérapeutes comme des ostéopathes, des naturopathes, ou encore en faisant des séances d'hypnose ou des cours de yoga prénatals, pour s'informer et se préparer à l'accouchement. Cependant, elles n'accordent pas la même crédibilité aux différentes sources d'information, et portent, par exemple, un regard très critique sur les informations obtenues sur internet ou sur les réseaux sociaux, en créant ainsi une hiérarchisation des savoirs.

3.4.3 Légitimité des discours : la confiance dans le discours biomédical

L'importance et la crédibilité accordées aux différentes sources d'informations sur l'accouchement varient en fonction de mes interlocutrices. Cependant pour toutes, les renseignements et les conseils obtenus auprès des professionnel·les de santé font office d'expertise. L'expertise médicale est valorisée dans la société, l'opinion des médecins est largement considérée et leur légitimité est indéniable. Une hiérarchie symbolique s'opère en ce qui concerne la provenance

des recommandations entre les médecins, les autres professionnel·les de santé et le savoir social (Castra & Sainsaulieu, 2020). En partant du principe que « les représentations et pratiques professionnelles dépendent de la position dans la hiérarchie (légale ou symbolique) interne à une profession » (Pichonnaz & Toffel, 2018, p. 9), on remarque une différence dans la prise en considération des expertises biomédicales ou sociales. Ce phénomène s'explique par l'importance et le poids institutionnel du discours biomédical dans l'établissement de diagnostic et de recommandations. Comme l'explique Lamy (2017), les médecins, en incarnant l'institution médicale, sont considéré·es comme les plus compétent·es en matière de diagnostic. L'avis médical se trouve alors légitimé dans notre société et représente l'autorité des connaissances scientifiques (Lamy, 2017).

Cette conception de l'autorité médicale se retrouve ainsi dans l'imaginaire collectif, et par conséquent dans le discours de mes interlocutrices pour qui l'expertise médicale relève d'une importance incontestable (Castra & Sainsaulieu, 2020). Pour Maëlie « *il faut faire confiance aux professionnels qui nous entourent pour nous suggérer les bonnes choses au bon moment* ». Elle estime que si une femme n'est pas en confiance, l'accouchement pourrait être difficile et mal vécu. De son point de vue (qui est cohérent avec son expérience de professionnelle de santé), il est donc préférable d'être en accord avec le personnel médico-soignant et elle ne questionne pas le discours biomédical. Adélie et Florent, qui n'ont pas apprécié les conseils non sollicités de leurs proches et ont souhaité ne pas trop s'informer pendant la grossesse, partagent ce ressenti. En cas de doute, le couple se réfère à leur sage-femme qui « *a la vision globale. Elle fait ça tous les jours, elle a eu des milliers de cas et du coup elle peut donner un conseil qui est réaliste par rapport à une moyenne et pas une seule expérience* » (Adélie). Adélie et Florent font donc entièrement confiance au corps médical, mais surtout à leur sage-femme indépendante et à son expérience et adhèrent au modèle qui établit le biomédical comme la référence. Le parcours de Charlène et Maxence pour accepter le début de grossesse reflète également d'une hiérarchisation des discours. L'annonce de la grossesse de Charlène a été une période de stress et de remise en question pour le couple,

alors qu'ils/elles traversaient une phase d'instabilité marquée par des changements importants tant sur le plan professionnel que personnel. Charlène a sollicité l'aide de nombreuses personnes pour essayer d'accepter sa grossesse : « *j'ai essayé plein de choses. J'ai essayé de la kiné, j'ai essayé une psy, mais j'ai dit "non, mais ça va pas..."*. Je suis même allée chez une médium, je me suis dit "mais en fait Char, tu fais n'importe quoi" ». Ce sera finalement son gynécologue qui la rassurera. Pour Tania, il en va de même, l'avis du corps médical prime sur le reste :

« Je pense que moi je suis un peu consciente du risque, mais parce qu'il y a autant de travail avec la fertilité... / J'ai plusieurs amies qui ont aussi eu des problèmes de fertilité et à cause de ça ils ont décidé de faire une césarienne juste parce qu'ils voulaient pas avoir le risque de l'accouchement voie basse. Mais pour moi, j'étais consciente du risque, mais je crois que... je pensais jamais que je la mettais en danger, mais y a eu un moment où il fallait décider et j'aillais choisir le... / juste prendre les conseils du médecin, j'allais pas insister de faire quelque chose de plus naturel ou un peu plus ... / pousser à faire quelque chose juste parce que c'était très important pour moi, j'ai juste pris l'avis médical. Je pense que c'est à cause des éléments de fertilité, mais je sais pas peut-être que j'aurais pris la même décision même si j'avais pas eu ça. » - Tania

Bien que Tania souhaite initialement accoucher par voie basse, elle suit le conseil de son gynécologue qui estime que le poids élevé du bébé rendra l'accouchement difficile et risqué. Tania planifie donc une césarienne, mais quand elle se met spontanément en travail avant le terme l'équipe de la maternité de l'hôpital H estime qu'un accouchement par voie basse est tout à fait réaliste. L'expérience de Tania met, par ailleurs, en évidence, la pluralité de point de vue dans le discours biomédical.

Cependant, si le discours biomédical est accepté facilement par certaines, il est nuancé par d'autres. Julie et Sylvain racontent la réaction de leur gynécologue quand ils/elles lui annoncent vouloir accoucher en maison de naissance :

« Julie : On lui a un peu dit qu'on allait faire la maison de naissance. On s'attendait à sa réponse, et effectivement elle a fait "hmmm pour un premier, je recommande pas trop". Puis on a dit merci pour votre avis, mais on va quand même le faire. Bref...

Sylvain : On avait été quand même un peu désarçonné par sa réponse. On se serait attendu, soit à un peu plus de neutralité ou un peu plus de soutien. Après voilà, je comprends aussi la raison pour laquelle ben forcément elle est clinicienne et en l'occurrence elle bosse à [l'hôpital H] à la maternité. Donc elle a forcément un avis sur la question. [Après pour le reste] on a suivi les recommandations, on a fait tout ce qu'on nous a dit de faire. » - Julie et Sylvain

Julie et Sylvain font ainsi le choix conscient de ne pas suivre les recommandations de leur gynécologue. Ils/elles décident de se fier à leurs connaissances pour choisir leur lieu de naissance. Ce n'est pas pour autant un rejet en bloc du discours biomédical, car comme déjà mentionné, ils/elles conçoivent la maison de naissance comme un lieu légèrement médicalisé et à proximité d'un hôpital, rappelant par là le caractère imprévu de l'accouchement.

Les représentations qu'ont les femmes et leur partenaire de l'accouchement sont façonnées par les récits de leurs proches ainsi que les livres, et les médias sur le sujet. Si certains récits et certaines informations trouvées décrivent l'accouchement positivement et concordent avec l'idée de la naissance comme processus "naturel", de manière générale, les discours et informations contribuent à renforcer l'idée que l'accouchement est un acte risqué et maintiennent l'idée selon laquelle le « savoir faisant autorité » (Jordan, 1993) est le modèle technocratique de la naissance.

3.5 La préparation à l'accouchement

La préparation à la naissance revêt une importance cruciale dans l'accompagnement des femmes enceintes, remplissant diverses fonctions au sein du parcours périnatal. D'une part, elle répond à un besoin d'information et de clarification des interrogations propres à chaque future mère. Cette démarche, souvent déléguée aux sages-femmes, dépasse le simple aspect médical pour s'étendre à des aspects plus « anodins » et « existentiels » de la grossesse,

souvent laissés de côté lors des consultations médicales classiques (Jacques, 2012, p. 110). Ces rencontres ont pour but d'aider les femmes à appréhender leur corps et le processus de la grossesse, réduisant ainsi les peurs et les angoisses liées à l'accouchement. D'autre part, la préparation à la naissance s'inscrit dans un contexte culturel où le "naturel" est devenu une valeur morale, valorisant les pratiques perçues comme inoffensives et authentiques (Gouilhers, 2017). Cette évolution reflète un désir croissant de compréhension rationnelle de l'événement biologique de la naissance. Ceci produit alors un paradoxe où l'hôpital prône le naturel.

L'institutionnalisation de la préparation à la naissance est directement liée à l'accouchement sans douleur et à la méthode Lamazienne. Initialement axée sur l'élimination de la peur de l'accouchement et la maîtrise de la douleur par une approche pédagogique, cette méthode a rencontré des critiques au fil du temps, notamment pour son manque de considérations psychologiques et individuelles des parturientes. En réaction à ces critiques et aux évolutions techniques, la préparation à la naissance se recentre progressivement vers un accompagnement global, intégrant non seulement la physiologie, mais aussi les aspects psychologiques de la grossesse. Les rencontres prénatales deviennent ainsi des espaces de partage d'expériences entre femmes enceintes (Jacques, 2012). En parallèle, l'émergence du "projet de naissance"²² témoigne d'une volonté croissante de personnalisation de l'accouchement, où les préférences individuelles des femmes sont prises en compte dans une démarche de décision partagée avec les professionnel·les de santé (Cristofalo et al., 2023). Ainsi, la préparation à la naissance s'inscrit dans un processus complexe, où se mêlent savoirs médicaux, valeurs culturelles et aspirations individuelles, avec pour objectif ultime d'accompagner au mieux les femmes dans cette période de transformation. Comme l'explique Maffi (2014), les cours de préparation à la naissance « ne visent pas seulement à socialiser les femmes au modèle médical

²² Un projet de naissance est un document rédigé par les futurs parents, qui détaille leurs préférences et souhaits concernant le déroulement de l'accouchement. Ce document vise à communiquer clairement ces préférences à l'équipe médicale pour s'assurer que l'expérience de l'accouchement soit aussi proche que possible des attentes des parents, tout en restant flexible pour s'adapter aux imprévus médicaux.

de la naissance, mais également à les rendre conscientes des devoirs moraux, civiques et individuels que la maternité implique vis-à-vis de la communauté » (p.4).

3.5.1 Les cours de préparation à la naissance

Les cours de préparation à la naissance (PAN) proposés à l'hôpital H sont donnés par les sages-femmes, reproduisant ainsi la division institutionnelle et organisationnelle du travail médical. Les médecins sont responsables de la pathologie et les sages-femmes de la physiologie, mais également des interrogations « anodines », « normales » et « existentielles » (Jacques, 2012, p. 110). Deux formules de 10 heures de PAN sont proposées par l'hôpital H, l'une "classique" répartie soit sur 5 soirées pendant 5 semaines, soit sur 2 soirées et une journée entière. La seconde formule est une PAN en piscine réservée uniquement aux femmes pour « respecter l'intimité des mamans » (selon le site internet de l'hôpital H). Les cours sont composés d'une première partie théorique puis d'exercices dans l'eau, qui ont pour but de préparer en douceur le corps à l'accouchement et de travailler la respiration (selon le site internet de l'hôpital H). En plus des deux types de PAN, un atelier uniquement pour les futurs pères est proposé par une personne externe à l'hôpital H. Je n'ai pas assisté à ces ateliers, mais leur présence dans plusieurs hôpitaux de Suisse romande, illustre d'une part le fait que certaines personnes estiment qu'il est nécessaire de préparer spécifiquement les hommes à la naissance et à la parentalité, et d'autre part la demande d'hommes pour ce type d'offre. Ces ateliers suggèrent également que la PAN "classique" – c'est de cette façon que l'animateur les présente – s'adresse en premier lieu aux femmes, et que les questionnements des hommes quant à l'accouchement restent sans réponses. Un espace entre hommes est alors utile pour aborder sans retenue ces interrogations²³. Comme le montrent Chautems et Maffi (2021), ces ateliers réservés aux hommes, et qui n'ont pas d'équivalent pour les femmes, ce qui illustre l'idée selon laquelle « les hommes

²³ Il serait intéressant de faire une étude sur ces ateliers réservés aux hommes afin d'observer les discours, les interrogations et les réponses apportées dans ces espaces. Quelles paternités sont mises en avant ? Quelles représentations sont transmises ? Quels impacts ces ateliers ont-ils sur les hommes et sur la façon d'appréhender la grossesse, l'accouchement et la paternité/parentalité ?

ont besoin d'un apprentissage spécifique de la parentalité alors que pour les femmes ce processus serait naturel, car lié à leur vécu corporel et psychique » (p. 41). La présence du partenaire est également vivement encouragée à la PAN "classique", afin de pouvoir être un réel soutien lors de l'accouchement. C'est également dans cette optique que le contenu thématique de chaque cours n'est pas annoncé afin de maximiser la présence des deux parents à toutes les séances.

« Les parents viennent un peu selon les thèmes. Le papa vient pas toujours et tout, et du coup nous on leur annonce pas de thèmes pour qu'ils viennent aux 5 séances les deux. [...] Je trouve que le conjoint, s'il sait à quoi s'attendre... enfin tu vois s'il apprend à respirer avec sa femme, il saura lui dire à la maison comment respirer sur ses contractions pour réussir à tenir un bon bout à la maison. Et du coup à avoir une dilatation [du col] plus harmonieuse, très souvent quand même. Il est plus rassurant pour elle aussi, tu vois. Et puis lui s'il sait quoi faire, si tu lui donnes des petites choses un peu pratico-pratique... alors c'est une généralité, mais l'homme aime quand même, savoir quoi faire, avoir des solutions, ne pas juste regarder sa femme souffrir parce que sinon il panique. Et du coup je trouve que pour eux aussi, c'est c'est un meilleur vécu quand ils savent qu'ils peuvent la masser, qu'ils peuvent suggérer ça... qu'il doit faire attention à sa bulle d'intimité qu'il doit faire attention à son sentiment de sécurité, tout ça. Je trouve qu'après ils sont plus réceptifs. [...] Il faut qu'ils soient un tout petit peu au courant de ce qui va se passer. Il y a des choses qui sont normales, qu'ils s'apprêtent à la voir souffrir parce que elle va souffrir. Enfin c'est pas sans douleur un accouchement, ça n'existe pas » -

Louise

Les propos de Louise sur l'importance de la présence des partenaires à la PAN, représentatifs de ceux que j'ai pu entendre à la maternité, traduisent l'héritage des mouvements de l'accouchement "naturel" (Moscucci, 2003; Quagliariello, 2017a; Vuille, 2015). Ces cours permettent alors de comprendre le déroulement physiologique de la naissance, de socialiser les pères au rôle qui est attendu d'eux lors de l'accouchement, tels que pratiquer des massages pour soulager les douleurs des contractions ou interpréter l'avancée du travail. L'accent est également mis sur l'explication des changements corporels et comportementaux

des femmes lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Les sages-femmes préparent les pères à voir leur partenaire souffrir pendant l'accouchement, les informent des douleurs que les femmes peuvent ressentir pendant plusieurs semaines après l'accouchement ou encore leur expliquent les raisons pour lesquelles une femme pourrait ne pas avoir envie d'avoir des rapports sexuels. Enfin, lors des cours de PAN, auxquels j'ai assisté, une vision hétéronormée et différentialiste des rôles parentaux est véhiculée. Les sages-femmes rappellent aux couples qu'il est "naturel" que les nouveau-nés demandent l'attention de leur mère, et que parfois, elle est la seule personne capable de calmer et rassurer son enfant. Cette compréhension du lien mère-enfant est fondée sur le concept d'instinct maternel et la conception des hormones, notamment celles produites lors de l'allaitement²⁴. Cette vision reprend d'une part les travaux de John Bowlby sur les mères comme figures centrales d'attachement pour leurs enfants (Bowlby, 1969, cité dans Chautems et Maffi, 2021), d'autre part elle prolonge les discours médicaux sur l'endocrinologie du début du XX siècle, qui ont identifié les hormones sexuelles comme la base de la différenciation entre les sexes (Oudshoorn, 1994, cité dans Chautems et Maffi, 2021). Bien que la catégorisation binaire des sexes et la naturalité du sexe biologique aient été scientifiquement remises en question (Gardey, 2013), cette explication hormonale de la différence sexuelle s'est largement propagée et est devenue un cadre de référence commun pour les sages-femmes et les parents (Chautems & Maffi, 2021).

L'hôpital H a récemment décidé de renouveler sa PAN afin de mettre à jour le contenu et d'harmoniser les cours selon les sages-femmes les donnant. J'ai pu observer une certaine cohérence dans les apports théoriques entre les cycles, la principale différence résidant dans la partie pratique. La PAN en piscine consacre un moment défini pour la pratique alors que pour les PAN "classique" l'application de la théorie passe au second plan. Contrairement à ce que Maffi (2014) avait pu observer, les exercices de la PAN à l'hôpital H n'enseignent pas

²⁴ Dans les cours de PAN que j'ai suivis, une session entière est accordée à l'allaitement. Bien que les sages-femmes demandent aux femmes si elles souhaitent allaiter ou non, leur discours met en avant les bénéfices de l'allaitement au sein et renforce l'injonction d'allaiter.

de techniques de respiration et de relaxation (sauf pour celle en piscine), mais proposent un moment de connexion entre le couple et leur futur bébé, sur le modèle de l'haptonomie²⁵, et quelques positions antalgiques sont montrées par la sage-femme lors de la visite de la salle d'accouchement. La préparation corporelle passe alors au second plan et la PAN met l'accent sur l'explication de la physiologie et sur les différents protocoles hospitaliers. Selon les sages-femmes rencontrées, la PAN doit apporter des éléments théoriques sur l'accouchement et déconstruire les représentations des couples afin de les préparer à l'accouchement tel qu'ils/elles pourraient le vivre à l'hôpital :

« On essaie vraiment d'un peu démystifier cette période que les médias te vendent comme toute rose, paillettes nininin... C'est quand même pas tellement le cas et il peut y avoir beaucoup de souffrance. Il peut y avoir juste des difficultés, mais c'est encore OK de savoir que ça peut arriver. Et en fait je pense que c'est un truc que les deux doivent entendre. On parle beaucoup de la dépression post-partum de la maman, et du traumatisme de l'accouchement. Mais le papa a lui aussi le droit de pas avoir tout bien vécu et de mettre du temps à s'attacher à son bébé. [...] On leur apporte de la théorie parce que ça rassure beaucoup les gens du XXI siècle, la théorie, mais je leur dis toujours, le but c'est pas que vous sachiez tout et que vous reteniez la théorie. C'est que vous ayez une idée de ce que vous voulez et dans quelle direction vous voulez prendre vos décisions. » - Louise

Cette volonté des sages-femmes de l'hôpital H dans les cours de PAN de déconstruire la « fausse » image de l'accouchement présente dans les médias s'accompagne du sentiment de devoir démentir les représentations sur des gestes qui ne sont plus pratiqués (comme l'épisiotomie, le recours abusif à la césarienne, la péridurale mal dosée, la position d'accouchement sur le dos, etc.), mais dont les récits demeurent dans l'espace médiatique. Ainsi, les sages-

²⁵ L'haptonomie est une approche de la relation humaine qui met l'accent sur le toucher et la communication tactile pour favoriser le lien affectif entre les individus. Elle a été développée par le thérapeute néerlandais Frans Veldman dans les années 1950. L'haptonomie repose sur l'idée que le toucher peut être un moyen puissant de communiquer des émotions, des sentiments de sécurité et de connexion. Elle est souvent utilisée dans le contexte de la grossesse et de la parentalité, où elle peut aider les parents à établir un lien affectif avec leur bébé à naître, ainsi qu'après la naissance pour renforcer le lien parent-enfant.

femmes se retrouvent malgré elles à devoir d'une part démentir le recours à des actes techniques pour apaiser les craintes des parturientes, et d'autre part accentuer le caractère imprévu et risqué de l'accouchement afin de répondre à l'obligation d'informer les couples sur les différents protocoles hospitaliers. Un décalage entre les attentes de la PAN et la réalité du contenu apparaît, autant pour les sages-femmes, qui souhaiteraient pouvoir axer la PAN sur la physiologie de l'accouchement et sur la parentalité, que pour les couples qui s'attendent à des cours avec beaucoup plus d'exercices de respirations et de positions.

Ainsi, la PAN, tel qu'elle est conçue dans ce contexte hospitalier - mais également telle qu'elle est donnée par les sages-femmes indépendantes, au vu de ce qui ressort des discussions avec les couples - dépasse largement la simple compréhension de la physiologie du travail. Les cours proposés aux couples à l'approche de la naissance englobent une diversité d'aspects, du déroulement d'un accouchement physiologique aux procédures hospitalières auxquelles les femmes seront soumises. Les futurs parents sont invités à investir la salle d'accouchement avec des effets personnels (musique, bougies, objets de décoration, etc.) afin de créer une atmosphère calme pour vivre sereinement le travail. Cette approche reflète une volonté d'accompagnement global tout au long du parcours vers la parentalité, plutôt que de se concentrer exclusivement sur la gestion de la douleur associée à l'accouchement. Les cours de préparation à la naissance sont donc largement orientés vers la socialisation des parents aux normes et pratiques médicales, visant à les préparer à adopter les rôles attendus et à coopérer avec le personnel médical, tout en s'adaptant docilement aux situations rencontrées (Maffi, 2014).

La culture de la naissance,
entre représentations de l'accouchement "naturel",
expériences des couples et pratiques des professionnel·les de santé

Marie Binggeli
Prof. Maffi Irene

Chapitre 4: LE VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT : QUELLES EXPÉRIENCES ?

Ce chapitre se focalise sur le vécu expérientiel afin de témoigner de la complexité et la diversité des expériences des femmes et de leur partenaire. Cette approche compréhensive prend au sérieux ce que disent les couples et les logiques qu'ils/elles mettent en avant afin de mieux saisir le sens qu'ils/elles accordent à l'accouchement, leurs attentes et la manière dont la « pratique » de la grossesse et de l'accouchement façonne leurs expériences (Bertaux, 2010; Paillé & Mucchielli, 2012). Cette démarche vise alors la compréhension et la description de l'expérience humaine telle que vécue par les acteur·rices. La valorisation du vécu balance également le manque de considération envers l'expérience et le vécu de la naissance par le modèle biomédical qui les considère comme éléments secondaires dans la prise en charge de la naissance (Davis-Floyd, 2003; Maffi, 2012).

4.1 Le récit de l'accouchement

Les récits d'accouchement de mes interlocutrices et de leur partenaire sont fortement marqués par le discours médical. Malgré une représentation de l'accouchement comme événement principalement physiologique, les couples reprennent la structure d'un processus médical dans leur narration, alors que les émotions et le ressenti du couple occupent la deuxième place dans le récit. La narration de l'accouchement suit ainsi le découpage en trois temps (pré-travail, travail, poussées) tel que pensé dans le monde hospitalier, et est rythmée par les normes médicales : temporalité et régularité des contractions, avancées de la dilatation du col, provocation, monitoring fœtal, péridurale, instrumentation, délivrance, transfert en urgence au bloc, etc. Comme l'explique Maffi (2012), les informations transmises lors des cours de préparation à la naissance préparent les couples à ces gestes et à ces interventions, et renforcent la vision de l'accouchement comme événement risqué et incertain, déjà promue durant tout le suivi prénatal. Le discours des sages-femmes oscille entre explication de la physiologie et rappel constant du caractère imprévu de la naissance, confirmant « les angoisses, les peurs, le sens d'incompétences des mères qui se confient aux

professionnels de santé afin d'obtenir le meilleur résultat possible » (Maffi, 2012, p. 71).

Cette intériorisation de la temporalité et des normes biomédicales est particulièrement présente chez mes trois interlocutrices professionnelles de santé. Maëlie et Mathilde ont spécifiquement demandé à être provoquées après le dépassement du terme. Les deux craignent les complications d'accouchement pour le bébé et préfèrent apaiser leurs angoisses en demandant une provocation.

« Là oui, oui quand on arrive à 41 semaines et quelques jours on se prépare gentiment à ça. Surtout qu'elle a vraiment pas beaucoup bougé. Et je savais que si j'allais à [l'hôpital H] en disant qu'elle avait pas beaucoup bougé on allait me provoquer donc euh... j'ai un peu attendu et puis finalement, elle a bougé le soir, elle a bien bougé. Mais le [lendemain] du coup je me suis dis voilà : "moi je me retape pas encore une après-midi d'angoisse". Donc j'ai dit à la gynéco "si vous trouvez un oligo"²⁶, ce qui m'étonnerait pas, moi ça me va bien". Et pis c'était OK pour eux, et il fallait bien qu'on l'aide on petit peu à sortir. » - Mathilde

« Je pensais vraiment qu'il allait naître un petit peu avant. C'était pas le cas. C'est pour ça que j'ai quand même ... comment dire... J'ai quand même demandé très rapidement d'être déclenchée. Oui, parce que théoriquement, on va aller jusqu'à 41^{3/7} semaines voire 42 semaines pour déclencher, pour vraiment disons obliger fortement les gens à déclencher. Et moi, je voulais vraiment que ça soit fait avant. Donc pendant mon rendez-vous du terme j'avais déjà demandé qu'on puisse prendre rendez-vous pour déclencher. Et j'avais proposé le vendredi. Donc euh... Et puis quand ils m'ont dit au final, ça ne sera pas vendredi. J'ai fait genre "ah non ça sera pas possible". (elle rigole) » - Maëlie

Toutes deux ressentent une forte angoisse après avoir dépassé le terme. Mathilde s'inquiète, car elle sent moins sa fille bouger, Maëlie préfère être provoquée de

²⁶ L'oligohydramnios peut être causé par une insuffisance utéro-placentaire, des médicaments, des anomalies fœtales, ou une rupture des membranes. Il peut provoquer des problèmes chez le fœtus (p. ex., troubles de croissance, rétractions des membres, mort, maturation pulmonaire retardée, incapacité à tolérer le travail).

manière préventive à 40 semaines. C'est pourquoi, lorsque le service de l'hôpital où elle avait prévu initialement d'accoucher est surchargé, elle demande à être transférée à l'hôpital H afin de pouvoir maintenir la provocation le jour même.

Olivia, quant à elle, est plus tiraillée, mais les risques pour son enfant prennent finalement le dessus sur sa volonté d'accoucher naturellement.

« Déjà ça faisait un moment que bon, elle [sa fille] était un peu au-dessus des normes au niveau du poids estimé. Et puis à un moment donné la gynéco a dit : "à un moment donné, va falloir se positionner si on fait une provocation ou pas". Et je savais pas trop parce que bon, la provocation c'est démarrer un travail qui est pas amorcé, mais c'est toujours un peu délicat. Il y a pas mal d'études qui montrent que c'est souvent accompagné de complications telles que l'utilisation d'instrumentalisation des choses comme ça. Et donc plus difficile physiquement pour la mère en tout cas, de ce que j'avais pu lire et de ce que mes collègues sages-femmes m'avaient un peu dit sur le sujet. Donc je savais pas trop. Et puis je me suis dit c'est une estimation de poids. Donc au début je laissais un peu trainer, je me disais "je sais pas trop". Et la gynécologue m'a adressée aussi à [l'hôpital H] pour avoir un autre avis justement sur ses estimations. Et à [l'hôpital H] ils avaient aussi une bonne estimation de poids. Et alors là je suis partie quand même pour la provocation, surtout pour éviter les complications qui pouvaient être liées à elle. Même si pour moi ça pouvait être plus de complications, mais l'important c'est que elle ça se passe bien. » - Olivia

Olivia se résigne à suivre les recommandations des médecins et est provoquée à 38 semaines. Durant 3 jours, elle passe par plusieurs étapes de la provocation (ballonnet, tampon puis 4 ovules de prostaglandines²⁷), avant que le travail ne

²⁷ Il existe plusieurs méthodes de déclenchement de l'accouchement, qui peuvent être utilisées en fonction des circonstances individuelles de la femme et des pratiques médicales spécifiques. Les méthodes naturelles, telles que l'acupuncture, l'acupression, la stimulation des mamelons et la prise de certaines herbes, sont parfois utilisées pour tenter de déclencher le travail, bien que leur efficacité ne soit pas toujours scientifiquement prouvée, voire déconseillées par les sages-femmes.

Le ballonnet ou cathéter de Foley : cette méthode consiste à insérer un cathéter dans le col de l'utérus et à le gonfler avec de l'eau pour stimuler l'ouverture du col et déclencher les contractions. Cette méthode est privilégiée à la maternité H, car mécanique.

commence. Elle demande la péridurale à bout de forces et reçoit en parallèle de l'ocytocine par intraveineuse afin d'augmenter l'intensité des contractions. Le travail finit par s'accélérer lorsque la sage-femme rompt manuellement la poche des eaux. A partir du moment où elle reçoit l'ocytocine de synthèse en intraveineuse, Olivia fait des malaises jusqu'à la fin de son accouchement et perd connaissance entre chaque poussée. Cependant, elle déclare être rassurée, car sa fille continue d'aller bien.

La crainte des risques réside ici dans une connaissance approfondie des protocoles en vigueur et des normes de l'accouchement. Cependant, à moindre intensité, ces aspects ponctuent aussi le récit de mes autres interlocutrices. Par exemple, Charlène me raconte avoir demandé la péridurale épuisée par la douleur et les heures de travail avec des contractions irrégulières et une « mauvaise » dilatation du col. Charlène et Maxence m'expliquent alors les différentes étapes de gestion de la douleur avant la pose de la péridurale : « *Et pis il fallait attendre du coup on m'a donné de la morphine. Parce que chaque fois il y a des étapes, les bains, la morphine... et au final on peut enfin mettre la péri. Ah enfin yes. Et là j'ai pu dormir un peu* ». Bien que l'hôpital H déclare poser la péridurale à n'importe quel moment de l'accouchement, l'accouchement type présenté lors des cours de préparation à la naissance laisse entendre qu'il y a un moment adéquat pour la poser. Les femmes se disciplinent alors à attendre d'être dilatée à 3-4 cm et d'avoir testé toutes les autres méthodes antalgiques avant de demander la péridurale.

4.1.1 La gestion de la douleur

Les représentations "naturelles" de l'accouchement de mes interlocutrices et leur volonté de privilégier la physiologie entrent en tension avec ce qu'elles vivent,

Prostaglandines (proress) : les prostaglandines sont des hormones qui peuvent être administrées sous forme de gel, de comprimés vaginaux ou de suppositoires pour stimuler les contractions utérines et favoriser l'ouverture du col de l'utérus (« maturer » selon le terme médical).

Ocytocine synthétique (syntocinon) : l'ocytocine synthétique est un médicament administré par voie intraveineuse pour induire ou renforcer les contractions utérines. Il est souvent utilisé lorsque le travail de naissance doit être accéléré.

Rupture artificielle des membranes (amniotomie) : cette procédure consiste à rompre délibérément les membranes amniotiques entourant le bébé pour déclencher le travail de naissance. Cela peut être fait à l'aide d'un crochet spécial sous contrôle médical et peut être particulièrement douloureuse.

notamment pour la douleur. Toutes l'appréhendent et se représentent l'accouchement comme un moment douloureux et comme une épreuve à surmonter, mais avec des stratégies différentes pour y faire face. Tania et Nathalie vivent leur accouchement sans péridurale comme une victoire, ce qui traduit une hiérarchisation dans les manières d'accoucher avec au sommet le non-recours à des analgésiques. Tania avait opté pour une césarienne, selon les recommandations de son gynécologue, mais a finalement opté pour un accouchement par voie basse en arrivant à l'hôpital H. Ne s'étant pas préparée à accoucher par voie basse, elle s'est laissée guider par l'équipe dans ce troisième accouchement complètement physiologique. Elle le vit comme une grande fierté et reçoit de multiples félicitations de toute la maternité, renforçant ainsi le caractère exceptionnel de la situation. Nathalie, pour sa part, avait clairement exprimé le souhait de ne pas avoir de péridurale dans son projet de naissance. D'une part, pour ne pas interférer avec le processus naturel de l'accouchement et d'autre part, par mauvaise expérience par le passé avec d'autres types d'anesthésies. Nathalie, comme Tania, met en lumière l'importance d'être bien accompagnée afin de réussir à accoucher naturellement :

« Et je lui suis extrêmement reconnaissante d'avoir tenu le choc. Alors après, comme Matthieu raconte, c'était un peu on ne dit pas le nom, le nom interdit parce que moi je voulais pas, j'arrivais pas à dire que je voulais la péridurale, je voulais pas le dire, mais je disais "faites quelque chose" et...

Matthieu : "Je peux plus, je peux plus, faites quelque chose".

Nathalie : Et elle [la sage-femme] me disait "Dites-moi ce que vous voulez" parce que c'était pas elle qui allait le dire à ma place. Donc y avait un peu ce mot interdit et moi je savais que je voulais pas le dire. Bref maintenant on en rigole. Mais oui moi j'ai failli craquer pas mal de fois, voilà, alors à un moment, c'était tellement douloureux qu'elle m'avait proposé le gaz. Et en fait moi, j'avais peur de de pas être là, de vivre le truc un peu grogis, à moitié shootée. Je connais pas du tout les effets. Je sais même pas si je supporte. » -

Nathalie et Matthieu

On retrouve dans les propos de Nathalie la volonté de vivre et expérimenter corporellement l'accouchement, presque comme un rite de passage. Selon

Davis-Floyd (2003), l'accouchement est considéré comme un rite de passage dans toutes les cultures, car il marque une transition importante dans la vie d'une femme, la transformant en mère et symbolisant son entrée dans le monde de la parentalité. Dans le contexte de l'Europe occidentale et d'Amérique du Nord, la douleur serait une composante significative de l'expérience de l'accouchement pour de nombreuses femmes, et peut être considérée comme une partie intégrante du processus de transformation et de passage à la maternité. Elle serait ainsi perçue comme un élément nécessaire et valorisé du processus de naissance et comme un moyen par lequel les femmes prouveraient leur force et leur capacité à devenir mères. Par ailleurs, Arnal (2016) souligne la distinction que font les femmes dans leur appréhension de la douleur. La *douleur* de l'accouchement, considérée comme normale et ayant un sens, est à distinguer de la *souffrance* qui intervient lorsque l'accouchement devient trop pénible (Arnal, 2016, p. 9). Cette distinction s'inscrit dans la construction sociale du but de la douleur, comme constitutive de l'identité maternelle. Cette autrice s'interroge sur cette volonté de ressentir les douleurs de l'accouchement et l'interprète comme une stratégie de résistance envers la médicalisation, et une crainte de se retrouver enfermée dans une mise en technique artificielle du corps. L'explication donnée par Arnal (2016) fait écho au témoignage de Julie et Sylvain sur leur rapport à la peur de l'accouchement et à la douleur :

« La douleur! Et je pense, la douleur comme elle est exprimée dans le monde médiatique. On trouve de tout à travers les films et du coup... Mais je pense que j'ai cette image depuis ma plus tendre enfance, qui n'a fait que se renforcer, que j'ai renforcé avec cette volonté de pas avoir d'enfant. Donc j'en ai rajouté une couche sur cet accouchement. Mais tout ça pour dire que l'accouchement, pour moi c'était vraiment un truc traumatisant qui me faisait très très peur. Et je le dis parce que malgré ça, j'avais cette... envie c'est peut-être pas le bon terme, mais ça me paraissait évident de choisir l'option maison de naissance. [...] Quitte à avoir mal... alors au moins j'apprends à gérer la douleur. [...] Et c'est aussi de rajouter aux trucs sans péridurale comme l'ont fait les femmes des milliers d'années et je m'inscris dans cette lignée-là ça c'était du bonus. Mais c'était pas la volonté d'avoir mal pour avoir mal, c'était de... d'avoir conscience qu'il y avait une douleur et qu'elle pouvait... on pouvait apprendre à

la gérer. Alors j'ai eu des moments de lunettes de confiance comme disait

Lucile Gomez » - Julie

« Mais c'est aussi l'aspect de ne pas normaliser la naissance sous antalgique et de débarquer dans un accouchement... / Après, c'est évidemment complètement foireux de dire ça pour un homme. Mais d'aller dans un accouchement où l'option de base c'est d'annihiler la douleur alors que c'est un processus, quoi qu'on en pense, naturel, physiologique... [...] je crois que pour nous deux, c'était pas histoire de faire un truc naturel, mais c'était un truc d'avoir un accouchement de base, normal quoi. Et que la normalité, elle devrait être sans anti-douleurs plutôt que complètement annihilée. » - Sylvain

Les propos de Julie et Sylvain peuvent être interprétés comme une forme de résistance à la médicalisation, ou du moins une tentative de ne pas y céder, sans pour autant diaboliser la médecine. Après plusieurs jours de travail, Julie, épuisée, est transférée à la maternité pour non-progression du travail. Malgré le coup dur, elle garde son optimisme et essaie de voir le bon côté des choses en déclarant : *« j'ai fait le choix de tout tenter en un accouchement. Le naturel, mais là je suis à la mat. moi je prends le gaz hilarant. C'est super ! La péri c'est super ! »* (Julie).

Mes autres interlocutrices ont toutes accouché avec la péridurale. Cependant, à part pour Olivia, il ne s'agissait pas d'une condition *sine qua non*. Maëlie et Olivia, qui qualifient leurs douleurs « d'insurmontables », en attribuent la cause à la provocation. Elles reçoivent la péridurale avec soulagement, mais regrettent son efficacité partielle. Pour Charlène, Adélie, Julie et Mathilde, il s'agit plutôt de lâcher prise, de privilégier le naturel, mais de souffrir le moins possible. La péridurale est alors perçue comme une technique leur permettant de rendre la douleur gérable et de « profiter » du moment. Le dosage de la péridurale est particulièrement apprécié, car, bien qu'ayant un effet anesthésiant, les femmes continuent d'avoir des sensations, ce qui leur permet ainsi de bouger à leur guise et de ressentir les moments de poussée :

« on est descendu pour une péridurale à 07h00. Qui a super bien marché, donc déambulatoire. Donc j'ai pu marcher et qui était hyper bien dosée parce que

j'étais complètement OK de sentir des choses et au contraire je voulais juste enfin vraiment sentir, peut-être d'avoir un peu mal c'était pas grave parce que j'étais prête pour ça. » - Mathilde

L'expérience de la douleur, ou au contraire sa non-expérience deviennent alors la revendication d'un droit à une libre disposition de leur corps. Cette liberté de ressentir, ou ne pas sentir, la douleur leur permet de maintenir un contrôle sur son acceptabilité. Elles utilisent ce contrôle pour redéfinir les limites entre leur affirmation d'elles-mêmes et les priorités médicales. Arnal (2016) applique le concept de subjectivation²⁸, pour comprendre comment les femmes négocient l'utilisation de la péridurale pendant l'accouchement. « Ce processus met en œuvre une logique de subjectivation de la douleur, au sens où, pour les femmes, les douleurs de l'accouchement ne relèvent pas d'un phénomène objectif qui rationalise le corps et ses expressions comme "néfaste", mais plutôt un phénomène subjectif propre à une expérience vécue dont la signification est attribuée par le sujet qui le vit et reposant donc sur sa subjectivité émotionnelle et corporelle » (Arnal, 2016, p. 8). La douleur de l'accouchement n'est pas simplement un phénomène objectif, mais plutôt une expérience subjective dont la signification dépend de la personne, de sa sensibilité et de son vécu.

4.2 Le paradoxe du contrôle et du lâcher-prise

L'intériorisation des protocoles hospitaliers par les femmes témoigne de la dimension performative de l'accouchement. A travers ce conformisme, les femmes ressentent le besoin de prouver leur capacité d'être des parturientes modèles qui réalisent une "bonne naissance". Cette double injonction englobe la nécessité pour les femmes d'être actrice de leur accouchement d'un côté et de vivre pleinement ce moment « magique » de l'autre. En se conformant à ces deux aspects, les femmes respectent leur représentation de l'accouchement "naturel", dont le caractère dépend de l'absence d'interventions et de protocoles médicaux, mais également à l'injonction à la participation active et consciente de la parturiente à son accouchement. Selon Gibbins et Thomson (2001), la plupart

²⁸ Arnal (2016) définit la subjectivation comme « la manière dont on doit se constituer soi-même comme sujet moral agissant en référence aux éléments prescriptifs qui constituent le code ».

des femmes aspirent à jouer un rôle actif lors de leur accouchement et préfèrent ne pas adopter une attitude passive et dépendante à l'égard des professionnel·les de santé qui les entourent. Cette perception du contrôle est liée à divers aspects de l'accouchement et se manifeste différemment selon les femmes. Les nuances recensées par ces autrices se retrouvent dans les propos tenus par mes interlocutrices. Pour certaines, il s'agit de gérer le processus d'accouchement en planifiant son début, à l'instar de Maëlie, Mathilde et Olivia. Pour d'autres, la sensation de contrôle se manifeste par une participation dans les décisions relatives au déroulement du travail et de l'accouchement (gestion de la douleur, position, etc.). Pour d'autres encore, il est associé à la capacité de "contrôler" leurs émotions et leur comportement (Gibbins & Thomson, 2001).

L'importance de maîtriser ses émotions et son comportement ressort chez certaines de mes interlocutrices. Ce contrôle passe souvent par le recours à la péridurale. Deux raisons principales apparaissent dans les témoignages des femmes avec qui j'ai échangé. Tout d'abord une conscience accrue de soi et de son comportement, à l'instar de Maëlie qui pense avoir reçu la péridurale relativement tôt (elle m'explique qu'elle a reçu la péridurale alors qu'elle n'était que dilatée à 2 cm et que normalement la péridurale n'est pas posée avant 3-4 cm), car les professionnel·les « *n'en peuvent plus de m'entendre gueuler comme ça. Je pense que toute l'unité m'entendait* ». Maëlie insinue que, malgré la douleur insupportable qui est à l'origine de sa demande, elle a conscience que la manière dont elle extériorise sa souffrance n'est pas adéquate. Son commentaire suggère qu'elle prête attention à son comportement et à la perception que pourrait avoir l'équipe sur sa manière de se conduire. Le second avantage offert par la péridurale sur le sentiment de contrôle réside dans la gestion de la douleur afin de pouvoir vivre pleinement son accouchement et en « *profiter* ». C'est ce que met en lumière Maxence quand Charlène raconte avoir demandé la péridurale pour « *profiter aussi, parce que quand tu [Charlène] étais dans la douleur on profitait pas du moment* ». Maxence rappelle ainsi la représentation selon laquelle l'accouchement est un moment unique et « *magique* », qu'il est nécessaire de réussir. Le besoin de contrôle lors de l'accouchement traduit les nombreuses injonctions et attentes sociales qui reposent sur les femmes.

Cependant, les manifestations du contrôle apparaissent parfois « comme des modes de régulation, voire de disciplinarisation des comportements féminins » (Malacrida et Boulton, 2014, cité dans Gouilhers, 2017, p. 48).

D'autres femmes redirigent leur pouvoir d'action sur des aspects organisationnels ou sur l'aménagement de la salle d'accouchement. Une partie de celles qui accouchent en milieu hospitalier accorde une importance particulière à pouvoir apporter des éléments de décoration ou s'assurer de la présence d'équipements spécifiques (ballons, lianes, tabourets, etc.) afin de pouvoir réaliser certaines positions recommandées par leur sage-femme ou par d'autres professionnel·les de santé. Lors des cours de préparation à la naissance, j'ai pu observer les participant·es simuler des positions sur le lit d'accouchement, s'enquérir de la présence des ballons de yoga et sur la possibilité d'utiliser des huiles essentielles lors du travail (carnet de terrain, le 25 novembre 2023). Dans la même démarche de contrôle, Julie et Sylvain se sont dirigés vers un accouchement en maison de naissance, lieu qui leur laisse une plus grande liberté quant à la manière d'accoucher, autant en amont que pendant. Julie raconte :

« J'ai l'impression que c'est ce besoin de contrôle aussi et en étant à la maison de naissance tout est préparé. Et du coup, ça te permet aussi de te lancer dans un processus où t'es actrice plutôt que passive quoi. Ma perception de la maternité c'est un peu "asseyez-vous là madame, on va régler trois boutons et ça va aller" alors que la maison de naissance t'a été outillée avant d'arriver. Tu sais ce qui va se passer. C'est toi qui pilotes le bateau plus ou moins. » -

Julie

Deux aspects ressortent des propos de Julie. Tout d'abord, la souplesse et l'autonomie d'un accouchement en maison de naissance, mais également la richesse de l'accompagnement que ce lieu offre. Le principal avantage pour le couple réside dans la connaissance de la sage-femme qui va les accompagner dans l'accouchement et du lien créé avec elle. Pour Nathalie et Matthieu, Charlène et Maxence et Adélie et Florent - et en particulier pour les hommes - rencontrer et faire confiance à la sage-femme quelques heures avant l'accouchement n'a pas été facile. Adélie avoue qu'elle ne savait pas que la sage-

femme à domicile n'était pas présente lors de l'accouchement. Matthieu quant à lui aurait aimé pouvoir rencontrer l'équipe médico-soignante avant l'arrivée à l'hôpital :

« Ça aurait été cool effectivement, dans un monde idéal, qu'on puisse avoir une discussion avant... en fait de connaître la sage-femme, puis de se mettre d'accord. Parce que le matin même, on fait la connaissance d'une inconnue, qui va gérer ça. Et pis sur les soft skills... on sait pas comment elle réagit pour détecter les signaux, etc. C'est c'est bête hein ? Mais avec ce niveau de souffrance, à quel moment est-ce que je hurle pour dire "mais vous allez faire quelque chose ?". Ou à quel moment je lui fais confiance de dire "non c'est un métier, elle sait ce qu'elle fait". [...] Mais quelle est ma place ? Quelle n'est pas ma place ? » - Matthieu

4.2.1 Le rôle des partenaires lors de l'accouchement

L'expérience que raconte Matthieu souligne le ressenti principal de tous les partenaires, à savoir leur incompréhension sur leur place et leur rôle lors de l'accouchement. Ceux-ci ont bien intégré que, bien que secondaire, certains rôles et comportements sont attendus d'eux lors de l'accouchement, sans toutefois réussir à réellement les identifier.

Le manque de clarté quant à la place qu'ils doivent jouer lors de l'accouchement pousse les partenaires à se rattacher à des « éléments organisationnels et logistiques » (Matthieu). Florent raconte :

« Pour moi, c'était vraiment le côté des différentes étapes de dire d'abord vous allez arriver, vous allez faire ça. Peut-être que c'était typiquement "bah voilà, si ça vous arrive au milieu de la nuit, vous allez devoir rentrer par les urgences. Il faudra passer par là, suivre la ligne bleue au sol". » - Florent

Tous se sont occupés de la gestion du trajet jusqu'à la maternité, se sont renseignés sur le parking, sur l'entrée à prendre en journée ou pendant la nuit, ont constitué un sac contenant de quoi manger et boire pendant l'accouchement pour leur compagne, etc. Le fait de connaître le déroulement de la journée et de pouvoir guider leur compagne jusqu'à la salle d'accouchement leur donne un sentiment d'utilité. Le second rôle attendu de la part des partenaires lors de l'accouchement est celui de soutien : « mon rôle du coup bah c'est d'être là et

d'accompagner Mathilde, quoi, vraiment d'être présent pour soutenir » (David).

Cependant là encore, la manière dont ce soutien doit prendre forme reste floue.

Les hommes de mon étude ont très bien compris que leur rôle à la maternité est de prendre soin de leur partenaire et « c'est à ce niveau qu'[ils sont] le plus spécifiquement "utile" dans et à la maternité » (Truc, 2006, p. 344). Le rôle des pères dans une maternité évolue constamment, reflétant les changements sociaux et culturels. Autrefois perçue comme un domaine exclusivement féminin, la naissance est aujourd'hui considérée comme une expérience partagée, où la présence et l'engagement des pères sont encouragés et attendus. Dès l'annonce de la grossesse, les hommes sont sollicités pour soutenir leur partenaire tout au long du processus. Ils assistent aux échographies, participent activement à l'accouchement en apportant un soutien émotionnel et physique, et s'impliquent dans les soins postnataux, notamment en s'occupant des autres enfants pendant le séjour de la mère à l'hôpital. Cette présence et ce soutien sont désormais considérés comme essentiels et la participation de l'homme est devenue un fait culturel (Jacques, 2012). Cependant, selon Jacques (2012), malgré cette évolution, le rôle du père reste souvent limité à celui d'un soutien à sa partenaire, soulignant ainsi un besoin de réflexion plus approfondie de la part des professionnel·les de santé et de la société dans son ensemble sur la place et le rôle des partenaires dans la maternité.

4.2.2 Les attentes des professionnel·les de santé

Le manque de clarté dans la place attendue des partenaires à la maternité se décèle également chez les professionnel·les de santé. Les sages-femmes attendent que le partenaire²⁹ s'investisse. Cependant, s'il participe un peu trop

²⁹ A noter que lors de mes observations, le partenaire est pratiquement toujours pensé par l'équipe médico-soignante comme étant un homme et le père biologique du bébé. Ce constat met en exergue la difficulté à penser la famille au-delà du couple hétérosexuel et monogame. La situation suivante observée en prénatal illustre particulièrement bien cette constatation : une femme arrive aux urgences gynécologiques et obstétricales au milieu de la nuit. Elle est accompagnée d'un homme, il s'agit de l'ex-mari de la femme et le père biologique de l'enfant. Plus tard, le partenaire actuel de la femme les rejoint. Tous deux se relaient auprès de la parturiente pendant le travail. Lors de la transmission le matin suivant, la longue explication de la situation donnée par la sage-femme est ponctuée de rires et de commentaires sur « le pauvre enfant qui va devoir grandir et se former dans ce merdier » (carnet de terrain, le 29 novembre 2023).

aux décisions et pose trop de questions, on lui rappelle que c'est à la parturiente de décider, mais au contraire un partenaire trop peu investi est blâmé de ne pas soutenir sa partenaire, qui a besoin de "lâcher prise". Ainsi les sages-femmes ont du mal à comprendre l'attention que les partenaires (mais les femmes également) accordent à ce qu'elles appellent des « détails », tels que la composition des repas en post-partum, la gratuité du parking ou encore la literie. A plusieurs reprises, les sages-femmes m'ont exprimé leur impression que ces demandes dépassent leur rôle et leurs compétences et elles rappellent que la maternité n'est pas un « hôtel » (carnet de terrain, le 28 décembre 2023).

Ainsi, le besoin de contrôle que ressentent les femmes et leur partenaire entre en confrontation avec le discours des sages-femmes qui affirme que pour bien accoucher « il faut lâcher prise » ou ne « pas intellectualiser ». Une idée répandue dans l'hôpital est que ce sont les femmes qui ont le plus de demandes, formulées notamment dans des plans de naissance, qui accouchent le plus difficilement et qui ont les plus mauvais vécus :

« On parle beaucoup de plans de naissance. En fait, moi je trouve que plus un plan de naissance est précis, plus il a de chances de foirer et c'est souvent le cas. Plus t'es dans une philosophie, la sage-femme, elle va savoir te guider dans tes choix, te les proposer en accord avec ça. Et puis toi, tu, tu vas être plus souple, sur les choses qui vont se passer. » - Louise

L'injonction à "lâcher prise" pour "bien accoucher" est fortement transmise lors des cours de préparation à la naissance et se retrouve dans les propos des femmes lorsqu'elles racontent leur accouchement.

« Je sais pas avec les hormones, je me suis dit "go with the flow", une chose après l'autre et puis on verra, chaque chose en son temps, avec son niveau d'évolution. Je n'avais pas vraiment de braquage, je n'avais pas dit précisément que je ne veux pas de césarienne, je veux pas de péridurale, je ne peux pas me dire je veux rien ou je veux tout. Je me suis dit ça va dépendre en fait de l'évolution. » – Maëlie

« Donc j'ai fait de la piscine pas mal de temps. Sur la fin, les dernières heures, j'ai utilisé les lianes. Au début je me disais c'est que les nulles qui font ça,

mais... Là aussi j'ai bien utilisé le souffle, j'ai perçu les différents cris de douleur en fonction de l'avancée de l'accouchement. J'avais très très peur pour reprendre les mots de Lucile Gomez de pas réussir à brancher la femme sauvage en moi, mais de rester en mode cerveau parce que je suis assez cérébrale. On est les deux assez cérébraux et j'avais très très peur. J'avais peur de moi-même, de pas réussir à lâcher prise et rentrer dedans. En fait c'est pas du tout moi. Dès que les contractions sont arrivées et qu'il a fallu souffler, c'était très facile en fait de complètement déconnecter le cerveau et donc se concentrer sur gérer la douleur aussi. J'étais assez contente de moi. » – Julie

Les professionnel·les ont tendance à être réticent·es à inclure les femmes dans les processus décisionnels au cours de l'accouchement, et les soignant·es valorisent la confiance qu'ont les femmes en eux. À plusieurs reprises, j'ai observé des professionnel·les encourager les femmes à leur faire confiance et à s'en remettre à elles/eux. La notion de "lâcher prise" est invoquée pour justifier une certaine distance vis-à-vis des parturientes dans les décisions médicales qui les concernent (Gouilhers, 2017). Les femmes jugées incapables de "lâcher prise" sont celles qui posent trop de questions, sont anxieuses et ont un fort besoin de contrôle, selon les observations des sages-femmes. Leur demande d'information est souvent perçue comme une suranalyse nuisible au bon déroulement de la naissance. Cette difficulté à "lâcher prise" se manifeste généralement par un comportement d'observation constant des outils de surveillance, la comptabilisation des contractions et la tentative de prédire la durée de l'accouchement. Selon Gouilhers (2017), le concept de "lâcher prise" est principalement utilisé pour justifier le transfert de responsabilité aux professionnel·les de santé, leur permettant ainsi de travailler sans avoir à consulter ou à informer pleinement les parturientes. Cette tendance est illustrée par des réponses simplistes, voire infantilisantes, telles que « *ne vous inquiétez pas* », « *faites-moi confiance* » (carnet de terrain, le 14 février 2024) face aux demandes d'information des parents, même dans des situations où ils/elles expriment des préoccupations légitimes, comme savoir quel produit les femmes sont en train de recevoir par intraveineuse durant l'accouchement.

En fin de compte, cette dynamique reflète un déséquilibre de pouvoir entre les professionnel·les de santé et les parturientes, renforcé par une culture hospitalière qui privilégie l'ordre et le contrôle du corps médical au détriment de la pleine autonomie des femmes dans leur processus de naissance. Pour Maffi (2014), « l'injonction de rester calmes », qui est transmise aux femmes dans les cours de préparation à la naissance, permet ainsi aux professionnel·les d'outrepasser le droit à l'information et au consentement, ce qui a été intégré par les parturientes et qui les conduit la plupart du temps à ne pas protester et à estimer que ces inconvénients sont nécessaires. Il apparaît alors un décalage entre le besoin de contrôle des femmes et de leur partenaire, et le besoin de lâcher prise promulgué par les sages-femmes.

4.3 Le vécu des imprévus pendant l'accouchement

La plupart des femmes espèrent avoir un type d'accouchement spécifique pendant leur grossesse et s'y préparent dans cette optique. Cependant, l'expérience réelle qu'elles en ont ne correspond souvent pas à leurs attentes. Parmi les 7 femmes ayant exprimé le souhait d'accoucher de manière naturelle ou sans intervention médicale, 6 ont fini par en subir. Seule Nathalie et Tania (qui avait pourtant planifié une césarienne) ont accouché sans intervention médicale.

Maëlie, Mathilde et Olivia ont toutes trois eu une péridurale qui n'a pas fonctionné de manière optimale. Cependant, malgré des douleurs atroces, Maëlie (dont les premiers mots pour parler de son accouchement lorsque je lui pose la question sont « ça a été absolument affreux ») minimise l'impact de la souffrance de l'accouchement, et évoque une simple défaillance technique presque anecdotique.

« Donc oui, ça a été très très long et puis épuisant. Et comme j'étais pas vraiment anesthésiée au niveau du périnée... comment dire... l'accouchement s'est fait aussi de manière assez douloureuse et pis ben j'ai déchiré beaucoup et j'ai mal encore. Mais là ça va mieux aujourd'hui. [...] Je pense qu'il y a eu un couac par rapport à la pose de ma péridurale. Mais ça c'est sans... comment dire... c'est ponctuel et pis ça n'a pas vraiment d'impact pour la suite. Ça a été chiant sur le moment. [...] C'était dur, c'était vraiment dur. Oui. Et puis... je

pense que je vais commencer à chialer... (elle se met effectivement à pleurer).

Et le plus dur c'est de se dire que ... c'est que je l'ai voulu aussi c'est pas non plus comme si ça a été une obligation ou qu'on m'avait porté secours. - Maëlie

Au-delà de se résigner à souffrir malgré la péridurale, Maëlie se sent responsable de la situation. Ainsi, son expérience met en évidence la façon dont le modèle de l'accouchement naturel et l'information sur les risques donnent aux femmes un sentiment accru de responsabilité individuelle par rapport à l'accouchement. Lorsque leur accouchement ne se passe pas comme prévu, elles ont l'impression d'avoir échoué leur accouchement. Cet extrait met en lumière les sentiments de culpabilité et d'inadéquation que de nombreuses femmes éprouvent lorsque leur accouchement ne correspond pas à leurs attentes. En plus d'être responsables de la santé de leurs enfants, les femmes deviennent alors les seules garantes de la réalisation de leur projet d'accouchement, et doivent être dans des conditions physiques et mentales optimales pour y parvenir. Cela suggère que les femmes ne peuvent s'en prendre qu'à elles-mêmes lorsque leurs attentes en matière d'accouchement ne sont pas satisfaites.

Cependant, bien que les femmes soient responsabilisées des décisions à prendre lors de l'accouchement et des conséquences de ces choix, leur parole et leur ressenti sont souvent minimisés ou ne sont pas pris en considération par les professionnel·les de santé. Olivia mentionne la péridurale qui ne fonctionne pas lorsqu'elle arrive au bloc opératoire pour une hémorragie de la délivrance :

« C'était un peu impressionnant, parce que j'ai jamais été opérée hormis être debout et participer habillée [en tant qu'infirmière]. Je sais pas ce que c'était un bloc [en tant que patiente] et ça c'était un peu plus impressionnant d'être derrière un drap, d'avoir froid. Je me rappelle d'avoir très froid, je tremblais. Et puis ils voulaient démarrer l'opération sur la péridurale qui en soi marchait bien d'un côté, mais pas complètement de l'autre côté. Donc j'étais pas très chaude. Mais il y avait l'infirmier anesthésiste qui était juste génial parce qu'il était à côté de moi et me disait on va vous faire le test du froid, pour savoir à quel point vous êtes endormie et je dis "ça a pas bien marché d'un côté, j'ai plus senti tout le travail, donc pour une opération, je me sens quand même pas très à l'aise d'y aller comme ça". Donc il fait le test etc. Effectivement, le test

du froid, je le sentais pas, mais quand elle [la gynécologue] a commencé à inciser, en fait je sentais tout. Et là je l'ai dit et lui [l'anesthésiste] il a fait arrêter tout le monde et j'ai vraiment beaucoup apprécié parce que je me suis vraiment sentie... Autant la médecin me répétait "mais le test du froid il était positif" et je disais "oui, mais toujours est-il que je vous sens". "Ah, mais c'est normal que vous sentiez qu'on vous touche, mais vous devez pas sentir la douleur". "Oui, mais je sens de la douleur". Et lui, il [l'anesthésiste] a fait tout arrêter. Ils ont remis des doses de péridurale et puis ils ont refait un test et ils me disaient que si ça allait pas on partait en AG. Mais finalement, ça a bien été avec ce qu'il a remis et il a mis d'autres produits aussi. Et puis j'ai pu me détendre un petit peu. – Olivia

Olivia est la seule de mes interlocutrices à avoir réussi à poser une limite et montrer son désaccord dans une situation qu'elle juge inadéquate. Cependant, comme on peut clairement l'identifier dans cet extrait, elle est obligée de répéter plusieurs fois que la péridurale ne fonctionne pas avant d'être entendue. Le ressenti des femmes est souvent minimisé par les professionnel·les, qui perçoivent les parturientes comme « fragiles émotionnellement ».

Une autre attitude face à un imprévu lors de l'accouchement est de s'en remettre au jugement des médecins. C'est le cas d'Adélie et Florent, pour qui la question de finir l'accouchement en césarienne s'est posée. Tous deux se fient alors à l'expertise médicale :

« Adélie : Tous les deux, je pense que c'est ce que je disais avant, on fait confiance au corps médical puis à... s'ils disent c'est mieux de faire ci ou ça, on va suivre, on n'a pas remis en doute leur parole, ou voulu un truc spécial. Pour ça on est les mêmes.

Florent : Ce qu'il fallait c'est que t'ailles bien, que bébé aille bien. Si on venait vers nous pour nous dire "bah voilà, pour que les deux aillent bien il faut faire une césarienne", il y a même pas d'hésitation. » - Adélie et Florent

La confiance dans le jugement des professionnel·les est complétée par une accentuation du côté salvateur de l'équipe médico-soignante et l'argument de l'urgence vitale. Charlène et Maxence vivent une fin d'accouchement « traumatique » (Maxence) lorsque le médecin intervient pour faire une

instrumentation et décide d'utiliser les forceps. Charlène raconte qu'il a alors suffi de deux contractions pour que leur fils naisse, mais que le chef de clinique lui a tout de même rappelé que c'était à elle d'effectuer le travail en poussant. Les forceps étant là uniquement pour guider le bébé « vers la sortie ». Charlène et Maxence atténuent le ton directif du médecin en mettant en exergue le professionnalisme de l'équipe et l'urgence de la situation :

« Maxence : C'était toujours avec un fond de... Ils communiquaient aucun stress, c'était très professionnel en fait. C'était plus dans la façon de faire en tant que telle que moi j'ai... c'était dur.

Charlène : C'est vrai que moi quand il mettait ces mains pour préparer... il [son fils] s'était épuisé et là moi je sentais que je m'énervais et normalement je m'énerve pas. Ouais c'était genre je pétais un câble. [...] Mais je pense aussi, je me suis posée la question après... si le fait aussi un peu de me rentrer dans le cadre ça m'a pas encore boostée plus pour m'énerver et pis sortir encore plus le petit. Je disais "j'en ai marre ! j'veux une césarienne ! j'en ai marre" (elle le dit en faisant semblant de crier). Je me rappelle c'était les deux dernières minutes et il m'a dit "Écoutez Madame, il y a que vous qui... nous on est là pour vous aider, mais c'est vous qui allez le sortir" (elle rigole). C'était un petit peu malhonnête les deux dernières poussées.

Maxence : Mais non, vu le contexte je pense pas qu'on peut...

Charlène : non, mais je l'ai insulté (elle rigole), Mais voilà... après c'est marrant parce que ces trucs on oublie.

Maxence : Mais il y a quand même des questions... à un moment je me demandais pour l'intégrité de Charlène, je me demandais si elle allait y ... c'est tellement intense.

Charlène : En fait c'est comme si il y a un moment ou c'est pas... une question de vie ou de mort tu vois, mais...

Maxence : Il y a l'urgence, on agit en urgence. Après c'est notre expérience, mais... » - Charlène et Maxence

Plusieurs stratégies ressortent dans le récit de Charlène et Maxence pour donner sens à leur vécu de cet accouchement difficile. Tout d'abord, l'accent est mis sur l'urgence de la situation et le professionnalisme de l'équipe, ce qui renforce leur

conviction que la médecine et l'hôpital sont indispensables pour faire face à l'incertitude de la naissance. Le commentaire de Charlene sur ce qu'elle appelle sa « malhonnêteté » illustre le double caractère performatif de l'accouchement : les femmes doivent être actrices de leur accouchement et sont seules responsables de "bien accoucher" ; et les femmes sont conscientes qu'il y a une "bonne" manière de se comporter lors de l'accouchement (insulter l'équipe n'en est pas une) et elles tendent à vouloir être des parturientes modèles. Finalement, Maxence rappelle le caractère unique de la situation et du caractère subjectif de chaque vécu, ce qui suggère qu'il ne peut pas être généralisé.

La responsabilité du tournant imprévu que prend l'accouchement ainsi que le caractère performatif de l'accouchement ressortent également dans le récit de Julie et Sylvain. Julie raconte avoir l'impression d'avoir vécu deux accouchements en un et d'avoir pu tout expérimenter : le naturel en maison de naissance, puis un accouchement médicalisé à l'hôpital. Julie se met en travail naturellement chez elle et gère les contractions naturellement en prenant un bain, d'abord chez elle puis à la maison de naissance, et grâce à une bonne maîtrise du souffle. Elle dit avoir « *perçu les différents cris de douleur en fonction de l'avancée du l'accouchement* », arriver à « *être dans la zone* » et à « *complètement déconnecter le cerveau pour se concentrer sur la douleur et à réussir à brancher la femme sauvage en [elle]* ». Après plusieurs heures passées dans la baignoire, la sage-femme lui demande d'en sortir, car le cœur de sa fille commence à accélérer et à fatiguer. Julie avoue avoir mis l'eau un peu plus chaude que recommandé pour ne pas avoir froid. Ceci suggère une impression de responsabilité de la situation. Mais Julie essaie tout de même de négocier pour rester dans l'eau s'y sentant particulièrement bien. Selon Julie, c'est à ce moment-là que tout bascule, le refus de la sage-femme brisant sa bulle de confiance. Elle n'arrive plus à gérer la douleur des contractions, et le travail ralentit. Alors qu'elle approche des 24 heures autorisées pour accoucher à la suite de la rupture de la poche des eaux³⁰, le couple commence à ressentir le stress de

³⁰ Lorsque la poche des eaux est rompue, le risque infectieux augmente. A la maternité les protocoles prévoient qu'une provocation de l'accouchement soit entreprise après 24 heures de poche rompue afin de limiter ce risque.

la sage-femme. Celle-ci laisse entendre qu'un transfert à la maternité est à envisager, et elle appelle une collègue afin de confirmer le rebord de col. Toutes deux sortent alors de la salle d'accouchement pour discuter de la situation et prendre une décision. Elles accordent un délai de 1 heure à Julie pour accoucher, à la fin de ce laps de temps, Julie et Sylvain sont transférés à la maternité de l'hôpital H. Une fois l'admission faite, malgré la transmission de la sage-femme de la maison de naissance, les sages-femmes de la maternité refont un toucher vaginal pour vérifier la dilatation du col. Le stress du transfert a fait reculer l'avancée du travail, Julie, épuisée, accepte la péridurale qui lui est proposée et reçoit en parallèle l'ocytocine de synthèse pour faire avancer le travail. Julie finit par accoucher 7 heures plus tard. Elle déclare alors :

« C'est bon, j'ai fait le jeu du tout naturel. On est à l'hôpital et avec l'hôpital, il y a la péridurale. On m'a proposé et je vais dire oui. Parce qu'en fait, je crois que j'ai fait la partie du naturel. J'ai fait le jeu et puis maintenant je suis prête à passer à l'aide. Je ne sais pas, j'aurais aussi pu dire ... en fait, si j'étais là, c'est parce qu'en fait, il fallait sortir ce bébé on arrivait aux 24 heures. Il fallait sortir cet enfant, il fallait y aller. [...] Mais rétrospectivement, maintenant qu'on en parle, ça aurait pu être un moment traumatisant. En l'occurrence, moi, je ne l'ai pas vraiment vécu comme ça. Je crois que j'étais plutôt extrêmement reconnaissante que... Et c'est pour ça qu'on avait choisi la maison de naissance à côté de [l'hôpital H]. Reconnaisante que l'administratif était fait et qu'on se soit occupée de moi et que ça a été. Maintenant que je le raconte comme ça auprès de vous, je réalise à quel point ça aurait pu être traumatisant. » - Julie

L'expérience de Julie et Sylvain traduit le besoin des couples de donner un sens à leur vécu à travers ces différents mécanismes : responsabilisation face aux imprévus, s'en remettre aux décisions des professionnel·les, souligner l'urgence, minimisation de leur vécu, etc.

Ainsi, il ressort de toutes ces expériences de l'accouchement qu'un décalage existe entre la vision qu'ont les femmes et leur partenaire de l'accouchement et l'expérience qu'ils/elles en font. De plus, la forte pression sociale, pour que les femmes considèrent la naissance comme un événement majeur de leur vie, les

pousse à formuler des discours conformes à cette attente, même si leur propre expérience d'accouchement semble avoir été extrêmement difficile, voire traumatisante, en parallèle (Maffi, 2012). Ces récits prennent alors une dimension performative qui suggère qu'ils ne sont pas simplement des descriptions factuelles de l'événement, mais plutôt des performances qui reflètent et construisent des significations culturelles plus larges autour de la maternité, de la féminité et de la reproduction (Pollock, 1997). L'intériorisation du risque lors de l'accouchement conditionne les femmes et leur partenaire dans leurs représentations et leur expérience de l'accouchement. Ainsi lorsque les parents sont confrontés à des difficultés imprévues, envisagées ou non, « ces expériences ne sont pas interprétées par les professionnelles ou les parturientes comme une preuve que l'incertitude est inhérente à la naissance, peu importe où elle se déroule, mais à plutôt renforcer leur conviction que la médecine et l'hôpital sont indispensables pour contenir au mieux cette incertitude insupportable » (Gouilhers, 2017, p. 132).

La culture de la naissance,
entre représentations de l'accouchement "naturel",
expériences des couples et pratiques des professionnel·les de santé

Marie Binggeli
Prof. Maffi Irene

Chapitre 5: LE RESPECT DE LA VOLONTÉ DES FEMMES ET DE LEUR PARTENAIRE, DANS LA LIMITE DU RAISONNABLE

L'hôpital H promeut une approche respectueuse de la physiologie de l'accouchement et des désirs du couple. Depuis quelques années, la maternité H effectue des changements afin de favoriser les accouchements physiologiques et la satisfaction des couples lors de l'accouchement. Cette volonté provient principalement du médecin-chef de l'unité d'obstétrique et de l'infirmière sage-femme cheffe. Leur volonté s'inscrit autant dans leurs convictions personnelles que dans une logique concurrentielle entre maternités (due à la fermeture ou fusion des petites maternités et la baisse de la natalité) et d'attractivité, pour répondre à la demande des couples d'avoir des accouchements "naturels" dans un cadre sécurisé. La maternité souhaite se démarquer par une approche axée sur la physiologie. Le développement de pratiques dites d'humanisation des naissances (Charrier & Clavandier, 2013), ou de "bienveillance obstétricale" selon la formule employée par le médecin-chef d'unité, se place dans la continuité du virage des soins vers une plus grande écoute et le respect de la volonté des patient·es (Quagliariello, 2017b). Cette démarche de « "rééquilibrage" de la relation patiente-professionnel·les [a] été renforcée par le mouvement de contestation du modèle médico-hégémonique et plus récemment par les dénonciations des violences dites gynécologiques et obstétricales » (Cristofalo et al., 2023, p. 131).

Plusieurs démarches ont été mises en place à la maternité de l'hôpital H, afin de tendre vers une plus grande satisfaction des couples lors de l'accouchement : une meilleure information et préparation à la naissance ; l'adoption d'un modèle basé sur la décision partagée et l'écoute de la volonté des couples à travers la philosophie du service « qu'est-ce qui est important pour vous ? » et les projets de naissance ; la mise en place d'une consultation prénatale ; la création d'un espace de parole pour les vécus difficiles. La maternité vise une double stratégie : en mettant l'accent en amont de l'accouchement, elle souhaite favoriser les vécus positifs, tout en mettant un filet de sécurité en place dans les cas où l'accouchement ne se serait pas bien passé. Ce chapitre vise à comprendre les

enjeux de chacune de ces démarches pour les couples et pour les professionnel·les de santé.

5.1 « Qu'est-ce qui est important pour vous ? »

La maternité de l'hôpital H a mis au cœur de sa pratique le respect de la volonté des femmes et de leur partenaire tout au long de leur séjour hospitalier. Afin de satisfaire cet objectif et de s'assurer qu'elle est systématiquement respectée, la question « qu'est-ce qui est important pour vous ? » a été intégrée aux protocoles en vigueur. Une place dédiée à ces informations est prévue dans les consultations et dans le dossier des femmes. Cette approche, développée par Barry et Edgman-Levitan, est une méthode de communication dans les soins qui met l'accent sur l'importance de comprendre les valeurs, les préoccupations et les priorités des patient·es pour fournir des soins centrés sur elles/eux. Les auteur·rices soulignent l'importance de la prise de décision partagée (shared decision making) entre les médecins et les patient·es comme élément clé des soins centrés sur la personne. Ils/elles définissent la prise de décision partagée comme un processus où les médecins présentent les options de traitement avec leurs risques et bénéfiques, et les patient·es expriment leurs préférences et valeurs. Pour mettre en œuvre la prise de décision partagée, les patient·es doivent être informé·es sur l'importance de leur rôle et disposer d'outils pour comprendre leurs options. Les médecins doivent abandonner leur rôle d'autorité paternaliste pour devenir des partenaires, en apprenant à demander « Qu'est-ce qui compte pour vous ? » autant que « Quel est le problème ? ». Ainsi, au lieu de se concentrer uniquement sur les aspects médicaux, cette approche encourage les professionnel·les de santé à poser des questions ouvertes afin de permettre aux patient·es de partager leurs points de vue personnels, leurs croyances, leurs besoins et leurs désirs, ce qui peut influencer les décisions médicales et les plans de traitement. En intégrant les réponses des patient·es dans le processus de prises de décisions médicales, les professionnel·les de santé peuvent mieux adapter les soins aux besoins individuels de chaque personne, améliorant ainsi la qualité des soins et leur satisfaction (Barry & Edgman-Levitan, 2012; Staines et al., 2020).

L'accent est principalement mis sur la seconde partie du modèle de Barry et Edgman-Levitan à l'hôpital H. La phrase « qu'est-ce qui est important pour

vous ? » est devenue la devise de la maternité en étant mise en avant sur le site internet. Elle finit chaque vidéo de présentation de la maternité, et est inscrite sur les murs de la maternité. Les cadres encouragent leur équipe à se décentrer et à prendre le temps de s'intéresser aux femmes et à leur partenaire afin de pouvoir comprendre, cibler et satisfaire leurs besoins. L'équipe comprend cette démarche comme un moyen de favoriser la satisfaction des femmes lors de l'accouchement, d'obtenir le consentement et d'éviter les violences obstétricales :

« Je pose cette question [qu'est-ce qui est important pour vous ?] très régulièrement avant de de me lancer dans un accouchement. Je veux connaître les parents, ce qu'ils avaient envie d'envisager, etc. Quand c'est en consult', là je remplis la case. Enfin tu vois, c'est mon job, mais... Moi je me permets de commenter quand un ancien accouchement s'est pas super bien passé pour un peu essayer de voir d'où ça vient aussi, est-ce que ça veut pas dire plutôt autre chose et tout ça ? Et puis... pour un peu remettre certains parents devant ce qu'ils vont vivre. [...] Le sujet du "qu'est-ce qui est important pour vous ?", c'est... enfin pour moi en tout cas, comme je le comprends, c'est qu'est-ce qu'on doit à mettre en place pour vous aider ? La prise en charge du jour, la prise en soin c'est plus joli, qui correspond à votre vision de votre santé et puis vous permettre d'avoir un bon vécu. [...] En tout cas le but, c'est d'obtenir un consentement, de pas être dans ça nous permet de lutter contre les violences conjugales euh pardon obstétricales. » - Louise

5.1.1 La consultation 34-38 semaine

Dans la même volonté que la philosophie d'écoute des femmes et de leur partenaire, une consultation prénatale a été mise en place entre la 34^e et la 38^e semaine. L'idée provient d'une sage-femme de la maternité qui souhaite offrir une consultation plus complète aux couples afin d'avoir un premier contact avec elles/eux et de leur présenter la philosophie de la maternité, leur approche centrée sur la physiologie de l'accouchement ainsi qu'entamer les premières démarches administratives et créer leur dossier. Il s'agit d'une part de décharger les couples le jour de l'accouchement et d'éviter le stress administratif, et d'autre part de les accompagner dans la réalisation de leur projet de naissance s'ils/elles le désirent

et ne l'ont pas encore fait. Par ailleurs, cette consultation a aussi un but psychosocial de repérage et de prévention dans le cas de situations de vulnérabilités ou de violences, ou permet d'aborder les expériences passées difficiles afin de réfléchir à des solutions à mettre en place afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent :

« On essaie de quitter ce côté patriarcal. Ce côté où le médecin et les sages-femmes savent pour les couples, et qu'ils doivent s'adapter à nous. Mais c'est à nous de nous adapter à eux, à leurs besoins, dans la mesure du possible bien sûr. Quand on regarde les vécus d'accouchement difficiles ou traumatiques, les deux choses qui ressortent le plus souvent, c'est une mauvaise expérience liée à des problèmes de communication, et des problèmes de gestion de la douleur.

Mais que si on les [les couples] connaît bien, si on sait qui ils sont, s'ils expriment bien leurs besoins, la prise en charge sera meilleure et la satisfaction sera meilleure. Voilà, je les sensibilise vraiment à se positionner, à dire ce qui convient, ce qui ne convient pas parce qu'a priori il n'y a pas de patients chiantes. Je leur parle aussi de la philosophie, l'approche physiologique de la naissance qui est très, très forte chez nous. Après malgré la philosophie de l'hôpital, la priorité c'est d'abord "qu'est-ce qui est important pour vous ?". Et si la maman, la personne, a décidé d'avoir une césarienne, c'est pas moi à 36 semaines qui vais dire "ah, mais vous êtes sûre ? La césarienne...". Elle connaît les risques, elle en a sûrement discuté avec son médecin. Donc c'est pas à moi de la faire changer d'avis. » - Elora

La mise en place de cette consultation étant relativement récente, seule une partie de mes interlocutrices en ont bénéficié. Elles mettent en avant l'utilité de ce moment et estiment qu'il est agréable d'avoir ce temps de présentation de l'hôpital. Nathalie raconte avoir été rassurée en apprenant l'importance donnée à la physiologie par la maternité, ce qui lui a permis d'appréhender un peu plus sereinement son accouchement, sachant qu'elle n'allait pas devoir « se battre » pour accoucher naturellement. Pour Charlène, cette consultation l'a aidée à formuler son projet de naissance :

« Moi ça m'a aidée à mettre des mots sur ce que j'avais envie. Et il y a aussi un côté dans la grossesse avec toute la paperasse et elle nous avait aussi ressorti des trucs, donné des conseils, et ça c'était vraiment utile. » - Charlène

Cette consultation prénatale et l'approche centrée sur ce qui est important pour les femmes offrent alors un espace pour que les couples puissent poser leurs questions relatives au déroulement de l'accouchement à une sage-femme de la maternité. Selon Elora, les autres consultations prénatales réalisées à l'hôpital H sont des consultations de contrôle et ne permettent souvent pas d'approfondir ces thématiques par manque de temps des sages-femmes et des médecins. Si la question « qu'est-ce qui est important pour vous ? » sert de fil rouge pour toute la durée de l'hospitalisation, un autre outil, relativement similaire, permet de prendre connaissance de la volonté des femmes lors de l'accouchement et de la respecter : le projet de naissance.

5.1.2 Le projet de naissance

Le projet de naissance, permettant *a priori* la personnalisation de l'accouchement et le respect de la volonté des femmes, a été adopté par la maternité de l'hôpital H. Ces projets sont conçus comme des documents écrits qui détaillent les souhaits des parents, allant de l'environnement de la salle d'accouchement aux interventions médicales. Néanmoins, selon Malacrida & Boulton (2014), la majorité des femmes l'utilisent comme moyen de réguler les interventions médicales et comme moyen pour réaliser leur souhait d'accouchement "naturel". Le projet de naissance apparaît alors comme outil de négociation avec les professionnel·les, en amont de l'accouchement. En mettant l'accent sur le contrôle et l'autonomie des parents, les projets de naissance visent à personnaliser l'expérience de l'accouchement, à réduire le sentiment de vulnérabilité et à promouvoir un accouchement plus respectueux des choix individuels. Le projet de naissance, bien qu'il n'ait aucune valeur légale contraignante, représente un engagement des professionnel·les vis-à-vis de l'expérience de l'accouchement des femmes (Cristofalo et al., 2023). Plus qu'un simple papier dans un dossier médical, le projet de naissance énonce les désirs et la direction souhaitée par la femme et de son partenaire pour son accouchement auprès des professionnel·les qu'ils/elles rencontrent souvent pour

la première fois. C'est une lettre ouverte à l'équipe soignante, invitant au dialogue et à la compréhension mutuelle des besoins et des souhaits de la parturiente, dans le but ultime de promouvoir une expérience d'accouchement respectueuse et satisfaisante pour toutes les parties impliquées (Cristofalo et al., 2023).

Il apparaît néanmoins que cette démarche n'est pas encore ancrée dans les représentations de l'accouchement. La majorité de mes interlocutrices ne connaissaient pas cette pratique avant que leur sage-femme indépendante leur en parle. Tout comme le constatent Cristofalo et al. (2023), les femmes sont rarement investigatrices de la démarche. La proposition de réaliser un projet de naissance émane des sages-femmes indépendantes et hospitalières pour qui le projet de naissance (ou en tout cas sa forme sous la question de « qu'est-ce qui est important pour vous ? ») fait désormais partie des protocoles. Les femmes ont deux réactions lorsqu'il leur est proposé d'en créer un. Certaines, principalement celles qui ont une grande confiance dans le système biomédical, n'en voient pas l'utilité :

« Moi quand on m'a demandé quel est votre plan ? Plan de naissance, je crois, qu'ils disent, je trouve ce terme trop bizarre (elle rigole) chaque fois qu'on m'a demandé ça, j'ai aucune idée, je ne sais pas en fait. Je suis ouverte à tout. Moi je ne suis pas antécésarienne, je suis pas anti-péridurale. S'il faut faire un truc, je le ferai, je vais pas résister. » - Adélie

Celles qui au contraire ont investi leur accouchement comme un moment important et constitutif de leur vie, ont découvert les projets de naissance au cours de leurs recherches. Elles ont alors réalisé le leur :

« Oui, pour les deux, j'avais fait [un projet de naissance]. C'était surtout je dirais sur l'accompagnement ou ce que je souhaitais. Comment je souhaitais un peu mon accouchement, euh le bain, les exercices, pouvoir être mobile pendant le travail, la présence évidemment de papa. Et ça paraît anodin, mais en fait ma première fille, elle est née pendant le covid. Donc en fait j'avais pas mis la présence de papa dans le projet au début et puis c'est arrivé petit à petit, au fur et à mesure de la grossesse. Donc c'était vraiment très important que papa puisse être présent. Et puis après c'était aussi surtout dans les choix qui étaient faits, par exemple si je devais avoir une césarienne, j'aurais bien voulu,

sauf si c'était en urgence bien évidemment, que ce soit une césarienne douce. Et à [l'hôpital H] ils pratiquent ça. Voilà et de pouvoir faire des choses comme ça. Pour la première, mon projet de naissance a pas tellement été respecté. On a eu trois sages-femmes qui se sont relayées le temps du travail et de l'accouchement. Et il y en a qu'une qui nous en a parlé pour Ella [sa première fille]. Par contre, là, à chaque fois que j'avais une nouvelle sage-femme, elle me posait la question "j'ai vu votre projet alors dites-moi, hésitez pas à me demander". Donc c'était assez bien. [...] Et puis la sage-femme est revenue sur mon projet avec l'envie d'avoir une péridurale et donc elle m'a dit "bon là, si vous voulez toujours la péridurale c'est le bon moment pour qu'on se mette en salle". » - Olivia

« Mais un truc qui a été formidable, c'est que oui, quand on était dans cette petite salle après le monitoring et le col la sage-femme est partie lire mon dossier. Elle a dit "je vais lire votre dossier", elle est revenue, elle avait lu notre dossier. Et on en a pas parlé (sa voix marque l'étonnement). Mais par contre elle avait bien lu. Donc elle s'est vraiment investie, je crois qu'il a pas d'autres mots, pour que je puisse réaliser mon projet de naissance. » - Nathalie

Olivia et Nathalie, pour qui le projet de naissance était particulièrement important, constatent que les sages-femmes s'investissent pour le réaliser et elles apprécient leurs efforts. Olivia a l'agréable surprise de découvrir une amélioration dans l'évolution de la prise en compte des projets de naissance entre ses deux accouchements. Ainsi, bien que beaucoup d'imprévus aient ponctué son accouchement, elle semble en paix et a l'impression d'avoir été respectée et écoutée dans ce qui était important pour elle. Pour Nathalie, l'hôpital est autant perçu comme une menace face à sa volonté d'accouchement "naturel" qu'un lieu sécurisé en cas d'imprévu. Elle considère alors son projet de naissance comme outil pour l'aider à résister aux interventions médicales, et plus précisément à la péridurale. Cependant, malgré leur intention de fournir un cadre pour une expérience de naissance plus positive, les projets de naissance peuvent aussi être perçus par les professionnel·les de santé comme des tentatives des femmes de négociation de leur l'autonomie lors de l'accouchement. Ainsi, bien que les projets de naissance offrent aux parents une voix dans le processus de naissance,

ils reflètent également les tensions entre l'autonomie des parents et les normes institutionnelles en matière de soins obstétricaux.

Si l'équipe médico-soignante de la maternité respecte les projets de naissance et la philosophie de « qu'est-ce qui est important pour vous ? », et que ces deux outils sont désormais intégrés à leur pratique, certaines sages-femmes y voient tout de même des inconvénients. Les sages-femmes relèvent régulièrement les dérives qu'entraîne cette question. Bien que les sages-femmes concèdent son importance, elles dénoncent le manque de recul des couples face à la démarche. Ceux-ci ont des demandes qu'elles jugent soit évidentes, car déjà pratiquées par la maternité, telle que le non-recours à l'épisiotomie ou à la césarienne afin de privilégier le "naturel", soit des requêtes qui ne sont pas de leur ressort et ne relèvent ni de leurs compétences ni de leurs responsabilités. Les sages-femmes considèrent ces demandes comme des contraintes à leur travail, et leur prise en compte est rendue difficile par les protocoles hospitaliers et le manque de ressources matérielles et humaines.

« C'est très, très joli sur le papier, mais on nous donne pas les moyens de... / On a beaucoup râlé, notamment cet été, enfin, c'est un peu compliqué en ce moment dans le service. On nous demande de faire beaucoup de choses avec toujours moins de moyens. Et on a râlé. On a dit, "c'est très joli de leur demander ce qui est important pour elles, mais si on peut pas le mettre en en place derrière, il est où l'intérêt de leur demander ?". Enfin juste de nous mettre devant notre échec de sage-femme et de nous faire sentir encore plus mal qu'on est déjà parce qu'on fait pas notre travail comme on aimerait pouvoir le faire. Donc c'est bien "qu'est ce qui est important vous ?" c'est... / dans l'idéal, ce serait trop cool qu'on fasse ça pour tout le monde et en vrai on se donne énormément pour remplir les.../ pour rencontrer les attentes des gens. [...] Voilà et puis je trouve que ça crée des exigences qui parfois sont pas toujours euh... au bon endroit. Ça crée des exigences d'hôtellerie. Un peu autour de logistique tu vois. C'est enfin c'est très, très typique de la société actuelle je pense enfin encore une fois, je suis pas sociologue. Mais ça te remet pas devant l'essentiel, sincèrement. Et puis parfois c'est super important. Enfin

donc, la question on continue à la poser. On n'a pas du tout arrêté, mais... » -

Louise

Si Elora partage l'avis de Louise quant au manque de moyens matériels et de temps mis à disposition des équipes pour réellement prendre en compte la volonté des gens, elle se réjouit de constater que les couples s'impliquent de plus en plus dans les décisions de leur santé et les encourage à s'affirmer dans l'expression de leurs attentes et d'oser demander. Elle leur rappelle que c'est à l'équipe de s'adapter à leur besoin et non l'inverse. Elora souligne aussi l'importance de la consultation 34-38 semaine, dans l'accompagnement de couples dans cette démarche. Cet espace permet de discuter des envies et d'établir et expliquer les limites de ce qui est envisageable.

« Je pense que la responsabilité vient de l'hôpital, c'est-à-dire qu'on a construit un hôpital qui ressemble à un hôtel. On a voulu que cet hôpital ressemble à un hôtel. On voit d'ailleurs le design qui est juste magnifique, hein, parce qu'il y a la concurrence avec les hôpitaux privés. Et on veut que les gens se sentent bien, se sentent à l'hôtel et du coup certaines personnes profitent [...] Mais par rapport à toutes ce qui hôtellerie³¹ les gens qui.../ bon, je pense que c'est aussi notre société actuelle, mais c'est l'image que l'hôpital donne... Voilà donc oui on peut sourire par rapport à ça et on peut se sentir piégé par rapport à ça, oui. En tant que professionnelle, ça peut nous ennuyer, parce que on se dit qu'on n'est pas à l'hôtel ici. Mais je pense que ça existait depuis très longtemps, parce que moi, il y a des années, les gens appelaient pour un verre d'eau, enfin alors qu'ils pouvaient se lever, et puis ils allaient chercher un verre d'eau, ils étaient capables d'aller chercher un verre d'eau. Mais la philosophie, quand on voit le site internet, quand on voit l'hôpital ça ressemble à un hôtel, donc les gens pensent qu'ils sont à l'hôtel et ils fonctionnent comme si ils étaient à l'hôtel. » - Elora

Bien que l'objectif des projets de naissance et de la question « qu'est-ce qui est important pour vous ? » soit de créer un environnement propice à une expérience

³¹ Les principaux exemples revenus lorsque les sages-femmes me parlent des désirs « d'hôtellerie » des couples sont la volonté d'avoir un coussin plus ferme, une tisane précise, etc.

de naissance plus positive, ces deux outils sont souvent interprétés par les professionnel·les de la maternité comme des tentatives des couples pour négocier leur autonomie au sein du milieu hospitalier largement régi par des protocoles médicaux standardisés. Ainsi, bien qu'ils permettent aux couples de s'exprimer dans le processus de naissance, les projets de naissance révèlent également les tensions entre l'autonomie des parents et les normes institutionnelles en matière de soins obstétricaux. Dans un contexte où les maternités sont confrontées à une concentration d'activités, à une pénurie de personnel et à des tensions professionnelles croissantes, un enjeu crucial pour les établissements de santé est d'attirer les femmes pour garantir leur survie (Cristofalo et al., 2023). Afin de répondre à la demande croissante de personnalisation des accouchements, le concept de "projet de naissance" est devenu un outil essentiel pour révéler et s'ajuster aux préférences des femmes. La publicisation des maternités et des pratiques professionnelles renforce le sentiment de choix des femmes, favorisant un modèle de décision partagée entre femme/couple et médecin. Cependant, malgré la promotion active des projets de naissance par les professionnel·les et le respect de la volonté des femmes, leur mise en œuvre peut être entravée par des contraintes matérielles, humaines et organisationnelles au sein des maternités. Des tensions surgissent alors de la contradiction entre la valorisation des demandes des utilisatrices et les impératifs de gestion, nécessitant du temps et du personnel disponibles pour respecter ces promesses. Ainsi l'écoute et le respect des souhaits des femmes sont privilégiés tant qu'il ne contrevient pas aux normes médicales en vigueur.

5.2 La présence continue des partenaires

Le respect et l'amélioration de la satisfaction des couples à la naissance étant une priorité pour la maternité H, les chef·fes d'unité ont décidé de mettre en place la possibilité pour les partenaires de rester tout le long du séjour au post-partum. Comme pour l'accouchement, la présence des partenaires pendant le post-partum apparaît de plus en plus comme une nouvelle norme. L'intégration des pères dans des événements autrefois exclusivement féminins résulte d'une volonté affirmée par les femmes au nom d'idéaux spécifiques, tels qu'une révision de la division traditionnelle des tâches entre hommes et femmes dans le

processus de naissance des enfants (Quagliariello, 2017a). Cette évolution reflète un changement dans les normes sociales, où les femmes revendiquent activement une participation égalitaire et une redistribution des responsabilités dans la sphère de la parentalité. Selon Johansson et al., (2013) les partenaires aspirent à être pleinement impliqués afin d'offrir un soutien émotionnel et physique à leur compagne, tout en restant proches de leur nouveau-né, ce qui leur permet de participer activement et de créer des liens forts dès les premiers moments de vie de leur enfant. Ainsi, à l'hôpital H, si la place le permet et que le deuxième lit dans la chambre n'est pas occupé, les partenaires peuvent y dormir, pour 50CHF par nuit, les repas peuvent être ajoutés au service pour 45CHF. Chaque jour en début d'après-midi, la situation du post-partum est réévaluée en fonction des départs et de l'activité de la salle d'accouchement, et les partenaires sont informés de la possibilité ou non de passer une nuit de plus à l'hôpital. Valentine a alors participé à mettre en place cet accueil qui lui semble essentiel pour la satisfaction globale des couples :

« Et puis comme on fait du travail sur la physiologie ou sur la prise en charge des patientes, toutes les années on a mis le paquet sur la salle d'accouchement, faire des salles nature, etc. Mais je pense qu'au post-partum il y a plein de choses à faire pour rendre le séjour moins protocolé et peut-être plus agréable pour les familles, voilà ne serait-ce qu'accueillir les papas la nuit pendant le séjour, les fratries... » - Valentine

Certains couples de mon étude ont eu l'occasion de bénéficier de l'accueil du partenaire pendant au moins une nuit. On retrouve l'importance de pouvoir rester en soutien pour sa compagne afin de créer un premier lien avec leur enfant dans les propos de Sylvain :

*« Et c'était bien sûr même si on dort pas monstre les deux, mais c'est important aussi. Je crois pour toi que je sois là et pour moi aussi... On découvre aussi un humain qui est un enfant et **notre** enfant et là le cerveau mouline pas mal... » - Sylvain*

Mathilde et David, tout comme Charlène et Maxence, mettent également en avant la chance d'avoir pu prolonger le moment « magique et hors du temps » pendant encore quelques jours :

« *Mathilde* : Puis moi ce qui est important et que je trouvais que [l'hôpital H] proposait donc c'était cool, c'était que David puisse rester la nuit avec moi.

Parce que ben on n'a pas de famille du tout par ici. Enfin, je trouve ça tellement primordial que que le conjoint puisse rester la première nuit. Bon, les 2 premières nuits. Parce que voilà, on on vient de de vivre un moment ultra-intense et lui dire bon bah rentre à la maison et fais-toi réchauffer un truc je trouve ça... C'est difficile ! Donc ça, c'était vraiment le le point le plus important, ce c'est pour moi, c'était qu'il puisse être là tout le long et même la nuit.

David : Oui, c'est clair pour moi, ça aurait été... Bah surtout voilà une fois qu'elle est née, ça aurait été immensément frustrant de rentrer chez soi. Et comme dit Mathilde, bon ben je rentre, je prends une pizza, je regarde un truc sur l'ordi et voilà. Alors qu'à côté de ça, bah... On vient tout juste de devenir **parent**. Donc c'est vrai que... j'aurais sûrement eu une nuit beaucoup plus calme et reposante, mais c'est pas forcément ce qu'on cherche à ce moment-là. » - *Mathilde et David*

Ces couples, qui ont pu profiter de cette offre de la maternité, l'interprètent comme une grande chance d'avoir pu profiter de ces moments et se réjouissent de la démarche de l'hôpital. On retrouve dans leur vécu les différentes raisons évoquées par Johansson et al., (2013), soit le souhait d'être impliqué dans les premiers instants de vie de leur enfant, obtenir des conseils de la part des professionnel·les de santé, soutenir leur compagne. Quant à Adélie et Florent, le couple n'a pas eu l'occasion de vivre cette expérience, à cause de l'occupation importante du service.

« *Adélie* : J'étais dans une chambre où il y avait deux lits, mais le deuxième n'a pas été occupé. Mais comme il était potentiellement occupable, Florent a pas pu rester dormir là. Il est resté la première nuit, parce qu'on est remonté en chambre vers minuit et là il a dormi sur un fauteuil. Et puis bien après les deux nuits suivantes, il a rentré à la maison. Dans un sens, moi je trouvais pas mal qu'il rentre à la maison. Moi je préfère qu'il y en ait un qui puisse se reposer. Il est plus utile, frais et dispo... Mais c'est vrai que dans l'idéal ça aurait quand même été plus agréable si...

Florent : Moi je t'avais dit que c'était toi qui devais demander et me dire. C'est clair pour moi, alors c'était le luxe de pouvoir rentrer. [...] Mais j'avais un peu l'impression d'être un déserteur. » - Adélie et Florent

Bien que le couple ait recours à la dimension narrative de leur expérience pour lui donner un sens à posteriori, on décèle tout de même une forme de culpabilité de la part de Florent d'avoir « déserté » sa partenaire et leur enfant, et un regret chez Adélie de ne pas avoir pu partager ces premières nuits à trois.

Les couples sont avertis en avance que l'accueil des partenaires est possible uniquement si le service n'est pas surchargé, et il leur est demandé de signer une charte qui les engage à respecter cette condition. Cette charte d'accueil des « papas » a pour but de « *pour dire que si le papa il est là, il est là pour accompagner. Il est pas là pour dormir ou à l'hôtel quoi. Enfin voilà des petits rappels comme ça. Pour aussi que l'équipe ait un appui pour dire "bah là Monsieur vous êtes..." enfin voilà* » (Valentine). Cette charte informe ainsi les partenaires de rôle qu'il est attendu d'elles/eux ainsi que le "bon" comportement à avoir. Lors de mes observations dans le service du post-partum, j'ai régulièrement entendu des sages-femmes commenter le comportement des partenaires, principalement lorsqu'elles le jugeaient inadéquat, à l'instar d'un papa qui dort « *tranquillement* » pendant que sa femme se lève pour s'occuper de leur enfant, alors qu'elle vient de subir une césarienne (carnet de terrain, le 7 décembre 2023), ou d'un papa qui rabat la couverture sur sa tête pour ne pas être dérangé le matin quand la sage-femme vient prendre des nouvelles de sa compagne et de leur enfant (carnet de terrain, le 22 novembre 2023). La charte d'accueil a également permis de faciliter l'adhésion de l'équipe des sages-femmes du post-partum à la nouvelle offre. Comme me l'explique Valentine, l'introduction de l'accueil des partenaires pendant la nuit a reçu un accueil mitigé. Une partie de l'équipe y est opposée et n'adhère pas au principe, mais « *joue le jeu* » pour respecter la philosophie de la maternité et pour « *laisser la chance à la famille de bien vivre le séjour* ». Les retours positifs dans les questionnaires de satisfaction, ainsi que les partenaires proactif·ves et engagé·es ont également convaincu l'équipe de l'intérêt de cette offre. Valentine reconnaît

les difficultés engendrées par la présence constante des partenaires sur le travail des sages-femmes, mais a également été surprise par certaines raisons :

« J'ai un peu eu des commentaires un peu surprenants, par exemple, " on n'a pas l'habitude qui y ait des hommes dans le service, donc moi quand je viens et que je donne des conseils pour les soins de bébé, j'ai l'impression qu'ils me jugent, on se sent un peu jugée par la présence masculine". Alors que quand elles sont seules à seule avec les patientes, elles ressentent pas ça. Enfin je m'attendais pas du tout à ce genre de... mais après ça voilà, j'en ai plusieurs qui m'ont dit "on arrive dans la chambre la nuit, ils sont en caleçon torse nu". Voilà, il y a aussi cet aspect qui peut être gênant. Ça peut, ça peut s'entendre. Et des fois ça facilite pas forcément leur travail ça je veux bien le croire. Ça fait des fois doubles conseils à donner, déjà qu'on a pas mal de choses à dire. Alors c'est vrai que ça prend du temps, parfois aussi de donner des conseils aux mamans, mais aussi aux papas. Et puis des papas qui sont présents, mais qui en fait, dorment ou ne sont pas soutenant en tout cas. Voilà globalement, c'est ce qui peut provoquer le mécontentement des soignantes. » - Valentine

Si certaines sages-femmes déplorent la surcharge de travail et éprouvent un malaise quant à la présence constante d'hommes dans le service, d'autres au contraire estiment qu'il est particulièrement important d'accompagner les deux parents lors du post-partum :

« [Le post-partum] est une période extrêmement critique. C'est le démarrage de l'allaitement, de la relation mère-enfant parent-enfant. [Les femmes] sont souvent fatiguées de leur accouchement. Parfois ça c'est pas toujours très bien passé, donc elles sont... il y a beaucoup d'émotions, il y a le lâcher des hormones avec le fameux baby blues qui peut arriver. Donc non moi je pense que c'est vraiment une période où les parents ont besoin d'accompagnement. Surtout qu'on est dans une société très individualiste où les familles sont plus très présentes. Donc les parents sont très vite perdus quand bébé arrive, ils savent pas quoi faire et je pense que notre rôle de sage-femme est de les accompagner, de bien répondre à leurs besoins. Après c'est vrai qu'en post-partum pour moi c'est une catastrophe. Je pense qu'on est pas assez d'effectifs et finalement on répond aux sonnettes dès qu'on peut, mais on n'a pas le temps

*de faire de l'éducation, on n'a pas le temps de mettre les gens en confiance.
C'est ce qu'on faisait avant. Et du coup on leur met la pression pour qu'ils
partent. Dès le premier jour "vous partez quand ?" donc les gens se sentent
obligés de partir. » - Elora*

Pour Elora, ce n'est pas l'accueil des partenaires en soit qui est problématique et qui impacte la charge de travail. Ce sont plutôt le manque d'effectifs et les politiques de santé et hospitalières qui allouent des ressources insuffisantes, tout en demandant aux soignant·es de maintenir le même niveau de soins, voire en l'améliorant.

Ainsi, l'accueil des partenaires la nuit au post-partum apparaît comme important pour les couples. Les pères mettent en avant l'avantage de rester près de leur nouveau-né et de leur compagne pour offrir un soutien physique et émotionnel. Ils considèrent les premiers jours après la naissance comme cruciaux et souhaitent vivre cette expérience spéciale avec leur famille. Les partenaires souhaitent jouer un rôle actif lors du post-partum et se sentent coupables lorsqu'ils n'ont pas la possibilité de rester. Cependant, l'accent mis sur la perception de leur rôle comme soutien témoigne de la représentation genrée du travail reproductif. Par ailleurs, leur présence engendre également une redéfinition du rôle des soignant·es et crée des tensions au sein de la maternité. La présence des partenaires pendant la grossesse et l'accouchement impacte la relation entre les femmes et les sages-femmes. Leur présence entraîne une évolution et un changement dans la dynamique traditionnelle, remplaçant le duo femmes/sages-femmes par un trio où les partenaires jouent un rôle médian (Quagliariello, 2017). Les conseils et les indications, qui étaient auparavant prodigués individuellement aux femmes par les sages-femmes, sont désormais souvent adressés aux couples, et les hommes accomplissent parfois des tâches qui étaient auparavant dévolues aux sages-femmes. De plus, selon Quagliariello (2017) l'investissement accru des conjoints dans le processus de naissance peut entraîner de nouvelles formes de discrimination, en particulier envers les femmes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas avoir de partenaires masculins présents pendant la grossesse et l'accouchement. L'établissement de la présence des partenaires comme nouvelle norme engendre des discriminations de classe,

de race et de sexualité dans les établissements de santé, renforçant ainsi les normes hétéronormatives au détriment des mères célibataires et des couples lesbiens. La présence accrue des partenaires pendant la naissance et le post-partum comporte des ambiguïtés et des risques de discrimination, autant qu'il favorise le vécu des couples.

5.3 La consultation *vécu difficile* et le soutien psychologique

Lors d'un accouchement perçu comme difficile ou traumatique, l'importance accordée à la parole et au récit des femmes et de leur partenaire est cruciale pour améliorer leur vécu. Au-delà des aspects purement médicaux, la parole des femmes sur leur vécu subjectif et émotionnel de l'accouchement est trop souvent négligée. Accorder un espace et un temps, pour écouter leur expérience humanise les soins et permet de considérer la personne dans sa globalité (Michel & Squires, 2018). Comme dans d'autres hôpitaux romands, la maternité de l'hôpital H a mis en place une consultation spécifique pour les vécus d'accouchement difficile. La création de ces espaces émane d'une demande grandissante des femmes, mais a également été favorisée par la médiatisation des violences obstétricales. Avant l'ouverture de lieux dédiés, les femmes étaient soit redirigées vers l'espace de médiation de l'hôpital H, ou alors s'ils/elles en avaient le temps, le médecin chef d'unité et la sage-femme cheffe proposaient d'en discuter avec le couple ou la femme. La consultation *vécu difficile* est menée par une sage-femme psychologue et parfois, à la demande de la femme ou du couple, l'équipe présente lors de l'accouchement peut être présente. L'objectif de cette consultation est de reprendre le déroulement de l'accouchement quelques semaines plus tard afin de pouvoir comprendre les différents choix effectués par l'équipe médico-soignante. Chloé, la sage-femme de la consultation, explique toujours partir du vécu et des besoins de la femme, ou du couple, tout en s'appuyant sur le dossier médical :

« Je vais plutôt ben voilà reprendre, en accord avec le couple, reprendre le dossier médical, et remettre les choses dans l'ordre. Je pars toujours de leur vécu et du coup, mais je m'appuie aussi sur le dossier qui nous redonne des choses concrètes. Parce que j'étais pas présente, mais je peux comprendre en

tant que sage-femme la prise en charge à partir du CTG³² et des abréviations de mes collègues. Et du coup remettre quelques fois les choses dans l'ordre... l'intensité de cette journée et des longueurs de ces journées ça a un impact émotionnel qui fait que souvent elles sont un peu perdues dans le temps ou que... donc là en fait de remettre les choses dans l'ordre [...] Le psy du coup il va plus parler du vécu. Moi je vais faire un peu entre les deux, je vais partir du vécu, mais revenir sur des questions concrètes et répondre à leurs questions. »

- Chloé

Comme l'explique Chloé, la consultation *vécu difficile* se différencie du travail de l'équipe de psychiatrie de liaison présente au sein de l'hôpital H. Lorsque les sages-femmes estiment qu'un accouchement pourrait être mal vécu, elles font appel à des psychologues afin qu'ils/elles interviennent dans les premiers jours du post-partum. Leur rôle est de faire une évaluation globale de l'état de la femme ou du couple.

«On présenter la possibilité et d'un suivi psychologique en expliquant aussi à quoi faire attention, disons dans le post-partum. Donc il s'agit aussi d'une évaluation à laquelle on rajoute un peu de la psycho-éducation pour apprendre au couple à cibler ce qui peut être physiologiques, les phénomènes physiologiques après un accouchement complexe et ce qui dépasse la physiologie qui mériterait donc d'être investiguée et éventuellement aussi pris en charge par un professionnel de la santé mentale. » - Matteo

Les médecins et les sages-femmes de la maternité m'ont régulièrement parlé de ces deux solutions pour les vécus difficiles, et j'ai pu constater que l'équipe les propose souvent aux couples. Néanmoins, cette présentation est loin d'être systématique et dépend de la sensibilité des professionnel·les, ce qui peut sembler paradoxal au vu de l'interprétation des accouchements difficiles par les sages-femmes que j'ai régulièrement entendues :

³² Le cardiocotographe, souvent abrégé en CTG, est un dispositif médical utilisé lors des accouchements pour surveiller la santé du fœtus et les contractions utérines de la mère. Il fonctionne en enregistrant deux types de données essentielles : la fréquence cardiaque fœtale et les contractions utérines.

« Moi je parle de la du vécu, de la consultation vécu traumatique à tout le monde quasi parce que franchement, du peu d'expérience que j'ai... toi [en tant que sage-femme] tu peux trouver une naissance traumatique. Et puis la femme elle l'a super bien vécue parce qu'elle s'est sentie bien accompagnée, elle a tout compris que oui, c'est dur, mais voilà, c'est comme ça et l'issue est ok. Et puis il y a des naissances que tu trouves trop belles, mais ça peut y aller... Par exemple, c'est souvent chez les femmes où ça va super vite, qu'elles ont pas le temps d'avoir leur péri alors qu'elles voulaient leur péri et compagnie. Et en fait pour elles c'est, c'est un peu dur. Alors que toi tu es là, "moi je veux accoucher comme ça, pas juste." (elle rigole) » - Louise

Cette interprétation manifeste que les professionnel·les ont conscience que le vécu de l'accouchement est variable en fonction des personnes, et qu'il est parfois difficilement évaluable et repérable. Cependant, ils/elles n'ont pas encore le réflexe de proposer systématiquement ces deux solutions, même dans des situations où il est admis que l'accouchement a été particulièrement difficile, à l'instar de celui de Charlène et Maxence. Pourtant plusieurs femmes ou couples rencontrés ont vécu des accouchements avec des éléments que les professionnel·les perçoivent comme des facteurs de risques pour un vécu traumatique, tels que l'instrumentation ou l'hémorragie de la délivrance. Maëlie est la seule de mes participantes à qui les sages-femmes ont proposé le passage de Matteo, mais elle n'en a pas ressenti le besoin.

Si la consultation *vécu difficile* ou l'aide psychologique n'est pas proposée systématiquement aux femmes et à leur partenaire, le passage de l'équipe médicale pendant le séjour du post-partum est plus régulier. Il est intéressant de relever que ce sont les femmes qui m'ont partagé cette information. Aucun·e professionnel·le ne m'en a parlé, ce qui laisse supposer que pour elles/eux il est soit normal de retourner voir les femmes le lendemain d'un accouchement difficile pour expliquer les raisons de l'intervention médicale en urgence, soit qu'elles/eux-mêmes ont vécu ce moment difficilement et souhaitent alors s'assurer de l'état émotionnel de la femme. Il s'avère que c'est le cas pour Adélie et Florent, qui semblent avoir mieux vécu l'accouchement que la gynécologue qui a dû intervenir :

« Et puis ce que je trouvais super, c'est qu'elle [la gynécologue] est venue le lendemain dans ma chambre pour un peu me demander comment j'avais vécu l'accouchement parce qu'elle a dit "ah, on a débarqué, on a donné des ordres" et puis elle m'a dit qu'elle nous avait trouvés vraiment très calmes pour une situation comme ça. Et elle m'a dit "je ne sais pas si c'est parce que vous étiez choqués ?". C'était juste calme, c'est juste qu'on était calme. Puis donc, je lui ai réitéré que ça avait été une expérience très positive quoi. » - Adélie

Néanmoins, les femmes et leur partenaire ont apprécié, voire ont été surpris·es, que l'équipe médico-soignante prenne le temps de revenir les voir. A la fin de l'accouchement d'Olivia la sage-femme, présente lors de l'hémorragie de la délivrance, lui avait annoncé qu'elle repasserait le lendemain pour prendre de ses nouvelles.

« Et quand elle me l'a dit, je me sentais assez bien. Et je lui ai dit d'ailleurs que je sais ce que c'est que travailler, on a beaucoup et je ne voulais pas lui rajouter un truc en plus sur sa journée ou sur sa nuit. Et je lui ai dit "non, mais vous inquiétez pas, on a assez d'accompagnement [de soutien]". Et dans ma tête je me suis dit qu'elle allait pas revenir surtout vu comment la maternité s'était remplie, elle allait avoir du travail. Ben non, elle est venue ! J'étais toute surprise de la voir et très touchée. » - Olivia

En revanche, dans le cas d'Olivia, aucun membre de l'équipe médicale et chirurgicale n'est passé pour discuter ni du curetage³³ ni de l'anesthésie inefficace. Olivia a mis du temps avant de prendre conscience de ce qui lui était arrivé et de ressentir le besoin d'en reparler. Elle a alors eu la chance de pouvoir en parler avec sa sage-femme indépendante. Celle-ci avait également pris le temps au début de la grossesse pour aborder les événements et le vécu de son l'accouchement précédent, ce qui n'avait pas été fait après la naissance de sa première fille. Olivia et son partenaire ont apprécié cette démarche qui leur a

³³ Le curetage utérin, également connu sous le nom de curetage postpartum, est une procédure médicale utilisée pour traiter une hémorragie de la délivrance. L'hémorragie de la délivrance est une complication potentiellement grave qui survient après l'accouchement, caractérisée par un saignement excessif de l'utérus. Le curetage utérin vise à éliminer les fragments de placenta empêchant la contraction de l'utérus. Il s'effectue à la main ou à l'aide d'un instrument pour gratter et éliminer les tissus de l'utérus. Le but est de stopper le saignement et de prévenir des complications plus graves telles que l'anémie ou le choc hypovolémique.

permis de digérer les deux accouchements. C'est également le cas pour Charlène et Maxence qui ont pu mieux assimiler l'instrumentation violente de l'accouchement grâce au temps pris par l'équipe médicale pour en reparler :

« Charlène : Et après on a eu le médecin qui est revenu avec les deux gynécos qui étaient là... Ils sont revenus le lendemain... quand ils m'ont envoyée en chambre, non à la salle de réveil, ils m'ont dit justement "on repassera demain". Et ils sont vraiment revenus le lendemain et c'était sympa. On a vraiment pu reparler de ce qu'il s'était passé. Et ils étaient aussi humains tous les deux. Et de savoir qu'ils sont toujours disponibles si on veut discuter... mais c'était bien de reconnaître... / Ouais, avoir le feedback, et de pouvoir rediscuter après ça c'était vraiment hyper important. Ça t'enlève des "ah peut-être que..." , des fausses idées en fait.

Maxence : Pour moi du fait que j'étais moins acteur, il y avait pas mal de truc que j'avais pris sur moi je pense, pendant le moment où c'était vraiment compliqué à l'accouchement j'ai commencé à être vraiment tendu. Et du coup jusqu'à ce qu'ils repassent j'étais encore un peu dans ce paysage, je voyais les pinces, je le voyais très dynamique. Et dynamique plus plus, dynamique intrusif ! » - Charlène et Maxence

Les différentes visions des professionnel·les de santé ainsi que les expériences des femmes et de leur partenaire mettent en exergue l'importance de pouvoir raconter son accouchement et de bénéficier d'un entretien avec un·e psychologue en post-partum pour le bien-être émotionnel et psychologique des couples. Selon Michel et Squires (2018), cette nécessité est amplifiée lorsque l'accouchement est vécu comme traumatisant ou empreint de violence. Les femmes témoignent alors de l'impact significatif qu'a eu un simple geste, une parole, ou un moment avec l'équipe médico-soignante pour reparler de l'accouchement. Ce temps pour reparler de l'accouchement fournit un soutien matériel et psychologique crucial, permettant de comprendre les événements et les interventions médicales survenus pendant l'accouchement. En prenant en compte les multiples dimensions de cette expérience, physique, psychologique, familiale, sociale et institutionnelle, les professionnel·les peuvent jouer un rôle décisif dans la réduction des traumatismes et dans la promotion d'un accouchement plus positif

et respectueux des femmes. Cependant, le réflexe d'orienter les femmes et leur partenaire vers les différents espaces d'écoute et de soutien psychologique est encore loin d'être systématique.

La culture de la naissance,
entre représentations de l'accouchement "naturel",
expériences des couples et pratiques des professionnel·les de santé

Marie Binggeli
Prof. Maffi Irene

CONCLUSION

L'ambition principale de cette recherche a été de mettre en lumière les expériences d'accouchement des femmes et de leur partenaire dans une maternité privilégiant la physiologie et les souhaits des couples. Ces vécus d'accouchement sont façonnés par les représentations sociales et médicales des couples, mais également par celles des professionnel·les.

Les différentes représentations des participant·es soulignent la complexité de l'accouchement en tant que phénomène à la fois physiologique et social, mais également en tant que processus risqué et imprévu. Sa dimension "naturelle", qui tend à essentialiser l'accouchement, est façonnée par des facteurs historiques, sociaux, culturels et politiques. De plus, les témoignages mettent en lumière la tension entre le désir d'un accouchement physiologique et les pressions exercées par l'approche médicale dominante. Malgré leur désir d'accoucher naturellement, les femmes s'orientent souvent vers des accouchements en milieu hospitalier par anticipation de complications potentielles. Enfin, la manière dont la douleur de l'accouchement est perçue et gérée révèle une quête de contrôle sur le corps et une revendication du droit à une expérience subjective et personnalisée de la naissance. Ces perspectives enrichissent la compréhension de l'accouchement en tant qu'événement à la croisée de multiples influences, et mettent en évidence la nécessité d'une approche holistique pour aborder cette expérience.

Le continuum d'attentes des femmes par rapport à l'information sur l'accouchement met en lumière la diversité de stratégies et de postures qu'elles adoptent, de la recherche exhaustive de connaissances à l'évitement d'informations jugées anxieuses. Les récits de naissance et les informations sur l'accouchement jouent un rôle important dans ce processus, agissant comme des témoignages qui renforcent la confiance ou la peur des femmes dans le processus de l'accouchement, selon qu'ils sont perçus positivement ou négativement. Parallèlement aux recherches personnelles, certaines femmes se tournent également vers d'autres professionnel·les de la périnatalité pour s'informer et se préparer à l'accouchement. Toutefois, toutes les sources d'information ne sont pas considérées avec la même crédibilité établissant ainsi une hiérarchie des savoirs, dont le plus légitime est celui des professionnel·les de santé.

Les avis des professionnel·les de santé contribuent à renforcer la vision que l'accouchement est un acte risqué, qui maintient l'idée selon laquelle le « savoir faisant autorité » est le modèle technocratique de la naissance. Cette vision est renforcée par les cours de préparation à la naissance qui dépassent la simple explication de la préparation à la physiologie du travail et de l'accouchement. Ces cours englobent une présentation des divers imprévus pouvant survenir au cours de l'accouchement et les procédures et protocoles hospitaliers. Ainsi, bien que les sages-femmes souhaiteraient promouvoir l'accouchement physiologique, elles participent à socialiser les femmes et leur partenaire aux normes et pratiques médicales, ce qui les prépare à adopter les rôles attendus et à coopérer avec les professionnel·les de santé, tout en s'adaptant docilement aux situations rencontrées.

Les expériences de l'accouchement mettent en lumière un écart entre la perception anticipée de cet événement par les femmes et leur partenaire, et la réalité qu'ils/elles vivent. De plus, la pression sociale, pour que les femmes considèrent la naissance comme un événement majeur de leur vie, les pousse à formuler des discours conformes à cette attente, même si leur propre expérience d'accouchement semble avoir été difficile, voire traumatisante. Ces récits deviennent alors des performances qui façonnent et reflètent des significations culturelles plus larges liées à la maternité, à la féminité et à la reproduction. Ainsi, les expériences de l'accouchement, ses imprévus et les discours qui en sont faits, participent à renforcer la vision selon laquelle la médecine et l'hôpital sont les plus à même pour gérer cet événement.

Ma recherche atteste par ailleurs d'une volonté de la maternité de l'hôpital H à améliorer la satisfaction de l'accouchement en mettant au centre de leurs soins le respect de ce qui est important pour les femmes et leur partenaire. Leur philosophie axée sur la physiologie, la question « qu'est-ce qui est important pour vous ? », et la consultation prénatale 34-38 semaines sont toutes des pratiques qui soutiennent cette démarche. Le cumul de démarches permet de toucher le plus de couples possible, en s'adaptant à leurs besoins et leur individualité. Il ressort de cela que la présentation de ces démarches aux femmes et à leur partenaire les a rassuré·es et mis·es en confiance pour leur

accouchement, en sachant que la maternité et les professionnel·les de santé partageaient leur vision et leurs attentes. Ainsi, les couples ont généralement l'impression d'avoir été écouté·es et sont satisfait·es de l'accompagnement qu'ils/elles ont reçu par les sages-femmes et les médecins. Celles/Ceux qui avaient réalisé des projets de naissance relatent les efforts de l'équipe de la maternité pour les prendre en compte et pour les respecter dans la mesure du possible. Cependant, ces démarches, qui permettent aux couples de s'exprimer lors de la naissance, s'inscrivent dans un contexte de libéralisation des pratiques de soins. Elles sont alors également révélatrices de tensions entre l'autonomie des parents, les normes institutionnelles, et les pratiques professionnelles. La publicisation des offres de chaque maternité et des pratiques professionnelles renforce le sentiment de choix des couples, favorisé par le modèle de décision partagée entre femme/couple et médecin. Cependant, la mise en œuvre des choix des femmes et de leur partenaire peut être entravée par des contraintes matérielles, humaines et organisationnelles au sein des maternités, créant une contradiction entre la valorisation des demandes des couples et les impératifs de gestion, nécessitant du temps et du personnel disponibles pour respecter ces promesses.

L'accueil des partenaires pendant la nuit au post-partum est jugé crucial par les couples qui ont pu en profiter. Les partenaires valorisent la proximité avec leur nouveau-né et souhaitent offrir un soutien émotionnel et physique à leur compagne lors des premiers jours après la naissance. Leur absence engendre des sentiments de culpabilité chez les pères. Cependant, l'importance accordée à la vision de leur rôle comme soutien de leur compagne traduit la vision genrée de la parentalité et du travail reproductif. Par ailleurs, cette présence redéfinit également le rôle des soignant·es, créant des désaccords dans la maternité. L'implication croissante des partenaires dans le processus de naissance modifie la dynamique traditionnelle, introduisant un trio où les partenaires jouent un rôle intermédiaire. Cette évolution renforce également les normes hétéronormatives, ce qui peut conduire à de nouvelles formes de discrimination. Ainsi, bien que la présence des partenaires favorise l'expérience des couples, elle comporte également des risques de discrimination et d'exclusion, pour les femmes seules,

les personnes en relation non hétéronormées, ou les personnes ne pouvant pas se permettre d'assumer les coûts financiers.

Finalement, il ressort à travers les diverses perspectives des professionnel·les de santé et les expériences des femmes et de leur partenaire l'importance de partager leur récit d'accouchement et de bénéficier d'un suivi postnatal pour leur bien-être émotionnel et psychologique. Cette nécessité est particulièrement importante lorsque l'accouchement a eu des imprévus, ou est perçu comme traumatisant, voire violent. Les couples témoignent de l'impact significatif d'une séance avec le personnel médico-soignant pour reparler de l'accouchement. Ce temps pour reparler de l'accouchement offre un soutien psychologique essentiel, aidant à comprendre les événements et les interventions médicales survenus pendant l'accouchement. En considérant les différentes dimensions de cette expérience – physique, psychologique, familiale, sociale et institutionnelle – les professionnel·les de santé peuvent jouer un rôle important dans la réduction des traumatismes et la promotion d'une expérience d'accouchement plus positive et respectueuse des couples. Comme le montre ma recherche, la prise en charge des femmes et de leur partenaire en consultation prénatale ou l'orientation vers des espaces d'écoute et de soutien psychologique sont encore loin d'être systématiques. Le fait de centrer les soins et l'accompagnement à l'accouchement sur la volonté des femmes entre en conflit avec la réalité hospitalière et ses limites en termes de ressources matérielles, financières et humaines ainsi qu'avec les représentations des professionnel·les de santé. Le rôle de l'anthropologie de la naissance permet alors de rendre compte des différentes représentations, attentes et expériences autour de l'accouchement, autant des femmes et de leur partenaire que des professionnel·les de santé. En offrant la possibilité de comprendre les différents points de vue, l'anthropologie, et cette recherche participent à la compréhension des enjeux autour de la naissance afin de tendre vers une prise en charge adéquate autant pour les couples que pour les professionnel·les.

Pour conclure, j'aimerais souligner quelques limites de mon travail et ouvrir des pistes de recherche.

Tout d'abord, l'analyse de ce travail comporte des limites en termes de représentativité des personnes rencontrées. Mes interlocuteur·rices, autant les couples que les soignant·es, sont tous·tes des personnes blanches, issues des milieux universitaires ou ayant fait des études supérieures. Malgré leur profil relativement homogène, des différences apparaissent dans leurs représentations et leur expérience de l'accouchement. Néanmoins, cette étude mériterait d'être prolongée afin d'élargir l'analyse et d'inclure des personnes d'autres milieux sociaux et avec d'autres formations familiales.

Ensuite, l'analyse de l'expérience des partenaires des femmes à la maternité et durant l'accouchement mériterait d'être approfondie. Je n'ai pas réussi à affiner le vécu des pères, à la fois par manque de temps pendant la rédaction, mais surtout par manque de données. Il s'agit d'un angle que je n'ai pas, ou peu, abordé lors des entretiens menés avec les couples. J'avais construit mes guides d'entretien principalement autour du vécu de l'accouchement de la femme, reproduisant ainsi moi-même la représentation genrée de la division du travail reproductif. Des recherches sur la paternité sont en cours en Suisse, et pourront peut-être apporter des pistes d'analyses et de réflexions sur la place, leur rôle et le vécu des partenaires pendant la période périnatale.

Finalement, l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum mériterait d'être étudiée à travers le prisme du capitalisme sanitaire, des injonctions et enjeux que cela entraîne autant pour les couples que pour les professionnel·les de santé. De quelles manières la multiplication des offres autour de la naissance, visant à favoriser le vécu de l'accouchement et de la période périnatale, s'inscrit-elle dans des logiques concurrentielles et d'attractivité entre les maternités, et modifie à la fois les pratiques des professionnel·les de santé que les attentes et le vécu des couples ?

La culture de la naissance,
entre représentations de l'accouchement "naturel",
expériences des couples et pratiques des professionnel·les de santé

Marie Binggeli
Prof. Maffi Irene

BIBLIOGRAPHIE

- 18.4315 | *Violences gynécologiques et obstétricales en Suisse. Faire le point | Objet | Le Parlement suisse.* (s. d.). Consulté 13 janvier 2023, à l'adresse <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20184315>
- Akrich, M., & Pasveer, B. (1996). *Comment la naissance vient aux femmes.* Le Seuil. Les empêcheurs de penser en rond. <https://hal.science/hal-00397063/>
- Arnal, M. (2016). Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement. *Genre, sexualité & société*, 16, Article 16. <https://doi.org/10.4000/gss.3870>
- Bailat, L. (2018, novembre 17). «J'ai eu l'impression qu'un wagon me déchirait les entrailles». *Le Matin Dimanche*, 24 heures. <https://www.24heures.ch/jai-eu-limpression-quun-wagon-me-dechirait-les-entrailles-238200932774>
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making—The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780-781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
- Batifoulier, P., & Da Silva, N. (2022). L'Etat et la santé. Une économie politique du capitalisme sanitaire. *Économie et institutions*, 30-31. <https://journals.openedition.org/ei/7105>
- Beck, U. (2003). *La société du risque : Sur la voie d'une autre modernité.* Paris: Flammarion.
- Beckett, K. (2005). Choosing Cesarean : Feminism and the politics of childbirth in the United States. *Feminist Theory*, 6(3), 251-275. <https://doi.org/10.1177/1464700105057363>
- Bertaux, D. (2010). *Le récit de vie : L'enquête et ses méthodes* (3e éd.). A. Colin.
- Boiteau, C., Apter, G., & Devouche, E. (2019). À l'aube de la paternité... Une revue du vécu des pères pendant la période périnatale. *Devenir*, 31(3), 249-264. <https://doi.org/10.3917/dev.193.0249>
- Burgnard, S. (2010). Pouvoir masculin sur corps féminin : La critique féministe du pouvoir médical en Suisse romande (1970-1987). *Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte = Société Suisse d'Histoire Economique et Sociale*, 24, 145. <https://doi.org/10.5169/seals-871853>
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique* (12e éd.). PUF.
- Cardi, C., & Quagliariello, C. (2016). Corps maternel. In *Encyclopédie critique du genre* (p. 170-182). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2016.01.0170>
- Carricaburu, D. (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : Les enjeux d'une définition. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 123-144. <https://doi.org/10.7202/016935ar>

- Castra, M., & Sainsaulieu, I. (2020). Intervenir sur un autre territoire professionnel. Équipes mobiles et services «sédentaires» à l'hôpital. *Sciences sociales et santé*, 38(4), 47-74. <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2020-4-page-47.htm>
- Charlap, C. (2012). *La marque du social dans la chair : L'expérience corporelle à la ménopause comme traduction de représentations sociales à l'œuvre*.
- Charrier, P., & Clavandier, G. (2013). *Sociologie de la naissance*. Armand Colin.
- Chautems, C., & Maffi, I. (2021). Mères et pères face à l'allaitement : Savoirs experts et rapports de genre à l'hôpital et à domicile en Suisse. *Nouvelles Questions Féministes*, 40(1), 35-51. <https://doi.org/10.3917/nqf.401.0035>
- Christinaz, C. (2017, septembre 11). Violences obstétricales : Les femmes brisent le tabou. *Le Temps*. <https://www.letemps.ch/opinions/violences-obstetricales-femmes-brisent-tabou>
- Coulmont, B. (s. d.). *Le prénom : Catégorie sociale*. Consulté 7 juin 2024, à l'adresse <https://coulmont.com/bac/>
- Cova, A. (2005). Où en est l'histoire de la maternité ? *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 21, Article 21. <https://doi.org/10.4000/clio.1465>
- Coxon, K., Homer, C., Bisits, A., Sandall, J., RM, H., & Debra Bick, R. M. (2016). Reconceptualising risk in childbirth. In *Midwifery* (Vol. 38, p. 1-5). Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613816300717>
- Cristofalo, P., Gasquet, C., Gelly, M., & Hoyez, A.-C. (2023). « Labels » et « projets de naissance » : Formes euphémisées de la concurrence dans le champ de la périnatalité. *Economie Appliquée*, 1. <https://shs.hal.science/halshs-04380264>
- Czarniawska, B. (2007). *Shadowing : And other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Copenhagen Business School Press DK.
- Darra, S. (2009). 'Normal', 'natural', 'good' or 'good-enough' birth : Examining the concepts. *Nursing Inquiry*, 16(4), 297-305. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00467.x>
- Davis-Floyd. (2003). *Birth as an American Rite of Passage : Second Edition, With a New Preface* (2^e éd.). University of California Press. <https://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pndwn>
- Davis-Floyd, R. E. (1987). The Technological Model of Birth. *The Journal of American Folklore*, 100(398), 479-495. <https://doi.org/10.2307/540907>
- Davis-Floyd, R., & Sargent, C. F. (1997). *Childbirth and authoritative knowledge : Cross-cultural perspectives*. University of California Press.
- Delanoë, D. (2006). *Sexe, croyances et ménopause*. Hachette Littératures.
- Delphy, C. (1998). *L'ennemi principal*. Syllepse.
- Downe, S. (2008). *Normal childbirth : Evidence and debate* (2nd ed.). Churchill Livingstone/Elsevier.

- Gabaret, J. (2021). Travail reproductif et parentalité. Usages de la notion de « nature » pour repenser le partage masculin/féminin. *Le Philosophoire*, 56(2), 83-108. <https://doi.org/10.3917/phoir.056.0083>
- Gardey, D. (2013). *L'invention du naturel : Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Ed. des archives contemporaines.
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0263>
- Gouilhers, S. (2017). *Gouverner par le risque : Une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande* [Université de Genève]. <https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:101730>
- Guittier, M.-J. (2018). Evaluer le vécu de l'accouchement. *Communication présentée aux 16e Journées de Collège National des Sages-femmes de France, Paris*.
- Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. (2018). *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées—Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes*. <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>
- Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*. PUF.
- Jacques, B. (2012). Les cours de préparation à la naissance comme espace de ségrégation sexuelle. *L'Information géographique*, 76(2), 108-121. <https://doi.org/10.3917/lig.762.0108>
- Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales* (7e éd.). Presses Universitaires de France.
- Johansson, M., Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2013). Fathers want to stay close to their partner and new baby in the early postnatal period : The importance of being able to room in after a surgical birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(1), 35-36. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.11.002>
- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures : A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Eden Press.
- Klein, V. (2016). Le caractère féminin, critique d'une idéologie (È. Gianoncelli, Trad.). *Cahiers du Genre*, 61(2), 21-47. <https://doi.org/10.3917/cdge.061.0021>
- Knibiehler, Y. (1997). *La révolution maternelle : Femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*. Perrin.
- Knibiehler, Y. (2007). Féminisme et maternité. *La revue lacanienne*, 2(2), 11-17. <https://doi.org/10.3917/lrl.072.0011>
- Knibiehler, Y. (2016). *Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle* (2e éd.). Presses de l'École des hautes études en santé publique.

- Lahaye, M.-H. (2018). *Accouchement : Les femmes méritent mieux*. Michalon éditeur.
- Lamy, A. (2017). Mise en cause de l'autorité médicale et légitimation du discours d'expérience sur les forums de discussion en ligne. *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, 93, Article 93. <https://doi.org/10.4000/quaderni.1074>
- Le Breton, D. (2022). *Sociologie du risque* (Troisième édition mise à jour). Presses universitaires de France/Humensis.
- Lupton, D. (1993). Risk as Moral Danger : The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. *International Journal of Health Services*, 23(3), 425-435. <https://www.jstor.org/stable/45120104>
- Lupton, D. (1994). *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. Thousand Oaks and New Delhi: Sage Publications.
- MacCormack, C. P., & Strathern, M. (2001). *Nature, culture and gender*. Cambridge University Press.
- Maffi, I. (2012). L'accouchement est-il un événement? Regards croisés sur les définitions médicales et les expériences intimes des femmes en Jordanie et en Suisse. *Mondes contemporains. Revue d'anthropologie culturelle et sociale*, 2, 53-80.
- Maffi, I. (2013). Can caesarean section be 'natural'? The hybrid nature of the nature-culture dichotomy in mainstream obstetric culture. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 10(19). <https://tidsskrift.dk/sygdomogsamfund/article/view/15523>
- Maffi, I. (2014). Les cours de préparation à la naissance dans une maternité suisse. Entre logiques institutionnelles, postures des sages-femmes et autonomie des couples. In *Accompagner la naissance* (p. 175-198). BSN Press. <https://doi.org/10.3917/bsn.burt.2014.01.0175>
- Maffi, I., & Gouilhers, S. (2019). Conceiving of risk in childbirth : Obstetric discourses, medical management and cultural expectations in Switzerland and Jordan. *Health, Risk & Society*, 21(3-4), 185-206. <https://doi.org/10.1080/13698575.2019.1621996>
- Maimburg, R. D., Væth, M., & Dahlen, H. (2016). Women's experience of childbirth—A five year follow-up of the randomised controlled trial "Ready for Child Trial". *Women and Birth*, 29(5), 450-454.
- Malacrida, C., & Boulton, T. (2014). The best laid plans? Women's choices, expectations and experiences in childbirth. *Health*, 18(1), 41-59. <https://doi.org/10.1177/1363459313476964>
- Manäi-Wehrli, D., & Hammer, R. (2010). *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : Droit, éthique et pratiques sociales*. Stämpfli.
- Mansfield, B. (2008). The social nature of natural childbirth. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1084-1094. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.025>
- Martin, E. (2001). *The woman in the body : A cultural analysis of reproduction*

(Rev. ed.). Beacon Press.

- Memmi, D. (2011). *La seconde vie des bébés morts* (Vol. 16). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.1794>
- Mesot, L. (2021, octobre 18). Les sages-femmes romandes à l'assaut des violences obstétricales. *Heidi.news*. <https://www.heidi.news/sante/les-sages-femmes-romandes-a-l-assaut-des-violences-obstetricales>
- Michel, C., & Squires, C. (2018). Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : Les violences obstétricales. *Le Carnet PSY*, 220(8), 22-33. <https://doi.org/10.3917/lcp.220.0022>
- Moscucci, O. (2003). Holistic obstetrics : The origins of "natural childbirth" in Britain. *Postgraduate medical journal*, 79(929), 168-173.
- Odent, M. (1976). *Bien naître*. Paris: Seuil.
- Oelhafen, S., Monteverde, S., Trachsel, M., Raio, L., & Cignacco Müller, E. (2020). *La coercition obstétricale en Suisse*. Haute école spécialisée bernoise. https://www.bfh.ch/dam/jcr:8e8f698d-3f59-4762-a2ea-1e32d5c3c55b/BFH_La%20coercition%20obst%C3%A9tricale%20en%20Suisse.pdf
- Ólafsdóttir, Ó. Á., & Kirkham, M. (2009). Chapter 8 Narrative Time : Stories, Childbirth and Midwifery. In C. McCourt (Éd.), *Childbirth, Midwifery and Concepts of Time* (p. 167-183). Berghahn Books. <https://doi.org/10.1515/9780857455420-011>
- Ortner, S. B. (1974). Is Female to Male as Nature Is to Culture? *Feminist Studies*, 1(2), 5-31. <https://doi.org/10.2307/3177638>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e édition). Armand Colin.
- Perrenoud, P. (2014). Naissance et évolution des pratiques : Entre Evidence-Based Medicine, expérience et intuition. In *Accompagner la naissance* (p. 133-154). BSN Press. <https://doi.org/10.3917/bsn.burt.2014.01.0133>
- Pichonnaz, D., & Toffel, K. (2018). Pour une analyse dispositionnelle des pratiques professionnelles. *Emulations - Revue de sciences sociales*, 25, Article 25. <https://doi.org/10.14428/emulations.025.01>
- Pollock, D. (1997). Origins in Absence : Performing Birth Stories. *TDR (1988-)*, 41(1), 11-42. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/1146570>
- Quagliariello, C. (2017a). «Ces hommes qui accouchent avec nous». La pratique de l'accouchement naturel à l'aune du genre. *Nouvelles questions féministes*, 36(1), 82-97. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2017-1-page-82.htm>
- Quagliariello, C. (2017b). L'accouchement naturel contre l'hôpital moderne ? *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 15, Article 15. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2780>

- RTS (Réalisateur). (2018, novembre 20). Violences gynécologiques en Suisse : Débat entre Rebecca Ruiz et Martin Winckler. In *Forum*. <https://www.rts.ch/audio-podcast/2018/audio/violences-gynecologiques-en-suisse-debat-entre-rebecca-ruiz-et-martin-winckler-25573885.html>
- Schantz, C., Rozée, V., & Molinier, P. (2021). Introduction. Les violences obstétricales, un nouvel axe de recherche pour les études de genre, un nouveau défi pour le soin et la société. *Cahiers du Genre*, 71(2), 5-24. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0005>
- Staines, A., Coelho, V., Gutnick, D. N., Mattelet, A., & Louiset, M. (2020). «Qu'est-ce qui est important pour vous?» Amorcer le partenariat avec le patient et ses proches. *RISQUES & QUALITÉ*, 17(3). https://www.risqual.net/system/files/2020-10/RQ_XVII_3_Staines.pdf
- St-Amant, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement : Épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale* [Thèse ou essai doctoral accepté, Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/6134/>
- Thébaud, F. (1986). *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*. Presses universitaires de Lyon.
- Topçu, S. (2021). Obstétrique, (non)violence et féminisme. Un regard sociohistorique. *Cahiers du Genre*, 71(2), 81-106. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0081>
- Topçu, S., & Brown, P. (2019). The impact of technology on pregnancy and childbirth : Creating and managing obstetrical risk in different cultural and socio-economic contexts. *Health, Risk & Society*, 21(3-4), 89-99. <https://doi.org/10.1080/13698575.2019.1649922>
- Truc, G. (2006). La paternité en Maternité. Une étude par observation. *Ethnologie française*, 36(2), 341-349. <https://doi.org/10.3917/ethn.062.0341>
- Vacaflor, C. H. (2016). Obstetric violence : A new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 65-73.
- van Teijlingen, E. R., Hundley, V., Rennie, A.-M., Graham, W., & Fitzmaurice, A. (2003). Maternity Satisfaction Studies and Their Limitations : "What Is, Must Still Be Best". *Birth*, 30(2), 75-82. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00224.x>
- Vuille, M. (2009). « *Les sages-femmes vaudoises face à l'accouchement sans douleur (ASD) (1959-1989)* ». *Rapport de recherche*. Lausanne : Haute Ecole de la Santé La Source (HELS).
- Vuille, M. (2015). L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980. *Travail, genre et sociétés*, 34(2), 39-56. <https://doi.org/10.3917/tgs.034.0039>
- Vuille, M. (2016). Naître à la maison en Suisse. In *Naître à la maison d'hier à aujourd'hui* (Toulouse: Erès, p. 281-290).

- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: The need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1).
[https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00519-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00519-7)
- World Health Organization. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement* (WHO/RHR/14.23). World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/134588>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience* (World Health Organization.).
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550215>

ANNEXES

Profil des femmes et de leur partenaire

Maëlie, 37 ans, est infirmière dans un service aigu pédiatrique d'un hôpital universitaire de Suisse romande. Elle est d'origine canadienne et a été adoptée. Son partenaire est ingénieur et vient d'une grande famille. L'entretien se déroule à la maternité, sans son partenaire.

Maëlie aborde son accouchement en restant flexible et elle dit qu'elle souhaite se laisser porter par les événements sans être fermée à ce que les soignant·es pourraient lui proposer. Elle décide d'être provoquée à 40 semaines afin de ne prendre aucun risque pour son enfant, tout en sachant que l'accouchement risquerait d'être plus difficile pour elle. De plus, elle n'a pas aimé être enceinte, et se sent encombrée dans son corps. Maëlie devait initialement accoucher dans un hôpital universitaire, mais le service étant surchargé, elle demande à être transférée dans un autre hôpital plutôt que de repousser la provocation. Maëlie est finalement provoquée à l'hôpital H durant la nuit, après que la provocation ait été repoussée plusieurs fois. Elle demande la péridurale en milieu d'après-midi du jour suivant, car ses contractions sont particulièrement douloureuses, bien qu'elle dise ne pas être assez dilatée. La péridurale ne fonctionne que partiellement (jusqu'au périnée) tout le reste du travail et de l'accouchement et Maëlie accouche le jour d'après en fin d'après-midi, 64 heures après avoir été déclenchée. Elle dit avoir vécu un accouchement affreux, extrêmement difficile et douloureux.

Tania, 43 ans, travaille dans l'immobilier et est d'origine anglaise. Elle est mère de trois filles, Gaby (5 ans), Léa (3 ans) et Mia, toutes conçues par FIV (fécondation in vitro). Son parcours de FIV est long et douloureux : pour Gaby, il dure 3 ans, avec 4 FIV et 1 perte de grossesse ; pour Léa, la première insémination fonctionne ; pour Mia, 3 inséminations sont nécessaires. Tania parle très peu de son partenaire lors de l'entretien, je n'ai donc aucune information sur lui. L'entretien se déroule à la maternité.

Son premier accouchement est une césarienne, à cause d'un placenta prævia. Tania a mal vécu cette première naissance, et trouve que le moment est particulièrement froid et impersonnel. Son deuxième accouchement est une voie

basse avec péridurale. Sur recommandation de sa gynécologue, Tania programme une césarienne pour son troisième accouchement, malgré son envie d'accoucher naturellement et sa mauvaise expérience passée. La gynécologue estime le poids du bébé trop élevé, et craint des complications durant la naissance. Tania préfère suivre l'avis médical et ne prendre aucun risque. Cependant, Tania se met en travail spontanée à la fin de sa 38^e semaine. En arrivant à l'hôpital H, les soignant·es estiment qu'elle peut accoucher par voie basse si elle le souhaite. Tania accouche par voie basse sans aucune intervention médicale. Elle est fière d'avoir expérimenté un accouchement complètement physiologique, mais a craint tout le long de l'accouchement de subir une césarienne d'urgence à cause du poids trop élevé.

Adélie, 36 ans, a fait une reconversion professionnelle de graphiste. **Andréa**, 35 ans, a fait des études de sciences politiques et travaille actuellement dans une administration communale. L'entretien se déroule au domicile du couple.

L'accouchement d'Adélie est intense, car rapide pour une primipare. Les premières contractions commencent dans la nuit. Au bout de quelques heures, les contractions sont régulières, Adélie et Andréa appellent la maternité qui les invite à venir. A l'hôpital, la sage-femme constate que le travail n'est pas encore assez avancé et elle leur propose de rentrer chez eux et de prendre un bain. Adélie et Andréa ne sont pas ravi·es de devoir faire des aller-retour et estiment ne pas avoir été plus à l'aise chez elles/eux et ils/elles auraient préféré pouvoir rester à la maternité. Lorsqu'ils/elles arrivent la deuxième fois à la maternité, le couple est passé directement en salle d'accouchement, après avoir refait un monitoring dont ils/elles ignorent la raison. Adélie a des contractions très fortes et elle demande la péridurale à 7 cm de dilatation. Le cœur du bébé commence à faiblir à cause de l'intensité des contractions. Les soignant·es disent être inquiet·ètes et évoquent la possibilité de faire une césarienne. Finalement, la cheffe de clinique estime qu'un accouchement par voie basse est possible et dirige Adélie lors des poussées. Adélie accouche par voie basse avec péridurale, au bout de 20h de travail.

Charlène, 36 ans, a travaillé dans l'événementiel à l'étranger et est actuellement responsable de la communication pour une assurance. Maxence, français, est

menuisier de formation. Il a entrepris une première reconversion en tant qu'assistant/éducateur social, puis une deuxième en tant qu'enseignant au secondaire I au moment de la recherche. L'entretien se déroule à la maternité.

Charlène accouche 7 jours après son terme. Au bout de 24 heures de travail, la poche des eaux se rompt et la douleur des contractions augmente. Après avoir tenté toutes les différentes options analgésiques, Charlène demande la péridurale. Comme elle approche des 24 heures accordées après la rupture de la poche des eaux, elle reçoit en même temps de l'ocytocine de synthèse. Après plus de 1h30 de poussées, le chef de clinique est informé de la situation et il prend la décision d'instrumenter en urgence l'accouchement avec des forceps. Leur fils est rapidement pris en charge par les pédiatres, car il a du liquide dans les poumons. Maxence reste avec leur fils tandis que Charlène est emmenée au bloc afin de faire une révision utérine. Charlène, et surtout Maxence, vivent violemment cette naissance et l'instrumentation, qu'ils/elles qualifient d'intenses et traumatiques.

Olivia, 35 ans, est infirmière cheffe d'unité de soin dans un service aigu pédiatrique d'un hôpital universitaire de Suisse romande. Elle est d'origine portugaise. Je n'ai pas d'information sur son mari, Stéphane. Olivia et Stéphane sont parents de deux filles, Ella (4 ans) et Lou-Anna. L'entretien se déroule au domicile du couple, uniquement avec Olivia.

Olivia avait décidé de provoquer l'accouchement à 38 semaines sur recommandation de sa gynécologue. Le poids estimé de Lou-Anna était légèrement au-delà des normes. Initialement, Olivia hésitait un peu à prendre la décision de provoquer ou non l'accouchement, connaissant les risques de complications liés à la provocation, tels que l'utilisation d'instruments et l'accouchement plus difficile physiquement pour la mère. Cependant, lorsque les soignant·es de la maternité confirment l'estimation de poids élevé de sa gynécologue, Olivia prend la décision d'accepter la provocation, afin de limiter les risques de complication pour Lou-Anna. Durant 3 jours, elle passe par plusieurs étapes de la provocation (ballonnet, tampon, puis 4 ovules de prostaglandines), avant que le travail ne commence. Le quatrième jour, elle demande la péridurale à bout de forces et reçoit en parallèle de l'ocytocine par

intraveineuse afin d'augmenter l'intensité des contractions. Le travail finit par s'accélérer lorsque la sage-femme rompt manuellement la poche des eaux. A partir du moment où elle reçoit l'ocytocine de synthèse en intraveineuse, Olivia fait des malaises jusqu'à la fin de son accouchement et perd connaissance entre chaque poussée. Cependant, elle déclare être rassurée, car sa fille continue d'aller bien. Olivia accouche de Lou-Anna après 4 jours de provocation. La sage-femme lui annonce que le placenta est sorti en entier, pourtant Olivia sent qu'elle continue à avoir des pertes de sang. Alors qu'elle atteint 1 litre de perte, tout s'accélère. Les sages-femmes essaient de faire une expression manuelle, en lui appuyant sur le ventre, afin de faire sortir les adhérences qu'il pourrait rester. Au bout de 2 litres de sang perdu, les sages-femmes lui disent que c'est maintenant considéré comme une hémorragie et Olivia est transférée au bloc opératoire. Olivia a très froid et tremble. Les médecins décident de commencer l'opération immédiatement, car Olivia a toujours la péridurale en place. Olivia intervient, car la péridurale a fonctionné seulement d'un côté pendant l'accouchement, elle n'est donc pas rassurée de subir l'intervention ainsi. L'infirmière anesthésiste décide de lui faire le test du froid afin de déterminer l'efficacité de la péridurale. Le but du test du froid est de vérifier si la péridurale (une forme d'anesthésie régionale utilisée principalement pour soulager la douleur pendant l'accouchement) a efficacement engourdi la zone ciblée du corps, en utilisant un objet froid sur différentes zones de la peau du/de la patient·e. Le résultat du test étant positif, la gynécologue commence à inciser, mais Olivia sent tout. Olivia demande alors à la gynécologue de tout arrêter. La médecin confuse lui répète plusieurs fois que le test du froid est positif et que c'est normal qu'elle ressente qu'on la touche, mais qu'elle ne devrait pas sentir de douleur. A chaque fois, Olivia répond qu'elle a mal. L'anesthésiste prend alors la décision d'augmenter la dose de la péridurale et que si ce n'est pas suffisant, il fera une anesthésie générale. Cette fois-ci la péridurale fonctionne et Olivia se détend légèrement pour la suite de l'opération. Après une longue attente en salle de réveil, Olivia rejoint finalement Stéphane et Lou-Anna dans leur chambre.

Nathalie, 41 ans, est géologue et ingénieure en géotechnique. **Matthieu**, 44 ans, est marketing manager et actuellement au chômage. L'entretien se déroule au domicile du couple.

Nathalie accouche 1 semaine après son terme. Le travail commence spontanément le soir. Nathalie souhaite prendre un bain chez elle pour gérer la douleur des contractions, mais comme la chaudière ne fonctionne pas la nuit l'eau ne dépasse pas 28 degrés et elle est frigorifiée. Le couple décide alors de partir à la maternité. A la maternité, une première sage-femme fait une échographie et contrôle la dilatation du col, puis part préparer le bain dans une salle de prétravail. Cependant, comme l'arrivée de Nathalie et Matthieu coïncide avec le changement d'équipe, une autre sage-femme arrive et lui refait les mêmes contrôles et décide de l'amener directement en salle de travail, car Nathalie est dilatée à 4 cm. Nathalie essaie alors de gérer les contractions dans l'eau, mais constate que le bain lui augmente les douleurs. Elle sort de la baignoire, mais n'arrive pas à se réchauffer à cause des courants d'air dus au système d'aération présent dans les salles d'accouchement. Tout le long de la suite de l'accouchement, Nathalie a particulièrement froid, et Matthieu s'énerve qu'il n'y ait pas de linges propres et secs pour la couvrir et la réchauffer. Malgré ce désagrément, l'accouchement de Nathalie se passe bien. La sage-femme prend connaissance de son projet de naissance, et bien qu'elle n'en discute pas avec le couple, Nathalie a l'impression qu'elle met tout en œuvre pour le respecter. Nathalie accouche par voie basse sans aucune intervention comme elle le souhaitait.

Julie, 36 ans, a fait des études de sciences sociales et est journaliste radio. **Sylvain**, 38 ans, est ingénieur en génie électrique, mais travaille dans l'informatique. L'entretien se déroule au domicile du couple.

Julie se met en travail spontanément chez elle lorsque la poche des eaux est rompue. Elle gère les contractions en prenant un bain, d'abord chez elle puis à la maison de naissance. Elle dit avoir « *perçu les différents cris de douleur en fonction de l'avancée du l'accouchement* », arriver à « *être dans la zone* » et à « *complètement déconnecter le cerveau pour se concentrer sur la douleur et à réussir à brancher la femme sauvage en [elle]* ». Après plusieurs heures passées

dans la baignoire, la sage-femme lui demande d'en sortir, car le cœur de Lison commence à s'accélérer et à fatiguer. Julie avoue avoir mis l'eau un peu plus chaud que recommandé pour ne pas avoir froid, mais essaie tout de même de négocier pour rester dans l'eau s'y sentant particulièrement bien. Selon Julie, c'est à ce moment-là que le déroulement de l'accouchement bascule. Le refus de la sage-femme brise sa bulle de confiance, et elle a l'impression de perdre le contrôle. Elle n'arrive plus à gérer la douleur des contractions, et le travail ralenti. Alors qu'elle approche des 24 heures autorisées pour accoucher à la suite de la rupture de la poche des eaux, le couple commence à ressentir le stress de la sage-femme. Celle-ci laisse entendre qu'un transfert à la maternité est à envisager, et elle appelle une collègue afin de confirmer le rebord de col. Toutes deux sortent alors de la salle d'accouchement pour discuter de la situation et prendre une décision. Elles accordent un délai de 1 heure à Julie pour accoucher. A la fin de ce laps de temps, Julie et Sylvain sont transférés à la maternité de l'hôpital H. Julie doit se rhabiller et Sylvain sort chercher la voiture. Il reste enfermé dehors, car les portes de la maison de naissance sont fermées la nuit, et il essaie tant bien que mal d'attirer l'attention des sages-femmes à travers les fenêtres. Sylvain conduit ensuite Julie à l'entrée des urgences de l'hôpital H. Une fois l'admission faite, malgré la transmission de la sage-femme de la maison de naissance, les sages-femmes de la maternité refont un toucher vaginal pour vérifier la dilatation du col. Le stress du transfert a fait reculer l'avancée du travail, Julie, épuisée, accepte la péridurale qui lui est proposée et reçoit en parallèle l'ocytocine de synthèse pour faire avancer le travail. Julie finit par accoucher 7 heures après son arrivée à la maternité et 28 heures après les premières contractions. Julie et Sylvain sont tout de même surpris de la coupure nette avec la sage-femme de la maison de naissance à partir du moment où ils arrivent à la maternité. Ils n'ont aucun contact avec elle jusqu'à leur retour à domicile malgré la proximité de la maison de naissance.

Mathilde, 31 ans, est sage-femme et est d'origine française. **David** est intérieur designer dans une grande boîte. L'entretien se déroule au domicile du couple.

Mathilde décide de demander une provocation à 41 semaines, inquiète de sentir de moins en moins sa fille bouger. Le travail se met rapidement en marche sous

l'effet du ballonnet. Au bout de quelques heures, les contractions sont espacées de 5 minutes et Mathilde appelle David, qui était rentré passer la nuit chez eux. Mathilde demande qu'on lui pose une péridurale pour soulager l'intensité des contractions. La péridurale est bien dosée et lui permet de continuer à bouger, et de ressentir les contractions, mais de manière supportable. Une sage-femme, sachant que Mathilde est également sage-femme, coupe le son du monitoring cardiaque du bébé afin que Mathilde puisse lâcher prise. Mathilde accouche de Céleste 14 heures après le début de la provocation. Mathilde reçoit Céleste sur elle et David coupe le cordon ombilical. Le couple découvre ensuite ensemble le sexe biologique de leur enfant, selon leur projet de naissance. Ils/elles souhaitaient séparer ces deux moments, et pouvoir d'abord rencontrer leur enfant, puis découvrir s'il s'agissait d'une fille ou d'un garçon.