



HAL
open science

Représentations sociales de l'accouchement en France, ce que révèle la crise de la Covid-19

Virginie Rozée, Clémence Schantz

► **To cite this version:**

Virginie Rozée, Clémence Schantz. Représentations sociales de l'accouchement en France, ce que révèle la crise de la Covid-19. *La Revue Sage-Femme*, 2024, 4, pp.43-46. 10.1016/j.sagf.2024.05.011 . hal-04632235

HAL Id: hal-04632235

<https://hal.science/hal-04632235>

Submitted on 2 Jul 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

Représentations sociales de l'accouchement en France, ce que révèle la crise de la Covid-19

La pandémie de Covid-19 a engendré, dans la précipitation, une réorganisation des soins dans les maternités qui a fait l'objet de nombreuses critiques dans les médias. La recherche Mater-Covid-19 visait à recueillir les expériences des femmes ayant accouché dans ce contexte pandémique en France. De ces récits se dégagent les représentations sociales de l'accouchement, et plus globalement de la maternité, que les contraintes imposées en obstétrique ont révélées, voire renforcées.

© 2024 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés – accouchement ; Covid-19 ; France ; maternité ; soins

Social representations of childbirth in France, as revealed by the Covid-19 crisis. The Covid-19 pandemic precipitated a reorganization of maternity care that was widely criticized in the media. The aim of the MATER-Covid-19 research project was to gather the experiences of women who gave birth in this pandemic context in France. These accounts reveal the social representations of childbirth, and more broadly of motherhood, that the constraints imposed in obstetrics have revealed and even reinforced.

© 2024 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords – care; childbirth; Covid-19; France; maternity

En France, l'accouchement est considéré comme un événement à risques qui doit être accompagné, voire surveillé et contrôlé, par une équipe soignante [1]. Depuis les années 2010, les conditions dans lesquelles il se déroule, fortement encadrées et médicalisées, font cependant l'objet de critiques car elles sont associées à une perte d'autonomie et à une infantilisation des parturientes [2]. Lors de la pandémie de Covid-19, ces critiques se sont accentuées, la situation sanitaire ayant obligé les maternités à se réorganiser et à renforcer leur protocole pour limiter les risques de propagation du virus.

Afin d'observer cette réorganisation au sein des établissements

et son impact social, la recherche "Mater-Covid-19 : accoucher en temps de pandémie : faiblesses et résiliences des maternités en France" a été conduite en 2021 et 2022 en Île-de-France (IDF) et à la Réunion¹ [3,4]. Inspirée par les travaux de Robbie Davis-Floyd [5] qui montrent que la façon dont les soins sont organisés incarne un système de valeurs et de croyances, cette étude a été l'occasion d'analyser les représentations sociales de l'accouchement et de la maternité révélées par la réorganisation des soins en obstétrique.

À la suite d'un tirage aléatoire, 34 femmes ayant accouché pendant la pandémie dans deux maternités publiques d'IDF (niveau 3) ont été interrogées

sur leur vécu de l'accouchement, quelques mois après la naissance de leur enfant. Elles présentaient des profils socio-démographiques diversifiés en termes d'âge (âge médian de 32 ans) et de profession, et étaient toutes en couple (majoritairement avec un homme). La plupart d'entre elles avaient accouché entre mars et avril 2020 ($n = 19/34$) et près de la moitié étaient primipares ($n = 16/34$).

L'accouchement à l'hôpital, une affaire privée de couple ?

À partir du premier confinement, en mars 2020, la majorité des femmes enceintes n'étaient plus autorisées à venir accompagnées aux examens prénataux et

Virginie Rozée^{a,*}
Chercheuse

Clémence Schantz^{a,b}
Chercheuse

^aInstitut d'études démographiques (Ined), unité Santé et droits sexuels et reproductifs (UR14), 9 cours des Humanités, 93300 Aubervilliers, France

^bUniversité Paris Cité, IRD, Inserm, Ceped, F-75006 Paris, France

Notes

¹ Les résultats présentés ici ne concernent que l'Île-de-France. Les analyses sur les vécus des femmes ayant accouché dans les maternités hospitalières et dans la maison de naissance de la Réunion font l'objet d'autres publications. Cette recherche a été financée par l'Agence nationale de la recherche (ANR-21-COVR-0014).

² Il est important de préciser à ce sujet que cette mise à part des pères ne s'est pas opérée dans la maison de naissance où l'étude a été menée, à la Réunion. La philosophie de cette structure est, dès le départ, très différente et marque une rupture entre l'hôpital et les maisons de naissance, qui accompagnent une triade "mère, père (ou coparente), enfant" et non une "patiente".

³ Traduction des autrices.

aux urgences gynécologiques [6]. Cette restriction pouvait aussi s'appliquer lors de l'accouchement et du séjour en suites de couches.

◆ **Les femmes interrogées se sont retrouvées pour la plupart seules, sans accompagnant, en prétravail, mais le père ou le deuxième parent a été autorisé à assister à la naissance, à l'exception de deux cas.** Cette possibilité variait d'une maternité à l'autre et selon les phases de la pandémie. Les contraintes se sont progressivement assouplies à travers les recommandations émises par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Pour autant, ces recommandations ont dans un premier temps invisibilisé les autres formes de parentalité ou les autres choix faits par les femmes [7] : elles ont évoqué tout d'abord le père (27 mars), puis le conjoint (30 mars), et enfin l'accompagnant (27 avril). Une des femmes interrogées, Juliette (32 ans, premier accouchement), aurait d'ailleurs préféré être accompagnée de sa doula, tandis que Cassandra (28 ans, deux enfants) aurait souhaité que sa mère soit présente : « *Le "truc", c'est que mon conjoint, il déteste les hôpitaux, il a une phobie, il supporte pas. Et donc le jour, avant de partir à l'hôpital, j'avais demandé "Est-ce que ma mère peut venir avec moi ?", parce que pour mon premier accouchement, c'est ma mère qui était là. Et là, du coup, ils m'ont dit "Non, c'est seulement le conjoint, sinon, c'est personne".* » La phrase "Le conjoint, sinon, c'est personne" prononcée par le ou la professionnelle de santé renvoie, comme les recommandations du CNGOF, à une représentation conjugale de la naissance. Pour autant, après



Les restrictions décidées pendant la pandémie suggèrent que la grossesse et l'accouchement relèveraient du devoir et de la responsabilité des femmes uniquement.

l'accouchement, les visites du ou de la partenaire étaient strictement interdites (surtout lors du premier confinement) ou fortement limitées. Le deuxième parent était invisibilisé, comme "effacé", alors même que la plupart des coparents étaient en congé paternité.

◆ **Cette absence du partenaire** lors du séjour en suites de couches a été très mal vécue par les femmes qui ont toutes exprimé un important sentiment de solitude. Dans un des hôpitaux de l'étude, cependant, les deux parents avaient la possibilité, lors de la première phase de la pandémie, de rester confinés dans la chambre de la maternité. Toutefois, dans ce cas, rien n'était prévu pour le deuxième parent, comme le raconte Jeanne (32 ans, premier accouchement) : « *Donc, évidemment, il n'y avait pas de lit double, il n'y avait pas de fauteuil, il n'avait rien, il avait juste une chaise pour dormir. Donc il y avait eu un seuil de tolérance en nous disant qu'exceptionnellement on pouvait aujourd'hui aller acheter le nécessaire et revenir dans la même journée à l'hôpital, donc il est parti acheter des conserves [...]. On avait un vieux matelas à la*

maison, donc il a pris le vieux matelas qui traînait [...]. »

◆ **Aux autres phases de la pandémie**, les visites ont été restreintes à quelques heures et une seule par jour était autorisée. Dans ce contexte, le choix du père s'est imposé aux femmes, comme l'explique Miryam (32 ans, deuxième accouchement) : « *On a droit qu'à une seule visite [...] une seule visite par personne et c'est toute la journée [...]. Du coup, le choix du papa s'est fait automatiquement.* »

◆ **Ces restrictions révèlent que la naissance est pensée** comme un événement privé, réservé aux parents de l'enfant à naître. Elles mettent également en exergue que, en dehors de ce temps, la grossesse et l'accouchement relèvent du devoir et de la responsabilité des femmes uniquement. Une affaire privée donc, mais aussi une affaire de femmes² [3,8].

Imposition d'une essentialisation de la maternité

Envisager l'accouchement comme une affaire de femmes repose sur le présupposé selon lequel les femmes savent et peuvent accoucher seules,

tout en étant assistées par le personnel soignant.

♦ **Cette situation renvoie à une représentation** naturelle ou “innée” de l'accouchement, quand bien même médicalisé. Or, la plupart des femmes interrogées ont déclaré qu'elles ne se sentaient pas capables d'accoucher seules, sans être accompagnées du père ou d'une personne de leur choix. Certaines ont d'ailleurs accepté la proposition de l'équipe soignante d'être déclenchées avant la date prévue de l'accouchement pour être certaines que leur partenaire soit présent. Pour les répondantes, le père (ou plus généralement l'accompagnant) représente un soutien dans la douleur ou en cas de problème, mais également un appui psychologique et émotionnel.

♦ **L'interdiction ou la restriction**, ensuite, des visites lors du séjour à la maternité, y compris du deuxième parent, a aussi véhiculé la représentation selon laquelle les femmes pouvaient s'occuper seules, sans l'aide du conjoint ou de la famille, de leur nouveau-né et ce, quelle que soit leur condition physique et psychologique. Cette organisation hospitalière renforce la représentation performative et essentialisée de la maternité [9], selon laquelle « [elle] est considérée comme une pulsion instinctive et profonde chez les femmes³ » [10]. Dotées de compétences innées du soin au nourrisson, les mères, même endolories, épuisées et déprimées, seraient capables de s'occuper de leur bébé. Or, pour les femmes rencontrées dans le cadre de notre étude, la présence du partenaire à toutes les étapes, depuis la grossesse au post-partum, est jugée essentielle pour devenir parent, d'autant plus que la paternité se construit, comme elles le disent, de “l'extérieur” :

« Après, il y avait un protocole à respecter, donc j'entends [...], mais voilà, on est deux à le faire et de priver le papa de ça, j'ai trouvé ça dommage parce qu'eux aussi, ils ont leur paternité qui se construit, en plus de façon externe. Nous, c'est à l'intérieur, donc on le vit différemment et le lien, il est de fait, il est naturel. Alors que c'est vrai que, pour un papa, il faut que ça se construise. Et tous ces moments-là pour moi sont des moments qui sont précieux, qui pour moi justement les aident à visualiser, à être papa » (Laura-Lee, 37 ans, premier accouchement).

♦ **La présence du ou de la partenaire après la naissance** est jugée fondamentale par les femmes aussi parce qu'elle permet d'appréhender ensemble le travail de soins au nourrisson. C'est ce qu'expliquent celles qui étaient confinées avec leur conjoint à l'hôpital : « Je pense que ça serait bien que toutes les femmes aient le choix ou pas d'avoir le papa tout le temps avec elles parce que, en fait, les premières nuits sont hyperdifficiles pour la maman et le fait que le papa ait partagé ça... Et c'est lui qui s'en occupait la nuit et tout [...]. Il n'a pas eu peur du tout de s'en occuper parce qu'il a été tout de suite dans le bain » (Sophie, 28 ans, premier accouchement). Le discours des femmes évoque plus le “être avec” que le “être là” [11] comme élément constitutif du lien entre l'enfant et le père (ou le deuxième parent). Une étude montre d'ailleurs que les pères présents juste après la naissance de leur premier enfant (autrement dit, ceux qui prennent leur congé paternité) s'investissent davantage dans les soins du nouveau-né, ce qui favorise une répartition plus équitable des tâches parentales les premiers mois suivant la naissance [12].

♦ **La présence du ou de la partenaire permet aussi de déléguer** le travail de soins, de “prendre le relais”. Or, ce relais a été rendu impossible par les restrictions imposées : « Je ne pouvais même pas tenir debout, donc c'était un calvaire alors qu'habituellement, c'est quand même le père qui prend le relais » (Cynthia, 30 ans, premier accouchement) ; « Parce que moi, on me remonte fatiguée, envie de dormir, bébé ne me laisse pas dormir et il y a pas le papa pour prendre le relais » (Carla, 29 ans, premier accouchement).

♦ **Cette éviction du conjoint a eu ainsi pour effet de renforcer la représentation d'une division sexuée** du travail de soins, selon laquelle le père joue un rôle secondaire : « Les pères, du fait de leur incompétence perçue, ne peuvent qu'apporter une aide supplémentaire³ » [10]. Ainsi, en dépit d'évolutions sociales importantes, ce travail reste socialement assigné aux femmes dans la société française. Or, cette représentation va à l'encontre des aspirations des personnes interrogées. L'idée de “relais” qu'elles expriment peut certes être interprétée comme une aide supplémentaire, mais aussi comme le souhait d'une répartition du travail de soins que l'organisation de l'hôpital ne leur a pas permis de réaliser.

Un événement à risques sous contrôle médical

L'aspect technique et médical de l'accouchement à l'hôpital a été accentué lors de la pandémie, afin de limiter la contamination des corps [13]. La crise sanitaire a ainsi renforcé la représentation sociale de l'accouchement en tant qu'événement médical à risques.

♦ **Avant la pandémie**, on observait en France une tendance à

Références

- [1] Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. *Sociol Soc* 2007;39(1):123-44.
- [2] Schantz C, Molinier P, Rozée V. *Violences obstétricales*. Paris: L'Harmattan; 2021.
- [3] Schantz C, Tiet M, Evraud A, et al. A strong capacity to face the shock of the health crisis: MaNaO, a midwife-led birthing centre in France. *Midwifery* 2023;127:103837.
- [4] Rozée V, Schantz C. Accoucher pendant la pandémie du Covid-19 en France : d'un “tout s'est bien passé” au sentiment d'une maternité volée. *Sci Soc Sante* 2023;41(4):43-70.
- [5] Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;75(Suppl 1):S5-S23.
- [6] Rousseau A, Dubel-Jam M, Schantz C, Gaucher L. Barrier measures implemented in French maternity hospitals during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *Midwifery* 2023;118:103600.
- [7] Deneffe Dobrzyński ML. Naissance en temps de Covid-19. *Rech Educ* 2020;HS. <https://hal.science/hal-03512201/document>.

Références

- [8] Knibiehler Y. Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^e siècle. Rennes: Presses de l'EHESP; 2016.
- [9] Froidevaux-Metterie C. Le corps des femmes. La bataille de l'intime. Paris: Philo Éditions; 2018.
- [10] Verniers C, Bonnot V, Assilaméhou-Kunz Y. Intensive mothering and the perpetuation of gender inequality: evidence from a mixed methods research. *Acta Psychol (Amst)* 2022;227:103614.
- [11] Palm G. Attachment theory and fathers: moving from "Being There" to "Being With". *JFTR* 2014;6(4):282-97.
- [12] Pailhé A, Solaz A, Tô M. Can daddies learn how to change nappies? Evidence from a short paternity leave policy. *Ined Working Papers*. 24 juin 2018. www.ined.fr/fichier/s_rubrique/28224/dt_240_paternity_leave_division_of_labor.fr.pdf.
- [13] Topçu S, Brown P. The impact of technology on pregnancy and childbirth: creating and managing obstetrical risk in different cultural and socio-economic contexts. *Health, Risk & Society* 2019;21(3-4):89-99.
- [14] Jacques B. Sociologie de l'accouchement. Paris: Presses universitaires de France; 2007.
- [15] Pradillon G. Accueillir un nouveau-né au temps du coronavirus : la fabrique de la famille au défi des interdictions de visite à l'hôpital. *Dialogue* 2021;233(3):137-58.
- [16] Dubel-Jam M. Impact de la Covid-19 sur les pratiques professionnelles dans les maternités françaises : une étude nationale. [Mémoire, Sage-femme]. Saint-Quentin-en-Yvelines: Université de Versailles, département de maïeutique; 2022.
- [17] Cardé C, Odier L, Villani M, Vorazi AS. Penser les maternités d'un point de vue féministe. *Genre, sexualité & société* 2016;(16).

Remerciements

Les autrices remercient toutes celles et ceux qui ont participé à l'enquête Mater-Covid-19 et partagé avec elles leur expérience de l'accouchement. Elles remercient aussi toute l'équipe de recherche, en particulier Laurine Boileau, qui a réalisé avec elles des entretiens auprès de femmes ayant accouché en Île-de-France, et Sophie Guillaume qui a été d'une aide précieuse pour cette recherche.

Déclaration de liens d'intérêts
Les autrices déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

accorder toute puissance au médecin : « [son] *pouvoir social mais aussi sa compétence technique et sa capacité à intervenir dans une situation vitale (mettre au monde) lui donnent une autorité incontestable* » [14]. Face aux savants, les femmes, profanes, ont ainsi peu de capacité d'agir dans les maternités. Le pouvoir médical est apparu comme renforcé lors de la pandémie, puisque les équipes soignantes semblaient les plus armées pour faire face et gérer les menaces du virus. Les femmes « *s'effacent [donc] derrière une équipe soignante jugée compétente* » [15]. Le fait qu'elles soient majoritairement seules, sans contre-pouvoir (partenaire, famille ou entourage) et qu'elles se sentent vulnérables car isolées, fatiguées et déprimées a également renforcé le pouvoir médical. Leur marge de manœuvre était d'autant plus réduite par la variabilité, dans le temps et dans l'espace, des pratiques, par un "flou" autour des recommandations entre les hôpitaux.

♦ **Face à l'inconnue que représentait la pandémie**, le principe de précaution a été appliqué [16]. Cette difficulté à homogénéiser les pratiques, quel que soit le niveau de soins des maternités, montre l'absence de preuve scientifique (*Evidence-Based Medicine*) les justifiant. Cela fait écho à ce qu'écrivait déjà Robbie Davis-Floyd il y a 20 ans : « *Comme on le sait depuis plus de 20 ans [40 ans maintenant], la plupart des procédures obstétricales de routine sont justifiées par peu ou pas de preuves scientifiques. Elles sont pratiquées de manière routinière non pas parce qu'elles ont un sens scientifique, mais parce qu'elles ont un sens culturel* » [5]. Pendant la pandémie, les mesures prises ont renforcé la conception sociale de

l'accouchement en tant qu'événement féminin à risques, qui doit être sous le contrôle du corps médical, qui lui seul connaît et maîtrise la gouvernance des corps qui accouchent, y compris en temps de crise.

♦ **Les récits recueillis montrent ainsi l'intériorisation**, par les femmes, du pouvoir médical et qu'avec du recul, elles comprennent ces restrictions en les replaçant dans le contexte inconnu et angoissant du moment. Ils montrent aussi leur capacité de résilience face à ce pouvoir, bien que cette résilience interroge après coup. Adèle (40 ans, premier accouchement) raconte : « *C'est vrai que moi, maintenant je me dis "Mais comment ont-elles fait en fait [les femmes qui ont accouché sans leur conjoint] ? Comment ont-elles fait ?". Elles ont juste rien dit, elles se sont dit que c'était normal, bah dis donc, chapeau... ou pas ! Et puis tous ces hommes, en fait, qu'est-ce qu'ils ont attendu aussi pour ne pas prendre part à ça, en fait et ouais enfin, c'est leur enfant aussi en fait, ils ne se rendaient pas compte ou je sais pas [...]* »

Conclusion

Les expériences partagées par les femmes ayant accouché en IDF pendant la pandémie montrent que la réorganisation des soins en obstétrique a révélé et surtout renforcé les normes de genre relatives à la maternité [17]. En effet, la crise sanitaire a accentué la représentation de la grossesse et de l'accouchement – un événement privé, une affaire de femmes – et la représentation de la maternité comme relevant de l'"inné" pour les femmes qui sont instinctivement de "bonnes mères", censées pouvoir s'occuper du nouveau-né

seules, sans soutien moral et logistique et ce, quel que soit leur état physique et psychologique. La crise sanitaire a aussi renforcé la représentation de l'accouchement en tant qu'événement à risques sous contrôle médical – d'autant plus avec l'inconnu du virus – que seule peut gérer l'équipe soignante.

Pendant la pandémie, l'accouchement à l'hôpital est apparu comme davantage médicalisé et essentialisé. Ce sont essentiellement les corps des femmes, potentiellement contaminants, contaminés et contaminables, qui ont été gérés. La priorité a été accordée à la prévention du risque de contamination au détriment d'une prise en charge globale de l'accouchement. La pandémie semble ainsi avoir renforcé le modèle technocratique de l'accouchement décrit par Robbie Davis-Floyd [5], avec un corps médical, au sein des maternités, qui laisse peu d'autonomie et de pouvoir aux femmes. En effet, la variabilité des protocoles, pratiques et règles montre le fondement plus politique et culturel que scientifique des restrictions. Une autre organisation était d'ailleurs possible, conformément à ce qui a été observé dans les maisons de naissance [3].

S'intéresser à l'accouchement pendant la pandémie montre bien que dans une société donnée, d'autant plus en temps de crise, la façon dont la reproduction est encadrée et gérée révèle les normes de genre et, ici, l'essentialisation de la maternité, l'hétéronormativité de la famille, la division genrée du travail de soins ainsi que le biopouvoir sur les corps qui accouchent. •