

**Quagliariello C., 2017, Ces hommes qui accouchent avec nous. La pratique de l'accouchement naturel à l'aune du genre, *Nouvelles Questions Féministes*, 36(1), 82-97.**

**« Ces hommes qui accouchent avec nous ».**

**La pratique de l'accouchement naturel à l'aune du genre**

**Chiara Quagliariello**

En 1982 paraissait le livre *Ces hommes qui nous accouchent*, de Marie-José Jaubert, sur l'appropriation par les hommes de la gestion de l'accouchement, événement autrefois associé à un univers exclusivement féminin. En 1973, Barbara Ehrenreich et Deirdre English avaient mis en lumière les étapes chronologiques de ce phénomène, qui a commencé au XVI<sup>e</sup> siècle et s'est affirmé aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles, avant que la gestion de l'accouchement soit officiellement déléguée à la figure du gynécologue au cours du XX<sup>e</sup> siècle. À partir des années 1980, la critique de l'hégémonie des gynécologues, professionnel·le·s souvent de sexe masculin, apparaît de façon récurrente dans la littérature féministe et dans le débat en sciences sociales. Plusieurs ouvrages soulignent que les femmes – la catégorie recouvre les sages-femmes et les parturientes – ont été poussées vers les marges de la gestion de l'accouchement. Avec la médicalisation croissante de l'accouchement, les sages-femmes se sont retrouvées à jouer un rôle complémentaire de celui des gynécologues. Quant aux parturientes, elles sont peu à peu passées à un rôle de patientes, puis de spectatrices du travail que les gynécologues effectuent sur leur corps (Oakley, 1980 ; Martin, 1987).

L'ouvrage de Jaubert présente la particularité de souligner que le système de domination masculine n'est pas seulement lié à la médicalisation de l'accouchement. Ce système englobe les hiérarchies entre catégories professionnelles, la relation médecin-patient, mais aussi les modèles d'accouchement alternatifs qui combattent la médicalisation, comme l'accouchement dit naturel. À y regarder de plus près, ce modèle d'accouchement – célébré par une partie du mouvement féministe comme une « solution » pour remettre les femmes et les sages-femmes au cœur de l'événement (Descarries et Corbeil, 1994 ; Descarries, 2002 ; Thébaud, 2007) – n'est pas exempt des asymétries liées aux rapports sociaux de sexe, lesquelles deviennent perceptibles quand on s'intéresse à qui décide pour qui. Selon Jaubert, cette donnée est confirmée par trois éléments. En premier lieu, malgré la participation de gynécologues femmes au mouvement de démedicalisation de la naissance, le modèle de l'accouchement naturel fut essentiellement pensé et proposé aux parturientes par des gynécologues hommes. Parmi eux, on trouve le docteur Ferdinand Lamaze, inventeur de la méthode de la psychoprophylaxie pour une gestion non médicalisée de la douleur (Vuille, 2005 ; Michaels, 2014) ; le docteur Frédérick Leboyer (1974), promoteur de la naissance sans violence et de l'allaitement au sein ; le docteur Michel Odent (1983), inventeur de la « salle

sauvage » à la maternité de Pithiviers, où les femmes pouvaient accoucher dans la position de leur choix, sans aucune intervention de la part des médecins. En second lieu, la mise en pratique de ce modèle promu par des hommes est advenue grâce à l'intervention de figures féminines, telles que les sages-femmes. Par contre, les modèles que les sages-femmes privilégiaient et cherchaient à promouvoir, comme l'accouchement à domicile, n'ont pas rencontré le même succès en Europe (Akrich, 1996 ; Morel, 2016) – à quelques exceptions près, comme aux Pays-Bas. Enfin, les éléments constitutifs de l'accouchement naturel placent les femmes dans des conditions de subordination aux conseils des gynécologues. Dans l'accouchement médicalisé, on propose aux femmes de rester alitées et immobiles, sous le contrôle d'appareils électroniques qui dictent les interventions à effectuer. À l'inverse, dans l'accouchement naturel, on conseille aux femmes d'affronter le travail sans aucune intervention médicale, car, selon les pères fondateurs de ce modèle, une bonne mère, ou une mère qui tient à ses enfants, essaie plusieurs positions avant de demander l'aide des médecins, endure la douleur de l'accouchement et allaite ses enfants dès leur naissance. Béatrice Jacques (2007) a montré que les femmes vivent souvent ces conseils comme des « obligations » auxquelles il est difficile de se soustraire. En fin de compte, tout comme dans l'accouchement médicalisé, ce ne sont pas les femmes qui décident ce qui est le mieux pour elles et pour le fœtus puis l'être qu'elles mettent au monde : la construction de leurs choix pendant l'accouchement repose essentiellement sur le point de vue des gynécologues.

La littérature féministe et les sciences sociales ont étudié les différentes déclinaisons du rapport de domination expérimenté par les femmes pendant l'assistance à l'accouchement. Ces analyses se concentrent notamment sur la situation en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest. L'étude de la violence symbolique résidant dans la soumission des femmes aux discours des médecins a mené à l'étude de la violence obstétricale produite par l'interventionnisme médical durant l'accouchement. Le nombre croissant d'épisiotomies et de césariennes effectuées en l'absence d'un besoin clinique avéré est emblématique à cet égard. En revanche, les dynamiques liées à la présence d'une autre figure masculine pendant l'accouchement – telle que celle du conjoint – ont moins été étudiées dans les sciences sociales (Charrier et Clavandier, 2014). De même, à la différence de la présence des gynécologues, celle de plus en plus fréquente des conjoints n'a pas fait l'objet de critiques importantes dans la littérature féministe, qui l'interprète la plupart du temps de façon positive. Le phénomène – inexistant jusqu'aux années 1960, c'est-à-dire tant que la maternité était perçue socialement comme une expérience strictement féminine (Knibiehler, 1997) – a été surtout analysé en vertu d'une approche égalitariste ou fondée sur la valorisation de l'idée de maternité comme expérience partagée avec les conjoints. La tendance à voir d'un bon œil l'arrivée des conjoints sur le terrain de la maternité s'explique par au moins deux facteurs provenant de l'idéologie de

l'égalité. D'une part, l'implication des conjoints durant l'accouchement, mais aussi durant la grossesse et l'allaitement, met en lumière les limites du lien historique établi entre reproduction et nature des femmes (Guillaumin, 1978 ; Badinter, 2010), selon lequel les femmes auraient en elles toutes les ressources pour mener à bien leur accouchement, de la même façon que les autres mammifères. Le fait d'envisager la naissance comme un parcours auquel les hommes participent autant que les femmes éloigne le risque d'une vision essentialiste associée à l'expérience de maternité (Quagliariello et Ruault, à paraître). D'autre part, l'entrée officielle des conjoints dans cette expérience permet d'en répartir la charge entre les deux membres du couple, soulageant ainsi les femmes (Rich, 1976).

Cet article se place d'un autre point de vue pour analyser l'implication croissante des conjoints dans le parcours procréatif. À travers une étude de cas sur l'accouchement naturel en Italie, il s'agira de montrer que la valorisation du rôle des conjoints pendant l'accouchement et pendant le parcours reproductif recèle des dynamiques qui désavantagent les protagonistes principales de cet événement : les femmes.

## **Matériaux et méthodes**

Mes analyses se basent sur les données d'une recherche<sup>1</sup> récoltées entre 2006 et 2012 en Italie, dans le service d'obstétrique et de gynécologie de Poggibonsi (province de Sienne, Toscane). Ce service fut pionnier lorsqu'en 1984 il adopta le modèle de l'accouchement naturel, dans le sillage des expériences réalisées quelques années auparavant par le docteur Lorenzo Braibanti, père fondateur de ce modèle en Italie. Afin d'étudier les caractéristiques de l'accouchement naturel pour les femmes et les couples assistés à Poggibonsi, j'ai employé plusieurs méthodologies propres à la recherche qualitative. La première a été celle de l'observation directe. Cette dernière, qui s'est répétée plusieurs fois sur une période de sept ans, concernait les cours de préparation à l'accouchement, les rendez-vous de suivi durant la grossesse, les échographies et les premiers jours de la phase post-partum. Elle s'est déroulée dans les cabinets de consultation, les salles d'attente, les couloirs du service et, durant les heures suivant l'accouchement, dans les chambres d'accouchement naturel<sup>2</sup>. Le travail d'observation s'est doublé d'entretiens semi-directifs avec le personnel hospitalier, les femmes et leur conjoint. J'ai conduit 20 entretiens avec le personnel hospitalier : 10

---

<sup>1</sup> J'ai mené cette recherche pour la thèse "Modèles de naissance et de natures en conflit. Les Sénégalaises en exil face à l'hôpital moderne" que j'ai soutenu le 4 décembre 2013.

<sup>2</sup> Le choix de ne pas faire d'observation directe pendant l'accouchement était dû à la fois à des raisons pratiques – difficulté pour obtenir l'autorisation de l'hôpital d'accompagner les couples sans jouer un rôle sanitaire – et éthiques – respect de l'intimité des couples qui participaient à la recherche. Le travail d'observation dans la phase post-partum concernait les deux ou trois jours qui suivaient l'accouchement, tant que les femmes ou les couples étaient encore dans l'hôpital. L'analyse de ce qui se passe en dehors de l'hôpital durant les premières semaines et les premiers mois après l'accouchement n'était pas l'objet de ma recherche.

avec des sages-femmes, 6 avec des gynécologues et 4 avec des infirmiers. 65 entretiens au total ont eu lieu avec des femmes et des couples : 35 avec des femmes seules durant l'entretien<sup>3</sup> (15 avec des femmes italiennes et 20 avec des femmes immigrées) et 30 avec des couples (15 avec des couples italiens<sup>4</sup> et 15 avec des couples immigrés). Dans les entretiens avec les couples, les deux membres ont été interrogé·e·s en deux temps, d'abord ensemble puis séparément ; ma recherche étant centrée avant sur le point de vue des femmes, sur leur expérience de la maternité dans un contexte où les conjoints participent davantage au processus procréatif, je voulais voir ainsi si leurs discours étaient les mêmes lorsqu'elles étaient interviewées seules et en présence de leur partenaire. Au sein de la population immigrée, une attention particulière a été portée aux femmes et aux couples sénégalais (Quagliariello, 2013). Enfin, la recherche comprenait la consultation et l'analyse des archives mises à disposition par le personnel hospitalier : registres hospitaliers, photos et vidéos des années 1980 à nos jours<sup>5</sup>.

La première partie de l'article est dédiée au rôle des conjoints dans le modèle de l'accouchement naturel à Poggibonsi. L'analyse se concentre sur les caractéristiques de ce rôle avant, pendant et après l'accouchement. La deuxième partie montre que l'importance croissante donnée aux conjoints peut conduire à certains glissements contradictoires, dont (1) la dévalorisation du travail procréatif mené par les femmes – un travail à la fois physique, psychologique et émotif –, jusqu'à aboutir à une nouvelle dépendance à l'égard des hommes ; et (2) la cristallisation de nouvelles attentes de la part du personnel hospitalier vis-à-vis des femmes, si bien que l'absence des conjoints est parfois perçue comme une lacune ou une déviance par rapport à la norme.

### **Les conjoints dans le modèle de l'accouchement naturel : une présence nécessaire**

Bien qu'aujourd'hui les conjoints assistent à tous les types d'accouchement, de l'accouchement vaginal sans intervention médicale à l'accouchement sans douleur avec anesthésie péridurale ou à l'accouchement par césarienne, leur rôle change d'un modèle à l'autre. Ma recherche a démontré que le rôle des conjoints dans l'accouchement naturel présente deux caractéristiques en particulier. La première réside dans le fait que, à la différence de l'accouchement médicalisé, où leur présence ne contribue qu'en partie à la définition du modèle, cette présence est un élément constitutif du modèle de l'accouchement naturel. Cela apparaît clairement dans les propos d'Eleonora, sage-femme à la maternité de Poggibonsi depuis 1987 :

---

<sup>3</sup> La catégorie englobe à la fois les femmes qui, pour diverses raisons, ont vécu l'expérience de maternité sans conjoint et les femmes qui ont vécu cette expérience avec leur conjoint mais qui ont choisi de participer seules aux entretiens. Je signale en particulier que toutes les Sénégalaises qui étaient seules durant l'entretien ont vécu l'expérience de la maternité avec un conjoint sénégalais résidant en Italie.

<sup>4</sup> Parmi les couples italiens, 13 étaient des couples hétérosexuels et 2 des couples lesbiens.

<sup>5</sup> Par le biais des archives, j'ai pu reconstruire les évolutions du service de Poggibonsi, telles que le passage d'une à deux chambres d'accouchement naturel entre les années 1980 et 2000.

*L'accouchement naturel est une expérience caractérisée par la présence de certains éléments et par l'absence d'autres éléments. Pour qu'on puisse parler d'accouchement naturel, il doit y avoir un espace accueillant qui ne ressemble pas à une chambre d'hôpital. Dans cette chambre, il doit y avoir une série d'outils permettant aux femmes de trouver la position qui leur convient : un tabouret hollandais pour accoucher assise, des cordes pour accoucher accroupie, une baignoire pour accoucher dans l'eau, des coussins pour accoucher par terre. On se bat contre les interventions médicales et le recours aux médicaments. Un autre phénomène à éviter est que les femmes accouchent toutes seules, rien qu'avec le personnel de l'hôpital. La présence des conjoints fait partie des « ingrédients » de l'accouchement naturel. Quand ils n'y sont pas, l'accouchement n'est naturel que dans une certaine mesure (Eleonora, 47 ans, sage-femme)<sup>6</sup>.*

La présence des conjoints comme élément constitutif de l'accouchement naturel émerge également des données statistiques recueillies à la maternité. Elles indiquent que la participation des hommes aux accouchements naturels est passée de 70 % en 1984 à 83 % à la fin des années 1990, jusqu'à arriver à 94 % dans les années 2000. Cette tendance montre l'ampleur du phénomène, mais aussi que l'idée de nature associée à l'expérience de l'accouchement ne coïncide qu'en partie avec la dimension biologique de l'événement procréatif. Ainsi que différentes auteures l'ont indiqué (MacDonald, 2006 ; Mansfield, 2008 ; Maffi, 2013), le concept de nature auquel l'accouchement naturel est référé est très vaste et ne cesse d'évoluer avec le temps. D'ailleurs, ma recherche a montré que si certains éléments historiquement associés à l'idée de nature, dans ce modèle de naissance, se sont peu à peu affaiblis – on en trouve un exemple avec l'acceptation progressive de l'épisiotomie et d'autres interventions médicales pendant le déroulement de l'accouchement naturel –, d'autres se sont renforcés. C'est le cas de la présence des conjoints, qui est l'une des dimensions du dépassement officiel du lien historique entre le domaine de la nature et l'univers féminin (Ortner, 1974).

Une autre caractéristique du modèle de l'accouchement naturel réside dans le fait que les conjoints sont perçus comme des figures actives, et non pas comme de simples accompagnateurs aux côtés des femmes. La reconnaissance des conjoints comme protagonistes du processus procréatif au même titre que les femmes se manifeste dans les propos des hommes interrogés, ainsi que dans la façon dont le personnel hospitalier se comporte avec eux. Selon les résultats de mon enquête, les conjoints se sentent et se comportent d'eux-mêmes comme des co-protagonistes du processus procréatif, mais le personnel hospitalier construit aussi ce rôle pour eux. Ces dynamiques s'alimentent réciproquement. D'une part, les hommes demandent à participer à la mise au monde

---

<sup>6</sup> Tous les extraits insérés dans l'article sont traduits par mes soins. Par respect de la vie privée des personnes ayant participé à l'enquête, tous les noms ont été changés.

des enfants. Cette demande est un phénomène socialement situé, elle émane avant tout d'hommes issus des classes moyennes supérieures ou des classes élevées : dans ma recherche, tous étaient diplômés et exerçaient des activités bien rémunérées (managers, ingénieurs, cadres d'entreprise, avocats, médecins, architectes, etc.). D'autre part, le personnel hospitalier s'attache à leur suggérer une série de parcours et de pratiques répondant à cette demande pendant le moment de l'accouchement, mais aussi durant les phases qui le précèdent et qui le suivent.

### *Durant la phase de la grossesse*

Durant la période de la grossesse, les couples se préparent à l'arrivée de leur futur enfant. Ces mois sont ceux des échographies prénatales – la majeure partie des hommes questionnés essaient de se libérer de leurs activités professionnelles pour être présents à ces rendez-vous –, mais aussi de la construction d'une relation entre le couple et l'enfant à venir. Cet aspect s'intensifie à partir du cinquième ou du sixième mois, lorsque les mouvements du fœtus dans le ventre maternel deviennent perceptibles. Souvent vécu comme un déclic par les hommes, ce moment marque le début d'un investissement quotidien dans un dialogue avec le fœtus. Maurizio, père de Mattia, né à Poggibonsi en 2011, raconte : « Pour moi, tout a changé quand j'ai senti le bébé bouger. Je me suis mis à l'imaginer en train de grandir dans le ventre de ma femme et j'ai éprouvé le besoin de créer moi aussi une relation avec l'enfant. » (Maurizio, 35 ans, cadre d'entreprise). Les futurs pères développent différentes stratégies pour entrer en contact avec l'enfant à venir. Certains passent beaucoup de temps à caresser le ventre maternel, attendant une réaction du fœtus. D'autres lui racontent des histoires à voix haute. D'autres leur chantent des chansons pour les faire réagir. Le contact quotidien avec le fœtus aide donc les futurs pères à se sentir déjà pères.

L'investissement dans le rôle paternel (Truc, 2006) passe également par une série de pratiques visant à se préparer concrètement à l'arrivée du bébé. Bien qu'elles changent d'une personne à l'autre, elles présentent des points communs. Le premier réside dans les lectures des « classiques » de l'accouchement naturel – comme la célèbre œuvre *Pour une naissance sans violence* de Frédérick Leboyer (1974) –, souvent accompagnées d'une recherche d'informations sur internet, très répandue chez les hommes questionnés : groupes Facebook, forums et sites d'autres pères qui ont vécu l'expérience de l'accouchement naturel. Par le biais de ces échanges, ils enrichissent leur bagage de connaissances sur la douleur de l'accouchement, les positions de l'accouchement, les avantages de l'allaitement au sein, etc. Dans 90 % des cas, les recherches sur internet et la lecture de textes sur l'accouchement naturel sont des moments partagés avec les femmes.

À côté de ce parcours d'approfondissement théorique, les hommes se préparent à la naissance du bébé en participant aux cours prénataux organisés par le personnel de l'hôpital de Poggibonsi.

Ceux-ci se présentent sous la forme de huit rencontres étalées sur un mois environ : deux avec les sages-femmes, deux avec les gynécologues, deux avec les pédiatres et deux avec la psychologue. Le personnel précise que les conjoints sont invités à participer à ces rencontres aux côtés des femmes, ce qu'ils font dans plus de 60 % des cas. La maternité propose également deux rencontres supplémentaires – l'une avec les sages-femmes, l'autre avec la psychologue – spécifiquement dédiées aux conjoints. Celle avec la psychologue vise à vérifier le niveau d'investissement des hommes dans le rôle parental. Celle avec les sages-femmes, quant à elle, sert à indiquer aux conjoints de quelle manière ils peuvent se rendre utiles pendant l'accouchement et dans la phase post-partum. Elles leur montrent, par exemple, différentes techniques pour aider les femmes pendant le travail (comment les soutenir, comment les aider à se déplacer, etc.), ainsi que les exercices à faire ensemble à la maison pour s'entraîner à ce travail d'équipe.

Certains hommes ajoutent à ce parcours un entraînement payant, qui prend la forme de cours de yoga, de respiration ou de gymnastique prénatale. Dans la plupart des cas, ces activités se déroulent en compagnie des femmes pendant les deux ou trois derniers mois avant l'accouchement, auquel « il faut arriver avec le corps et l'esprit préparés », selon les propos de différents conjoints. L'ensemble des éléments mentionnés jusqu'ici souligne combien l'appartenance de classe ainsi que l'origine étrangère jouent un rôle important dans la préparation des pères à l'accouchement naturel (lire, assister aux cours, etc.). Les résultats de ma recherche montrent que cette préparation ne voit pas la participation des pères immigrés et elle n'est pas accessible à toutes les catégories sociales : elle demande un certain capital culturel et exige une large disponibilité de temps et d'argent à investir à cet effet.

#### *Au moment de l'accouchement*

L'accouchement naturel se caractérise par la présence des conjoints durant tout le séjour à l'hôpital, de l'arrivée jusqu'à la sortie, quarante-huit heures ou soixante-douze heures après l'accouchement. Leur participation concerne aussi les heures de travail – et non pas la seule phase d'expulsion, comme dans les accouchements médicalisés. Pendant ce moment, qui peut durer une journée entière, les conjoints ne quittent jamais les femmes et leur portent une assistance continue. Cette assistance – assurée par le personnel d'obstétrique dans les autres modèles de naissance – est favorisée par l'ameublement de la chambre de l'accouchement naturel, qui comprend un lit double où les couples peuvent rester ensemble vingt-quatre heures sur vingt-quatre. La présence des hommes aux côtés de leur compagne se traduit avant tout par une aide technique. Il peut s'agir du monitoring du rythme cardiaque fœtal, effectué à la place des sages-femmes grâce à des ceintures fournies par le personnel hospitalier et reliées à un écran où apparaissent les rythmes cardiaques de

la femme et de l'enfant à naître. Par le biais de la même technologie, les hommes contrôlent l'espace entre les contractions à la place des sages-femmes, à qui ils transmettent régulièrement les relevés.

Par ailleurs, presque tous fournissent un soutien physique aux femmes. La recherche de la meilleure position dans laquelle accoucher s'accompagne de la mise en pratique des techniques apprises durant les cours de préparation à l'accouchement. Dans le passage d'une position à l'autre, les hommes se substituent aux outils présents dans la chambre : dans les positions accroupies et assises, nombre d'entre eux soutiennent les femmes par derrière, servant de support auquel elles peuvent s'agripper. L'implication physique des conjoints pendant l'accouchement peut prendre d'autres formes : ils respirent en même temps que les femmes, entrent dans la baignoire en même temps qu'elles. La construction d'une symbiose entre deux corps qui participent ensemble à la naissance d'une nouvelle vie advient à travers la recherche d'un mimétisme harmonieux – les hommes font la même chose que les femmes –, mais aussi d'un équilibre fondé sur la complémentarité. Par exemple, les hommes massent la zone lombaire des femmes lorsqu'elles se reposent entre deux contractions.

Enfin, les conjoints ont un rôle de soutien psychologique. Ils encouragent les femmes par un langage à la fois verbal et non verbal : mots, regards, sourires et caresses pour essayer de les reconforter. Dans plusieurs cas, les conjoints ont tenté de détourner l'attention des femmes de la douleur en les divertissant avec des activités visant à les détendre, en leur faisant par exemple écouter de la musique sur la chaîne hifi présente dans la chambre. S'il y a des complications, la femme et l'homme prennent la décision de concert, et les hommes suivent leur compagne dans les autres salles d'accouchement de la maternité ou au bloc opératoire si une césarienne est requise<sup>7</sup>.

Dès lors, il apparaît de façon évidente que les hommes ne sont pas vus et ne se voient pas comme les spectateurs d'un événement auquel leur participation serait facultative ou partielle. Au contraire, ils ont le sentiment de contribuer pleinement à la réalisation de l'événement en le vivant et en le « faisant » avec les femmes. Ainsi, à la fin de l'accouchement, nombre d'entre eux se disent à la fois contents et fatigués par cette expérience, comme le montre le témoignage de Gianni : « Quand Giada est née, j'ai éprouvé une satisfaction énorme, comme si c'était moi qui avais accouché. Avec Marisa, on était épuisés. Mais malgré l'épreuve physique et mentale, ça en valait vraiment la peine ! » (Gianni, 41 ans, avocat).

---

<sup>7</sup> La maternité de Poggibonsi comprend deux chambres d'accouchement naturel, mais aussi deux chambres pour l'accouchement médicalisé et un bloc opératoire pour l'accouchement par césarienne. Les femmes qui ont choisi l'accouchement naturel peuvent retourner dans la chambre d'accouchement naturel dans la phase post-partum, même si l'accouchement s'est fait par césarienne.

### *Durant la phase post-partum*

Les hommes continuent de collaborer après l'accouchement. Dans les minutes qui suivent la naissance, leur première tâche est de couper le cordon ombilical (Memmi, 2014). Ce geste met symboliquement un terme au lien physique exclusif entre la mère et l'enfant et marque le début de l'implication directe des hommes dans les soins délivrés aux nouveaux-né·e·s. Ainsi, aidés par les infirmier·e·s, ils leur donnent le premier bain. La pratique défendue par le modèle de l'accouchement naturel, qui consiste à garder les enfants dans le même environnement que leurs parents plutôt que de les transférer à la nurserie, permet également aux pères de s'occuper des bébés nuit et jour, sans être limités par les horaires de visite. En parallèle des activités confiées aux conjoints par les sages-femmes (application de collyre aux nouveaux-né·e·s, prise de la température, pesée), la construction d'une relation intime avec les bébés advient à travers la pratique du *bonding*, conseillée non seulement aux mères mais aussi aux pères. Il s'agit d'un contact prolongé « peau à peau » entre parents et enfants durant les premiers jours de vie, au début de l'allaitement au sein.

### **L'accouchement naturel : une expérience dont le succès dépend des hommes ?**

L'importance croissante attribuée au rôle des conjoints dans l'accouchement naturel entraîne toute une série d'effets collatéraux qui méritent réflexion. Nombreuses sont les femmes qui insistent sur la valeur du choix qu'a fait leur conjoint en se préparant à la naissance de leur futur enfant. Il émerge de leurs témoignages que la préparation à l'accouchement est une expérience qui ne concerne pas qu'elles et leur corps, mais les deux membres du couple, et que l'investissement à deux porte ses fruits au moment de l'accouchement :

*Pendant la grossesse, mon mari a fait le maximum pour venir avec moi aux cours organisés à l'hôpital. Quand on rentrait à la maison, on notait sur un cahier les informations que les sages-femmes nous avaient données. Les dernières semaines, on s'est entraîné ensemble : je me mettais dans une position et, lui, il essayait de voir comment il pouvait me soutenir. On a fait pas mal d'exercices pour synchroniser notre respiration. Quand j'ai accouché, il savait quoi faire dès qu'il voyait que j'étais en difficulté. Il doit être plus difficile de trouver cette entente si on ne se prépare pas ensemble (Cristina, 36 ans, enseignante au collège).*

### *Quand la participation du conjoint supplante le travail des femmes*

La description de la participation des hommes comme une aide fondamentale durant l'accouchement révèle le sentiment de gratitude que les femmes éprouvent vis-à-vis de leur

conjoint. Cette gratitude s'est exprimée autant dans les entretiens où elles étaient seules que dans ceux réalisés en présence de leur conjoint. En général, leurs discours sur les hommes n'étaient pas moins élogieux lorsqu'elles étaient interviewées seules. Dans certains cas, l'importance attribuée au soutien du compagnon est telle que ce soutien est plus perçu comme la condition même de la réalisation de l'accouchement naturel que comme une contribution au succès de l'entreprise, qui relève pourtant d'abord du travail des femmes. Pour certaines d'entre elles, c'est surtout grâce à l'aide des conjoints que tout ce qui a été fait a été possible. Sans leur implication, elles auraient vécu la grossesse différemment et auraient demandé plus d'interventions médicales au moment de l'accouchement. D'ailleurs, certaines, comme Maria, n'auraient pas choisi un accouchement naturel :

*Au début, on ne savait pas vers quel type d'accouchement on voulait s'orienter. C'est surtout Andrea qui a insisté pour l'accouchement naturel. Sans son soutien, je ne crois pas que j'aurais réussi à accoucher de façon non médicalisée. Chaque fois que j'avais un moment de doute, il me disait qu'on pouvait y arriver. Pendant l'accouchement, on a tout fait ensemble du début jusqu'à la fin. Chaque fois que je croisais son regard, je faisais le plein d'énergie. C'est comme ça qu'on a réussi à tenir jusqu'au bout sans intervention médicale. Sa présence a vraiment été indispensable, même après l'accouchement. Chaque fois que la petite pleurait, on essayait de comprendre ensemble pourquoi, si c'était parce qu'il fallait l'allaiter (Maria, 39 ans, entrepreneure).*

L'utilisation fréquente de la première personne du pluriel ou du « on » dans les témoignages des femmes est représentative de l'idée que les femmes ne sont pas les seules à vivre l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Il est indéniable que, pour certaines femmes, la participation des conjoints accroît la qualité de l'expérience sur le plan psychologique, mais aussi physique ; les promoteurs de l'accouchement naturel ont d'ailleurs souvent affirmé que la présence des conjoints – si elle est désirée par les femmes – peut contribuer à la production d'endorphines et d'ocytocine, les deux hormones dont dépend l'efficacité des contractions pendant l'accouchement (Odent, 1983). Cependant, les narrations des accouchements tendent à relativiser, voire à minimiser, le travail individuel effectivement mené en premier lieu par les femmes dans le processus procréatif. L'emploi du « nous » à la place du « je » dans les témoignages féminins reflète cette tendance, dans laquelle l'importance attribuée au rôle des hommes conduit à une maigre prise en compte de l'asymétrie matérielle constitutive de l'accouchement et du processus procréatif. L'accent mis par les femmes sur la dimension de couple – sphère autant nourrie par les discours que par les pratiques partagées avec leur conjoint – débouche souvent sur l'oubli de leur propre rôle, pourtant primordial, dans le travail procréatif (Tabet, 1985). Certes, les hommes peuvent participer à la grossesse et à

l'accouchement, souffrir avec leur conjointe – ce dont témoigne, en d'autres lieux et en d'autres temps, la pratique de la « couvade » (Malinowski, 1948) – et s'impliquer dans les soins au nouveau-né-e. Néanmoins, ce sont les femmes qui vivent physiquement la grossesse et affrontent les conséquences, voire les séquelles, du processus biologique : les douleurs, les cicatrices (césarienne, épisiotomies, points de suture), les marques corporelles (vergetures, changement et reprise de poids), les maux de l'allaitement au sein (crevasses du mamelon, mastite), les diverses formes de rééducation corporelle (rééducation abdominale, rééducation périnéale). Le conjoint, quant à lui, n'a à souffrir d'aucune conséquence corporelle. Cela vaut également pour le respect des prescriptions médicales et les formes d'autodiscipline liées à l'expérience procréative (interdictions alimentaires, interdiction de consommer de l'alcool, etc.), nécessaires pour être considérée comme une bonne mère : on ne demande pas aux hommes d'appliquer ces règles pour être de bons pères. Il importe donc de souligner que l'un des risques principaux liés à l'idéalisation du couple, caractéristique de l'accouchement naturel, consiste dans le fait que les femmes ne reconnaissent plus leur réussite personnelle, et en attribuent le mérite et la valeur à ce que les hommes ont fait pour elles et à ce qu'elles ont fait avec les hommes.

#### *La dimension de couple : une nouvelle obligation pour les femmes*

L'affirmation selon laquelle le processus procréatif est une expérience qui se fait « à deux » se traduit également par la cristallisation de certaines attentes à l'égard des femmes. La participation des hommes à toutes les phases apparaît souvent comme une évidence pour le personnel hospitalier dans le service enquêté. Il en résulte que lorsque les conjoints sont absents, on interroge systématiquement les femmes sur les raisons de cette absence. La situation s'est répétée plusieurs fois lors de ma recherche, avec des femmes qui, pour des raisons diverses, ont géré leur grossesse toutes seules. Certaines, comme Cinzia, ont perdu leur compagnon ; d'autres, comme Cristina, ont été victimes de violences et ne sont plus en contact avec le père de l'enfant ; ou bien, comme Paola, elles se sont séparées du père pendant la grossesse ; ou encore, comme Alessandra, elles sont allées à l'étranger pour bénéficier de la procréation assistée par fécondation avec donneur extérieur, ce qui n'est pas possible en Italie pour les femmes célibataires<sup>8</sup>. Dans la plupart de ces cas, les femmes se présentent seules aux consultations prénatales et aux échographies. Et nombre d'entre elles préfèrent accoucher seules dans la chambre d'accouchement naturel, sans être accompagnées par leur mère, leur sœur ou leurs amies qui les attendent dehors. Pour les femmes qui ont perdu leur conjoint, ou qui ont été abandonnées par ce dernier, une assistance psychologique spécifique est

---

<sup>8</sup> Les techniques de reproduction assistée sont réglementées en Italie par la loi n° 40 de 2004. La possibilité de recourir à la fécondation avec un donneur extérieur a été autorisée en 2015, mais uniquement pour les couples hétérosexuels mariés ou en concubinage depuis plus de cinq ans.

mise en place avant et après l'accouchement. Pour les autres, le personnel hospitalier décrit l'absence des hommes comme un manque, voire comme un problème, qui peut avoir des incidences négatives sur l'expérience de maternité. C'est notamment le cas dans les situations où les femmes sont actrices – et non pas victimes – de la manière dont se déroule leur expérience de maternité. Souvent, les sages-femmes et les gynécologues jugent alors « individualistes » ou « moralement discutables » la décision de quitter leur conjoint pendant la grossesse, ou celle de faire un enfant sans avoir un compagnon fixe. Selon elles et eux, les femmes ne pensent pas au bien-être de leur enfant quand elles font ce type de choix. Ainsi, Caterina, sage-femme à Poggibonsi depuis 1994, affirme-t-elle :

*L'absence d'une figure masculine pendant la grossesse et au moment de l'accouchement peut avoir des retombées négatives non seulement sur les femmes, mais aussi sur le bien-être de l'enfant. S'il faut deux personnes pour faire un enfant, ce n'est pas pour rien. Les enfants ont besoin de sentir la présence du père quand ils sont dans le ventre maternel et au moment de leur naissance. C'est à ces moments que l'« imprégnation » advient, c'est-à-dire la formation de la personnalité et de l'équilibre général de l'enfant. L'absence du père ou la relation exclusive avec la mère peuvent avoir un effet négatif dans ce processus (Caterina, 37 ans, sage-femme).*

Le lien établi par les professionnel-le-s entre l'absence d'une figure masculine et les risques pour le bien-être de l'enfant conduit souvent à une culpabilisation des femmes qui choisissent de vivre l'expérience de la grossesse et de l'accouchement sans le père de l'enfant (Garcia, 2011). C'est ce qui émerge du témoignage de Paola :

*Chaque fois que les sages-femmes me demandaient comment ça se faisait que le père de la petite ne soit pas là, je me sentais mal à l'aise. J'ai même fini par arrêter d'aller aux rendez-vous. On me répétait tout le temps qu'il était souhaitable que je me rapproche de mon compagnon pour le bien-être de l'enfant, et avec ces discours je me sentais une mauvaise mère (Paola, 39 ans, architecte).*

Si ces expériences individuelles soulèvent des problématiques d'une grande ampleur, elles représentent toutefois des phénomènes marginaux dans ma recherche, où la plupart des femmes ont choisi de partager le parcours procréatif avec leur conjoint. Elles ont généralement décrit ce partage comme un moyen de construire un rapport de genre plus égalitaire – ce qui n'empêche pas que certaines situations contredisent ce point de vue. Un groupe de femmes qui se rendent habituellement à la maternité sans leur conjoint est celui des immigrées, dont les Sénégalaises. Dans ce cas, le personnel hospitalier interprète principalement l'absence des hommes comme un témoignage de la maigre valorisation des femmes dans les mariages polygames, fréquents chez les

immigrés sénégalais. Selon les sages-femmes, l'absence des hommes sénégalais témoignerait de leur peu d'affection pour leur conjointe, ou bien d'une mentalité moins moderne que celle des couples italiens. Cette interprétation négative du comportement des Sénégalais relève d'un racisme ordinaire, mais aussi du sexisme, car elle ne prend pas en considération que, bien souvent, l'absence des hommes résulte d'un choix conscient de la part des femmes. En effet, il apparaît dans les entretiens menés avec les immigrées sénégalaises que nombre d'entre elles préfèrent que leur mari soit absent durant les consultations prénatales, et encore plus durant l'accouchement. Selon elles, le processus procréatif ne concerne que l'univers féminin, d'où leur choix d'accoucher seules et de partager la grossesse et le post-partum entre femmes, qui sont généralement d'autres femmes de la communauté présentes en Italie et des femmes de la famille restées au Sénégal, impliquées à distance grâce aux technologies de communication (Skype, Facebook, etc.).

Une dernière situation prête à réflexion. Il s'agit de celle des couples lesbiens (Cadoret, 2002 ; Descoutures, 2010), où la conjointe accompagne la parturiente mais n'est pas reconnue comme telle car elle n'est pas de sexe masculin. Selon l'idéologie du lieu, un « bon » accouchement requiert la présence d'un couple. Cependant, le personnel médical ne reconnaît pas cette condition pour les couples lesbiens ou l'oublie à chaque fois que le couple concerné revient à l'hôpital. Cela apparaît dans l'histoire d'Anna, enceinte à la suite d'une fécondation assistée avec donneur extérieur effectuée en Espagne, au terme d'un parcours coûteux d'un point de vue économique et émotionnel. La difficulté à faire reconnaître sa relation avec Elena, sa compagne, est apparue à diverses reprises durant sa fréquentation de la maternité. Bien que les deux femmes aient expliqué plusieurs fois leur situation au personnel hospitalier, chaque fois qu'une nouvelle infirmière ou une nouvelle sage-femme venait, elle demandait à Anna où était son conjoint. Cette question qui les obligeait à légitimer constamment l'absence d'une figure masculine pendant les consultations prénatales, mais aussi durant le déroulement de leur accouchement, a été une source de souffrance pour toutes deux. Selon Maurice Godelier (2007), la multiplication des pratiques qui insistent sur la dimension de couple dans les modèles de naissance contemporains va de pair avec le renforcement de l'idée selon laquelle l'accouchement – comme la conception d'un enfant – est une expérience dans laquelle la branche maternelle et la branche paternelle ont la même importance. Comme l'illustre l'histoire d'Anna et Elena, c'est ainsi que la reproduction de la complémentarité masculin/féminin prévaut, y compris dans les modèles de naissance non conventionnels. Cette complémentarité est mise en scène par une série d'attentes implicites qui, plutôt qu'un dépassement de ce que la nature impose au niveau biologique (Strathern, 1992), proposent une réitération de la dimension hétéronormative des rapports de couple et de genre.

## Considérations finales

L'implication des hommes aux côtés des femmes avant, pendant et après l'accouchement est généralement décrite de façon positive par les études en sciences sociales et dans la littérature féministe. Selon cette lecture, l'intégration des conjoints dans un événement dont ils étaient traditionnellement exclus découle d'une volonté des femmes revendiquée au nom d'idéaux spécifiques, tels que le soulagement des futures mères d'une partie du travail procréatif, ou encore une nouvelle division du travail homme/femme dans la mise au monde des enfants.

Les femmes et les couples interrogés en Italie décrivent leur choix de partager l'expérience de l'accouchement naturel avec leur conjoint·e exactement dans ces termes. La revendication de ce « choix heureux » s'accompagne habituellement de la conviction que le partage de cette expérience est un moyen de vivre la maternité d'une manière plus égalitaire, neutralisant dans une certaine mesure les tensions liées aux spécificités du corps des femmes. Ainsi, dans la plupart des cas, les actrices et les acteurs qui choisissent l'accouchement naturel apprécient de le partager avec leur partenaire. Nombre de femmes vivent la participation des hommes comme un élément crucial dans leur expérience de maternité. Elles estiment que l'investissement de leur conjoint leur a permis de réaliser cet événement dans les meilleures conditions. De plus, elles en retirent le sentiment d'une plus grande égalité dans le couple, ce qui réduit leur sentiment de subordination au personnel médical – en premier lieu aux gynécologues. Pour leur part, les conjoints se sentent et se comportent d'eux-mêmes comme des co-protagonistes du processus procréatif. Ils interprètent leur collaboration avec leur conjointe comme une contribution majeure à l'expérience de maternité et estiment cette coopération très enrichissante pour eux-mêmes. Pour les unes comme pour les autres, le processus procréatif est donc un événement qui concerne les deux membres du couple, c'est-à-dire deux sujets qui mettent en œuvre une implication et un engagement égaux pour atteindre le meilleur résultat.

Cette idéologie de l'égalité masque cependant plusieurs ambiguïtés que peu d'études ont dévoilées jusqu'à présent. Tout d'abord, la disparité matérielle du processus procréatif entre les sexes n'est guère prise en considération. En effet, il émerge de nombreuses histoires une forme d'inversion du mérite, qui conduit les femmes à attribuer à leur compagnon une bonne partie du succès d'une expérience qui repose avant tout sur leurs propres efforts et sur leur propre corps. De même, le fait que cette expérience a un impact plus important sur les femmes et leur corps est souvent éclipsé.

Deuxièmement, l'importance croissante accordée à la présence des hommes affaiblit la relation femmes/sages-femmes. Cela est particulièrement évident au moment de l'accouchement. D'une part, le duo femmes/sages-femmes a été aujourd'hui remplacé par un trio où les conjoints occupent une place médiane entre les femmes et les sages-femmes. Nombre des indications et des conseils

que les sages-femmes délivraient autrefois aux femmes sont aujourd'hui adressés aux couples, et les hommes exécutent fréquemment des tâches autrefois dévolues aux sages-femmes. Ce phénomène concerne autant la partie technique de l'assistance à l'accouchement que la partie émotionnelle. Ainsi, le rôle des sages-femmes, déjà diminué par celui croissant des gynécologues et des anesthésistes, se trouve-t-il encore plus affaibli. D'autre part, la déstabilisation de la relation femmes/sages-femmes provoquée par la présence des conjoints se manifeste également quand ces derniers sont absents. Dans ce cas, les sages-femmes (et pas seulement elles) ont paradoxalement tendance à s'interroger sur les raisons de cette absence plutôt que de recentrer l'événement procréatif sur les femmes. Cette attitude montre combien l'importance attribuée à la présence des hommes est désormais normalisée. Le personnel soignant a fini par instituer l'absence du conjoint en problème alors même que celle-ci peut être un choix et un soulagement pour les parturientes, comme on l'a vu dans plusieurs cas observés. Le point de vue des femmes se trouve donc parfois complètement nié, au nom de la norme conjugale dominante dans le modèle de l'accouchement naturel.

La centralité accordée à l'investissement des conjoints dans ce modèle de naissance porte en elle d'autres dérives possibles, telles que de nouvelles formes de discrimination envers les femmes qui n'ont pas, ne peuvent pas avoir ou ne veulent pas avoir des hommes à leurs côtés pendant la grossesse, l'accouchement et la phase post-partum. Puisque seules les femmes issues de certaines catégories sociales peuvent bénéficier d'un engagement important des conjoints – ces hommes ayant le temps et les moyens pour lire, participer aux cours prénataux et rester plusieurs jours à l'hôpital aux côtés des femmes –, le bénéfice croissant perçu dans le rôle des conjoints conduit, en premier lieu, à des discriminations de classe. Comme ma recherche l'a montré, seules certaines populations, bien dotées culturellement et économiquement, peuvent investir le rôle actif du conjoint désormais attendu dans le modèle de l'accouchement naturel. Par ailleurs, l'application de modèles à des sujets qui ne les partagent pas se traduit souvent par des discriminations de race, au sens proposé par Colette Guillaumin (1992), c'est-à-dire atteignant l'ensemble des groupes minoritaires, dans notre cas les femmes et les couples étrangers. L'imposition d'une norme telle que la présence du conjoint peut donc consolider des imaginaires racialisants à l'égard des femmes et des couples étrangers qui n'incarnent pas cette norme. Enfin, le renforcement d'un modèle de couple explicitement hétéronormatif, où les mères célibataires et les couples lesbiens représentent une déviance vis-à-vis de la norme, peut conduire à de nouvelles discriminations de sexe et de sexualité dans l'espace hospitalier.

Ainsi, comme j'ai essayé de le montrer à travers cette étude de cas sur l'accouchement naturel en Italie, la présence croissante des conjoints aux côtés des femmes n'est pas exempte d'ambiguïtés et

de zones d'ombre, au point de former, parfois, un nouveau facteur de domination, aux dépens de l'hétérogénéité des parcours des femmes, de leurs conditions de vie et de leurs choix.

### **Bibliographie**

Akrich, Madeleine (1996). *Comment la naissance vient aux femmes : les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Paris : Broché.

Badinter, Élisabeth (2010). *Le conflit. La femme et la mère*. Paris : Flammarion.

Cadoret, Anne (2002). *Des parents comme les autres : homosexualité et parenté*. Paris : Odile Jacob.

Charrier, Pierre et Gaëlle Clavandier (2013). *Sociologie de la naissance*. Paris : Armand Colin.

Descarries, Francine et Christine Corbeil (1994). « Entre discours et pratiques : l'évolution de la pensée féministe sur la maternité depuis 1960 ». *Nouvelles Questions Féministes*, 15 (1), 69-94.

Descarries, Francine (2002). « La maternité au cœur de débats féministes ». In Francine Descarries et Christine Corbeil (éds), *Espaces et temps de la maternité* (pp. 23-50). Montréal : Les Éditions Remue-Ménage.

Descoutures, Virginie (2010). *Les mères lesbiennes*. Paris : Presses Universitaires de France.

Ehrenreich, Barbara et Deirdre English (1973). *Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers*. New York : The Feminist Press.

Garcia, Sandrine (2011). *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*. Paris : La Découverte.

Godelier, Maurice (2007). *Au fondement des sociétés humaines. Ce que nous apprend l'anthropologie*. Paris : Albin Michel.

Guillaumin, Colette (1978). « Pratique du pouvoir et idée de Nature. 1) L'appropriation des femmes ». *Questions féministes*, 2, 5-30.

Guillaumin, Colette (1992). *Sexe, race et pratique du pouvoir*. Paris : Côté-femmes.

Jacques, Béatrice (2007). *Sociologie de l'accouchement*. Paris : Presses Universitaires de France.

Jaubert, Marie-José (1982). *Ces hommes qui nous accouchent*. Paris : Stock.

Knibiehler, Yvonne (1997). *La Révolution maternelle depuis 1945*. Paris : Fayard.

Leboyer, Frédérick (1974). *Pour une naissance sans violence*. Paris : Seuil.

Macdonald, Margaret (2006). « Gender Expectations: Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada ». *Medical Anthropology Quarterly*, 20 (2), 235-256.

Maffi, Irene (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*, 19, 5-26.

Malinowski, Bronislaw (1948). *Magic, Sciences and Religion*. Boston : Beacon Press.

- Mansfield, Becky (2007). « The Social Nature of Natural Childbirth ». *Social Science and Medicine*, 66 (1), 1084-1094.
- Martin, Emily (1987). *The Women in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston : Beacon Press.
- Memmi, Dominique (2014). *La Revanche de la chair. Quand le corps revient au secours des identités*. Paris : Seuil.
- Michaels, Paula (2014). *Lamaze: An International History*. Oxford : Oxford University Press.
- Morel, Marie-France (2016). *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui*. Paris : Érès.
- Oakley, Ann (1980). *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*. Londres : Martin Robertson.
- Odent, Michel (1984). *Birth Reborn*. New York : Random House.
- Ortner, Sherry (1974). « Is Female to Male as Nature Is to Culture? ». In Michelle Zimbalist Rosaldo et Louise Lamphere (éds), *Woman, Culture and Society* (pp. 68-87). Stanford: Stanford University Press.
- Quagliariello, Chiara et Ruault Lucile (à paraître). « Est-il possible d'accoucher d'une manière féministe ? À propos de modèles d'enfantement alternatifs en et hors institution médicale ». *L'Homme et la société*.
- Quagliariello, Chiara (2013). *Modèles de naissance et de nature en conflit. Les Sénégalaises en exil face à l'hôpital moderne*. Thèse de doctorat en sociologie. Paris : Université Paris 8.
- Rich, Adrienne (1976). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. New York : Norton.
- Strathern, Marilyn (1992). *After Nature. English Kinship in the Late Twentieth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tabet, Paola (1985). « Fertilité naturelle, reproduction forcée ». In Nicole-Claude Mathieu, *L'Arraînement des femmes. Essais en anthropologie des sexes* (pp. 61-146). Paris : EHESS.
- Thébaud, Françoise (2007). « Les mouvements féministes face à la naissance ». In Actes du colloque de la Société d'Histoire de la Naissance, *Féminisme et naissance* (pp. 34-43). Châteauroux.
- Truc, Gêrôme (2006). « La paternité en maternité ». *Ethnologie française*, 36(2), 341-349.
- Vuille, Marilène (2005). « Le militantisme en faveur de l'Accouchement sans douleur ». *Nouvelles Questions Féministes*, 24(3), 50-67.