

# Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

15 | 2017 :

Transitions existentielles en question

Dossier thématique

---

## L'accouchement naturel contre l'hôpital moderne ?

Une étude de cas en Italie

Natural childbirth against the modern hospital? A case study in Italy

CHIARA QUAGLIARIELLO

---

### Résumés

Français English

L'accouchement dit « naturel » est l'une des réponses qui se sont progressivement présentées comme alternatives possibles à l'hypermédicalisation des naissances depuis les années 1980. L'article analyse ce modèle de naissance en se basant sur les résultats d'une recherche ethnographique réalisée en Toscane, dans l'une des premières maternités à avoir introduit l'accouchement naturel en Italie. Dans la première partie, il s'agit de montrer les liens entre l'histoire singulière de cette maternité et le mouvement plus large de critiques à l'égard de la médicalisation croissante de l'assistance aux femmes. L'analyse de l'accouchement naturel nous conduit ensuite à observer les évolutions de cette pratique au cours du temps ; nous portons une attention particulière au rôle joué par les sages-femmes dans ce processus. Enfin, nous réfléchissons aux formes que prend l'idée de nature dans ce modèle de naissance et au sens que les femmes concernées donnent à leur choix d'accoucher autrement au sein même de l'espace hospitalier.

This article focuses on the so-called « natural childbirth », one of the practices that, since the 1980s, have increasingly constituted a viable alternative to the hyper-medicalization of birth. The analysis of this model of birth will be based on the findings of the ethnographic research carried out in Tuscany, in one of the first maternity services that introduced natural childbirth in Italy. In the first part of the essay, I will explore the connections between the singular history of this maternity ward and the wider movement of criticism towards the increasing medicalization of childbirth. The analysis of natural childbirth will then lead us to investigate the evolutions of this practice over time, paying particular attention to the role played by midwives in this process. Finally, we will reflect on the idea of nature that characterizes this model of birth as well as the choice of women to give birth in a different way, although within a hospital setting.

---

Entrées d'index

**Mots-clés :** santé maternelle, accouchement naturel, modèles de naissance, obstétrique moderne, Italie

**Keywords :** maternal health, natural childbirth, models of birth, modern obstetrics, Italy

---

## Texte intégral

# Introduction

- 1 L'affirmation de l'accouchement comme objet de recherche socio-anthropologique remonte au début des années 1980, quand une attention plus grande fut accordée à un domaine d'études jusqu'alors resté plutôt marginal dans les recherches en sciences sociales (Jordan, 1983). Cet intérêt scientifique apparaît directement lié à l'hégémonie croissante du savoir médical auquel les femmes sont tenues de se référer lors de l'expérience reproductive (Rich, 1976 ; Rothman, 1977)<sup>1</sup>. La révolution biomédicale de l'accouchement débute au XVIII<sup>e</sup> siècle et s'affirme entre la fin du XIX<sup>e</sup> et la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle (Gélis, 1984 ; Thébaud, 1986 ; Barker, 1998 ; Hallgrimsdottir & Benner, 2014). Ce processus historique de longue durée, qui touche les dimensions professionnelle, sociale et technique de l'accouchement, connaît son apogée dans les années 1970-1980, où l'on assiste à une accélération de la transformation de l'accouchement en événement médical nécessitant l'expertise et la surveillance des gynécologues. La diffusion des découvertes scientifiques, la normalisation du recours à la technologie et le déplacement du lieu de l'accouchement, qui ne se déroule plus entre les murs domestiques mais à l'intérieur de l'espace hospitalier, marquent, dans les années 1970 et 1980, un tournant dans l'histoire de l'accouchement en Europe et en Amérique du Nord (Rothman, 1991 ; Knibiehler, 2007). Autrefois destiné au traitement des maladies, le dispositif médical est investi de façon définitive d'une nouvelle fonction : la gestion d'une expérience de vie en lien avec le corps féminin et ses activités biologiques (Memmi, 2003).
- 2 Bien que située dans le prolongement de ces études, le processus de médicalisation de l'accouchement ne constitue pas l'objet spécifique de cet article, qui se focalise plutôt sur l'une des réponses qui se sont progressivement présentées comme des alternatives possibles. Le modèle d'accouchement ici analysé est celui de l'accouchement dit « naturel » : cette appellation désigne une modalité particulière d'assistance aux femmes introduite dès la fin des années 1970 au sein de quelques espaces hospitaliers, en Europe et en Amérique du Nord, afin de lutter contre ce que l'on estimait être une incursion excessive de la médecine moderne dans l'expérience de procréation. Des appellations comme « accouchement actif » ou « accouchement humanisé » sont employées aujourd'hui pour traduire ce qui est plus communément appelé l'accouchement naturel en Italie<sup>2</sup>. Par l'étude d'un modèle de naissance qui se veut contestataire, cet article a pour objectif de mettre en valeur les arrangements – avec l'étonnante inventivité sociale que cela suppose – entre des pratiques d'accouchement minoritaires et des pratiques d'accouchement hégémoniques, selon la définition proposée par Béatrice Jacques pour le cas français (Jacques, 2007). En accord avec les travaux d'Edwin Van Teijlingen (2005), Bonnie Fox et Diana Worts (1999), l'analyse proposée vise à dépasser l'opposition peu opérante entre accouchement naturel et accouchement médicalisé, au profit de la compréhension des vécus des femmes et de leurs attitudes parfois ambivalentes. Pour ce faire, notre analyse tient compte du contexte général (société de consommation capitaliste, culture biomedicalisée, société de la domination patriarcale) dans lequel s'inscrit le modèle de l'accouchement naturel, une posture analytique déjà développée par les travaux des féministes critiques (Oakley, 1980 ; Martin, 1987) et les études initialement produites sur ce modèle de naissance (Davis-Floyd, 1992). Dans la continuité des travaux de Kirsi Viisainen (2001), Emily Namey et Anne Lyerly (2010), cet article s'intéresse à la pluralité des significations et des attentes attachées au modèle de l'accouchement naturel du point de vue des femmes (et des couples). Il s'agit de montrer l'élasticité du concept de nature dans ce modèle de

naissance et les formes d'intégration du « médical » dans le « naturel » dans les expériences des femmes. A partir d'une étude de cas en Italie, nous proposons d'interpréter l'accouchement naturel comme un exemple de bricolage créatif avec l'hôpital moderne – où l'accompagnement envisagé n'est pas seulement professionnel mais aussi profane. Nous montrons que la pratique de l'accouchement naturel résulte pour beaucoup d'un processus d'élaboration active et réflexive de la part de femmes. Le but ultime est de mettre en lumière combien la dimension contestataire ou alternative de ce modèle de naissance est à géométrie variable et recouvre des degrés hétérogènes selon les besoins subjectifs des femmes, mais aussi les « représentations du soi » dictées par les identités politiques et les rapports de classe.

- 3 L'étude ici présentée est basée sur les résultats d'une recherche ethnographique réalisée en Toscane, au sein de la maternité de l'hôpital de Poggibonsi - l'une des premières à avoir introduit la pratique de l'accouchement naturel en Italie. Dans la première partie, il s'agit de montrer les liens entre l'histoire singulière de cette maternité et le mouvement plus large de critiques à l'égard de la médicalisation croissante de l'assistance aux femmes. L'analyse de l'accouchement naturel nous conduit ensuite à observer les évolutions de cette pratique au cours du temps en portant une attention particulière au rôle joué par les sages-femmes dans ce processus. Enfin, nous réfléchissons aux formes que prend l'idée de nature dans ce modèle de naissance et au sens que les femmes concernées donnent à leur choix d'accoucher autrement au sein même de l'espace hospitalier.

## Note méthodologique

- 4 Une enquête de terrain de six ans (septembre 2006 - octobre 2012) au sein de la maternité de l'hôpital de Poggibonsi est à la source du présent travail. La recherche a été menée auprès des représentants du personnel hospitalier (obstétricien.nes, sages-femmes, pédiatres, anesthésistes, infirmières et puéricultrices) et de 30 couples qui ont choisi cette maternité parce qu'ils étaient attirés par la possibilité d'y bénéficier d'un accouchement naturel. Plusieurs techniques d'enquête ont été employées. La première a été celle de l'observation directe. Cette dernière, qui s'est répétée plusieurs fois sur une période de 6 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 des obstétricien.nes, les salles d'attente, les couloirs du service et, durant les heures suivant l'accouchement, dans la chambre d'accouchement naturel<sup>3</sup>. En même temps qu'une observation participante, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès du personnel sanitaire et des couples. Soixante-cinq entretiens ont eu lieu au total, dont 35 avec le personnel hospitalier et 30 avec les couples ayant utilisé cet établissement dans les années 1980, 1990 et 2000. Parallèlement, nous avons recueilli et analysé des données statistiques de la maternité pour les trente dernières années et consulté divers matériaux mis à disposition par les couples et les professionnel.le.s (photographies montrant l'assistance offerte aux femmes au cours de l'accouchement, vidéos d'accouchements, lettres écrites par des parturientes/couples où elles décrivent leur accouchement dans le service). Par respect pour les personnes ayant collaboré à la réalisation de la recherche, nous avons évité toute référence explicite à leur identité. Les prénoms qui apparaissent dans le texte sont modifiés, à l'exception du docteur Barbara Grandi, fondatrice de l'accouchement naturel à Poggibonsi. Les entretiens étant réalisés en italien, la traduction en français des verbatim a été effectuée par l'auteur.e de cet article.

## Genèse de l'accouchement naturel

### La critique à l'accouchement médicalisé

5 À l'exception de l'expérience pionnière de l'obstétricien britannique Grantly Dik-Read dès l'entre-deux-guerres, le mouvement de promotion de l'accouchement naturel se répand au milieu des années 1970 pour s'affirmer dans différents contextes d'Europe et d'Amérique du Nord au cours des années 1980. L'anthropologue Margaret MacDonald (2006) a montré que le renouveau politique qui caractérise les années 1970-1980 a sans doute favorisé la diffusion de ce modèle de naissance. Dans ces années-là, le modèle d'accouchement hégémonique est mis en question et un intérêt pour de nouvelles formes d'assistance des femmes s'affirme dans l'espace public. L'attention portée aux thèmes du corps, de la sexualité et de la reproduction, abordés dans la réflexion féministe comme de véritables domaines de lutte pour la liberté des femmes, eut un rôle fécond pour la promotion d'un nouveau discours sur l'accouchement visant à redonner un rôle central aux femmes (Descarries & Corbeil 1994). À ce propos, il est important de rappeler le débat au sein du mouvement féministe européen et nord-américain, souvent considéré à tort comme un mouvement homogène uniformément favorable à l'accouchement naturel (Descarries, 2002). Là où le courant matérialiste considérait la médecine moderne comme une alliée des femmes dans les combats pour la légalisation de la contraception et de l'avortement, ou encore dans la lutte contre les éléments jugés les plus écrasants du travail reproductif – tels que la douleur de l'accouchement (Vuille 2005) – le courant différentialiste voyait dans la médecine moderne un nouvel instrument de domination patriarcale vis-à-vis des femmes (Thébaud, 2007). Dans le premier cas, l'opposition aux techniques de la médecine moderne était considérée comme une position réactionnaire qui impliquait une nouvelle réduction des femmes à leur capacité reproductive ; dans le second cas, elle était considérée comme une forme de résistance à la subordination des femmes (dont les sages-femmes) au pouvoir masculin des gynécologues-obstétriciens (Enrenreich & English, 1983 [1973]). À la même époque, la critique avancée par le mouvement écologiste, qui dénonçait les effets pervers d'une société de plus en plus fondée sur la technologie et qui envisageait comme solution un retour à la nature, contribua également à la mise en cause de l'accouchement technicisé, ou technocratique (Davis-Floyd, 2001).

6 Dans un premier temps, la lutte contre l'assistance médicalisée des femmes rencontra un écho positif dans la critique émanant de quelques sages-femmes (Knibiehler, 2007 ; Morel, 2016). Au cours des années 1970, on vit l'apparition de nouveaux espaces externes aux structures hospitalières, où les femmes pouvaient accoucher comme si elles étaient à la maison, sans obstétriciens, assistées seulement d'une sage-femme et de leurs proches (Akrich, 1996). Parmi ces expériences, citons celle réalisée dans le Tennessee par Ina May Gaskin, sage-femme, auteur de l'œuvre manifeste *Spiritual Midwifery*<sup>4</sup> et fondatrice de *The Farm Midwifery Center*, dont le succès fut à l'origine du phénomène des maisons de naissance, progressivement introduites au Canada, aux États-Unis et en Europe (Jacques, 2007). Dans un second temps, cette proposition fut enrichie par le choix de quelques obstétriciens d'introduire un autre modèle d'accouchement à l'hôpital moderne : celui de l'accouchement naturel (Jaubert, 1982). Selon eux, l'expérience de l'accouchement était un événement physiologique qui, dans la plupart des cas, ne requérait aucune intervention médicale ; les ressources naturellement inscrites dans le corps des femmes étaient le meilleur atout pour donner naissance aux enfants. La portée révolutionnaire d'une telle idée apparaît de façon évidente lorsqu'on pense au fonctionnement des maternités – ici les maternités italiennes – au début des années 1980, où la conception prédominante de l'accouchement était plutôt celle d'un événement caractérisé par de nombreux risques (Colombo et al., 1988). Comme Danièle Carricaburu (2007) l'a souligné, la gestion du risque obstétrical a connu depuis une inflation constante de son contenu. D'où le choix partagé par les professionnel.le.s de garder les femmes sous observation continue afin de remédier à temps à des incidents qui, bien que rien ne les laisse présager, pourraient survenir à tout moment. En ce sens, si les nouvelles technologies hospitalières – en premier lieu l'échographie – permettaient de voir ce qui était autrefois celé dans le ventre maternel, les opérations accomplies sur le corps des femmes – incision du périnée, rupture de la poche des eaux, déclenchement des contractions, injection d'analgésiques, césarienne – assuraient le bon déroulement de l'accouchement. Soumis à une observation constante, accéléré s'il se prolongeait trop lentement, ralenti s'il

advenait trop vite, amélioré dans ses différentes phases, le processus de procréation finit ainsi par coïncider avec un événement où les capacités du corps féminin disparaissaient derrière le savoir médical. L'une des critiques adressées par les promoteurs de l'accouchement naturel au modèle de l'assistance médicalisée concernait la condition de dépendance dans laquelle il enfermait les femmes. À leur avis, le recours systématique aux échographies/monitorings et aux interventions chirurgicales représentait un obstacle à la valorisation des ressources physiques, chimiques et biologiques des femmes. Par ailleurs, ils reprochaient à l'accouchement technocratique son caractère anxiogène, dans la mesure où les discours sur les risques renforçaient le besoin de performativité de la part des professionnels, d'où le choix d'intervenir sans laisser le temps à la nature de suivre son cours. Ainsi, le premier pas à accomplir pour l'affirmation d'un nouveau modèle d'assistance post-électronique – selon la définition donnée par l'un des chefs de file de l'accouchement naturel en France, le chirurgien généraliste Michel Odent<sup>5</sup> – était la subordination des techniques médicales aux compétences aisément reconnaissables dans le fonctionnement même du corps féminin.

## Les précurseurs de l'accouchement naturel

- 7 La création de la « salle sauvage », sous l'impulsion de Michel Odent qui l'introduisit à la fin des années 1970 dans la maternité de Pithiviers, est l'un des premiers exemples de mise en pratique de l'accouchement naturel en Europe. La construction de cet espace particulier est justifiée par la conviction du médecin français que le premier besoin partagé par les femmes est celui d'accoucher dans un lieu dé-technicisé où elles se sentent libres d'écouter les instincts de leurs corps. Selon ses dires, l'atmosphère particulière de la « salle sauvage » – dont l'ameublement était constitué de quelques coussins et d'une plate-forme en bois, de lumières tamisées et d'où tout matériel médical était absent – constituait le prérequis nécessaire pour (re)découvrir le versant le plus naturel de l'accouchement :

De même que les autres mammifères mettent bas dans des recoins sombres, paisibles et isolés, il n'y a rien d'étonnant à ce que les êtres humains aussi cherchent des endroits semblables pour le travail et la naissance. C'est pour cela que nous avons essayé de créer un espace et une atmosphère où les femmes puissent se laisser aller, perdre le contrôle, s'abandonner complètement au ressenti de leur corps (Odent, 1984 : 43, traduction de l'auteure, voir référence en note 5)

- 8 Le défi lancé par Odent était donc celui de libérer les femmes de tout conditionnement imposé par l'obstétrique moderne pour revenir à ce qu'il définissait comme un acte primitif. Dans sa philosophie, cet objectif était assuré par deux changements majeurs dans l'assistance des femmes : la recherche de la position la plus adaptée pour le déroulement du travail et l'utilisation de l'eau comme remède principal contre la douleur de l'accouchement<sup>6</sup>. De là vient l'introduction, au début des années 1980, de la « salle bleue » : un espace adjacent à la « salle sauvage », où les femmes pouvaient s'immerger dans une baignoire mise à leur disposition pendant toute la durée de l'accouchement. La révolution de Pithiviers n'est pas un cas isolé et fait écho aux changements introduits dans d'autres maternités en Europe et en Amérique du Nord (MacDonald, 2006). Les transformations de l'assistance introduites à Londres par Janet Balaskas<sup>7</sup>, l'une des chefs de file de l'accouchement naturel au Royaume-Uni, en sont un exemple. Selon le médecin français et la sage-femme anglaise, au lieu d'essayer d'améliorer ce que la chimie et la biologie étaient capables de garantir toutes seules, il fallait créer les conditions pour faire émerger les potentialités du corps féminin. C'est pourquoi ils dénonçaient les effets néfastes des technologies en l'absence de complications et décrivaient l'assistance hospitalière comme susceptible d'engendrer de la pathologie. Ces critiques s'inscrivent dans un processus de transformation plus ample de l'obstétrique moderne, commencé en Europe dans les années 1970 avec la publication des deux ouvrages aujourd'hui devenus des classiques de l'accouchement naturel – *Naître* de Bernard This<sup>8</sup> et *Pour une naissance sans violence* de Frédéric



Leboyer<sup>9</sup> – qui, pour la première fois, montraient que le modèle hospitalier standard est traumatique pour le nouveau-né. Ces médecins français proposent alors une philosophie de la naissance différente, en mesure de restreindre autant que possible les formes de violence exercées sur le nouveau-né. Ils étaient animés par la conviction que l'on doit respecter la sacralité du moment de la naissance, qui demande avant tout de se mettre de côté et d'éviter tout type d'intervention sur le corps du nouveau-né. Selon Leboyer, après la naissance, le nouveau-né n'a besoin de rien d'autre que d'être accueilli dans la pénombre par la chaleur du contact maternel, dans une atmosphère intimiste et silencieuse, contrairement à ce qui advient habituellement en salle d'accouchement. Il explique dans certains passages parmi les plus célèbres de son livre :

Le nouveau-né ne parle pas ? Non, c'est nous qui ne l'écoutons pas. Aveugle, le nouveau-né ? Aveuglé ! Sourd, le nouveau-né ? Assourdi ! Cet instant de la naissance, apprenez à le respecter [...] Laissez ce petit être entrer comme il l'entend, à son allure, à son rythme. Laissez-le prendre son temps. [...] Soyons simplement là. Sans bouger. Sans impatience. Sans demander. (Leboyer, 1974 : 24, voir référence en note 9).

- 9 Cette réflexion, en rupture avec l'hôpital traditionnel, contribua de façon décisive à la restructuration de l'obstétrique moderne. En effet, les consignes de Leboyer ont connu un énorme succès au niveau international, favorisant la diffusion d'un autre modèle de naissance. C'est à partir du développement de ce mouvement critique, apparu grâce à l'œuvre de ses protagonistes – tels que Ina May Gaskin aux États-Unis, Bernard This, Frédérick Leboyer et Michel Odent en France, Janet Balaskas et Sheila Kitzinger au Royaume-Uni – et des nombreuses associations de sages-femmes nées dans ces années-là – telles que National Childbirth Trust et Active Birth Movement au Royaume-Uni, Naitre à la maison en France, Naissance Active en Suisse, Midwives Alliance of North America et Midwifery Today au Canada et aux États-Unis – que l'accouchement naturel s'est diffusé en Italie aussi.

## L'expérience de Poggibonsi

### L'introduction de l'accouchement naturel

- 10 L'histoire de la maternité de Poggibonsi s'inscrit dans ce climat de renouveau. La proposition d'une alternative vient ici de Barbara Grandi, gynécologue, représentante du courant critique de la gynécologie italienne qui se développe dans les années 1980. Comme cela ressort dans l'entretien qu'elle nous a accordé, elle fut poussée à s'impliquer dans cette direction par la volonté de réagir contre la technicisation croissante de la naissance en Italie :

Je travaillais dans un hôpital extrêmement médicalisé, très représentatif de l'hypermédicalisation de ces années-là. Ça a vraiment été une réaction à ce modèle qui m'a rendue particulièrement sensible aux livres et aux colloques qui portaient une vision différente.

- 11 Malgré la diffusion au niveau international d'une philosophie de la naissance différente, rares avaient été jusqu'alors les tentatives de la mettre en pratique en Italie. Béatrice Jacques (2007) souligne qu'en France, le détournement des techniques avait souvent lieu dans de petites structures. Cela vaut aussi pour l'Italie, où un précédent avait été créé par l'expérience réalisée à Monticelli d'Ongina, dans la province de Piacenza, par le docteur Lorenzo Braibanti<sup>10</sup>, l'un des fondateurs de la naissance sans violence en Italie. Selon lui, « la femme est très bien préparée à accoucher et l'enfant est apte à naître, c'est pourquoi nous ne devrions pas nous efforcer d'apporter des correctifs aux forces naturelles qu'ils portent déjà en eux » (Braibanti, 1993 : 37, voir référence en note 10). Et pour cela, comme l'a affirmé Frédérick Leboyer, le meilleur obstétricien est celui qui reste les mains dans les poches, laissant aux femmes le rôle de principales actrices d'un nouveau type d'accouchement. C'est sur cette idée que s'étaye le projet du

docteur Barbara Grandi, qui essaye de faire dialoguer les propos de Braibanti avec les pratiques d'assistance expérimentées à l'étranger dans ces années-là. L'expérience américaine d'Ina May Gaskin lui suggère de créer un environnement comparable à l'environnement domestique. L'expérience néerlandaise lui suggère la présence de la sage-femme seule auprès des femmes (Akrich, 1996). Et l'expérience française, celle de Michel Odent, lui dicte l'attention portée aux instincts du corps pendant l'accouchement :

Mon idée était de créer un espace où l'accompagnement des femmes était hors de la juridiction des médecins, tout en conservant un niveau de sécurité le plus élevé possible pour la santé de la mère et de l'enfant. Je voulais créer une chambre où les règles étaient différentes. La façon de créer cette chambre, je l'ai trouvée en voyant ce qui se passait ailleurs, en « volant » les idées à ceux qui savaient y faire.

- 12 De ces expériences croisées naît, en 1984, la chambre de l'accouchement naturel : une pièce aménagée comme une chambre à coucher classique, avec un lit double, où les femmes résident durant tout leur séjour à l'hôpital. Là réside une première nouveauté importante par rapport au modèle d'assistance dominant en Italie, où la progression de l'accouchement était rythmée par le transfert des femmes d'une salle à l'autre dans les maternités (salle de travail, salle d'accouchement, salle des accouchées). De même, la position isolée de la chambre dans une zone de la maternité distante des autres salles d'accouchement<sup>11</sup> offrait une intimité plus importante, considérée par Barbara Grandi comme un autre élément nécessaire pour permettre aux femmes de se plonger complètement dans leur expérience d'accouchement. Dans cet espace particulier, toute la gestion de l'accouchement était confiée aux sages-femmes, c'est-à-dire à des figures sanitaires reconnues en Italie comme formellement responsables de l'assistance dans les grossesses physiologiques et les accouchements sans complications. Comme le suggérait l'Organisation Mondiale de la Santé à la même époque (OMS, 1985)<sup>12</sup>, c'est par un langage du corps, fait de regards, de sourires et de caresses, que les sages-femmes essayaient de gagner la confiance des parturientes, limitant autant que possible les interventions chirurgicales (comme l'épisiotomie) et pharmaceutiques (comme la perfusion d'ocytocine). Ce principe se traduisait par le choix de ne pas garder les parturientes immobiles au lit, dans la position gynécologique, et de leur offrir la possibilité de choisir la position qui leur convenait le mieux pour le travail et l'accouchement. L'ameublement même de la chambre contribuait à cette personnalisation, car elle contenait toute une série de supports visant à faciliter la recherche de la position la plus adaptée aux exigences individuelles : le tabouret hollandais pour la position assise, les anneaux pour les positions accroupies, les coussins pour les positions à quatre pattes, à genoux ou couchée, la baignoire pour l'accouchement dans l'eau. Un autre des principes mis en avant était d'éviter toute intervention analgésique contre la douleur de l'accouchement. Dans la chambre de l'accouchement naturel, on proposait plutôt des massages de la zone lombaire, de la réflexologie plantaire, de l'hydrothérapie, de l'homéopathie, du yoga, un travail sur la respiration (Mitchel & McClean, 2014). La proposition d'une autre philosophie de la naissance continuait aussi dans la phase du post-partum. Ainsi, appliquant les suggestions de Leboyer, on n'intervenait d'aucune manière sur le corps du nouveau-né. Les pratiques suivantes furent proscrites : couper immédiatement le cordon ombilical, contrôler immédiatement le poids du bébé, lui injecter immédiatement de la vitamine K. Comme l'obstétricien français le proposait, pour éviter toute forme de traumatisme, dans la chambre de l'accouchement naturel, le bébé était accueilli dans la pénombre par la chaleur des bras maternels, selon la technique du *bonding* ou du « peau à peau » mère-enfant. Le choix de laisser le nouveau-né en contact étroit avec sa mère après la naissance et pendant toute la durée du séjour hospitalier, sans le transférer dans la nursery, avait aussi un autre objectif : favoriser le début spontané de l'allaitement au sein. Dernier élément distinctif de l'accouchement naturel, l'investissement en faveur de l'allaitement maternel inscrivait une fois encore l'histoire de Poggibonsi dans le climat de ces années, où l'on assistait à un nouvel élan de la pratique de l'allaitement maternel au niveau international. La Leche League – une association des femmes née aux États-

Unis au cours des années 1960 et active dans la plupart des pays européens à partir des années 1980 –, contribua pour beaucoup à cette nouvelle vague en faveur de l'allaitement au sein, mais ce fut aussi le cas de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1989)<sup>13</sup>, à laquelle on doit l'introduction du programme Hôpital Amis des Bébés, officiellement lancé en Europe en 1992 (Gojard, 2010 ; Badinter, 2010 ; Faircloth, 2013).

## Quand l'exception devient la norme

- 13 Une fois surmonté le premier écueil institutionnel (l'absence de l'un des deux directeurs généraux à la réunion convoquée pour approuver le projet de la Chambre de l'Accouchement Naturel), le docteur Grandi rencontra d'autres difficultés à la maternité de Poggibonsi. Quand on écoute la promotrice du projet, on saisit pleinement le climat d'hostilité qui régnait durant les années 1980 à l'égard de l'accouchement naturel :

Mes collègues ne comprenaient absolument pas. Toutes les occasions étaient bonnes pour trouver quelque chose qui n'allait pas. Un argument très fréquent était celui des risques : il n'y avait pas de gynécologues donc c'était dangereux. Il faut se mettre dans la logique de ces années-là, où les messages dominants étaient tout autres.

- 14 L'insistance sur les manques identifiables dans l'accouchement naturel par rapport aux canons de l'accouchement hospitalier suscite en peu de temps la formation de deux groupes antagonistes au sein de la maternité. D'un côté, le personnel médical, qui refuse de reconnaître l'accouchement naturel comme une alternative valable au modèle d'assistance standard ; de l'autre, les sages-femmes, attirées par cette nouvelle forme d'assistance aux parturientes. Bien que, selon la répartition des tâches entre professionnel.le.s en Italie, l'assistance pour les grossesses et les accouchements sans complications devrait être du domaine de compétence des sages-femmes, le rôle qui leur est attribué dans la plupart des hôpitaux est celui d'auxiliaires des obstétricien.ne.s. Les sociologues Franca Pizzini et Lia Lombardi (1999), et Domenico Perrotta (2009), ont prouvé qu'il est rare que, même en l'absence de pathologies, la prise en charge de toutes les étapes du parcours procréatif (premier, deuxième et troisième trimestres de grossesse, pré-travail, travail, expulsion, post-partum) soit confiée aux seules sages-femmes. Pratique dangereuse selon le personnel médical, occasion de jouer à nouveau un rôle essentiel pour les sages-femmes, l'accouchement naturel devient un véritable lieu d'affrontement entre ces deux pôles durant plusieurs années. La situation est décrite ainsi par Roberta, sage-femme arrivée à la maternité de Poggibonsi au milieu des années 1980 :

Quand je suis arrivée ici, l'accouchement naturel créait une grosse division : il y avait les sages-femmes pour et un seul médecin pour, tous les autres étaient contre. Les positions dans la maternité étaient très claires et le conflit était dur. Une des raisons était sans doute le fait que les femmes n'étaient assistées que par une sage-femme et, il y a trente ans, il était impensable qu'une sage-femme assiste toute seule les femmes.

- 15 Le travail de médiation mené par les sages-femmes permit, avec le temps, une reconnaissance de la légitimité d'une pratique initialement combattue par les gynécologues-obstétriciens. L'engagement des sages-femmes en faveur de l'accouchement naturel alla de pair avec la démonstration du fait qu'il ne présentait pas de risques supplémentaires pour les femmes et les nouveau-nés. Elles se servirent bien souvent des résultats concrets, obtenus dans la chambre de l'accouchement naturel, pour mettre en valeur les avantages de ce modèle de naissance pour le bien-être de la mère et de l'enfant. Ainsi, cette forme d'assistance, qui avait été jusqu'alors tenue pour moindre par rapport à celle garantie dans les autres salles d'accouchement, commença à être considérée comme l'une des modalités possibles d'accompagnement des femmes. Ce changement de perspective conduisit à une véritable institutionnalisation de l'accouchement naturel au sein du service jusqu'à l'introduction de quelques-unes de ses composantes dans les zones de la maternité initialement



destinées à l'assistance hospitalière standard. Parmi les éléments qui furent peu à peu étendus aux autres secteurs de la maternité, figurent notamment : la liberté de position pendant la phase de travail ; l'accouchement dans l'eau ; la technique du « peau à peau » après tout type d'accouchement, y compris par césarienne ; le contact étroit entre la mère et le nouveau-né pendant toute la durée du séjour hospitalier. L'expansion du modèle de l'accouchement naturel hors de la salle qui lui était dédié est décrite comme suit dans les récits des sages-femmes, principales protagonistes de ce processus :

Pour nous, il était impossible de laisser d'un côté la femme bouger et marcher et, de l'autre, toujours la maintenir dans la position couchée. C'est pour ça que chacune d'entre nous a commencé à amener de l'autre côté ce qui lui paraissait le plus pertinent.

A l'époque, il y avait une grande différence entre l'assistance fournie dans la chambre de l'accouchement naturel et dans les salles d'accouchement normales, puis, peu à peu, cette division s'est atténuée et aujourd'hui l'accouchement naturel se fait aussi dans les salles d'accouchement normales. On a sorti de la chambre une méthodologie d'accouchement différente de celle du lit avec les femmes immobiles. L'introduction de l'accouchement naturel a représenté un changement global, pour toute la maternité.

- 16 Mais l'intégration de l'accouchement naturel au sein de la maternité de Poggibonsi semble avoir été aussi favorisée par une autre forme de dialogue entre des modèles de naissance initialement en conflit. L'un des changements les plus importants que notre recherche a identifiés est en effet l'ouverture progressive de cette pratique à une série de procédures autrefois fortement contestées (MacDonald, 2006 ; Brubaker & Dillaway, 2009 ; Maffi, 2013). Comme le processus d'expansion, le processus de dé-radicalisation de l'accouchement naturel est surtout le fait des sages-femmes. Pour nombre d'entre elles, l'inclusion dans cette pratique de certaines techniques de la médecine moderne n'est pas considérée comme une menace pour l'atteinte de ses objectifs initiaux mais, au contraire, comme une forme d'enrichissement qui l'adapte à son temps :

De même que ce qui se faisait seulement dans la chambre de l'accouchement naturel est sorti de ce lieu, il y a aussi eu des influences dans l'autre sens : si avant, dans l'accouchement naturel, on était plus rigides pour le respect de certaines règles, maintenant, certaines méthodes qui étaient utilisées dans la salle d'accouchement standard y sont entrées, comme le monitoring ou l'ocytocine : avant, on ne faisait jamais de perfusions, maintenant, les femmes accouchent dans l'eau avec la perfusion.

- 17 Interrogées sur ce changement, beaucoup des sages-femmes soulignent combien la tâche principale de ceux qui s'occupent de l'assistance à l'accouchement naturel consiste à comprendre ce dont les femmes ont besoin, en interprétant leurs exigences et en agissant en conséquence :

Même si ça pourrait sembler contradictoire, il ne faut pas qu'on tombe dans l'erreur d'être trop liées à un modèle idéal : je veux dire, si lui donner trois gouttes d'ocytocine peut vraiment l'aider, je n'ai pas l'impression de lui faire violence ou d'altérer son accouchement naturel. Nous essayons toujours, malgré la perfusion, de faire vivre aux femmes ce moment de façon active : elles peuvent choisir la position qu'elles veulent, elles peuvent faire une série de choix en toute liberté. Au final, à côté de toutes ces choses, une perfusion, ce n'est pas si important que ça.

- 18 Comme le montrent les témoignages rapportés ci-dessus, la mise en dialogue entre le modèle naturel et le modèle biomédical suit donc deux directions différentes au sein du service. Ce processus de contamination entre différents systèmes d'assistance apparaît aujourd'hui comme la clé du succès de l'accouchement naturel à Poggibonsi. Comme les données statistiques récoltées au sein de la maternité le soulignent, sur les 1 000 accouchements assistés chaque année, 80 % des femmes sont libres d'adopter la position qu'elles préfèrent ; l'usage du clystère au début du travail ne concerne que 5 % des accouchements ; le recours à l'épisiotomie ne dépasse pas 15 % des naissances ; le déclenchement artificiel du travail ne dépasse pas 13 % ; les accouchements sous péridurale ne concernent que 8 % des naissances ; le taux des césariennes est d'environ

18 % par an. Ces chiffres font de la maternité de Poggibonsi une véritable exception à la norme dans le panorama italien, où les taux de médicalisation sont beaucoup plus élevés<sup>14</sup>. De même, la construction d'un dialogue entre différents systèmes d'assistance a permis aux sages-femmes de conquérir une place de plus en plus importante au sein de la maternité. Si, en 1984, les accouchements sans obstétricien.ne.s ne concernaient que 1 % des naissances à Poggibonsi, la tendance est allée croissant ces trente dernières années. Aujourd'hui, les accouchements pris en charge par les sages-femmes correspondent à 25 % des naissances par an. Ce phénomène différencie, là encore, le fonctionnement de la maternité de Poggibonsi de celui des autres maternités italiennes où, dans le 93 % des cas, les accouchements sont assistés par les gynécologues-obstétricien.ne.s.

## La séduction de l'accouchement naturel

### Une typologie des femmes qui choisissent l'accouchement naturel

- 19 L'autre groupe qui, avec les sages-femmes, a contribué à l'affirmation de l'accouchement naturel à Poggibonsi est représenté par toutes les femmes qui, depuis des années, choisissent d'accoucher dans cette maternité car elles sont attirées par le modèle d'assistance particulier qui y est promu. Notre recherche a permis de classer ces femmes en trois catégories. La première est caractérisée par une préférence pour l'accouchement naturel motivée par l'envie d'exprimer ses idées politiques avec, au premier chef, le refus de la subordination au contrôle exercé sur leur corps par le personnel médical. La motivation qui apparaît chez nombre d'entre elles est, en effet, la volonté de se soustraire au parcours standard, avec la conviction qu'il ne permet pas aux femmes d'être actrices de leur maternité. Leurs propos révèlent à quel point le choix de l'accouchement naturel traduit une position critique à l'égard de l'institution hospitalière, un empowerment des femmes vis-à-vis des obstétriciens :

Celles qui choisissent l'accouchement naturel sont poussées par l'envie d'enlever un peu de pouvoir des mains des médecins, de leur faire comprendre que l'accouchement doit appartenir aux femmes, que ce n'est pas à l'institution de décider. Moi, personnellement, je voulais être libre d'agir, ne pas être « agie » par les gynécologues. Pour moi, dans l'expérience de l'accouchement, c'est la femme qui décide comment les choses se passent. (Carla, 32 ans, 1<sup>re</sup> grossesse).

- 20 La seconde catégorie de femmes choisit une alternative au modèle hospitalier standard non tant par volonté de se soustraire aux formes de contrôle exercées par les professionnel.le.s que par adhésion à un système de valeurs différent de celui véhiculé par la société occidentale. Pour beaucoup d'entre elles, le choix de l'accouchement naturel s'inscrit dans une philosophie de vie anticonformiste où le contact étroit avec la nature joue un rôle de première importance. L'inspiration écologiste qui les caractérise s'exprime notamment dans le choix partagé de quitter la ville pour aller habiter à la campagne, ou encore dans la place particulière accordée à la nature dans l'éducation des enfants, la consommation, la nourriture, le choix de moyens de transport, l'engagement en faveur d'une agriculture paysanne, de l'autoproduction, des luttes antinucléaires pour ne citer que quelques exemples (Rothman, 2016). La préférence pour un accouchement naturel apparaît ici comme partie prenante de cet investissement dans la promotion d'un autre monde possible :

Choisir l'accouchement naturel, c'est une façon de récupérer notre rapport à notre corps, la conscience de nos potentialités physiques, des choses qu'on est en train de perdre, qu'on est en train de nous enlever. Moi, je voulais aller contre cette tendance, je voulais accoucher comme tous les autres êtres vivants. Je ne comprends pas pourquoi avec les êtres humains, il faut intervenir, médicaliser, faire quelque chose. (Marta, 35 ans, 2<sup>e</sup> grossesse).

21 Enfin, la raison avancée par la troisième catégorie des femmes comme étant à l'origine de leur choix est l'envie de vivre pleinement l'expérience de l'accouchement. Ce qui les pousse à choisir l'accouchement naturel est surtout la crainte de ne pas réussir à s'immerger complètement dans ce qu'elles considèrent comme l'une des expériences les plus importantes de leur vie. En entendant leur propos, on comprend combien l'accouchement naturel représente un investissement véritable dans une expérience qu'elles souhaitent valoriser autant que possible :

L'accouchement à l'hôpital me faisait peur, je craignais surtout de rater la valeur de l'expérience, de subir des interventions si importantes que je ne reconnaîtrais plus ce que j'étais en train de vivre. Je craignais de rater quelque chose, de ne pas vivre à fond une expérience qu'on n'éprouve que de rares fois dans la vie. (Stefania, 37 ans, 2<sup>e</sup> grossesse).

22 Comme le soulignent les témoignages rapportés ci-dessus, pour les deux premières catégories de femmes, l'accouchement naturel est donc un choix représentatif de ce que l'on est ou ce que l'on veut être. Dans la plupart des cas, ces femmes partagent une orientation politique de gauche ou d'extrême-gauche ou, comme nous l'avons dit, un style de vie à tendance-alternative. La recherche d'une expérience adaptée à leur profil social traduit également une certaine identité de classe. Comme les données récoltées au sein de la maternité le montrent, ces femmes appartiennent à des couches sociales spécifiques – enseignantes, directrices d'entreprise, travailleuses indépendantes, professeures à l'université – qui disposent d'un niveau d'éducation important en termes de diplômes (master) comme de capital culturel. Certaines d'entre elles appartiennent à des milieux proches du monde de l'art et du spectacle ; d'autres ont une formation en sciences humaines et sociales. En revanche, pour la troisième catégorie de femmes, le choix de l'accouchement naturel n'est pas toujours lié au partage de certaines idées politiques ni à l'investissement dans une philosophie de vie anticonformiste. Bien que fortement intéressées par une expérience d'accouchement différente de celle habituellement proposée dans l'espace hospitalier, cette catégorie de femmes se présente comme moins habitée par une idéologie explicite et choisie que les deux premières. Dans nombre de cas, le choix de l'accouchement naturel n'est pas l'expression d'une adhésion à un système de valeurs autre que celui véhiculé par la société occidentale, mais un élément d'opposition isolé au sein d'un mode de vie conventionnel. La plupart d'entre elles se servent de façon intensive de la technologie moderne (iPhone, iPod et autres appareils électroniques), souvent rejetée par les deux premières catégories d'usagers. D'autres s'adressent aux lieux commerciaux ordinaires (supermarchés, grands magasins, etc.), sans s'engager dans un projet de consommation critique ni se tourner vers les marchés de produits naturels ou biologiques. Cette troisième catégorie de femmes présente, par ailleurs, une identité de classe différente des deux premières. Dans la plupart des cas, il s'agit de femmes issues des classes moyennes – petites propriétaires terriens, petites commerçantes, petites industrielles, artisanes et employées – qui disposent d'un niveau d'éducation moins élevé que les deux premières. Cette divergence sur le plan culturel, idéologique et social se reflète également dans le phénomène suivant : alors que les deux premiers groupes de femmes choisissent de se tourner vers la maternité de Poggibonsi même si elles habitent dans d'autres villages en Toscane ou dans d'autres régions d'Italie, les troisièmes sont essentiellement des femmes proches géographiquement qui profitent d'une opportunité offerte sur place.

## **Le naturel : contours d'un modèle**

23 Bien que ces femmes ne partagent pas les mêmes profils sociaux et ne vivent pas le choix de l'accouchement naturel de la même manière, leurs expériences présentent des traits communs. Le premier est l'importance du projet, ou le désir d'arriver les plus préparées possible au moment de l'accouchement, et cela même si ce n'est pas leur première grossesse. Dans de nombreux cas, ce besoin est comblé par les cours de préparation à l'accouchement offerts par les professionnel.le.s du service. Pendant notre

recherche, nous avons pu observer que ces cours, d'une durée d'un mois environ, sont répartis en quinze rencontres de deux heures : six avec les sages-femmes, six avec la psychologue, deux avec les infirmières de la nurserie et un avec le gynécologue. Les rencontres proposées chaque mois par l'anesthésiste du service ne font pas partie du programme. Selon les propos des sages-femmes, cette tendance vise à souligner auprès des femmes le type d'assistance promu dans la maternité où elles ont décidé d'accoucher. De même, le fait de ne pas centrer le contenu de ces cours sur l'accouchement uniquement répond à un objectif précis : faire comprendre aux femmes l'importance de s'investir, avant tout à partir des ressources contenues dans leur corps, dans toutes les phases du processus de procréation. Les indications visant à réduire autant que possible le nombre d'échographies pendant la grossesse ainsi que la promotion de l'allaitement au sein après la naissance du bébé vont dans ce sens. Le soutien global que ces rencontres veulent fournir aux femmes se manifeste également par le fait d'impliquer différents professionnel.le.s – dont une psychologue chargée d'accompagner les futures mères sur le plan émotionnel – en les aidant à avoir pleine confiance dans les capacités spontanées de leur corps. Ces rencontres, généralement consolidées par des lectures spécifiques, permettent aux femmes d'acquiescer toutes les informations nécessaires pour penser le processus de procréation comme une expérience tout à fait naturelle. Cela est explicite dans les propos de Barbara Grandi :

Dans les cours de préparation, nous donnons aux femmes beaucoup d'informations utiles sur la physiologie de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Nous essayons de leur donner confiance dans les capacités de leur corps. De même, nous leur demandons de lire et de s'informer, pour pouvoir construire un projet d'accouchement où elles joueront un rôle actif.

- 24 À l'acquisition des connaissances théoriques vient s'ajouter un autre parcours de formation, visant le développement d'un savoir pratique. Nos activités d'observation ont permis d'attester qu'il existe deux modalités d'apprentissage : la première, assurée par la fréquentation des cours proposés à la maternité, apprend aux femmes les exercices à faire à la maison, en s'entraînant en parallèle avec les sages-femmes aux différentes positions pour l'accouchement et l'allaitement du bébé. Parmi les positions d'accouchement montrées aux femmes, on trouve : la position assise, la position accroupie, la position à quatre pattes, la position à genoux. Pour ce qui concerne l'allaitement au sein : la position classique du berceau, la position asymétrique, la position « en ballon de rugby » (Balaskas, voir référence en note 7). La seconde modalité d'apprentissage correspond à une série d'activités payantes, généralement accomplies tout au long de la grossesse. Parmi ces activités extrahospitalières on trouve : les cours de gymnastique pour mieux affronter la phase du travail ; les cours en piscine pour accroître le bien-être procuré par l'immersion dans la baignoire ; les cours de yoga pour rendre la respiration pendant le travail plus efficace ; les cours de danse pour développer les capacités d'écoute de son corps. En accord avec les divergences en matière de capital culturel et économique, ces activités sont recherchées et réalisées surtout par les deux premiers groupes de femmes décrites ci-dessus. Les propos de Cristina, sage-femme à la maternité, explicitent la valeur attribuée à ce genre d'activités par les professionnel.le.s du service :

Les activités accomplies au gymnase et à la piscine apportent une contribution importante à la préparation des femmes : là, elles développent les capacités de leur corps et elles prennent confiance dans le pouvoir qu'elles ont de faire des enfants.

- 25 Tout se passe donc comme si les femmes avaient la possibilité de mener à bien leur projet d'accouchement naturel en entraînant leur corps afin de le rendre à la hauteur de la situation. En ce sens, cette pratique, qui se voulait une expérience basée sur des ressources innées, apparaît plutôt comme un événement pour lequel sont requises une série de compétences spécifiques, généralement acquises pendant la grossesse. Le basculement de l'événement naturel dans un système de pratiques émerge clairement des propos de Manuela (28 ans, 1<sup>e</sup> grossesse), qui souligne combien ce qui compte, dans ce modèle de naissance, n'est plus tant le fait de s'abandonner à ses propres instincts

que celui de s'impliquer dans un bon parcours de préparation pour réussir à concrétiser ses attentes :

Si on veut avoir un accouchement naturel, il faut être un minimum préparée. Moi, je suis allée au cours de yoga et de danse du ventre, ça a été vraiment important pour mes muscles. Là-bas j'ai appris les exercices à faire pour rendre la zone du périnée plus élastique. Pour moi, ça a été important aussi d'aller à la piscine, aux cours pour femmes enceintes et aussi pour nager seule. Honnêtement, je faisais tout ce que je pouvais faire.

- 26 Le second élément en commun est la participation active du compagnon. Si la participation des hommes était singulièrement rare par le passé, depuis les années 1960, la transformation des rôles sexués a conduit à une nouvelle conception de la maternité comme une expérience du couple (Charrier & Clavandier, 2013). C'est ainsi que la place du père est devenue de plus en plus importante, et cela avant même la naissance du bébé. Cette transformation est manifeste dans l'accouchement naturel, qui se présente bien souvent comme un choix du couple. Partant de l'idée qu'il s'agit d'un projet en commun, nombreuses sont les femmes qui demandent à leurs compagnons de s'impliquer personnellement. Si, dans le modèle de l'assistance médicalisée, le bon compagnon est celui qui est présent à toutes les échographies et à tous les rendez-vous médicaux, dans l'accouchement naturel, on attend une participation accrue des hommes, à commencer par les cours de préparation. Durant nos observations pendant les cours, nous avons vu que, lors de la première rencontre, le personnel précise que les conjoints sont invités à participer à toutes les séances 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. La conviction qu'il existe une étroite correspondance entre la participation aux cours et les résultats obtenus ensemble est très claire dans les propos de Luisa (37 ans, 2<sup>e</sup> grossesse) :

Si on veut avoir un accouchement naturel, il faut déjà être équipée avant. Les compagnons aussi doivent être préparés. Le mien a été d'un grand soutien ; il a adopté les bonnes attitudes parce qu'il avait lu. Je lui ai offert des livres de conseils pour ceux qui assistent à l'accouchement et il était venu quelques fois aux cours, il savait déjà comment se comporter et ça a influencé sa façon de faire.

- 27 Les hommes sont considérés comme des acteurs à part entière du processus de procréation y compris au moment de l'accouchement. Là encore, contrairement à ce qui se passe dans le modèle d'assistance médicalisée, ils ne jouent pas le rôle de spectateurs au côté des femmes. Dans la plupart de cas, l'implication des compagnons est totale : pendant l'accouchement, ils respirent avec la femme, poussent avec elle. Les tâches suivantes sont d'ailleurs réservées aux hommes : aider les femmes à se mettre dans certaines positions pendant le travail (par exemple, en les soutenant si elles choisissent d'accoucher en position accroupie), les masser, entrer avec elles dans la baignoire, proposer des remèdes personnalisés pour les éventuels moments de difficulté, couper le cordon ombilical, donner le premier bain au bébé, rester avec les femmes les vingt-quatre heures suivant l'accouchement pour partager avec elles le début de l'allaitement spontané au sein. Cette contribution des hommes à toutes les phases du processus de procréation nous permet de souligner à quel point la sphère du naturel est un concept élastique qui s'étend au cadre du couple et qui comprend le rôle physique des compagnons (Quagliariello, 2017).
- 28 Le troisième élément en commun, enfin, est le rapport particulier avec les techniques de la médecine moderne. Comme nos observations au sein de la maternité le montrent, la réalisation de l'accouchement naturel peut à l'occasion nécessiter le recours aux technologies hospitalières ou la prise de médicaments. Cette éventualité est décrite habituellement par les femmes interviewées comme une forme de soutien à leur projet d'accoucher naturellement. La fonction de ces techniques ne serait en rien comparable à celle qu'on lui donne dans l'accouchement médicalisé. Ceci est à relier, à leur avis, au fait d'y avoir recours seulement après avoir essayé de s'en passer :



Ma perception de la perfusion vient du fait de savoir qu'elle a été nécessaire. Dans ce contexte, cette intervention a vraiment un autre poids. C'est comme dire, j'étais en train de faire toute seule puis, à un moment donné, j'ai eu besoin d'un coup de pouce. Personnellement, je ne le vis pas comme un accouchement médicalisé, je le vis comme une expérience naturelle, même s'il a été déclenché. Au final ça a été naturel, on m'a juste un peu aidée parce que je ne m'en sortais plus. (Cristina, 36 ans, 2<sup>e</sup> grossesse).

- 29 En accord avec l'interprétation des sages-femmes analysée plus haut, les témoignages des parturientes montrent bien que ce qui compte, c'est la détermination à vouloir aller de l'avant en s'appuyant autant que possible sur ses propres ressources, et sur la volonté d'avoir quand même un accouchement naturel, malgré l'épreuve qu'il peut constituer. Ces considérations mettent en exergue un aspect de l'accouchement naturel qui a été résumé par la sage-femme anglaise Sheila Kitzinger par la catégorie d'accouchement autonome : un accouchement dans lequel les femmes peuvent faire ce qu'elles veulent et obtenir ce dont elles ont besoin. Dans son ouvrage *A Celebration of Birth – The Experience of Childbirth*<sup>15</sup>, autre texte fondateur, l'auteure met en évidence que : « Le terme d'accouchement naturel implique souvent travail et accouchement sans aucun type d'intervention, mais il peut arriver qu'une intervention soit utile et plus sûre pour l'enfant, ou bien qu'elle permette une expérience plus positive. L'accouchement autonome est celui dans lequel la femme est libre de faire exactement ce qu'elle veut, comme bouger ou rester alitée, et dans lequel c'est elle qui décide de quel type d'aide elle a besoin [...] que l'accouchement soit naturel ou assisté, simple ou compliqué, court ou long, avec ou sans analgésiques, on parlera d'autonomie quand c'est la femme qui accepte sa responsabilité personnelle, soupèse les avantages et les désavantages des différentes alternatives, arrive à prendre des décisions et a la liberté de les réaliser jusqu'au bout » (Kitzinger, 1984 : 298, voir référence en note 13, traduction de l'auteure).

## Conclusion

- 30 Pratique aux contours flous, l'accouchement naturel ne correspond finalement ni à une expérience complètement detechnicisée, ni à une expérience naturelle. Il s'agit d'une solution de compromis (Memmi, 2014) qui permet aux femmes de mettre à distance les discours et les pratiques de l'assistance médicalisée, sans pour autant renoncer à la sécurité de l'accouchement hospitalier. Contrairement à l'accouchement à domicile, les femmes (et les couples) qui font ce choix sont à la recherche d'une alternative, mais sécurisée par l'hôpital moderne. Interrogées sur la possibilité d'accoucher à la maison, beaucoup d'entre elles ont affirmé ne pas être attirées par cette possibilité<sup>16</sup> en avançant différents arguments : des raisons idéologiques, telle que l'envie de lutter contre le modèle médicalisé dans son lieu par excellence représenté par l'espace hospitalier, et/ou des raisons personnelles, à savoir l'envie de vivre jusqu'au bout l'expérience de l'accouchement, tout en pouvant compter sur la présence des gynécologues en cas de besoin (Viisainen, 2000). Cette hétérogénéité d'approches montre à quel point l'accouchement naturel est une pratique apte à dialoguer avec des croyances et des besoins diversifiés. Comme nous l'avons montré à travers le cas de Poggibonsi, des femmes ayant des profils sociaux différents y trouvent avant tout une réponse à leur envie de vivre une expérience d'accouchement autre que l'expérience hospitalière standard. Dans tous les cas, elles cherchent à se distinguer du rôle de patientes pour assumer celui d'entrepreneurs de soi. À l'intérieur de l'espace hospitalier, ces femmes jouent avec les techniques de la médecine moderne, sans se plier aux modèles d'assistance hégémoniques. Elles prennent ce qu'elles considèrent comme positif dans l'offre hospitalière et refusent ce qu'elles interprètent au contraire comme négatif pour leur expérience : elles ont recours aux échographies mais en une quantité moindre que la moyenne des femmes italiennes ; elles donnent naissance à l'hôpital, mais elles se comportent comme si elles étaient à la maison (elles portent les mêmes vêtements que chez elles et la présence d'aliments et de musique apportés de chez soi n'est pas rare) ; elles acceptent une éventuelle prise de médicaments pour le

déclenchement artificiel du travail, mais elles condamnent fortement l'accouchement sous péridurale (la douleur de l'accouchement étant considérée comme un motif de fierté pour celles qui la vivent, un élément nécessaire pour devenir vraiment mères). Dans la continuité de travaux de Sarah J. Brubaker et Heather E. Dillaway (2009), les résultats de notre étude en Italie invitent donc à dépasser l'opposition parfois stérile entre « accouchement médicalisé » et « accouchement naturel » au profit de la compréhension des expériences individuellement vécues et recherchées par les femmes concernées.

31 Dans le même temps, le modèle de l'accouchement naturel a pour enjeu la revalorisation de la pratique des sages-femmes. Dans ce modèle de naissance, en effet, le rôle des sages-femmes prime sur celui des obstétriciens, qui n'interviennent qu'en cas de problèmes. Bien que, dans les années 1970-1980, ce modèle ait été introduit par des gynécologues hommes (Jaubert, 1982), ses vraies protagonistes sont les sages-femmes. Comme cela émerge du cas de Poggibonsi, ce sont surtout elles qui ont contribué à l'intégration de l'accouchement naturel au sein de l'espace hospitalier et qui l'ont fait évoluer au cours du temps. Une transformation s'est alors produite qui, en favorisant le dialogue avec les possibilités de la médecine moderne, a étendu le rayon d'influence des sages-femmes dans le dispositif hospitalier.

32 Enfin, les résultats de notre recherche confirment les thèses développées, entre autres, par les travaux de Becky Mansfield (2008) : pour que l'accouchement soit considéré comme naturel, la dimension biologique de tout accouchement ne suffit pas. D'autres facteurs – tels que le parcours de préparation durant la grossesse et la participation active des compagnons – sont affirmés comme essentiels. La latitude laissée ici au corps et au biologique montre qu'on est dans la sphère du naturel, sans pour autant en épuiser le contenu : la naturalité (supposée) de ce modèle de naissance est faite aussi, et surtout, d'autres choses. En définitive, la spécificité de l'accouchement naturel – qu'il faudrait appeler ici naturalisé – réside dans cet équilibre particulier entre le corps biologique et d'autres éléments constitutifs. C'est sur la base de cet équilibre singulier que les sages-femmes en ont fait un atout pour leur profession, et que sa demande persiste depuis des années dans la maternité de Poggibonsi.

AKRICH M., 1996. Comment la naissance vient aux femmes : les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas. Paris, Broché.

BARKER K., 1998. « A ship upon a Stormy Sea : The Medicalisation of Pregnancy », *Social Science & Medicine*, 47 : 1067-76.

BRUBAKER S.J. et DILLAWAY H.E., 2009. « Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences », *Sociology Compass*, 3 : 31-48.

CARRICABURU D., 2007. « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et Société*, XXXIX, I : 123-144.

CHARRIER P. et CLAVANDIER G. (dir.), 2013. *Sociologie de la naissance*. Paris, Armand Colin.

COLOMBO G., PIZZINI F. et REGALIA A. (dir.), 1987. *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*. Milano, Franco Angeli Editore.

DAVIS-FLOYD R., 2001. « The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 1 : 5-23.

DAVIS-FLOYD R., 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkley/Los Angeles, University of California Press.

DESCARRIES F. et CORBEIL C., 1994. « Entre discours et pratiques : l'évolution de la pensée féministe sur la maternité depuis 1960 », *Nouvelles Questions Féministes*, 15, 1 : 69-94.

DESCARRIES F., 2002. « La maternité au cœur de débats féministes », In DESCARRIES F. et CORBEIL C. (dir.), *Espaces et temps de la maternité*. Montréal, Les Éditions Remue-Ménage : 23-50.

EHRENREICH B. et ENGLISH D. (dir.), 1983 [1973]. *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine*. Montréal, Remue-Ménage.

FAIRCLOTH C., 2013. *Militant Lactivism ? Attachment Parenting and Intensive Motherhood in the UK and France*. New York-Oxford, Berghahn.

FOX B., et WORTS D., 1999. « Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth : A Contribution to the Sociology of Birth », *Gender and Society*, 13, 3 : 326-346.

- GÉLIS J., 1984. *L'Arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne XVIe-XIXe siècle*, Paris, Fayard.
- GOJARD S., 2010. *Le métier de mère*. Paris, La Dispute.
- HALLGRIMSDOTTIR H.K. et BENNER B. E., 2014. « Knowledge is power : risk and the moral responsibilities of the expectant mother at the turn of the twentieth century », *Health, Risk & Society*, 16, 1 : 7-21.
- ISTAT, 2014. *Gravidanza, parto e allattamento al seno*. Roma [<http://www.istat.it/it/files/2014/12/gravidanza.pdf>, page consultée le 13 novembre 2017].
- JACQUES B., 2007. *Sociologie de l'accouchement*. Paris, Presses Universitaires de France.
- JAUBERT M.J., 1982. *Ces hommes qui nous accouchent*. Paris, Editions Stock.
- JORDAN B., 1983. *Birth in Four Cultures. A Cross-cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Montréal, Eden Press.
- KNIBIEHLER Y., 2007. *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*. Rennes, Editions de l'École Nationale de la Santé Publique.
- MACDONALD M., 2006. « Gender Expectations : Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada », *Medical Anthropology Quarterly*, 20, 2 : 235-256.
- 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*, 19 : 5-26.
- MANSFIELD B., 2008. « The social nature of natural childbirth », *Social Science & Medicine*, 66, 1 : 1084-1094.
- MARTIN E., 1987. *The women in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston, Beacon Press.
- MEMMI D., 2003. *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris, La Découverte.
- MEMMI D., 2014. *La Revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*. Paris, Seuil.
- MICHAELS P., 2014. *Lamaze : An International History*. Oxford, Oxford University Press.
- MITCHELL M. et McCLEAN S., 2014. « Pregnancy, risk perception and use of CAM », *Health, Risk & Society*, 16, 1 : 101-116.
- MOREL M-F., 2016. *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui*. Paris, Érès.
- NAMEY E.E., LYERYA.D. 2010. « The Meaning of Control for Childbearing Women in the US », *Social Science & Medicine*, 71 : 769-776.
- OAKLEY A., 1980. *Women Confined, Toward a Sociology of Childbirth*. London, Martin Robertson.
- PERROTTA D., 2009. « Il parto conteso. L'ostetrica tra discorso medico e discorso umanizzante », *Etnografia e ricerca qualitativa*, 3 : 191-215.
- PIZZINI F., LOMBARDI L., 1999. *Corpo medico e corpo femminile : parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Milano, Franco Angeli.
- QUAGLIARIELLO C., 2017. « Ces hommes qui accouchent avec nous. La pratique de l'accouchement naturel au l'aune du genre », *Nouvelles Questions Féministes*, 36, 1 : 82-97.
- ROTHMAN B.K., 1977. « The social construction of birth », *Journal of Midwifery & Women's Health*, 22, 2 : 9-13.
- ROTHMAN B.K., 1991. *In Labor : Women and Power in the Birthplace*, New York, Norton & Co.
- ROTHMAN B. K., 2016. *A Bun in the Oven : How the Food and Birth Movements Resist Industrialization*, New York, New York University Press.
- TEIJLINGEN VAN E., 2005. « A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth », *Sociological Research Online*, 10, 2 : [<http://www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html>, page consultée le 15 novembre 2017].
- THÉBAUD F., 1986. *Quand nos grands-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.
- THÉBAUD F., 2007. « Les mouvements féministes face à la naissance ». *Féminisme et naissance, Actes du colloque, Société d'Histoire de la Naissance* : 34-43.

VIISAINEN K. 2001. « Negotiating control and meaning : home birth as a self-constructed choice in Finland », *Social Science & Medicine*, 52 : 1109-21.

VUILLE M., 2005. « Le militantisme en faveur de l'Accouchement sans douleur », *Nouvelles Questions Féministes*, 24, 3 : 50-67.

## Notes

1 Une remarque s'impose à propos de catégories : « processus de procréation »/ « accouchement » / « expérience de maternité ». La première indique l'ensemble des moments dont se compose l'expérience d'enfantement ; la deuxième, une des étapes de ce processus ; la troisième tout ce qui a affaire non seulement avec l'expérience d'enfantement mais aussi avec l'éducation des enfants. Bien que ces catégories ne soient pas équivalentes sur le plan des contenus, elles se révèlent comparables quand on les examine du point de vue de la médicalisation/démédicalisation du travail reproductif, comme nous le verrons dans cet article.

2 Ces appellations ont été introduites par les défenseurs de ce modèle de naissance pour souligner les aspects qui le différencient de l'assistance classique à l'accouchement.

3 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 notre recherche.

4 Gaskin I.M., 1977. *Spiritual Midwifery*. Tennessee, Book Publishing Company.

5 Odent M., 1984. *Birth Reborn*, New York, Random House.

6 Une autre technique visant à la gestion non-médicalisée de la douleur de l'accouchement est la méthode de l'Accouchement sans douleur. Cette technique a été promue depuis les années 1950 par le Dr Fernand Lamaze dans la clinique des métallurgistes (Les Bleuets) de Paris. Sur l'histoire et la diffusion en Europe de cette technique, cf. Michaels (2014).

7 Balaskas J., 1984. *The Active Birth*. Partners Handbook. London, Sidgwick & Jackson.

8 This B., 1972. *Naître*, Paris, Aubier-Montaigne, Paris.

9 Leboyer F., 1974. *Pour une naissance sans violence*. Paris, Points Essais.

10 Braibanti L., 1993. *Parto e Nascita senza violenza*. Milano, Red Edizioni.

11 Outre la chambre de l'accouchement naturel (deux depuis 2001), la maternité comporte trois salles de travail et d'accouchement.

12 OMS, 1985. *Appropriate Technology for Birth*, The Lancet, London, Elsevier.

13 OMS, 1989. *Protecting, Promoting and Supporting the Breast-Feeding : the special role of maternity services*, Genève.

14 Comme les analyses publiées par l'Institut National des Statistiques (ISTAT, 2014) le montrent, pour le même nombre d'accouchements annuels, dans le reste des hôpitaux italiens 78 % des naissances se déroulent en position gynécologique ; dans 34,7 % des cas, une épisiotomie est effectuée ; le déclenchement artificiel du travail concerne 22% des naissances ; dans 32 % des cas, une rupture artificielle de la poche des eaux est réalisée ; le taux de péridurale correspond à 25 % des naissances et le taux de césariennes représente 36,3 % des accouchements.

15 Kitzinger S., 1984. *A Celebration of Birth. The Experience of Childbirth*. London, Penguin Edition.

16 L'accouchement à domicile est autorisé par la loi italienne. Cette possibilité est cependant soumise à un certain nombre de restrictions. La distance entre la maison de la parturiente et l'hôpital, par exemple, ne doit pas dépasser 20-30 minutes. L'assistance à domicile est assurée par les sages-femmes, pour un tarif compris entre 2 500 et 3 000 euros. Cette somme – qui couvre l'assistance à la grossesse, la délivrance et le post-partum – n'est remboursée aux femmes par le système sanitaire national que dans certaines régions d'Italie. Dans les autres cas, comme en Toscane, les femmes qui font le choix d'accoucher à domicile doivent payer personnellement l'assistance de la sage-femme. Depuis les années 1980, le pourcentage de femmes qui accouchent à domicile a légèrement augmenté en Italie, mais ce phénomène reste très marginal (moins de 1 %).

## Pour citer cet article

Référence électronique

Chiara Quagliariello, « L'accouchement naturel contre l'hôpital moderne ? », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 15 | 2017, mis en ligne le 30 novembre 2017, consulté le 22 avril 2019. URL :

## Auteur

**Chiara Quagliariello**

CEMS / EHESS, 54 Boulevard Raspail, 75006 Paris, France, [chiara.quagliariello@ehess.fr](mailto:chiara.quagliariello@ehess.fr)

---

## Droits d'auteur



Anthropologie & Santé est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.