



HAL
open science

Étude qualitative portant sur les déterminants sociologiques construisant les représentations que les femmes nullipares ont de l'accouchement instrumental

Margot Agnard

► **To cite this version:**

Margot Agnard. Étude qualitative portant sur les déterminants sociologiques construisant les représentations que les femmes nullipares ont de l'accouchement instrumental. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04186284

HAL Id: dumas-04186284

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04186284v1>

Submitted on 23 Aug 2023

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2023

**ÉTUDE QUALITATIVE PORTANT SUR LES DÉTERMINANTS SOCIOLOGIQUES
CONSTRUISANT LES REPRÉSENTATIONS QUE LES FEMMES NULLIPARES ONT DE
L'ACCOUCHEMENT INSTRUMENTAL**

MÉMOIRE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Par M^{me} Margot AGNARD

[Données à caractère personnel]

MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 23/05/2023

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Présidente du jury :

M^{me} SAVOY Delphine

Membres :

D^r PELLE Julien (vice-président)

D^r GUILLAND Marie-Laure (directrice de mémoire)

M. DI MARCO Lionel (co-directeur de mémoire)

M^{me} LEMMENS Anne (Sage-femme invitée)

L'UFR de Médecine de Grenoble et le Département de Maïeutique n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

ÉTUDE QUALITATIVE PORTANT SUR LES DÉTERMINANTS SOCIOLOGIQUES CONSTRUISANT LES REPRÉSENTATIONS QUE LES FEMMES NULLIPARES ONT DE L'ACCOUCHEMENT INSTRUMENTAL

Résumé

Objectifs : Nous étudions dans ce mémoire les représentations que les femmes ont de l'accouchement instrumental. L'objectif est de comprendre ce qui vient les construire, permettant d'améliorer et de personnaliser les informations données pendant la grossesse, en fonction des femmes ou des groupes à qui l'on s'adresse.

Méthodes : Ce mémoire qualitatif est basé sur des entretiens semi-directifs. Les femmes interrogées sont des nullipares, enceintes de leur premier enfant.

Résultats : Les représentations de l'accouchement instrumental sont multiples et souvent basées sur des craintes. Les déterminants sociologiques construisant ces représentations sont des interactions que les femmes interrogées ont avec le monde qui les entoure : leur famille, leurs ami.e.s, les réseaux sociaux, la télévision, les professionnel.e.s de santé...

Conclusion : Pour apporter une information adaptée, il est nécessaire d'étudier et de comprendre le contexte social de la femme et du groupe pour anticiper les représentations.

Mots Clefs : Représentation - Interaction sociale - Extraction instrumentale

QUALITATIVE STUDY ON SOCIOLOGICAL FACTORS BUILDING REPRESENTATIONS OF INSTRUMENTAL CHILDBIRTH IN NULLIPAROUS WOMEN

Abstract

Objectives: In this thesis we study the representations that women have of instrumental childbirth. The aim is to understand what builds them. The aim is to improve and personalise the information given during pregnancy, according to the women or groups we are addressing.

Methods: This qualitative dissertation is based on semi-structured interviews. The women interviewed were nulliparous women, pregnant with their first child.

Results: The representations of instrumental childbirth are multiple and often based on fears. The sociological determinants building these representations are interactions they have with the world around them: their family, their friends, social networks, television, health professionals...

Conclusion: To provide appropriate information, it is necessary to study and understand the social context of the woman and the group, to anticipate the representations.

Keywords : Representation - Social interaction - instrumental extraction

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

- Présidente du jury : M^{me} SAVOY Delphine, Sage-femme enseignante, Département Maïeutique, UGA
- Vice-Président du jury : D^r PELLE Julien, Gynécologue Obstétricien, Retraité
- Directrice de mémoire : D^r GUILLAND Marie-Laure, Docteure en Socio-anthropologie, UGA
- Co-directeur du mémoire : M. DI MARCO Lionel, Sage-femme PhD, Département de Maïeutique, UGA
- Sage-femme invitée : M^{me} LEMMENS MARZINIAK Anne, Sage-femme coordinatrice de salle de naissance – SAUGO, Centre Hospitalier Métropole Savoie

Je remercie plus particulièrement :

– M. Lionel DI MARCO, Sage-Femme PhD, Directeur du Département de Maïeutique, UGA :

Pour ses précieux conseils et le temps accordé aux relectures

– M^{me} Marie-Laure GUILLAND, Docteure en Socio-anthropologie, UGA :

Pour l'intérêt porté à ce sujet

– Mme Delphine SAVOY :

Pour sa patience et son accompagnement au long de ces quatre années

– Evan :

Pour sa présence dans les moments plus difficiles

– Ma famille :

Pour m'avoir soutenue dans ce projet depuis le début, notamment Camille pour ses capacités en orthographe, syntaxe et grammaire

– Ma promotion et mes copines :

Pour leur joie de vivre et les incroyables années qu'elles m'ont apportées

Table des matières

Abréviations	1
Introduction	2
Méthodes	5
1 Type d'étude	5
2 Entretien.....	5
3 Recrutement et populations.....	6
4 Retranscription et Analyse.....	6
Résultats et Discussion.....	8
1 Présentation de l'étude	8
1.1 Validité et limites	8
1.2 L'échantillon.....	11
2 Place de l'enfant dans les représentations.....	12
2.1 Un projet parental élaboré, la source des représentations	12
2.2 L'extraction instrumentale et la crainte d'une déformation fœtale	13
2.3 L'arrivée du médecin, synonyme d'urgence	17
2.4 Conclusion.....	20
3 Place de la femme dans les représentations	21
3.1 Processus de médicalisation de l'accouchement et ses conséquences.....	21
3.2 La femme au cœur de son accouchement	22
3.3 Crainte d'une atteinte corporelle	28
3.4 Conclusion.....	31
4 Attaches émotionnelles à l'accouchement instrumental.....	33
4.1 Rôle de la préparation à la naissance	33
4.2 Représentation pragmatique de l'accouchement instrumental	34
4.3 Conclusion.....	38
5 Représentation difficile ou inexistante	39
5.1 La place de l'influence sociale	39
5.2 Connaissances limitées des instruments.....	39
5.3 L'effet des groupes d'appartenance sur les représentations de l'accouchement instrumental	41
5.4 Conclusion.....	44

Conclusion.....	45
Références bibliographiques.....	47
Annexe 1 : Grille d'entretien.....	49
Annexe 2 : Photos sélectionnées	53
Annexe 3 : Documents remis aux patientes	54
Annexe 4 : Naissance par voie basse instrumentale	56

Abréviations

CHUGA	Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes
GHR	Grossesse à Haut Risque
AG	Âge Gestationnel
PNP	Préparation à la Naissance et à la Parentalité
HAS	Haute Autorité de Santé

Introduction

« Le cœur a faibli pendant l'accouchement donc j'ai dû me "dépêcher" sinon c'était la ventouse parce qu'il fallait absolument le sortir. » (1)

Ce témoignage, extrait d'un forum de grossesse, a été publié en juillet 2022. Il s'accompagne d'autres récits d'accouchement dans lesquels nous retrouvons la même formulation.

En tant qu'étudiant.e ou professionnel.le de santé en salle d'accouchement, nous avons tous.tes déjà entendu ou utilisé ces formules :

« Si le bébé n'avance pas assez, j'appellerai le médecin »

« Je vous laisse encore une contraction, mais celle d'après je vous aiderai un peu » (2)

Ces tournures de phrase permettent de prévenir la femme de la suite de la prise en charge, mais aussi d'essayer de la motiver dans les derniers moments, souvent difficiles, de l'expulsion. Lors de mes différentes expériences en salle d'accouchement, j'ai pu constater que les réactions lors de l'utilisation d'une aide médicale sont diverses. Les instruments apportent une aide la naissance dans des moments où la mère est épuisée, après plusieurs dizaines de minutes d'efforts expulsifs. Ils peuvent aussi apporter une aide en cas de détresse fœtale (3).

J'ai pu observer que les parents ressentent les inquiétudes des soignant.e.s, notamment avec les regards, les intonations de voix, mais aussi les sons émanant des équipements de surveillance : le rythme cardiaque fœtal pouvant diminuer et augmenter au fil des contractions, le monitoring manifestant la tachycardie maternelle. Cet ensemble d'éléments gestuels et auditifs pousse les futurs parents à interpréter le degré de gravité et d'urgence de la situation.

L'aide médicale apparaîtrait ainsi comme un soulagement aux yeux des couples. Cependant, certaines femmes expriment l'envie d'une utilisation réduite des instruments et manifestent parfois à l'écrit le souhait de ne pas avoir recours à une aide instrumentale. D'autres femmes

n'évoqueront jamais les instruments pendant la grossesse : est-ce par méconnaissance ? Ou par indifférence vis-à-vis de ces aides ?

Les extractions instrumentales représentent 12% des accouchements par voie basse. Dans plus de la moitié des cas, la ventouse est utilisée, suivie par le forceps et les spatules (tableau 2) (4).

Nous nous intéresserons dans ce mémoire aux représentations que les femmes ont de l'accouchement et plus précisément à l'accouchement instrumental.

Quels sont donc les déterminants sociologiques construisant les représentations que les femmes nullipares ont vis-à-vis de l'accouchement instrumental ?

L'objet de ce travail est de tenter d'analyser par un versant sociologique et d'essayer de comprendre ce qui peut, dans la vie et l'environnement de ces femmes, influencer leur vision de l'accouchement. Les représentations sociales concernent l'ensemble des croyances, des connaissances et des opinions qui sont produites et partagées par les individus d'un même groupe (5). Cette notion de groupe peut être définie par la théorie de l'interactionnisme. Selon elle, l'individu est un acteur interagissant avec les éléments sociaux. Il dispose de sens et d'une capacité d'interprétation lui permettant de réagir aux normes et aux règles. Le sujet est libre de décision dans un système sous influence. Toute action est accomplie en fonction des autres, en se mettant à leur place, et en prévoyant leur réaction. L'interprétation est donc au cœur de ce mécanisme, elle est pratiquée par tous les individus et est au cœur du lien social ; elle est modulée par les classes sociales, les groupes culturels, les histoires personnels, le genre, l'âge, etc. Nous représentons tous une multitude de groupes modulant notre regard et celui des autres sur les expériences à venir (6). Il en est de même pour les représentations que les femmes ont de la naissance instrumentale, elle est influencée par les différents groupes sociaux gravitant autour d'elles.

Nous voulons avoir la vision de femmes se projetant pour la première fois dans l'accouchement et ayant la possibilité d'accoucher par voie basse.

L'objectif est d'étudier les représentations que ces femmes ont de l'accouchement instrumental et de les mettre en lien avec leurs contextes sociaux. En comprenant les déterminants sociologiques influençant leurs réponses, nous pourrions approfondir notre interrogatoire de début de grossesse et adapter notre discours, pendant la grossesse et les cours de préparation à la naissance.

Nous étudierons d'abord la place de l'enfant, puis la place de la femme dans ces représentations. Puis nous regarderons plus précisément les attaches émotionnelles qu'il peut y avoir face à l'accouchement instrumental. Enfin, nous discuterons de la difficulté pour certaines femmes de formuler les représentations qu'elles ont de l'aide instrumentale.

Méthodes

1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude **qualitative et descriptive**. Les femmes sont interrogées lors d'un entretien **semi-directif** de façon **transversale**. Nous avons choisi de réaliser le recueil de données au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble Alpes (CHUGA) pour des questions de faisabilité. Les entretiens se sont déroulés du 14 novembre 2022 au 31 janvier 2023 de manière **prospective** et **monocentrique** dans les services du CHU accueillant des nullipares en cours de grossesse : les consultations obstétricales et la grossesse à haut risque (GHR).

J'ai reçu l'accord de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) et du Responsable médical du département Universitaire de Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction : le professeur Didier RIETHMULLER. Enfin, j'ai recueilli l'accord des cadres des services concernés pour effectuer le recrutement et les entretiens au sein de l'hôpital.

2 Entretien

Les entretiens sont basés sur la grille d'entretien construite au préalable (Annexe 1). En cours d'étude, la grille a été réajustée en fonction des éléments d'analyse des premiers entretiens. La grille a été testée et validée lors de deux premiers entretiens effectués avec des connaissances n'ayant jamais eu d'enfants. Ces essais ont permis de vérifier la formulation et la compréhension des questions. La grille d'entretien comprend trois questions semi-directrices. J'ai pris des photos des trois types d'instruments (forceps, spatules, ventouse) en essayant de sélectionner les images les plus neutres, en vue de produire un discours personnel (Annexe 2).

3 Recrutement et populations

Avant l'entretien, les critères d'inclusion et les conditions de réalisation sont expliqués à la patiente concernée. Un consentement à la captation de la voix ainsi qu'une lettre d'explication lui sont donnés (Annexe 3). Le consentement est recueilli après un temps de réflexion laissé à la femme pour lui permettre de comprendre les enjeux du mémoire. Les coordonnées des patientes ne sont pas demandées et les entretiens sont anonymisés à l'aide d'un numéro. Les participantes recrutées sont des **femmes nullipares** sans expérience de l'accouchement. Les femmes ayant une césarienne programmée sont exclues de l'étude, l'image de l'accouchement voie basse étant détachée de ce qu'elles vont vivre. Toutes les femmes ayant déjà vécu un accouchement par voie basse sont exclues : les femmes multipares, mais aussi les femmes nullipares multigestes ayant eu une fausse couche tardive ou une interruption médicale de grossesse. Les représentations qu'elles ont de la naissance à venir peuvent être influencées par les premiers accouchements vécus. Toutefois, les femmes ayant recouru à l'interruption volontaire de grossesse ou ayant eu une fausse couche précoce sont incluses dans l'étude.

4 Retranscription et Analyse

Les échanges sont enregistrés par un dictaphone et retranscrits le plus fidèlement possible grâce au logiciel Sonal. Des thématiques émergent de chaque entretien et permettent de créer un guide de codage. Une triangulation de sources est utilisée pour augmenter la fiabilité de mes résultats. Ainsi les patientes choisies ont chacune des caractéristiques différentes, notamment au niveau de l'âge, de la profession, ou de l'âge gestationnel.

Les entretiens sont faits jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'un entretien n'apporte plus de nouvelles informations.

Dans l'analyse, les entretiens sont nommés par des chiffres allant de 1 à 9. Lors de la citation d'un verbatim, le terme entretien sera remplacé par E, ainsi, l'entretien 1 sera nommé E1.

Résultats et Discussion

1 Présentation de l'étude

1.1 Validité et limites

- Construction de la grille d'entretien

La grille d'entretien part du général pour aller vers le particulier. La thématique principale est ainsi abordée progressivement. La première question sur l'accouchement en général est une question ouverte permettant de commencer l'entretien en laissant les femmes s'exprimer. Il existe une multitude de façons différentes de répondre à cette question, elle met alors les patientes en confiance, en définissant le thème global du questionnaire (7).

Le scénario induit la médicalisation, sans directement parler d'accouchement instrumental. Il permet aux femmes interrogées d'être observatrices d'une scène et de se plonger dans le décor et l'ambiance de la salle d'accouchement. Nous évoquons « une femme » sans que l'interrogée soit mise directement à sa place. Ce choix a pour but de susciter une réaction, sans y apporter une attache émotionnelle qui soit trop personnelle.

La dernière question de l'entretien permet d'interpréter plus précisément la vision de l'accouchement instrumental. En effet, alors que dans les deux premières questions, nous restions parfois en surface de l'aide à la naissance, grâce à cette dernière, j'ai pu obtenir des discours nuancés et riches d'informations poussant plus les femmes à l'introspection (8). L'image permet de susciter des émotions. Le matériel textuel ou verbal maintient dans une voie de pensée rationnelle, alors que le message visuel a un impact plus émotif (9).

- Le recrutement

J'ai effectué le recrutement lors d'un stage dans le service de GHR, qui était pour moi un des seuls stages me permettant d'être en contact avec des femmes nullipares dans la première moitié de l'année. Cependant, ce recrutement a pour conséquence que 4 femmes présentes une pathologie pour elles ou pour l'enfant et 3 femmes vont être déclenchées dans les heures ou les jours à suivre. Ces femmes sont plus à risque d'avoir des complications au moment de l'accouchement (prématurité, infection néonatale, extraction instrumentale, césarienne...) et elles en ont consciences. Leur vision de l'accouchement n'est donc pas représentative de celle de la population générale.

Dans l'idéal, le recrutement aurait dû se faire jusqu'à saturation des données. Cependant après ce stage en GHR, les entretiens se sont arrêtés par difficulté de recrutement plutôt que par saturation des données. Les deux dernières femmes ont été recrutées directement dans le service de consultation.

La saturation des données a été difficile à évaluer car je n'ai pas fait émerger un guide de codages comme je le pensais, mais plutôt des grandes idées m'ayant permis de comparer les entretiens. Ces grandes lignes sont retrouvées dans chaque entretien, il n'y a pas de thématique apparaissant au fur et à mesure de l'analyse.

- Les entretiens

Ma grille d'entretien a été construite dans l'idée d'interroger des femmes seules, sans la présence de leur conjoint. En effet, en fonction du rapport qu'il existe au sein du couple, les réponses des femmes peuvent être différentes si elles sont seules, ou écoutées par un tiers. De plus, les conjoints pourraient intervenir et apporter des éléments de réponses auxquelles les femmes n'auraient pas pensé. Un de mes entretiens s'est déroulé avec la présence du conjoint. Ce dernier

a apporté quelques éléments de réponses qui ont permis d'apporter une variété dans les réponses.

Les deux derniers entretiens ont dû se dérouler par appel téléphonique, ce qui ne permet pas d'apprécier visuellement les réactions des femmes interrogées.

- L'analyse

J'ai réalisé que les entretiens étaient pauvres en question de relance, ou en tout cas, en question de relance utile, notamment celles permettant de comprendre le contexte social présent autour des femmes interrogées. Cette limite constatée lors de l'analyse du contenu aurait pu être contournée en réalisant de nouveaux entretiens avec une grille d'entretien étoffée. Cependant, au vu du temps d'enquête limité, cette étape supplémentaire n'a pu être réalisée et la limite constatée lors de l'analyse n'a donc pas pu être levée. Si une enquête complémentaire à celle menée dans ce mémoire devait être menée, ce point devra donc faire l'objet de vigilance lors d'éventuels autres entretiens

1.2 L'échantillon

	Âge	Profession	ÂG*	PNP**	Durée
Entretien N°1	33	Interne en médecine	33SA	Non	46'
Entretien N°2	22	Aide-soignante	39SA	Oui	37'
Entretien N°3	30	Affrèteuse	40SA	Oui	40'
Entretien N°4	23	Directrice RH	35SA	Non	50'
Entretien N°5	26	Sans emploi	29SA	Non	45'
Entretien N°6	32	ATSEM en école	35SA	Oui	37'
Entretien N°7	24	Caissière en grande surface	41SA	Oui	40'
Entretien N°8	28	Cheffe de projet	35SA	Oui	70'
Entretien N°9	34	Architecte	25SA	Non	50'
*AG : Age Gestationnel					
**PNP : Préparation à la Naissance et à la parentalité					

Tableau 1- Population d'étude

Les entretiens se sont déroulés de décembre 2022 à janvier 2023. La majorité des participantes a été recrutée dans le service de GHR de l'Hôpital Couple Enfant lors d'un stage en décembre 2022.

Deux femmes ont été recrutées en consultation en janvier 2023.

Les femmes recrutées sont des nullipares entre 22 et 34 ans. Elles ont toutes accepté de participer à l'étude.

Les entretiens ont duré entre quarante minutes et une heure et quart. Pour les patientes recrutées en GHR, 8 d'entre elles étaient seules et l'une d'entre elle était accompagnée de son conjoint. Les deux derniers entretiens ont été effectués par appel téléphonique.

2 Place de l'enfant dans les représentations

2.1 Un projet parental élaboré, la source des représentations

Depuis les années 1950, la configuration de la naissance a évolué. L'accès à l'avortement et à la contraception a redéfini la relation entre parents et enfant. L'enfantement n'est plus, comme traditionnellement, un devoir familial assurant la descendance. Il est aujourd'hui le fruit d'un projet parental. Les couples ont le choix de savoir quand ils veulent avoir un enfant, souvent conditionné au fait de pouvoir accueillir ou non le nouveau-né (au niveau de la relation de couple, mais aussi des biens matériels). La grossesse et la naissance sont donc plus rares et plus investies par les couples (projet de naissance). Tout se reporte sur le bébé à venir, de manière de plus en plus précoce (annonce de la grossesse, choix du prénom) (10).

Ce projet parental est retrouvé dans les entretiens tout d'abord avec l'envie et l'impatience d'accueillir le nouveau-né.

*E5 : « D'accueillir mon bébé dans mes mains pour la première fois, **j'aimerais savoir l'effet que ça fait.** »*

Mais aussi avec la présence du père, amené à être investi à toutes les étapes de la grossesse et l'accouchement (11).

*E6 : « Je sais pas si je voulais les faire les cours de **préparation à la naissance**, mais au final j'avais eu un premier rendez-vous et même **pour le futur papa**, qui connaît pas du tout, du coup **il apprend des choses** et puis voilà ».*

L'échographie alimente cet investissement précoce en identifiant le sexe du bébé ou les malformations de la grossesse. Ces examens systématiques peuvent renforcer l'idée que la grossesse et l'accouchement sont des périodes à risque pour la mère et l'enfant, même pour une femme ne présentant aucune pathologie. Cela peut pousser certaines femmes ayant des grossesses à bas risque à accoucher dans des maternités de niveau III (10).

*E3 : « Eh bien moi oui, pour mon premier, psychologiquement, **je veux accoucher à l'hôpital** (de niveau III). On sait jamais, **on peut jamais prévoir** comment va se passer un accouchement. »*

Ce besoin de bénéficier de toute l'aide médicale disponible pour l'enfant montre qu'il y a aussi beaucoup de crainte autour de cette arrivée. Nous retrouvons ces angoisses dans les représentations de l'accouchement instrumental. Ces peurs sont provoquées par la crainte d'un acte qui peut être douloureux et déformant pour le bébé, mais aussi par l'arrivée du médecin, synonyme d'urgence pour assurer la santé du nouveau-né.

2.2 L'extraction instrumentale et la crainte d'une déformation fœtale

Les complications fœtales sont abordées plutôt avec les photos et concernent en général la déformation du crâne.

- Réorganisation des informations

Pour l'interne en médecine, les photos semblent lui rappeler des souvenirs de ces cours théoriques montrant des images de déformation de la boîte crânienne très importante permettant l'apprentissage théorique.

*E1 : «Ça m'évoque des **têtes méga allongées de bébés** les ventouses. »*

Ce verbatim montre qu'une quantité importante d'information peut parfois provoquer une confusion entre l'objet (ici l'aide instrumentale) et les représentations qu'on s'en fait (la tête allongée des nouveau-nés). Une des effets indésirables pouvant survenir avec la ventouse est le céphalhématome, une complication de bon pronostic à court terme (12). Cependant la tête du fœtus peut aussi être déformée au moment de l'accouchement. En effet, dans certains cas, les os du crâne, mais également le cerveau, se déforment lors du passage dans le bassin, provoquant

une forme conique de la tête en « pain de sucre », correspondant aussi à cette description de « tête allongée » (13).

Les photos de déformation du crâne après la naissance semblent donc être attribuées aux accouchements instrumentaux. On retrouve aussi cette confusion dans l'entretien 7.

*E7 : « C'est pour **aider le bébé à sortir**. Ça **m'évoque de la peur** (rigole). Ça fait un peu flipper... Parce que **je pense que ça fait mal** [au bébé]. [...] Il y en a souvent qui disent, **je sais pas si c'est un mythe**, que si c'est utilisé pour le bébé, **la tête est longue**, je sais pas quoi. »*

La femme interrogée manifeste de l'incertitude dans ses propos. Elle associe la déformation du crâne constatée sur la photo à l'usage d'un instrument mais semble douter de la crédibilité de cette explication en la qualifiant de « mythe ». En poursuivant l'entretien, elle évoque une autre cause possible de la déformation du crâne, entendue dans l'émission de télé *Baby-Boom*.

*E7 : « Bah parce que j'ai vu euh pareil, **sur Baby-Boom**. Quand il sortait, il avait **une petite bosse**. Mais ça, j'ai vu que c'étaient **les accouchements en général**, parce que vu que quand il **passe dans le bassin**, les os sont durs, donc **la tête elle doit forcément s'adapter**... Après **c'est pas forcément vrai**... »*

Bien qu'une autre explication de la déformation du crâne plus crédible lui soit apportée dans l'émission, la femme interrogée ne paraît plus savoir démêler le vrai du faux, faisant persister sa crainte envers les instruments. Ces émissions apportent beaucoup d'informations, qui peuvent sembler crues. Leur but est de faire de l'audience, pour cela les accouchements les plus originaux et atypiques vont être choisis pour être diffusés. L'accouchement est alors présenté comme un événement intense, une situation d'urgence, parfois dangereuse. Bien que ces émissions puissent parfois être une source d'informations réalistes, suivant des femmes dès le début du travail

jusqu'à l'accouchement, cette réalité peut tout de même être romancée, créant beaucoup d'angoisse chez les futures mamans.

*E7 : « Moi quand je regardais ça me **faisait tellement peur** que j'avais des **crampes au ventre**. J'étais à 6 mois. **L'accouchement me faisait peur** (rigole). »*

Il semble que les informations inquiétantes que l'on reçoit (déformation de la tête fœtale) sont plus fréquemment associées à des objets provoquant déjà la crainte (accouchement instrumental), afin d'éviter de les associer à l'évènement en lui-même, qui ne peut être évité (l'accouchement). Ce phénomène est observé à l'échelle du groupe.

*E4 : « Oui parce que en fait c'étaient des **vidéos** où il y avait un bébé avec **une tête un peu longue** et les gens disaient "**ça c'est à cause du forceps**". Et j'étais allée voir pour voir ce que c'était, car je me demandais ce qui pouvait faire ça. C'était un peu **la curiosité**, vu qu'on est un peu dedans, dans les commentaires ça expliquait "**ça c'est les forceps pendant l'accouchement**", d'autres qui disaient "**non c'est pas le forceps qui fait ça, il est resté trop de temps dans le col**" ou je sais pas quoi et donc du coup c'est pour ça que je suis allée voir, vu qu'ils utilisent un terme que je connaissais pas, c'était de la curiosité de comprendre de quoi ça parlait dans le commentaire »*

- Dénier des informations

Parfois, ces craintes peuvent également naître lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) établit des compétences à acquérir par la femme enceinte lors des préparations à la naissance. Comprendre le déroulement des interventions au cours du travail (extraction instrumentale, césarienne) en fait partie (14). Cependant, les femmes ne sont pas toujours préparées à recevoir ce type d'information et en prendre connaissance peut parfois être source d'inquiétude.

E6 : « Euh oui, elle nous a parlé, des... **Des instruments pour aider à sortir le bébé** et ça, **on nous en avait jamais parlé**. Et quand on a commencé le cours et qu'elle a commencé à en parler, elle nous a dit que d'habitude **ça choquait un peu les...** Mais du coup quand elle a commencé à en parler, sur **comment ils s'en servaient pour euh...** C'est vrai que **ça choque un peu**. Après, elle nous a parlé de **la ventouse** pour euh... Sortir bébé aussi. Mais sinon à part ça... Elle nous dit toujours **qu'il faut pas dramatiser la chose, qu'il faut pas s'inquiéter**. Les instruments et la ventouse ce sont des choses qui... On est ressorti, ça nous a un peu choqués quoi. »

On observe dans ce verbatim un manque d'assurance dans ce qu'elle me décrit, de l'hésitation, comme si certains mots utilisés peuvent être tabous et non-dit à voix haute. Nous constatons une répétition du mot « choqué ». De plus, dans la suite de l'entretien, elle n'a jamais reparlé d'instrument, ni après le scénario, ni après les photos. Pourtant ces informations posent par la suite beaucoup de questions.

E6 : « Et du coup je me suis dit "**est-ce qu'il sera marqué [...] [est-ce qu'] il sera, entre guillemet, traumatisé**". C'est vraiment quelque chose qui m'a choquée quand elle [la sage-femme libérale] m'a sorti les instruments »

Les séances de préparation à la naissance consistent en une consultation avec un.e professionnel.le de santé permettant d'expliquer le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum (15). Il semblerait que certaines femmes ne soient pas prêtes à entendre toutes les informations qui doivent être données. Une fois ces informations choquantes reçues, on constate comme un déni de l'information de la part de ces femmes. Elles ne veulent plus y penser et ne posent alors pas les questions nécessaires pour se rassurer à la sage-femme le jour du cours. La femme interrogée ci-dessus est Agente Territoriale Spécialisée des Écoles Maternelles (ATSEM) et est par conséquent en contact au quotidien avec des enfants en bas âge.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que s'occuper régulièrement d'enfant la pousse probablement à s'inquiéter d'avantage sur les conséquences à long terme de l'extraction instrumentale sur son bébé. De plus, elle a suivi une préparation à la naissance relatant différents scénarios possibles pour l'accouchement allant du « meilleur déroulement » au « pire scénario ».

*E6 : « En fait, vu que j'ai fait les préparations à la naissance, on a fait **plusieurs scénarios** et j'avoue que le **scénario rêvé**, elle [la sage-femme] me dit "**ça peut arriver**", mais **souvent ça se passe pas comme prévu**. J'espère toujours un scénario rêvé, mais bon... **On verra bien.** »*

Sans les questions de relance, elle évoque seulement le scénario « rêvé ». Cette vision dichotomique pourrait la pousser à ne retenir consciemment que les scénarios qu'elle préfère et rejeter ceux qui ne lui conviennent pas, tant qu'on ne lui en parle pas.

2.3 L'arrivée du médecin, synonyme d'urgence

L'urgence peut être évoquée avec la deuxième question dans laquelle une notion de temps est présentée.

*« Imaginez une femme se trouvant en salle de naissance. **Elle commence** les efforts expulsifs avec la présence de la sage-femme pour que son enfant puisse naître. **Au bout d'un moment**, la sage-femme explique que le travail avance bien, mais qu'il faudrait que l'enfant soit né à la prochaine contraction, sinon elle devra appeler le médecin. À la fin de la poussée suivante, l'enfant n'est pas sorti, la sage-femme appelle le médecin. **Au bout de quelques instants**, il entre dans la salle. »*

Nous parlerons parfois dans cette partie d'aide médicale. Mon mémoire porte sur l'extraction instrumentale, mais je n'en parle pas toujours explicitement, comme dans ce scénario. Ce dernier induit seulement l'idée qu'une aide à la naissance est nécessaire. Certaines femmes pensent ainsi à la césarienne, alors que d'autres pensent aux instruments.

- Conséquence d'un faible apport théorique

Dans l'entretien 1, la femme interrogée est interne en médecine et a fait son internat d'obstétrique quelques années auparavant. Elle m'explique que lors de cet internat, elle n'a vu que des situations d'urgence, soit exclusivement des accouchements nécessitant la présence du médecin.

*E1 : « Mais plus pour l'urgence de la situation du truc où on te dit "**bon là quand même, il faut qu'il naisse**" ou euh en tout cas moi, dans ma projection de ce qui va se passer derrière, c'est **qu'il commence un peu à en souffrir**, enfin voilà, je pense que je commencerais un peu à stresser, ça me ferait monter un peu en pression. [...] Je pense que la montée en pression elle est surtout pour **l'urgence pour le bébé**. »*

Cette femme interrogée a, du fait de son expérience en tant que professionnelle de santé, une appréciation de l'urgence différente d'autres femmes qui vont parler plutôt d'urgence vitale.

*E4 : « Oui j'imagine que c'est **une urgence vitale** s'il faut que le bébé sorte à la prochaine poussée, moi je dis que ça serait une **césarienne d'urgence** ou quoi. »*

Cette femme a 23 ans, elle sort tout juste d'une licence en gestion de l'économie. Elle est la première de sa famille et de ses amies à avoir un enfant et n'a pas encore fait de préparation à la naissance. L'urgence est souvent comprise par les femmes avec ce scénario, mais une femme ayant de grandes notions de théorie en obstétrique aura plus de facilité à montrer des craintes proportionnées à la situation, décrite par une « *montée progressive en pression* ». Les femmes n'ayant pas ces notions théoriques passeront d'un état d'intensité dû à l'accouchement à un état d'angoisse maximal lié à l'idée de la césarienne d'urgence.

On peut alors se demander à ce stade de la réflexion si une grande quantité d'information théorique permettrait de mieux apprécier l'urgence de la situation.

- Conséquence d'un fort apport théorique

Dans l'entretien 6, la femme interrogée a fait une préparation à la naissance et a beaucoup de témoignage de son entourage. Elle explique que ces cours étaient très intenses et ne lui permettaient pas de retenir toutes les informations. Elle est ATSEM et ne fait pas partie du milieu médical, certaines notions lui sont donc étrangères.

*E6 : « Euh et bien il y a les cours de préparation à la naissance avec la sage-femme, vu qu'on a prévu pas mal de cours c'est chaque cours avec chaque thème différent et c'est un peu comme ça (fait un signe de carré avec ses mains pour témoigner d'une organisation stricte et rigoureuse), donc **il y a un peu des choses qui sont passées à la trappe**. C'est vrai **qu'elle détaille vachement**. Vu que chaque cours à son thème, elle détaille avec **des termes dans le médical**, mais du coup bah des fois **ça nous parle même pas**. »*

Même si la sage-femme lui a parlé d'instruments au cours de la préparation à la naissance, la quantité d'informations transmises est telle que cette femme éprouve une difficulté à hiérarchiser l'ensemble des connaissances apprises.

*E6 : « Enfin je pense. Après s'il voit bah **que le bébé il sort pas et que ça peut jouer sur la santé du bébé et de la maman**, bah après je pense **qu'ils partiront en césarienne**. »*

Dans le cas de cette femme, certaines notions de la préparation à la naissance se sont perdues dans le flux d'informations très importantes. Ses connaissances sur les instruments sont encore abstraites et ne semblent pas lui revenir spontanément après le scénario. On peut se demander si une quantité d'informations trop importante reçue en peu de temps n'implique pas un tri de ces mêmes informations, non pas par rapport à leur importance mais en fonction de notre familiarité et de notre intérêt pour celles-ci ?

2.4 Conclusion

L'enfant a une grande place dans les représentations de l'accouchement instrumental. Huit femmes sur 9 vont aborder des craintes vis-à-vis du nouveau-né si une aide instrumentale est utilisée. Deux phénomènes viennent alimenter ces craintes. Tout d'abord, les femmes semblent réorganiser les informations qu'elles reçoivent de manière à associer les complications possibles à l'accouchement instrumental (tête en pain de sucre) plutôt qu'à l'accouchement non-instrumental. Par ailleurs, lorsque l'information est jugée choquante, on constate un déni de la femme pour ne pas y penser, laissant ainsi leurs questions et inquiétudes en suspens.

De plus, on peut voir un lien entre l'importance du flux d'information et l'oubli de certaines notions, concernant surtout celles avec des détails moins importants et pour lesquelles les représentations sont plus abstraites.

3 Place de la femme dans les représentations

3.1 *Processus de médicalisation de l'accouchement et ses conséquences*

L'investissement des grossesses et le flux d'informations importantes font émerger beaucoup d'attente chez les femmes concernant la naissance.

Dans notre société, l'accouchement est un enjeu au cœur de nombreux débats, les attentes médicales sont parfois différentes de celles des femmes. Après une tendance visant à médicaliser les accouchements, les souhaits des femmes tendent aujourd'hui davantage vers une dé-technicisation de ceux-ci.

*E9 : « Je pense qu'il y a **trop de choses, trop de procédures mises en place** et je trouve que c'est un **stress** en plus pour le moment de l'accouchement en fait. »*

La médicalisation se définit en sociologie par le « *processus par lequel les phénomènes sociaux sont définis et pris en charge par la médecine* » (16). Dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, les femmes vont massivement accoucher à l'hôpital, un lieu considéré comme plus sécurisé pour la mère et l'enfant, en comparaison aux accouchements à domiciles. À la suite de ce mouvement, des changements sont observés en obstétrique, notamment avec la médecine fondée sur les preuves, ou la mise en place de recommandations (17).

Cependant, cette augmentation de la médicalisation entraîne un problème faisant polémique depuis les années 2010 : les violences obstétricales (18). Par violence obstétricale, on peut entendre « épisiotomie systématique », « toucher vaginal abusif », ou « point du mari ». L'extraction instrumentale est différente de ces actes, elle est un geste nécessaire dans certaines situations (détresse fœtale ou maternelle) (3). Cependant, en plus des actes non nécessaires, le manque d'information et de communication, l'absence de recherche de consentement dans certaines situations ainsi que la négligence concernant l'analgésie sont dénoncés (19).

Aujourd'hui, les pratiques changent et essayent d'évoluer pour une utilisation raisonnée de la médecine, notamment grâce aux enquêtes nationales de périnatalité (ENP). Renouvelées tous les 5 ans, elles permettent d'évaluer les pratiques médicales et de les mettre à jour (20).

La *dé-technicisation*, introduite par Daniel CARRICABURU dans son article sur le risque obstétrical, pourrait se définir par « *une utilisation limitée des surveillances et une pratique réduite des gestes obstétricaux* » (21). Cette notion nous intéresse particulièrement dans le cadre de ce travail puisqu'elle fait écho au témoignage de certaines femmes interrogées, notamment dans la partie suivante, dans laquelle nous aborderons les représentations que certaines femmes peuvent avoir de l'accouchement en général, afin de mieux comprendre la construction des représentations de l'accouchement instrumental qui en découlent.

3.2 La femme au cœur de son accouchement

Dans les entretiens, plusieurs femmes expriment leur souhait de rendre plus humaine la naissance, en laissant notamment plus de place à l'information, à la recherche de consentement et moins de place aux actes non nécessaires et réalisés avec violence. Cela est associé à une envie de laisser faire la nature et d'éviter au maximum l'assistance médicale par la péridurale, les ocytociques de synthèse, etc. D'un autre côté, l'envie de bénéficier de tous les services proposés par les structures reste présente, car elle semble favoriser une sécurité maximale dans le cadre de l'accouchement.

- Le souhait d'un retour au naturel

*E8 : « Mais dans l'idéal sans **assistance médicale**. Donc un **accouchement physiologique**, ce serait merveilleux. »*

L'assistance médicale est représentée dans cet entretien par la péridurale. Nous constatons une envie grandissante d'affirmer le rôle de la mère lors de l'accouchement et de revenir à des pratiques plus traditionnelles, sans utilisation de nouvelles technologies.

*E9 : « Mais je me dis que toutes les femmes qui **vivaient au Moyen-âge**, qui ont **accouché naturellement**, et bien j'aimerais bien **vivre un peu ce qu'elles ont vécu**, voilà, car la péridurale c'est un peu **le luxe** de notre époque. »*

Nous retrouvons cette envie de retour au naturel, c'est-à-dire d'avoir un accouchement sans péridurale, dans les entretiens 8 et 9, cités ci-dessus, mais également dans l'entretien 3.

*E3 : « Et du coup, je ne sais pas dans quelle mesure je supporterai la douleur. **Donc je me suis dit "péridurale"** ce sera peut-être plus... Oui, ça sera peut-être plus sympa pour euh... peut-être que **je me lancerai le défi pour une prochaine grossesse**, mais là... Premier accouchement, **je préfère pas être traumatisée on va dire.**»*

On retrouve dans ce verbatim le tiraillement entre la peur de la douleur pouvant être traumatique, et l'envie, même qualifiée de « défi », d'accoucher sans péridurale. Un défi est l'action de provoquer quelqu'un en combat singulier (22). Dans cet exemple, la femme interrogée se lance ce défi à elle-même. Il y a donc une notion de difficulté et de combat face à l'accouchement sans péridurale.

Les trois femmes des entretiens 3, 8 et 9 ont des postes à responsabilité (afréteuse, cheffe de projet, architecte) et transmettent l'envie de se surpasser et de se prouver à elles-mêmes qu'elles sont capables d'affronter ce passage qualifié de difficile. Cette vision de l'accouchement, le plus

naturel possible, est retrouvée dans leur entourage, ce qui permet d'en parler et de construire une image commune et partagée.

09 : « *Moi, par exemple, j'ai eu le cas de **ma collègue qui veut accoucher chez elle.** »*

Ces proches, ayant parfois déjà accouché, recommandent certain.es professionnel.les de santé, permettant à ces femmes de s'entourer de personnes en accord avec leur mode de penser.

*E8 : « Après j'ai vu **ma médecin de, qui en fait ne fait pas de gynéco.** Voilà, je voulais **pas aller voir quelqu'un d'autre.** Et puis finalement, **une amie m'a parlé d'une sage-femme,** j'en ai parlé à mon médecin, je lui ai donné son nom et elle m'a dit "c'est une des deux sages-femmes avec lesquelles je travaille" donc ça tombe bien. »*

Cette proximité favorise les cours de préparation à la naissance pratiques et personnalisées.

*E3 : « On va faire plus de la **sophro, du chant prénatal,** c'est plus **plein de petites valises** pour se dire "bah voilà, dès que les contractions vont s'installer, on a un panel de chose qu'on peut faire : **du ballon, des points d'acupression avec le papa.** »*

*E8 : « Les cours de préparation à la naissance sont **hyper précieux** oui. »*

À la suite de ces conseils et de cet apprentissage, la péridurale est définie dans plusieurs entretiens comme étant un « luxe », associée à la facilité, au confort.

E8 : « Tout en sachant, évidemment, que j'aurais le luxe de dire "en fait euh, si je veux une péridurale je peux". »

De plus, les informations théoriques sont exprimées comme moins utiles, cet événement étant perçu comme un moment instinctif.

*E9 : « Ensuite elle m'a expliqué ce qu'il **faut faire une fois arrivée à l'hôpital,** euh le après, l'avant. En fait, j'ai l'impression qu'on nous parle surtout de **procédure** au moment de l'accouchement, **c'est très procédure.** »*

*E9 : « Eh bien, dès que tu perds les eaux, il faut que tu appelles un de tes proches pour qu'il t'emmène à l'hôpital, ensuite, il faut que **tu cours à l'hôpital**. Ou alors ne cours pas tout de suite et **attends d'avoir des contraction assez rapprochées**. Euh... Ensuite, là-bas... En fait **c'est le " ensuite " toujours ... Ensuite, quelqu'un te prendra en charge, ensuite à ce niveau-là on fera ça, ensuite...** C'est beaucoup euh de **procédure** pour un moment, je trouve, **qui est naturel**. »*

E3 : « Euh pfff, je dirais que c'étaient plus des informations, bah forcément à l'hôpital on a plus des informations théoriques, "ça va se passer comme ça, si vous vous présentez de jour, c'est comme ça, la nuit c'est comme ça, vous allez à tel endroit, si vous avez des symptômes vous appelez..." Enfin vous voyez ? C'est très théorique. Le bébé il passe par le vagin, donc on vous montre un utérus, ça fait un "tatatatata"... »

Ces trois femmes ont toutes une trentaine d'années, elles ont un entourage amical et professionnel au sein duquel beaucoup de personnes ont déjà eu des enfants. Les témoignages qu'elles ont sont nombreux et parfois trop denses et divergents, empêchant l'introspection sur l'accouchement.

E9 : « Moi, j' imagine pas mon accouchement en fait. On entend beaucoup quand on en parle avec l'entourage, les ami.e.s tout ça, "oh bah tu verras, ça s'est passé comme ça ", "tu verras, ça va être rapide ", ou "tu verras, tu vas beaucoup souffrir ". Alors c'est vrai que moi, quand on en parle ou quand je me l'imagine, et bien je ne préfère pas y penser car je vais me faire une fausse image de ce que ça va être, et je veux pas gâcher le moment »

Le paradoxe que nous observons dans ces entretiens, est un rejet des informations théoriques apportées par les autres, mais, en parallèle, un besoin d'en obtenir par elles-mêmes.

- Nécessité de comprendre et de s'informer

Les femmes interrogées ont fait des études, elles ont donc le réflexe de se renseigner par elles-mêmes pour se forger leur opinion sur le sujet, comprendre et faire les bons choix.

*E8 : « Euh... J'ai été chercher un peu des **petits exercices sur internet** sur tout ce qui est étirement, comment soulager certaines douleurs qui ont pu **apparaître pendant la grossesse**, tout ça. »*

*E3 : « Je me suis beaucoup renseignée sur les **réseaux sociaux**, j'ai aussi beaucoup regardé **des vidéos, les forums etc...** Par exemple **le projet de naissance, c'est pas l'hôpital qu'ils m'en avaient parlé**, c'est sur les réseaux. »*

*E3 : « Je me suis beaucoup documentée sur les réseaux et c'est vrai qu'il y a de plus en plus **d'accouchements physiologiques**, notamment **à domicile**. Mais moi j'aurais pas eu... Enfin surtout pour un premier, je pense qu'on a besoin d'être rassurée. »*

On voit dans ces verbatims le besoin pour ces femmes d'être autonomes et de se renseigner par elles-mêmes sur les sujets qui leur posent question.

*E3 : « [le projet de naissance] c'est le peau à peau, le clampage tardif, **l'utilisation du moins d'instruments possible**. Après, j'ai fait un projet, mais il n'y a rien d'écrit. La preuve, je suis sous médicaments pour être déclenchée, **c'est quand même pas très naturel (rigole)** »*

Selon le communiqué de presse du CIANE du 3 septembre 2012, les femmes expriment de plus en plus leurs souhaits concernant leur prise en charge pendant la grossesse et l'accouchement (36% avant 2005 à 57% en 2011). Cela est bénéfique car le vécu de l'accouchement est corrélé au respect des souhaits exprimés par la femme concernée (23). Cependant, lorsqu'il s'agit des instruments, leur utilisation doit être justifiée par une indication médicale. Ce souhait peut être

rapproché au besoin d'être écoutée, d'être concertée et de garder le contrôle des décisions pendant l'accouchement (24).

On a donc, d'un côté, l'envie d'un retour au naturel et de l'autre, le besoin de s'informer et de tout comprendre. Ces deux besoins peuvent être considérés comme paradoxaux, opposant, d'une part, l'envie de revenir à l'état instinctif au moment de l'accouchement, à, d'une autre part, la nécessité de comprendre toute la partie théorique. Selon la manière dont les informations sont amenées, elles peuvent interférer avec le projet des femmes concernées.

- Accueil de l'accouchement instrumental par les femmes interrogées

Pour les entretiens 3 et 8, les femmes interrogées ont bénéficié de cours de préparation à la naissance. Elles connaissent donc précisément les instruments.

*E3 : « Euh... Ils vont essayer avec les forceps, et après s'il est pas sorti, césarienne. **Suivant le temps qu'elle a pris au niveau du travail et de la poussée** »*

*E8 : « En tout cas, ça ressemble à une chose qui permettrait **d'attraper une tête de bébé**. Alors je sais pas si c'est des **pinces**, des **forceps** ou si c'est la même chose, mais je pense que c'est ça. »*

La femme interrogée dans l'entretien 9 n'ayant pas eu de cours de préparation à la naissance, elle pense plutôt à la césarienne en tant qu'aide médicale à la naissance.

*E9 : « Oui, et bien je pense que **si elle n'arrive pas à expulser**, ça sera peut-être une césarienne. »*

Nous constatons dans ce verbatim la formulation « *si elle n'arrive pas à expulser* », qui fait reposer l'incapacité à expulser l'enfant sur la femme. Des formulations similaires se retrouvent dans les entretiens 3, 8 et 9.

E3 : « Alors voilà, dans la tête de cette femme, **j'imagine que voilà, t'essaye de tout donner. Et si jamais tu donnes pas tout, la suite du scénario, il vient, et il y a des instruments qui vont être utilisés. Je pense.** »

E8 : « Finalement **j'ai pas trop de clé pour savoir. Si le bébé est pas sorti est-ce que j'appelle le médecin ? Parce qu'on est dans une situation où elle, elle peut pas gérer ?** »

E9 : « Non c'est pas forcément mauvais signe, mais c'est qu'il y a besoin d'un **coup de pouce, c'est que le bébé sort pas tout seul, enfin avec le travail de la mère quoi.** »

On perçoit dans ces verbatims le sentiment que la femme n'a pas fait tout ce qui était en son pouvoir pour éviter l'aide instrumentale. On ressent une forme de déception face à un acte qui pourrait être évité, alors que la principale indication de l'extraction instrumentale sont les anomalies du rythme cardiaque fœtal, entraînant une nécessité de faire naître l'enfant plus rapidement (12). Contrairement à ce que ces verbatims laissent entendre, la capacité de la femme à expulser son enfant n'a pas de conséquence sur l'utilisation ou non d'aides à la naissance.

3.3 Crainte d'une atteinte corporelle

- Une crainte abstraite liée à la forme des instruments

Avant de leur montrer les photos, trois femmes ont déjà vu des images d'instrument, par le biais de la sage-femme, des réseaux sociaux ou de livres. Ces instruments concernent toujours les forceps. Dans les entretiens, ils sont les plus connus. Parmi les 8 femmes me parlant d'instruments, 6 d'entre elles me parlent seulement de forceps. Ces connaissances peuvent venir de la famille et des parents, en effet la ventouse est plus récente que le forceps (25).

E3 : « Alors nos parents... Enfin moi, j'ai la trentaine, donc nos parents à l'époque c'était quand même pas pareil. Les accouchements c'était quand même **plus violents** je trouve. Il y avait quand même plus souvent **l'utilisation des forceps**, enfin par exemple. »

Ils sont associés à des objets anciens, froids et douloureux.

*E8 : « Et bien de la peur parce que c'est **métallique, donc c'est froid**, euh et puis parce que si on l'utilise, c'est parce que... »*

Mais aussi à des objets intrusifs et s'immiscant dans l'intimité.

*E6 : « Elle nous a expliqué **comment ils s'en servaient, qu'ils rentraient, enfin qui...** Ça m'a... Moi ça m'a **vraiment choquée**, de dire qu'ils **rentrent** ça et qu'il... Enfin, du moment qu'elle me les a montrés déjà, je me suis dit, "**c'est quoi cette chose**" qui **rentre** pour aider à faire sortir le bébé »*

La répétition du verbe « rentrer » dans cet entretien témoigne de la perception intrusive des instruments. On constate une difficulté à nommer les instruments. La femme interrogée parle seulement de « chose ». Elle semble dans ce verbatim vivre directement l'extraction instrumentale et le sentiment de violence qu'elle y associe. Cette femme a également pu parler avec sa sœur de césarienne d'urgence.

*E6 : « Alors ma sœur a **deux petites filles**, et en fait pour la première, **son col ne se dilatait pas**, et du coup, elle a dû **partir en césarienne d'urgence** car son cœur s'est affaibli. [...] Elle disait que bah quand on vous dit "césarienne d'urgence code orange", **on s'imagine plein de choses, car il y a plein de monde qui s'affole, il y a plein de monde autour de nous.** »*

Elle décrit ces naissances comme « *ne s'étant pas bien passé* ». En revanche, sa sœur lui parle librement et sans traumatisme de cette modalité d'accouchement. La femme interrogée n'a donc jamais entendu parler d'instruments par son entourage, alors qu'ils sont présentés par la sage-femme comme pouvant survenir lors de l'accouchement. Ils sont donc associés au tabou et au traumatisme.

Les forceps et les spatules peuvent être qualifiés « *d'outils* », déshumanisant le corps de la femme. La ventouse est quant à elle mise à part : elle est associée au dispositif médical par sa forme et sa texture.

*E4 : « J'imagine pour l'accouchement, je sais pas comment dire, pas de chirurgie, mais des **instruments de médecine**. Peut-être un petit peu moins lui. Mais je sais pas trop (réfléchit). Enfin lui (désigne les forceps), c'est un instrument mais dans le sens où ça, ça fait plus **outil** alors que là (désigne la ventouse) ça fait plus comme **les perfusions, les ... Plus ces types d'instruments.** »*

Ce qu'il faut retenir de cette sous-partie, c'est qu'en général, les femmes ont plus connaissance des forceps que de la ventouse. Cependant, la ventouse est utilisée dans 60,2% des accouchements instrumentaux. Son utilisation a augmenté dans les extractions instrumentales depuis 2016 (49,8%). Les forceps diminuent dans la fraction des voies basses instrumentales passant d'une utilisation de 27,6% en 2016 à 20,9% en 2021. Les spatules sont utilisées dans 18,9% des extractions instrumentales (récapitulatif dans le tableau 2) (4). La ventouse est donc majoritairement utilisée par rapport au forceps et aux spatules. De plus, elle semble moins impressionnante pour les femmes.

- Une crainte concrète liée à l'atteinte périnéale

Une seule des femmes expriment une crainte envers son atteinte corporelle due aux instruments.

C'est l'interne en médecine de l'entretien 1.

*E1 : « Euh, (réfléchit) moi vraiment ça fait partie du champ des possibles. Après ma seule crainte, c'est d'avoir une **déchirure complète**. Donc ça fait partie des trucs où, émotionnellement, ça serait "**faites-moi une épisio si vous avez le moindre doute**" enfin voilà. »*

Elle a vu beaucoup d'accouchements, et est intervenue essentiellement sur des accouchements compliqués.

*E1 : « Disons que tous les **accouchements natures** que j'ai vu **ont fini par avoir une péri (rigole)**. Donc j'ai jamais vu **d'accouchement sans péridurale jusqu'au bout**. »*

Elle a aussi beaucoup d'amies qui viennent l'influencer dans ses visions et qui lui livre de nombreux détails du fait de son statut de soignante.

*E1 : « Là moi je pense moi **c'est pas très représentatif** parce que globalement j'ai l'impression **qu'on me raconte enfin plus facilement** quoi. J'ai le droit à **beaucoup de détails**. »*

On retrouve ici une réorganisation des informations déjà évoquée précédemment attribuant à un seul objet (l'accouchement instrumental) des complications pourtant liées à plusieurs causes.

*E1 : « Et mes copines, euh oui elles m'en parlent. Et notamment sur les conséquences à long terme. Là j'ai une copine, ils envisagent de **poser des bandelettes**, elle se **pisse dessus toujours à un an de l'accouchement** ce qui est quand même pas hyper fun. Après **je ne sais plus si c'était instrumenté ou pas** ? Mais bon, en tout cas, même en post-partum. »*

Cette situation professionnelle la confronte plus fréquemment aux situations de complications périnéales à court et long termes, pouvant être associées à la norme.

3.4 Conclusion

Les représentations autour de l'accouchement instrumental se concentrent beaucoup autour de craintes, en général tournées vers l'enfant. Les angoisses concernant la femme ne sont pas énoncées explicitement, mis à part pour les femmes ayant vu à plusieurs reprises des complications. Ce qui ressort surtout c'est une déception liée au déroulement de l'accouchement. Celui-ci peut être imaginé, rêvé et même mis sur papier avec les projets de naissance. Alors,

d'autant plus lorsque c'est un moment attendu, il est difficile que tout ne se passe pas comme prévu. Une pression de l'entourage peut être ressentie. Les témoignages racontés dans les détails et retenus par les femmes sont souvent ceux pour lesquels il y a eu des complications. On ressent une envie émergente de ne pas reproduire ces complications. Les préparations à la naissance expliquent la physiologie et donnent toutes les clés pour gérer au mieux la douleur. Les femmes interrogées semblent majoritairement souhaiter mettre en œuvre ces conseils.

4 Attaches émotionnelles à l'accouchement instrumental

4.1 Rôle de la préparation à la naissance

L'interne en médecine de l'entretien 1 connaît les instruments, elle a déjà vu leur utilisation.

*E1 : « Mon accouchement rêvé, c'est globalement un accouchement où **j'ai l'impression que tout s'est bien passé**, où **je m'en fous d'avoir des forceps** (rigole). J'ai envie d'un truc où **je perds pas... pied**. »*

Pour elle, un accouchement qui se passe bien est un accouchement au cours duquel elle garde le contrôle sur ses décisions. Les forceps sont mentionnés comme quelque chose qui pourrait l'atteindre lors de l'accouchement, elle le sait et aimerait que la préparation à la naissance l'aide en ce sens.

Cependant, dans l'entretien 2, à la suite de la question « *Pouvez-vous me donner des précisions sur la façon dont vous imaginez la naissance de l'enfant ?* », la réponse est listée, presque automatique.

*E2 : « Du moment où le col est **dilaté à dix**, je crois qu'on a **15 minutes, 30 minutes max** pour euh... du coup accoucher. Après sinon il y a l'utilisation des **forceps** et tout ça, en dernier recours et bien **césarienne d'urgence**. »*

Cette réponse est-elle le reflet de la façon dont on a présenté à cette femme la préparation à la naissance ? Cette explication précise du déroulement de l'accouchement permet-elle de rassurer les femmes sur la naissance ? Ou bien, au contraire, vient-elle renforcer des points sensibles liés à l'accouchement ?

La préparation à la naissance avait pour but de prendre en charge la douleur de l'accouchement. Avec l'arrivée de la péridurale, ces objectifs ont évolué. Elle vise aujourd'hui à favoriser la participation active de la femme, à améliorer les connaissances et à stimuler la confiance des futures mères. Elle favorise l'autonomie, la prise de décision et permet aux femmes de

comprendre les enjeux et aboutissements de l'accouchement (26). Cependant, ces témoignages montrent une faiblesse dans notre système de soin. Cette éducation à la naissance ayant pour but d'améliorer le vécu des femmes lors de la naissance manque peut-être de personnalisation. Les préparations à la naissance sont parfois les mêmes pour toutes les femmes, quel que soit leur contexte social, ce qui peut entraîner des craintes persistantes pour la santé du nouveau-né (comme exploré dans la partie ci-dessus), ou au contraire, provoquer un détachement émotionnel pour l'accouchement.

4.2 Représentation pragmatique de l'accouchement instrumental

Le terme « *pragmatique* » signifie « *qui est orienté vers l'action pratique* » (27). Comme nous l'avons vu, l'objectif de montrer des photos est de susciter plus d'émotion que pourrait le faire un texte. Les femmes des entretiens 2 et 4 laissent moins paraître leurs émotions. Cela peut être expliqué par leur caractère, mais aussi par leur contexte social et c'est ce que nous allons analyser ci-dessous.

- Fuir les interactions pour éviter l'influence sur les représentations

E2 : « (Réfléchit) Bah alors là, Je ne saurais pas dire... (réfléchit) Ça je parierais sur des forceps, c'est ça ? [...] Je pense qu'il y en a un ça doit être la ventouse mais ça n'a rien à voir avec la ventouse. »

Au moment de l'entretien, lors du temps de réflexion qu'elle prend pour répondre, la femme de l'entretien 2 n'a aucune expression sur son visage pouvant évoquer une émotion vis-à-vis des photos. Elle les regarde, une à une, et répond calmement en utilisant les connaissances qu'elle a acquies lors de sa préparation à la naissance.

Cette femme de 23 ans est aide-soignante à l'hôpital en soins intensifs. Le monde hospitalier, ainsi que la souffrance et les complications médicales qui y sont associées, font partie de son quotidien,

ce qui pourrait banaliser à ses yeux un accouchement plus médicalisé. De plus, elle a développé une prééclampsie pendant la grossesse avec un retentissement sur le fœtus. Cette pathologie l'oblige à accoucher en niveau III.

*E2 : « Oui **c'est pas moi en fait**, j'avais fait mon dossier à la clinique (niveau I), et euh...
C'est pas qu'on m'a pas voulue, mais on m'a dit "CHU", **j'ai pas trop eu le choix quoi.** »*

Elle a le sentiment que son accord n'a pas été recherché. Elle a alors initié un suivi médical, nécessitant un gynécologue, ainsi qu'un protocole de surveillance. Les informations de la préparation à la naissance sont aussi intégrées de façon protocolaire.

*E2 : « Au moment de **la poussée**, déjà c'est quand tu as une contraction, **quand le col est dilaté** au maximum. Quand la contraction arrive, on pousse pendant la contraction, après il y a quoi d'autre... »*

Au moment de l'entretien, il est prévu qu'elle soit déclenchée par comprimé de prostaglandine et qu'elle ait le lendemain l'ocytocine par voie intra-veineuse. Elle exprime ses choix de manière affirmative sur ce qui lui reste à décider sur cette fin de grossesse.

*E2 : « Je veux dire, pas forcément douloureuse (la naissance) j'espère, car moi **je veux la péridurale.** »*

Ce besoin de s'affirmer peut aussi être expliqué par les témoignages variés qu'elle a eu dans son environnement social. Ses amies lui ont apporté des informations contradictoires entre elles.

*E2 : « J'ai beaucoup de copines qui m'ont fait des retours donc euh... Il y a un peu de tout dans les avis, il y a "**c'est douloureux**", "**c'est pas douloureux**", "**on sent rien avec la péridurale**", "**on sent tout**", "**On sait pas comment pousser**", "**mais si, il faut pousser comme ça**". Du coup, je sais pas trop. Je verrai pour moi comment ça se passe.»*

De plus, sa mère lui a apporté des informations en contradiction avec ce qui lui a été conseillé à l'hôpital.

*E2 : « Elle faisait de **l'hypertension ma mère pour moi**, et elle est allée à **terme plus sept je crois**, et voilà, plein de choses comme ça. Et elle me disait tout le temps "**mais ça va être pareil**", je dis "**mais maman, peut-être pas, peut-être oui, mais peut-être non**". Enfin, les choses elles ont évolué, il y a d'autres examens, il y a d'autres suivis, enfin c'était il y a 23 ans... Donc voilà **les choses elles changent** »*

C'est donc par son environnement professionnel, son environnement amical et familial ainsi que son contexte de grossesse que, au moment de l'entretien, elle semble créer comme une protection vis-à-vis de ce qui va être vécu.

- Trouver une source d'interaction pour construire ses représentations

Dans l'entretien 4 comme dans l'entretien 2, les réponses ne sont pas personnelles.

*E4 : « Euh **c'est assez flou, le seul truc que je sais**, c'est que parfois **le bébé réagit mal aux contractions**, après je connais pas (rigole) peut être imaginer bah que **le médecin prenne le relais** et voir la situation, voir s'il faut faire un **césarienne ou pas**. Après la suite du scénario... Je vous avoue que je sais pas trop ce qui peut se passer d'autre »*

Son contexte social est différent de l'entretien 2. Bien que les deux femmes soient dans la même tranche d'âge, la femme interrogée dans l'entretien 4 est en milieu de grossesse et n'a pas encore fait de cours de préparation à la naissance, contrairement à la femme de l'entretien 2 qui se trouve au moment de l'entretien, à quelques heures seulement de son accouchement. Dans l'entretien 4, la femme interrogée vient de finir sa licence effectuée à Grenoble et dans son cercle amical, essentiellement féminin, peu de ses amies semblent prêtes à avoir des enfants.

*E4 : « Mais non, **elles me posent pas trop de questions**. Enfin des questions sur **comment ça se passe, si ça va bien**, des questions vraiment spécifiques à la grossesse, enfin pas techniques, mais voilà. Parce que la plupart d'entre **elles veulent pas d'enfant tout de suite** (rigole). »*

Ce désintérêt de son groupe d'amies pour la grossesse peut expliquer le détachement de la femme interrogée vis-à-vis de son propre accouchement, encore lointain. Ce qu'on peut remarquer plus particulièrement chez cette femme, c'est qu'elle a vécu une fausse couche précoce deux semaines avant cette grossesse, provoquant beaucoup de culpabilité et d'angoisse chez elle.

*E4 : « J'étais pas du tout renseignée sur ce genre de chose et je pensais que **c'étaient des trucs qui arrivaient aux autres en fait.** »*

*E4 : « C'est vrai qu'au début c'était un peu compliqué. **J'ai fait beaucoup d'écho** au début, je demandais à mon gynécologue pour voir que tout allait bien. Mais tout au long **c'était la santé, oui le moindre truc que je trouve anormal, tout de suite je m'inquiétais.** »*

Cette grande angoisse pour l'enfant, couplée au flux d'information peu dirigé envers l'accouchement par son entourage ou les professionnel.les de santé consulté.es, ont eu pour conséquence que la femme interrogée s'est tournée vers les réseaux sociaux pour réaliser les recherches liées à sa grossesse. Cet outil lui a notamment permis de connaître tous les instruments d'aide à l'accouchement.

*E4 : « Euh, j'ai dû voir des vidéos, je pense que j'avais vu une vidéo, c'était un bébé qui avait la **tête longue** et du coup j'étais allée voir ce que c'était, mais apparemment c'est juste qu'il était resté dans le col, vous savez... Mais que **c'était pas forcément à cause du forceps.** J'étais allée me renseigner, **voir ce que c'était un forceps.** »*

Les femmes, en particulier les plus jeunes, peuvent être utilisatrices de réseaux sociaux tel que TikTok, ou Instagram par exemple. Ces applications ont des logiciels qui, à partir de l'historique des vidéos regardées, proposent du contenu en rapport avec le contexte social de la personne (sexe, âge, idées politiques, centres d'intérêt). Cependant, ce contenu ciblé ne permet pas

toujours la nuance, ce qui peut entraîner des angoisses difficiles à rassurer par ces mêmes réseaux sociaux.

E4 : « Bah je me suis dit "j'espère qu'ils ne vont pas l'utiliser pour moi, parce que il est pas très rassurant", c'est vrai qu'on se dit "c'est fragile la tête d'un bébé alors si on tire avec ça". »

4.3 Conclusion

Les deux femmes auxquelles nous nous sommes plus particulièrement intéressés dans cette partie partagent d'un certain point de vue la même approche de l'accouchement instrumental. Elles ne montrent pas de réaction émotionnelle à la vue des photos et des réactions peuvent se voir seulement après les questions de relance. Cependant, lorsque l'on analyse leurs entretiens, elles proviennent toutes les deux de contextes sociaux présentant des similitudes (classe d'âge, contexte de grossesse marquant) mais également des différences (entourage, préparation à la naissance). Les contextes de grossesse particuliers avec des événements atteignant la santé du nouveau-né permettent néanmoins un parallèle entre les deux cas. Ces situations particulières peuvent en effet entraîner des conséquences jusqu'à l'accouchement et même marquer les grossesses et les accouchements suivants.

5 Représentation difficile ou inexistante

5.1 *La place de l'influence sociale*

Dans nos sociétés occidentales, nous valorisons l'individu autonome et responsable, la dépendance à autrui est perçue comme une forme de faiblesse. Cependant, nous sommes tous influencés. L'influence sociale est le processus par lequel les individus et les groupes façonnent, maintiennent, diffusent et modifient leur mode de pensée et d'action lors d'interactions sociales directes ou symboliques. L'influence se caractérise dans les verbatims par des interactions permettant la prise d'information sur un sujet jamais vécu. Ce mécanisme intervient d'autant plus chez les femmes nullipares pour l'accouchement, car acquérir de l'information, c'est se forger une opinion sur un sujet que l'on n'a jamais vécu (28).

5.2 *Connaissances limitées des instruments*

Selon l'entourage et l'utilisation faite des réseaux sociaux, une femme peut ne jamais avoir entendu parler des instruments d'aide à l'accouchement. Par exemple, la femme de l'entretien 5 a 25 ans, elle est originaire du Cameroun. Elle est en France depuis 2 ans. Elle est actuellement séparée du père de l'enfant. Sa sœur vit à Paris. Le reste de sa famille n'est pas évoqué. Son entourage proche est composé d'amies et de voisines, mais qui ne sont pas toujours en accord avec ce qui est conseillé par le gynécologue.

*E5 : « Les voisines, les amies, me disent que quand on est enceinte, c'est mieux de bouger à tout moment, et quand je dis "**non, mon gynéco a dit de ne pas trop bouger**", on me dit "**non, la grossesse ce n'est pas une maladie**". »*

Elle est à un stade de la grossesse où elle n'a pas encore rencontré de sage-femme pour la préparation à la naissance.

E5 : « **Je suis pressée** de rencontrer les sages-femmes qui vont **m'aider** pour la préparation à la naissance »

Par conséquent, quand j'introduis avec les deuxième et troisième questions l'aide médicale, elle ne reconnaît pas les instruments et ne peut pas en parler. En revanche, elle parle plus facilement de la césarienne.

E5 : « Je pense que là ça va être **un peu accéléré** au vu de la venue du médecin. Je pense au pire... **Au pire il y a la césarienne...** »

E5 : « C'est quoi ça ? (Ventouse) **Un écouteur** ? (Regarde, réfléchit). Ça me dit rien tout ça. **On dirait des pinces**, ça me dit rien, je n'ai jamais vu tout ça. »

Elle m'explique qu'au Cameroun, les nouvelles autour d'un accouchement sont demandées seulement quand celui-ci s'est bien passé.

E5 : « Parfois on demande à une personne, elle va dire que ça s'est bien passé. Si tu vois une personne **en mauvaise santé**, tu comprends, **tu n'insistes pas.** »

Cette culture différente peut expliquer sa méconnaissance envers les instruments. Pour la césarienne, elle a eu le témoignage d'une amie au Cameroun pour qui ça ne s'est pas bien passé.

E5 : « Au Cameroun, une amie avait accouché deux fois **par césarienne**. C'était **trop dure**. Et son dernier accouchement par césarienne ça **c'est pas très très bien passé**. Mais grâce à Dieu ça a été quand même. Il y avait un risque, elle est **entrée dans le coma**, donc ça faisait **vraiment peur**. Du coup, je ne faisais que dire que pour accoucher, **souffrir comme ça, il faut mieux ne pas accoucher.** »

La femme de l'entretien 9, après avoir parlé uniquement de césarienne à la deuxième question, emploie le mot « *écarteur* » lorsque je lui montre les photos. On peut donc penser qu'elle ne connaît pas les instruments, et qu'avec ce terme, elle effectue seulement une description spontanée de ce qu'elle voit.

E9 : « Pour être honnête, je ne sais pas ce que c'est... Je dirais un **écarteur**, ce n'est pas ça ? »

En comparaison à la femme de l'entretien 5 qui utilise le mot « *pince* », sa description du forceps semble remplie de sens. En effet, « *écarteur* » évoque la douleur, la torture, donc, même si elle n'utilise pas le terme exact, il est difficile de savoir si elle n'a jamais vu ces photos. La description émotionnelle qu'elle en fait peut créer le doute. On retrouve les mêmes mécanismes dans les entretiens 4 et 8, mais de manière plus directive. Les femmes interrogées pensent aux instruments, mais seulement dans certains contextes, en l'occurrence, à la vue des photos.

5.3 L'effet des groupes d'appartenance sur les représentations de l'accouchement instrumental

La fonction première des représentations est d'interpréter la réalité qui nous entoure en lui attribuant des significations. Par exemple, pour interpréter l'accouchement qu'elles vont vivre, les femmes ont pleins de représentations. Les représentations résultent d'un « remodelage mental » autour d'un objet donné ; dans notre cas, l'objet concerne l'aide instrumentale. La représentation est le résultat d'un vaste ensemble d'interactions. Ces interactions sont l'ensemble des témoignages de l'entourage, des contenus regardés sur les réseaux sociaux et à la télévision et des informations données par les professionnels de santé. Ces représentations sont générées collectivement, à la suite d'une multitude d'interactions.

Les femmes font parties de plusieurs groupes sociaux, et chaque groupe vient apporter un type de représentations. Ils ont tous une pensée sociale propre permettant de simplifier les éléments de l'information et concrétisant les notions. Cette logique reste interne aux groupes. Elle comprend deux phénomènes :

- La sélection perceptive qui a pour fonction de trier les informations reçues pour garder celles en valeur avec le groupe, et rejeter les autres.
- La décontextualisation, en complément de la sélection perceptive, qui a pour but de détacher les éléments du contexte initial pour leur permettre de prendre une signification plus proche des attentes du groupe (5).

Nous allons étudier deux illustrations de ce mécanisme.

- Différence de perception entre un objet connu et méconnu

*E4 : « Euh c'est assez flou, le seul truc que je sais, c'est que, parfois, **le bébé réagit mal aux contractions**, après je connais pas (rigole) peut être imaginer bah que le **médecin prenne le relais et voir la situation**, s'il faut **faire une césarienne** ou pas [...] Ça c'est un **forceps**, c'est pour **aider à faire sortir de bébé par voie basse**, je crois **on le tire** ou quelque chose comme ça au moment de l'accouchement. »*

Dans l'entretien 4, comme expliqué dans une autre partie, la femme interrogée tient ses connaissances des instruments d'une vidéo vue sur internet. La représentation qu'elle s'est construite de ceux-ci est basée seulement sur cette vidéo. Alors que pour la césarienne, elle connaît beaucoup mieux cette modalité d'accouchement et en a plus largement entendu parler car sa tante a accouché récemment de son quatrième enfant avec une quatrième césarienne.

*E4 : « En fait **c'était son quatrième**, donc c'est pas qu'elle avait l'habitude, mais elle avait des grossesses à chaque fois qui se sont super bien déroulées. Les accouchements un peu moins, **c'étaient des césariennes programmées** à chaque fois, enfin non, **pas la première**, c'était une **césarienne d'urgence**, elle m'avait expliqué que c'était à cause du cœur de mon petit cousin. »*

Ce témoignage rend la césarienne familière. Pour les instruments, mis à part cette vidéo sur internet, ils sont beaucoup moins évoqués dans sa vie quotidienne. Elle n'en parle pas spontanément, sauf si on lui montre directement des photos.

- Crainte puissante d'un objet prenant le dessus sur un autre objet

*E8 : « Du coup ça veut dire que c'est assez critique. Euh... Je sais pas (rigole) Qu'est ce qui pourrait se passer après ? Euh je sais pas ... Là, comme ça, finalement je pense que **le médecin il va lui dire de faire exactement la même chose finalement. Ou alors non, il va l'ausculter, il va analyser la situation et dire qu'il y a besoin justement d'une césarienne ? »***

Il n'y a pas, dans l'entretien, la raison précise pour laquelle la femme interrogée connaît la césarienne. Cependant, elle l'associe à quelque chose de douloureux et d'anormal.

E8 : « J'associe pas la césarienne avec quelque chose de normale et de facile. Après dans les faits, et bah j'aurais peur de pas le ... Bah de pas sentir le bébé et de me dire "bah il est là, mais je ne l'ai pas senti sortir, est-ce que c'est mon bébé ? »

Il y a un besoin symbolique de ressentir l'enfant passer dans la filière vaginale pour pouvoir le reconnaître. Les instruments ne font pas parties de ces craintes car ils interviennent au moment de l'accouchement voie basse. De plus, elle en a peu entendu parler et la représentation, comme dans l'entretien 4, en est limitée.

*E8 : « Euh... Je pense que j'avais vu uniquement une photo de forceps **dans un livre, et récemment en plus. Ou alors, c'est la sage-femme, je pense qu'elle avait dû décrire un peu l'outil. »***

Dans cet exemple, elle évoque plus la césarienne car c'est ce qui lui fait peur pour l'accouchement.

5.4 Conclusion

Une femme peut avoir plusieurs représentations de l'accouchement instrumental concernant parfois deux aspects différents (par exemple que l'accouchement instrumental risque de faire mal à l'enfant et d'engendrer une déchirure périnéale à la mère), ces deux notions sont alors bien distinctes. Seulement, deux représentations peuvent se superposer. Ce mécanisme intervient lorsque l'une des représentations est créée par plus d'interactions qu'une autre. On voit qu'il y a dans les entretiens une grande crainte autour de la césarienne et de ses complications. Cet acte est associé à une intervention difficile et fait peu écho à la façon dont ces femmes veulent donner naissance. La césarienne pose donc dans l'esprit de ces femmes beaucoup plus question que les instruments et prend la place des angoisses pour l'accouchement.

Conclusion

L'accouchement instrumental est à l'origine de nombreuses craintes. L'utilisation d'une aide instrumentale est le signe que la santé de l'enfant est en jeu. Par ailleurs, elle est souvent associée à la crainte qu'il y ait des répercussions sur l'enfant. L'extraction instrumentale peut aussi être vue comme une aide envers une femme n'arrivant pas à mettre au monde et représenter pour certaines une entrave à leur épanouissement et à l'accomplissement que représente l'accouchement. Enfin l'accouchement nécessitant une aide instrumentale peut être difficile à imaginer et à explorer pour certaines femmes. A l'inverse, dans d'autres cas, elle est connue, mais décrite avec un détachement émotionnel déconcertant, témoignant d'un détachement émotionnel envers l'accouchement en général.

Une femme fait partie de plusieurs groupes sociaux. Chaque groupe adopte une façon de penser à l'origine des représentations. La liste des déterminants sociologiques construisant les représentations est longue, et chacun des facteurs viennent s'influencer mutuellement. Nous retrouvons l'âge, la profession, le rapport entretenu avec la famille et les amis, l'appétence pour les réseaux sociaux, la télévision, le type de programme regardé, etc.

Cette étude montre l'importance que la sage-femme peut avoir dans ces représentations : une même information arrive à deux femmes différemment, et peut créer deux représentations distinctes.

Concrètement, lors d'une consultation de 30 minutes, il est difficile de chercher et analyser le contexte sociale de la patiente, pour communiquer des informations spécialisées. La priorité se tourne essentiellement vers les données médicales. Cependant, lors des cours de préparation à la naissance, il peut être intéressant de demander directement aux femmes quelles sont leurs peurs pour l'accouchement. Les réponses peuvent nous donner deux indications : les craintes conscientes, que la femme va exprimer sans difficultés ; et celles plus enfuit, plus tabous, qui vont

être exprimées avec peine, ou pas du tout discutées. Dans les deux cas, il est intéressant de demander « *pourquoi ?* ». Comprendre la source de ces angoisses, c'est leur faire prendre conscience des systèmes d'influence gravitant dans leur quotidien. Elles auront, par la suite, une vision consciente et critique des interactions les entourant. Il est indispensable en éducation à la santé, notamment dans notre cas, lors des cours de préparation à la naissance, de prendre en compte le contexte social de la femme ou des femmes en face de nous. L'approche qui en découlera sur un sujet ne sera pas la même.

Références bibliographiques

1. RÉCITS D'ACCOUCHEMENT [Internet]. Forum grossesse et envie de bébé. 2020 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.enceinte.com/forum/l-accouchement/recits-d-accouchement-t85450.html>
2. Mulot V. Vécu de l'extraction instrumentale : étude prospective sur une population de 100 patientes primipares à terme sous analgésie péridurale [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université de Rouen. U.F.R de Médecine-Pharmacie; 2014.
3. Les extractions instrumentales [Internet]. RPNA - Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine. [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: <https://rpna.fr/thematiques/les-extractions-instrumentales-mc-absb/>
4. Equête Nationale de Périnatalité 2021.pdf.
5. Guimelli C. Les représentations sociales. In: La pensée sociale. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 1999.
6. Le Breton D. 2. Les grands axes théoriques de l'interactionnisme. In: L'interactionnisme symbolique. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012.
7. Schwab PN. Comment réaliser des entretiens qualitatifs pour votre étude de marché [Internet]. Conseils en marketing. 2018 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.intotheminds.com/blog/white-paper-etude-de-marche/entretiens-qualitatifs-etude-de-marche/>
8. Ndione LC, Rémy E. Joindre l'image à la parole pour comprendre le sens culturel des pratiques : Ce que révèle la photo-élicitation. Recherche et Applications en Marketing (French Edition). juill 2018;33(3):65-89.
9. Joffe H. Le pouvoir de l'image : persuasion, émotion et identification. Persuasion et influence sociale. 2007;217(1):102-15.
10. Clavandier G, Charrier P. La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? Recherches familiales. 2015;12(1):165-74.
11. Les 1000 premiers jours, là où tout commence [Internet]. [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/276114_0.pdf
12. CNGOF - Extraction instrumentale [Internet]. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2008%252FGO-2008%2BFINAL-RPC-EI.pdf&i=21955>
13. Ami O, Maran JC, Gabor P, Whitacre EB, Musset D, Dubray C, et al. Three-dimensional magnetic resonance imaging of fetal head molding and brain shape changes during the second stage of labor. PLOS ONE [Internet]. 15 mai 2019 [cité 12 avr 2023];14(5). Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0215721>

14. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) - Argumentaire [Internet]. [cité 22 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf
15. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) - Recommandations professionnelles [Internet]. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
16. Vadeboncoeur H. L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement. *La médecine du Québec*. juill 2005;40(7):77-86.
17. Hernandez AB, Alexander S. Maisons de naissance en Europe : accouchements extrahospitaliers par choix. *Revue de Medecine Perinatale*. 2017;9(1):47-54.
18. Violence obstétricale, comprendre, prévenir, réparer [Internet]. [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2017/10/Dossier-Ciane-Violences-Obstetricales-oct-2017.pdf>
19. Johnstone E. Violences gynécologiques et obstétricales : une justice au forceps. *Délibérée*. 2021;13(2):73-9.
20. Enquête nationale périnatale 2021 [Internet]. [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>
21. Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. *socsoc*. 2007;39(1):123-44.
22. Larousse É. Définitions : défi - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9fi/22657>
23. CP Septembre 2012 - CIANE.pdf [Internet]. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/CP_Souhaits_Sept2012.pdf
24. Evrard A. Reconnaître et analyser les violences obstétricales, une démarche pertinente d'évaluation et d'amélioration des pratiques. *Perinatalite*. 2020;12(4):172-7.
25. Tarnier S, Budin P. Historique du forceps. In: *Traité de l'art des accouchements*. Paris: Libraire-Editeur; 1901. p. Tome 4.
26. [preparation_naissance_rap.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf) [Internet]. [cité 2 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf
27. Larousse É. Définitions : pragmatique - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pragmatique/63223>
28. Mugny G, Falomir-Pichastor JM, Quiamzade A. Chapitre 1. Fondamentaux de l'influence sociale. In: *Influences sociales*. FONTAINE: Presses universitaires de Grenoble; 2017. p. 7-21.

Annexe 1 : Grille d'entretien

Durée de l'entretien :

Ressentis de l'enquêteur sur le déroulement de l'entretien :

Introduction et présentation de l'étude

“Bonjour, je m'appelle Margot Agnard. Je suis étudiante en dernière année de sage-femme à Grenoble et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête qui porte sur la vision des femmes n'ayant jamais donné naissance sur l'accouchement. Cette enquête se présente sous forme d'une discussion que je vais enregistrer puis retranscrire moi-même de manière fidèle et anonyme. Le but de cet entretien est de comprendre l'image que vous avez de l'accouchement pour pouvoir adapter les informations données pendant la grossesse. Etes-vous toujours d'accord pour effectuer l'entretien ?”

Présentation de la patiente :

Tranche d'âge : <20 ans 20-24 ans 25-29 ans 30-35 ans >35 ans

Profession :

Terme de la grossesse :

Thème 1 : Représentation de l'accouchement

“Nous allons commencer par parler de l'image que vous avez d'un accouchement en général”

<p><i>Thèmes généraux à aborder</i></p>	<p><u>Thème</u> : Image de l'accouchement en général</p> <p><u>Objectif</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exclure les patientes n'ayant pas encore réfléchi au déroulé de l'accouchement - Comprendre où se situent les patientes par rapport à l'accouchement : si elles en font le descriptif détaillé, si elles en ont une vision réaliste... 	
<p><i>Questions de départ</i></p>	<p>Comment imaginez-vous votre accouchement ?</p>	
<p><i>Questions de relance non systématique</i></p>	<p>D'où tenez-vous ces informations ?</p>	<p>Comprendre les sources d'informations selon les informations décrites</p>
	<p>Comment vous êtes-vous procuré cette source d'information ?</p>	<p>Mise en relations avec âge, classe, origine sociale, religieuse, composition de sa famille (fratrie), relation aux parents, aux sœurs et frères, belle-sœur etc. rôle des ami.e.s, et autres personnes de l'entourage qui peuvent avoir orienté les représentations</p>

Thème 2: Représentation de l'accouchement instrumental

“Maintenant si vous le voulez bien, je vais vous lire un scénario, et vous allez le compléter avec ce qui vous vient spontanément en tête.”

<p><i>Thèmes généraux à aborder</i></p>	<p><u>Thème</u> : Vision spontanée après une induction avec un scénario</p> <p><u>Objectif</u> : comparer la suite du scénario donné avec la réalité.</p>	
<p><i>Scénario</i></p>	<p><i>“Imaginez une femme se trouvant en salle de naissance. Elle commence les efforts expulsifs avec la présence de la sage-femme pour que son enfant puisse naître.</i></p> <p><i>Au bout d’un moment, la sage-femme explique que le travail avance bien, mais qu’il faudrait que l’enfant soit né à la prochaine contraction, sinon elle devra appeler le médecin.</i></p> <p><i>A la fin, de la poussée suivante, l’enfant n’est pas sorti, la sage-femme appelle le médecin. Au bout de quelques instants, il entre dans la salle”</i></p>	
<p><i>Questions de relance systématique</i></p>	<p>Pouvez-vous continuer ce scénario dans les instants d’après ?</p>	
	<p>D’où tenez-vous ces informations ?</p>	<p>Comprendre les sources d’informations selon les informations décrites</p>
	<p>Que ressentez -vous ?</p>	

Thème 3 : Photo élicitation

<i>Thèmes généraux à aborder</i>	<p><u>Thème</u> : photo élicitation</p> <p><u>Objectif</u> : Structuration de la thématique, orienter l'entretien</p>	
<i>Photos</i>	Voir <u>Annexe 2</u>	
<i>Questions</i>	Pouvez-vous me décrire ces instruments ?	
<i>Questions de relance non systématique</i>	Pouvez -vous les classer selon le type d'instrument ?	Si l'enquêtée est perdue dans sa description, peut l'aider à faire le point et à éclaircir la situation.
	Selon vous, comment ces instruments sont-ils utilisés ?	Plus insister sur la mise dans le contexte
	Que ressentez-vous ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?	Faire ressortir la dimension psychologique

Annexe 2 : Photos sélectionnées



Figure 5- Forceps 1



Figure 4 - Spatules



Figure 1 - Forceps 2



Figure 2 - Ventouse 1



Figure 3 - Ventouse 2

Annexe 3 : Documents remis aux patientes

Mémoire de fin d'étude

Margot AGNARD
margot.agnard@gmail.com
0770350552

Bonjour,

Je me nomme Margot AGNARD, je suis étudiante sage-femme à Grenoble en cinquième année.

J'effectue en cette dernière année mon mémoire qui porte sur la vision que les femmes ont de l'accouchement. Vous rentrez dans les critères d'inclusion de mon étude, j'aimerais donc m'entretenir avec vous pour que nous puissions discuter des représentations que vous avez de la naissance.

L'entretien se déroulera dans le service de consultation du CHU, et durera entre 30 minutes et une heure.

J'aurais besoin d'enregistrer notre entretien pour pouvoir à posteriori le retranscrire et l'analyser. Les enregistrements seront détruits à la fin de la soutenance de mémoire. Bien sûr votre anonymat sera respecté, et les enregistrements ne permettront pas de remonter jusqu'à vous.

Si vous acceptez que nous nous rencontrions, vous pouvez me renseigner au verso de cette feuille vos coordonnées, et remplir le consentement à la captation de la voix.

Vous pouvez laisser cette feuille au secrétariat d'obstétrique qui se trouve en face des salles d'examen où vous avez été vu.

Je vous contacterai à la réception de ce document.

Dans l'attente de votre réponse, je vous souhaite une agréable journée.

Cordialement.

Margot AGNARD

Figure 6 - Lettre d'information

CONSENTEMENT A LA CAPTATION DE LA VOIX

Titre identifiant la recherche : Etude qualitative sur la vision de l'accouchement par des femmes nullipares

Dans le cadre de cette étude, il est prévu que certains entretiens soient enregistrés.

Je donne mon accord pour l'enregistrement de ma voix :

Oui

Non

PATIENT :	Responsable de la recherche :
Nom:	Nom:
Prénom:	Prénom:
Date :	Date :
Signature du volontaire	Signature de l'investigateur

Figure 7 - Consentement à la captation de la voix

Annexe 4 : Naissance par voie basse instrumentale

	2016		n	2021	
	%	p		%	IC à 95 %
Mode d'accouchement ⁽¹⁾					
Voie basse non instrumentale	67,5	0,0459	8 126	66,2	65,3 - 67,0
Voie basse instrumentale	12,2		1 529	12,4	11,9 - 13,0
Césarienne	20,3		2 629	21,4	20,7 - 22,1
	(12 755)		(12 284)		
Instrument si voie basse instrumentale ⁽²⁾					
Forceps	27,6	<,0001	318	20,9	18,9 - 23,0
Spatules	22,6		289	18,9	17,0 - 21,0
Ventouse	49,8		917	60,2	57,7 - 62,6
	(1 561)		(1 524)		
Professionnel ayant réalisé l'accouchement ^(1,2)					
Sage-femme	58,6	0,0149	6 422	57,1	56,1 - 58,0
Gynécologue-obstétricien	41,4		4 832	42,9	42,0 - 43,9
	(11 928)		(11 254)		
Motif principal de voie basse instrumentale ⁽³⁾					
Non-engagement / non-progression	-		620	52,6	49,7 - 55,5
Anomalie du RCF	-		518	44,0	41,1 - 46,9
Autre indication foetale	-		18	1,5	0,9 - 2,4
Autre motif	-		22	1,9	1,2 - 2,8
			(1 178)		
Motif principal de césarienne pendant travail ⁽³⁾					
Stagnation / non-engagement	-		572	46,5	43,7 - 49,3
Anomalie du RCF	-		456	37,1	34,4 - 39,8
Autre indication foetale	-		79	6,4	5,1 - 7,9
Indication maternelle	-		54	4,4	3,3 - 5,7
Autre motif	-		69	5,6	4,4 - 7,1
			(1 230)		

(1) Rapporté au nombre de naissances

(2) Rapporté aux naissances à la maternité

(3) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 2 - Naissance vivante en Franca Métropolitaine (4)

ÉTUDE QUALITATIVE PORTANT SUR LES DÉTERMINANTS SOCIOLOGIQUES CONSTRUISANT LES REPRÉSENTATIONS QUE LES FEMMES NULLIPARES ONT DE L'ACCOUCHEMENT INSTRUMENTAL

Résumé

Objectifs : Nous étudions dans ce mémoire les représentations que les femmes ont de l'accouchement instrumental. L'objectif est de comprendre ce qui vient les construire, permettant d'améliorer et de personnaliser les informations données pendant la grossesse, en fonction des femmes ou des groupes à qui l'on s'adresse.

Méthodes : Ce mémoire qualitatif est basé sur des entretiens semi-directifs. Les femmes interrogées sont des nullipares, enceintes de leur premier enfant.

Résultats : Les représentations de l'accouchement instrumental sont multiples et souvent basées sur des craintes. Les déterminants sociologiques construisant ces représentations sont des interactions que les femmes interrogées ont avec le monde qui les entoure : leur famille, leurs ami.e.s, les réseaux sociaux, la télévision, les professionnel.e.s de santé...

Conclusion : Pour apporter une information adaptée, il est nécessaire d'étudier et de comprendre le contexte social de la femme et du groupe pour anticiper les représentations.

Mots Clefs : Représentation - Interaction sociale - Extraction instrumentale

QUALITATIVE STUDY ON SOCIOLOGICAL FACTORS BUILDING REPRESENTATIONS OF INSTRUMENTAL CHILDBIRTH IN NULLIPAROUS WOMEN

Abstract

Objectives: In this thesis we study the representations that women have of instrumental childbirth. The aim is to understand what builds them. The aim is to improve and personalise the information given during pregnancy, according to the women or groups we are addressing.

Methods: This qualitative dissertation is based on semi-structured interviews. The women interviewed were nulliparous women, pregnant with their first child.

Results: The representations of instrumental childbirth are multiple and often based on fears. The sociological determinants building these representations are interactions they have with the world around them: their family, their friends, social networks, television, health professionals...

Conclusion: To provide appropriate information, it is necessary to study and understand the social context of the woman and the group, to anticipate the representations.

Keywords : Representation - Social interaction - instrumental extraction