

**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch  
**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband  
**Band:** 111 (2013)  
**Heft:** 6

**Artikel:** Pratiques de la naissance, corps féminin et sentiment d'incompétence : notes sur une recherche en cours  
**Autor:** Maffi, Irene  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-949156>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 14.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Pratiques de la naissance, corps féminin et sentiment d'incompétence – Notes sur une recherche en cours

L'anthropologie permet de prendre un recul suffisant pour susciter un autre regard sur le quotidien. Dans un bref rappel historique, l'auteure montre comment la biomédecine a transformé le corps féminin en un corps pathologique et défectueux, mais également en un corps réceptacle. De sa recherche en cours, elle dégage une constante: le souci de la sécurité prime sur les autres souhaits des futures mères comme celui de l'intimité, de la continuité des soins ou de l'environnement familial.

.....  
Irene Maffi, Lausanne

## Jalons d'une histoire des représentations médicales du corps féminin

Dans l'histoire de la pensée médicale européenne, qui relève de la tradition grecque et romaine, le corps des femmes a été représenté comme fondamentalement similaire à celui des hommes dans son anatomie et dans son fonctionnement. Depuis l'Antiquité, le corps féminin a néanmoins été aussi représenté comme moins parfait par rapport au modèle idéal que le corps masculin incarne. Il était par exemple conçu comme plus froid, plus passif, plus mou que le corps des hommes qui était au contraire chaud, actif, tonique, toutes ces caractéristiques étant imaginées comme positives (Martin 1987). A partir du XIX<sup>e</sup> siècle, un modèle différentiel de la biologie masculine et féminine s'impose, selon lequel les corps masculins et féminins obéissent à des mécanismes différents. Cette évolution amène à développer une vision pathologisante du corps féminin (Davis-Floyd 1992), le fonctionnement de celui-ci étant progressivement assimilé à une déviation par rapport au modèle anatomique et métabolique propre au corps masculin (Kolip 2000).

Si le corps féminin est défectueux et tend à la pathologie dans son fonctionnement ordinaire, il doit en conséquence être soumis à un contrôle médical plus important, projet qui est pleinement réalisé dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle (Arney 1982). A l'époque moderne comme dans l'Antiquité, c'est en particulier la phase reproductive de la vie des femmes qui est soumise à stricte surveillance.

En Europe, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, se diffusent des préoccupations pronatalistes (Koven et Michel 1993) qui amènent les Etats, soucieux du nombre et de la «qualité» de leur population, à investir des ressources importantes dans le domaine de la procréation et de l'éducation des mères (Davin 1989). Les mères sont en effet appréhendées

comme les principales responsables de la santé physique et morale des futurs citoyens et de leur capacité à jouer un rôle actif dans la société. Ces préoccupations étatiques amènent à mettre en place un système de surveillance des grossesses et de la santé des mères et des enfants qui, tout en ayant eu plusieurs effets positifs, entraîne également des formes inédites de contrôle sur la vie des femmes (Foucault 1979).

De nouvelles attitudes sociales vis-à-vis de la procréation et plus particulièrement du corps fertile et du corps plein des femmes enceintes se diffusent et sont intériorisées par les membres de la société. Le processus reproductif est pensé dès lors comme un moment de grande vulnérabilité qui, pouvant à tout moment donner lieu à des pathologies, doit être surveillé de près. Si d'abord, les (futures) mères sont les principales patientes de l'obstétrique biomédicale, dans la mesure où c'est sur elles que les médecins et les autorités publiques concentrent leur attention, à partir de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle un nouveau patient voit le jour: le fœtus (Newman 1996). Rendu possible par les progrès technologiques, l'accès inédit au fœtus a détourné le regard du corps médical



**Irene Maffi** Professeure d'anthropologie culturelle et sociale. Laboratoire d'anthropologie culturelle et sociale. Institut des sciences sociales. Faculté des sciences sociales et politiques. Université de Lausanne. [irene.maffi@unil.ch](mailto:irene.maffi@unil.ch)

des mères vers l'enfant, transformant celui-ci en patient principal de l'obstétrique (Duden 1993). Si aborder cette évolution n'est pas le but de cet article, il est important de noter que la biomédecine a ainsi transformé le corps féminin non seulement en un corps pathologique et défectueux, mais également en un corps réceptacle. Les femmes sont devenues «l'environnement» du patient principal, le fœtus, qui est la cible de la plupart des tests, contrôles, dépistages effectués avant et pendant la grossesse. De même, lors de l'accouchement, l'usage massif du monitoring fœtal en continu et le rôle crucial qui lui est attribué par les professionnels ne font que confirmer la centralité de l'enfant. Bref, les transformations des représentations et des techniques obstétricales ont eu un impact important sur les pratiques et les imaginaires sociaux de la naissance, comme plusieurs études socio-anthropologiques menées durant les dernières décennies le montrent.

Par exemple, durant les années 1990, une étude canadienne a mis en lumière que les femmes enceintes ressentaient un fort sentiment d'incompétence pendant la grossesse et l'accouchement (De Koninck 1990). Non seulement, elles considéraient leur corps comme incapable de mener à bien la grossesse sans la surveillance et l'intervention des professionnels de la santé, mais elles pensaient à leur corps comme étant dangereux pour l'enfant. Ces femmes montraient ainsi avoir intériorisé la représentation médicale qui crée une séparation entre la mère et le fœtus considérés désormais comme des êtres dotés d'autonomie et de droits parfois en conflit les uns avec les autres (Petchesky 1987).

#### Quelques notes sur une recherche en cours

Bien que cette courte digression sur l'histoire des représentations du corps féminin en Europe et en Amérique du Nord ne rende pas justice à la complexité de cette évolution, elle permet néanmoins de situer les observations que je vais développer dans la suite de ce travail concernant les attitudes des femmes enceintes et des mères que j'ai côtoyées pendant une recherche de terrain en cours dans un hôpital suisse<sup>1</sup>. Les espaces principaux dans lesquels j'ai pu rencontrer et observer les femmes sont les cours de préparation à la naissance, la salle d'accouchement et le service du post-partum. J'ai également effectué des entretiens approfondis avec des couples avant et après la naissance pour mieux comprendre l'évolution de leur vécu de la grossesse, de l'accouchement et du début de vie avec l'enfant.

Puisque j'ai côtoyé des femmes venant de plusieurs pays qui ont parfois une appréhension du processus de la naissance très différente, pour des questions de cohérence, je vais ici limiter mes considérations aux femmes suisses et d'origine européenne. Le fait que la majorité de ces dernières ait montré des attitudes similaires vis-à-vis de leur corps et de la naissance indique que, malgré les spécificités des «systèmes de naissance» (Jordan 1993) de chaque pays, il existe des éléments communs.

<sup>1</sup> Pour des raisons de confidentialité, je préfère ne pas mentionner le nom de l'hôpital et éviterai d'en décrire les caractéristiques. Je l'appellerai l'hôpital H.



Inge Loos  
Conseillère Sage-femme.ch  
Berne

## Chère lectrice, cher lecteur,

*Les conditions sociologiques influencent la manière de s'occuper des femmes aux abords de la naissance. Au cours du siècle, dans les états modernes, la Science s'est enracinée entre autres comme discipline pour faciliter la vie et en améliorer les conditions. Mais, cela n'a pas toujours conduit au succès. Ainsi, en obstétrique, les avancées ne rendent pas toujours service à la mère et à l'enfant. Les résultats scientifiques déstabilisent parfois les femmes et leur confisquent la confiance en leurs propres forces. C'est pourquoi ils doivent être critiqués. Les sages-femmes ont besoin de compétences en recherche – qui remet en question de telles déclarations?*

*La recherche menée par les sages-femmes, tout comme la neurobiologie ou la psycho-endocrinologie, ont prouvé que l'accouchement est un processus naturel au cours duquel il faut intervenir aussi peu que possible et seulement quand c'est nécessaire. Les sages-femmes le savent d'expérience, mais notre société exige des preuves de notre action. Nous pouvons mettre en évidence les besoins des femmes ainsi que ceux de leurs familles et légitimer notre travail. Le rapport de recherche de Natascha Schütz en est un bel exemple, montrant comment améliorer nos prestations pendant et après une naissance prématurée, afin que les parents la vivent bien. Irene Maffi, anthropologue à Lausanne, montre quant à elle comment le regard sur la femme, la grossesse et la naissance a changé au cours des siècles et quelles en sont les conséquences pour les femmes.*

*Néanmoins, pouvons-nous modifier quelque chose au regard porté sur les femmes? Sous des conditions sociologiques données, qui privilégient le principe de rentabilité économique à court terme, pouvons-nous améliorer réellement notre travail? Nous devrions avoir la possibilité d'observer les femmes, de les examiner attentivement et de parler avec elles, pour que nous puissions nous en occuper de manière adéquate.*

*Inge Loos*

Cordialement, Inge Loos

Ces éléments relèvent d'un noyau de représentations qui ont été élaborées au sein de l'obstétrique biomédicale à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle (Murphy-Lawless 1998). Ils relèvent également des changements sociaux qui ont eu lieu en Europe au cours du XX<sup>e</sup> siècle et plus spécifiquement la diminution de la natalité, l'introduction de la contraception biomédicale, l'entrée massive des femmes dans le marché du travail rémunéré, l'hospitalisation de masse des accouchements et la progressive médicalisation et technicisation de la procréation (Thébaud 1986). Ces transformations ont fortement contribué à modeler les attitudes des femmes qui aujourd'hui mettent au monde des enfants, déterminant des comportements culturellement légitimes et ordinaires.

Pour illustrer mes propos, je vais choisir trois moments de la trajectoire reproductive ordinaire afin de mettre en lumière quelques-unes des attitudes des femmes côtoyées dans l'hôpital H. De manière générale, les comportements des femmes rencontrées révèlent des craintes diffuses vis-à-vis de tout le processus de naissance, s'exprimant tant dans leurs pratiques que dans leurs discours. Concentrées sur la «production» d'un enfant en bonne santé et «normal», c'est-à-dire dépourvu de tout désordre génétique et morphologique, la majorité d'entre elles se soumet à une surveillance médicale stricte. Aucune des femmes rencontrées n'a choisi de faire le suivi de grossesse avec une sage-femme et, malgré le désir répandu d'avoir un accouchement «le plus naturel que possible» (Francine<sup>2</sup>, mars 2013), elles ne se sont pas renseignées sur les différentes possibilités existantes – accouchement ambulatoire, maison de naissance, accouchent à domicile. Le souci de la sécurité, conçue premièrement en tant que plate-forme technique, prime sur les autres souhaits des futures mères comme celui de l'intimité, de la continuité des soins ou de l'environnement familial.

### Geburtspraktiken, weiblicher Körper und Gefühle der Inkompetenz

Seit dem Altertum wird der weibliche Körper als weniger perfekt als der männliche Körper dargestellt. In Laufe der Zeit wurden Frauen zur «Umgebung» des primären Patienten, des Fötus. In einem noch laufenden Forschungsprojekt stellt Irene Maffi, fest, dass die Frauen von heute sich immer mehr auf die «Produktion» eines gesunden und «normalen» Kindes konzentrieren. Die Mehrheit unter ihnen unterzieht sich einer strengen medizinischen Kontrolle und keine der befragten Frauen liess sich während der Schwangerschaft durch eine Hebamme begleiten. Zu Beginn der Schwangerschaft zeigen sie einen grossen Mangel an Vertrauen in ihren Körper und Gefühle der Inkompetenz. Während den Geburtsvorbereitungskursen sind sie sehr unsicher und unfähig, sich den Moment der Geburt vorzustellen. Während der Geburt übergeben sie alle Verantwortung den sie behandelnden Pflegenden und Maschinen. Zum Stillen sehen sie sich ausserstande und es fehlt ihnen oft der Mut auch nur damit zu beginnen.

### La grossesse

Un nombre important des femmes rencontrées a vécu les premiers mois de grossesse avec angoisse et appréhension n'osant pas révéler la nouvelle à l'entourage avant que leur gynécologue ne leur confirme la «viabilité» de l'enfant. Prises dans l'engrenage des tests de dépistage (Manai et al 2010), elles n'ont pas mis en question la nécessité de se soumettre à tous les examens proposés aujourd'hui pendant le suivi médical ordinaire. Les femmes ont montré un manque de confiance en leur corps, confirmant le sentiment d'incompétence déjà relevé par De Koninck au début des années 1990 chez ses interlocutrices canadiennes.

Quelques femmes interviewées ont douté de leur capacité à tomber enceintes avant même d'avoir essayé de concevoir un enfant, influencées par des histoires familiales ou des proches, et se sont adressées à leur médecin de manière préventive. Tout en n'ayant pas cherché d'avis médical, plusieurs autres femmes ont exprimé leurs inquiétudes avant de tomber enceintes et avoué leur grand étonnement en apprenant qu'elles attendaient un enfant. Elles ont exprimé une sorte d'incrédulité, de stupeur devant un événement considéré comme peu probable à cause du sentiment de méfiance envers leur propre corps et ses potentialités. Si pour certaines femmes, le suivi médical de la grossesse a été rassurant, en particulier pour celles qui ont eu des résultats tout de suite réconfortants, pour d'autres, il a représenté «un calvaire» (Laura, avril 2011), ayant généré des doutes et des angoisses qu'il a fallu éclaircir par des interventions invasives telles une amniocentèse.

### L'accouchement

Pendant les cours de préparation à la naissance, l'accouchement constitue un des sujets principaux abordés par la sage-femme et les couples qui se préparent à cet événement. Souvent les soignantes responsables des cours demandent aux futurs parents quels sont leurs attentes et leurs désirs pour l'accouchement afin que les couples puissent y réfléchir à l'avance et se préparer à cet événement. Dans la majorité des cas, les réponses des femmes révèlent une grande incertitude et une incapacité à penser ce moment ainsi qu'une forte appréhension de ce qui peut leur arriver pendant l'accouchement<sup>3</sup>. Les mots qu'elles associent le plus souvent à l'accouchement sont «peur, douleur, sang, perte de contrôle, crise», etc. Leur imaginaire semble habité non seulement par les fantasmes de l'inconnu, mais aussi et peut-être surtout par les récits négatifs des proches et les représentations des médias qui tendent à mettre en scène l'accouchement en tant qu'événement catastrophique et dangereux<sup>4</sup>.

Il n'est pas étonnant que, en salle d'accouchement, les parturientes que j'ai eu l'occasion d'observer se confient entièrement aux soignants et aux machines auxquelles tant elles que ces derniers ont tendance à conférer un rôle central. En effet, les parturientes observées n'ont que rarement exprimé leur autonomie, préférant abandonner leur corps à la prise en charge du personnel qui, malgré les spécificités individuelles, agit généralement en conformité avec les routines hospitalières. Prises entre le sentiment d'incompétence, la peur de l'accouchement, les règles hospitalières qu'elles imaginent de-

voir suivre – mais qu’elles ne connaissent que très peu –, à quelques exceptions près, les femmes que j’ai eu l’occasion de rencontrer semblent reproduire des schèmes qui montrent l’impact du modelage culturel auquel nos sociétés du risque nous soumettent (Beck 1992).

### L’allaitement

L’allaitement constitue un autre sujet central abordé par les femmes enceintes pendant les cours de préparation à la naissance. Des rencontres spécifiques y sont consacrées au sein de l’hôpital H, dont le personnel encourage l’allaitement maternel suivant les recommandations de l’Organisation mondiale de la santé. Tant les sages-femmes en salle d’accouchement que les soignantes qui travaillent dans le service du post-partum discutent avec les mères de la possibilité d’allaiter leur enfant et les aident en leur apprenant les techniques d’allaitement. Dans le service du post-partum, des dossiers contenant des brochures expliquant les bénéfices de l’allaitement maternel et la manière de faire face aux difficultés qui pourraient surgir pendant les mois d’allaitement sont mis à disposition des accouchées.

En accord avec leur vécu pendant la grossesse et l’accouchement, les femmes que j’ai observées se sentent incompétentes et sont souvent découragées avant même de commencer à allaiter<sup>5</sup>. Des réponses très courantes des femmes enceintes auxquelles on demande si elles ont l’intention d’allaiter sont: «si j’y arrive», «si j’ai assez de lait». Ces doutes ne disparaissent pas après l’accouchement et le début de l’allaitement. A l’exception des femmes et des enfants pour lesquels tout se passe très bien et parfois même au sein de ce groupe, les mères sont angoissées par l’impossibilité de mesurer la quantité de lait que boivent les nourrissons. J’ai entendu plu-

sieurs mères dire qu’elles ne comprenaient pas comment leurs enfants avaient pu uriner les premiers jours de vie, compte tenu du fait «qu’il n’y avait rien qui sortait de leurs seins» (Julie, mars 2013).

Le sentiment d’incompétence est souvent augmenté par les pratiques hospitalières qui tendent à imposer un régime rigide de mensuration du poids de l’enfant, focalisant l’attention exclusivement sur l’évolution pondérale et délaissant d’autres éléments relevant du comportement et de l’aspect somatique du bébé. Mesurées déjà au cours de la grossesse lors des contrôles échographiques, les courbes de croissance de l’enfant sont aujourd’hui les principaux éléments mobilisés par le savoir médical afin d’évaluer le bien-être de l’enfant. Ceci a souvent pour effet secondaire d’augmenter l’insécurité des femmes et de les rendre dépendantes d’un imaginaire quantitatif qui tend à réifier le bien-être des enfants, au nom d’une vision objectivante délégitimant les compétences et les perceptions individuelles des mères (Van Esterik 1988).

### «Enfanter à l’hôpital H. Le parcours expé- rientiel des couples de la préparation à la naissance au retour à domicile».

Le projet vise à suivre l’itinéraire des couples qui accouchent à l’hôpital H du moment où ils commencent à suivre les cours de préparation à la naissance donnés dans le cadre hospitalier jusqu’au moment où ils sortent de l’hôpital après l’accouchement.

*Les phases principales de la recherche comprennent:*

- Faire de l’observation participante dans les cours de préparation à la naissance et réaliser des entretiens avec les couples de futurs parents et les sages-femmes responsables
- Faire de l’observation participante en salle d’accouchement et réaliser des entretiens avec les soignant-e-s et les médecins
- Faire de l’observation participante dans le service post-natal et réaliser des entretiens avec les couples avant leur sortie de l’hôpital ainsi qu’avec les soignant-e-s et les médecins. Réaliser des entretiens avec les couples environ deux mois après leur retour à la maison.

<sup>2</sup> Tous les noms utilisés sont fictifs.

<sup>3</sup> cf. par exemple le documentaire «Labouring Under An Illusion».

<sup>4</sup> Les cours de préparation à la naissance sont généralement fréquentés par des primipares qui n’ont pas d’expérience de l’accouchement.

<sup>5</sup> Dans le contexte de mon terrain, les femmes qui déclarent ne pas désirer allaiter constituent une exception.

### Biographie

Arney William Ray (ed.), (1982) *Power and the Profession of Obstetrics*, Chicago: The University of Chicago Press Beck Ulrich (1992) *Risk Society. Towards a New Modernity*, London: Sage Davin Anna (1989) "Imperialism and motherhood", in Raphael Samuel (ed.), *Patriotism: the Making and Unmaking of British National Identity*, London and New York Davis-Floyd Robbie (ed.), (1992) *Birth as an American rite of passage*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press De Koninck Maria (1990) «La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts», *Anthropologie et sociétés*, vol. 14, n. 1, pp. 25-41 Duden Barbara (1993) *Disembodying Women. Perspectives on pregnancy and the Unborn*, Cambridge, MA: Harvard University Press Foucault Michel (1976) *La volonté de savoir*, Paris: Gallimard Kolip Petra (2000) *Weiblichkeit ist keine Krankheit: die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*, Weinheim: Juventa Verl Koven Seth and Michel Sonya (eds.), (1993) *Mothers of a new world: maternalist politics and the origins of welfare states*, New York, N.Y.: Routledge Manai D., Burton-Jeangros C. et Elger B. (eds.), (2010) *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit, éthique et pratiques sociales*, Berne: Stämpfli Martin Emily (1987) *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston: Beacon Press Newman Karen (1996) *Fetal Positions. Individualism, Science, Visuality*, Stanford: Stanford University Press Petchesky Rosalind Pollack (1987) "Fetal images: the power of visual culture in the politics of reproduction", *Feminist Studies*, vol. 13 n. 2, pp. 263-292 Thébaud Françoise (1986) *Quand nos grand-mères donnaient la vie: la maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Lyon: Presses universitaires de Lyon Van Esterik P. (1988) "The insufficient milk syndrome: biological epidemic or cultural construction?", in Whelehan, P. (ed.), *Women and Health Cross-Cultural Perspectives*, Boston: Bergin and Garvey, 97-108.

### DVD

Elson Vicky *Labouring Under An Illusion: Mass Media Childbirth vs. The Real Thing*, film documentaire, Conway, Massachusetts, 2009, disponible sur le site: [www.birthmedia.com](http://www.birthmedia.com)