



Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : les violences obstétricales

« Primum non nocere »¹

Il a été frappant de voir combien, ces derniers mois, l'attention médiatique, politique, et sociale, s'est portée sur des questions jusque-là encore peu présentes dans le discours courant : celle de l'accouchement, de la maternité, du suivi gynécologique, celle, finalement, des femmes dans la médecine, et notamment des femmes enceintes et des parturientes². Nous avons alors vu émerger dans ce discours une expression encore peu répandue, ou au moins cantonnée à des milieux spécifiques - militantisme féministe notamment -, ce terme de violences obstétricales, qui défraye la chronique et soulève l'indignation des soignants en gynécologie et en obstétrique.

Associée souvent au mouvement de libération de la parole des femmes ayant eu lieu en parallèle, cette expression, sous la forme d'une polémique, a en effet permis l'émergence de questionnements nouveaux, d'interrogations des pratiques, de diffusions plus larges de récits de cet événement aussi commun que personnel et unique, aussi connu qu'encore mystérieux. Une fois encore, corps privé et corps public se rencontrent, une fois encore, le corps devient enjeu politique et social, et une fois encore, cela ne se fait pas sans étincelles.

Il est alors aisé de saisir la complexité d'un tel sujet, pris dans des enjeux multiples et entremêlés, qui ne sauraient supporter une approche et un discours unique, mono-disciplinaire, ou réducteur. Cette pluralité de discours, de points de vue, de perceptions, vient alors cristalliser un débat qui en devient stérile, dans lequel ces enjeux

s'entrecroisent, se confondent, fusionnent, et se perdent. De là vient alors la difficulté à cerner ce terme de violences obstétricales. De quoi s'agit-il alors ? Parlons-nous de violence faite aux femmes, de ses mécanismes, de patriarcat ? Parlons-nous d'un enjeu politique ? Parlons-nous de sphère privée, de sphère publique ? Parlons-nous de violence inhérente à l'accouchement ? Parlons-nous de la violence institutionnelle dont peuvent être victimes les soignants eux-mêmes, confrontés aux enjeux pulsionnels de la mise au monde ? Parlons-nous de la douleur, de la souffrance, de leur caractère de plus en plus insupportable ? Parlons-nous de la violence de cette rencontre explosive entre problématique de vie et problématique de mort dans le domaine de l'obstétrique ? Parlons-nous du corps qui vit une grossesse, corps réel, fantasmatique, et symbolique ? Parlons-nous de sexualité ?

Cette liste de questionnements n'est certainement pas exhaustive, et reflète la multiplicité des discours, des problématiques, et des enjeux. Enjeux politiques donc, sociaux, économiques, enjeux de société, de genre, enjeux épistémologiques, enjeux de profession, d'institutions, mais aussi enjeux inconscients, enjeux pulsionnels, que nous n'avons pas la prétention de pouvoir éclaircir, mais que nous estimons nécessaires à penser.

Ainsi, dans la perspective de pouvoir engager une réflexion plus fertile autour de ce sujet des violences obstétricales, qui, malgré sa complexité, soulève des problématiques incontournables pour penser le soin aujourd'hui, nous nous poserons la question suivante : trop souvent réduites à une opposition entre vécu subjectif de l'accouchement et réalité médicale, où situer les violences obstétricales ?

Pour cela, nous nous pencherons tout d'abord sur la définition de ce terme, une définition qui peut s'avérer plus difficile à formuler qu'il n'y paraît. Cela nous permettra dans un second temps d'amener une réflexion autour de ce qui nous semble être au cœur de ce débat, soit une mise en tension apparemment insoluble entre subjectivité et objectivité. Enfin, nous discuterons du rôle de la contentance dans ces expériences de violences parfois traumatiques, notamment à travers des récits de femmes, recueillis dans le cadre d'une recherche en maternité.

Définir la violence

Le terme de violences obstétricales est un terme encore relativement nouveau, puisque son apparition dans un contexte officiel date du début des années 2000, en Amérique du Sud, sous l'impulsion de groupes féministes luttant pour l'humanisation de la naissance, mais également d'ONG et d'organisations internationales et politiques. L'émergence de ce terme en Amérique du Sud s'articule également à un contexte politique, ainsi qu'à une certaine

organisation des soins et de la hiérarchie des professions en obstétrique. Il est par ailleurs intégré aux textes de loi – concernant les violences faites aux femmes – dans certains pays, dont le Venezuela en 2007, l'Argentine en 2009, et plusieurs états mexicains. Ce n'est que quelques années plus tard que l'expression de violence obstétricale atteint le monde anglo-saxon, puis le monde francophone, en passant par le Canada. Elle est présente en France depuis le début des années 2010, mais son usage ne quittait alors que très peu le domaine de la naissance et du militantisme, jusqu'à l'éclairage médiatique dont elle a fait l'objet en 2017. Cependant, les revendications pour l'humanisation de l'accouchement n'ont pas attendu l'arrivée de ce terme pour émerger, et ce dernier est venu remplacer et préciser les termes plus généraux utilisés jusqu'alors, comme ceux de « maltraitance médicale », ou de « maltraitance dans le soin » par exemple. Ainsi, le terme de violence obstétricale, malgré sa nouveauté, s'inscrit dans une continuité historique en France, tant dans son lien ambigu avec les mouvements féministes, que dans celui avec les méthodes de l'accouchement sans douleur ou de l'accouchement naturel par exemple, développées notamment par Fernand Lamaze et Frédérick Leboyer, dès les années 1950.

Ainsi, en France, la diffusion de cette expression a d'abord été assez lente, et peu documentée. C'est en juillet 2017 qu'elle prend une toute autre dimension, lorsque, lors d'une audition au Sénat, la secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les hommes et les femmes, Marlène Schiappa, dit avoir « commandé un rapport au conseil à l'égalité sur les violences obstétricales »³, et annonce un taux d'épisiotomies⁴ à 75% en France. C'est ce chiffre erroné, que M. Schiappa tient d'un sondage mené pour son association *Maman Travaille*, qui a d'abord enflammé la profession concernée, gynécologues obstétriciens et sage-femmes, puis les médias, qui se sont emparés de la question. En effet, le taux d'épisiotomies en France est aujourd'hui estimé aux alentours de 20%⁵, un chiffre en baisse ces dernières années, mais qui peut continuer à s'améliorer, notamment pour les primipares, pour lesquelles ce taux s'élève à 34,9%⁶. De ce fait, la polémique qui s'en est suivie s'est plus ou moins focalisée sur cet acte de l'épisiotomie. Pourtant, ce que dénonce le terme de violence obstétricale est bien plus vaste.

Cependant, il apparaît qu'en donner une définition précise et qui fasse consensus n'est pas si aisé. Cela peut s'expliquer dans un premier temps par ses conditions de naissance, citées plus haut, et son caractère encore actuel. Pourtant, les textes de loi sud-américains en donnent une définition officielle qui aurait pu voyager jusqu'à nous avec ce terme de violence obstétricale. Le fait que ce ne soit pas le cas nous permet également d'avancer que définir les violences obstétricales, c'est définir aussi un système de soins, une organisation professionnelle de l'obstétrique et de la gynécologie, au sein d'une certaine politique, d'une certaine société, et à une certaine époque. Il s'agit donc, d'une certaine manière, de

s'approprier ce terme et de l'inscrire dans notre propre système de représentations.

Par ailleurs, toute tentative de définir une violence se heurte à la question des limites : comment border ce qui est violent, comment déterminer précisément et dans une perspective d'universalité ce qui l'est, ou ce qui ne l'est pas ? D'autre part, ces limites sont également renforcées par le fait que, par ce terme même de violence, associée à un champ disciplinaire, celui de l'obstétrique ou de la gynécologie, l'expression de violence obstétricale semble désigner un responsable. En effet, nombreux sont les soignants en obstétrique ou en gynécologie qui ont perçu une agression personnelle dans cette formulation, qui les mettrait dans une position de bourreau, position dont la femme serait la victime.

Ainsi, pour définir, il faut d'abord sortir de ce qui relève d'un imaginaire, d'une relation à l'autre en miroir, ici miroir inversé. L'expression de violence obstétricale n'a pas pour objectif une délation, et n'a que faire de pointer du doigt tel ou tel professionnel en particulier. Il s'agit de désigner, pour pouvoir le penser, un système, dont les acteurs ne sont pas seulement des individus, mais aussi des institutions, des protocoles, des normes, des valeurs, des coutumes, qui sont particulièrement puissantes en périnatalité. Bien sûr, le fait que cela relève d'un système ne signifie pas pour autant que tous les accouchements sont des expériences traumatiques. L'accouchement reste un événement éminemment subjectif dans son vécu, et certaines femmes en gardent un souvenir intense, puissant, et heureux. Cependant, bien qu'aucune quantification du phénomène n'ait été faite pour le moment, ce moment est pour d'autres femmes à l'origine d'une grande souffrance, dont l'impact justifie que nous nous penchions sur la question, qu'il s'agisse ou non d'une minorité.

Il a donc sans doute été plus commode, car plus concret, de centrer dans un premier temps le débat sur l'acte de l'épisiotomie. Mais ce qui est dénoncé à travers cette polémique, c'est un ensemble de gestes, d'actes chirurgicaux ou non, mais aussi de propos, d'attitudes, ou d'obligations protocolaires désuètes. Pour n'en citer que quelques-uns, sont donc concernés par exemple l'expression abdominale⁷, par ailleurs supprimée des recommandations de l'OMS car jugée potentiellement dangereuse pour la santé de la femme et de son enfant, les extractions instrumentales - forceps, ventouse -, les touchers vaginaux à répétition, les déclenchements⁸, l'utilisation d'hormones pour accélérer la naissance de l'enfant, ou bien l'obligation de garder une position unique durant l'accouchement, l'interdiction de boire ou de manger, ou encore des attitudes vécues comme jugeantes, rabaissantes, ou paternalistes par la femme concernée.

Si nous devons toutefois donner une définition de la violence obstétricale, nous

emprunterions celle de M.-H. Lahaye, juriste de formation, et pionnière dans le monde francophone sur le sujet de la violence obstétricale, qu'elle traite notamment sur son *blog*, hébergé par *Le Monde*, « Marie accouche là ». Selon elle, « la violence obstétricale est l'addition de deux types de violences : la violence institutionnelle et la violence basée sur le genre »⁹, et se définit comme « tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente »¹⁰. D'après cette définition, deux éléments sont donc centraux pour définir la violence obstétricale : d'une part, l'absence de justification médicale pour un acte effectué durant l'accouchement, le suivi gynécologique, ou la suite de couches ; et d'autre part, l'absence de consentement de la part de la femme concernée, ce qui vient faire directement référence à la loi de 2002 concernant les droits des malades, appelée loi *Kouchner*. Cette loi précise en effet qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »¹¹. Est également couramment citée dans les nombreux témoignages de femmes présents dans la presse ces derniers mois, l'absence d'informations au sujet des actes effectués, que ce soit avant, pendant, ou après ces actes. Est donc violent ce qui n'est pas consenti, ce qui n'est pas justifié, ce dont nous n'avons pas été informés. La violence est contenue en germe dans la négation de la subjectivité de l'individu en face. Une interpellation de la parole médicale donc, et une remise en question de la relation soignant-soigné, comme un appel à un retour de la subjectivité au sein de cette dernière.

Pourtant, au lieu d'un dialogue interdisciplinaire et intersubjectif à l'écoute de ces dimensions, c'est à un débat houleux que nous avons affaire lorsqu'est abordé le sujet de la violence obstétricale, dans lequel transparaît alors toute la dimension pulsionnelle qu'il mobilise. En effet, dans ces débats, nous voyons s'incarner deux prises de position qui se font face, dans une étanchéité frappante. D'un côté, des femmes - et plus rarement, des hommes - expliquant ces violences, en témoignant parfois, revendiquant une pleine possession de leur corps et de leur subjectivité ; et de l'autre, des représentants du corps obstétrical, généralement sur la défensive face à cette expression qui semble les accuser d'une maltraitance consciente et volontaire. Dans cette configuration, se produit ce qui serait presque de l'ordre d'un clivage du discours, dans une opposition stérile, un dialogue entravé. Sous couvert d'une expression commune, celle de violence obstétricale, faisant alors office de leurre d'une compréhension mutuelle, c'est depuis des sphères différentes que chacun parle, et se rate. C'est alors comme si, dans l'opposition, la subjectivité de l'un des partis ne pouvait que remplacer celle de l'autre pour pouvoir exister, et l'échange se trouve alors encombré, et la parole invisibilisée.

Cette modalité de dialogue vient laisser paraître les nombreux enjeux sous-jacents à cette problématique, et derrière le débat théorique et social, ce sont aussi les affects et la dimension pulsionnelle qui donnent le ton, comme souvent lorsque sont en jeu la femme, son corps, ses droits, mais aussi la naissance d'un enfant. Entendre cette dimension nous permet également de saisir la continuité historique et sociale dans laquelle s'inscrit ce débat en France, malgré la nouveauté du terme de violence obstétricale. C'est ainsi tout un système de représentations, tout un référentiel symbolique et imaginaire, qui est ici mis en lumière et réinterrogé. La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, l'accouchement à l'hôpital, la place du professionnel de santé dans ce processus, les rôles bien définis des différents corps de métier en gynécologie obstétrique, la répartition genrée de ces corps de métier¹², autant d'éléments qui bordent notre représentation actuelle de la mise au monde d'un enfant, et portent également le poids du passé de la gynécologie obstétrique comme discipline. En effet, l'histoire de cette discipline est semée de déplacements, de remplacements, de transferts, contenus par des coutumes qui, bien qu'évoluant au fil des époques, ont toujours entouré la grossesse et l'accouchement. Les exemples de ces déplacements sont nombreux : celui de la mère ou de la grand-mère de la parturiente comme aide à l'accouchement, à la matrone du Moyen-Âge, elle-même remplacée par la sage-femme comme profession institutionnalisée, puis par le médecin accoucheur, ou gynécologue obstétricien, à partir du XVII^e siècle ; déplacement donc de la femme comme détentrice du savoir autour de la grossesse et de l'accouchement, à l'homme médecin ; déplacement également du domicile de la parturiente comme lieu de l'accouchement, à l'hôpital¹³ ; ou encore, passage d'une grande mortalité périnatale maternelle et infantile, vers une réduction de la mortalité allant de pair avec une médicalisation de plus en plus importante. A travers ces éléments, nous pouvons donc nous interroger : à quoi touchons-nous donc en interrogeant aujourd'hui ces coutumes et ces représentations, à travers cette remise en question du système hospitalier ?

C'est sur ce terrain lourd d'enjeux, à travers ces déplacements et les questions conscientes et inconscientes qu'ils posent, que le débat sur la violence obstétricale se construit. Nous le voyons alors par ces modalités, ce débat pousse chacun dans ses retranchements, dans des positionnements caricaturaux, qui en viennent à donner l'impression que les deux partis qui s'opposent ne traitent pas du même sujet. Et pour cause.

Nous l'avons vu, ce qui semble alors se dessiner comme point central qui viendrait cristalliser cette opposition prise dans le pulsionnel, est la mise en tension entre objectivité, et subjectivité.

Entre objectivité et subjectivité, sortir de la binarité

Lorsqu'il s'agit du sujet des violences obstétricales, la mise en tension entre ces deux pôles que sont l'objectivité et la subjectivité, posés comme contraires, se fait sur plusieurs plans. En effet, elle s'incarne d'abord dans ces débats, à travers les prises de position des femmes, et des soignants. Les unes revendiquent la pleine possession de leur subjectivité et de leur corps, quand les autres répètent que les gestes dont on les accuse sont des gestes médicaux, et dressent alors le savoir obstétrical comme un fait objectif incontestable. La subjectivité débat avec l'objectivité. Dans l'imperméabilité qui caractérise souvent ces échanges, ces deux pôles restent donc étanches l'un à l'autre. Ainsi, dans ce positionnement-même, ou au moins tel qu'il est incarné dans le débat, la question nous est présentée sous une forme binaire, qui ne permet ni de penser les enjeux, ni d'entendre effectivement un vécu de violence lorsqu'il est exprimé.

Par ailleurs, cette mise en tension entre objectivité et subjectivité est également ce à quoi cette polémique est très vite réduite, et, une fois encore, la parole s'en trouve mise au second plan. Sont alors par exemple convoqués des arguments qui réduisent à une subjectivité totale : il s'agit d'un vécu, son explication se trouve donc entièrement chez la femme et dans son passé, dans ses éventuelles fragilités, ses expériences vécues, rejouées lors de cet événement psychiquement et physiquement intense qu'est l'accouchement. Ou encore, certains soignants évoquent le manque de temps, de moyens humains et financiers, qui les obligent à suivre un protocole hospitalier, aux dépens d'une prise en charge plus personnalisée, plus à l'écoute et plus attentive : sont invoqués là des faits *a priori* objectifs. Il ne s'agit pas de nier ces difficultés hospitalières, ni même de nier leur rôle dans les expériences d'accouchement violents. Il s'agit de sortir d'une réduction à un seul et unique facteur, pour expliquer un phénomène qui ne peut être compris qu'à travers l'intrication d'éléments multiples et complexes, et qu'il est impossible de résumer à ces deux catégories que forment alors l'objectivité et la subjectivité. Car en effet, cette réduction, au service des résistances face à ce pulsionnel que nous avons évoqué, perpétue la violence dénoncée.

Comme tout événement dans une vie, comme toute expérience vécue, un accouchement violent ou traumatique est la conséquence de facteurs certes personnels, mais aussi environnementaux, relationnels, interactionnels, institutionnels, médicaux, sociaux. Il ne s'agit donc plus d'opposer subjectivité et objectivité, une opposition qui jette un voile sur une part importante de l'événement et du vécu, mais de confronter les deux pour les faire dialoguer, ce qui ne signifie pas les dissoudre l'un dans l'autre. Comme le formule Marc Bonnet, « faire dialoguer les contraires que sont l'objectivation et la subjectivation, soit deux modes de réactions à la confrontation aux phénomènes humains, (...) ce n'est pas

opérer un compromis ou une synthèse entre eux. »¹⁴. Dans cette démarche, il ne s'agit donc ni d'objectiver un vécu ou la violence, ni de subjectiver des actes ou des pratiques, ce qui nous mènerait à une rigidification à la fois des positionnements des femmes et des obstétriciens, mais aussi à une rigidification des pratiques et des protocoles hospitaliers.

Que faire alors, sinon écouter ? A quoi pourrait donc servir la libération d'une parole si personne n'est là pour l'entendre ? Savoir entendre la violence, c'est déjà reconnaître son existence, sans pour autant désigner un coupable. Cette écoute est nécessité pour les femmes et pour les soignants, mais nécessité aussi pour le psychologue clinicien, ou tout autre professionnel qui souhaite penser la violence obstétricale. Car en effet, c'est dans l'écoute du vécu que se dessine, entre autres, ce dialogue à amorcer entre subjectivité et objectivité. Ainsi par exemple, dans le cadre de ma recherche en maternité au sujet du vécu de l'accouchement, pour laquelle je mène des entretiens de recherche en suite de couches, j'ai pu entendre certaines femmes me parler de leur accouchement par césarienne, que celle-ci ait été programmée ou non, en disant que rétrospectivement, elles préfèrent cela à un accouchement par voie basse : « c'est plus rapide, et ça fait moins mal », expliquent-elles. Il arrive d'ailleurs que certaines femmes demandent des césariennes dites de convenance, et font donc le choix de ne pas accoucher par voie basse. Pour autant, j'ai également rencontré de nombreuses femmes qui me décrivent une opération intrusive, violente, voire traumatisante, qui leur donne la sensation d'être dépossédées de leur accouchement : « c'est comme si ce n'est pas vraiment moi qui ai accouché ». Impossible donc d'objectiver une violence, et impossible de sortir le vécu de l'accouchement de son caractère unique, que ce soit sur le plan du déroulé des gestes obstétricaux, des interventions, des éventuelles complications, ou sur le plan du vécu de ces gestes. En conclure cependant que la césarienne n'est pas un acte potentiellement violent, et que l'explication d'un vécu de violence est donc à chercher chez les femmes elles-mêmes et pas ailleurs, relèverait de la même hypocrisie. Ce serait refuser d'entendre ce vécu, pour se focaliser sur un acte, comme s'il pouvait être isolé de son contexte : dans quelles conditions cette césarienne a-t-elle eu lieu ? Quels termes ont été utilisés pour expliquer cette opération, et les raisons de sa nécessité ? A-t-elle seulement été expliquée ? Quelles représentations de son accouchement la femme avait-elle ? Le père de l'enfant était-il présent lors de la césarienne, si la femme le souhaitait ? Quelle présence, quelle attitude de l'équipe soignante dans le bloc opératoire ?, etc.

Opposer l'objectivité médicale à la subjectivité de la femme, c'est donc également, dans une certaine mesure, perpétuer la violence vécue dans la salle d'accouchement. La femme, lors de son accouchement ou de son suivi gynécologique, se voit imposer un acte, un protocole, des gestes. Beaucoup décrivent alors un sentiment de passivité face à ce qui arrive pourtant

à leur propre corps, et souvent dans le cadre d'un événement majeur pour elles. Cette passivité est un des éléments qui fait traumatisme : beaucoup se sentent dépossédées de leur corps, et « je n'étais plus qu'un ventre », ou « je n'étais plus qu'un morceau de viande » sont des phrases qui reviennent beaucoup dans les témoignages de vécu violent d'accouchements. La médecine scientifique moderne, et ici en particulier l'obstétrique, dans cette démarche objectivante qui est la sienne, n'a pu que se concentrer sur le somatique, en oubliant ainsi le psychique, que les champs qui y sont dédiés sont venus récupérer. Ce laisser-tomber d'une discipline, à l'origine de la nôtre, la psychologie, a favorisé une séparation de plus en plus nette en médecine entre psyché et soma dans le soin. Cette spécialisation indispensable aux avancées technologiques et scientifiques que visait la médecine a cependant aujourd'hui des retombées subjectives, qui se ressentent dans la relation soignant-soigné, et qui resurgissent également dans cette polémique autour de la violence obstétricale. Mettez de côté la subjectivité, et elle fera retour d'autant plus bruyamment. Ainsi, par cette mise de côté, se met en place également, à l'insu bien souvent des médecins eux-mêmes, un contrôle des corps, dont l'enjeu est d'autant plus important qu'il s'agit, en gynécologie et en obstétrique, du corps des femmes, et plus particulièrement, des femmes enceintes. Dans quelle mesure alors ce contrôle est-il indispensable à la médecine techno-scientifique moderne, en tant qu'il vient faire office de défense face à l'angoissant du regard posé sur le corps maternel ? « La géographie secrète de notre corps est une tête de Méduse qui aveugle l'œil assez présomptueux pour la regarder en face »¹⁵, nous dit le chirurgien Richard Selzer. L'obstétrique touche au corps humain, ce réel que le regard ne peut affronter, et touche au corps de la femme mère, marqué par un tabou. Voir ce qu'il y a à l'intérieur du corps de la mère, voilà quelque chose d'autant désiré qu'effrayant pour l'être humain. L'angoisse qui en résulte trouve dans la médicalisation, dans la protocolisation, dans ce contrôle des corps, un cadre, un contenant. Ces éléments, cette médicalisation, font aujourd'hui partie des coutumes qui, de tous temps, et malgré leurs évolutions, ont entouré l'accouchement en tant qu'elles sont « au service du refoulement psychique »¹⁶. Au service du refoulement de la femme, mais aussi de son entourage, de la société, et des soignants qui accompagnent la parturiente.

De ce fait donc, la femme se sent mise dans une position de passivité, dans laquelle sa subjectivité n'a que peu de place. Or, cette position évacue également l'importance de la dimension du choix dans l'événement que représente pour elle son accouchement. Une femme qui accouche n'est bien souvent pas en position de choisir, que ce soit parce qu'elle s'en remet à la médecine et son aura d'un savoir universel, et *a fortiori* sur son propre corps, ou du fait de ce ressenti de passivité, qu'elles formulent souvent en termes de « perte de contrôle ». Ces femmes se voient alors renvoyer un sentiment de ne pas être capables d'accoucher, qui peut faire écho à leurs angoisses autour de l'arrivée d'un enfant :

angoisses d'incapacité, d'inaptitude à pouvoir s'en occuper.

Nous le voyons, dans cette question de subjectivité, d'objectivité, et de leur mise en tension, résident des enjeux majeurs pour la femme, pour son enfant, mais aussi pour la médecine et pour les soignants. Leur opposition, et leur assignation à l'un ou l'autre parti, les femmes étant assimilées à la subjectivité quand la médecine représente l'objectivité, entretiennent des mouvements pulsionnels qui, du côté des femmes comme de celui des soignants, empêchent la pensée. La relancer implique de sortir de cette binarité. Ainsi, il s'agit d'engager une réflexion autour de la médecine moderne et de ses nouvelles implications, qui ne sont pas qu'épistémologiques, mais qui ont des effets cliniques tangibles. A l'écoute des récits d'accouchement et de leurs effets subjectifs, il s'agit également de penser ce qui se joue ici pour les femmes, et ce qui vient ressurgir pour elles dans cette question de la violence obstétricale. Un appel donc au retour de la subjectivité dans ce moment particulièrement intime, à la maîtrise de leur corps, mais un appel également à une contenance qu'une focalisation sur le corps et sur les protocoles médicaux a progressivement mis au second plan.

Se donner une contenance

Lorsque j'entre dans la chambre de Mme M., elle est plongée dans le noir. Il est déjà 10 heures du matin, mais les volets sont encore fermés. Mme M. est allongée dans son lit, et son fils de 3 jours dort dans son berceau à quelques mètres d'elle. Spontanément, presque par réflexe, je me présente à elle en parlant très bas, comme par souci de ne pas déranger, de ne pas faire effraction. A l'instant où je me présente, en tant que psychologue faisant une recherche autour du vécu de l'accouchement, Mme M. fond en larmes. L'entretien, d'environ une demi-heure, se déroulera donc dans le noir, et sera ponctué des pleurs de Mme M., tandis que son fils continuera à dormir sans bruit dans son berceau, Mme M. ne lui adressant quasiment aucune parole ou aucun geste. Mme M. a 26 ans, et vit avec son conjoint, qui est également le père de l'enfant, mais qui n'est pas présent lors de l'entretien.

Après mon entrée, elle se met alors à raconter. Elle raconte son accouchement, son tout premier, pour ce premier enfant, attendu et désiré. La grossesse s'est très bien déroulée, elle me parle même d'une grossesse idéale, qui ne l'a pas du tout préparée à « ça ». Ça, c'est son accouchement, il y a à peine trois jours. Déclenchée par Propess¹⁷, car la date prévue de l'accouchement était dépassée depuis deux jours¹⁸, l'équipe lui pose ensuite une perfusion d'ocytocine¹⁹, dans le but d'accélérer les contractions et d'aider ainsi le début du travail, qui stagne à 2 centimètres de dilatation du col. Seulement, son bébé ne supporte pas l'injection d'hormones, et son rythme cardiaque chute un peu plus à chaque contraction.

Elle-même est également prise de violents vomissements à ce stade du travail. Encore en tout début de travail, la souffrance fœtale indiquée par le rythme cardiaque en baisse inquiète les équipes pour la suite du travail d'accouchement, et constitue une indication pour une césarienne en cours de travail, en code orange²⁰, sous anesthésie péridurale. L'urgence n'est donc pas immédiate, mais le passage de la salle de naissance au bloc opératoire se fait malgré tout dans la rapidité et dans l'agitation, ce qui a beaucoup marqué Mme M. Sous anesthésie péridurale, elle peine à se rendre compte de ce qu'il se passe, et me dit ne pas avoir réalisé immédiatement qu'elle allait finalement accoucher par césarienne. L'opération est difficile pour Mme M. En plus de cette rapidité, elle m'évoque également la perte de contrôle qu'elle a ressentie à ce moment-là, perte de contrôle de cet événement qu'est la naissance de son fils, perte de contrôle sur son propre corps, passage d'un rôle actif à un rôle complètement passif. Elle mentionne également la séparation avec son conjoint au moment du passage au bloc. En effet, dans cette maternité, les pères ne sont pas admis à l'intérieur du bloc opératoire dans le cas de césariennes en code rouge, parfois en code orange selon la décision de l'obstétricien. Comme la rapidité et la perte de contrôle, cette séparation inattendue et vécue comme brutale participe au vécu de traumatisme de Mme M. Elle évoque par ailleurs son conjoint, dont elle dit avec beaucoup d'inquiétude que lui aussi est « très secoué, épuisé, un peu traumatisé ». Ce dernier n'est cependant pas présent lors de ma visite, et je n'aurai pas l'occasion de le croiser. Elle mentionne également son fils, Arthur, qui va bien depuis sa naissance, mais qui a « besoin d'être rassuré ». « Lui aussi », aurait-on envie de rajouter.

Quant à elle, elle décrit un accouchement violent, « même avant la césarienne », du fait des vomissements, et de l'inquiétude provoquée par les premiers ralentissements du rythme cardiaque de son bébé après l'injection d'ocytocine. Elle répète cependant plusieurs fois que « ça va aller mieux, ça va passer », moins dans une véritable adresse à moi, que dans une tentative d'auto-conviction. Sur les trois jours déjà passés en secteur mère-enfant après son accouchement, elle n'a eu que très peu de visites, et n'en souhaite pas plus, en tout cas pas à la maternité. Elle est trop épuisée, trop « à fleur de peau », me dit-elle, pour pouvoir le supporter. Elle me dit par ailleurs avoir hâte de rentrer chez elle, pour retrouver un endroit plus familier, être en terrain plus connu. En outre, être à la maternité constitue pour elle un rappel constant de cet événement traumatisant. Elle m'évoque notamment son bouleversement et son angoisse lorsque la sage-femme qui l'a accompagnée au cours de son accouchement est passée la voir en suite de couches, pour parler avec elle de ce moment. Elle dit avoir beaucoup pleuré, et en être ressortie très choquée. La voir a donné une consistance particulière aux souvenirs, des souvenirs qui, même lorsqu'elle est seule, passent en boucle devant ses yeux, impossibles à effacer ou à faire appartenir au passé. Après mon passage, l'obstétricien présent lors de son accouchement passera également voir

Mme M., afin de reprendre avec elle son accouchement et son déroulé. De cette visite, et de la mienne, elle dira quelques jours plus tard qu'elles lui ont fait du bien, et lui ont permis un premier pas vers une réappropriation de cet événement.

L'accouchement de Mme M. n'est certes pas un accouchement comme ceux dont nous lisons les témoignages dans les médias, où expressions abdominales, épisiotomies surprises et phrases rabaissantes se succèdent. Nous percevons alors que le vécu de violence ne réside pas nécessairement dans les actes pour lesquels cela nous paraîtrait le plus évident, même si nous lisons tout de même dans ce témoignage le rôle que le protocole hospitalier a pu jouer dans le traumatisme de Mme M. Par ailleurs, Mme M., dans ce qu'elle décrit de ses premiers jours de post-partum, décrit des éléments que l'on retrouve souvent dans les syndromes de stress post-traumatique, tels que les *flashbacks*, ou la détresse ressentie lorsqu'elle revoit la sage-femme présente lors de son accouchement. Dans ce cadre cependant, il ne s'agit évidemment pas de diagnostic, et ne l'ayant pas revue, il est impossible de se prononcer sur la manière dont tout cela va évoluer pour Mme M.

Mon entrée dans la chambre de Mme M., plongée dans le noir, donne cependant déjà une consistance particulière à l'échange, et en parlant à voix basse, je réponds sans doute plus ou moins consciemment au besoin de Mme M. de ne pas entrer avec trop de brutalité dans un espace déjà un peu trop effracté. Puis, au fil de l'entretien, se dessine une dimension que je retrouve quasiment systématiquement dans les rencontres avec des femmes dont l'accouchement a été difficile, voire traumatisant : celle de la contenance. Chez Mme M., chez ces femmes, se dégage en filigrane un désir d'être « rassurées », comme le petit Arthur, le désir d'être tenues, d'être contenues, le besoin qu'un espace soit reconstruit autour d'elles. Tantôt, ces femmes m'évoquent la sage-femme qui leur a tenu la main lors de l'accouchement, moment apparemment anodin, mais qu'elles mettent au centre de leur vécu, tantôt c'est l'équipe, en tant qu'unité, qui, par sa présence en suite de couches, vient fournir à ces femmes l'environnement étayant dont elles ont besoin, tantôt c'est le récit en lui-même, le fait de raconter, qui vient jouer ce rôle contenant. Lorsque Mme M. parle de son désir de rentrer chez elle, nous pouvons entendre également ce désir de retrouver un lieu connu, familial, qui n'a rien à voir avec l'événement vécu, et vient l'en protéger. Mettre en avant cette dimension contenant permet alors de faire ressortir les éléments qui sont venus à manquer pour ces femmes, et ont participé au traumatisme.

Dans son récit de ce qui pour elle a fait traumatisme, Mme M. évoque cette perte de contrôle, perte de contrôle de son corps et de l'événement vécu, et évoque également la rapidité avec laquelle tout s'est déroulé, la séparation avec son conjoint, ainsi que sa propre incapacité momentanée à comprendre ce qu'il se passait. De ce moment, elle ne se sentait plus le sujet. Ainsi, en parler à la première personne, retracer le fil des gestes, des

ressentis, pour mieux se l'approprier, c'est déjà retrouver, *a minima*, un rôle actif, par la narrativité. Les *flashbacks* qu'elle m'évoque, ces souvenirs qui passent en boucle dans une actualité et une précision insupportables, comme si elle les revivait réellement, peuvent être lus comme une tentative traumatique de se réapproprier ce vécu. Mais les raconter à un tiers, en se faisant sujet d'une parole, en étant cette fois « je » dans cette histoire tout en adressant un récit, vient faire contenant et réhumanise. Raconter, c'est donner du sens à ce qui n'avait pas pu en avoir. Par ailleurs, Mme M. évoque également un manque de continuité dans son vécu de la grossesse, et dans celui de son accouchement. Comme beaucoup de femmes dont l'accouchement ne s'est pas déroulé comme prévu, elle parle d'une rupture dans le vécu, et le sens vient alors à manquer. Comment penser un tel événement, quand tout dans la grossesse annonçait que tout se passerait comme elle se l'imaginait ? Viennent donc ici se confronter, sans relâche et sans issue, les représentations qu'elle s'était faites de cet événement, ce à quoi un accouchement ressemble imaginativement, et le réel. Entre les deux, il y a ratage. Ordinairement, et même s'il y a toujours une perte entre ces représentations imaginaires d'un futur événement et l'événement réel, ces représentations permettent de donner du sens au réel. Mais dans certaines situations, le fossé entre les deux est tel qu'il devient difficile de se raccrocher à des images, à des mots, à du langage. Le réel est trop cru. De là vient donc également la nécessité de mettre en mots, et de les adresser à un tiers, afin de permettre, petit à petit, l'intégration de l'événement à un système de représentations, permettant ainsi une appropriation subjective.

D'autre part, que ce soit par le lieu dans lequel la femme accouche, ou par les personnes qui l'entourent, la question de la contenance a toujours été incarnée de manière particulière dans les coutumes qui entourent l'accouchement. Ces coutumes, nous l'avons vu, évoluent au fil des époques. En Europe occidentale, et particulièrement en France, la plupart des femmes accouchent chez elles jusqu'au milieu du XX^e siècle. En effet, avant cette période, accoucher en maternité était réservé aux femmes appartenant à la classe sociale la plus basse. C'est avec les découvertes hygiénistes et pasteuriennes que l'asepsie et l'antisepsie font leur entrée dans les hôpitaux. Couplées à une politique nataliste faisant suite aux deux guerres mondiales, les femmes se mettent progressivement à accoucher dans les maternités, jusqu'à ce que cela devienne aujourd'hui la norme. Par ailleurs, dans certaines sociétés, les femmes allaient accoucher dans des lieux bien séparés des lieux de la vie quotidienne : depuis des pavillons réservés en Egypte ancienne, jusqu'à l'isolement total du camp des femmes en Australie, en passant par les pierres ou briques d'accouchement chez les Hébreux. Ainsi, comme le formule Monique Bydlowski, « le lieu consacré aux naissances est distant et distinct des lieux de la vie quotidienne »²¹. Si cette mise à distance est à relier à des croyances autour de l'impureté, ou bien rationalisée par les risques infectieux, et est

donc tout à fait contestable, il en reste que, traversant les époques et les cultures, à l'accouchement correspond imaginairement un lieu, un endroit clos, un espace distinct et séparé. Le service de maternité hospitalier a aujourd'hui pris ce rôle, et vient donc délimiter un lieu qui vient contenir cette expérience, quelque soit son vécu. A ce lieu seront donc rattachées des représentations plus ou moins positives, plus ou moins agréables, mais qui lui seront tout de même cantonnées.

De plus, nous l'avons vu, il était autrefois d'usage pour la parturiente d'être accompagnée de sa mère, de sa grand-mère, ou d'une femme de sa famille. C'est progressivement que ces figures maternelles contenant ont été remplacées par différents professionnels de la naissance, matrones, sages-femmes, médecin accoucheur, obstétricien. Outre donc un passage transférentiel maternel sur ces figures soignantes, nous pouvons également noter historiquement l'usage dans les pays occidentaux, jusqu'au XVIII^e siècle - voire XIX^e pour certaines régions -, de la chaise obstétricale. Cette chaise, en bois, aux accoudoirs larges, est percée au milieu, et constitue ainsi « une véritable effigie en bois du corps maternel secourable »²², tout en venant littéralement remplacer la femme sur les genoux de laquelle la parturiente accouchait. Dans la même optique, nous pouvons également noter l'apparition aujourd'hui des doulas, ces femmes qui accompagnent et soutiennent le couple au moment de l'accouchement, souvent à domicile. Ces femmes n'ont pas de formation ni de fonction médicale, mais une formation privée souvent doublée d'une expérience personnelle de l'accouchement et de la parentalité. N'appartenant donc pas au monde médical, l'émergence de cette nouvelle fonction en périnatalité vient encore souligner l'importance d'une figure maternelle au moment de la mise au monde, dans sa fonction contenant, mais également dans un rôle de transmission d'expériences et de vécus.

Toutes ces coutumes, en plus donc de servir un refoulement psychique nécessaire au vécu de l'accouchement, semblent également venir entourer la parturiente, aussi bien matériellement que psychiquement. Si cette contenance est également soulignée par les femmes dont l'accouchement n'a pas été vécu comme violent ou traumatique, elle est particulièrement cruciale quand c'est le cas, et prend alors tout son sens. Ces femmes soulignent alors l'importance qu'a pu prendre un geste, une parole, un moment de débriefing avec le gynécologue-obstétricien à la suite de l'accouchement. Cette question de l'étayage matériel et psychique vient également mettre en relief ce qui semble venir à manquer dans la prise en charge. Ainsi, des gestes obstétricaux par exemple, qui comportent en eux-mêmes une potentialité de violence que la femme est cependant capable de traiter grâce à l'étayage qui lui est fourni, n'ont plus cet amortisseur nécessaire, et déploient alors toute leur violence, parfois jusqu'au traumatisme. Il devient alors fondamental, face à la polémique, mais aussi et surtout face aux témoignages d'une

souffrance réelle et dont les conséquences ne sont pas négligeables, de faire en sorte que cette dimension contenante, essentielle à cet événement physique et psychique qu'est l'accouchement, fasse retour dans les maternités. En cela, nous voyons combien l'équipe soignante de la maternité, voire la maternité elle-même en tant qu'institution, peut avoir un impact autant positif que négatif sur un vécu qui s'inscrit dans une pluralité de dimensions : physique, psychique, familiale, sociale, institutionnelle.

Conclusion

Les violences obstétricales et leur émergence récente dans le discours commun, sociétal, médical, politique, médiatique, posent donc de multiples questions, sur des plans tout aussi variés. Il est donc facile de se perdre, et de parler depuis des sphères différentes, qui se croisent à peine. Il s'agit donc, en premier lieu, pour ne pas invisibiliser cette parole en pleine émergence, de pouvoir ré-inscrire les violences obstétricales d'abord dans un contexte, un contexte historique, politique, économique et social. Cette inscription, en plus de fournir une compréhension nécessaire à l'écoute de cette parole, permet également de sortir progressivement d'une binarité dans laquelle ce débat se retrouve encore souvent bloqué, et en devient alors vain. Il est donc essentiel de comprendre les conditions d'émergence d'une telle question pour pouvoir entendre la parole d'un sujet, sans la réduire à un seul aspect, à un seul facteur, ou à une seule modalité. Ce faisant, ce terme de violence obstétricale, au-delà de l'agressivité et des passions que suscite nécessairement un sujet aussi brûlant, peut alors être déployé, et nous donner ainsi l'occasion de questionner le domaine de la naissance, qui, tout au long de l'histoire et jusqu'à aujourd'hui, a été l'objet de nombreux impensés. C'est donc l'occasion pour les psychologues cliniciens, mais aussi pour les professionnels de la naissance de manière générale, d'interroger à nouveau les bouleversements psychiques et émotionnels de l'arrivée d'un enfant, mais aussi des pratiques hospitalières de l'ordre de l'habitude voire de la croyance, ainsi que leurs impacts subjectifs, que ce soit sur les mères ou sur les soignants eux-mêmes. Par ce débat, est en effet à nouveau mis en relief combien un service de maternité est le lieu d'un affrontement constant entre la vie et la mort, que ce soit fantasmatiquement, ou dans la réalité, un affrontement source d'angoisses qu'il a toujours été nécessaire de border. C'est pourquoi la question de la contenance peut ici constituer un angle d'approche, et une manière de penser les effets subjectifs des avancées de la médecine moderne. C'est donc bien d'une articulation entre subjectivité et objectivité dont il s'agit, sans que l'une de ces dimensions s'annihile dans l'autre, mais en mettant en avant la manière dont elles interagissent nécessairement dans un tel événement. Plus donc que de pointer du doigt des « professionnels déviants », comme cela a pu être le cas, il s'agit également de repenser un système, des institutions, une manière d'inscrire et de vivre son corps collectivement, et ce

dès la naissance.

Il est donc nécessaire de ne pas laisser retomber cette parole des femmes autour de la violence obstétricale, car ce qu'elle vient soulever n'est ni jeune ou exclusivement contemporain, ni anodin. La laisser retomber, c'est également pour les soignants, prendre le risque de laisser se rigidifier la relation soignant-soigné, actuellement en pleine mutation. Perpétuer ce clivage entre femmes et soignants, qui se matérialise dans les débats, c'est donc fragiliser encore cette relation, qui peut en devenir toxique pour les deux partis. La laisser retomber, c'est également une manière de rejouer une violence, et de nier ses effets réels. La laisser retomber enfin, c'est refuser de mettre en perspective notre conception de la naissance, mais aussi de la femme, conceptions pétries de notre histoire et de notre culture, qu'il s'agit de pouvoir mettre en mouvement constant pour ne pas qu'elle s'enkyste plus encore.

Du fait de ses conséquences cliniques, le sujet de la violence obstétricale ouvre également à des perspectives de recherche multiples et essentielles pour penser l'état du soin en obstétrique aujourd'hui. Sans quitter des yeux les dimensions sociale, historique, et politique, il s'agit d'abord de continuer la recherche auprès des jeunes mères, afin non seulement de recueillir leur vécu, mais de cerner également quels impacts à court terme et à moyen terme peut avoir un vécu d'accouchement violent. Mais il semble également important, dans le cadre de ce sujet, de se décentrer du point de vue de la mère, qui, bien que protagoniste principale, n'est pas seule dans cet événement. Il s'agit donc de s'intéresser au point de vue des soignants, à travers des entretiens de recherche qui permettront de dégager d'autres problématiques, centrales pour comprendre ce sujet dans son ensemble. Enfin, dans la mesure du possible, l'émergence de ce débat autour de la violence obstétricale pourrait également être l'occasion de se pencher sur les impacts sur l'enfant lui-même de ces accouchements parfois violents. Cette question, en tant qu'elle s'inscrit également dans notre rapport à la douleur chez l'enfant, pourrait nous permettre d'appréhender une autre facette de l'accouchement, notamment à travers des outils telle que l'échelle de Brazelton. Débat sociétal, questions cliniques et épistémologiques, perspectives de recherche, la violence obstétricale ne peut donc en aucun cas être réduit à un gonflement médiatique ponctuel, mais est au contraire le point de départ d'une réflexion nouvelle essentielle.

Notes

1. « D'abord, ne pas nuire », un des premiers principes enseignés aux étudiants en médecine.
2. Ce terme désigne une femme en train d'accoucher.
3. La vidéo de cette audition est disponible en ligne sur le site du Sénat : http://videos.senat.fr/video.379101_59704ef4e76fa.audition-de-mme-marlene-schiappa-secretaire-d-etat-chargee-de-l-egalite-entre-les-hommes-et-les-fem?timecode=2294000.
Phrase citée : 9 :50 :38.
4. Incision chirurgicale de la muqueuse et du périnée qui vise à agrandir le passage du vagin au moment de l'expulsion de l'enfant.
5. D'après l'Enquête nationale périnatale de 2016 : INSERM, DREES. 2017. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016. 317p. http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf. p.14.
6. *Ibid.* p. 52.
7. Manœuvre qui consiste à appuyer vigoureusement sur le haut du ventre de la femme dans le but de faciliter et d'accélérer l'expulsion de l'enfant, ou du placenta.
8. Induire de manière artificielle le début du travail de l'accouchement.
9. M-H. Lahaye. (2018). *Accouchement, les femmes méritent mieux.* (p. 179). Paris : Michalon.
10. *Ibid.* (p. 187).
11. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Art. L. 1111-4.
12. En 2014, 55% des obstétriciens sont des hommes d'après une étude statistique menée par la revue *Genesis*, un chiffre en augmentation continue depuis quelques années. (<http://www.revuegenesis.fr/2015/09/01/les-nouvelles-statistiques-concernant-notre-de-mographie-professionnelle/>).
Concernant les sages-femmes, cette profession n'a été ouverte aux hommes qu'en 1982, et compte en 2016 2,6% d'hommes d'après le rapport d'activité du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). (<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-dactivite-2016-BD.pdf>).
13. En 2016, l'INSEE estime que 0,6% des naissances en 2016 se sont déroulés à domicile ou dans un autre lieu, sans distinction entre des naissances à domicile choisies, et celles subies. En 1929, seuls 20% des accouchements avaient lieu à l'hôpital.

14. M. Bonnet, « Dialogue entre objectivation et subjectivation dans la clinique de la folie », dans *Le Coq Héron*. 2011/3 (n°206).
15. R. Selzer. (1987). *La chair et le couteau. Confessions d'un chirurgien* (p. 17) Paris : Seuil.
16. M. Bydlowski, « Essai sur les coutumes entourant l'accouchement », dans *Revue française de médecine psychosomatique et de psychologie médicale*, 1976. (p.11).
17. Un petit tampon posé à l'entrée du col de l'utérus, qui induit la maturation et la dilatation du col, afin de déclencher le travail d'accouchement. Ce tampon diffuse une molécule à action locale, la prostaglandine, qui entraîne les modifications nécessaires à la maturation du col.
18. En France, le terme de l'accouchement est fixé à 41 semaines d'aménorrhée. Un accouchement qui dépasse cette date est le plus souvent déclenché artificiellement. Le nombre de jours de dépassement du terme dépend cependant du protocole hospitalier, et peut ainsi varier d'une maternité à une autre.
19. L'ocytocine est une hormone sécrétée naturellement par le corps. Communément appelée « hormone du plaisir », elle jouerait un rôle par exemple dans l'empathie, dans l'orgasme, mais aussi dans l'accouchement, puisque c'est elle qui provoque notamment les contractions de l'utérus, ainsi que les montées de lait. Par ailleurs, l'ocytocine de synthèse est couramment utilisée sous forme d'injection par les équipes médicales, pour déclencher le travail, ou bien l'accélérer lorsqu'il stagne.
20. Dans beaucoup de maternités, les césariennes en cours de travail sont classées selon leur degré d'urgence : code vert s'il n'y a pas de menace à court terme, code orange en cas de menace à court terme du pronostic vital de la mère et/ou de l'enfant, code rouge en cas de menace immédiate du pronostic vital.
21. M. Bydlowski, « Essai sur les coutumes entourant l'accouchement », dans *Revue française de médecine psychosomatique et de psychologie médicale*, 1976. (p.10).
22. M. Bydlowski, « Essai sur les coutumes entourant l'accouchement », dans *Revue française de médecine psychosomatique et de psychologie médicale*, 1976. (p.10).

Bibliographie

Ayers, S. & al., 2015. « Post-traumatic stress disorder following childbirth : an update of current issues and recommendations for future research », *Journal of Reproductive and Infant Psychology.*, vol. 33, Issue 3, 219-237.

Bonnet, M., 2011. « Dialogue entre objectivation et subjectivation dans la clinique de la folie », *Le Coq Héron*, 2011/3 (n°206).

Bydlowski, M., 1976. « Essai sur les coutumes entourant l'accouchement », *Revue française de médecine psychosomatique et de psychologie médicale*, 1, 9-18.

Bydlowski, M. ; Raoul-Duval, A., 1978. « Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité : la névrose traumatique post-obstétricale », *Perspective psychiatrique*, vol. 4, n°68, 321-328.

Clouard, C. ; Golse, B. ; Vanier, A., 2017. *La narrativité : Racines, enjeux et ouvertures*. Paris, In Press.

Lahaye, M-H., 2018. *Accouchement, les femmes méritent mieux*. Paris, Michalon.

INSERM, DRESS, 2017. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016. 317p.

http://www.epopé-inserm.fr/wpcontent/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf.

Bastien, V. ; Braconnier, M. ; de Tychey, C., 1999. « Dépression post-natale : facteurs de risque et modalités de prévention », *L'évolution psychiatrique*, vol. 64, Issue 2, 289-307.

Claire Michel