

Revue des sciences sociales

73 | 2025

Mettre sa souffrance en récit

Un récit de soi sous contrainte

Susciter les récits, apporter l'information, travailler les émotions

Ethnographie d'entretiens de vécu d'accouchement

Eliciting Stories, Providing Information. Ethnography of after Birth Consultations

CLARA BLANC

p. 24-31

<https://doi.org/10.4000/148da>

Résumés

Français English

Depuis le début des années 2020, des modalités d'accueil de la parole des femmes ayant mal vécu leur accouchement ont été développées dans la plupart des maternités de Suisse romande. Cet article étudie les entretiens de vécu d'accouchement mis en place dans l'un de ces services, en s'intéressant à la manière dont ce dispositif suscite les récits d'expériences difficiles d'accouchement et est censé agir sur la souffrance associée. Il examine comment les sages-femmes sollicitent et encadrent avec une visée thérapeutique les récits des consultant·e·s et les confrontent au récit médical de l'accouchement. Cette confrontation vise à effectuer un travail émotionnel dans le but de soulager la souffrance associée au vécu de l'événement. Le travail émotionnel mis en œuvre produit cependant des effets distincts selon les émotions sur lesquelles il s'exerce, mettant en lumière les paradoxes du dispositif, qui sollicite l'expression d'une souffrance bien spécifique. L'article s'appuie sur une enquête ethnographique dans une maternité. Il mobilise des observations d'entretiens de vécu d'accouchement et des entretiens de recherche avec les sages-femmes et les mères concernées par ces consultations.

Since the early 2020s, most maternity units in French-speaking Switzerland have developed ways of listening to people who express negative experiences of childbirth. This article examines the birth reflections service set up in a maternity unit, looking at the way in which this system enables the articulation of negative childbirth experiences and seeks to address the associated suffering. It examines how midwives therapeutically solicit and frame the affected narratives of consultants and confront them with the medical account of childbirth. The aim of this confrontation is to perform emotional work to alleviate the forms of suffering associated with experiencing the event. However, the emotional labor carried out produces distinct effects, depending on the emotions involved, highlighting the paradoxes of a system that calls for the expression of very specific suffering. This article is based on an ethnographic study conducted in a maternity hospital, and draws on materials from the birth reflexion service and research interviews with midwives and mothers involved in these consultations.



Entrées d'index

Mots-clés : accouchement, institution de soin, travail émotionnel, colère, culpabilité

Keywords: birth, healthcare institution, emotional labor, guilt, anger

Texte intégral

- ¹ « Votre accouchement, parlons-en ! » : cette invitation enthousiaste est le nom choisi par une grande maternité de Suisse romande pour son dispositif porteur de l'Entretien de Vécu d'Accouchement (EVA), lancé au printemps 2020. Cette consultation permet à qui le souhaite de revenir sur la naissance de son enfant si le souvenir de celle-ci reste douloureux après plusieurs semaines. Une sage-femme de la maternité où s'est déroulé l'accouchement y reçoit les parents pour un entretien d'une à deux heures. Le dispositif a depuis essaimé dans d'autres maternités et fait l'objet d'un intérêt politique et médiatique.
- ² Des professionnel·le·s de la naissance offrent ainsi la possibilité de faire part d'une expérience insatisfaisante vécue dans leur institution, formalisant et internalisant l'accueil d'une parole qui s'exprimait auparavant dans les interstices des soins ou dans d'autres arènes. Cette démarche s'inscrit dans un contexte marqué par l'expression d'un souci pour la dimension subjective de l'accouchement, au-delà des résultats obstétricaux et pédiatriques. Cette préoccupation fait écho à la médiatisation récente et aux interpellations politiques sur les « violences obstétricales » en Suisse romande, ainsi qu'au développement de pratiques contestant la standardisation de la prise en charge de la naissance (Chautems 2022, Gouilhers-Hertig 2014), poussant les institutions à réagir. Plus largement, les récits d'accouchement suscitent un intérêt social et scientifique¹. La dimension expérientielle de l'enfantement fait par ailleurs l'objet d'un investissement important de la part des professions de la naissance, en particulier des sages-femmes (Ballif 2020, Memmi 2014), profession revendiquant une « approche globale » et des soins « centrés sur la femme », incluant les dimensions psychiques de la reproduction par l'invitation à la parole. La mobilisation des savoirs « psy », omniprésents dans le champ de la reproduction et de la petite enfance (Rose 2005), marque cette évolution. Ce développement de l'incitation à produire un discours subjectif en périnatalité a fait l'objet d'analyses établissant l'émergence d'un « gouvernement par la parole » (Memmi 2003). Ces recherches se sont attachées à montrer comment les institutions fabriquent des sujets individualisés et responsabilisés auxquels elles s'adressent, les incitant à travailler sur eux-mêmes pour se conformer aux normes des institutions, portées par les professionnel·le·s (Mavuso, Chadwick 2022 ; Roux, Vozari 2018). Cette approche, si éclairante soit-elle sur la normalisation des conduites et des affects, laisse dans l'ombre les moyens que se donnent les institutions pour saisir les demandes des publics et y répondre – *a fortiori* par la création de dispositifs ouvrant à la critique – ainsi que les tensions inhérentes à ces processus. En outre, elle tend à concevoir les professionnel·le·s de la périnatalité comme des vecteurs univoques des normes de l'institution, ne permettant pas de saisir les fabriques et les mises en cause des normes décrites.
- ³ Nous nous intéresserons dans cet article à la manière dont une institution, à travers l'EVA, se propose de prendre en charge la souffrance psychique liée à l'accouchement, devenant le réceptacle du récit de cette souffrance. Nous examinerons la production du récit dans l'interaction entre un sujet en souffrance et des professionnelles chargées d'agir sur cette souffrance. Nous interrogerons certaines des formes émotionnelles que peut prendre la souffrance, sentiment à la fois sur-représenté et difficilement exprimable (Ahmed 2014). Comment sont suscités les récits subjectifs de l'accouchement ? Dans quels buts ? Quelles attentes sont satisfaites ou déçues ? Finalement, qu'est-ce que cela révèle du dispositif étudié, et plus largement, de la logique (para)médicale de prise en compte de la souffrance ?

⁴ Pour comprendre les tensions inhérentes à la prise en charge par une institution de souffrances liées – sans y être nécessairement dues – à son action, nous nous appuierons sur les analyses qui s'intéressent aux évolutions contemporaines des « institutions compréhensives » (Laforgue 2008). Cette approche propose d'examiner les efforts des institutions qui, travaillées par les débats sur l'action institutionnelle, aménagent une place pour l'expression de leurs publics et mettent en jeu l'asymétrie constitutive du rapport entre une institution et ses usager·ère·s (Payet, Laforgue 2008)². Cela nous permettra de comprendre l'action des professionnelles, oscillant entre ouverture au récit et encadrement des subjectivités, en tenant compte de leur prise en considération des demandes des usager·ère·s.

⁵ Cet article s'appuie sur une recherche ethnographique menée de juin 2023 à janvier 2025 dans une maternité proposant des EVA et accueillant environ 1 000 naissances par an. En 2021, une sage-femme cadre y a créé une consultation hebdomadaire de vécu d'accouchement qu'elle a elle-même assurée pendant deux ans avant de former les cinq sages-femmes de l'équipe aujourd'hui en charge des EVA³. J'ai mené dans ce service 47 séquences d'observation durant lesquelles j'ai pu assister à la formation des sages-femmes⁴, à de nombreux échanges plus ou moins formels sur ce dispositif et à 12 EVA. Ces derniers ont duré de 17 minutes à 1h50 et ont toujours été précédés et suivis de discussions au cours desquelles les sages-femmes me présentaient et revenaient sur la situation. Les consultant·e·s (cinq couples et sept femmes seules, tous et toutes cisgenres, en couple hétérosexuel) ont accepté ma présence ainsi que ma prise de notes après ma présentation comme sociologue. J'ai réalisé des entretiens semi-directifs avec deux sages-femmes faisant des EVA et sept femmes en ayant bénéficié⁵.

⁶ Nous interrogerons successivement et en regard de leur mise en application les deux ambitions de l'EVA : accueillir le récit des parturientes et de leur éventuel·le partenaire, et les informer du déroulement de l'accouchement d'un point de vue médical. Nous verrons ainsi dans un premier temps qu'en dépit de l'ouverture revendiquée, l'écoute mise au service du soulagement de la souffrance reste sous contrôle professionnel et vise à coproduire un discours sur les affects des consultantes. Ce discours émotionnel sert de base à l'apport d'information, pensé comme seconde ressource face à la souffrance. Nous nous pencherons donc dans un second temps sur l'information comme outil d'approfondissement du travail émotionnel (Hochschild 2003) et analyserons les variations de ce travail sur deux émotions. À la suite de ces analyses, nous pourrons conclure sur ce que les scripts émotionnels observés indiquent de la rencontre entre demandes des usagères et réponse institutionnelle.

Une écoute dirigée vers la production d'un discours émotionnel

On va partir de vous, de votre expérience. Moi j'ai le côté médical, mais l'important c'est votre ressenti. Si vous avez des questions sur votre accouchement je pourrai vous répondre, mais avant tout je suis là pour vous écouter.⁶

⁷ C'est une sage-femme qui prononce calmement cette formule introductory au début de l'EVA de madame Louis (enseignante, 30-34 ans), alors que les deux femmes se font face, de part et d'autre d'un bureau dans une salle de consultation de l'hôpital. Cette entrée en matière ressemble à toutes celles que j'ai pu entendre en ce qu'elle annonce une hiérarchisation au profit de l'écoute du récit des consultant·e·s. À première vue, le champ de la consultation est laissé libre à la personne en souffrance. L'écoute, dans la relation d'aide, sert cependant des buts spécifiques et s'accorde à des contraintes étudiées dans le cadre du travail social (Giuliani, Laforgue, Payet 2008). Cet usage de l'écoute reste à caractériser dans un dispositif issu de la sphère médicale, d'autant plus lorsqu'il s'adresse à une souffrance bien spécifique, liée à la prise en charge des

usager·ère·s par l'institution. Dans cette première partie, nous nous appuierons sur les interactions observées au cours des EVA pour saisir le travail de cadrage du récit et en dégager les buts donnés au recueil de la parole.

Faire dire la souffrance, entre ouverture et cadrage du récit

- 8 Tout juste installées dans la salle de consultation, madame Ryser (aide-soignante, 25-29 ans) et la sage-femme se regardent, lorsque cette dernière se penche sur le bureau et annonce avec douceur :

C'est ici un moment, un endroit pour vous où vous pouvez déposer ce que vous avez à déposer. Moi je suis là pour vous écouter. C'est un entretien qui est ouvert, [...] c'est en fonction de vous. Et puis à la fin on pourra voir s'il y a des choses qu'on peut mettre en place pour vous soutenir.

- 9 Les sages-femmes incitent ainsi les consultant·e·s à s'approprier le temps de la consultation, à en déterminer le contenu et à utiliser la professionnelle comme receveuse du récit et comme pourvoyeuse d'informations et de services complémentaires. Cet engagement des sages-femmes dans l'EVA peut être vu comme le mouvement de représentant·e·s d'une institution se chargeant de répondre aux besoins définis par l'usager·ère en se mettant à son service. L'accueil de la parole n'est cependant pas laissé au hasard, mais assorti d'un objectif institutionnel.

10 Le terme « déposer », utilisé dans l'introduction citée, est révélateur de la conception de l'écoute en vigueur ici : les souvenirs douloureux, voire traumatiques, doivent être confiés pour délester les consultant·e·s de la lourde charge qu'ils représentent. Les professionnelles chargées de recueillir la parole considèrent la mise en récit comme une mise à distance de la souffrance qui pousse à consulter. Cette perspective s'apparente à la « configuration sémantique compassionnelle » (Fassin 2006) de l'écoute dans le travail social, soit à une « cristallisation de représentations et d'idées autour de mots et de notions », laquelle constitue l'écoute comme réponse à apporter en première intention à la souffrance. L'écoute apparaît donc d'abord comme une pratique visant à soulager la souffrance⁷, d'autant plus qu'à la différence de ce qui se joue dans le travail social, il ne s'agit pas ici d'agir sur les conditions d'existence présentes mais de revenir sur un événement passé.

11 Cet objectif de réponse à la souffrance se traduit rapidement dans les faits par une relativisation de l'ouverture annoncée et par une orientation du récit des consultant·e·s. Il est attendu que l'histoire suive une chronologie minimale, commençant par décrire le déroulement de la grossesse, tout en respectant les limites du temps consacré à l'EVA. Le récit peut donc commencer où la consultante le souhaite, mais malgré tout à un moment propice à l'apport d'informations jugées pertinentes par les sages-femmes, et doit livrer la juste proportion de détails. Ce paradoxe justifie de contrevénir au principe d'ouverture de l'espace d'écoute et peut être source de tension. Ainsi, lors de l'EVA de monsieur et madame Poyard (lingère, 30-34 ans), le couple se montre loquace sur le déroulement de l'accouchement, les interactions avec le personnel et les sentiments de désespoir ou de colère associés. C'est alors la sage-femme qui fait avancer le récit en passant d'une étape à une autre de la prise en charge, comme lorsqu'elle les interrompt pour demander avec empressement : « Pis la suite, ça s'est passé comment après ? » Avant de se tourner prestement vers monsieur Poyard et d'ajouter : « Vous, on a dû vous laisser attendre dans une salle après. » On peut alors penser la consultation comme une scène temporelle, soit un espace-temps clairement défini, qui convoque un passé et un futur, des temporalités matérielles et subjectives, et des acteurs aux rôles distincts (Hachet, Ruiz 2019). La sage-femme doit y faire respecter le temps imparti à l'EVA, et doit pour cela organiser l'articulation de deux temporalités de l'accouchement qui se retrouvent dans les récits. D'une part, les consultant·e·s racontent le temps subjectif de leur expérience, non linéaire et très dense. D'autre part, la sage-femme

restitue le temps de l'horloge, tel que soigneusement mesuré et consigné par l'équipe médicale et ses machines tout au long de la prise en charge de l'accouchement⁸. Ces temporalités s'entrechoquent souvent et la mise en mots de l'expérience fait alors l'objet d'une négociation en actes, dans laquelle les professionnelles conservent l'avantage. Outre le respect d'une temporalité déterminée, cette négociation porte également sur le registre du récit, qui se doit d'être centré sur le vécu.

L'expression des émotions : une condition du travail émotionnel

¹² L'ouverture annoncée en introduction de l'EVA est assortie d'une attente implicite envers la consultante : développer un discours sur elle-même et ses affects donnant suffisamment matière à intervention. Il revient donc à la consultante de répondre à l'invitation qui lui est faite en fournissant un récit de la situation problématique imprégné d'affects. Si la consultante ne favorise pas spontanément cette voie, la sage-femme l'y oriente au cours de l'interaction. Elle dispose pour cela de techniques verbales et corporelles qui relèvent de pratiques professionnelles visant à susciter l'expression de la souffrance, et les met en œuvre pour encourager la verbalisation des affects passés comme présents.

¹³ Madame Ryser évoque en EVA son accouchement survenu un an et demi plus tôt. Tandis qu'elle livre un récit détaillé et factuel de sa prise en charge prénatale à la maternité, la sage-femme penche la tête de côté et intervient avec sollicitude : « Donc c'était une provocation quand même longue... Comment vous l'avez vécue ? » Madame Ryser répond en évoquant la longueur de l'attente avant de reprendre le déroulement des événements. Par la suite, alors qu'elle raconte le départ en césarienne pour anomalie du rythme cardiaque du foetus, la sage-femme demande : « Et c'était quelles émotions que vous aviez ? » « Ah je pleurais ! », dit madame Ryser. « C'était des pleurs de quoi ? » La consultante précise qu'elle avait peur. Soulignons ici l'encouragement à mettre en mots l'aspect subjectif et émotionnel, faisant de l'entretien le lieu d'un récit incarné, restituant « le vécu », soit les ressentis associés aux faits.

¹⁴ Les affects sont également convoqués au présent. Un peu plus tard, alors qu'elle s'apprête à consulter le compte-rendu médical, la sage-femme se retourne vers madame Ryser et demande : « Puis maintenant, quand vous y repensez, vous vous sentez comment ? » La consultante répond sans hésiter : « J'ai les boules. » « Les boules ? », demande son interlocutrice. madame Ryser se met à pleurer, la sage-femme lui tend la boîte de mouchoirs et encourage ses pleurs, appuie ses avant-bras sur le bureau et la regarde avec douceur. Quand les sanglots se calment, elle demande : « Là vous ressentez quoi dans votre corps ? » « Dans quel sens ? » La sage-femme explique que lorsqu'on repense à quelque chose de difficile, cela peut produire des sensations. Madame Ryser répond : « J'ai surtout peur de revivre la même chose. » Ici, le récit de la césarienne prend sens à l'aune de son impact émotionnel, dont la sage-femme encourage l'énonciation. Bien que le détournement par les sensations physiques n'ait pas été suivi par la consultante, celle-ci exprime tout de même sa préoccupation. La sage-femme oriente ensuite son intervention vers le soulagement des craintes, notamment par l'apport d'explications sur l'accouchement passé et sur les scénarios possibles pour celui à venir. Si des questions aussi précises sur l'état émotionnel sont rares, celui-ci est souvent mentionné spontanément par les consultant·e·s et repris par les sages-femmes. Il est par ailleurs consigné dans le compte-rendu d'EVA qu'elles rédigent.

¹⁵ Par ces incitations à exprimer les affects douloureux, les sages-femmes s'engagent dans un « travail émotionnel » sur autrui, défini par Arlie Hochschild (2003) comme « l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment ». L'expression des émotions, verbale ou physique (pleurs, voix tremblante, regard fuyant), et leur identification par les professionnel·le·s constituent la première étape de ce travail. Selon Hochschild, le travail émotionnel vise à aligner son état

émotionnel – ou celui d'autrui – sur les « règles de sentiments », soit les normes indiquant les émotions convenables dans une situation donnée ainsi que leurs manifestations appropriées. Ces règles peuvent être sujettes à des désaccords et à des transgressions. En effet, elles traduisent une interprétation de la situation ; une différence d'interprétation engendre donc des règles de sentiments distinctes⁹. Lorsqu'il est effectué sur soi-même, ce travail émotionnel peut viser à agir soit « en surface », en faisant correspondre les émotions affichées aux règles de sentiments perçues, soit « en profondeur », en s'efforçant de ressentir ce que l'on souhaite (ou ce que l'on pense devoir) ressentir. Dans le cas du travail émotionnel sur autrui qui nous intéresse ici en premier lieu, on peut comprendre les efforts déployés par les sages-femmes pour que les consultantes expriment leurs ressentis comme une première étape, nécessaire aux tentatives ultérieures de transformer ces émotions par le recours à la seconde dimension de l'EVA : l'information.

L'information aux prises avec les émotions

¹⁶ Si l'écoute est affichée comme prioritaire, le « côté médical » apparaît conjointement dès l'introduction de l'EVA citée plus haut. Le rôle des sages-femmes ne se limite ainsi pas à cadrer et orienter le récit des consultantes. Équipées du dossier médical et de leurs savoirs professionnels, il leur revient également « d'expliquer », d'apporter des informations relatives au déroulement de l'accouchement et à la prise en charge. Dans leur étude de la gestion de la compassion par les avocat·e·s, Janine Barbot et Nicolas Dodier (2014) soulignent l'effort de ces dernier·ère·s pour distinguer « vérité des sentiments », propre au témoignage authentique des parties civiles, et « vérité judiciaire », qui relève des faits documentés et des causalités à établir. Cette distinction leur permet notamment de contenir la compassion dans le cadre normatif de leur travail. En revanche, pour les sages-femmes menant les entretiens étudiés, l'enjeu est d'utiliser la compassion pour rapprocher la « vérité des sentiments » de la « vérité médicale », et ainsi de proposer une version moins sombre des événements afin d'agir sur les affects des consultantes. Une motivation de ce « jeu en profondeur » peut bien sûr être l'évitement de la douleur (Hochschild 2017). Cependant, les affects associés à l'expérience douloureuse ne se plient pas tous de la même manière à la consolation qu'est censée apporter l'information. Nous allons donc maintenant analyser le traitement par les sages-femmes de deux émotions¹⁰ contrastées, la culpabilité et la colère, en interrogeant ce que celui-ci révèle des règles de sentiments en vigueur.

L'information, un remède efficace contre la culpabilité ?

¹⁷ Les discours professionnels identifient souvent le sentiment d'échec des femmes à l'égard de leur accouchement comme principale source de souffrance. L'expression de ce sentiment, associé à de la culpabilité, se retrouve dans les observations, par exemple lorsque les femmes se blâment pour n'avoir pas « réussi » à accoucher sans périnatalogie ou par voie basse, pour ne s'être pas suffisamment préparées, etc. Ce sentiment dénote les pressions multiples incitant les femmes à performer l'accouchement valorisé notamment dans les discours professionnels (Guilloux 2021). Lors de son EVA, madame Louis explique ainsi ressentir la naissance de son fils par césarienne comme son échec. La sage-femme lui assène alors : « C'est pas que vous avez pas réussi à pousser, ça, faut vous l'enlever de la tête, vous avez très bien poussé. » Puis elle explique certaines causes probables de la césarienne, indépendantes de la parturiente. Madame Louis insiste en faisant la moue : « Pour moi, c'était un échec. » Elle explique qu'elle culpabilise et dit s'être excusée auprès de son mari après l'opération. La sage-femme

affiche alors un air peiné et reprend d'un ton convaincu après un court silence : « Mais faut vous enlever ça. Vous avez donné naissance à votre bébé, c'est le plus beau cadeau que vous avez fait à votre mari ! »

18 En proposant un récit basé sur sa perspective professionnelle et présentant des causalités non maîtrisables par la consultante dans le déroulement de l'accouchement, la soignante propose une révision des événements passés pour agir sur une souffrance au présent. À rebours du discours des sages-femmes lors des préparations à la naissance étudiées par Guilloux (2021), où celles-ci insistent sur la capacité des femmes à réunir les conditions nécessaires pour la naissance souhaitée, les soignantes insistent en EVA sur les aléas de l'accouchement pour déculpabiliser les parturientes. Madame Poyard, revue en entretien de recherche, évoque cet effet : « Ça m'a fait quand même du bien de faire cet entretien. Ça peut te permettre de t'apaiser par toi-même parce qu'avant je culpabilisais. » Elle souligne ici d'elle-même le travail en profondeur effectué sur sa culpabilité qui n'avait pourtant pas été explicitée au cours de l'EVA, plutôt centré sur les explications médicales. Si la déculpabilisation opérée, de façon indirecte ici, montre une certaine efficacité du dispositif face à ce sentiment particulier, celle-ci reste à nuancer.

19 Il arrive que le travail émotionnel ne fonctionne qu'en surface, les interventions des sages-femmes ne représentant pas un moyen d'action assez puissant pour agir en profondeur sur le sentiment de culpabilité de la consultante. C'est ce que me rapporte madame Louis, lorsque je l'interroge en entretien sur l'effet des paroles de la sage-femme :

Ça m'a un peu aidée. Mais je dois dire que c'est comme à peu près toutes les personnes que j'ai déjà vues qui me disaient : « Mais non, c'est pas de votre faute. » Je disais oui, oui, oui, mais au fond de moi, je l'avais toujours. Cette idée de culpabilité, elle est [...] partie avec le second accouchement.

20 Elle souligne ici l'efficacité supérieure de l'expérience incarnée sur la vérité médicale pour réinterpréter son accouchement.

21 La culpabilité fait néanmoins généralement figure de cible privilégiée dans la plupart des entretiens. « Si [la patiente] commence à partir sur une culpabilité personnelle de choses qu'elle aurait mal fait, c'est le jackpot [...]. J'ai des arguments assez évidents pour désamorcer ça en fait », m'explique la sage-femme à l'origine de l'EVA lors de l'un de nos entretiens. En effet, la culpabilité offre des prises aux professionnelles. Elle s'accorde avec la dimension explicative de l'EVA, qui vise à présenter un récit soulignant l'aspect aléatoire et imprévisible des événements marquant un accouchement. Quand les consultantes expriment une souffrance tournée vers elles-mêmes, une collaboration peut s'engager avec les sages-femmes pour les soulager. Une correspondance s'établit alors entre les modalités institutionnellement définies de réponse à un problème – situé dans l'individu – et la proposition d'une écoute associée à une relecture des événements. Ce type de souffrance permet ainsi d'adopter le registre de la compassion-partage (Barbot, Dodier 2014), où la sage-femme comprend et ressent avec une intensité diminuée la douleur de la consultante. Elle peut alors incarner son rôle de soignante en déployant ses savoirs professionnels et en adoptant une posture active de soulagement de la souffrance. La culpabilité et *a fortiori* le soulagement éprouvé suite à son apaisement entrent ainsi dans le cadre des règles de sentiments de l'EVA, tout comme la déception ou la peur de la répétition, qui suivent des schémas similaires. Il peut cependant arriver que la culpabilité soit si forte que les efforts déployés pour déculpabiliser échouent manifestement, provoquant chez la sage-femme un sentiment d'impuissance. La consultante est alors incitée à se référer à des professionnel-le-s du psychisme. Nous identifions ici un autre aspect identifié par Hochschild (2003) dans les règles de sentiments, à savoir *l'intensité* : la culpabilité est la bienvenue dans l'EVA mais devient problématique lorsqu'elle dépasse l'intensité autorisant un travail *a minima* en surface.

La colère : lorsque l'information achoppe

- 22 L'expression de la colère fait l'objet d'une perception et d'un traitement bien distincts. C'est ce que souligne une sage-femme relatant en réunion le sentiment de culpabilité de madame Louis avant de déclarer : « Mais je me suis pas sentie démunie comme avec les gens en colère. » Elle verbalise ici la difficulté du travail émotionnel des soignantes face à l'expression de la colère des consultantes. De fait, dès qu'il est question d'entretiens problématiques, la colère est systématiquement évoquée comme particulièrement déstabilisante. Elle n'est pourtant jamais approfondie dans les discours plus généraux sur l'EVA (formations, conférences, etc.).
- 23 L'EVA de madame Feka (employée de bureau, 30-34 ans) et de son mari est celui dans lequel j'observe les manifestations de colère les plus vives bien que celles-ci restent contenues. Lorsque la sage-femme expose sa vision de la relation de soin, madame Feka l'interrompt pour dire d'un ton grave, se tenant très droite et la regardant dans les yeux : « J'ai pas été écoutée. » La sage-femme se penche alors en avant et reprend d'une voix plus basse ses explications à partir du dossier médical, soulignant les critères ayant déterminé les choix de prise en charge. Plus tard, madame Feka revient sur cette prise en charge, la qualifiant de défaillante, et demande que l'équipe en tire une leçon. Puis lorsque la sage-femme refuse de lui assurer un changement des pratiques inspiré par son cas, elle conclut : « Finalement cet entretien, il sert absolument à rien. » La sage-femme répond calmement : « Il sert à ce que vous puissiez vous exprimer. À votre place je serais pas contente non plus, mais j'essaie de vous ouvrir au point de vue qu'a pu avoir ma collègue. » Par la suite, alors que l'échange se tend à nouveau, elle s'adresse au bébé, présent à l'entretien : « Ta maman elle est tendue mais ça va. » La patiente sourit.
- 24 On peut voir ici à la fois une mise en avant d'éléments informatifs pour proposer une réinterprétation, une validation du ressenti et un recours à l'humour lorsque la sage-femme s'adresse à la mère via son bébé. Le travail émotionnel d'apaisement semble relativement efficace en surface puisque l'échange redevient toujours cordial. Il échoue cependant à agir en profondeur. Lorsque je la revois quelques mois plus tard, la consultante me rapporte un effet inverse au soulagement escompté : « C'était nul. Enfin franchement, cet entretien je l'ai détesté, quoi. Ça m'a rien apporté, j'étais juste un peu plus fâchée. » Une autre femme me rapporte l'agacement ressenti face aux interventions de son interlocutrice :
- J'ai eu l'impression de quelqu'un qui cherchait à justifier les choix et les actions de l'équipe, à m'expliquer... Je veux dire, je les avais compris les motifs, mais j'avais surtout pas besoin qu'on invalide [...] ce que j'avais vécu ! (Entretien madame Perrin, professionnelle de santé, 40-44 ans)*
- 25 À l'inverse de la culpabilité tournée vers soi et désamorcée par la perspective soignante, dans tous les EVA étudiés, la colère est amplifiée lorsque les sages-femmes apportent leur vérité médicale, ce qui est perçu comme un refus de reconnaître la faute imputée. C'est notamment le cas pour madame Feka, qui reproche à une sage-femme de ne pas avoir pris au sérieux les sensations qu'elle exprimait pendant le travail, ce qui l'a conduite à donner naissance seule, avant d'être admise en salle d'accouchement. C'est là la particularité de la colère : celle-ci naît d'une interprétation des événements reposant sur une faute à dénoncer.
- 26 Ces deux femmes se distinguent des autres enquêtées par la manière dont elles ont initialement abordé l'EVA, c'est-à-dire comme un lieu permettant de livrer ce que l'on peut qualifier de « récits testimoniaux de résistance » (Chadwick 2018 : 161), soit ici des récits d'accouchement visant à dénoncer une prise en charge inappropriée tout en s'opposant à sa normalisation¹¹. Dans ces situations, non seulement l'absence d'excuses ou d'une reconnaissance professionnelle des manquements pointés, mais aussi les explications aux allures de justifications fournies vis-à-vis des conduites des collègues ne font que renforcer la colère initialement présente, mettant en échec le travail émotionnel. Par la manifestation de cette émotion, la consultante « résiste à son rôle de malade », pour reprendre l'expression d'Hochschild (2017 : 288), en ce qu'elle ne se

saisit pas des explications fournies pour transformer son mal être. Les femmes en colère transgressent ainsi les règles de sentiments en présentant une émotion pour laquelle n'est pas pensé l'EVA. L'objectif de transformation subjective de ce dispositif se heurte alors à une demande autre, celle de contribuer à l'évolution de l'institution. De plus, les expressions des affects et du mal-être étant fortement genrées (Cousteaux, Pan Ké Shon 2008 ; Roux 2021), les femmes manifestant tendanciellement plus de formes dépressives qu'agressives, on peut supposer que la colère ne coïncide pas avec les émotions attendues de la part des mères, ce qui pourrait expliquer qu'elle soit un impensé du dispositif. Parmi les travailleuses sociales féministes, la colère est encouragée chez les victimes de violences car elle est jugée apte à « subvertir les assignations genrées » et à susciter l'action (Cardoso 2017). À l'inverse, la colère exprimée par les consultantes ne vise pas un tiers dont il s'agirait de les protéger mais bien l'institution elle-même, une situation qui complexifie l'accueil de l'émotion tout en renvoyant à des normes de docilité. L'enjeu n'est pas ici d'établir les consultantes comme partenaires d'une réforme de l'institution, mais bien comme sujets affectés faisant l'objet de soins, réitérant une relation soignant·e-soigné·e traditionnelle.

27 L'expression d'attentes associées à cette colère s'avère donc problématique car elle entre en tension avec la conception du dispositif. Cette tension se retrouve également dans l'expérience que font les sages-femmes du dispositif lorsqu'elles sont confrontées à la colère, comme on peut le voir en s'intéressant au travail émotionnel qu'elles effectuent sur elles-mêmes¹² pour mener à bien leur tâche. En effet, elles ne font pas qu'agir (ou tenter d'agir) sur les émotions des consultant·e·s ; elles sont elles-mêmes traversées d'émotions, mais une règle implicite veut qu'elles s'abstiennent de les manifester lorsqu'elles les jugent négatives¹³. Elles font ainsi *in situ* un travail de sélection, mettant en avant leur compassion et contenant leurs agacements. L'une d'elles me confie avoir été excédée par certains propos de ses collègues rapportés par des consultant·e·s, bien qu'elle se soit efforcée de le dissimuler. Je n'ai en effet jamais assisté à des manifestations de colère de la part de sages-femmes en EVA. Elles réagissent à leurs propres émotions par un jeu en surface pour les contenir, ce qu'elles décrivent comme inconfortable. La colère, que les sages-femmes s'interdisent de partager, apparaît comme obstacle à l'empathie, dimension clé de la relation d'aide. Dans ces situations, on peut penser, comme le souligne Hochschild, que l'incapacité à ressentir l'émotion recherchée (la sollicitude) favorise l'adoption d'une posture défensive, menant l'interaction dans une impasse.

28 Lorsque les consultant·e·s dénoncent leur prise en charge avec colère, les sages-femmes reçoivent des critiques concernant le travail de collègues, parfois d'ami·e·s. Cette confrontation à des reproches ciblant leur institution et leurs pairs pointe un paradoxe du dispositif visant à recueillir la parole sur une souffrance au sein d'une institution qui en a été le théâtre. La colère exprimée affecte alors directement les sages-femmes qui, en s'y confrontant, ne s'en retrouvent que plus « démunies ».

Conclusion

29 L'EVA se présente donc comme un dispositif visant à soulager la souffrance en mettant à distance le vécu négatif par une mise en mots de l'accouchement. Pour ce faire, l'entretien devient le lieu de production d'un récit imprégné par les affects, servant de point de départ au travail émotionnel confié aux sages-femmes. Celles-ci y fournissent une lecture qui, grâce au caractère objectivant de la perception biomédicale, doit permettre de réconforter et de rassurer les consultant·e·s tout en éludant l'attribution de responsabilités. Oscillant entre « travail pour » et « travail sur » autrui (Laforgue 2009), l'EVA promet non seulement l'accueil du récit mais aussi son encadrement, tout en supposant une division entre vérité des sentiments, propre aux consultant·e·s, et vérité médicale des professionnelles. Examiner l'utilisation de l'information comme outil de travail émotionnel face à deux émotions associées à des interprétations opposées de l'expérience permet de pointer un impensé du dispositif,

celui de l'accueil de l'insatisfaction et de l'imputation de responsabilités. Alors que les sages-femmes agissent avec une relative aisance sur la culpabilité des consultant·e·s, sentiment tourné vers soi, elles se trouvent en difficulté face à leur colère, porteuse d'une critique de l'institution. Les règles de sentiments qui apparaissent alors peuvent conduire à considérer l'EVA comme un outil d'encadrement des subjectivités – détaché des aspects concrets du soin et de leur mise en cause – concourant au « gouvernement psychologique » de la reproduction (Ballif 2020). Pour autant, « psychologisation n'est pas forcément dépolitisation » (Demainly 2008) et, dans le cas de l'EVA, la tension entre ces deux logiques reste encore vive, comme le suggère la manière dont les sages-femmes sont elles aussi travaillées par la colère et développent par là une inclination à la réflexivité critique. La poursuite de l'enquête sur cet objet encore récent et en mouvement permettra sans doute d'observer les évolutions du statut donné à la parole des usager·ère·s, notamment les futurs mouvements d'acceptation ou de rejet d'un possible rééquilibrage du dispositif.

30 Les analyses détaillées dans cet article n'épuisent par ailleurs pas les réflexions à mener sur l'EVA, ni sur les dispositifs destinés à l'accueil de la souffrance produite dans des institutions de soin. Je suggère donc deux pistes de recherche pour prolonger ces analyses. D'une part, l'EVA pourrait être appréhendé à travers les enjeux professionnels qu'il cristallise pour les sages-femmes, à la fois par le renforcement de leur positionnement sur le versant relationnel de l'accompagnement de la reproduction (Memmi 2014) et par la constitution d'un lieu de justification des pratiques professionnelles. D'autre part, si le présent article s'est centré sur la manière dont les récits sont travaillés dans la scène temporelle spécifique de la consultation, il reste à examiner comment les récits travaillent l'institution elle-même, nourrissant ses transformations, et quels sont les effets à long terme du dispositif sur les consultant·e·s.

Bibliographie

- Ahmed S. (2014), *The cultural politics of emotion*, Édimbourg, Edinburgh University Press.
- Ballif E. (2020), « Policing the Maternal Mind: Maternal Health, Psychological Government, and Swiss Pregnancy Politics », *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 27, 1, p. 74-96, <<https://doi.org/10.1093/sp/jxy041>>.
- Barbot J., Dodier N. (2014), « Que faire de la compassion au travail ? La réflexivité stratégique des avocats à l'audience », *Sociologie du travail*, 56, 3, p. 365-385, <<https://doi.org/10.4000/sdt.3195>>.
- Bastos M. H., Furuta M., Small R., McKenzie-McHarg K., Bick D. (2015), « Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007194.pub2>>.
- Bernard J. (2015), « Les voies d'approche des émotions : enjeu de définition et catégorisations », *Terrains/Theories*, 2, <<https://doi.org/10.4000/teth.196>>.
- Cardoso A. (2017), « "C'est comme si on avait de la colère pour elles." Féminisme et émotions dans le travail d'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales », *Terrains & travaux*, 30, 1, p. 31-53, <<https://doi.org/10.3917/tt.030.0031>>.
- Chadwick R. (2018), *Bodies that birth: Vitalizing birth politics*, New York, Routledge.
- Chautems C. (2022), « "Restoring the Sacred Part of Birth": Doula Care and Cesarean Birth in Switzerland », *Medical Anthropology*, 41, 5, p. 560-573, <<https://doi.org/10.1080/01459740.2022.2098492>>.
- Cousteaux A.-S., Pan Ké Shon J.-L. (2008), « Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique », *Revue française de sociologie*, 49, 1, p. 53-92, <<https://doi.org/10.3917/rfs.491.0053>>.
- Demainly L. (2008), *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.
- Fassin D. (2006), « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, 73, 1, p. 137-157, <<https://doi.org/10.3917/pox.073.0137>>.
- Giuliani F., Laforgue D., Payet J.-P. (dir.) (2008), *La voix des acteurs faibles : de l'indignité à la reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Gouilhers-Hertig S. (2014), « Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance », *Socio-anthropologie*, 29, p. 101-119, <<https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.1696>>.

Guilloux R. (2021), « L'accouchement physiologique, un espace de contre-pouvoir pour les femmes ? », *Périnatalité*, 13, 4, p. 216-230, <<https://doi.org/10.3166/rmp-2022-0142>>.

Hachet B., Ruiz G. (2019), « Le cadre temporel, un concept à l'épreuve de deux thèses temporalistes », *Temporalités*, 30, <<https://doi.org/10.4000/temporalites.7076>>.

Hochschild A. R. (2003), « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, 9, 1, p. 19-49, <<https://doi.org/10.3917/trav.009.0019>>.

Hochschild A. R. (2017), *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte.

Laforgue D. (2008), Des institutions compréhensives ? Par-delà l'intérêt général et domination, in Giuliani F., Laforgue D., Payet J.-P. (dir.), *La voix des acteurs faibles : de l'indignité à la reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 165-177.

Laforgue D. (2009), « Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines. Pluralité, hybridation et fragmentation du travail institutionnel », *Socio-logos*, 4, <<https://doi.org/10.4000/socio-logos.2317>>.

Mavuso J. M.-J.-J., Chadwick R. (2022), « Reproductive governance and the affective economy », *Feminism & Psychology*, 32, 4, p. 559-583, <<https://doi.org/10.1177/09593535221106644>>.

Memmi D. (2003), *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte.

Memmi D. (2014), *La Revanche de la chair : essai sur les nouveaux supports de l'identité*, Paris, Seuil.

Payet J.-P., Laforgue D. (2008), Qu'est-ce qu'un acteur faible ? Contributions à une sociologie morale et pragmatique de la reconnaissance, in Giuliani F., Laforgue D., Payet J.-P. (dir.), *La voix des acteurs faibles : de l'indignité à la reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 9-25.

Rose N. (2005), *Governing the soul: The shaping of the private self*, Londres, Free Association Books.

Roux S. (2021), Affects, in Rennes J. (dir.), *Encyclopédie critique du genre*, Paris, La Découverte, p. 37-46.

Roux S., Vozari A.-S. (2018), « Parents at their best: The ethopolitics of family bonding in France », *Ethnography*, 19, 1, p. 3-24, <<https://doi.org/10.1177/1466138116687592>>.

Notes

1 Voir à ce sujet le projet « Birth(ing) Stories » : <<https://sites.google.com/view/birthing-stories/accueil>>, consulté le 18/05/24.

2 Précisons que si l'EVA n'est pas conçu comme un dispositif d'évaluation des soins, il est néanmoins source de réflexivité, en particulier pour les sages-femmes confrontées aux récits. S'il n'existe pas actuellement de traitement formalisé des plaintes formulées dans les EVA, les faits rapportés font ponctuellement l'objet de discussions informelles ou sont référencés à la sage-femme cadre qui en informe les personnes concernées. Cet aspect ne sera pas développé ici.

3 Par souci d'anonymisation, le féminin sera utilisé pour toutes les sages-femmes et les noms cités seront des pseudonymes.

4 Formation de cinq heures durant lesquelles la créatrice du dispositif en a transmis les bases théoriques et son retour d'expérience. Les sages-femmes de cette équipe bénéficient depuis d'une journée de regroupement par an pour échanger sur leurs pratiques.

5 Cette enquête en cours fait partie du projet de recherche « Les “violences obstétricales” des controverses aux prises en charge : mobilisations, savoirs, expériences », financé par le Fond national Suisse pour la recherche scientifique et dirigé par Patricia Perrenoud et Solène Gouilhers, que je remercie pour leur contribution précieuse à cet article.

6 Sauf mention contraire, les matériaux mobilisés ici sont issus de mon carnet de terrain.

7 La question de l'efficacité de ce dispositif de parole fait l'objet de débats et de recherches en cours en santé périnatale que nous ne développerons pas ici. Voir notamment : Bastos *et al.* 2015.

8 En particulier le monitoring, qui capte et trace sous forme de courbes le rythme cardiaque fœtal et les contractions de l'utérus. Durant l'accouchement, le papier qui sort au fur et à mesure du tracé de la courbe est utilisé pour consigner les différentes interventions. Ce document sert de support aux explications durant les EVA.

9 Par exemple, à l'annonce des résultats d'une élection, les règles de sentiments seront considérablement différentes dans les sièges de campagne de deux partis concurrents.

10 Suivant la proposition de J. Bernard (2015), les émotions seront ici analysées telles qu'elles ont été catégorisées par les acteur·rice·s. Dans l'approche sociologique qui est la nôtre, nous évoquerons par exemple la peur comme « objet de descriptions, de négociations, d'attributions » plutôt que comme phénomène psycho-physiologique complexe.

11 Parmi les récits d'accouchement de femmes sud-africaines étudiés par Rachelle Chadwick, ce type de récit provient principalement des femmes pauvres. Mes données ne permettent pas d'identifier des caractéristiques sociales spécifiques, possiblement à cause du faible nombre de femmes rencontrées qui étaient porteuses de ce type de récit.

12 Il s'agit du premier sens donné par Hochschild au travail émotionnel : celui de la gestion, en surface ou en profondeur, de ses propres émotions pour mener à bien sa mission dans une relation de service.

13 Notons ici l'asymétrie du dispositif qui se fonde sur l'expression par les consultant·e·s de leurs émotions, face à des professionnelles qui refreinent les leurs, pour les partager ensuite en coulisse.

Pour citer cet article

Référence papier

Clara Blanc, « Susciter les récits, apporter l'information, travailler les émotions », *Revue des sciences sociales*, 73 | 2025, 24-31.

Référence électronique

Clara Blanc, « Susciter les récits, apporter l'information, travailler les émotions », *Revue des sciences sociales* [En ligne], 73 | 2025, mis en ligne le 26 juin 2025, consulté le 15 juillet 2025. URL : <http://journals.openedition.org/revss/11962> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/148da>

Auteur

Clara Blanc

Haute École de Santé Vaud (HESAV),
HES-SO et Institut des études genre, Université de Genève
clara.blanc[at]hesav.ch

Droits d'auteur



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-SA 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.