École des Hautes Études en Sciences Sociales

École doctorale de l'EHESS

Institut de Recherche Interdisciplinaire Sur les enjeux sociaux (IRIS)

Doctorat

Discipline : Sociologie

VOZARI ANNE-SOPHIE

Le souci des mères

Ethnographie du gouvernement de la maternité en périnatalité

Thèse dirigée par : Marc Bessin

Date de soutenance : 9 décembre 2021

Jury

Claude Martin, Directeur de recherche au CNRS, Professeur à l'EHESP, *rapporteur*

Dominique Memmi, Directrice de recherche au CNRS, *rapportrice*

Laurence Bachmann, Professeure à la HETS Genève (HES SO), *examinatrice*

Marc Bessin, Directeur de recherche au CNRS, *directeur*

Coline Cardi, Maîtresse de conférences à l'Université Paris 8, *examinatrice*

Muriel Darmon, Directrice de recherche au CNRS, *présidente*

Le souci des mères

Ethnographie du gouvernement de la maternité en périnatalité

Résumé

Le souci des mères. Ethnographie du gouvernement de la maternité en périnatalité

À partir des années 2000, un nouvel impératif de prévention a pris corps dans une série de réformes qui ont durablement orienté la politique périnatale française vers la prise en compte du vécu de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites, et l'amélioration de leur prise en charge. Dans le même temps, la visibilité acquise par la catégorie diagnostique de « dépression du post-partum » a contribué à cadrer la naissance d'un enfant comme un moment critique exposant les mères à de potentiels troubles mentaux. Interprétée comme la marque d'un processus inscrit dans la nature même du psychisme féminin, la souffrance des mères appelle dorénavant des modalités spécifiques d'intervention pour préserver les attaches et, par là, protéger les enfants. Adossée à une enquête ethnographique conduite au sein de différentes institutions en charge de la santé maternelle et infantile (PMI, services hospitaliers d'obstétrique et de pédopsychiatrie), cette thèse examine les recompositions à l'œuvre dans la gestion des risques autour de la naissance. Elle analyse les conditions d'émergence de la subjectivité maternelle comme problème médical, les dynamiques professionnelles ouvertes par l'extension de la médicalisation du travail procréatif au « devenir mère » et les spécificités de l'accompagnement de la maternité en périnatalité, ici compris comme un travail d'institution de la famille sous-tendu par une politique de transformation volontaire de soi, où le bonheur tient lieu de mot d'ordre. Ce travail défend l'idée que le souci des mères, exprimé au travers de l'attention portée aux sentiments et émotions maternelles, relève d'une technologie de gouvernement.

Mots clés : maternité, périnatalité, gouvernement, travail procréatif, attaches, médicalisation

Abstract

The concern for mothers. Ethnography of the government of motherhood in perinatal care

Since the turn of the millennium, a new series of preventative reforms have decisively oriented French perinatal policy toward the improved management of pregnancy, childbirth, and neonatal care. At the same time, the increased visibility of the diagnostic category "postpartum depression" has contributed to the framing of childbirth as a critical moment in which mothers are exposed to potential mental disorders. Interpreted as the mark of a process inscribed in the very nature of the female psyche, the suffering of mothers now calls for specific modalities of intervention to preserve attachments and, thus, protect children. Based on an ethnographic fieldwork conducted within various institutions charged with maternal and child health (maternal and child health centers, obstetrics, and child psychiatry units), this thesis examines the re-compositions at work in the management of risks around birth. It analyzes the conditions of the emergence of maternal subjectivity as a medical problem, as well as the professional dynamics created by the extensive medicalization of procreative work and the specificities of perinatal support for motherhood, understood here as a work of the familial institution that is rooted in a policy of voluntary self-transformation, where happiness is a promise. This work defends the idea that concern for mothers, expressed as attention paid to maternal feelings and emotions, is a technology of government.

Keywords : motherhood, perinatal care, government, procreative work, attachments, medicalization

Remerciements

La réalisation d'une thèse constitue, à bien des égards, une épreuve personnelle et solitaire. Elle n'en reste pas moins le produit de multiples rencontres dont elle porte la trace. Ce travail serait en effet bien peu de choses sans la participation des personnes qui en ont fait la matière, en acceptant la présence d'une « étudiante en sociologie » auprès d'elles, pour quelques heures ou pour plusieurs mois. La réflexion que je propose ici ne serait pas non plus ce qu'elle est sans les apports des nombreux·ses collègues qui ont contribué à sa formulation, ni sans les collaborations qui m'ont appris le métier de sociologue. Enfin, je n'aurais jamais pu achever cet ouvrage sans les encouragements et l'affection de mes proches. Bien sûr, quelques lignes de remerciements écrites en bout de course – et à bout de souffle ! – ne sauraient rendre entièrement justice à toutes celles et ceux qui ont compté tout au long de ces années. Je souhaite toutefois ici rendre hommage à celles et ceux envers qui je suis particulièrement redevable.

Si je ne peux les nommer sans compromettre l'engagement d'anonymisation pris auprès d'elles, ma gratitude s'adresse en premier lieu aux femmes – et aux quelques hommes –, personnels hospitaliers et médico-sociaux, qui se sont prêté·es au jeu de l'enquête en m'ouvrant les portes de leur institution, leur service, leur équipe ou leur bureau, me dévoilant de larges pans de leur activité, parfois certaines dimensions de leur vie. Je suis également profondément reconnaissante vis-à-vis des femmes qui ont accepté de me livrer leur « mal de mère ». Le témoignage de leur souffrance a constitué un puissant moteur à l'élaboration de ma pensée. J'espère avoir su rendre compte avec justesse de ce qu'elles et ils m'ont donné à voir.

Les années que j'ai consacrées à ce travail m'ont convaincue du caractère résolument collectif de la recherche, qui plus est indispensable à en faire une expérience aussi bien stimulante que réjouissante. Je dois à mon directeur, Marc Bessin, ce goût pour la collégialité. Sa manière de concevoir et mettre en œuvre la pratique des sciences sociales, tout comme son souci de transmettre aux étudiant·es qu'il suit, en master et en doctorat, les armes nécessaires pour naviguer dans notre monde académique, ont forgé mon parcours et constitué un terreau propice à la poursuite de ce travail. Je lui suis reconnaissante pour la bienveillance qui le caractérise et la confiance qu'il m'a accordée, dès le master, puis renouvelée au fil des années. L'encadrement de ce travail a également grandement bénéficié de l'appui des membres de mon comité de thèse, Coline Cardi et Claude Thiaudière, que je remercie pour nos discussions et leurs encouragements.

Merci aux membres du jury, Laurence Bachmann, Coline Cardi, Muriel Darmon, Claude Martin et Dominique Memmi, d'avoir accepté d'examiner cette thèse, de m'en livrer leur lecture et d'engager la discussion lors de la soutenance.

Mon laboratoire, l'IRIS, a constitué un formidable espace de socialisation au métier de doctorante et un cadre convivial de travail. Il m'a également apporté une aide matérielle précieuse à la conduite de l'enquête, à la participation à des évènements scientifiques et a fait naître de belles collaborations. Je pense ici en particulier à Camille Lancelevée, Meoïn Hagege et au groupe Traitements & Contraintes ; à Julie Ancian et au groupe Genre, Normes Procréatives et Périnatalité ; à Maud Arnal, Elsa Boulet, Déborah Guy et à l'Organe de réflexion sur les questions de grossesse, accouchement, sexualité et maternité. Je remercie plus largement l'ensemble des collègues, doctorant·es, chercheur·es, gestionnaires et ingénieur·es.

Ma réflexion s'est nourrie des échanges avec les membres des différentes équipes pédagogiques qui m'ont accueillie comme monitrice, ATER puis chargée d'enseignement. Après y avoir étudié, participer à la vie du master Genre, politique et sexualité de l'EHESS, à l'époque dirigé par Rose-Marie Lagrave et Éric Fassin, puis par Juliette Rennes et Laure Bereni, a constitué une expé-

rience fondatrice. Mes années d'ATER au sein du département de sociologie de l'Université de Rouen ont poursuivi de forger mon goût pour l'enseignement. Merci en particulier à Anne Bidois, Élise Lemercier et Élise Palomares pour leur accueil. Enfin, résidant depuis à Amiens, j'ai trouvé refuge, ces quatre dernières années, au pôle Citadelle de l'Université Picardie Jules Verne, auprès des membres du département de sociologie et du CURAPP. Je leur suis infiniment reconnaissante de m'avoir traitée comme l'une des leurs et d'avoir accepté ma présence quotidienne dans leurs bureaux. Leur soutien a été considérable.

La tournure qu'a prise ma recherche doit énormément au travail collectif conduit dans le cadre de l'ANR ETHOPOL, auquel j'ai eu le privilège de participer. J' ai pris beaucoup de plaisir à penser avec mes collègues, Jérôme Courduriès, Mélanie Gourarier, Sébastien Roux, Michela Villani et, l'une de nos camarades de route, Aurélie Fillod-Chabaud. J'y ai en particulier trouvé, en la personne de Sébastien Roux, un partenaire de dialogue exigeant, un appui inestimable et un ami très cher. Alors que je n'étais pas loin de perdre l'énergie nécessaire à la poursuite de mon travail, cette collaboration a été décisive. Sans elle, je ne serais probablement pas venue à bout de cette thèse. Ma gratitude à son égard est immense.

Si toutes les imperfections de ce manuscrit m'appartiennent, le résultat doit beaucoup aux discussions patientes et aux relectures attentives d'Annabelle Allouch, Vanina Bouté, Nicolas Brusadelli, Vincent Cardon, Charlotte Delabie, Émilie Desfacques, Virginie Descoutures, Nehara Feldman, Camille Fauroux, Çingi Fatma Kocadost, Élodie Lemaire, Claude Thiaudière et Sébastien Roux. Je remercie également Alice Karle d'avoir mis ses talents d'éditrice au service de la relecture de certains chapitres. J'ai une infinie reconnaissance envers leur soutien.

Rien n'aurait été possible sans l'affection des proches qui m'ont entourée et leur patience rudement mise à l'épreuve : mes parents, Rita et Roberto Vozari, et mes ami·es. Certain.es ont déjà été nommé·es. Je n'oublie pas les autres et sais ce que je leur dois bien au-delà de ce travail. À toutes et tous, un immense merci.

Enfin, une pensée pour mon fils, Robin, qui fêtera ses 5 ans au lendemain de ma soutenance. Que la fin du « livre de maman » marque la poursuite de notre renouveau.

Table des matières

Résumé **1**

Abstract **2**

Remerciements **3**

Table des matières **5**

INTRODUCTION GÉNÉRALE 11

« Là où tout commence » *12*

La famille, un produit d'institution(s) *14*

La parentalité, objet privilégié de la régulation des familles *19*

La médicalisation du travail procréatif *23*

Une sociologie du travail d'« accompagnement » des mères en périnatalité *28*

Structure de la thèse *30*

Chapitre préliminaire **33**

En/quête du « soutien à la parentalité » autour de la naissance **33**

Vers une ethnographie du souci des mères **33**

I. Plongée au cœur de la santé périnatale 35

A. La protection maternelle et infantile pour point de départ 37

B. Découvrir un dispositif de vigilance 42

Les « liaisons Maternité-Hôpital » *43*

Staff et entretien prénatal précoce *45*

C. Au bout de la chaîne : le traitement psy en périnatalité 49

Des « psys » en maternité *50*

Appréhender le traitement de la « dépression périnatale » *54*

II. Relations d'enquête : genre, savoirs, pouvoir 58

A. Être une femme « lamdba » en terrain féminin 59

« On est entre femmes » *61*

Être une femme (presque) comme elles *65*

B. Éprouver les hiérarchies au sein du champ médical 71

Épreuves pédopsychiatriques *72*

Une confrontation à la domination médicale *75*

« On ne soutient pas la parentalité, on la soigne » *79*

Conclusion 83

PREMIÈRE PARTIE 85
LES MÉTAMORPHOSES DE LA QUESTION MATERNELLE 85

Chapitre 1. Faire bien naître 87
Aux principes de la protection maternelle et infantile 87
I. Produire des enfants sains 88
A. Sélectionner la graine, conserver le fruit : le programme de la puériculture 89
B. L'édification d'un dispositif généralisé de surveillance socio-sanitaire 98

II. Vers une politique de gestion des risques 105
A. Pour « un nouveau-né sans risques » 106
B. Éviter les naissances indésirées 113

Conclusion 118

Chapitre 2. Faire bien être 121
Les recompositions de la gestion des risques autour de la naissance 121
I. Faire mieux grandir, une spécialité nouvelle 122
A. La « carence affective précoce », genèse du magistère pédopsychiatrique 122
B. Les troubles maternels, l'élargissement du territoire pédopsychiatrique 133

II. Traiter le lien mère-enfant, une autre clinique de l'enfantement 138
A. La psychiatrie périnatale, nouveau domaine d'intervention 139
B. La psychologisation des services de maternité 145

Conclusion 153
VEILLER SUR LES MÈRES EN DEVENIR 155
UN ENJEU DE SPÉCIALISATION AU SEIN DU CHAMP MÉDICAL 155

Chapitre 3. Sécuriser et humaniser. 159
Divisions et hiérarchies dans l'espace de la médicalisation de l'enfantement 159
I. La sécurisation. Aux principes de la domination du Pôle Femme-Enfant 161
A. Le monopole de l'expertise clinique et thérapeutique 162
Des services « de pointe » 163
Le sens de la coopération : diviser le travail pour se maintenir 166
B. L'externalisation de l'accompagnement 170
Préparer le travail hospitalier à moindre coût 171
Pallier les insuffisances 174

II. L' « humanisation de la naissance », la ressource des dominé·es 180
A. Une stratégie de distinction pour les maternités de moindre technicité 181
Une offre médicale sur mesure *181*
Se faire l'amie des bébés et des papas *186*
B. Une modalité socialement différenciée de (re)distribution des clientes 190
Faire avec les « migrantes » : l'assistance minimale du Pôle Femme-Enfant *192*
Les « précaires », public cible de la PMI *195*
Le « soutien à la parentalité », une autre logique de distribution *197*
Conclusion 201
Chapitre 4. Le « soutien à la parentalité » pour mission une opportunité professionnelle en PMI **203**
I. Travailler en PMI, « c'est pour les femmes et les estropiés » 204
A. Une médecine dévaluée 205
Faiblesse statutaire et moindre rémunération *205*
Ne faire que de la prévention *209*
Faire du social *211*
B. Le « choix » de la conciliation 213
II. Prendre soin de la maternité, une pratique spécifique 217
A. Faire attention 218
Être présentes *219*
L'écoute, une pratique clinique *224*
B. Des cliniciennes de la relation mère-enfant 228
« Surveiller » pour « veiller sur » : l'examen de la relation mère-enfant *229*
Mobilités professionnelles *233*
Conclusion 239
TROISIÈME PARTIE 241
MATRICE MATERNELLE 241
Chapitre 5. Faire une dépression maternelle une carrière de sortie de la déviance **245**
I. Trouble dans la maternité 247
A. S'alarmer de ne pas être « une mère comme les autres » 247
L'auto-étiquetage *247*
Le script de l'heureux événement *250*

B. Se (re)tenir pour faire la mère 254
« Jouer la mère heureuse » *254*
Échapper au stigmate de la mauvaise mère *256*
II. Le diagnostic : requalification et normalisation de la transgression 259
A. Être alertée 260
Des professionnelles attentives *260*
Des expertes profanes *265*
B. Se dire malade 267
Un rituel d'aveu *267*
Renégocier le stigmate *269*
III. Devenir une mère heureuse, un idéal situé 272
A. Avoir un enfant comme quête du bonheur 273
La désirabilité de la maternité *273*
Une quête universelle ? *277*
B. Faire preuve de « bonne volonté » 279
Conclusion 290
Chapitre 6. Se faire mère **291**
Un gouvernement par conversion **291**
I. Diriger les mères 292
A. Une pédagogie à visée réflexive 294
Travailler l'expérience maternelle *294*
Devenir mère par soi-même *297*
B. Indisciplines maternelles 303
II. Produire la normalité 307
A. Être soi pour devenir véritablement mère 308
(S') assumer *309*
Un travail de (re)conversion *311*
B. Un ordre sentimental institué 317
Un engagement maternel maintenu *318*
Le bonheur pour mot d'ordre *322*
Conclusion 326
CONCLUSION GÉNÉRALE 329

Bibliographie **341**

Annexes **369**

Annexe 1 : Synthèse du déroulement de l'enquête *371*

Annexe 2 : Entretiens auprès des professionnel·les *373*

Annexe 3 : Le discours de l'association « Le mal de mère » *375*

Annexe 4 : Propriétés sociales des patientes rencontrées *377*

Annexe 5 : Publications et formations de la psychiatrie périnatale *383*

Annexe 6 : Exemple de dispositifs de psychiatrie périnatale *389*

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le 9 février 2020, au cours de la très suivie 92ème cérémonie des Oscars, la chaîne américaine ABC refuse de diffuser la publicité d'une marque spécialisée dans les produits post-accouchement. Jugée « trop crue », cette dernière met en scène une femme, le ventre encore arrondi, venant visiblement d'accoucher. Réveillée en pleine nuit par les cris de son bébé, elle se dirige péniblement vers les toilettes, urine douloureusement, soigne ses plaies et change sa protection hygiénique. Dans les jours qui suivent, la dénonciation par la marque de cette « censure » est relayée sur les réseaux sociaux aux États-Unis, puis en France. Le tollé suscité en ligne par « l'invisibilisation » de la « vraie vie » des mères donne lieu à « la libération de la parole sur l'après-accouchement ». Sur le modèle du hashtag #MeToo, #MonPostPartum devient rapidement viral : plus de 10 000 témoignages en 24 heures. Éprouvées par les séquelles de leur grossesse et de leur accouchement, épuisées par les pleurs de leur bébé, mises à mal par la solitude du congé de maternité, des femmes témoignent de leur souffrance et de leur colère sur leur compte Twitter, Instagram ou Facebook. « Préoccupez-vous des mères », enjoint Illana Weizman, militante féministe à l'origine de la première publication[1].

Jugée contribuer à lever un « tabou », l'engouement suscité par cette vague de témoignages n'a rien d'un épiphénomène. Engageant une réflexion renouvelée sur le traitement médical et politique de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites, les critiques à l'égard des conditions dans lesquelles les femmes deviennent aujourd'hui mères se sont multipliées ces dernières années. Mobilisation pour l'ouverture de maisons de naissance, dénonciation des violences obstétricales, revendication pour l'allongement du congé du second parent, mise en évidence du suicide comme deuxième cause de décès maternels, etc. à chaque fois un même constat semble s'imposer : « les femmes méritent mieux »[2]. Si ces prises de position ne sont pas sans rappeler celles qui émergent à la fin des années 1970 contre le manque d'égards fait aux parturientes et aux jeunes mères[3], l'écho qu'elles connaissent aujourd'hui ne tient pourtant pas, ou du moins pas seulement, aux avancées de la cause des femmes. Elles s'inscrivent aussi – et peut-être surtout – dans une

[1] Le témoignage des conséquences physiques et psychiques de son accouchement a depuis donné lieu à la publication d'un manifeste. C*f*. Illana Weizman, *Ceci est notre post-partum. Défaire les mythes et les tabous pour s'émanciper*, Paris, Marabout, 2021.

[2] Marie-Hélène Lahaye, *Accouchement : les femmes méritent mieux*, Paris, Editions Michalon, 2018.

[3] Annie Leclerc, *Paroles de femmes*, Paris, Grasset, 1974 ; Hortense Dufour, *La guenon qui pleure*, Paris, Grasset, 1980. Voir à ce sujet Yvonne Knibiehler, *La révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997, pp. 60-63.

« problématisation » renouvelée de la prise en charge de la naissance, soit dans « l'élaboration d'un domaine de faits, de pratiques et de pensées qui […] semblent poser des problèmes à la politique »[4].

« Là où tout commence »

Depuis le début des années 2000, professionnel·les et usagères de la périnatalité sont nombreuses à dénoncer un contexte institutionnel marqué par la seule logique du risque obstétrical. Jugée nécessaire à un traitement digne de l'« heureux événement », l'attention accordée aux (futurs) parents, et en premier lieu aux (futures) mères, serait mise à mal par son « hypermédicalisation ». Visant à « améliorer les conditions de la naissance dans notre pays », le Collectif Interassociatif Autour de la NaissancE (CIANE)[5] plaide ainsi pour que l'enfantement ne soit pas « résum[é] à un acte d'accouchement » : « événement unique et fondateur, avant tout humain, affectif et social », « temps fort de la vie », la mise au monde devrait être appréhendée comme une « occasion privilégiée pour construire le lien entre parent et enfant, agissant ainsi préventivement à l'égard de nombreux problèmes »[6]. Cette vision extensive de la naissance appelle à un renouvellement du traitement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum orienté vers la prévention et le dépistage des « risques psycho-sociaux » susceptibles de contrarier la production des attaches familiales. La récente émergence d'une politique de santé publique appliquée aux « 1000 premiers jours de vie » en est l'une des dernières manifestations.

Nourrie des savoirs de l'épigénétique, la thématique des « 1000 premiers jours » est à l'origine, depuis une dizaine d'années, de nombreux discours de santé publique axés, en France et à l'étranger, sur l'alimentation et les risques d'exposition à des substances toxiques au cours de la période pré-conceptionnelle, de la grossesse et des premières années de vie de l'enfant[7]. Pourtant, ces questions sont relativement absentes dans la politique française en cours d'élaboration. En septembre 2019, l'Élysée justifie la constitution de la « Commission des 1000 premiers jours » en ces termes : « Les 1000 premiers jours de vie d'un bébé sont une période cruciale pour lui. (…) Ce sont dans ses

---

[4] Michel Foucault, « Polémique, politique et problématisations », *Dits et écrits*, tome 4, Paris, Gallimard, [1984], 1994, p. 1412.

[5] Formé à l'occasion des premiers États Généraux de la Naissance, en 2003, le CIANE est un collectif d'associations françaises de parents et d'usager.e.s de la santé concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de vie. Regroupant près de 40 associations et 10 000 adhérent.e.s, il a pour ambition « de faire mieux entendre les attentes, les demandes et les droits des femmes et des couples » et « vise à faire évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité, de manière à les rendre plus respectueuses des personnes et de la physiologie de l'accouchement ». Cf. https://ciane.net

[6] *Cf.* « Les usagers s'organisent pour contribuer à améliorer les conditions de naissance en France - Présentation et propositions du CIANE », Document de travail, 2003 https://naissance.asso.fr/ciane/pdf/propositions.pdf

[7] Voir à ce sujet Tristan Fournier, Julie Jarty, « Gouverner les "mille premiers jours de vie" », *Revue des sciences sociales*, Vol. 61, n° 1, pp. 46-55.

1000 premiers jours de vie qu'il crée des liens d'attachement, déterminants dans sa construction physique, psychique, affective, sociale, cognitive et pour sa vie de futur adulte. (…) Prévenir au plus tôt des difficultés au sein de la relation parents-enfants, c'est éviter des ruptures, de la violence, de l'échec scolaire et parfois une mise en danger des enfants et des parents »[8]. Rendu un an plus tard au Secrétaire d'État à l'Enfance et la Famille, le rapport des expert·es – intitulé « Là où tout commence » – insiste sur les « défis » que les parents, et en particulier les plus fragiles d'entre elles et eux, auraient à affronter au cours de cette « période clé », comprise entre le quatrième mois de vie intra-utérine et le deuxième anniversaire de l'enfant[9]. Pour la plupart issus du « monde psy »[10], les auteur.e.s du rapport mettent alors l'accent sur la nécessaire mise en place de mesures visant en premier lieu à « soutenir les parents » dans l'établissement précoce de liens pycho-affectifs de qualité avec leurs enfants[11]. Immédiatement adopté, l'allongement du congé de paternité ou du second parent est, par exemple, compris comme une façon de « renforce[r] la relation père-enfant », de « soutenir la mère » et de « diminu[er] le risque d'épuisement psychique et de dépression chez celle-ci »[12].

Comment saisir la forme singulière qu'adopte aujourd'hui l'inquiétude suscitée par le « devenir parent » ? Cette question est au principe de la recherche que cette thèse restitue. Y répondre nécessite d'opérer plusieurs pas de côté : d'abord, se départir du discours sur lequel experts et décideurs assoient leur action ; ensuite, déplacer l'attention de ce discours vers les modes d'intervention qu'il appelle et justifie. S'il n'est pas question ici de nier que l'arrivée d'un enfant puisse être une « épreuve »[13] susceptible de plonger certain.e.s dans le plus grand désarroi, un tel constat ne peut suffire à la compréhension sociologique du souci accordé à l'expérience parentale, ni à la façon dont il se manifeste. Penser la naissance d'un enfant comme une période nécessairement bouleversante, exposant les (futurs) parents – et particulièrement les (futures) mères – à l'angoisse et au doute, re-

---

[8] https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2019/09/19/faire-des-1000-premiers-jours-de-lenfant-une-priorite-de-laction-publique.

[9] « Les 1000 premiers jours. Rapport de la commission des 1000 premiers jours », *Ministère des solidarités et de la santé*, septembre 2020, p. 12.

[10] Le « monde psy » renvoie à « [la] nébuleuse de spécialistes qui interviennent, avec des statuts divers, sur le psychisme et le mental : médecins spécialisés en psychiatrie, psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes notamment ». *Cf.* « Expérience et critique du monde psy », *Politix*, Vol. 73, n° 1, 2006, p. 4.

[11] Présidée par Boris Cyrulnik (neuropsychiatre et psychanalyste), la Commission des 1000 jours est composée de dix-huit expert·es dont quatre pédopsychiatres, six psychologues, une obstétricienne, une pédiatre, une sage-femme, un médecin généraliste, une éducatrice de jeunes enfants.

[12] « Les 1000 premiers jours … », *op. cit.*, p. 100.

[13] Danielo Martuccelli, *Forgé par l'épreuve*, Paris, Armand Colin, 2006 ; voir également Jean-Sébastien Eideliman, « Qui a peur de la parentalité ? », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, 2019, pp. 255-262.

viendrait en effet à prendre part à la naturalisation des problèmes de santé publique et à considérer qu'une question s'imposerait d'elle-même, du fait de ses caractéristiques intrinsèques, comme un enjeu relevant de l'univers médico-sanitaire. Or, adopter une telle perspective contribue à occulter le sens politique et les ressorts sociaux d'une telle mise en problème et de ses modes de résolution.

Ma recherche s'adosse sur un matériau empirique constitué à partir d'une ethnographie multi-située menée, entre 2011 et 2014, à partir de deux institutions publiques en charge de la périnatalité : l'hôpital et la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Adoptant une approche « par le bas »[14] pour saisir l'action publique en direction des (futures) mères, j'ai cherché à appréhender la manière dont les agent·es des structures sanitaires et médico-sociales enquêtées définissaient les problèmes qu'elles et ils avaient à traiter et se donnaient pour mission de résoudre. Si les allers et retours entre théorie et empirie sont au cœur de ma démarche, je ne reviendrai pas dans cette introduction sur le déroulement de l'enquête et le dispositif méthodologique, auxquels je consacre un chapitre préliminaire. Le propos qui suit est davantage centré sur les travaux qui ont infléchi ma compréhension du « souci des mères » ou, pour le dire autrement, qui m'ont conduite à constituer *la problématisation* de, *la préoccupation* pour et *l'attention* au « devenir mère » en objet de recherche.

La famille, un produit d'institution(s)

S'affranchissant d'une conception naturaliste de la famille, la sociologie a montré, dès ses débuts[15], comment le social – et notamment l'État – la faisait exister en consacrant certains agencements privés plutôt que d'autres. En procédant à la « généalogie de la morale familiale »[16] ou à l'anamnèse des interventions multiples qui ont conduit à la constitution progressive de la famille comme problème et objet de gouvernement, elle a notamment montré à quel point « cette famille

---

[14] Participant au renouvellement de la sociologie de l'action publique, les analyses de Michael Lipsky ont contribué à mettre en lumière le rôle des agent·es administratifs travaillant au bas de l'échelle bureaucratique. En relation directe avec la « clientèle » des institutions, ces dernier·es participent à la production des politiques publiques en les façonnant par leurs pratiques. *Cf.* Michael Lipsky, *Street Level Bureaucracy : Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russel Sage Foundation, 1980. En France, plusieurs travaux ont depuis montré la fécondité de cette approche permettant de saisir l'État « en actes », depuis ses « guichets ». Voir notamment : Vincent Dubois, *La vie au guichet Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Économica, 1999 ; Jean-Marc Weller, *L'État au guichet : sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999; Alexis Spire, *Accueillir ou reconduire : enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, 2008 ; Delphine Serre, *Les coulisses de l'État social : enquête sur les signalement d'enfant en danger,* Paris, Raisons d'agir, 2009 ; Yasmine Bouagga, *Humaniser la peine? Enquête en maison d'arrêt*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2015 ; Gwénaëlle Mainsant, *Sur le trottoir, l'État. La police face à la prostitution*, Paris, Le Seuil, 2021.

[15] Émile Durkheim, « La famille conjugale » [1892], *Textes 3. Fonctions sociales et institutions*, Paris, Minuit, 1975, pp. 35-49. Voir également à ce sujet Rémi Lenoir, « La famille conjugale : une catégorie d'Etat selon Durkheim », *Revue internationale de philosophie*, Vol. 280, n° 2, 2017, pp. 141-155.

[16] Remi Lenoir, *Généalogie de la morale familiale*, Paris, Seuil, 2003.

que nous sommes portés à considérer comme naturelle parce qu'elle se présente avec l'évidence du toujours » était d'abord « un mot d'ordre », « une fiction sociale », en somme « une catégorie réalisée »[17]. Soulignant que la famille est à la fois privée et publique, le regard que lui portent les sciences sociales ont permis de « prendre la mesure des diverses forces qui s'exercent sur elle "de l'extérieur" et des divers instances et processus sociaux qui la définissent, la construisent, la régulent ou la légitiment »[18]. Aussi, le discours critique qu'elles formulent invite à examiner le « travail d'institution » dont la famille est le produit[19].

« Lorsqu'il s'agit d'engendrer, d'aimer, d'éduquer, de procréer, en bref lorsque l'on est une famille ou que l'on désire faire famille, rien n'est "naturel", instinctif ou spontané. Les possibles sont limités, et nos vies familiales régies par des demandes, des exigences et des prescriptions »[20]. Les débats suscités par les évolutions du droit familial nous le rappellent régulièrement. Qu'il s'agisse, par exemple, des réformes du droit de garde et de l'autorité parentale, de l'ouverture de la procréation médicalement assistée (PMA) aux femmes célibataires ou en couple de même sexe, du statut de beau-parent ou du développement d'un « droit des origines », les mutations familiales n'en finissent pas d'être un problème. Mais les controverses qui ponctuent l'agenda législatif ne doivent pas faire oublier que « la politique de la famille »[21] se détermine également, et peut-être surtout, « par le travail quotidien des agents en charge de sa régulation, de son administration et de son traitement. En effet, si la force publique prescrit, par le droit, *qui* peut en être et *comment*, la famille fait aussi l'objet d'un pouvoir régulateur lorsque les institutions *travaillent avec* et *sur* les individus pour faire de leurs agencements privés des configurations normalisées et normalisantes »[22].

Au tournant des années 1970-1980, plusieurs recherches se sont attachées à décrire et analyser la façon dont travailleurs sociaux, médecins ou « psy » participaient à l'ordonnancement fami-

---

[17] Pierre Bourdieu, « À propos de la famille comme catégorie réalisée », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 100, n° 5, 1993, pp. 32-36.

[18] Muriel Darmon, « Les "entreprises" de la morale familiale », *French Politics, Culture & Society*, Vol. 17, n° 3, 1999, pp. 1-19.

[19] Pierre Bourdieu, « À propos de la famille… », art. cit., p. 34.

[20] Sébastien Roux, Anne-Sophie Vozari, « L'ordre des familles », *in* Sébastien Roux, Anne-Sophie Vozari, *Familles : nouvelle génération*, Paris, PUF, 2020, p. 9.

[21] Michel Villac, Pierre Strobel, Jacques Commaille, *La politique de la famille*, Paris, La Découverte, 2002.

[22] Sébastien Roux, Anne-Sophie Vozari, « L'ordre des familles », art. cit., p. 7.

lial[23]. Certes, la nécessaire « conservation »[24] des enfants a fait l'objet d'un traitement politique antérieur[25], mais leur avènement en « raison d'État »[26], depuis au moins le XIXème siècle, en a transformé l'appréhension et a étendu le regard étatique et son pouvoir disciplinaire « à domicile »[27]. Ces recherches ont examiné, chacune à leur manière, l'intervention croissante de l'État et de ses agents – ou plus largement des classes dominantes – dans l'intimité des familles, et en particulier des familles de classes populaires. Pour la plupart inscrits dans le sillage des analyses de Michel Foucault, ces travaux insistent sur la nature de la contrainte qui s'exercerait dorénavant sur la famille. Davantage régulateur que coercitif, le pouvoir n'interviendrait plus par la seule entremise de la loi et de l'institution judiciaire mais aussi par celle de la norme et des institutions sociales et médico-sociales travaillant à son intériorisation.

Parmi ces publications, l'ouvrage de Jacques Donzelot a particulièrement marqué les esprits, au point que son titre, *La Police des familles*, donne par métonymie son nom à tout cet ensemble de travaux. Rémi Lenoir en résume le propos de la sorte : « la ligne générale de l'ouvrage (…) consiste à montrer que le pouvoir n'a jamais cessé de surveiller les familles et que la famille est elle-même un instrument de surveillance des individus, ceci grâce à l'action normalisatrice des instances judiciaire, pénitentiaire, psychiatrique et des institutions philanthropiques auxquelles ont succédé les institutions de service social »[28]. En sociologue et historien, Jacques Donzelot montre comment, tout au long des XVIIIème et XIXème siècles, l'État déploie un dispositif de régulation douce de la famille, s'exerçant de manière différenciée selon les milieux sociaux par la « normalisation » et la « moralisation ». Le poids de l'institution médicale, et en particulier l'extension du pouvoir des psychiatres, occupe une place importante dans son analyse.

Révélant combien la famille constituait un espace d'intervention prioritaire pour la régulation de l'ordre social – l' « instrument privilégié pour le gouvernement des populations »[29] –, ces

---

23 Pour une synthèse critique de cette littérature, voir notamment Muriel Darmon, « Les entreprises de la morale … », art. cit. ; Claude Martin, « " Mais que font les parents ? " Construction d'un problème public », *in* Claude Martin (dir.), *« Être un bon parent » : une injonction contemporaine*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2014, pp. 9-29.

24 Jacques Donzelot, *La Police des Familles*, Paris, Editions de Minuit, 1977.

25 Philippe Ariès, *L'Enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Plon, 1960.

26 Philippe Meyer, *L'Enfant et la raison d'Etat*, Paris, Seuil, 1977.

27 Isaac Joseph, Philippe Fritsch, *Disciplines à domiciles : l'édification de la famille*, Fontenay-sous-bois, Éditions Recherches, 1977.

28 Remi Lenoir, « La notion de contrôle social », *Sociétés & Représentations*, Vol. 5, n° 2, 1997, pp. 308-309.

29 Michel Foucault, *Histoire de la sexualité. La Volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, p. 16, cité par Jacques Commaille, « Ordre familial, ordre social, ordre légal : Éléments d'une sociologie politique de la famille », *L'Année sociologique*, Vol. 37, 1987, p. 273.

recherches ont posé les bases d'une sociologie de la régulation familiale. Toutefois, malgré l'important succès qu'elles ont rencontré, de nombreuses réserves ont depuis été émises. Faute d' « une analyse des normes inscrites dans des pratiques de normalisation » et d' « une évaluation de l'effet de ces normes dans les pratiques des "normalisés" », l'approche adoptée apparaît éloignée de l'expérience des acteurs, écrasée par le caractère *a priori* implacable d' « une imposition normative qui va directement des discours normatifs à la conformité présupposée des conduites »[30]. Pour éviter un tel écueil, une proposition stimulante a depuis été formulée : considérer les médecins, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, éducatrices de jeunes enfants, magistrats, psychologues, infirmières, auxiliaires de puériculture, etc. comme des « professionnel·les de la morale familiale » – « ni "entrepreneurs de morale" agissant pour leur propre compte », ni « "agents de l'État" qui seraient de simples courroies de transmission d'un pouvoir transcendant »[31] –, et observer leur travail *in situ*.

Les enquêtes conduites, par exemple, par Delphine Serre auprès des médecins, puéricultrices et auxiliaires de puériculture de PMI, et des assistantes sociales scolaires suggèrent bien l'intérêt qu'il y a à ancrer l'analyse de l'encadrement des familles dans une sociologie du travail attentive aux pratiques quotidiennes, aux propriétés sociales et au rapport au travail de celles et ceux qui font la politique de l'État[32]. Prendre en compte les hiérarchies internes entre et au sein des différents groupes professionnels[33], tout comme les enjeux relatifs à la division morale du travail et aux stratégies de légitimation entre parents et professionnel·les de l'enfance, constitue une piste supplémentaire susceptible d'affiner l'analyse[34]. De la même manière, considérer l'identité sociale des destinataires des normes s'avère riche d'enseignements pour comprendre les appropriations différenciées des prescriptions normatives[35]. Enfin, examiner au plus près les pratiques d'encadrement permet de

---

[30] Muriel Darmon, « Les entreprises de la morale … », art. cit., p. 11.

[31] Muriel Darmon, « Les entreprises de la morale … », art. cit., p. 14.

[32] Delphine Serre, « Le "bébé superbe" : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *Sociétés contemporaines*, Vol. 31, n° 3, 1998, pp. 107-127 ; Delphine Serre, « Les assistantes sociales face à leur mandat de surveillance des familles. Des professionnelles divisées », *Déviance & Société*, Vol. 34, n° 2, 2010, pp. 149-162.

[33]Marie Cartier, Marie-Hélène Lechien, Eve Meuret-Campfort (dir.), « Hiérarchies et conflictualité dans l'accueil des petits enfants », *Sociétés contemporaines*, n° 95, 2014.

[34] Marie Cartier, Marie-Hélène Lechien, « Asseoir sa légitimité professionnelle auprès des parents. Les stratégies de légitimation éducative des assistantes maternelles », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2017, pp. 265-281 ; Sandrine Garcia, « Construction de l'autonomie professionnelle et assignation des parents à une position de profanes dans les crèches parentales », *in* Claude Martin (dir), *Être un « bon parent » …*, *op. cit*., pp. 229-244.

[35] Séverine Gojard, *Le métier de mère*, Paris, La Dispute, 2010 ; Marie-Clémence Le Pape, « Être parent dans les milieux populaires : entre valeurs familiales traditionnelles et nouvelles normes éducatives », *Informations sociales*, Vol. 154, n° 4, pp. 88-95.

plonger « au coeur de l'État » pour « appréhender les valeurs et les affects qui traversent les politiques des gouvernants et les pratiques des agents »[36]. Car pénétrer le fonctionnement ordinaire des institutions publiques revient en effet souvent à éprouver les ambivalences inhérentes aux interventions sociales, sanitaires ou éducatives, et les tensions morales entre contrôle et protection, entre contrainte et soin, entre « surveiller » et « veiller sur » qui ne manquent pas de se glisser dans les mécanismes contemporains des « présences sociales »[37]. Ensemble, ces différentes perspectives de recherche soulignent, en creux, les limites des approches pionnières de la régulation des familles, marquées par la forte sensibilité des sciences sociales françaises de leur temps aux logiques d'imposition normative. Elles ne les désarment pas pour autant de leur potentiel critique et invitent au contraire à complexifier l'analyse de la police contemporaine des familles.

Depuis les années 2000, l'attention portée aux modes de contrainte qui s'exercent sur les individus *via* l'encadrement de la forme familiale façonne en effet un programme de recherche revivifié par l'institutionnalisation des études féministes, le renouvellement des études de la gouvernementalité et, plus récemment, par le développement des *parenting culture studies*[38]. Alors que la « privatisation de la vie familiale »[39] a pu faire croire à un retrait de la puissance publique de l'intimité domestique, de nombreux travaux ont montré, en France et ailleurs, que l'intervention sur la famille, plutôt que d'être suspendue, s'était reconfigurée. *Parenting turn*[40], parentalisme[41], *parental*

---

[36] Jean-Sébastien Eideliman, Isabelle Coutant, Yasmine Bouagga, Didier Fassin, Fabrice Fernandez, Nicolas Fischer, Carolina Kobelinsky, Chowra Makaremi, Sarah Mazouz, Sébastien Roux, *Juger, Réprimer, Accompagner. Essai sur la morale de l'Etat*, Paris, Seuil, 2013, p. 13.

[37] Marc Bessin, « Présences sociales : une approche phénoménologique des temporalités sexuées du care », Temporalités [En ligne], n° 20, 2014.

[38] Ellie Lee, Jennie Bristow, Charlotte Faircloth, Jan Macvarish (dir.), *Parenting Culture Studies*, Londres, Palgrave Macmillan, 2014. Voir plus largement les travaux conduits au sein du *Centre for Parenting Culture Studies* de l'Université du Kent. Pour une synthèse se référer à Claude Martin, « Des styles éducatifs des parents aux *Parenting Cultures* : un champ de recherche en développement », *L'Année sociologique*, Vol. 68, n° 2, 2018, pp. 455-472 ; Claude Martin, « Collectiviser la question parentale : les apports des *parenting cultures studies* », *Lien social et Politiques*, n° 85, 2020, pp. 252-259.

[39] Comme l'indiquait déjà Émile Durkheim dans ses cours de 1892, l'autonomisation de la famille par rapport à la parenté et le repli sur le cercle domestique se sont accompagnés de « l'intervention croissante de l'État dans la vie intérieure de la famille. On peut dire que l'État est devenu un facteur de la vie domestique » (*Textes III*, *op. cit.*, p. 38). Pour une lecture analytique et critique du texte, voir l'ouvrage de synthèse de François de Singly, *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris, Armand Colin, 2010 [1993].

[40] Tanja Betz, Michael-Sebastien Honig, Ilona Ostner (dir.), « Parents in the Spotlight. Parenting Practices and Support from a Comparative Perspective », *Journal of Family Researc*h, n° 11, 2017.

[41] Marie-Agnès Barrère-Maurisson, « Familialisme, féminisme et parentalisme : trois âges de la régulation sociale », *Documents de travail du Centre d'Économie de la Sorbonne*, Paris, 2007 ; Michel Messu, « Du familialisme au parentalisme : quels nouveaux enjeux pour la politique familiale française ? », colloque « Le nouveau contrat familial », INRS Montréal, 28-29 février 2008.

determinism[42], parentalisation du social[43], police de la parentalité[44]… de nouveaux instruments conceptuels ont été proposés pour rendre compte des « habits neufs du familialisme »[45]. Alors que le seul lien dorénavant pérenne pour « faire famille » serait celui qui lie un parent à son enfant[46], l'examen de « la parentalité » et de sa régulation renouvelle l'analyse de l'encadrement institutionnel des familles.

La parentalité, objet privilégié de la régulation des familles

Le terme « parentalité » sature aujourd'hui les discours sur l'enfance, sans qu'il ne soit toujours interrogé plus avant. Son usage est pourtant potentiellement problématique, tant sa diffusion participe d' « une véritable opération de redéfinition d'une *epistemé* (…), c'est-à-dire d'une configuration de savoirs divers qui néanmoins produisent une régularité discursive, voire autorisent le déploiement de modalités d'actions spécifiées dans différents domaines de la vie sociale »[47]. « Catégorie de l'action publique »[48] d'invention récente, le néologisme émerge en France, sur la scène politico-médiatique, dans la seconde moitié des années 1990. Dans un contexte sécuritaire visant à réduire les déviances juvéniles imputées à l'incompétence et l'irresponsabilité de parents jugés démissionnaires, il désigne un nouveau problème public : l'exercice de la fonction parentale[49]. Issue des savoirs du psychisme, la notion est toutefois antérieure à sa politisation. Désignant la prise en charge matérielle, affective et éducative d'un enfant, elle défend une perspective constructiviste et dynamique : être parent n'est jamais une évidence (naturelle ou sociale) mais un processus de matu-

---

42 Franck Furedi, *Paranoid Parentig. Why Ignoring the Experts May be Best for Your Child*, Chicago, Chicago Review Press, 2002 ; Franck Furedi, « Foreword » in Ellie Lee, Jennie Bristow, Charlotte Faircloth, Jan Macvarish (dir.), *Parenting Culture Studies, op. cit.,* pp. i-xii.

43 Claude Martin, Xavier Leloup, « La parentalisation du social », *Lien social et Politiques*, n° 85, 2020, pp. 5-18.

44 Benoit Bastard, « Une nouvelle police de la parentalité ? », *Enfances, familles, générations*, 5, 2006, pp. 11-21.

45 Coline Cardi, « Les habits neufs du familialisme. Ordre social, ordre familial et ordre du genre dans les dispositifs de soutien à la parentalité », *Mouvements*, Vol. 82, n° 2, 2015, pp. 11-19.

46 Jean-Hugues Déchaux, « Le sacre de l'enfant. Regards sur une passion contemporaine », *Revue française de sociologie*, Vol.55, n° 3, 2014, p. 537-561 ; Laurence Gavarini, *La passion de l'enfant. Filiation, procréation et éducation à l'aube du XXI*ème *siècle*, Paris, Denoël, 2001.

47 Michel Messu, « Du familialisme au parentalisme … », *op. cit.*, p. 9.

48 Michel Chauvière, « La parentalité comme catégorie de l'action publique », *Informations sociales*, Vol. 149, n° 5, 2008, pp. 16-29.

49 Claude Martin, *La parentalité en questions. Perspectives sociologiques*, Rapport pour le Haut conseil de la population et de la famille, Paris, La Documentation française, 2003.

ration psychologique et un accomplissement pratique[50]. En dépit de la perspective anti-essentialiste que cette notion invite à adopter, elle est, dès sa formulation, évaluative. Elle ne se limite en effet pas à décrire le contenu de la fonction parentale mais se voit mobilisée pour déterminer la capacité des parents à « assumer leurs rôles » et « remplir leurs obligations », vis-à-vis de leurs enfants comme de l'ordre public[51].

Dès lors, s'impose progressivement une idée forte. Ne découlant d'aucunes prédispositions innées, l'exercice parental – parce qu'il s'apprend – doit bénéficier du regard et de la supervision d'expert·es, et ce d'autant plus qu'un pouvoir immense est attribué aux parents – à ce qu'elles et ils font, pensent ou ressentent – sur le devenir de leur enfant[52]. Au-delà des formes singulières qu'adoptent les interventions auprès des parents, elles se rejoignent sur une dimension centrale de la « culture de la parentalité »[53] contemporaine : « le "bon" parent est celui qui fait appel au savoir dont disposent les spécialistes »[54]. Comme la famille pathogène d'hier[55], la « parentalité » offre dès lors un espace d'investissement professionnel qu'occupent « nombre de psychologues, médecins, psychiatres, psychanalystes, et plus largement tous ceux que l'on pourrait qualifier, avec Robert Castel, de "thérapeutes pour les normaux" »[56]. En définissant les attentes des enfants, et en proposant de transmettre aux parents des techniques pratiques et discursives visant à assurer leur bien-être, la manière conforme d'exercer la fonction parentale participe à la constitution de ce qui semble correspondre à un vaste « champ d'intervention professionnelle »[57]. Si le développement des conseils et prescriptions à destination des parents répond en partie à une logique de marché, il « cor-

---

50 Marine Boisson, Anne Verjus, La parentalité, une action de citoyenneté : une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004), *Dossier d'études*, n° 82, CNAF, 2004.

51 Sébastien Roux, Anne-Sophie Vozari, « Parents at Their Best : The Ethopolitics of Family Bonding in France », *Ethnography*, Vol. 19, n° 1, 2018 ; Sébastien Roux, « Les meilleurs choix possibles. Savoirs professionnels, allocation d'enfants et hiérarchies sociales dans l'adoption », *in* Sébastien Roux, Anne-Sophie Vozari, *Famille : nouvelle génération, op. cit.*, pp.17-29.

52 Franck Furedi, *Paranoid Parenting, op. cit.*

53 Ellie Lee, Jennie Bristow, Charlotte Faircloth, Jan Macvarish (dir.), *Parenting Culture Studies, op. cit.*

54 Maire-Clémence Le Pape, « Qu'est-ce qu'un « bon » parent ? Analyse des images véhiculées par les affiches et brochures des campagnes de santé publique », in Claude Martin (dir.), *« Être un bon parent »…, op. cit.*, pp. 42-43.

55 Portant sur le pouvoir psychiatrique et son amplification, les travaux de Robert Castel montrent comment la médecine a pu étendre sa juridiction de la famille pathologique à la « famille normale », en faisant de la vie familiale une situation toujours potentiellement pathogène et par là justiciable d'une intervention thérapeutique. *Cf.* Robert Castel, *Le Psychanalysme*, Paris, Flammarion, 1973 ; Robert Castel, *La Gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit, 1981.

56 Claude Martin, « "Mais que font les parents ?"…. », art. cit., p. 10.

57 Stanislas Morel, *L'échec scolaire en France (1960 - 2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle*, thèse de sociologie EHESS, 2010.

respond aussi à une forte demande politique qui, en écho aux inquiétudes et incertitudes des parents sur leur mission éducative, se soucie de garantir au mieux la réussite de cette mission, ou plutôt d'éviter son échec et les risques supposés qu'ils feraient courir à la collectivité toute entière »[58]. À l'heure où il est devenu nécessaire d'accompagner des parents potentiellement dépassés par les charges et les responsabilités que leur impose leur fonction, de nouveaux dispositifs émergent pour les « soutenir ».

Les politiques publiques nous ont habitués à la construction de termes qui surgissent dans le social comme des évidences. Promus par le discours public et médiatique, supports de dispositifs et de pratiques professionnelles qualifiées de nouvelles – voire d'innovantes au moment où elles émergent –, ces termes recouvrent des réalités souvent bien plus complexes que ne le laissent entendre leurs usages convenus. C'est le cas du « soutien à la parentalité », dimension aujourd'hui transversale à différents domaines d'action publique et priorité de certaines politiques nationales. Il désigne un paradigme d'interventions éducative, sociale et sanitaire revendiquant rompre avec des pratiques institutionnelles en direction des familles jugées trop normatives et disqualifiantes. Dans ces « nouveaux » modes d'intervention, les relations familiales « bénéficient – voire nécessitent – pour se révéler et se maintenir face aux difficultés, de la médiation de tiers se situant non dans une position de contrôle hiérarchique, mais dans une posture d'accompagnement »[59]. Considérant les parents à l'aune d'un horizon capacitaire, la logique du soutien entend valoriser et développer leurs compétences, quand bien même les parents seraient considérés momentanément « défaillants »[60]. Elle s'opposerait en cela à une logique adverse, dont elle cherche à se départir, fondée sur des formes d'action plus contraignantes inscrites dans un contexte où prédominerait la suspicion à l'égard d'une figure parentale à redresser[61]. Entre ces deux conceptions se profileraient deux modalités radicalement contradictoires d'intervention auprès des familles : le soutien *versus* le contrôle[62]. Pourtant, une telle opposition discursive ne résiste pas à l'épreuve des faits. Plusieurs travaux invitent ainsi à considérer le « soutien à la parentalité » comme « le volet préventif d'une action d'en-

---

[58] Claude Martin, « "Mais que font les parents ?"…. », art. cit., p. 11.

[59] Fabienne Barthélémy-Stern, Benoit Bastard, Laura Cardia-Vonèche, « Peut-on décréter le partenariat entre les institutions en charge de la famille? L'exemple des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP) », *Recherches familiales*, n° 1, 2004, pp. 145–146.

[60] Frédérique Giuliani, « Éduquer les parents ? Les pratiques de soutien à la parentalité auprès des familles socialement disqualifiées », *Revue française de pédagogie*, n°168, 2009, pp. 83-92.

[61] David Pioli, « Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle », *Sociétés et jeunesses en difficulté* [En ligne], n° 1 | Printemps 2006, mis en ligne le 23 octobre 2006, consulté le 20 janvier 2020. URL : http://journals.openedition.org/sejed/106.

[62] Gérard Neyrand, *Soutenir et contrôler les parents. Le dispositif de parentalité*, Toulouse, Érès, 2011.

cadrement des familles »[63] participant, qui plus est, à la production d'un ordre singulier reproduisant la force et la permanence des inégalités et hiérarchies sociales, notamment de genre.

Alors que « le parent d'aujourd'hui est presque devenu un être unisexe, voire asexué »[64], l'analyse de l'action publique en direction des familles montre à quel point les activités visant la « parentalité » réservent à la maternité et à la paternité un traitement différencié, participant à la reproduction des rôles sexués[65]. Comme l'écrit Thierry Blöss, « une forme d'essentialisme imprègne en effet encore l'action des politiques publiques dont les ressorts restent pour le moins ambigus, car au cœur d'une tension entre d'un côté une logique égalitaire marquée par la volonté de l'État de rendre plus équitable l'exercice des rôles parentaux, et de l'autre une logique différentialiste […], fondée sur un souci de protection du statut maternel »[66]. Dans les institutions et dispositifs du travail social, par exemple, les mères constituent les cibles prioritaires des prescriptions et des mesures de soutien et d'accompagnement : « [elles] restent encore (…) largement comptables de l'ordre familial »[67]. Coline Cardi révèle combien les dispositifs de « soutien à la parentalité » de l'action sociale ont tout lieu de figurer dans la « cartographie du contrôle social institutionnalisé réservé aux femmes » qu'elle dessine[68]. Rappelant que la protection et l'assistance sont des ressorts essentiels du contrôle social, la sociologue met en évidence « les liens étroits entre ordre social, ordre familial et ordre du genre » que ces interventions viennent réactiver « sous des formes renouvelées par le registre de la psychologie »[69]. Ses recherches ont largement contribué à lever, en France, les silences de la sociologie de la régulation des familles sur les enjeux de genre jusqu'alors singulièrement absents. Elles ont également actualisé l'analyse de la place occupée par les savoirs du psychisme dans les activités visant la « parentalité », soit en premier lieu la maternité.

---

63 Sandrine Garcia, *Mères sous influence. De la cause des mères à la cause des enfants*, Paris, La Découverte, 2011, p. 282.

64 Claude Martin, « La parentalité, controverses autour d'un problème public », *in* Gérard Neyrand, Yvonne Knibiehler (dir.), *Maternité et parentalité*, ENSP, 2004, p. 52.

65 Coline Cardi, « La « mauvaise mère » : figure féminine du danger », *Mouvements*, n° 49, 2007, pp. 27-37 ; Coline Cardi, « La construction sexuée des risques familiaux », *Politiques sociales et familiales*, n° 101, 2010, pp. 35-45

66 Thierry Blöss, « Devoirs maternels. Reproduction sociale et politique des inégalités sexuées », *Actes de la recherche en sciences sociale*s, n° 214, 2016, p. 56.

67 Coline Cardi, « Les habits neufs du familialisme … », art. cit, p. 13. Voir également Frédérique Giuliani, « Mères "à l'essai" : analyse des processus de catégorisation dans un dispositif de soutien à la parentalité de l'ASE », in Claude Martin (dir.) *« Être un bon parent »…, op. cit.*, pp. 211-228.

68 Coline Cardi, *La déviance des femmes. Délinquantes et mauvaises mères : entre prison, justice et travail social*, thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 7, 2008

69 Coline Cardi, « Les habits neufs du familialisme … », *loc. cit.*

L'examen de la construction psychanalytique d'une certaine « cause de l'enfant » que propose Sandrine Garcia nous renseigne encore davantage sur le « processus de naturalisation de la division sexuelle du travail parental et l'avènement d'une "police des mères" [qui] font sortir de l'espace privé les relations qu'elles entretiennent avec leurs enfants, pour s'immiscer dans l'économie affective familiale (…) »[70]. La sociologue montre comment la définition de nombreux « risques psychologiques » a fonctionné « comme une ressource au service d'un magistère moral, lequel, sans jamais se référer formellement à la figure de la "bonne mère", ne cesse de rappeler les mères à de nouveaux devoirs »[71]. Restituant les conditions d'émergence de l'« orthopsychanalyse » – cette « pédagogie psychanalytique destinée à éduquer les parents » – sa recherche contribue à mettre au jour les ressorts du « puérocentrisme maternel » contemporain : il s'adosse sur et assoit une conception hiérarchisée des rôles dans la famille, et en particulier l'assignation prioritaire des femmes à leur rôle maternel et au travail parental[72]. Portant l'essentiel de son propos sur les « entrepreneurs de morale » et la « bataille des normes » qui les oppose, son ouvrage ne traite qu'à la marge des façons dont opère en pratique l' « influence » des mots d'ordre de la psychanalyse des enfants. Sa lecture n'en est pas moins heuristique. Dans un contexte où la « cause des enfants » s'est élargie, vers l'amont, à une « cause des bébés », elle invite en creux à interroger les formes contemporaines de cette « police des mères », la circulation des savoirs du psy et les enjeux de leur appropriation par les professionnel·les de la naissance.

La médicalisation du travail procréatif

La procréation est un objet de recherche relativement peu légitime des sciences autres que médicales. La sociologie dispose pourtant de solides bases théoriques pour la penser. Les analyses des féministes matérialistes ont ainsi armé les sciences sociales contre « le discours de la Nature »[73]. Rappelant que l'espèce humaine est relativement infertile, l'anthropologue italienne Paola Tabet a mis au jour les logiques au principe de l'appropriation de la sexualité féminine dans les relations hétérosexuelles, soit toute « l'organisation sociale de l'exposition [des femmes] au risque de grossesse » dont les modalités varient d'une société à l'autre[74]. Parmi elles, la socialisation à la sexualité coïtale, le mariage ou la répression de la contraception, de l'avortement ou de l'infanticide sont

[70] Sandrine Garcia, *Mères sous influence, op. cit.,* p. 15.

[71] *Ibid*, p. 9.

[72] *Ibid*, p. 14.

[73] Colette Guillaumin, *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*, Paris, Éditions Côté-femmes, 1992.

[74] Paola Tabet, « Fertilité naturelle, reproduction forcée », *in* Nicole-Claude Mathieu (dir.), *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1985, p. 87.

compris comme autant de moyens pour contraindre les femmes à la sexualité reproductive. Dans son sillage, Nicole-Claude Mathieu a pris le contre-pied de l'idée communément admise selon laquelle la maternité relèverait d'une certitude biologique là où la paternité, définie par différents mécanismes sociaux comme le mariage, la reconnaissance ou l'adoption, serait par essence hypothétique. Travaux ethnologiques à l'appui, l'anthropologue française a montré qu'enfanter ne suffisait pas à faire d'une femme une mère. Socialement prescrite ou interdite à certaines selon les configurations dans lesquelles elles se trouvent, la maternité n'est pas moins sociale que la paternité et ne découle en rien mécaniquement de la gestation ou de l'accouchement[75]. En dénonçant « la base "naturelle" qu'[…] offre [la maternité] à l'explication de la subordination féminine »[76], ces travaux ont contribué à donner à la procréation le statut de fait social et ont ouvert la voie à l'analyse des ressorts politiques de l'assignation des femmes à la « production d'enfants »[77].

Maîtrise de la fécondité, surveillance de la gestation, accouchement, élevage des nouveaux-nés… faire des enfants relève en effet d'une multitude de tâches accomplies essentiellement par les femmes « toujours au nom de la nature, de l'amour ou du devoir maternel »[78]. Or, là où elle n'était envisagée autrement que comme « un état naturel, évident au point qu'il n'est ni nécessaire, ni légitime d'en parler »[79], considérer la reproduction, et l'enfantement en particulier, comme un travail[80] permet de dégager la maternité de toute conception réifiante supposant sa préexistence aux opérations par lesquelles elle se produit et se réalise. Fondamentale, cette étape conceptuelle a toutefois surtout contribué à l'analyse (et à la défense) du refus de la maternité[81]. En montrant que la produc-

---

75 Nicole-Claude Mathieu, « Paternité biologique, maternité sociale... De l'avortement et de l'infanticide comme signes non reconnus du caractère culturel de la maternité » *in* Nicole-Claude Mathieu (dir.), *L'Anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Paris, Côté- femmes, 1991 [1977], pp. 63-73.

76 Michèle Ferrand, « Du droit des pères aux pouvoirs des mères », *in* Jacqueline Laufer (dir.), *Masculin-Féminin questions pour les sciences de l'homme,* Paris, Presses Universitaires de France, 2001, p. 190

77 Anne-Françoise Praz, Marianne Modak, Françoise Messant, « "Produire des enfants" aujourd'hui : un défi pour l'analyse féministe », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 30, n° 1, 2011, pp. 4-10.

78 Danièle Kergoat, « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », *in* Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, Presses universitaires de France, 2000, p. 37.

79 Anne-Marie Devreux, *La double production. Les conditions de vie professionnelle des femmes enceintes*, Paris, Cultures et sociétés urbaines, 1988, p. 161.

80 Anne-Marie Devreux, *La double production…, op. cit.* ; Anne-Marie Daune-Richard, Anne-Marie Devreux, « Rapports sociaux de sexe et conceptualisation sociologique », *Recherches féministes*, Vol. 5, n° 2, 1992, p. 7-30 ; Paola Tabet, *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*, Paris, L'Harmattan, 1998 ; Elsa Boulet, *Espaces et temps de la "production d'enfants" Sociologie des grossesses ordinaires*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Lumière Lyon 2, 2020 .

81 Charlotte Debest, *Le choix d'une vie sans enfant*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2014.

tion d'enfants relevait d'une forme d'exploitation de la potentialité procréatrice des femmes, cette perspective a en effet pour partie conduit à soupçonner d'essentialisme toute entreprise scientifique privilégiant la question de l'expérience subjective et/ou corporelle de la maternité sur celle de la « gestion sociale de la reproduction »[82], comme si l'une devait nécessairement occulter l'autre[83]. Le relatif désintérêt pour la maternité que connaît, en France, la sociologie du genre en est un héritage : « le parti-pris critique s'est notamment mué en évitement de la question »[84]. Un tel constat semble cependant de moins en moins de mise, comme en témoigne la multiplication des travaux relatifs à l'enfantement réalisés par de jeunes chercheures formées aux études féministes[85].

Sans nécessairement prendre la maternité directement pour objet, les sciences sociales, et en particulier l'anthropologie de la parenté et de la reproduction, ont contribué à poursuivre sa dénaturalisation. En portant le regard sur les situations où l'évidence du lien entre procréation et filiation est mise à mal, elles ont dévoilé la force de l'arbitraire qui les unissait. Les recherches sur les technologies d'assistance à la reproduction[86], pratiques permettant de ne plus faire dépendre la procréation de la sexualité et autorisant, en principe, des expériences parentales indépendantes du couple hétérosexuel, ont conduit à interroger « la nature de la maternité »[87]. Parce qu'elle permet de diviser le travail reproductif entre une donneuse d'ovocytes, une gestatrice et une femme assurant la fonction parentale, l'évolution des techniques a mis en évidence le caractère potentiellement fragmenté du processus procréatif. Or, quand la production d'enfant peut être scindée entre plusieurs femmes, l'évidence physiologique du corps maternel est battue en brèche[88]. « La définition même de la maternité n'est plus assurée »[89]. Pourtant, la maternité ne s'en est pas trouvée radicalement dénaturée.

---

[82] Paola Tabet, *La construction sociale de l'inégalité des sexes…, op. cit.*

[83] Les écrits de la théoricienne féministe Adrienne Rich font ici exception. Voir Adrienne Rich, *Naître d'une femme. La maternité en tant qu'expérience et institution*, Paris, Denoël-Gonthier, 1980.

[84] Marie Mathieu, Lucile Ruault, « Une incursion collective sur un terrain éclaté pour une approche matérialiste des activités liées à la production des êtres humains », *Recherche sociologiques et anthropologiques*, Vol. 2, n° 48, p. 2.

[85] Marie Mathieu, Lucile Ruault, « Dossier "Le travail procréatif. Contrôle de la fécondité, engendrement et parentalité" », *Recherches sociologiques & anthropologiques*, Vol. 2, n° 48, 2017 ; Coline Cardi, Lorraine Odier, Michela Villani, Anne-Sophie Vozari, « Dossier "Maternités" », *Genre, sexualité & société*, n° 16, 2016.

[86] Voir notamment Laurence Tain, *Le Corps reproducteur*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2014 ; Illana Löwy, Virginie Rozée et Laurence Tain (dir.), Dossier « Biotechnologies et travail reproductif. Une perspective transnationale », *Cahiers du genre*, n° 56, 2014.

[87] Éric Fassin, « La nature de la maternité. Pour une anthropologie de la reproduction », *Journal des anthropologues*, Vol. 1-2, n° 88-89, 2002, pp. 103-122.

[88] Coline Cardi, Chiara Quadriagello, « Corps maternel », *in* Juliette Rennes (dir.), *Encyclopédie critique du genre,* Paris, La Découverte, 2021, pp. 196-209.

[89] Michèle Ferrand, « Du droit des pères … », art. cit., p. 202.

En France, une femme qui donne naissance à un enfant ne peut en être que la mère : l'accouchement demeure « une présomption irréfragable de maternité »[90]. Et alors qu'une femme qui accouche peut ne pas transmettre ses gènes à l'enfant qu'elle met au monde, « la loi singe la biologie, pour confondre l'artifice avec la nature »[91] en ne réservant cette possibilité qu'aux seules femmes qui, du fait de leur âge, de leur situation conjugale et de leur sexualité, sont susceptibles de faire illusion[92]. Un constat qui dit bien la place qu'occupe l'État non pas seulement dans la régulation des familles mais également dans leur génération même.

Les travaux portant sur l'encadrement des corps reproducteurs féminins le rappellent : la (non) production d'enfants, quelles qu'en soient les modalités, est un lieu d'exercice du pouvoir de l'État par l'entremise de la médicalisation[93] de la fonction génitrice des femmes. Elles montrent combien la préservation du potentiel procréatif des femmes, enjeu politique ancien, est au principe de l'intérêt public pour la surveillance de la conception, du processus gestationnel, de l'accouchement et des soins aux nouveau-nés. Dans une perspective historique, Françoise Thébaud analyse, par exemple, comment la montée du souci démographique et nataliste a conduit, au tournant du XX^{ème} siècle, à placer l'enfantement sous la « protection » de l'État[94]. Dans un contexte où il importe de faire naître, l'État mandate des agent.e.s pour prévenir les déviances procréatives (contraception, avortement, abandon, mortalité infantile) et discipliner les (futures) mères. Des recherches ont renseigné l'avènement des professions (sages-femmes, assistantes sociales, puéricultrices, etc.) participant, dès la grossesse, à l'encadrement des conduites maternelles et d'une activité de « police féminine »[95]. D'autres, enfin, insistent sur le poids de la rhétorique contemporaine du risque dans l'auto-régulation des conduites attendue des femmes enceintes, au nom de la préservation de leur

---

[90] Marcela Iacub, *L'empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*, Fayard, 2004.

[91] Éric Fassin, « La nature de la maternité… », art. cit., p. 2.

[92] Virginie Rozée Gomez, « Les normes de la maternité en France à l'épreuve du recours transnational de l'assistance médicale à la procréation », *Recherches familiales*, 2015, pp. 43-55.

[93] Appliquée à la production des enfants, et suivant le cadre conceptuel forgé par Peter Conrad, la médicalisation désigne ici un double processus : la définition de la fécondité, de la grossesse, de l'accouchement et de l'élevage des enfants en problèmes formulés en termes médicaux, et l'intervention corolaire de la profession médicale pour les traiter. Cf. Peter Conrad, « The Discovery of Hyperkinesis : Notes on the Medicalization of Deviant Behavior », *Social Problems*, Vol. 23, n° 1, 1975.

[94] Françoise Thébaud, *Quand nos grands-mères donnaient la vie : la maternité en France dans l'Entre-deux guerres*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1986.

[95] À propos des sages-femmes voir notamment Nathalie Sage-Pranchère, *L'École des sages-femmes. Naissance du corps professionnel, 1786-1917*, Tours, Presses universitaires François Rabelais, 2017.

« précieuse cargaison »[96]. Ensemble, ces travaux ont montré que la « fonction maternelle » faisait des femmes l'objet d'interventions médicales multiples visant à assurer la santé des (futurs) enfants, faisant de la médicalisation un instrument du « gouvernement des grossesses »[97], et plus largement du travail procréatif des femmes. Les analyses contemporaines des instruments renouvelés de la biopolitique offrent de précieux outils conceptuels pour en examiner les modalités.

Dans son analyse du passage de la rationalité gouvernementale du répertoire ancien de la souveraineté au répertoire moderne du libéralisme, Michel Foucault accorde une place centrale à la biopolitique, soit aux technologies de gouvernement opérant au travers d'interventions sur la vie et sur les propriétés biologiques des sujets, par l'entremise du contrôle collectif des populations et la conduite des comportements individuels[98]. Plusieurs auteur·e·s ont depuis examiné l'évolution de ce régime de pouvoir et ses spécificités contemporaines. Plus qu'une simple discipline qui chercherait à corriger les conduites du corps en imposant de façon autoritaire et intimidante des manières de faire et d'agir, le contrôle étatique se déploierait dorénavant sous des formes renouvelées, en rupture avec la logique des dispositifs disciplinaires, au travers d'une normalisation douce, celle de la vigilance, de la prévention et de l' « éducation à la santé »[99]. Sans que ne disparaisse pour autant la sanction, le pouvoir agirait de façon privilégiée en cherchant à susciter l'adhésion et la participation des sujets qu'il soumet. Comme l'écrivent Didier Fassin et Dominique Memmi, « à l'intimidation au nom de la loi tend à se substituer une obligation d'intérioriser la norme. Mieux : c'est souvent la loi elle-même qui pourvoit au transfert de légitimité permettant à l'individu de décider lui-même de la meilleure manière de s'administrer – de protéger sa santé, de contrôler sa reproduction, de construire sa vie, de choisir sa mort. (…) Gouverner c'est faire que chacun se gouverne au mieux lui-même »[100].

À propos de l'administration des usages du corps procréateur, Dominique Memmi montre en particulier les spécificités contemporaines de ce gouvernement : l'individu est désormais le principal dépositaire de la surveillance de son corps et de ses usages. Cette « biopolitique déléguée »

---

96 Deborah Lupton, « "Precious Cargo" : Fœtal Subjects, Risk and Reproductive Citizenship », *Critical Public Health,* Vol. 22, n° 3, pp. 329–340.

97 Dans sa thèse, adossée à une enquête sur les pratiques des sages-femmes d'un service suisse d'accompagnement des femmes enceintes, Édmée Ballif mobilise ce concept – emprunté à la sociologue canadienne Lorna Weir – pour examiner les reconfigurations contemporaines de ce gouvernement autour des risques psycho-sociaux. Édmée Ballif, *Mettre en mots avant de mettre au monde. Modalités temporelles de l'accompagnement psychosocial des femmes enceintes*, Thèse de sociologie, Université de Lausanne, 2017.

98 Michel Foucault, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, Seuil, 2004.

99 Luc Berlivet, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », *in* Didier Fassin, Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, pp. 37-75.

100 Didier Fassin, Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004.

repose sur le pouvoir d'une auto-contrainte soutenue par l'Etat et examinée par le corps médical. En articulant les perspectives de Michel Foucault et celles de Norbert Elias, la sociologue identifie le passage d'une « institution disciplinaire » à une « institution civilisatrice », faisant la part belle au souci de soi et à une coopération entre médecins et patient·es s'accordant sur « un état jugé à la fois souhaitable et atteignable de la bonne santé ». La régulation des conduites fonctionne alors à partir d'un certain type d'exercice du pouvoir : un gouvernement « par la parole » convoquant la « bonne volonté discursive » d'individus soumis à des « sollicitations biographiques » répétées [101]. « L'accès à chacune des prestations concernant le début et la fin de vie est ainsi suspendu à au moins un entretien avec un médecin, auquel s'ajoutent des échanges obligatoires avec des figures annexes à l'univers médical (infirmières, sages-femmes, psychologues, conseillères familiales). Fourniture d'informations déterminantes (en cas d'avortement pour raisons médicales ou de procréation assistée), d'avis, de conseils éclairés, mais aussi contrôle des motifs de la décision, qui s'ils ne sont pas adéquats, permettent sauf exception (avortement dit "volontaire") au praticien de retarder ou de refuser la prestation demandée : l'échange de paroles, ce moment minuscule, est un moment névralgique de la surveillance des conduites. »[102]

Une sociologie du travail d'« accompagnement » des mères en périnatalité

Identifié au début des années 2000, ce dispositif n'a depuis cessé d'« étendre son empire » en passant toutefois, comme le souligne Dominique Memmi plus de dix ans plus tard, par « d'autres voies que par le passé »[103]. Car si les corps restent les supports de puissants investissements sociaux – et en particulier d'un travail d'« incarnation » qui « assign[e] des places et des identités sociales »[104] –, la « surveillance discursive » n'est plus limitée aux seules conduites procréatives nécessitant une intervention médicale préalable pour rendre possible ou suspendre la production d'enfants. Quand bien même leur grossesse ou leur accouchement se déroulent physiologiquement sans encombres – et *a fortiori* dans le cas contraire –, les (futures) mères sont invitées à « parler » aux professionnel·les de la naissance de leurs ressentis. L'exploration de leur « for intérieur »[105] se

---

[101] Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte, 2003.

[102] Dominique Memmi, « Administrer une matière sensible. Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort », *in* Didier Fassin, Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, *op. cit.*, p. 136.

[103] Dominique Memmi, « Une discrète naturalisation de la maternité: le for intérieur féminin face aux aléas de la reproduction », *Sociologie*, Vol. 7, n° 4, 2016, pp. 413-422.

[104] Dominique Memmi, *La revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*, Paris, Seuil, 2014.

[105] Dominique Memmi, « Une discrète naturalisation… », art. cit.

passe dorénavant des aléas de la reproduction pour constituer la subjectivité féminine et leur « travail de transformation de soi »[106] – leur « devenir » mère – en objet de régulation. En se situant à l'intersection des travaux portant sur la régulation de la famille, l'encadrement de la parentalité, la médicalisation de l'enfantement et le gouvernement des corps, c'est cette dimension du gouvernement contemporain du travail procréatif que cette thèse explore.

À partir d'une enquête sur les pratiques de professionnel·les de la périnatalité visant, dans une perspective préventive, à « accompagner », « soutenir » voire « soigner » les (futures) mères par le biais d'un travail essentiellement discursif, cette thèse examine « par le bas » la façon dont l'État administre la maternité autour de la naissance. Accordant dorénavant une place de choix aux « interventions précoces » participant à l'établissement et à l'étayage des « liens parent-enfant », les institutions sanitaires et médico-sociales en charge de la santé maternelle et infantile constituent un terrain de recherche particulièrement stimulant, pourtant peu exploré à partir d'un questionnement sur la régulation des familles. Certes, plusieurs travaux signalent comment, dès la grossesse, lors du séjour en service de suites de couches, puis à l'occasion des multiples interactions avec des professionnel·les de la santé et de la petite enfance, les femmes sont soumises à un dispositif d'apprentissage pratique des manières légitimes d'être mère[107]. Mais l'analyse porte alors davantage sur l'encadrement des savoir-être et des savoir-faire maternels que sur celui de savoir-ressentir. Or, si comme l'écrivait Pierre Bourdieu, la famille est « le produit d'un véritable travail d'institution, à la fois rituel et technique, visant à instituer durablement en chacun des membres de l'unité instituée des *sentiments propres à assurer l'intégration* qui est la condition de l'existence et de la persistance de cette unité »[108], ces « sentiments » et leur encadrement méritent également de faire l'objet de l'analyse sociologique.

Une telle entreprise apparaît d'autant plus justifiée à l'heure où les préoccupations relatives à la parentalité distinguent « l'exercice », « la pratique » et « l'expérience » de la fonction parentale[109], et que les politiques publiques investissent chacune de ces dimensions dès les premiers temps de la vie, voire avant même la naissance des enfants. La sociologie a interrogé les logiques

---

106 Muriel Darmon, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, 2008.

107 Jérôme Camus, Nathalie Oria, « Avoir un premier enfant : un rite d'institution », *Recherches familiales*, n° 9, 2012, pp. 49-59 ; Clarisse Carrière, « Se faire parents à l'hôpital. Interactions et co-élaborations des normes de parentalité dans un service de suivi de grossesse à haut risque », *Dossier d'étude,* n° 101, CNAF, 2008 ; Delphine Serre, « Le "bébé superbe" … », art. cit. ; Alfonsina Faya Robles, « La "police amie des mères" : nouvelles modalités de la régulation sanitaire au Brésil contemporain », *Sociologie*, Vol. 4, n° 1, 2013, pp. 63-79.

108 Pierre Bourdieu, « La famille comme catégorie … », art. cit., p. 34.

109 Didier Houzel, « Les enjeux de la parentalité », *in* Leticia Solis-Ponton (dir.), *La parentalité. Défi pour le troisième millénaire,* Presses Universitaires de France, 2002, pp. 61-70.

biographiques présidant à la procréation[110], la variabilité des processus d'entrée dans l'espace styles parentaux[111] ainsi que la façon dont des événements biographiques « bousculent » les trajectoires parentales[112]. Elle a montré que, parmi les normes qui régissent aujourd'hui la parentalité, *être prêt.e à accueillir un enfant* dans les meilleures conditions[113] se double dorénavant de l'injonction à *se sentir prêt.e à devenir parent,* appelant à un « travail de préparation de soi »[114]. Toutefois, elle est restée relativement silencieuse quant à la manière dont procèdent les institutions en charge de la naissance, et leurs agent·es, pour agir sur les façons dont les (futurs) parents se conçoivent, se pensent mais aussi se cultivent et se travaillent pour advenir progressivement les sujets qu'on attend qu'ils deviennent.

La perspective ici adoptée combine différents niveaux d'analyse pour appréhender le souci des mères : macro-sociologique d'abord, en tenant compte des politiques de la naissance, de leur genèse et de la structuration du champ médical dans lequel s'inscrivent les dispositifs institutionnels qui les déploient ; microsociologique ensuite, au niveau localisé des institutions, pour saisir en actes la segmentation du travail périnatal, les pratiques professionnelles en situation et les carrières maternelles que ces dernières infléchissent. Contribuant à une sociologie du travail d'institution de la maternité, l'articulation de ces différentes échelles d'analyse m'a conduit à comprendre l'attention accordée au « devenir mère » comme, à la fois, une politique renouvelée de régulation familiale ; un enjeu professionnel de spécialisation dans l'espace de la médicalisation de l'enfantement ; et une modalité de gouvernement de l'engagement parental des femmes.

Structure de la thèse

Organisé en trois parties, ce travail est composé de sept chapitres. Le chapitre préliminaire – « En/quête du "soutien à la parentalité". Vers une ethnographie du souci des mères » – est consacré au parcours emprunté par cette recherche. Il en explique le déroulement et revient sur les différentes

---

110 Marc Bessin, Hervé Levilain, *Parents après 40 ans*, Paris, Autrement, 2012 ; Magali Mazuy, « Avoir un enfant : être prêts ensemble ? », *Revue des sciences sociales*, Vol. 41, 2009, p. 30-41.

111 Bertrand Geay, Pierig Humeau, « Devenir parents. Les appropriations différenciées de l'impératif de procréation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 214, n° 4, 2016, pp. 4-29.

112 Guillemette Buisson, Marie-Clémence Le Pape, Pauline Virot (dir.), « Des parentalités bousculées », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2019.

113 Nathalie Bajos, Michèle Ferrand, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, Vol. 61, n° 1, 2006, pp. 91-117.

114 Agnès Pélage, Sara Brachet, Carole Brugeilles, Anne Paillet, Catherine Rollet, Olivier Samuel, « "Alors c'est quoi, une fille ou un garçon ?". Travail de préparation autour du genre pendant la grossesse », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 214, n° 4, 2016, pp. 30-45.

étapes d'élaboration de l'objet. Il donne à voir comment, au fur et à mesure des observations, des rencontres et des relations tissées, l'expérience du terrain a guidé ma compréhension des interventions visant à « soutenir » ou « soigner » la maternité. Découpées chacune en deux chapitres, les parties de cette thèse proposent tout à tour de revenir sur les conditions d'émergence de la subjectivité maternelle comme problème médical (partie 1), d'analyser la dynamique professionnelle ouverte par l'extension de la médicalisation de l'enfantement au « devenir mère » (partie 2), et d'examiner les modalités sur lesquelles s'adossent la production de sujets maternels (partie 3).

Considérant que la compréhension de la forme contemporaine adoptée par le gouvernement du « devenir mère » ne peut faire l'économie de son anamnèse, la première partie de cette thèse – « Les métamorphoses du souci des mères » – adopte une approche généalogique pour examiner l'évolution des préoccupations relatives au travail procréatif. L'exposition s'organise autour de l'analyse deux « moments » dont les logiques se sont combinées jusqu'à se confondre dans l'économie morale contemporaine du traitement de la naissance : « faire bien naître » (Chapitre 1) et « faire bien être » (Chapitre 2). Depuis la volonté de veiller à la production d'enfants sains qui caractérise le projet des promoteurs de la protection maternelle et infantile, à partir de la fin du XIX^{ème} siècle, jusqu'à l'édification récente d'une politique préventive de réduction des risques psychologiques autour de la naissance, les deux premiers chapitres s'attachent à décrire et à analyser les reformulations successives d'une politique prenant pour principal objet le travail procréatif des femmes. Retracer cette histoire permet d'une part d'identifier le basculement opéré d'un régime de rationalité strictement populationnelle à une administration de la naissance faisant la part belle aux individu·es et à leurs projets, et permet, d'autre part, de repérer la place centrale occupée par le processus de spécialisation de la médecine dans la définition des exigences de la maternité et des modalités de son traitement. Qu'il s'agisse de constituer la puériculture ou la psychiatrie périnatale en spécialités, la problématisation de la maternité soutient à chaque fois l'extension du domaine de juridiction de la médecine et accompagne les recompositions de la gestion des risques autour de la naissance.

La deuxième partie de la thèse – « Veiller sur les mères en devenir » – situe l'analyse au niveau du monde professionnel où se déploie aujourd'hui la politique de protection maternelle et infantile : la périnatalité. Faisant dialoguer l'analyse interactionniste du travail et des professions à l'approche de la médecine comme d'un champ, elle s'attache à examiner les effets de l'extension de la médicalisation de la production d'enfants au « devenir mère » sur les divisions et hiérarchies de cet espace spécialisé de la médecine. À partir de l'étude localisée du système de prise en charge de la santé materno-infantile, partagée entre les établissements hospitaliers, le secteur de la médecine libérale et celui de la médecine sociale, le chapitre 3 – « Sécuriser et humaniser » – invite à voir au-

delà de l'injonction au « partenariat », qui régit les coopérations entre des professionnel·les aux positions inégales, pour saisir les rapport de force qui organisent la trajectoire de l'enfantement et contribuent à la distribution sociale de leurs publics. Le chapitre 4 resserre la focale sur la façon dont les professionnelles de la PMI mobilisent le « soutien à la parentalité » pour composer avec leur activité socio-sanitaire, dévaluée dans le champ médical. Il examine comment l'attention à l'expérience subjective de la maternité participe aux enjeux de (re)positionnement de segments professionnels trouvant dans la « relation mère-enfant », et son étayage, le terrain d'une pratique clinique et thérapeutique susceptible de renforcer leur légitimité. Ensemble, ces chapitres permettent d'éclairer les dynamiques professionnelles ouvertes par le souci des mères et concourent à la compréhension des investissements différenciés dans l'accompagnement de la maternité.

Pour finir, la dernière partie – « Matrice maternelle » – examine les modalités du traitement administré aux mères dont l'expérience nécessite, selon les professionnelles, d'être « soutenue » voire « soignée », et le type de régulation qui les caractérise. Le chapitre 5 prend appui sur les récits de femmes qui, dirigées par des psychologues, (pédo)psychiatres ou psychanalystes, se sont employées à mettre en ordre leurs désirs et leurs affects pour maintenir leur engagement parental. Alors que le mal-être maternel fait surtout l'objet de recherches épidémiologiques cherchant à identifier les causes d'un trouble, la démarche adoptée dans ce chapitre rompt avec cette perspective pour interroger les règles de sentiments présidant à la pathologisation d'affects maternels (auto)étiquetés déviants et analyser les conditions sociales de possibilité de leur traitement médico-psychologique. Il met en évidence la succession de changements de perspectives sur soi, qui marque l'expérience de désajustement/réajustement de ces femmes, et décrit leur carrière de sortie de la déviance. En mettant en regard le « soutien à la parentalité » mis en œuvre par les professionnelles para-médicales et le « soin » délivré par les expertes du psychisme, le chapitre 6 analyse les techniques du gouvernement par conversion sur lesquelles s'adosse l' « accompagnement » des mères et l'intensification du travail parental féminin auxquelles elles participent. Il examine les spécificités de l'administration des attaches familiales sous-tendue par une politique de transformation volontaire de soi, où le bonheur tient lien de mot d'ordre.

Chapitre préliminaire
En/quête du « soutien à la parentalité » autour de la naissance
Vers une ethnographie du souci des mères

En février 2011, j'initie « le terrain » par une ethnographie d'un service de Protection Maternelle et Infantile d'un département francilien. Pendant un peu plus d'un an, j'y observe la prise en charge socio-sanitaire offerte aux femmes enceintes et aux enfants de moins de six ans, assurée par une équipe pluridisciplinaire de professionnel·les de santé. En décembre 2014, je referme mon septième et dernier carnet de terrain sur une série d'entretiens conduits auprès de femmes ayant reçu un traitement psychologique et/ou psychiatrique pour leur « dépression périnatale ». Au cours de ces près de quatre années d'enquête, je n'ai cessé de me déplacer entre, au sein et à partir d'institutions en charge de la santé maternelle et infantile[115]. Pour appréhender ce que signifiait concrètement « soutenir les parents » autour de la naissance d'un enfant, j'ai multiplié les points de vue circulant d'une structure à une autre – de la PMI à l'hôpital –, d'un univers médical à l'autre – de la médecine sociale à la pédopsychiatrie en passant par l'obstétrique –, d'une fonction à une autre – en suivant les membres de différents groupes professionnels puis en retraçant le parcours de patientes. Ce parti-pris a eu pour effet d'infléchir à plusieurs reprises le cours de l'enquête et, ce faisant, de renouveler l'appréhension que je me faisais de l'objet de ma recherche.

Comment, partant de l'observation de permanences de puériculture en PMI où les bébés sont pesés et les parents conseillés, m'étais-je retrouvée dans une unité hospitalière de psychiatrie infantile à observer la prise en charge psychothérapeutique de femmes enceintes puis à m'entretenir avec des mères étiquetées dépressives autour de la naissance de leur enfant ? J'ai longtemps peiné à m'expliquer le cours qu'avait pris mon enquête autrement que par ma volonté de « pister »[116] le phénomène que je cherchais à étudier et de saisir le contexte fragmenté dans lequel prenaient place les pratiques, les interactions et les trajectoires qui le faisaient exister. Les déplacements que j'ai opérés ont, à chaque fois, été animés par l'ambition de rassembler le maximum de pièces susceptibles d'éclairer la « mosaïque scientifique »[117] que j'élaborais, sans bien savoir alors ce qu'elle finirait par figurer. Car l'expérience du terrain est bien plus que celle du simple recueil de données déterminées *a priori*. Elle guide les choix empiriques opérés au fur et à mesure des observations, des rencontres et des relations tissées dans le monde social que l'on découvre, forge le matériau singu-

---

[115] Voir Annexe n° 1 pour une représentation synthétique de l'enquête.

[116] Georges Marcus, « Au-delà de Malinowski et après *Writing Culture* : à propos du futur de l'anthropologie culturelle et du malaise de l'ethnographie », ethnographiques.org [en ligne], n° 1, 2002

[117] Howard S. Becker, « Biographie et mosaïque scientifique », *Actes de la recherche en sciences sociales,* Vol. 62-63, 1986, p. 106.

lier sur lequel s'appuie l'analyse et redéfinit les contours de l'objet de recherche à mesure que l'enquête évolue. Ce chapitre préliminaire a pour objectif de revenir sur cette élaboration : expliquer le déroulement d'une enquête ethnographique en mouvement, faire le point sur des données hétéroclites et les modalités de leur collecte, et analyser les relations d'enquête.

Nécessaires à la restitution de toute recherche, ces étapes visent très classiquement à opérer un retour sur les conditions de réalisation de cette thèse et à étayer les résultats qui y sont présentés. La démarche ethnographique mobilisée commande tout particulièrement un tel exercice[118]. Quand bien même il rend manifeste « le caractère extrêmement relatif et circonscrit de toute restitution du monde social »[119], le récit d'enquête est l'une des conditions de validité du propos tenu. « Il donne au lecteur le moyen de se faire un jugement sur le travail d'enquête et d'analyse, dont le chercheur a été l'instrument, d'abord en tant que personne amenée à établir des relations avec autrui afin d'obtenir des informations, ensuite en tant qu'individu, pensant et éprouvant, conduit à affirmer une intention de connaissance, à engager à cet effet une série d'actes, à développer en définitive une compréhension et une explication des comportements et des situations »[120].

Cette exigence d'exposition du dispositif méthodologique peut néanmoins s'avérer déroutante lorsqu'il s'agit de montrer la cohérence d'une recherche dont la logique n'est en fait jamais entièrement établie *a priori*. Ainsi que l'écrit Daniel Bizeul, seul « le regard d'après-coup », « oublieux des contretemps et des déconvenues », permet d'« établir qu'a existé une ligne de conduite définie et rectiligne »[121]. Les notes de terrain que j'ai produites au moment de l'enquête attestent pour leur part du tracé sinueux du parcours que j'ai emprunté. S'il ne s'agit pas nécessairement ici de faire le menu détail des détours, des impasses et des situations où, à l'inverse, la voie s'est dégagée, je n'entends pas pour autant les oublier. Ces moments, et certains plus significativement que d'autres, ont balisé mon enquête et plus largement l'orientation générale de ce travail.

Qu'a signifié, concrètement, enquêter sur la prise en charge de la parentalité autour de la naissance ? Comment l'expérience ethnographique a-t-elle dessiné les contours de la réflexion proposée dans cette thèse ? Pour répondre à ces questions, je commencerai par exposer les phases qui ont composé mon enquête et constitué des étapes décisives dans la construction même de l'objet : partir d'une ethnographie d'un service départemental de Protection Maternelle et Infantile, découvrir les liens qu'entretient cette institution avec la structure hospitalière voisine et le dispositif d'en-

---

[118] Stéphane Beaud, Florence Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, [1997] 2008.

[119] Daniel Bizeul, « Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause », *Revue française de sociologie*, Vol. 39, n° 4, 1998, p. 778.

[120] *Ibid*, p. 777.

[121] *Ibid*, p. 780.

cadrement des « vulnérabilités » maternelles qu'ils organisent, puis resserrer la focale sur la prise en charge pédopsychiatrique des mères considérées « en dépression ». J'accorderai dans un second temps une attention privilégiée aux relations sociales dans lesquelles s'inscrit la production de cette recherche et à mon propre positionnement dans l'espace social hiérarchisé que j'ai traversé. En somme, il s'agira de donner une vision d'ensemble des terrains, de leurs spécificités et de leur imbrication pour donner à voir comment ont émergé les questions sociologiques dont traiteront les chapitres suivants.

I. Plongée au cœur de la santé périnatale

En décembre 2009, alors que j'entreprends de conduire ma recherche de master sur l'encadrement des désordres familiaux par les professionnel·les de l'action socio-sanitaire, ma première rencontre avec le Dr Laurent me laisse perplexe. Cadre d'une administration territoriale en charge d'assurer la mise en œuvre des mesures médico-sociales en direction de la population materno-infantile, cette médecin de PMI – responsable de l'équipe au sein de laquelle je réaliserai par la suite mon terrain de thèse – me décrit les missions de son service : planification familiale, consultations prénatales et infantiles, lutte contre les inégalités de santé et les handicaps, éducation sanitaire, agrément et surveillance des modes de garde, protection de l'enfance, etc. Mais l'essentiel semble être ailleurs, tant elle insiste sur le nécessaire « soutien » et « accompagnement » des parents pour prévenir les risques susceptibles de contrarier le bon développement physique, psychique et affectif des enfants.

Elle me décrit une équipe de médecins, sages-femmes, infirmières, puéricultrices, psychologues soucieuse de ne pas culpabiliser les (futures) mères – qu'elle admet bien plus nombreuses parmi « les usagers » des centres –, cherchant d'abord à « les rassurer sur leurs capacités ». Elle m'assure qu'« il n'y pas de mauvaises mères », que toutes « font comme elles peuvent avec ce qu'elles sont », qu' « il n'y a pas de règles, pas de recettes pour être un bon parent », qu'il importe d'abord que les enfants soient aimés et que « les mères aillent bien ». Organisé autour d'un principe de soutien prescrivant aux professionnel·les de prendre soin des (futures) mères au cours de leur grossesse et après leur accouchement, le Docteur Laurent[122] me présente un travail tout entier tourné vers « l'intérêt de l'enfant » et sa protection, visant pour cela à faire le bien des parents, et en particulier celui des mères.

[122] De façon à respecter l'anonymat des personnes rencontrées, les noms des lieux et des personnes ont été modifiés. Des prénoms et/ou patronymes de substitution ont été inventés. La façon de désigner les personnes (par leur prénom, leur nom ou bien encore leur titre) correspond à la façon dont ces personnes sont généralement désignées sur le terrain.

Au cours de l'enquête de master que je conduis par la suite au sein d'une équipe de PMI de ce même département[123], je découvre la place centrale qu'accordent effectivement les professionnel·les de santé à « accompagner » les mères autour de la naissance, activité qu'elles partagent avec les agent·es d'autres institutions, et en particulier avec la maternité hospitalière. Dans le cadre de mon doctorat, j'ai cherché à poursuivre les questionnements ouverts au cours de cette première recherche en modifiant progressivement la focale. Plutôt que de porter le regard sur une institution et ses modalités d'encadrement, j'ai fait des pratiques visant à « accompagner », « soutenir » voire « soigner » la parentalité le fil rouge d'une enquête conduite au sein et à partir de deux institutions distinctes : la Protection Maternelle et Infantile et le Pôle Femme-Enfant d'un centre hospitalier. Ces deux structures publiques « partenaires » – toutes deux situées dans une même agglomération urbaine d'un département d'Île-de-France – participent ensemble à la prise en charge de la santé maternelle et infantile dans le cadre d'un même « réseau de santé périnatale ».

S'arrêter, comme je le propose ici, sur les différents temps et lieux d'une enquête qui combine plusieurs sites vise à donner à voir « la tambouille de la recherche, la cuisine et les dépendances »[124] de cette thèse. Ce faisant, j'entends aussi montrer que les déplacements opérés ne répondent pas nécessairement à un vœu pieu d'ubiquité ou à une volonté explicite « d'envisager des liens inédits, non perçus, d'ouvrir des brèches, de décloisonner, de franchir des barrières institutionnelles pour laisser apparaître les intrications du monde social ou la réitération d'une même problématique en des lieux dispersés »[125]. La démarche « tout terrain »[126] que j'ai adoptée est d'abord et surtout une nécessité imposée par l'objet. Car le « soutien à la parentalité » n'est pas qu'une activité qu'il m'était possible de documenter par la seule ethnographie des pratiques des professionnel·les de santé de l'une ou l'autre institution. Il s'est aussi révélé être une modalité d'encadrement de la famille ados-

---

[123] Anne-Sophie Vozari, « Les ambivalences de l'intervention sociale en direction des familles. La Protection Maternelle et Infantile, entre "protection de l'enfance" et "soutien à la parentalité" », *Dossier d'études*, n° 136, CNAF, 2010, 108 p.

[124] Delphine Naudier, Maud Simonet (dir.), *Des sociologues sans qualités ? Pratiques de recherche et engagements*, Paris, La Découverte, 2011, p. 6.

[125] Michaël Meyer, Adeline Perrot, Isabelle Zinn, « Entre ambition "tout terrain" et impossible ubiquité : les ethnographies en mouvement », *SociologieS* [en ligne], La recherche en actes, mis en ligne le 13 novembre 2017, consulté le 19 avril 2021, URL: http://journals.openedition.org/sociologies/6521.

[126] *Ibid.*

sée à un dispositif réticulaire de cadrage et de gouvernement des déviances émotionnelles maternelles[127].

A. La protection maternelle et infantile pour point de départ

Pour saisir le « soutien à la parentalité » en situation, le premier temps de mon enquête a consisté en une ethnographie du travail de la PMI, institution participant à la prise en charge de la santé maternelle et infantile autour de la naissance. [Encadré n°1 : La PMI].

De mars 2011 à mai 2012, j'ai observé les différentes activités qui font le quotidien de l'équipe de PMI du territoire de Souchet, commune d'un peu moins de 60 000 habitants, située à une vingtaine de kilomètres de Paris [Encadré n°2 : Les spécificités du territoire de Souchet]. Et j'ai conduit des entretiens semi-directifs, parfois répétés, avec 27 intervenant·es de PMI[128]. Placée au sein d'un des territoires du département enregistrant le plus de naissances, et assurant par là un volume conséquent d'activités, l'équipe de PMI de Souchet est composée, au moment de l'enquête, d'une médecin responsable de circonscription, d'une puéricultrice encadrante, de cinq médecins, de deux psychologues, de deux sages-femmes, de neuf infirmières (dont cinq sont spécialisées en puériculture), de deux conseillères conjugale et familiale, et de six secrétaires. L'équipe déploie ses missions à partir de six centres médico-sociaux où sont proposées des « consultations de planification familiale », des « consultations de protection maternelle », des « consultations de protection infantile » et des « permanences de puériculture ».

J'ai privilégié l'observation comme méthode de collecte de données pour cerner au plus près ce que « soutenir la parentalité » voulait dire. Par là, il s'agissait d'éviter les risques qu'aurait pu induire une enquête conduite exclusivement par entretiens. Celui d'abord de ne parvenir à récolter que des descriptions structurées autour du discours officiel de l'institution sur ce que devrait être ce travail. Celui ensuite d'achopper sur la difficulté à verbaliser certaines de ses dimensions, notamment les plus implicites, soit qu'elles ne fassent pas toutes l'objet d'une attention et donc d'un discours réflexif, soit qu'elles apparaissent trop triviales pour être dites, soit enfin que leur révélation entre en contradiction avec les tâches prescrites ou l'éthique que les professionnel·les se donnent de suivre. À l'inverse, s'astreindre à un long travail d'observation, de description et d'interprétation avait pour intérêt de « met[tre] à jour la complexité des pratiques sociales les plus ordinaires des

---

[127] J'emprunte à Delphine Serre cette définition de l'encadrement des désordres familiaux comme « activité cognitive et normative de *cadrage*, de classification » et « travail de *gouvernement*, d'orientation des comportements parentaux ». *Cf*. Delphine Serre, *Dans les coulisses de l'Etat social. Enquête sur les signalements d'enfants en danger*, Paris, Raisons d'Agir, 2009, p. 150.

[128] Voir Annexe n° 2 à propos des entretiens conduits auprès des professionnel·les en PMI et à l'hôpital.

enquêté·es, celles qui vont tellement de soi qu'elles finissent par passer inaperçues, celles qu'on croit "naturelles" parce qu'elles ont été naturalisées par l'ordre social [...] »[129].

Encadré n° 1 : La PMI

Héritière de l'Ordonnance de 1945, la Protection Maternelle et Infantile désigne à la fois une politique de santé publique et l'administration en charge de son application – la « PMI » à proprement parler. Depuis les lois de décentralisation, il revient aux conseils départementaux d'assurer la mise en oeuvre locale de différents domaines de la législation de protection maternelle et infantile : « planification et éducation familiale », « protection sanitaire de la mère et de l'enfant », « agrément et surveillance des modes de garde » (assistantes maternelles, crèches et autres lieux d'accueil). Les services départementaux de PMI organisent des consultations et des actions médico-sociales gratuites à destination des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans, et procèdent à l'enregistrement de données épidémiologiques et sociales sur la population qu'ils administrent.

Initialement centrées sur la lutte contre la mortalité infantile, les missions de la protection maternelle et infantile se sont étendues avec le temps à la lutte contre la mortalité et morbidité périnatale, à l'information et à l'éducation en matière de contraception, au dépistage des handicaps, à la lutte contre les inégalités sociales de santé, à la protection de l'enfance et plus largement à la promotion de la santé. L'évolution de ses missions s'est accompagnée d'une diversification de son personnel : puéricultrices, sages-femmes et psychologues se sont progressivement ajoutées aux médecins et assistantes sociales. En 2011, la DREES estime à près de 11 000 le nombre (en ETP) des agent·es intervenant auprès des publics en PMI.

Les infirmières, et en particulier celles spécialisées en puériculture – les puéricultrices –, représentent un peu plus de la moitié des personnels de PMI. Elles assurent la surveillance socio-sanitaire de la population infantile de moins de 6 ans au cours de différentes activités : permanences « pesées », visites à domicile, consultations infantiles, bilans de santé en écoles maternelles, encadrement de l'activité des assistantes maternelles, et animation d'actions de prévention et de promotion de la santé en direction des familles. Les médecins occupent pour leur part 20% des ETP en PMI. Essentiellement omnipraticiens, pédiatres ou gynécologues, elles et ils effectuent les consultations de planification familiale, le suivi des grossesses et les examens médicaux obligatoires visant à la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement psycho-moteur de l'enfant, au dépistage des anomalies ou déficiences (visuelles, auditives, troubles du langage, troubles du comportement…) et à la pratique des vaccinations. Certain·es assurent l'encadrement technique d'une équipe de PMI – les médecins responsables de circonscription – ou de l'ensemble du service départemental – les chefs de service de PMI. Sollicitées aussi bien pour le suivi sanitaire des mères et futures mères que pour la planification familiale, les sages-femmes représentent quant à elles un dixième des effectifs de PMI. Elles participent également à des actions de promotion de la santé maternelle et infantile (prévention du syndrome d'alcoolisation foetale, information sur l'allaitement, etc.). En nombre moins important, l'intervention d'auxiliaires de puériculture, d'éducatrices de jeunes enfants, de conseillères conjugales et de psychologues complète certaines équipes.

Une telle démarche semblait d'autant plus justifiée qu'il était question d'appréhender une activité relevant, du point de vue des enquêté·es, d'un travail de *care*. Or, comme le soulignent Nathalie Benelli et Marianne Modak, à propos des compétences émotionnelles et relationnelles des

[129] Stéphane Beaud, Florence Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La découverte, 2008, p. 9.

assistant·es de service social, cet objet est peu accessible à l'explicitation[130]. Les entretiens avec les professionnel·les de PMI attestent d'ailleurs de leur difficulté à définir le « soutien à la parentalité » autrement que de manière tautologique : « ça veut dire accompagner », « c'est aider les parents à être parents », etc. Mobiliser entretiens *et* observations m'a donné les moyens de décrire et analyser cette activité pour ce qu'elle est, au-delà de la mission institutionnelle ou de l'impératif moral qu'il représente : d'une part, un travail en situation, reposant sur des compétences construites comme spécifiques et éloignées de celles qui, selon les professionnel·les de PMI, définissent l'activité des médecins, sages-femmes, puéricultrices ou infirmières en d'autres espaces ; et d'autre part, une modalité d'encadrement des familles aux modalités socialement différenciées.

Encadré n° 2 : Les spécificités du territoire de Souchet

À Souchet, les ménages modestes, peu ou pas diplômés, et issus de l'immigration sont surreprésentés par rapport aux moyennes régionale et nationale. La commune demeure toutefois un de ces « espaces moyens et mélangés » prédominants dans la métropole parisienne. Les classes moyennes, soit les professions intermédiaires et certaines fractions des employés et des cadres, restent majoritaires tout en étant largement mêlées aux autres catégories sociales par une forte interpénétration des quartiers d'habitat pavillonnaire et des grands ensembles collectifs. La diversité de l'offre de logement en est une autre caractéristique : un quart du parc d'habitat est pavillonnaire et 40 % des logements sont gérés par des bailleurs sociaux. Aussi, si les contrastes sociaux sont peu marqués à l'échelle de la ville, la commune connaît une forte spécialisation sociale à l'échelle des quartiers. Dans la Zone Urbaine Sensible de « La Tour », qui rassemble 20 % de la population, les ménages à bas revenus et appartenant aux PCS ouvrières et employées sont très largement sur-représentés, à l'inverse des professions intermédiaires et supérieures.

La circonscription de PMI de Souchet compte six centres, répartis en « secteurs » correspondant à différents quartiers de la commune. Les deux centres situés à proximité des gares de RER sont les plus fréquentés. Ils rassemblent l'ensemble des activités de planification familiale, protection maternelle et protection infantile. Dans les quatre autres centres, seules les permanences pesées et les consultations infantiles sont assurées. L'essentiel de mon enquête a porté sur le quotidien des centres les plus importants, soit les centres de « La Dalle » et de « La Tour ». Afin de diversifier les points de vue, j'ai également observé quelques permanences de puériculture au centre de « L'Avenue », davantage que les autres fréquenté par des classes moyennes. À l'exception de « L'Avenue », les centres de PMI de Souchet sont implantés dans les quartiers populaires de la commune, au milieu des grands ensembles, sur la dalle urbaine, à quelques pas des maisons de quartier ou en plein coeur de la Zone Urbaine Sensible.

Si l'ethnographie s'est imposée comme méthode, restait à déterminer sur quoi porter l'attention. J'ai d'abord envisagé ne centrer mes observations que sur les activités considérées par l'institution comme relevant du « soutien à la parentalité » ; soit en premier lieu sur les permanences assurées par les infirmières et puéricultrices auxquelles la cheffe du service départemental associe spontanément cette mission du service : « En PMI on fait du soutien à la parentalité autour des per-

[130] Nathalie Benelli, Marianne Modak, « Analyser un objet invisible : le travail de care », *Revue Française de Sociologie*, Vol. 51, n° 1, 2010.

manences de puériculture. On aide les mamans, surtout dans les premières semaines, les premiers mois de vie, à mettre en place une relation avec l'enfant ». Mais ne considérer que cette activité revenait à rester prisonnière de la définition hiérarchique et officielle de ce travail. Or, les infirmières et puéricultrices considèrent l'accompagnement des mères comme une dimension transversale à l'ensemble de leur faisceau de tâches. Sophie, puéricultrice, estime ainsi œuvrer quasi continuellement à accompagner les mères, « pas seulement en perm' » : « C'est 90 % de mon travail ».

Par ailleurs, indépendamment de leurs métiers et fiches de poste respectives, d'autres intervenant·es de PMI – professionnel·les de santé et personnels administratifs – considèrent « faire du soutien à la parentalité ». Au cours de la présentation de mon projet de recherche à l'équipe de Souchet, deux médecins s'étonnent que je n'envisage pas *a priori* d'observer leurs consultations. Le Dr Balliere considère ainsi que « la planification familiale, c'est déjà du soutien à la parentalité ». Et le Dr Amadeo estime que « faire une étude sur le soutien à la parentalité en PMI, c'est faire une étude sur la PMI », soit sur l'ensemble du travail de l'équipe. Puisque les situations de travail ne sont jamais entièrement déterminées par les instances où elles prennent place, j'ai cherché à prendre au sérieux ces remarques qui rendaient manifeste la perception que se faisaient les agent·es de leur activité. Pour saisir ce que signifiait concrètement « soutenir la parentalité », sans préjuger *a priori* quelles tâches cela recouvrait, j'ai alors préféré conduire une ethnographie du travail en PMI pour appréhender la diversité des pratiques et examiner de façon rapprochée la façon dont ses professionnel·les délimitent leur domaine d'intervention et construisent le sens de leur action en interaction. Ma recherche ne prétend toutefois pas être une sociologie de l'ensemble du travail en PMI. Je me suis nourrie des outils forgés par la sociologie du travail et des professions pour en faire « un usage libre et pragmatique »[131] dans l'analyse du « soutien à la parentalité ».

L'enquête, étalée sur un peu plus d'un an, s'est déroulée en plusieurs séquences qui se sont en partie superposées. De mars à décembre 2011, je suis « stagiaire ». La convention de stage dont je dispose me permet d'être intégrée à l'équipe, d'être présente dans trois centres, à la circonscription et d'accompagner les sages-femmes, puéricultrices et infirmières dans leurs déplacements à l'extérieur des centres. Je me rends sur le terrain à raison de trois à quatre demi-journées par semaine. Puisque l'action se déroule simultanément en divers endroits, le plus souvent clos (cabinet médical, salle de pesée, bureau), l'observation de l'ensemble des activités présente certaines difficultés et nécessite de connaître les plannings, la gestion du temps et des espaces. J'ai régulièrement le sentiment de ne pas être au bon endroit, qu'il se passe toujours quelque chose d'autre ailleurs, dont le déroulement m'échappe. Il m'a d'abord fallu comprendre le fonctionnement

---

[131] Suivant par là l'invitation formulée, dans leur ouvrage, par Christelle Avril, Marie Cartier et Delphine Serre.
Cf. Christelle Avril, Marie Cartier, Delphine Serre, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte, 2010, p. 9.

global du service pour intégrer son rythme avant de suivre les professionnelles[132] dans la diversité de leurs pratiques.

Dans un premier temps, je me suis attachée à observer le quotidien des centres depuis l'accueil. À partir du bureau des secrétaires, j'observe la manière dont les usager·es sont reçu·es, la façon dont les secrétaires traitent les appels téléphoniques, renseignent le dossier médical informatisé à partir des données administratives qu'elles recueillent auprès des nouveaux patient·e·s, régulent l'attente et gèrent le planning des rendez-vous. Depuis ce poste, j'observe les déplacements, les rythmes des arrivées, les interactions dans la salle d'attente mais aussi les interactions entre les professionnelles. Les bureaux des secrétaires constituent en effet l'un de ces espaces liminaux, tantôt scène du travail tantôt coulisses. Les membres de l'équipe du centre s'y retrouvent entre deux « perm' » ou deux « consult' » pour évoquer une « situation » problématique, partager une information, résoudre une difficulté. En somme, l'accueil constitue un poste névralgique d'observation en ce qu'il donne accès à ce qu'il se passe dans les centres en dehors du huit clos entre professionnelles de santé et usager·es. Ces premières observations me permettent de saisir la répartition du travail dans les centres tout autant que les spécificités du public des PMI enquêtées.

L'essentiel de mes observations se sont toutefois déroulées dans les espaces plus confidentiels de la prise en charge : les salles de pesées et les salles de consultation. Munie de mon carnet de terrain et en retrait des interactions, j'assiste à près d'une centaine de « pesées » au cours des permanences de puériculture et à une quarantaine de consultations (planification familiale, suivi de grossesse, examens infantiles). Les observations donnent lieu à la tenue de notes quotidiennes et sont complétées des nombreux entretiens informels pendant les temps « hors travail au travail ». En suivant les professionnelles, j'assiste également à des activités en dehors des centres : bilan de santé en école maternelle, accueil dans un lieu d'accueil parent-enfant aménagé dans une maison de quartier, animation d'actions collectives à destination de la population du territoire (réunion d'information sur l'allaitement, sur l'équilibre alimentaire, etc). En marge de ces observations, je sollicite leurs commentaires et explications au cours des pauses-café, des pauses-cigarette, des déjeuners, à l'occasion d'un déplacement et de tous les « temps morts » entre deux activités. Ces échanges constituent autant d'occasions d'explicitation des implicites des scènes observées.

À la circonspection d'action sociale ou au siège départemental du service, j'assiste également à une vingtaine de réunions de natures diverses : des réunions d'équipe, des réunions entre groupes professionnels, comme les réunions infirmières-puéricultrices, des réunions de « supervision » assurées par une psychologue, les séances d'un « groupe de travail » sur les « conseils de

---

[132] Les activités que j'observe sont celles de professionnel*les*. L'équipe ne comprend qu'un seul homme, j'y reviendrai. Or ce médecin n'a finalement pas accepté que j'observe sa pratique quand bien même il ait initialement considéré dommage de ne pas l'intégrer dans une étude sur le « soutien à la parentalité ».

puériculture », des réunions de « concertation » ou de « synthèse » qui rassemblent certaines intervenantes de PMI et des membres du Service Social Départemental ou de l'Aide Sociale à l'Enfance autour de prises en charge communes, des réunions d'information à destination des candidates au métier d'assistante maternelle et des comités d'évaluation de leur dossier de candidature[133]. Je collecte des documents en quantité : prospectus mis à disposition dans les salles d'attente, fiches de poste, protocoles, dossiers thématiques à destination des équipes produits par le centre de documentation départemental à la demande du service de PMI, recommandations de bonnes pratiques, articles de revues professionnelles partagés au sein de l'équipe, etc.

Après plusieurs mois de terrain, j'entreprends de conduire des entretiens semi-directifs, répétés pour certains, avec les professionnelles dont j'ai observé la pratique mais aussi auprès de celles et ceux dont l'activité m'est demeurée étrangère, notamment les psychologues qui ont refusé ma présence au cours de leurs consultations. Je m'entretiens avec la médecin cheffe du service département et la plupart des membres de l'équipe de Souchet. En janvier 2012, ma convention de stage est arrivée à terme. Je n'ai plus le droit d'être présente dans les centres. Les relations ethnographiques nouées jusqu'alors, que j'analyse dans la seconde partie de ce chapitre, me permettent toutefois de garder un pied sur ce terrain. Pendant cinq mois, de janvier à mai 2012, j'assiste encore à différentes réunions ; je rejoins les membres de l'équipe aux journées de formation annuelles du réseau de santé périnatale, où je parviens à me faire inviter par la médecin cheffe du service ; je continue à suivre l'une des sages-femmes – Sylvaine, qui « n'[a] pas pour habitude de suivre les règles » – aux staffs hospitaliers (*cf. infra*) et je passe régulièrement « prendre des nouvelles ». Je m'entretiens aussi avec des professionnelles de PMI d'autres équipes du département, croisées à diverses occasions : une auxiliaire de puériculture « consultante en lactation », une psychologue et deux puéricultrices. À cette période, je quitte progressivement la PMI et j'engage un nouveau terrain dans le service de gynéco-obstétrique du centre hospitalier voisin des centres de PMI de Souchet.

B. Découvrir un dispositif de vigilance

Conduire une enquête en PMI m'amène à me rendre ponctuellement au Pôle Femme-Enfant du centre hospitalier de Canche, institution « partenaire » du service. Située à 30 km de Paris, en périphérie du centre urbain, cette structure hospitalière couvre un large territoire de santé correspondant à un bassin de population d'environ 500 000 habitants. Accueillant les services de gynéco-

[133] Les matériaux concernant le recrutement des assistantes maternelles ne sont pas mobilisés dans cette thèse. Voir Anne-Sophie Vozari, « Recruter de "bonnes" assistantes maternelles. La sélection à l'entrée d'un emploi féminin non qualifié », *Sociétés contemporaines*, Vol. 95, n° 3, 2014, pp. 29-54.

logie, obstétrique, maternité, pédiatrie et une partie de l'activité de la psychiatrie infanto-juvénile, ce nouveau bâtiment, construit en 2008, comprend l'une des plus importantes maternités d'Île-de-France. Cette dernière figure parmi les dix structures réalisant le plus grand nombre d'accouchements en métropole. Suivant les infirmières, puéricultrices et sages-femmes de PMI, je m'y rends à l'occasion de la « tournée maternité » et des « staffs médico-psycho-sociaux ». Lors de ces premières incursions à l'hôpital, j'appréhende d'un peu plus près les relations qu'entretiennent les deux structures et leurs personnels, et l'articulation de leurs activités. Je découvre surtout le maillage institutionnel au sein duquel circulent les patient·es et les informations à leur sujet, un dispositif d'encadrement que j'entreprends d'examiner de plus près. Hors des murs de la PMI, sans pourtant être au cœur des services hospitaliers, je me situe à une interface : là où les agent·es de ces deux institutions échangent à propos de patient·es nécessitant selon elles plus d'attention.

L'enquête conduite jusqu'alors en PMI m'a déjà permis de saisir certains des rouages de l'encadrement de la maternité autour de la naissance. Entrer au Pôle Femme-Enfant depuis et avec la PMI me permet d'en appréhender plus finement les mécanismes. La définition des contours de mon objet de recherche s'en trouve affectée. Je ne comprends alors plus seulement le « soutien à la parentalité » comme une pratique centrée autour de l'interaction entre une (future) mère et une professionnelle de santé, mais aussi comme un dispositif médico-administratif de vigilance. Systématiser ma présence au Pôle Femme-Enfant, jusqu'à y conduire une enquête autonome en étant cette fois « en stage » au sein de son service de gynécologie-obstétrique-maternité, me permet d'appréhender des dimensions de ce dispositif que la seule enquête depuis la PMI ne me permettait pas de saisir. Conjuguer enquête en PMI et enquête hospitalière m'amène progressivement à orienter mon travail vers une ethnographie du gouvernement de la maternité en périnatalité.

Les « liaisons Maternité-Hôpital »

Les infirmières et puéricultrices de l'équipe de PMI de Souchet se rendent une fois par semaine, à tour de rôle, dans le service de suites de couches pour recueillir les « fiches liaison Maternité-PMI ». Restreints à la communication entre service hospitalier et service de PMI[134], ces documents visent à transmettre aux professionnel·les du secteur un ensemble d'informations concernant les accouchées et les bébés qui devraient, selon l'équipe hospitalière, bénéficier d'une attention spécifique. Outre les renseignements médicaux à propos de la grossesse, de l'accouchement et de la

[134] Au moment de l'enquête, l'usage de ces « fiches » semble relativement ordinaire mais ne correspond, à ma connaissance, à aucune recommandation de bonne pratique au niveau national. Il a depuis été systématisé à l'initiative de l'Haute Autorité de Santé (HAS), pour organiser le suivi de l'ensemble des mères et des nouveaux-nés en sortie de maternité et assurer la continuité des soins, notamment par les sages-femmes libérales. *Cf.* Recommandation de bonne pratique de l'HAS du 13 mars 2014.

santé de la mère et de l'enfant, ces fiches contiennent des données administratives et précisent la « situation socio-familiale et professionnelle des parents » : professions, âges, « origines », « parlent français : oui/non », « date d'arrivée en France », nombre et âge des éventuels autres enfants du ménage. La nature de la prise en charge proposée à l'hôpital y est également indiquée (suivi psychologique et/ou suivi social), tout comme l'évaluation de « l'autonomie de la mère » concernant les soins au bébé. Des espaces sont enfin réservés aux commentaires des soignantes à propos de « la relation mère/enfant » et de « l'évolution » de la mère dans l'unité. Selon le contenu de ces fiches, les infirmières et puéricultrices de PMI contactent directement les familles – à qui un courrier de « mise à disposition » a déjà été envoyé suite à la réception de la déclaration de grossesse – pour leur proposer une visite à domicile, un rendez-vous au centre ou les informer des horaires de permanence de puériculture.

« Ecrivez tout », conseille Howard Becker puisque « on ne sait pas exactement ce qu'on veut savoir. Ce qu'il convient de faire, c'est d'en apprendre suffisamment sur l'activité collective et la situation étudiées pour être capable de formuler des questions »[135]. Faisant feu de tout bois au cours de ma présence en PMI, j'ai consulté une quinzaine de fiches liaison sans pour autant chercher à en faire un recueil exhaustif. J'ai retranscrit leur contenu lorsqu'il m'est arrivé fortuitement de croiser ces documents, le plus souvent quand la professionnelle auprès de qui je réalisais mes observations les mobilisait. Malgré sa dimension parcellaire, ce matériau donne accès à la façon dont des informations – et lesquelles – circulent d'une institution à l'autre. Si elles ont constitué une pièce supplémentaire du puzzle qui se dessinait à mesure que l'enquête progressait, les données sur les familles à « soutenir » que contiennent ces fiches sont demeurées maigres et bien souvent volontairement allusives.

> « Brigitte, infirmière en PMI, m'explique que les personnels hospitaliers évitent de « trop en dire » – en l'occurrence surtout de trop écrire – pour ne pas « figer les choses ». « Entre la sortie de la maternité et le moment où on rencontre la famille, ça évolue. Et de toute façon, précise-t-elle, quand il y a vraiment un truc elles appellent directement ». Elle me raconte la « situation » d'une mère qu'elle a reçue quelques jours plus tôt, une femme migrante, sans-papiers, hébergée à l'hôtel par le 115. « Elle faisait des pieds et des mains pour sortir juste après l'accouchement. L'équipe [des suites de couches] ne comprenait pas. Et elle leur a dit qu'elle avait laissé sa fille de 6 ans seule à l'hôtel. Ils nous ont appelés direct. Même pas besoin de fiche liaison. Puis qu'est-ce que tu veux qu'elles évaluent la relation mère-enfant dans cette situation. La dame était désespérée. » (Journal de terrain, PMI).

[135] Howard Becker, « Réflexions sur le travail de terrain et ses problèmes », *Recherches qualitatives*, Vol. 33, n° 1, 2014, p. 3.

Staff et entretien prénatal précoce

À l'instar des infirmières et puéricultrices, les sages-femmes de PMI de Souchet se rendent régulièrement au Pôle Femme-Enfant pour conduire un entretien prénatal précoce et/ou assister aux « staffs médico-psycho-sociaux » : deux rouages de l'« accompagnement psychosocial » en périnatalité [Encadré n°3 : L' « accompagnement psychosocial », mission des réseaux de santé périnatale]. Dans une salle du Pôle Femme-Enfant, située entre les deux ailes du service de suites de couches, les staffs rassemblent, une fois par mois, des personnels hospitaliers (sages-femmes, psychologues, pédopsychiatre, assistante sociale) et les sages-femmes des centres de PMI du bassin de population de l'hôpital. Professionnelles hospitalières et de PMI exposent, l'une après l'autre, les cas de femmes enceintes qu'elles ont rencontrées au cours d'un entretien prénatal précoce (EPP) ou d'une consultation prénatale, et pour lesquelles elles estiment nécessaire une prise en charge spécifique et complémentaire à la leur, avant et/ou après la naissance. Comme me l'explique Fabienne, sage-femme de l'équipe de PMI de Souchet, ces réunions visent à « signaler les cas particuliers aux partenaires » et à « déterminer la marche à suivre » : prise en charge sociale assurée par l'assistante sociale de la maternité, suivi psychologique et/ou suivi par la PMI.

D'un staff à l'autre, ce sont sensiblement les mêmes problématiques qui sont exposées : « grossesses adolescentes », femmes enceintes « en errance », problèmes d'« addictions », violences intra-familiales, etc. Mais celles qui suscitent le plus d'intérêt et de discussions sont les grossesses à « risque psychique » : celles qualifiées de « non-désirées », « ambivalentes » ou « précieuses » – intervenant après des fausses couches répétées, une interruption médicale de grossesse (IMG) ou un long parcours d'assistance médicale à la procréation –, les grossesses de femmes ayant signalé des antécédents de « dépression », un mal-être ou bien perçues comme « tristes » ou « déprimées » par les sages-femmes. Au cours de cette instance d'évaluation et de décision, chaque « situation de vulnérabilité » donne lieu à une discussion plus ou moins approfondie sur le « contexte » de la grossesse et les modalités de l'« accompagnement » à proposer. À la suite de la réunion, les sages-femmes hospitalières renseignent le dossier informatique de la patiente et deux « cahiers de liaison » à destination du bloc obstétrical où se déroulent les accouchements et du service de suites de couches où les femmes et les nouveaux-nés sont hospitalisé·es après la naissance. Organisés en « mois d'accouchement prévu », ces supports rassemblent les informations jugées nécessaires d'être transmises tout comme la marche à suivre une fois la patiente hospitalisée dans les services : « soutien psychologique à prévoir », « prévenir la pédopsychiatre », « contacter la PMI ». De leur côté, les sages-femmes de PMI sont tenues d'informer leurs collègues puéricultrices afin qu'« elles gardent un œil » me dit l'une d'entre elles. Ce faisant, les professionnel·les des institutions pu-

bliques en charge de la santé maternelle et infantile du territoire se tiennent au fait de l'accouchement prochain de telle ou telle patiente considérée à risque « psycho-social ».

Encadré n° 3 : L' « accompagnement psychosocial », mission du réseau de santé périnatale

Réunissant les établissements hospitaliers publics et privés, la PMI et les professionnel·les du secteur libéral en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des grossesses, les réseaux de santé périnatale sont devenus des acteurs clés de la prévention psychosociale autour de la naissance. Adossés à des structures associatives, ces réseaux ont vu leurs missions évoluer depuis leurs premières formalisations, à la fin des années 1990.

Dans l'objectif de réduire la morbidité et la mortalité des nouveau-nés, les décrets de périnatalité de 1998 ont préconisé la création d'organisations territoriales associant les services des établissements hospitaliers amenés à prendre en charge les femmes enceintes et les nouveau-nés. Visant, dans un premier temps, à orienter les femmes enceintes vers les structures les plus adaptées en fonction des facteurs risques obstétricaux identifiés et à développer les transferts *in utero*, les réseaux de santé périnatale ont vu leurs domaines d'intervention étendus par le plan périnatalité 2005-2007. Ce dernier a donné lieu à l'établissement d'un « cahier des charges national des réseaux de périnatalité ».

Repris dans la circulaire du 30 mars 2006, ce cahier des charges définit les missions de ces associations : promouvoir « une prise une charge globale » des (futures) mères et fédérer tout·es les professionnel·les de la périnatalité (et non plus les seuls établissements hospitaliers). Parmi leurs nouveaux objectifs, les réseaux de périnatalité sont notamment tenus d'organiser l'accompagnement de la grossesse par le « repérage » et la « prise en charge des vulnérabilités psychosociales ». La réalisation de cette mission s'adosse sur la mise en œuvre de l'entretien prénatal précoce (à l'époque appelé « entretien du quatrième mois »), la mise en place de réunions dites « staff de parentalité » et la collaboration avec les secteurs de pédopsychiatrie, l'offre libérale et la PMI. Elle prévoit également la constitution d'une politique commune de formation en direction des professionnel·les, « par exemple, […] formation aux collaborations médico-psychologiques en périnatalité, formation à l'entretien individuel ou en couple dit "entretien du 4ème mois" […] ».

Au Pôle Femme-Enfant de Canche, comme dans d'autres établissements hospitaliers, les staffs médico-psycho-sociaux ont été mis en place en même temps que l'entretien prénatal précoce (EPP), initialement appelé « entretien du 4ème mois de grossesse », dont ils constituent le volet opératoire. Conçu comme un outil de dépistage devant permettre d'« identifier les besoins d'information », d'« apprécier la santé globale de la femme enceinte » et de « repérer les situations de vulnérabilité » pour « orienter si nécessaire vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement »[136], l'EPP est explicitement tourné vers un bilan « psychosocial » de la situation de la future mère et de son environnement de manière à proposer une aide et à adapter le suivi en fonction des besoins et difficultés identifiés. Introduite dans les parcours de soin à partir de 2005, la mise en place de l'entretien prénatal précoce s'est avérée dans un premier temps difficile dans les établissements hospitaliers

[136] Haute Autorité de Santé, « Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) », *Recommandations professionnelles*, novembre 2005.

faute de personnels et de « plages horaires » en nombre suffisant. De façon à répondre aux exigences des instances sanitaires, les maternités ont modifié le contenu de l'activité de certaines de leurs sages-femmes qui, une fois formées, ont conduit ces entretiens. Parmi les personnels du Pôle Femme-Enfant, seules les deux sages-femmes hospitalières présentes aux staffs assurent, au moment de l'enquête, cette activité deux demi-journées par semaine chacune. Le service de gynéco-obstétrique recourt aux sages-femmes de PMI pour compléter son offre d'entretiens. Ainsi, les six sages-femmes des trois territoires de PMI rattachés à cet hôpital public s'y rendent à tour de rôle, une demi-journée par mois, pour assurer des EPP.

Au cours de mon enquête en PMI, j'observe les entretiens que les sages-femmes de PMI de Souchet conduisent aussi bien dans leurs centres qu'au Pôle Femme-Enfant. Ces observations restent ponctuelles et peu nombreuses, un peu moins d'une dizaine. Dans la mesure où l'EPP ne constitue qu'une petite partie de l'activité des sages-femmes dans les centres PMI[137], qu'il m'y est difficile d'en systématiser l'examen – compte-tenu de la multiplicité des activités que j'observe –, qu'elles ne se rendent à l'hôpital qu'une fois toutes les six semaines et que mon stage touche à sa fin, j'entreprends d'y consacrer un nouveau volet de ma recherche depuis le Pôle Femme-Enfant. Car l'observation des EPP me semble un précieux point d'appui à la compréhension de ce qui se joue dans l'« accompagnement » des (futures) mères autour de la naissance. Alors que j'envisageais d'abord l'entretien prénatal comme une scène susceptible de me renseigner sur les ressorts de l'identification des risques autour de la naissance, mes premières observations s'avèrent décevantes.

Initialement qualifié de « psycho-social » et présenté, à Canche, comme « médico-psycho-social », cet entretien a certes pour objectif d'identifier les femmes enceintes en « difficultés » sociales et/ou psychologiques. Mais le recueil de l'information ne semble pas être le seul enjeu de sa pratique. « Est-ce qu'elles sont isolées ou pas ? Est-ce que le conjoint est présent ? Est-qu'il l'aide, l'accompagne? Est-ce qu'elles ont de la famille autour au moment de la naissance ? Est-ce que la grossesse a été voulue ou pas ? Comment elles vivent ? » Telles sont les questions – ici formulées par Fabienne, sage-femme de PMI – que se posent les sages-femmes. Toutefois, leur investigation cherche également à conduire les femmes enceintes à mettre en mots leurs attentes, leurs doutes et leurs craintes pour les apaiser et les amener à « parler » à une psychologue. « Ça permet de sentir les choses et de les orienter vers la psychologue ou le service psy de l'hôpital [l'Unité de périnatalité et de soins précoces] ». Aussi, bien qu'il ne s'agisse pas *a priori* ici de réguler des conduites procréatives ou d'examiner les motifs d'une prestation demandée, l'entretien prénatal précoce – qui se pratique après les délais légaux d'IVG – présente d'évidentes similitudes avec d'autres dispositifs

[137] Le service de PMI enquêté n'assure alors que 15% des EPP réalisés sur l'ensemble du département. Le nombre d'EPP à observer en PMI est d'autant plus restreint que le dispositif ne concerne en moyenne à l'époque qu'une femme sur cinq dans le département comme au national.

de « sollicitation biographique »[138] participant à l'administration du début de la vie et confiant aux professionnel·les du corps d'accompagner « les variations du "désir" et les vicissitudes du projet »[139].

En outre, l'EPP s'adresse, dans les faits, à des femmes souvent déjà disposées à se raconter, voire cherchant à se confier. Quand bien même elles ne savent souvent que peu de choses sur cet entretien, c'est volontairement qu'elles s'y rendent, en réponse à l'invitation que leur adresse par courrier une sage-femme de PMI, qu'elles sollicitent un EPP à l'hôpital en cochant la case prévue à cet effet dans la fiche d'inscription à la maternité ou – comme j'ai pu l'observer au Pôle Femme-Enfant – qu'elles répondent positivement à la proposition formulée par une secrétaire de « papoter avec une sage-femme »[140]. Les sages-femmes rencontrées l'ont bien compris et regrettent parfois que « ce ne [soient] pas celles qui en [aient] les plus besoin » qui s'y présentent. Car lors des staffs au cours desquels les professionnelles sont censées présenter les dossiers de femmes nécessitant un suivi rapproché, les femmes « sans-papiers », « seules », « isolées » ou « en errance » dont elles évoquent le cas n'ont presque jamais été rencontrées dans le cadre d'un entretien prénatal mais au cours de l'une des sept consultations prénatales obligatoires, et souvent « tardivement », en fin de grossesse.

Aussi, après mes premières observations, considérer l'entretien prénatal précoce comme une simple pratique d'examen des déviances maternelles participant à un dispositif de surveillance ne me semble plus ajusté à une pratique prise en tension entre contrôle et protection, entre « surveiller » et « veiller sur ». De façon à examiner plus finement les modalités du gouvernement qui s'y déploie, je négocie sans difficulté d'effectuer un stage au sein du service gynéco-obstétrique du Pôle Femme-Enfant de Canche pour observer les EPP assurés par les deux sages-femmes hospitalières. En marge d'un staff où j'accompagne Sylvaine, je leur présente ma recherche, je rencontre leur cadre et obtient l'autorisation de poursuivre l'observation des staffs et d'assister à des EPP pendant six mois, de mai à décembre 2012. « Stagiaire en PMI », ponctuellement présente entre les murs de la structure hospitalière depuis un an, l'accès au terrain est d'autant plus facilité par mon sujet de recherche. Parler d'une thèse en sociologie sur le « soutien à la parentalité » autour de la naissance suscite incontestablement l'intérêt des sages-femmes, délie les langues et opère comme un précieux sésame. Au cours de ce second stage, j'observe près d'une trentaine d'EPP. Tous ter-

---

138 Dominique Memmi, *Faire vivre, laisser mourir…*, *op. cit.*

139 Dominique Memmi, *La seconde vie des bébés morts*, Éditions de l'EHESS, Paris, 2011, p. 178.

140 Au moment de l'enquête, la législation prévoit que l'entretien prénatal précoce soit « systématiquement proposé » à toutes les femmes enceintes; ce à quoi s'emploient les services de PMI de leur département de résidence et les établissements où elles prévoient d'accoucher. En 2016, l'enquête périnatale révèle qu'il demeure insuffisamment réalisé. Seules 28,5 % des femmes déclaraient en avoir bénéficié. Il a depuis été rendu « obligatoire », le 1er mai 2021.

rains confondus, j'assiste à 12 staffs mensuels, au cours desquels 162 « situations » sont discutées, et à 36 EPP.

La gynéco-obstétrique est divisée en plusieurs services ou unités, réparties entre les différents étages du Pôle Femme-Enfant partagés avec la pédiatrie, la néonatalogie et une partie de la psychiatrie infantile. Encadré·es par un chef de service –médecin, professeur en obstétrique – et une sage-femme, cadre supérieure de santé, ses personnels officient en chirurgie gynécologique, en orthogénie, en médecine de la reproduction, aux explorations fonctionnelles, au diagnostic anténatal (DAN), dans l'unité d'hospitalisation des grossesses pathologiques (GHR), au bloc obstétrical ou en suites de couches. Au cours de cette seconde phase de l'enquête, lorsque je ne me trouve pas dans le bureau où les sages-femmes réalisent les EPP – celui d'une médecin généticienne, le seul libre sur ce créneau de consultation –, je me familiarise avec le fonctionnement d'un service auquel je ne devais *a priori* pas avoir accès dans son ensemble et engage un nouveau volet de l'enquête en terrain « psy ».

C. Au bout de la chaîne : le traitement psy en périnatalité

Lors de mon « stage d'observation des EPP » – ainsi que le précise ma convention –, je ne fais pas qu'observer cette activité. Je déambule dans les couloirs, je patiente en salle d'attente, j'échange avec des patientes. J'observe quelques consultations prénatales assurées par mes « maîtres de stage » et les suit au cours de certaines de leurs gardes en suites de couches. J'assiste alors aux « transmissions », à la tournée dans les chambres, à la réunion d'information à destination des « sortantes » et aux échanges entre les soignantes et les psychologues. Ces diverses observations, associées aux échanges informels avec différents personnels du service, assoient un peu plus ma présence au Pôle Femme-Enfant, laquelle passe d'ailleurs relativement inaperçue : je suis une stagiaire parmi tant d'autres. La masse de matériaux qu'il m'est donnée de collecter est vertigineuse, et mon enquête est alors susceptible de prendre différentes directions. Mais puisque les EPP que j'observe visent à « repérer » des femmes enceintes « en situation de vulnérabilité », et que les staffs donnent davantage lieu à des orientations vers les psychologues que vers l'assistante sociale, j'ai pour projet depuis déjà plusieurs mois de boucler la boucle pour appréhender le dispositif depuis le bout de chaîne : les bureaux des psychologues. Je saisis l'opportunité de ce stage en gynéco-obstérique pour conduire une enquête auprès d'elles et réaliser mes premières observations en terrain « psy ».

Des « psys » en maternité

Comme le souligne Muriel Darmon, à la différence des travailleurs sociaux, et alors que les premières analyses de la « police des familles » ont montré la place occupée par les psychiatres, psychanalystes et psychologues, « relativement peu de travaux en sciences sociales ont été consacrés depuis à ces professions et à leur rôle dans la normalisation familiale, en dépit de leur importance croissante »[141]. Cet écart tient d'une part au « Yalta épistémologique »[142] établi entre les disciplines scientifiques, faisant des phénomènes dont traitent les experts du psychisme des objets *a priori* extérieurs aux sociologues. Il s'explique aussi par l' « autorité »[143] détenue par ces spécialistes dans la « juridiction des problèmes personnels »[144]. Leur position dominante par rapport aux travailleurs sociaux leur accorde un statut d' « imposant »[145]. Enfin, quand bien même la·le sociologue refuse « l'idée d'une territorialisation des disciplines »[146], et entreprenne de « s'imposer aux imposants » pour engager une enquête auprès d'eux, observer leur pratique tient d'une gageure. Les psychologues de PMI ne m'ont pas ouvert les portes de leur bureau, ni même permis d'observer le lieu d'accueil parent-enfant qu'elles animent. « Il n'y a rien y *voir*, se justifie Florence, c'est du travail clinique. Ce n'est pas un lieu pour les "voyeurs". Même les stagiaires psychologues, c'est pas évident qu'elles y soient ». Pour cette psychologue, la singularité du « travail clinique », en particulier d'orientation psychanalytique, ne saurait être appréhendée par l'observation, voire ne saurait être appréhendée tout court par une non initiée. Pire encore, la présence de la sociologue pourrait entraver le « travail clinique », là où elle ferait moins obstacle au « travail social ». Cette défense du droit d'entrée participe à la construction de la singularité de cette pratique, à son exceptionnalité, et attribue une place à part, autonome – en dehors du « social » mais également au-dessus –, à celles qui la mettent en œuvre. En PMI, le « travail clinique » des psychologues est le seul auquel je n'ai pas accès par l'observation. Les enjeux de hiérarchisation des activités et des savoirs dans l'équipe, et plus largement au sein de l'espace de la périnatalité, n'y sont pas étrangers.

---

[141] Muriel Darmon, « Les entreprises de la morale familiale … », art. cit., p. 7.

[142] Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. cit.*, p. 8.

[143] À propos des psychanalystes et de la position qu'ils occupent à la frontière du champ médical et du champ intellectuel, voir Samuel Lézé, *L'autorité des psychanalystes*, Presses Universitaires de France, 2010.

[144] Andrew Abbott, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

[145] Hélène Chamboredon, Fabienne Pravis, Muriel Surdez, Laurent Willemez, « S'imposer aux imposants. À propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, vol. 16, 1994, pp. 114-132.

[146] Muriel Darmon, *Devenir anorexique, op. cit.*, p. 8.

À ma grande surprise, à l'hôpital, mon enquête ne suscite pas de telles résistances de la part des psychologues cliniciennes. Il en va autrement pour les pédopsychiatres, parmi les « dominants des dominants » dans l'espace de la santé mentale, j'y reviendrai plus loin. Élise est l'une des deux psychologues de gynéco-obstétrique. Rieuse et expansive, elle accepte sans difficulté que je l'accompagne, à condition, plaisante-elle, que je porte des baskets : « il va [me] falloir [la] suivre lors des [ses] pérégrinations » entre les étages du Pôle Femme-Enfant. Car cette psychologue reçoit dans son bureau, situé au rez-de-chaussée du bâtiment, mais passe également une grande partie de son temps dans les services somatiques, à échanger avec les équipes et à visiter les patientes où qu'elles se trouvent : en salle de naissance (au sous-sol) ; au sein de l'unité d'hospitalisation des grossesses pathologiques (au premier étage) ; ou, moins souvent, en suites de couches (au troisième étage). Je la sollicite après un staff, au début du printemps 2012. J'ai alors déjà obtenu l'accord des sages-femmes et de leur cadre pour observer les EPP. La convention de stage est en cours de formalisation et j'entre en gynéco-obstétrique à point nommé. Élise est « libre » : sa stagiaire, en dernière année d'études, est « autonome » et quitte du reste sous peu le service. Les psychologues hospitalières ont l'habitude d'être accompagnées de stagiaires, mais cela ne suffit pas à expliquer les raisons de l'accord qu'elle me donne.

Je ne suis certes pas psychologue mais Élise m'accueille volontiers, comme elle le fait à chaque fois qu'elle le peut pour d'autres étudiantes. Elle y tient, me précise-t-elle : elle a également été stagiaire dans le service, six ans plus tôt, avant d'y être recrutée suite au départ à la retraite de sa prédécesseure. « Très jeune psychologue », comme elle aime à se présenter – non sans ironie à la cinquantaine passée –, Élise a d'abord été éducatrice spécialisée pendant plus de vingt-cinq ans, dont la moitié en pédopsychiatrie au début de sa carrière. « Imprégnée de pédopsychiatrie », elle m'explique sa reconversion avec cohérence :

> « J'ai toujours travaillé dans le lien mère-enfant. […] C'est ce côté lien parent-enfant qui m'a toujours… j'ai toujours eu le feeling pour ça. C'est pour ça que je suis pas restée dans le socio-éducatif ou le médico-social. Je voulais travailler dans l'accompagnement parent-enfant, l'accompagnement de la relation mère-enfant, je ne peux pas être mieux qu'ici » (Entretien Élise psychologue en gynéco-obstétrique au Pôle Femme-Enfant).

Au cours de ses dernières années d'exercice comme éducatrice, elle travaille en foyer de l'enfance. Mais cette institution n'est pas « [son] lieu de prédilection » : « Ce qui m'a tenu, et qui m'a permis de tenir, c'est le travail que j'ai pu, qu'on m'a autorisé à mettre en place lors des visites médiatisées, dans le lien parent enfant, ce que j'avais en pédopsy', et que je retrouve ici ». Proposée par Jean-François Gaspar pour examiner les « raisons d'être » des travailleurs sociaux et rendre compte de l'économie des biens symboliques dans cet espace professionnel, la typologie qu'il établit est ici

éclairante[147]. Comme éducatrice spécialisée portée vers « l'accompagnement de la relation mère-enfant, Élise semble partager les caractéristiques des « cliniciennes du social » que décrit le sociologue : elles fondent leur travail sur la parole comme acte de réparation et attendent des profits symboliques des psychologues, psychanalystes et psychiatres dont elles mobilisent les savoirs. Élise n'a pas seulement obtenu d'être reconnue comme « clinicienne » lors de sa pratique du travail social – « on l'a autorisé à mettre en place » un travail « dans le lien parent-enfant » –, elle en a par la suite obtenu le titre. La trajectoire de cette psychologue, sortie « par le haut » du travail social, n'est certainement pas étrangère à son acceptation, qui s'est du reste révélée cruciale pour la suite de la conduite de l'enquête. Passée du « social » au « psy », peut-être est-elle pour cette raison plus encline à m'accorder un droit de regard sur le territoire au sein duquel elle a longtemps occupé une position illégitime et sur l'exercice de son métier dont elle tire un prestige certain.

Psychologue en charge de « tout l'ante-natal », le travail d'Élise relève pour elle de l'étayage du lien mère-enfant, et ce quand bien même l'enfant ne soit pas encore né, voire même lorsqu'il est né sans vie. Elle reçoit ou visite dans les services des patientes adressées par les médecins et par les sages-femmes assurant les consultations prénatales à l'hôpital, par les « sages-femmes du 4ème mois » – soit celles en charge des EPP, hospitalières ou de PMI –, par les soignantes de l'unité d'hospitalisation des grossesses pathologiques et de l'équipe du diagnostic ante-natal (DAN). « Les morts fœtales, les IMG [interruption médicale de grossesse] et toutes les angoisses autour de la naissance » font son quotidien au travail, et le mien lorsque je l'accompagne. Au cours de l'été 2012, j'assiste à une vingtaine de ses « entretiens thérapeutiques ». Cette activité, qu'elle définit entre « écoute » et « psychothérapie », vise à « recueillir l'émotion », « apaiser » puis, si nécessaire, « mettre au travail » et « adresser » là où la prise en charge s'inscrira davantage dans la durée : en pédopsychiatrie, en libéral ou en Centre Médico-Psychologique (CMP). Car les « suivis » qu'elle assure sont rarement longs – tout au plus quelques mois, exceptionnellement plus d'un an – et concernent alors surtout le « deuil périnatal ».

De l'observation de son travail, je ne mobiliserai pas ici les matériaux concernant le traitement des « péri-parents »[148]. Toutefois, la spécificité de leur « parentalité liminale »[149] et d'une prise en charge participant à instituer les couples endeuillés en « parents » a opéré comme un puissant

---

147 Il distingue les travailleurs sociaux « cliniques », les travailleurs sociaux « militants » et les travailleurs sociaux « normatifs ». *Cf.* Jean-François Gaspar, *Tenir! Les raisons d'être des travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte, 2012.

148 Anne-Sophie Giraud, « Les "péri-parents" : à la recherche d'un statut spécifique après une mort périnatale », *Recherches familiales*, vol. 12, n° 1, 2015 pp. 85-97.

149 Lucie Jégat, « Ce que perdre un·e enfant fait à la famille. Le deuil comme marge et frontière de la parentalité », *Émulations*, n° 32, 2020, pp. 47-61.

révélateur. Si l'institution travaille à les faire devenir parents d'un enfant sans vie[150], un tel processus – ici saisi par la marge – n'opérerait-il pas aussi pour les naissances ordinaires, lorsqu'il s'agit – pour reprendre les mots d'Élise – d'« accompagner les mamans dans leur rôle de mère » ? Partagée avec Raphaëlle, psychologue à mi-temps en suites de couches, et Margot, psychologue en psychiatrie infanto-juvénile, c'est cette dernière dimension de son travail qui a progressivement fait l'objet du dernier volet de cette recherche.

Quand je débute mon stage en gynéco-obstétrique, la psychologue du service des suites de couches vient de partir en congé maternité. Elle est remplacée par Emma. Nous nous connaissons pour nous être croisées à plusieurs reprises : elle était la stagiaire d'Élise et l'accompagnait lors des staffs lorsque j'y suivais les sages-femmes de PMI. Étudiantes et stagiaires, nous avions partagé quelques pauses-café. Tout juste diplômée, elle me confie, une fois en poste, son enthousiasme et son appréhension. Lui demander d'observer sa pratique ne me semble alors pas opportun. Margot est pour sa part plus disposée à me recevoir, bien qu'elle se montre moins volontaire qu'Élise. Je la sollicite également au printemps 2012. Le « regard sociologique » l'intéresse mais il me faudrait d'abord en parler avec sa cheffe de service. Cette condition retarde considérablement l'enquête. Je ne l'obtiens qu'en novembre 2012, soit sept mois plus tard, à l'issue de plusieurs épreuves ethnographiques (cf. infra II. B). Après la nécessaire contractualisation d'un nouveau stage pour une nouvelle période de six mois, de janvier à juin 2013, j'accède à ses consultations au sein de l'Unité de périnatalité et de soins précoces (UPSP)[151] .

Composée d'une pédopsychiatre – en congé longue maladie au moment de l'enquête –, d'une psychologue, d'une éducatrice de jeunes enfants, d'une éducatrice spécialisée et d'une infirmière en psychiatrie, l'UPSP est spécialisée dans la prévention et le traitement médico-psychologique des « troubles psychologiques et/ou psychiatriques de la grossesse et du post-partum ». Installée au Pôle Femme-Enfant depuis alors trois ans, l'unité est bien connue des équipes hospitalières. Les urgences la sollicitent quand une femme enceinte se présente suite à une tentative de suicide. Les sages-femmes de la salle de naissance s'empressent de les informer quand une parturiente présente une pathologie psychiatrique. Les suites de couches les appellent quand une patiente présente des « bizarreries » ou connaît « une bouffée délirante ». Hors des murs de l'institution, leurs patientes leur sont adressées principalement par les équipes de PMI. Mais le plus souvent, ce sont les sages-femmes des EPP et les psychologues de gynéco-obstétrique (de l'anté-natal et des suites

---

[150] Dominique Memmi, *La seconde vie des bébés morts, op. cit.* ; Anne-Sophie Giraud, « Les "péri-parents" … », art. cit.

[151] Dans un souci d'anonymisation, j'ai renommé ce dispositif de psychiatrie périnatale en composant avec certains des termes amplement employés pour désigner ce type d'unité (comme « parentologie », « maternologie », « périnatalité », « parentalité », « soins précoces », « premiers liens », etc.

couches) qui y orientent des patientes après avoir présenté leur dossier en staff ou avoir directement contacté l'équipe.

Élise m'explique comment opère la division du travail, au Pôle Femme-Enfant, entre les professionnel·les du psychisme :

> « [Autour de la naissance] y a les inquiétudes normales, ordinaires et les inquiétudes qui vont au-delà. Si jamais tu viens demain [au staff], la dame que je vais présenter c'est une dame que j'ai croisé en pré-travail [au bloc obstétrical]. Je ne la connaissais pas avant. Elle stagnait [la dilatation du col de l'utérus ne progressait pas]. Elle allait être déclenchée. Les filles m'ont appelée. Elles ont senti l'angoisse de la maman. D'emblée je me suis rendue compte qu'il allait falloir mettre des choses très vite en place, un travail d'accompagnement de cette maman dans son rôle de mère. Là c'était pas juste l'angoisse de l'accouchement. Que ça soit ici [dans mon bureau], en salle de naissance ou en GHR, c'est des choses que j'ai appris à distinguer. […] Soit je continue le travail parce qu'il n'y a pas besoin de la pédopsychiatrie, soit je passe le relai ou on travaille ensemble. […] Quand je sens qu'une maman… Il y a plusieurs choses, quand j'ai une maman qui ne va pas bien, soit parce qu'elle est psychotique, soit parce qu'elle est sous traitement ou qu'elle est angoissée à un point où elle a besoin d'un traitement, soit parce que c'est une dame qui parle assez vite de son angoisse d'être maman, j'appelle l'UPSP. […] Si c'est une dame comme celle-ci, pour qui je sens que le travail ça va être du long terme et du travail de lien parent-enfant, je vois avec l'UPSP » (Entretien Élise, psychologue en gynéco-obstétrique au Pôle Femme-Enfant).

L'appréciation de l'anormalité de l'affectivité maternelle, des « inquiétudes qui vont au-delà [de l'ordinaire] » et des autres, est opérée par les sages-femmes, converties en « semi-professionnelles du psychisme »[152], et par les psychologues exerçant dans les services somatiques. Leur traitement relève quant à lui des médecins, psychologue et soignantes de la pédopsychiatrie. Pour le Dr Bouraya, pédopsychiatre, cheffe du service, la répartition est claire : « si jamais il y a des antécédents ou des éléments qui semblent s'orienter vers une vraie problématique psychologique ou psychiatrique, à ce moment c'est la psychologue de pédopsy qui voit la mère, pas celle de maternité. Ils en ont une mais elle, c'est le tout venant ». Car en matière de « lien parent-enfant », les spécialistes légitimes sont d'abord les personnels de la psychiatrie infanto-juvénile.

Appréhender le traitement de la « dépression périnatale »

Lors de l'enquête à l'UPSP, j'observe une trentaine de consultations psychothérapeutiques au cours desquelles des femmes enceintes livrent à la psychologue leur mal-être. Mes premières observations coïncident avec la prise en charge de nouvelles patientes. Margot a tâché de faire coïncider nos agendas de façon à ce que je puisse les suivre tout le long de leur prise en charge et voir leur

[152] Dominique Memmi, « Une discrète naturalisation … », art. cit., p. 421.

« évolution ». Je découvre des femmes enceintes bouleversées par la distance qui sépare leur expérience d'une conception idéalisée et nécessairement épanouie de la grossesse. Coupables et honteuses, elles se sentent profondément désajustées. Le cadre singulier de l'interaction – une consultation avec une professionnelle du psychisme – suspend le maintien des « apparences normales »[153] et rend possible l'expression d'affects qu'elles disent autrement cacher. Alors qu'elles se montrent songeuses mais souvent apaisées en salle d'attente, les larmes jaillissent très souvent, une fois installées dans le bureau de la psychologue, après que cette dernière leur pose la question rituelle : « Comment allez-vous aujourd'hui ? ».

Lors des consultations, je me tiens en retrait de l'interaction, assise sur une chaise près de la porte. L'aménagement du bureau, que la psychologue partage avec un pédopsychiatre, est prévu de sorte à pouvoir recevoir deux personnes : les parents. Mais au cours de mes observations, l'un des fauteuils est systématiquement demeuré vide. Malgré l'invite parfois formulée, les (futurs) pères restent souvent absents lors de ces interactions. « Ça arrive qu'ils viennent », m'assure la psychologue, mais les patients de l'Unité de périnatalité et de soins précoces sont d'abord des patientes. « Le papa, on ne l'oublie surtout pas, insiste Marie, l'infirmière de l'équipe, mais nous on est la *pédo*-psy. Nous, notre but c'est que ça aille le mieux possible pour le bébé. Pour que lui soit dans les meilleures conditions, il faut qu'il ait une maman en forme. C'est ça surtout. On s'occupe de la dyade mère-bébé ». Aussi, contrairement aux « papas », les « bébés » et les jeunes enfants sont parfois présents en consultation. Des jouets sont d'ailleurs prévus pour les distraire.

Au cours de mes observations, la prise de notes est parfois délicate, surtout lorsque l'émotion survient. Je m'abstiens alors. Je suis moi-même souvent affectée par le récit de ces femmes, désemparées et effrayées de ne pas ressentir ce qu'elles pensent devoir naturellement éprouver. Je mesure leur détresse mais aussi leur soulagement, une fois le diagnostic posé – « dépression » –, puis la prise en charge terminée. Leurs émotions me troublent. Comment comprendre l'encadrement de la maternité lorsque la normalisation qu'elle produit est aussi ardemment désirée ? Je me souviens alors à quel point la gratitude exprimée par certaines des usagères des centres de PMI ou des femmes enceintes bénéficiant d'un entretien prénatal précoce m'avait d'abord interloquée. Ne se rendaient-elles pas compte qu'en les « accompagnant » l'institution s'assurait aussi de faire d'elles de « bonnes » (futures) mères ? Je semblais oublier que cette intention pouvait correspondre à la leur, que les normes ne sont pas simplement imposées : elles s'associent à des émotions et des sentiments, à un désir de bien faire et à la satisfaction du devoir accompli – devenir une mère « comme les autres », apaisée et aimante. Ce constat m'a conduite à me dégager d'une perspective critique passant sous silence l'expérience vécue de la prise en charge pour adopter un regard moins

[153] Erving Goffman, *Les rites d'interaction,* Paris, Éditions de Minuit, 1974.

univoque sur la normalisation, attentif à la réception du travail d'encadrement, à la valeur positive que lui accordaient celles qui se disaient « améliorées » par la contrainte qui s'exerçait sur elles. Et alors que l'enquête avait jusqu'alors été menée du seul point de vue des professionnel·les, j'ai conduit des entretiens semi-directifs avec des femmes (ayant été) traitées pour une dépression au cours de leur grossesse et/ou après leur accouchement [Encadré n° 4 : Les entretiens auprès des mères].

Associées aux entretiens, ces observations m'amènent à revisiter les matériaux jusqu'alors collectés. Car s'il s'agit, à l'UPSP, de « soigner » des mères « malades », et non plus seulement de « soutenir » des femmes inquiétées par leur grossesse ou éprouvées par leur travail parental, mettre en regard ces deux modalités de traitement du « devenir mère », me conduit à me distancier des distinctions opérées entre ces différents registres d'action par les agent·es qui les mettent en œuvre. À partir de mes observations de la pratique de la psychologue, de ce que me disent les soignantes de l'UPSP de l'« accompagnement » à domicile qu'elles assurent ou des récits de femmes ayant eu recours au traitement médico-psychologique, je reconnais un discours et des pratiques qui me sont devenues familières pour les avoir constatées ailleurs, de manière plus diffuse et discrète : en PMI et en gynéco-obstétrique.

Observer le traitement psychothérapeutique et analyser le parcours de mères qui y ont eu recours a constitué un précieux point d'appui pour procéder à la mise en question des transformations de soi produites par l'encadrement institutionnel et saisir ce qui se jouait dans l'ensemble du dispositif d'accompagnement de la maternité en périnatalité, dans la pratique du souci des mères. « Quand beaucoup de morceaux ont été placés, écrit Howard Becker, nous pouvons voir, plus ou moins clairement, les objets et les individus dans le tableau ainsi que leurs relations réciproques »[154]. Initialement extérieur au tableau que je pensais dessiner, ce dernier volet de l'enquête m'a amené à intégrer à l'ensemble de ma « mosaïque scientifique » les « morceaux » relatifs au traitement de la « psychopathologie périnatale ». Parce qu'ils m'ont donné à voir conjointement le travail sur autrui et le travail de réforme de soi, et par là à penser le traitement médico-psychologique comme une forme de technologie où l'encadrement exercé s'articule à une forme de subjectivation spécifique, ces observations et entretiens ont été décisifs à la stabilisation des contours de mon objet de recherche.

[154] Howard S. Becker, « Biographie et mosaïque scientifique », *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 62-63, 1986, p. 106.

Encadré n° 4 : Les entretiens auprès des mères

Cherchant à reconstituer le parcours ayant conduit des (futures) mères à consulter des « psys » pour soulager leur mal-être, j'ai d'abord réalisé des entretiens auprès de cinq patientes suivies par les psychologues du Pôle Femme-Enfant : une d'entre elles par la psychologue de gynéco-obstétrique et quatre autres par celle de l'UPSP. Une contrainte forte avait été imposée par la cheffe du service de psychiatrie infanto-juvénile (cf. infra) : ne rencontrer que cinq patientes, sélectionnées par les professionnelles. Me pliant d'abord à cette condition, j'examine avec l'infirmière de l'UPSP les « fiches » des « familles » suivies par l'équipe. « Bipolaire », « trop fragile », « grosse problématique sociale » … les patientes sont tour à tour écartées par cette infirmière, cherchant à les préserver ou considérant que leur cas ne pourrait correspondre à l'objet de mon travail sur le « soutien à la parentalité ». Deux noms me sont finalement donnés. L'infirmière sollicite d'abord leur accord avant de me communiquer leurs numéros. L'une d'entre elles restera injoignable, et je rencontrerai la deuxième à son domicile. Avec l'aval de la psychologue, je sollicite également trois patientes dont j'ai observé plusieurs consultations et pour lesquelles la prise en charge touche à sa fin. Les entretiens se déroulent à l'hôpital, après leur dernière consultation. Leurs récits me permettent de reconstituer le circuit des agents les ayant conduit à consulter. Ils donnent également à voir comment elles se saisissent du traitement médico-psychologique qu'elles ont reçu pour donner sens à leur déviance émotionnelle.

À l'automne 2014, alors que la phase de l'enquête est *a priori* close, je saisis l'occasion d'une invitation à une « journée d'information et de sensibilisation à la difficulté maternelle », organisée par l'association « Le mal de mère », pour solliciter de nouveaux entretiens auprès de cinq adhérentes : des mères suivies, par le passé ou encore à l'époque, par des (pédo)psychiatres et/ou psychologues. Créé en 2006, ce groupe d'entraide entre mères vise à faire reconnaître la souffrance psychique des mères comme un « problème de santé publique ». Il compte alors une centaine d'adhérentes, usagères et professionnelles de la périnatalité. Si l'association entend mettre à distance la nosographie psychiatrique – en préférant l'usage de l'expression « difficulté maternelle » à celle de « dépression du post-partum » – elle n'en participe pour autant pas moins à la médicalisation de l'affectivité maternelle [Voir Annexe n° 3].

Le récit des femmes rencontrées *via* l'association se distingue en partie de celui des patientes recrutées au Pôle Femme-Enfant, du fait de la dimension militante de leur discours et de son modelage plus appuyé par la prise en charge qu'elles ont connue. Leur traitement a en effet souvent été plus important en termes de durée et d'intensité. Deux d'entre elles ont notamment été hospitalisées plusieurs mois dans une « unité d'hospitalisation conjointe mère-bébé ».

Malgré ces distinctions, les dix femmes avec qui j'ai conduit des entretiens ont ceci de commun d'avoir vécu leur mal-être comme une catastrophe justifiant de s'en remettre aux expert·es du psychisme. Elles partagent en outre des propriétés sociales communes. Elles sont hétérosexuelles, en couple, (futures) mères de deux enfants ou plus, diplômées (presque toujours au moins d'un bac+3), en emploi (parfois en congé parental) et blanches (à une exception près). Elles ont entre 31 et 42 ans (sauf une membre de l'association, âgée de 65 ans) et appartiennent aux professions intermédiaires [Voir Annexe n° 4].

Chercher à saisir le « soutien à la parentalité » en actes a consisté à opérer de nombreux déplacements, à observer une multitudes d'espaces et à multiplier le nombre de mes interlocutrices et interlocuteurs, certain·es pour une durée restreinte – le temps d'un échange, d'une discussion infor-

melle ou d'un entretien –, d'autres pour la durée du terrain, certain·es enfin au-delà de l'enquête. Ces rencontres ont façonné ma recherche. Or, ces personnes ont réagi différemment à ma présence et à mes demandes. Et les positions que m'ont assignées les enquêté·es – à partir de ce qu'elles et ils ont perçu de mes attributs sociaux – ont fortement orienté nos échanges ainsi que la possibilité d'accéder à certains types d'interactions. Quand bien même j'ai pu traverser plusieurs des frontières qui façonnent ce monde, je n'y suis bien « passée » qu'à certaines conditions. Parce qu'elles constituent « ce par quoi le savoir arrive »[155], les relations ethnographiques méritent qu'on s'y attarde en adoptant « une réflexivité tournée vers le terrain »[156], dont les apports sont bien plus précieux que seul celui de répondre à l'injonction – parfois dogmatique – faite aux chercheur.e.s de « se situer »[157].

II. Relations d'enquête : genre, savoirs, pouvoir

Toute recherche ethnographique est confrontée à ce qu'Olivier Schwartz a appelé le « paradoxe de l'observateur »[158]. Du seul fait de sa présence, la réalité que l'ethnographe chercherait à saisir se déroberait à lui. Faut-il pour autant le regretter ? Les épistémologies féministes du « positionnement » (*standpoint theory*) ou de la « connaissance située » (*situated knowledge*) offrent ici des pistes de réflexions stimulantes. Remettant en question le paradigme universaliste du savoir, elles récusent l'idée qu'une bonne science serait « une vue de nulle part » et le.la chercheur.e un « témoin modeste de la nature »[159]. Le savoir est toujours politique et « [la neutralité] n'existe pas en dehors des représentations produites par des rapports sociaux déterminés »[160]. Une telle posture ne signifie pas pour autant renoncer à produire une pensée scientifique et des connaissances va-

---

155 Alban Bensa, Didier Fassin, *Les politiques de l'enquête : épreuves ethnographiques,* Paris, La Découverte, 2008, p. 10.

156 Muriel Darmon, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, Vol. 58, n° 1, 2005, p. 112.

157 « Serait-on ainsi passé, en peu de temps finalement, de l'injonction à la distanciation et au désengagement à l'injonction de se livrer, de se raconter, de se mettre en récit et donc en scène ? Une fois tombé le mythe de la neutralité, les sociologues sont-ils contraints de se plier à un autre dogme, celui du savoir "déconstruit", fruit du seul "ordre du discours" ? », se demandent Delphine Naudier et Maud Simonet. À l'instar des contributions rassemblées dans l'ouvrage qu'elles ont coordonné, j'ai cherché ici à « éviter un double écueil : celui de l'épanchement narcissique et celui de la dissimulation des engagements au nom de la norme de la neutralité » *Cf.* Delphine Naudier, Maud Simonet, « Introduction », *in* Delphine Naudier, Maud Simonet (dir.), *Des sociologues sans qualités ?, op. cit.*, pp. 12-13.

158 Olivier Schwartz, « L'empirisme irréductible », *in* Nels Anderson, *Le Hobo, sociologie du sans-abri*, Paris, Armand Colin, 2011 [1993], pp. 335-384.

159 Donna Haraway, *Manifeste cyborg et autres essais. Sciences, Fictions, Féminismes,* Paris, Exils, 2007.

160 Delphine Naudier, Maud Simonet, « Introduction », art. cit., p. 9.

lables. Aussi, le retour réflexif sur la dynamique de l'enquête n'est pas à comprendre comme un outil correcteur cherchant à neutraliser des « biais » facteurs d'erreurs. Au contraire, en situant l'observation et l'analyse du monde social dans la particularité de la relation d'enquête, un tel détour revient à assumer le caractère nécessairement impliqué d'un savoir produit dans un contexte déterminé par de multiples configurations de pouvoir, dont l'enquêteur·trice est partie prenante.

Nourrie de ces réflexions épistémologiques, je propose de réfléchir ici aux relations ethnographiques, aux rapports sociaux qui les ont traversées et aux dynamiques de pouvoir au sein desquelles elles se sont nouées. Sans nécessairement prendre la forme d'une auto-analyse, le travail réflexif proposé convoque certaines dimensions de ma biographie et de mon être social pour « mieux comprendre celles et ceux dont nous parlons »[161]. Car considérer la façon dont mon appartenance de sexe, de classe, de race, d'âge ou de sexualité a fait (ou non) sens pour tel·les ou tel·les interlocuteurs·rices a constitué une voie d'accès à l'objectivation des rapports de force dans lesquels mes enquêté·es étaient pris·es et à la compréhension de leurs propres positions dans l'espace social enquêté. Mon analyse porte dans un premier temps le regard sur le genre dans l'enquête, soit à la manière dont – en tant que rapport hiérarchique entre hommes et femmes, masculinité(s) et féminité(s), toujours nécessairement enchâssé dans d'autres rapports sociaux comme la classe ou la race – le genre assigne des rôles, des places et des positions – assortis de plus ou moins de pouvoir – aux enquêté·es comme à l'ethnographe[162].

A. Être une femme « lamdba » en terrain féminin

> « J'assiste pour la première fois à la consultation assurée par Sylvaine, sage-femme, au centre de PMI de La Dalle. Avant de recevoir la première patiente, nous nous mettons d'accord. Nous irons la chercher ensemble en salle d'attente, je me présenterai et lui demanderai si elle accepte que j'assiste à la consultation. Selon Sylvaine, il n'est pas nécessaire que je donne « trop de détails ». « Franchement si tu dis que tu es sociologue, ça risque de les embrouiller. "Étudiante en stage", ça suffit. Elles ont l'habitude de voir des stagiaires ici ou à l'hôpital, ça ne posera pas de problème ». Cette omission délibérée des vraies raisons de ma présence me gêne, mais je m'exécute. Je précise toutefois à la patiente, enceinte de six mois, que je suis là pour "observer le travail de sage-femme en PMI", que je ne réaliserai pas d'examens ou d'actes de soin et que je resterai de l'autre côté du paravent au moment de l'auscultation. La patiente accepte volontiers. « Oui, bien sûr. Pas de problème. Faut bien apprendre le métier. Et puis bon… on est entre femmes ». Le quiproquo est évident. Elle me prend pour une étudiante sage-femme. Je comprends au regard que m'adresse Sylvaine qu'il vaut mieux ne pas relever. La patiente s'est installée sur l'un des deux fauteuils en face du

[161] Didier Fassin, « L'inquiétude ethnographique », *in* Alban Bensa, Didier Fassin, *Les politiques de l'enquête, op. cit.,* p. 9.

[162] Isabelle Clair, « Faire du terrain en féministe », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 213, n° 3, 2016, pp. 66-83.

bureau. Elle ne me regarde déjà plus, occupée à sortir de son sac la pochette contenant les résultats de ses analyses pour les donner à lire à Sylvaine, qui reprend les rennes de l'interaction.

À l'issue de la consultation, une fois la patiente sortie du bureau, Sylvaine me confie « bien aimer cette petite dame ». Il y a de quoi. Agée d'une trentaine d'années, cette femme blanche « préparatrice en pharmacie » a tout d'une « bonne » patiente et se montre particulièrement à l'aise au cours des échanges avec la sage-femme qui la suit depuis quelques mois. Sylvaine s'inquiète toutefois pour moi :

"Alors, qu'est-ce que tu en as pensé ? C'était pas forcément une consultation très intéressante pour toi.

– Oh bah si pourquoi?

– Bah y a rien de particulier. Je l'accompagne mais ça roule pour cette dame. J'en ai d'autres, tu verras, des histoires compliquées. Là c'était une dame lambda, comme toi et moi." » (Journal de terrain, Consultation sage-femme PMI).

Au cours de la scène ethnographique rapportée ci-dessus, certaines des « cases »[163] qui m'ont été attribuées au cours de l'enquête sont rendues explicites. Y être attentive m'a éclairée sur qui j'étais ou pouvais être aux yeux de mes interlocuteurs·trices et, en retour, sur qui elles étaient (ou cherchaient) être en ma présence. Ici, stagiaire auprès d'une professionnelle dont j'observe la pratique, je passe pour une élève sage-femme en formation. Légitime compte-tenu de la façon dont je me présentais ou dont j'étais présentée, l'équivoque a été systématique, aussi bien en PMI qu'à l'hôpital. En fonction des interactions auxquelles j'assistais, j'étais tour à tour perçue comme une élève sage-femme, puéricultrice, psychologue ou, moins souvent, comme une interne en médecine. Rares ont été les fois où j'ai été amenée à lever la confusion lorsque, par exemple, laissée seule avec elle, une patiente m'interrogeait sur mon stage. La plupart du temps, ma présence ne suscitait *a priori* pas d'interrogations pour les usagères des services enquêtés. Être « en stage » a indubitablement contribué à faciliter mes allers et venues dans les institutions. Mais, dans un univers social où professionnel·les et profanes se retrouvent bien souvent « entre femmes », être une femme a rendu ma présence d'autant plus probable, si ce n'est ordinaire, et acceptable.

Dans les services en charge de la santé maternelle et infantile, l'intimité est partout et tout le temps exposée. Au cours des activités que j'observe, les corps des femmes et des enfants sont régulièrement dénudés lors d'examens. Il y est question de la gestion de la fertilité, de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement, de la sexualité, de l'expérience de la maternité, etc. Et les femmes se confient sur leurs maux tant physiques que psychiques (hémorroïdes, cicatrisation d'une épisiotomie, seins douloureux, dépression) et les difficultés conjugales et familiales qu'elles rencontrent. Ma présence a certainement parfois été gênante pour elles. Elle l'a en tout cas régulièrement été pour moi. Mais l'embarras ne m'a pas empêché d'observer. Je fais ici l'hypothèse qu'un homme n'aurait pas pu conduire la même enquête. Les règles de la pudeur, le risque d'« érotisation de la

[163] Olivier Schwartz, « L'empirisme irréductible », art. cit., p. 268.

relation d'enquête »[164] ou la panique morale autour de la pédophilie dans la prime enfance[165] n'auraient certainement pas permis à un enquêteur d'accéder à nombre d'interactions qui font le quotidien des professionnelles dont j'ai observé le travail[166].

Toutefois, le sexe de l'ethnographe ne suffit pas ici à éclairer toutes les dimensions de la relation d'enquête. Je suis certes une femme en terrain féminin, mais je ne suis pas n'importe quelle femme. Au-delà de mon sexe, l'observation mentionnée plus haut révèle également qu'un certain style de féminité m'est attribué. À l'instar de la patiente « comme toi et moi » qu'elle vient de recevoir, cette sage-femme me considère « lambda », c'est-à-dire quelconque car dans la (sa) norme. Or, ni elle ni moi ne sommes des femmes sans autres qualités. La distance sociale qui caractérise souvent le quotidien de sa pratique avec ces « autres » femmes dont les « histoires [sont] compliquées » – celles qu'elle et ses collègues appellent les « migrantes sans papiers », les « femmes en errance », ou les « mamans isolées » – n'est pas ici celle qui caractérise nos relations. Auprès des sages-femmes, infirmières, puéricultrices, éducatrices, psychologues et des médecins, je passe pour une femme comme elles, ou presque. Du point de vue des professionnel·les, cette relative proximité a sans doute contribué à suspendre l'étrangeté de la présence d'une doctorante en sociologie parmi elles.

« On est entre femmes »

Les institutions en charge de la santé maternelle et infantile constituent un monde social, et par là même un terrain, largement féminin. D'une part, parce qu'il est constitué d'individus appartenant massivement à une même catégorie de sexe, le groupe des femmes ; et d'autre part, parce qu'il est traversé de représentations éminemment genrées relatives, notamment, à la différence des sexes, à la parentalité et au soin à y accorder. Au cours de mes journées d'observation, il était rare que je « voie » des hommes. Dans les centres de PMI comme au Pôle Femme-Enfant, les usagers sont le plus souvent des usagères et les professionnels des professionnelles. Ce sont des femmes qui se rendent en consultations prénatales pour faire suivre leur grossesse ; des femmes toujours qui sont hospitalisées dans les services de gynéco-obstétrique ; quasi-exclusivement des femmes encore qui, compte tenu de la division sexuée du travail parental, conduisent leur bébé ou jeune enfant en

---

[164] Alain Giami *et al*., « Enquêter sur la sexualité et le sida : les enquêteurs de l'ACSF », *in* Nathalie Bajos *et al*. (dir.), *La sexualité aux temps du sida*, Paris, Presses universitaires de France, 1998, pp. 66-116.

[165] Nicolas Murcier, « Le loup dans la bergerie. Prime éducation et rapports sociaux de sexe », *Recherches et Prévisions*, n° 80, 2005, pp. 67-75.

[166] Pour un réflexion sur la sexualité et la relation d'enquête voir Isabelle Clair, « La sexualité dans la relation d'enquête. Décryptage d'un tabou méthodologique », *Revue française de sociologie*, vol. 57, n° 1, 2016, pp. 45-70.

permanence de puériculture ou en consultation infantile ; des femmes enfin qui consultent massivement les psychologues ou pédopsychiatres. Si bien que, lorsqu'elle advient, la présence des hommes est souvent remarquée, voire même considérée remarquable.

Du côté des soignant·es, les hommes sont également peu nombreux. Les taux de féminisation des groupes professionnels représentés dans ces institutions comptent parmi les plus importants. Sage-femme et puéricultrice font ainsi partie des professions très fortement, et depuis longtemps, féminisées : respectivement à 98 % et 99 %[167]. On ne dénombre aucun homme parmi les 55 puéricultrices et les 75 infirmières du service départemental de PMI, aucun non plus parmi les 20 sages-femmes territoriales. Seul l'hôpital se distingue en comptant « un sage-femme homme » parmi les 70 sages-femmes du service de gynéco-obstétrique – particularité que l'une d'entre elles aime à préciser systématiquement aux femmes enceintes qu'elle reçoit en entretien prénatal. Les 19 psychologues cliniciennes du service départemental de PMI sont des femmes, comme celles de gynéco-obstétrique, de néonatologie et de la psychiatrie infante-juvénile[168]. En ce qui concerne les médecins, la féminisation, *a priori* moins évidente, apparaît tout aussi importante une fois considérés la spécialité médicale et le mode d'exercice du métier [Encadré n° 5 : La féminisation de la médecine].

Mes terrains sont féminins. Composée de 32 membres, l'équipe de PMI de Souchet ne compte ainsi qu'un homme, le Dr Amadeo. Il occupe par ailleurs une place singulière dans l'équipe. Contrairement à ses consoeurs médecins, il est vouvoyé par ses collègues sages-femmes, infirmières, puéricultrices, psychologues et secrétaires, et ne fait bien souvent que passer pour assurer ses consultations. Pourtant en poste depuis plus de vingt ans, il ne partage pas avec ses collègues les moments de « hors-travail au travail »[169] et reconnaît « ne pas rester pour déjeuner pour [s'] exclure (*sic*) du travail ». Au Pôle Femme-Enfant, je ne croise que rarement des hommes – à l'exception des brancardiers et ambulanciers, souvent danss les couloirs ou le hall d'accueil. Puisque mes observations dans les services concernent d'abord certaines dimensions de la pratique des sages-femmes et des psychologues, je vois peu les médecins (essentiellement obstétricien·nes, pédiatres, pédopsychiatre). Or, ces groupes professionnels sont parmi les plus mixtes sur mes terrains. Cette répartition

---

[167] Marie Cavillon, « La profession de sage-femme : constat démographique et projection d'effectifs », DREES, *Études et* Résultats, 791, 2012 ; Sabine Bessière, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2005, pp. 17-33.

[168] Selon la DREES, au 1er Janvier 2015, 85 % des 53 913 psychologues exerçant sur le territoire sont des femmes. La féminisation de la profession est d'autant plus notable dans les institutions. Alors que 70 % des psychologues sont salarié·es, le taux de féminisation de ce mode d'exercice atteint aussi les 85 %. Source : DREES, exploitation des répertoires ADELI et RPPS.

[169] Geneviève Pruvost, « Le hors-travail au travail dans la police et l'intérim. Approche interactionniste des coulisses », *Communications*, 2011, vol. 2 n° 89, pp. 159-192.

sexuée n'échappe pas au regard de celles et ceux qui la vivent. Le Dr Denis, pédopsychiatre, me fait ainsi remarquer – non sans une pointe d'ironie – que comme sociologue, je ne manquerai certainement pas de « parler de domination masculine » en voyant « un médecin homme et des soignantes femmes ». Force est de constater que le service de psychiatrie infanto-juvénile suit bien cette division sexuée du travail : les hommes sont plus souvent médecins ou cadres infirmiers, et les femmes soignantes ou travailleuses sociales (une infirmière en psychiatrie, une éducatrice de jeunes enfants, une éducatrice spécialisée). En PMI ou au Pôle Femme-Enfant, les secrétaires sont toutes des femmes. Aussi, au cours de l'enquête, qu'il s'agisse d'observer la scène principale du travail ou ses coulisses[170], les enquêtées et moi-même nous retrouvions très souvent bien « entre femmes ».

Encadré n° 5 : La féminisation de la médecine

Dans un contexte d'explosion de la démographie médicale dans les années 1960-1970, l'entrée massive des femmes dans la profession s'est traduite par une division sexuée du travail médical. Issues de l'exploitation par la DREES du Répertoire partagé des Professionnels de Santé, les dernières données statistiques sur la démographie médicale indiquent que les femmes demeurent, en 2015, sur-représentées dans les spécialités les moins prestigieuses et pratiquées plus souvent en ambulatoire, comme la gynécologie médicale, la pédiatrie, la dermatologie ou la santé publique et médecine sociale. Elles sont à l'inverse sous-représentées dans les spécialités médicales techniques comme la cardiologie, l'anesthésie-réanimation, la gastro-entérologie ou la chirurgie.

La psychiatrie constitue l'une des spécialités où hommes et femmes sont représentés presque à part égale. C'est toutefois sans compter sur le processus de surspécialisation interne à la psychiatrie où se rejoue la division sexuée du travail médical. Dans la mesure où la pédopsychiatrie ne constitue pas une spécialité médicale distincte de la psychiatrie, sa féminisation est difficile à relever. Elle se donne toutefois à voir sur le terrain, qui plus est au sein d'un dispositif pédopsychiatrique hospitalier dédié à la périnatalité.

La segmentation sexuée de la profession médicale se lit également une fois son mode d'exercice considéré. Les médecins exerçant exclusivement en libéral sont pour les trois quarts des hommes. Plus souvent salariées que leurs confrères, les femmes médecins sont en particulier plus nombreuses dans les institutions publiques extra-hospitalières comme la santé scolaire, la PMI et, à un moindre degré, la médecine du travail. Aussi, les médecins exerçant dans les centre de PMI (omnipraticien·nes, pédiatres ou gynécologues) sont essentiellement des femmes.

La seule prise en compte du *sex ratio* n'épuise toutefois pas l'analyse des rapports sociaux de sexe sur le terrain. Le genre distribue des rôles sexués et impose un ordre au travers duquel le quasi monopole féminin apparaît, dans cet espace professionnel, à la fois naturel et problématique.

[170] Erving Goffman , *La mise en scène de la vie quotidienne I. La présentation de soi*, Paris, Éditions de Minuit, 1973.

En Protection *maternelle* et infantile tout comme au Pôle *Femme*-Enfant, les hommes occupent une place singulière régulièrement mise en avant comme « minoritaire » face à une supposée hégémonie féminine, ou plus exactement maternelle. Regrettée, la faible présence masculine dans les collectifs de travail est systématiquement mise en miroir avec « la place des pères » autour de la naissance, c'est-à-dire celle que les mères ne leur « laisseraient » pas. « Tu sais, souvent la question à l'œuvre, m'explique une psychologue de PMI, c'est une mère et un enfant un peu trop fusionnels, un espèce de couple où le père a du mal à se glisser entre les deux ». Pour accompagner la famille, un des enjeux de l'intervention professionnelle reviendrait à « remettre du père », raison pour laquelle Mickaël, cadre infirmier de l'équipe de psychiatrie périnatale, se félicite du recrutement récent de deux hommes au sein du dispositif, le sien et celui d'un pédopsychiatre :

> « La grossesse est quand même quelque chose qui est en lien avec l'égocentrisme corporel de la femme donc pour elle il y a, autour de l'enfant, comme une sorte de lien absolu. Le père n'a pas grand chose à voir là dedans. Donc c'est important que nous aussi, au niveau de l'équipe, on réintroduise du père. On ne peut plus faire semblant que les pères n'existent pas parce que maintenant même à l'intérieur de l'équipe il y a des pères » (Entretien Mickaël, cadre infirmier, Pôle Femme-Enfant).

Nourri de « savoirs psy » perpétuant des lectures essentialistes de la différence des sexes, le discours sur la faible mixité des équipes révèle aussi en creux l'idéologie de la complémentarité des sexes sur laquelle se fondent les interventions en périnatalité, comme dans le travail social[171]. De la même façon qu'il serait évident, ainsi que me l'assure une psychologue de PMI, qu'« un père ne s'occupe bien fort heureusement pas des enfants comme s'en occupe une mère » – « moi je suis contre ces pères qu'on décrirait maternant, me précise-telle. Non, non, un père c'est paternant, une mère est maternante » – une division sexuée du travail d'accompagnement des parents est établie. La présence masculine dans les équipes en périnatalité permettrait ainsi de « cadrer » davantage les usager·es. Le Dr Amadeo estime par exemple que « le médecin femme ne prend pas assez de recul par rapport à la mère et a peut-être moins d'autorité. (…) Quand il y a des comportements dans la famille, dans la vie quotidienne, dans la relation mère-enfant qui présente un danger, je recadre ». Un rôle que lui attribuent également les autres membres de l'équipe. « Lui c'est le cadre, m'explique une puéricultrice. Nous on va être plus dans le soutien et lui ça va être un peu une remontée de bretelles quand il faut ». Suivant une partition genrée, les soignantes assureraient quant à elles une « fonction maternante », particulièrement bienvenue dans la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites dans la mesure où, ainsi que me l'assure Marie, infirmière en psychiatrie, « quand même, l'intimité autour d'une naissance c'est très féminin » :

---

[171] Marc Bessin, « Le travail social est-il féminin ? », *in* Jacques Ion (dir.), *Le travail social en débat[s],* Paris, La Découverte, 2005, pp. 152-169 ; Elisa Herman, « La bonne distance. Légitimer l'idéologie de la complémentarité entre animatrices et animateurs en centres de loisirs maternels », *Les cahiers du Genre*, n° 42, 2007, pp. 121-139.

> « Ça serait intéressant d'avoir plus d'hommes dans les équipes mais qu'on soit des femmes c'est bien quand même, c'est important. On apporte [aux patientes] l'étayage maternel qui leur manque. On a quand même un rôle maternel. On est un peu des sur-mamans ou des sur-soeurs, ça dépend de l'âge qu'on a. On vient materner les femmes. Je ne sais pas si avec un homme ça serait pareil, enfin non ça serait nécessairement différent » (Entretien Marie, infirmière en psychiatrie infanto-juvénile).

Fondée sur la dichotomie, la distribution des rôles sexués en périnatalité s'arrange en définitive plutôt bien de la forte féminisation de ce domaine d'activité. S'il est « quand même bien » que les professionnel·les qui accompagnent les mères autour de la naissance soient des femmes, c'est que l'accompagnement de la maternité serait d'abord un « métier de femme » mobilisant des compétences naturalisées comme des qualités féminines et inscrites dans le prolongement des rôles assignés aux femmes dans la sphère privée, et en premier lieu la (grand-)maternité. « Les hommes et les femmes, on n'a pas le même relationnel, faut être honnête », m'assure une puéricultrice. À l'instar d'une image stéréotypée de la relation mère-fille, l'entre soi féminin entre professionnelles et profanes serait propice à l'écoute, à la confession et à la réassurance. Dans cet espace professionnel, les dispositions dites « féminines » constituent indubitablement une ressource venant justifier leur majorité numérique – et ce quand bien même la mixité constitue un idéal normatif fort – tout comme ma présence.

Être une femme (presque) comme elles

Comme le montrent les travaux de Beverly Skeggs et, dans leur sillage, ceux de Viviane Albenga, la féminité comme *habitus* peut en effet constituer une forme de capital culturel à condition qu'elle soit symboliquement légitimée localement par la configuration des rapports de pouvoir en présence[172]. Au delà de mon sexe, ma propre position dans les rapports sociaux de classe et de race m'ont permis de bénéficier d'un tel capital facilitant grandement l'enquête. En ce qu'elle implique une insertion plus ou moins forte dans le monde social étudié, l'ethnographie est une situation qui sollicite des compétences sociales. Il faut savoir plaisanter et rire à propos, éviter les impairs tout en agissant avec spontanéité, savoir quand questionner, quoi relever (ou non), reconnaître ce qui peut se dire et se faire, etc. Si les enjeux des relations en situation d'enquête ne sont pas les mêmes que lors d'interactions ordinaires, il convient tout autant de mettre en œuvre les codes qui facilitent n'importe quel face-à-face social.

---

[172] Beverly Skeggs, *Des femmes respectables. Classe et genre en milieu populaire*, Marseille, Agone, 2015 ; Viviane Albenga, *Lecteurs, lectures et trajectoires de genre*, Thèse de doctorat en sociologie, EHESS, 2009.

Lors des temps collectifs « hors travail », la place que j'ai trouvée à occuper dans « les coulisses » du travail en PMI et à l'hôpital tient pour beaucoup à ma capacité à interagir « comme il se doit » et par là à faire partie du groupe tout en y étant pourtant étrangère. Dans cet entre soi de femmes, hétérosexuelles, diplômées, appartenant aux classes moyennes du public, je peux sans difficulté participer aux discussions où s'entrecroisent commentaires sur les usager·es, récits personnels et questions d'actualité. Prolongeant des questions exposées sur le devant de la scène du travail, nombre de nos conversations informelles concernent la conjugalité, le travail procréatif, les relations intra-familiales, les violences sexuelles, etc. Parce qu'elles « trouv[ent] écho en moi, en mon histoire, en ma chair »[173], je me sens autorisée à partager, comme elles, des anecdotes et confidences à ce propos. Comme elles et avec elles, j'en viens à rire des hommes (des « papas » ou de nos conjoints), me plaindre du travail domestique et de son inégale répartition, signifier mon attachement à un souci des autres contrebalancé par un souci de soi, etc. Ce faisant, je témoigne d'un style de féminité proche du leur. Malgré la spontanéité qui la caractérise, la « complicité féminine » qui nous rassemble n'a rien de naturel. Elle est le produit des rapports sociaux de pouvoir dans lesquels nous sommes prises et des « contraintes de genre » que nous partageons[174].

Il en est toutefois une à laquelle j'échappe alors : la maternité et l'assignation prioritaire des femmes au travail parental. En PMI comme à l'hôpital, les professionnelles que je rencontre sont presque toutes mères, et souvent de plusieurs enfants. Aussi, sur le terrain, les mères ne sont pas seulement les « clientes » des institutions mais aussi leurs agentes. La maternité des professionnelles se donne régulièrement à voir : lorsqu'au cours de la « réunion de sortie » en suites de couches, la sage-femme qui l'anime répète aux jeunes accouchées qu'elle leur parle « en tant que maman parce qu'[elle est] passée par là » ; en permanence de PMI quand une infirmière ou une puéricultrice évoque la poussée dentaire, les troubles du sommeil ou les coliques de ses propres enfants ; quand, en marge d'une réunion de service, des collègues s'échangent des déguisements, des livres ou films pour enfants ; lorsqu'une secrétaire me raconte avoir repéré un enfant « hyperactif » en salle d'attente grâce son « regard de maman » ; quand une psychologue utilise les anciens jouets de sa fille pour agrémenter le bureau où elle reçoit ; lorsqu'une médecin interrompt notre entretien pour aller chercher sa fille à la suite d'un appel de l'école, etc. En observant le travail de professionnelles de santé, j'entr'aperçois aussi leur travail de mère.

À l'instar des assistantes sociales rencontrées par Delphine Serre, l'impératif de l'émancipation féminine est, chez mes enquêtées, pris en tension avec celui du primat maternel. Malgré leur

---

[173] Marie Goyon, « La relation ethnographique : une affaire de genres », *Socio-anthropologie* [En ligne], n° 16, 2005.

[174] Amélie Le Renard, « Partager des contraintes de genre avec les enquêtées. Quelques réflexions à partir du cas saoudien », *Genèses*, Vol. 81, n° 4, 2010, pp. 128-141.

attachement à une division égalitaire du travail domestique – dont elles dénoncent régulièrement les transgressions lorsqu'il s'agit des usager·es de l'institution (« le papa aussi il peut se lever la nuit », « monsieur faut aider madame ») – la configuration actuelle des rapports sociaux de sexe ne les épargne pas. Elles sont nombreuses à exercer à mi-temps ou à avoir interrompu leur activité professionnelle à la suite de la naissance de leurs enfants. Et le « choix » du salariat correspond à leurs aspirations familialistes, tout particulièrement en PMI. Qu'elles soient médecins, sages-femmes, infirmières ou puéricultrices, la volonté d'échapper aux conditions de travail hospitalières ou libérales – modes d'exercice pourtant les plus courants et légitimes dans le champ médical – constitue chez les professionnelles de PMI l'une des raisons principales de leur prise de poste dans le secteur extra-hospitalier, sans qu'elle ne soit toutefois jamais un élément central dans le récit qu'elles font de leur trajectoire.

Si ces femmes croient en la nécessité d'être disponibles pour leurs enfants, elles restent attachées aux normes d'individualisation et d'émancipation féminine par le travail. Exercer une activité professionnelle qualifiée, et s'y épanouir, est chez elles un élément distinctif de leur féminité. Aussi, le fait que mes ambitions professionnelles apparaissent momentanément incompatibles avec la maternité reste cohérent avec leur univers de sens. Mes interlocutrices envisagent rarement que je puisse être mère, du moins pour l'instant. La manière dont on me pose (rarement) la question indique combien ma non-maternité relève d'une évidence. Plus diplômées que la moyenne, ces femmes ont une connaissance minimale de l'épreuve que représente un doctorat. Dans le cadre de leur formation, infirmières, puéricultrices, sages-femmes et psychologues ont eu à rédiger un mémoire, et les médecins une thèse. Elles sont par ailleurs plusieurs à connaître des « thésards » dans leur entourage. Aussi m'encouragent-elles souvent dans une démarche qu'elles considèrent courageuse, tout en soulignant parfois sa relative étrangeté. « Quatre ans d'études c'est déjà pas mal. Plus ça n'aurait pas été possible. La théorie, l'université, c'était pas pour moi », me précise Maud, puéricultrice, quand elle me raconte avoir renoncé à poursuivre ses études de droit après une année de licence alors qu'elle souhaitait initialement devenir avocate. Si je ne suis pas, comme elles, une conciliatrice, rien ne leur laisse toutefois penser que je ne devienne pas mère à mon tour dans les années à venir.

Être ou non parent est rarement un élément biographique mobilisé dans les analyses réflexives conduites en sciences sociales[175]. Sûrement parce qu'une telle donnée n'est pas systématiquement pertinente, certainement aussi parce qu'elle apparaît bien trop triviale à l'analyse sociologique. Or, dans le cadre de ma recherche, ne pas avoir fait l'expérience de la parentalité n'est pas

[175] À titre d'exception voir Tamara Mose Brown, Erynn Masi di Casanova, « Mothers in the field », *Women's Studies Quarterly*, Vol. 37, n° 3-4, 2009, pp. 42-57 ; Tamara Mose Brown, Joanna Dreby (dir.), *Family and work in everyday ethnography*, Philadelphia, Temple University Press, 2013.

sans effets sur le terrain. Qu'il s'agisse des professionnelles ou des patientes traitées pour une dépression, tout se passe comme si les femmes que j'ai rencontrées avaient eu à coeur de bien faire comprendre à la non-initiée que j'étais que « devenir mère ce n'[était] pas que du bonheur » – ce dont je ne doutais d'ailleurs pas. Formuler une telle assertion permettait aux premières de justifier le bien fondé de leurs interventions et aux secondes de normaliser la supposée exceptionnalité de leur expérience. Elles ne s'adressent pas alors seulement à une enquêtrice mais aussi à une « non-mère », ou du moins à une « pas encore mère ».

À plusieurs reprises, mes interlocutrices m'ont renvoyée à ma condition de future procréatrice, sans jamais toutefois me demander si j'envisageais d'avoir un enfant. C'est le cas lorsqu'une sage-femme hospitalière s'inquiète des effets que mon enquête pourrait avoir sur ma future expérience de l'enfantement, après que la psychologue et elle m'aient montré trois clichés d'un bébé mort suite à une IMG et demandé lequel me semblait le « mieux » pour le donner aux parents : « Désolée…avec tout ce que tu as dû voir depuis le début… j'espère qu'on ne te fait pas trop peur pour la suite ». C'est à nouveau le cas lorsque, au cours d'une réunion de « présentation de l'allaitement aux parents » organisée par la PMI à la Maison de quartier de Souchet, la puéricultrice et la secrétaire qui l'animent m'encouragent à participer à un jeu visant à favoriser les échanges entre les femmes enceintes.

> « Tout comme les trois femmes enceintes présentes, je dois me prononcer (« D'accord »/« Pas d'accord ») sur les affirmations suivantes : « Le choix d'allaiter ça se décide en couple », « L'allaitement protège », « L'allaitement fatigue », « Au sein, je ne sais pas combien il prend », « C'est mon bébé qui décidera d'arrêter », « L'allaitement ce n'est pas moderne ». Je décline d'abord la proposition avant de devoir accepter devant les sollicitations amusées des femmes enceintes présentes : « Et Anne-Sophie alors ? Elle ne joue pas ? ». J'ai pourtant bien précisé en début de réunion être étudiante stagiaire et ne pas avoir d'enfant. « Il n'est jamais trop tôt pour y réfléchir » conclut la puéricultrice, ne me laissant pas beaucoup d'autres choix que de jouer le jeu… » (Journal de terrain, Réunion allaitement, PMI)

Comme le souligne Marie Goyon, l'ethnographe se voit parfois « attribuer une identité qui lui est complètement nouvelle, étrangère, radicalement différente de ce qu'il est ou croit être. Et cette "nouvelle identité", légitimée par tous sur ce lieu et ce temps du terrain, va alors devenir "réelle", va être appropriée par le chercheur lui-même »[176]. Son identité de genre se retrouve ainsi en partie construite par le terrain. Contrairement à des chercheures qui, comme Jennifer Hunt ou Geneviève Pruvost, par exemple, ont eu à se travestir ou, *a minima*, à mettre leur genre en conformité avec les réalités du terrain pour enquêter, je n'ai pas eu à travailler sur les signes extérieurs de ma féminité pour bien « passer » auprès des enquêtées. Toutefois, pour demeurer « une femme

[176] Marie Goyon, « La relation ethnographique … », art. cit.

lambda » et performer le style de féminité qu'il était bon que j'incarne, il m'a fallu en rabattre, en particulier concernant mon positionnement féministe. Car si mes enquêtées, pour certaines ouvertement « de gauche », ont pu exprimer leur opposition au sexisme et au racisme, force a été de constater la distance politique et culturelle qui nous séparait sur ces questions.

Dans les institutions en charge de la santé maternelle et infantile au sein desquelles j'ai enquêté, la défense de « l'égalité dans la différence » s'affiche partout, jusque sur les murs. Et alors même que les professionnel·les défendent l'égalité homme-femme et une certaine vision de l'émancipation féminine (libre disposition des femmes de leur corps, accès aux outils contraceptifs, autonomie vis-à-vis des conjoints, etc.), « le féminisme » n'a pas bonne presse. Son évocation a ainsi pu susciter des remarques hostiles, si ce n'est anti-féministes. Quand j'interroge le Dr Balliere, généraliste, sur sa pratique en centre de planification et d'éducation familiale – structure chargée de promouvoir l'émancipation des femmes à travers une nouvelle politique reproductive à l'issue de la loi Veil –, cette femme âgée d'une cinquantaine d'années m'assure « ne pas du tout être féministe » :

> « Aujourd'hui, ça me paraît…. La femme toute puissante, ça me paraît aberrant. Chacun a sa place ! Chacun est important ! De dire "c'est forcément la faute des hommes", je trouve ça complètement réducteur et faux. Que les femmes puissent prendre leur place, oui. Mais pas en opposition aux hommes » (Entretien Dr Balliere, médecin de PMI).

D'une manière similaire, Magali, consultante en lactation, me dit être « révoltée » par les féministes « comme Elizabeth Badinter » – qui vient alors de publier *Le conflit. La mère ou la femme* : « elles empêchent les femmes d'être des femmes ». La liberté et l'aplomb avec lesquels certaines de mes enquêtées ont exprimé leur différentialisme m'ont d'abord surprise. Elles n'ont jamais semblé inquiétées par ma propre position sur le sujet. Je n'ai toutefois pas cherché à les confronter sur la question. Signifier nos désaccords aurait pu constituer une stratégie empirique. Mais, en me distinguant, elle s'avérait périlleuse, risquant de tendre nos échanges voire de rompre la connivence si précieuse à ma démarche ethnographique. Le malaise ressenti après que j'ai cherché à confronter l'une de mes interlocutrices aux limites de son raisonnement m'a convaincue de ne pas réitérer l'expérience. Au cours d'un entretien avec Florence, psychologue de PMI, je cherche timidement à discuter des prémisses genrés et hétéronormatifs de son discours sur « les papas » et « les mamans ».

> « Le père c'est celui qui dit "écoute tu as fini un peu de t'occuper du bébé. Je suis là j'existe". C'est le père qui dit quelque chose comme "j'en ai un peu marre que tu allaites à temps plein. Ton sein c'est aussi un objet sexuel". Le père il fait tiers. Il fait qu'à un moment donné la mère va commencer à se repenser en tant que femme et pas que en tant que mère. Elle est mère et femme. (…) À un moment donné, il faut un peu qu'elle lève le nez de son bébé et le père il sert à ça. Et quelque fois, la mère elle ne le laisse

pas rentrer ou alors le père il est un peu trop gentil, pas trop insistant. Quand c'est ça, moi j'interpelle.
Et dans les couples de même sexe alors ?
(Silence)
Dans le cas de l'homoparentalité, comment tu poses ces questions de père et mère ?
Et bien je pense qu'il faudrait que j'y réfléchisse un peu plus longuement… Tu sais, de toute façon je vais te dire un truc, tu fais des études de psycho, on fait 5 ans d'études et en fait on ne sait rien. C'est à dire qu'au fil des questions cliniques des patients que tu reçois, tu continues à aller étudier » (Entretien Florence, psychologue en PMI).

« Et dans les couples de même sexe alors ? » Ne s'attendant certainement pas à ce que je puisse contredire l'évidence qu'elle m'assène, ma question la prend visiblement de court et la conduit à reconnaître sa relative ignorance du sujet — tout en parvenant malgré tout à garder la face en faisant du questionnement et du doute un moteur assumé de la démarche clinique.

La parole, plaisantée ou non, portée sur les femmes racisées et la propension partagée par mes enquêtées à tenir des discours altérisants et culturalistes a constitué un autre élément distinguant leur (di)vision du monde de la mienne, qu'il m'a fallu taire. La mise en relation de l'islam avec la domination masculine a en particulier été récurrente, tout comme le stigmate de la soumission et de l'enfermement domestiques pesant sur certaines femmes voilées. Entre femmes blanches diplômées de classe moyenne, tout comme plus largement de manière transversale dans notre « démocratie sexuelle »[177], les victimes du sexisme seraient d'abord les autres. Plus que leur propos, c'est la liberté de ton avec laquelle elles l'ont exprimé qui m'a interpellée. Tout se passe comme si je ne pouvais pas me sentir offensée, dans la mesure où les femmes dont il était question n'étaient pas celles dont « nous » faisions partie. Ma surprise a toutefois été heuristique. Elle m'a conduite à interroger les ressorts de genre, de classe et de race de la complicité qui a marqué la relation d'enquête et plus largement à être davantage attentive aux dispositions féminines qu'elle valorisait, au modèle situé de genre qu'elles partageaient et aux formes de racialisation genrée qui traversaient leur travail institutionnel.

À l'instar d'autres chercheures travaillant sur des terrains féminins, être une femme « presque comme elles » a contribué à faciliter mon insertion et a rendu relativement confortable une grande partie de l'enquête. Une certaine familiarité a pu se nouer en particulier avec les infirmières, les puéricultrices, les sages-femmes, les psychologues de la PMI et de l'hôpital, sans même que je n'aie le sentiment de devoir réaliser un effort particulier en ce sens. On vient me chercher régulièrement pour déjeuner ou m'inclure dans les moments de détente informels. On répond à mes

---

[177] Éric Fassin, « La démocratie sexuelle et le conflit des civilisations », *Multitudes*, vol. no 26, no. 3, 2006, pp. 123-131. Voir également le numéro de *Nouvelles Questions Féministes* consacré à « Sexisme et racisme : le cas français », Vol. 25, n°1, 2006 ; Éric Fassin, « Questions sexuelles, questions raciales. Des articulations problématiques », *in* Didier Fassin, Éric Fassin (dir.), *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française,* Paris, La Découverte, 2006.

questions même quand la journée de travail est terminée. On me ramène en voiture à la gare de RER. On m'informe de la tenue d'une journée de formation susceptible de m'intéresser. On m'interroge aussi sur l'avancement de mon travail. On m'invite même à présenter mes résultats intermédiaires. L'enquêtrice que je suis bénéficie d'une position à mon sens plutôt privilégiée lorsqu'il s'agit de conduire une ethnographie auprès des professionnelles de la périnatalité. Interagir avec ces femmes me semble simple. Chausser les lunettes du genre pour analyser la singularité de ces relations d'enquête me conduit à faire de mon style de féminité un ressort de l'enquête me permettant de progresser dans la conduite du terrain, sans même que je ne m'en rende alors pleinement compte. La distanciation nécessaire à un tel constat n'a toutefois été rendue possible qu'une fois confrontée à ma difficulté à « passer » auprès des pédopsychiatres hospitaliers, et à enquêter auprès d'elles et eux.

B. Éprouver les hiérarchies au sein du champ médical

Prérequis incontournable à la collecte de données, les démarches entreprises pour obtenir un droit d'entrée sur le terrain peuvent être des moments particulièrement révélateurs des positions assignées au chercheur·e et des relations existant au sein de l'univers étudié. « Conditions de réalisation de l'enquête », elles forment aussi « un véritable matériau d'analyse du terrain lui-même »[178]. Les négociations pour accéder au service de psychiatrie infanto-juvénile du centre hospitalier de Canche ont été particulièrement longues et éprouvantes. Alors que je circulais dans un univers où les professionnelles s'étaient montrées accueillantes et m'avaient, pour la plupart, signifié leur intérêt pour ma recherche, la relation d'enquête a été toute autre en pédopsychiatrie. L'« épreuve ethnographique »[179] traversée n'a pas été sans effet sur la conduite de l'enquête. Si le récit de ce type de difficultés comporte le risque « d'apparaître sous un jour défavorable […] comme un piètre enquêteur », écrit Daniel Bizeul, « il n'est pas inutile, cependant, de savoir qui est le chercheur, comment il a été perçu, avec qui il s'est lié et qui l'a ignoré, quelles sympathies et quelles répugnances ont influencé ses perceptions […] »[180]. D'autant que cette expérience, pour désagréable qu'elle ait été, m'a permis d'éprouver la domination des pédopsychiatres hospitaliers et de mesurer que je n'enquêtais pas seulement au sein d'institutions partenaires, mais aussi – chose que j'avais négligé jusqu'alors – à l'intérieur du champ médical, me heurtant à ses hiérarchies en passant ses frontières.

---

[178] Muriel Darmon, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère… », art. cit., p. 99.

[179] Didier Fassin, « L'inquiétude ethnographique », art. cit.

[180] Daniel Bizeul, « Que faire des expériences d'enquête ? Apports et fragilité de l'observation directe », *Revue française de science politique*, Vol. 57, n° 1, 2007, p. 69-70.

En cela, ces négociations ont constitué « un “moment critique” de l'enquête […] durant lequel des choix sont opérés, des options sont prises, des compromis réalisés par le chercheur qui engagent déjà en partie le contenu et l'avenir de sa recherche »[181], soit des « étapes décisives de la construction de l'objet »[182].

Épreuves pédopsychiatriques

En avril 2012, afin de pouvoir observer sa pratique, Margot, psychologue à l'UPSP, m'invite à solliciter l'accord de la cheffe du service de psychiatrie infanto-juvénile, le Dr Bouraya. Pour l'avoir croisé à quelques reprises au cours de mon enquête en PMI, puis au cours de certains staffs au Pôle Femme-Enfant, je sais cette médecin peu accessible. Elle n'assiste jamais à l'intégralité des réunions, s'absente pour répondre à diverses sollicitations et se montre souvent expéditive. Je devine qu'il me faudra faire preuve de patience et de persévérance. Je lui adresse un premier courrier, puis un deuxième quelques semaines plus tard, qui demeurent lettres mortes. Lors de mes divers déplacements en gynéco-obstétrique, je n'ai pas l'occasion de la croiser fortuitement pour la solliciter directement. Le Pôle Femme-Enfant est divisé en deux ailes. La gynéco-obstétrique occupe la première aile et certains étages de la seconde où se trouvent les services de pédiatrie et la psychiatrie infanto-juvénile. Faute de réponse, je me présente alors à son secrétariat et explique la situation à la secrétaire, qui n'a pas eu connaissance de mes courriers. Elle m'invite à lui laisser mon numéro de téléphone : « le Dr Bouraya vous rappellera ». Elle ne me rappellera pas.

En juin, près de deux mois après que nous ayons convenu que je m'adresse à la cheffe de service, je partage un déjeuner, au self de l'hôpital, avec les psychologues. Cette rencontre est à l'initiative d'Élise, elle sait que je souhaite observer le travail de l'UPSP et entreprend de m'aider. « Tu as vu, on a même des stagiaires sociologues maintenant ! », plaisante-t-elle à l'intention de Margot. Ce déjeuner relance le processus de négociations et conduit Margot à s'y engager : « Tu as pu rencontrer Yasmina [Bouraya] ? ». Je réponds par la négative et raconte mes différentes tractations. Les psychologues échangent des regards entendus. « Elle est très occupée. Elle a récupéré les patientes de [une pédopsychiatre depuis peu en congé longue maladie] puis elle est en train de faire sa thèse de psychopathologie. Elle intervient dans un DU à Paris. Elle est beaucoup moins présente en ce moment. On a une réunion la semaine prochaine. Je vais lui en parler pour que tu puisses présenter ton projet », me rassure Margot. Par son entremise, je suis invitée à assister au prochain staff

---

[181] Benjamin Derbez, « Négocier un terrain hospitalier. Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale », *Genèses*, Vol. 78, n° 1, 2010, p. 106.

[182] *Ibid*., p. 105.

du service de psychiatrie infanto-juvénile, après les congés d'été, pour « [me] présenter aux médecins ».

En septembre, la réunion rassemble les membres du service de psychiatrie infanto-juvénile. Dans une salle de conférence du Pôle Femme-Enfant, une cinquantaine de personnes occupent les gradins : médecins – au premier rang –, cadres de santé, psychologues, psychomotriciennes, infirmières, éducatrices, assistante sociale. Elles et ils exercent à l'hôpital ou dans les structures ambulatoires du secteur[183]. À la tribune, le Dr Bouraya ouvre le staff avant de laisser la parole à deux étudiant·e·s en psychologie. Elle et il présentent leurs travaux de fin de stage puis répondent, tant bien que mal, aux « questions » – qui sont davantage des critiques – que leur adressent les médecins. Le Dr Denis, un pédopsychiatre d'une cinquantaine d'années, présente par la suite une « vignette ». Son exposé mêle description clinique, anamnèse de la pathologie et références psychanalytiques, littéraires et philosophiques. La discussion qui s'engage par la suite laisse peu de place à la prise de parole profane. N'y participent d'ailleurs essentiellement que les médecins et quelques psychologues. Les personnels socio-sanitaires, quasi-exclusivement des femmes, interviennent peu. Après une heure et demi de staff, la cheffe de service lève la réunion qui a pris du retard et invite les médecins et psychologues à rester pour participer à « la réunion interne ». Margot m'avait préalablement informée : « Tu te présenteras à ce moment-là ». Alors que plus des trois quart de l'assistance sort, je reste à ma place. Une psychologue d'un des CMP s'approche et me demande de quitter les lieux : « Les stagiaires n'ont pas le droit de rester ». Je lui explique alors les raisons de ma présence et lui précise que je suis invitée à rester par « le Dr Bouraya ».

Une fois en comité restreint, quatre médecins et trois psychologues s'installent autour de leur cheffe de service. Je prends place à côté de Margot. Les discussions engagées se poursuivent, si bien que la réunion commence sans que je n'aie l'occasion de me présenter. À en croire certains regards interrogateurs, ma présence questionne tout en étant totalement ignorée par la cheffe de service qui conduit sa réunion au pas de course. Les trente minutes de cette réunion me semblent interminables tant mon malaise est grand. Lorsqu'elle touche à sa fin et que certain·es rassemblent déjà leurs affaires pour rejoindre les structures où elles et ils consultent bientôt, une pédopsychiatre d'une cinquantaine d'années m'interpelle : « Pardon, mais vous êtes qui ? [Puis elle s'adresse à Margot] C'est ta nouvelle stagiaire ? ». Margot intervient, gênée : « Désolée, je n'ai pas eu l'occasion de présenter Anne-Sophie. [Elle s'adresse à la cheffe de service] Je pensais que tu le ferais [silence]. Anne-Sophie est étudiante en sociologie, mais je te laisse peut-être te présenter ». Deux mé-

[183] Ce secteur de pédopsychiatrie, administrativement rattaché au centre hospitalier de Canche, est l'un des cinq secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du département. Il comprend deux centres médico-psychologiques (CMP), deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), deux hôpitaux de jour, une unité mobile, un dispositif spécialisé dans les troubles de langage et des apprentissages, et une unité de périnatalité et soins précoces.

decins et une psychologue sont déjà debout, prêt·es à partir, je sens que je dois faire au plus pressé : « Je suis doctorante en sociologie. Je réalise une thèse sur l'accompagnement de la parentalité en périnatalité et je suis particulièrement intéressée par votre travail, notamment celui de l'UPSP ». J'espère alors seulement obtenir l'accord de la cheffe de service pour réaliser une enquête au sein de cette équipe, et en particulier auprès de la psychologue avec qui j'ai déjà discuté des modalités d'un « stage ». Mais, contrairement à mes précédentes expériences de négociations en PMI et en gynéco-obstétrique, obtenir cet accord n'a rien d'une formalité. Le Dr Bouraya me demande de revenir présenter mon projet de recherche lors de la prochaine « réunion des médecins ».

Trois semaines plus tard, à l'heure dite, je me présente devant la salle de réunion indiquée. La porte est fermée. Je frappe pour m'annoncer. La réunion n'est pas terminée. Je patiente vingt minutes avant d'être invitée à entrer. Seulement quatre des sept médecins que compte le service sont présents. Elles et ils se présentent tour à tour : « Josselin Breton, pédopsychiatre, praticien hospitalier au Pôle Femme-Enfant et en CMP Canche », « Jean Denis, pédopsychiatre psychanalyste en infanto-juvénile et en psychopathologie de l'adolescent », « Monique Girard, pédopsychiatre au CMP de Souchet » et « Yasmina Bouraya, cheffe de service de la psychiatrie infanto-juvénile ». Puis vient le moment de présenter ma recherche. L'exercice n'est pas nouveau, pourtant j'ai le sentiment de passer une audition, sans pouvoir toutefois développer mon propos comme je l'ai prévu. Régulièrement interrompue par des commentaires ou des questions, et ce dès le début de ma présentation, je ne maîtrise pas l'interaction et peine à garder la face.

> « Alors que j'explique avoir conduit des enquêtes en PMI et en gynéco-obstétrique pour observer les activités préventives désignées sous "le vocable" du "soutien à la parentalité", le Dr Drossart me coupe la parole.
> Dr Drossart – Le vocable ? On dirait que vous parlez de la novlangue de *1984*. C'est très orwellien.
> Moi – Oui…Le terme est peut-être mal choisi. Je voulais juste signifier ma distance avec cette catégorie d'action publique. Ce qui m'intéresse, c'est d'étudier les pratiques qui participent à ce travail de soutien des…
> Dr Bouraya – Mais enfin ici c'est pas la PMI ! On ne soutient pas la parentalité, on la soigne ! C'est thérapeutique.
> Moi – Oui bien sûr. Et justement je m'intéresse aux différentes modalités de soins qui ciblent l'expérience parentale, et en particulier maternelle … D'où mon intérêt pour le traitement psychologique et psychiatrique des troubles de la relation mère-enfant et la prise en charge des dépressions périnatales. […] J'aimerais pouvoir observer ce travail. Puis dans un second temps m'entretenir avec des patientes suivies par Margot dont j'aurais observé les consultations pour retracer…
> Dr Bouraya – Vous voulez rencontrer combien de patientes ?
> Moi – Je pensais constituer un corpus de 15-20 entretiens.
> Dr Bouraya – Ça me semble beaucoup. Cinq pour commencer. On vous donnera des noms » (Journal de terrain, réunion des médecins de psychiatrie infanto-juvénile, Pôle Femme-Enfant).

L'issue de cette négociation ne se solde pas par un « refus », mais ne m'offre pas pour autant la liberté d'enquête dont j'aurais souhaité bénéficier. Après avoir formalisé une convention de stage avec l'infirmier cadre de service – sur les instructions du Dr Bouraya –, je finis par « entrer » en pédopsychiatrie en janvier 2013. Mais je dois composer avec les conditions imposées : ne m'entretenir qu'avec cinq patientes, et seulement celles dont « on » m'aura indiqué les noms, et limiter ma présence lors des consultations de la psychologue à une demi-journée par semaine, au motif que « Margot a déjà une stagiaire ». La psychologue m'avait pourtant indiqué pouvoir m'accueillir deux demi-journées par semaine. Ce faisant, la cheffe de service conserve, pratiquement et symboliquement, la maîtrise de l'enquête et de ma présence dans « son » service, davantage « tolérée » que véritablement acceptée. Je parviens malgré tout à déborder à la marge le cadre imparti. Je n'observe certes que les consultations autorisées mais fais en sorte d'être présente en coulisses (réunions, discussions informelles, …) en arrivant plus tôt, en partant plus tard ou en revenant à d'autres moments de la semaine pour conduire des entretiens avec les « soignantes » de l'équipe.

Une confrontation à la domination médicale

Je suis « entrée » sur le terrain, mais m'y maintenir est laborieux compte tenu des diverses « "agressions" symboliques »[184] dont je fais l'expérience tout en devant continuer à faire preuve de déférence (sourire, remercier, me taire, …). En présence des médecins – qui ignorent souvent la mienne –, j'ai le sentiment d'être en terrain hostile. Je suis exclue des échanges que je partage pourtant, autrement, avec les membres de l'équipe. Je m'exclus aussi moi-même. Dans les couloirs du Pôle Femme-Enfant, à la cantine ou dans la salle où se retrouvent les membres de l'UPSP pour partager cafés et discussions sur les patientes, les croiser me met mal à l'aise. Après avoir à deux reprises tenté l'expérience, je renonce notamment à conduire des entretiens auprès des médecins du service. La tenue de mon journal de terrain atteste de l'aversion que j'ai été amenée à leur porter.

> « Je déjeune avec les "soignantes" dans la salle de l'équipe. Le Dr Breton [une trentaine d'années] et Charles [l'interne] prennent le café à côté. Ils commentent l'arrivée d'une nouvelle interne, en néonatologie : une "brésilienne", à la beauté "exotique", "belle mais trop belle". Il échangent par la suite des sarcasmes sur les imprimés léopard de la cheffe de service et la hauteur de ses talons. Je ne les supporte pas » (Journal de terrain, UPSP, Pôle Femme-Enfant).

> « Le Dr Denis m'a appelé… à 21h30 ! Je ne lui ai même pas donné mon numéro. Nous avons échangé par mail dans la journée pour convenir d'un rendez-vous pour un entretien. [Ma signature comporte mon numéro de portable]. À 21h30, je reçois un appel

[184] Hélène Chamboredon et *al*., « S'imposer aux imposants … », art. cit., p. 127.

d'un numéro inconnu. Je ne réponds pas. Deuxième appel, je décroche : c'est le Dr Denis. Il ne s'est même pas excusé. "C'est plus simple comme ça" » (Journal de terrain, préparation de l'entretien avec le Dr Denis).

Confronté·es à des « agents dominants et professionnalisés », les auteur·es de « s'imposer aux imposants » livrent de précieuses clés pour comprendre la tension parfois éprouvée sur le terrain par l'enquêteur·trice. Socialement significatif, le malaise – les auteur·es parlent essentiellement du « stress » – est une des manifestations, psychologique et physique, de la force des contraintes sociales. Je ne dispose que de très peu de données socio-biographiques sur ces médecins me permettant d'objectiver leur domination. Reste que sur le terrain, aussi bien à l'hôpital que lors d'un entretien dans un café à côté de l'université où exerce l'un d'entre eux, je l'éprouve bien souvent subjectivement. Et elle m'est insupportable. S'il ne suffit pas, ainsi que l'écrivent ces auteur·es de « mentionner l'origine socio-professionnelle des parents » pour éclairer mon rapport à cette domination – qui est aussi une domination de genre –, la mienne ne peut toutefois être négligée. Fille d'un père médecin généraliste libéral et d'une mère chercheure en neurobiologie, je ne suis pas étrangère à la domination médicale. Toutefois, jusqu'alors je l'ai moins subie que je n'en ai privilégié. Aussi, au cours de cette enquête, je ne suis ni fascinée ni véritablement intimidée par ces médecins, je me sens surtout régulièrement humiliée. L'expérience sensible de l'enquête – bien que désagréable – relève, en situation, des dominations imbriquées de classe, de genre et d'âge.

Plusieurs enquêtes ont déjà pointé les difficultés relatives à la confrontation avec le monde médical, à la puissance et à la légitimité de ses savoirs. En terrain pédopsychiatrique, je fais aussi les frais des rapports de pouvoir entre disciplines. Sociologue, et qui plus est en formation, je ne suis prise au sérieux par aucun des pédopsychiatres hospitaliers du service, pas même par l'interne. Âgé alors comme moi d'une vingtaine d'années, je crois initialement pouvoir en faire un allié. Mais nos conversations informelles sont rares et toujours à mon initiative. L'une d'entre elles finit par me convaincre que je fais fausse route en espérant créer une connivence.

« Je quitte le Pôle Femme-Enfant en même temps que Charles. Je sais peu de choses de lui, si ce n'est qu'il est fils de médecin et interne pour la deuxième année consécutive dans le service. Nous discutons. Il évoque ses cours de sociologie dans le cadre de ses études de médecine. "C'était intéressant d'avoir un autre regard". Il ne se souvient plus du noms des "auteurs", "quelqu'un sur la dépression".
Moi — Alain Ehrenberg, peut-être ? *La société du malaise* ?
Charles – *La société du malaise ?* Tu ne confonds pas avec *Malaise dans la civilisation* ?
Sa remarque me déstabilise. Ce titre me dit bien quelque chose… J'hésite un instant. Je doute.
Moi – Euh… peut-être oui.

Charles – Parce que si c'est ça, *Malaise dans la civilisation* c'est pas d'un sociologue. C'est de Freud » (Journal de terrain, Pôle Femme-Enfant).

Quelles qu'aient été mes tentatives de donner le change en cherchant à occuper une position savante, même modeste, je suis quoiqu'il arrive « hors jeu » face à ces médecins. La cheffe de service, à qui j'ai pourtant à maintes reprises eu l'occasion de décliner mes titres scolaires et de signifier mon statut de « doctorante en sociologie », ne semble d'ailleurs même pas le connaître. Après m'avoir fait patienter une demi-heure en salle d'attente, elle me reçoit en entretien après la réunion lors de laquelle j'ai présenté (ou plutôt tenté de présenter) mon projet de recherche : « Dites-moi à nouveau, vous êtes élève assistante sociale? ». Et lorsque je suis « reconnue » comme étudiante en sociologie, la discipline que je représente est tout au plus un « éclairage », un « regard », certes « intéressant » voire « passionnant », mais que peuvent aussi adopter les médecins. La « posture de maîtrise du monde de l'enquêtrice»[185] adoptée par le Dr Denis est ici particulièrement significative. L'érudition dont il fait la démonstration, lors de ses prises de parole publique et au cours de nos échanges, et sa position de directeur de recherche – qu'il me révèle dès notre premier échange – font partie intégrante de l'arsenal symbolique de ce pédopsychiatre psychanalyste.

« La réunion est terminée [celle où j'ai rencontré les médecins pour présenter mon projet de recherche]. Je quitte la salle en compagnie du Dr Denis. Nous échangeons un moment sur le chemin, jusqu'à la sortie du bâtiment. Il me demande si j'ai "lu" Bourdieu, puis Foucault. "Sur la folie c'est indispensable". Il me raconte avoir suivi des études de sociologie et de philosophie qui semblent l'avoir passionné. Pour donner un peu plus de gages de crédibilité à ma démarche, je me risque à "placer" que j'adopte une "perspective foucaldienne" dans mon travail
Dr Denis – C'est bien, c'est intéressant ça. Mais je n'ai pas bien compris quelles sont vos hypothèses ?
Moi – Je n'ai pas d'hypothèses à proprement parler.
(Je m'empêtre dans des explications sur la démarche inductive, la nécessité d'en passer par le terrain pour construire l'objet de ma recherche à partir de l'expérience d'enquête. Il ne me semble pas convaincu).
Dr Denis – En quelle année de thèse êtes-vous ?
Moi – En troisième année.
Dr Denis – Ne le prenez pas mal mais je ne vous trouve pas très avancée pour une troisième année.
Moi – Euh… oui enfin une thèse c'est souvent plus long que trois ans, notamment en sciences sociales.
Dr Denis – Oui. Je sais ce que c'est. Je suis directeur de recherche en psychopathologie. Mais à ce stade là vous devriez déjà avoir des premiers résultats. Qui vous dirige ?
Moi – Marc Bessin, à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
Dr Denis – Jamais entendu parler. Envoyez-moi un mail, je vous enverrai mes publications et nous prendrons rendez-vous" » (Journal de terrain, Pôle Femme-Enfant).

[185] Muriel Darmon, « Le psychiatre, la boulangère et la sociologue … », art. cit., p. 103.

La domination que ce médecin exerce sur moi ne s'exprime pas par le mépris plus ou moins euphémisé que d'autres ont pu me témoigner, et en particulier le Dr Bouraya. Car « la domination intellectuelle peut parfois prendre la forme de la connivence et de la proximité »[186], ici teintée de paternalisme. Il « connaît » lui aussi la sociologie pour l'avoir un temps étudiée. Sa façon de me le faire savoir est du reste significative. Plutôt que de seulement témoigner de son goût pour la lecture de Bourdieu et Foucault – peut-être était-ce d'ailleurs sa seule intention –, « la figure du "professeur" »[187] lui colle à la peau. Ses questions sur mes lectures sont autant d'évaluations des connaissances qu'il estime devoir être celles d'une étudiante en sociologie. Comme autant de bons points récoltés, avoir « lu » ces auteurs me vaut sa sympathie. Malgré la violence symbolique ressentie lors de nos échanges, ce médecin ne cherche pas à m'être désagréable. Ses commentaires sur l'avancement de ma thèse ne se veulent pas brutaux. C'est d'ailleurs moins ma crédibilité que celle de celui qui « [me] dirige » que ce « directeur de recherche » semble remettre en question – « vous n'êtes pas très avancée », « qui vous dirige ? », « jamais entendu parler ». De façon à contribuer à mon travail, il m'envoie par la suite certaines de ses publications. Enfin, au cours de l'entretien qu'il m'accorde, il me recommande de lire Mélanie Klein, Donald Winnicott, Serge Lebovici et d'autres psychanalystes.

Toutefois, malgré sa bonne volonté affichée, ce médecin use de toute son « autorité » pour « résister » à l'enquête[188]. Lors de notre entretien, je ne parviens pas à m'imposer comme enquêtrice et n'ose même pas sortir mon dictaphone tant la situation ne me semble pas s'y prêter. Je suis d'emblée fragilisée par cette relation où se combinent rapports sociaux – de sexe, de classe et d'âge – et paternalisme, qui me donne peu de maîtrise de la situation.

> « Je retrouve le Dr Denis dans un café, à Paris, à côté de l'université où il enseigne. Il a proposé ce lieu. Au jour et à l'heure dite, je l'aperçois déjà installé dans le café. Me voyant arrivé, il se lève pour m'ouvrir la porte, m'invite à prendre place, appelle le serveur, me demande ce que je souhaite boire et commande mon thé. J'ai l'impression d'être "reçue", et j'en suis très mal à l'aise. […] À la fin de notre entrevue, il demande l'addition et insiste pour régler » (Notes de terrain, entretien avec le Dr Denis)

La situation d'enquête est renversée : il m'interroge et ne se livre qu'à la marge au récit de soi. Je reste l'étudiante, si ce n'est l'élève, voire même la patiente. Quel est mon parcours ? Pourquoi ce sujet ? Qu'est-ce qui m'intéresse *vraiment* dans la maternité ? Il me suggère de m'interroger sur les

---

[186] Hélène Chamboredon et *al*., « S'imposer aux imposants … », art. cit., p.120.

[187] Muriel Darmon, « Le psychiatre, la boulangère et la sociologue … », art. cit., p. 103.

[188] Samuel Lézé, « Résister à l'enquête ? Le chercheur face à l'autorité des psychanalystes », *in* Alban Bensa, Didier Fassin (dir.), *Les politiques de l'enquête,* La Découverte, 2008, pp. 261-276.

raisons inconscientes de ce choix. À certains égards, ces questions font « apparaître un recodage psychologique et psychanalytique »[189] de ma recherche susceptible de disqualifier sa scientificité. Les analyses de Muriel Darmon à partir de son terrain sont à nouveau ici utiles à la compréhension de ce qui se joue lors de cette interaction : « la façon dont est posée la question des raisons (forcément profondes et biographiques) pour lesquelles j'ai choisi ce sujet dénote aussi un processus, voire une stratégie […] : la réinscription de l'enquête sociologique, à travers la personne de l'enquêtrice, dans l'espace du psychologique ».[190]

« On ne soutient pas la parentalité, on la soigne »

Si j'ai longtemps considéré que ce dernier volet de l'enquête avait été à plusieurs égards décevant, la violence symbolique éprouvée auprès de ces médecins, et le contraste vécu du fait des relations jusqu'alors entretenues avec les autres professionnel·les de santé en PMI – y compris avec les médecins – et à l'hôpital ont été heuristiques. En me rappelant quelle était ma place, mais aussi à travers moi quelle était celle du « social », la pénibilité de ce terrain m'a permis d'apprécier la hiérarchie des positions et des savoirs dans le champ médical. L'enquête ethnographique permet d'observer des situations de travail afin d'appréhender la dynamique des relations professionnelles marquées par des enjeux de pouvoir. Pourtant incontournables, elles ne me sont apparues centrales qu'en traversant les frontières institutionnelles et professionnelles, une fois passée de la PMI à l'hôpital, puis des soignantes et psychologues aux pédopsychiatres. Cet aveuglement premier tient en partie à l'euphémisation des hiérarchies professionnelles en PMI qui, une fois révélée, m'a conduit à l'interroger. Ce n'en qu'en circulant d'une institution à l'autre que les lignes de clivages relatives à mon objet deviennent pleinement visibles.

« On ne soutient pas la parentalité, on la soigne ! » Cette remarque de la cheffe de service de pédopsychiatrie est un rappel à l'ordre : conduire une enquête à l'Unité de périnatalité et de soins précoces dans le cadre d'une recherche sur le « soutien à la parentalité » – qui plus est initiée en PMI – n'a pour elle pas de sens. Si parler en ces termes m'avait permis d'accéder aux centres médico-sociaux, puis aux EPP conduits par les sages-femmes hospitalières, les « psys » hospitalier·es, et en particulier les médecins pédopsychiatres, y sont plus hermétiques. La catégorie de « soutien à la parentalité », que je pensais susceptible de rassembler, s'avère moins consensuelle que ne je l'envisageais. Déjà, alors que je présentais mon travail à Élise, psychologue, celle-ci s'était montrée pour le moins circonspecte à l'égard de cette notion, qui lui semblait inapte à désigner sa pratique.

---

[189] Muriel Darmon, *« Le psychiatre, la sociologue et la boulangère … »*, art. cit., p. 107

[190] Muriel Darmon, art. cit., p. 109.

« Élise – Le soutien à la parentalité, je ne sais pas ce que ça veut dire. C'est un mot fourre-tout.
Moi – Oui, vous avez raison. Je l'emploie parce que c'est le terme que l'on retrouve dans les politiques publiques mais disons que ce qui m'intéresse c'est le "prendre soin" du "devenir mère".
Élise – Ha oui "prendre soin" ça me parle déjà plus. Les femmes ont besoin d'être entourées, qu'on s'occupe d'elles, de leur corps mais pas seulement… Ce n'est pas parce qu'on accouche qu'on devient mère. […] Elles ont besoin d'être accompagnées.
Moi – *(J'acquiesce)* Ce qui m'intéresse c'est tout ce travail là, l'accompagnement de la maternité. » (Journal de terrain, Pôle Femme-Enfant).

Puisqu'il s'agit d'accéder à l'observation de leurs activités, j'apprends progressivement à requalifier mon objet de recherche, de façon à utiliser des catégories à travers lesquelles mes interlocuteur·trices peuvent se reconnaître, et se sentir reconnu·es. Si les agent·es de PMI acceptent de parler du « soutien » qu'elles et ils apportent aux mères – y compris les psychologues, qui insistent toutefois sur le registre « clinique » et « analytique » de leur travail –, les psychologues et pédopsychiatres hospitalier·es mettent davantage à distance un terme qui ne rendrait pas suffisamment compte de la spécificité de leur pratique – « c'est un mot fourre tout » –, davantage inscrite dans le répertoire du soin.

Bien qu'ils entament la crédibilité de l'enquêtrice, les impairs ont des vertus heuristiques. La diversité des termes employés pour définir le travail des un·es et des autres participe à la réaffirmation de frontières entre des espaces professionnels. Pas seulement par de simples rappels à l'ordre des positions – « mais enfin ici c'est pas la PMI ! », s'agace la pédopsychiatre – mais également parce que les catégories utilisées renvoient plus généralement à des « conceptions différentes de ce qui constitue le centre de leur vie professionnelle », voire à différentes « images de la relation »[191] avec les (futures) mères prises en charge. Car l'« accompagnement » – terme qui fait davantage consensus – engage différents registres d'action. Ainsi que le souligne Lise Demailly, leur diversité est « le produit de la singularité des situations-problèmes à traiter et du travail de définition, délimitation exercée par les groupes professionnels et leurs porte-parole. Ceux-ci posent des frontières de métier, définissent des cœurs de métiers, un type de relation légitime, parfois de façon conflictuelle entre groupes voisins, mais aussi de façon conflictuelle au sein du groupe dont ils sont les porte-parole »[192].

Ces luttes symboliques pour la définition de l'activité et de ses frontières agissent alors pour moi comme un révélateur, et m'amènent à reconsidérer certaines données. Je comprends alors d'au-

---

[191] Rue Bucher, Anselm Strauss, « La dynamique des professions », *in* Anselm Strauss, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 73-75.

[192] Lise Demailly, « Fortunes et ambiguïtés de l'accompagnement », *Empan*, Vol. 74, n° 2, 2009, p. 2.

tant mieux l'inimitié que portent les médecins de PMI aux pédopsychiatres, la frustration qu'expriment les sages-femmes, infirmières et puéricultrices en évoquant « le manque de retours » de la psychiatrie infanto-juvénile lorsqu'elles y adressent une famille, et les tensions qui caractérisent les relations entre les médecins cheffes des deux services. Lors des « Journées annuelles de formation à psychopathologie périnatale », organisées par le réseau de santé périnatale et dont le Dr Bouraya est membre du conseil scientifique, les deux femmes se saluent à peine. Assise non loin du Dr Deckens, cheffe de service de la PMI, je l'aperçois, bras croisés sur la poitrine, lever les yeux au ciel lors des prises de parole de sa consœur pédopsychiatre. Elle ne cherche pas à dissimuler l'antipathie qu'elle lui porte. « On a du mal à travailler avec la pédopsychiatrie », m'indique-t-elle alors que je lui apprends entreprendre une enquête à l'UPSP, et me souhaite « bon courage ». De son côté, la cheffe de service de pédopsychiatrie me recommande, en entretien, de prendre davantage de « recul » vis-à-vis de la PMI, évoquant « la stigmatisation des parents » dont témoignerait l'institution.

Ces tensions, qui me sont d'abord apparues comme des conflits interpersonnels, ne se limitent du reste pas aux seules relations entre ces deux femmes. Une médecin de PMI, responsable de circonscription sur un territoire rattaché à un autre établissement hospitalier, m'assure également qu'« on ne peut pas travailler avec les pédopsychiatres sur le département ». Elle me décrit le chef de service de la psychiatrie infanto-juvénile avec qui son équipe collabore comme « quelqu'un de très difficile ». Les sages-femmes de PMI de ce territoire ne se rendent d'ailleurs plus au « staff de parentologie », équivalent du staff médico-psycho-social du Pôle Femme-Enfant de Canche : « la dernière fois qu'elles y sont allées, elles se sont fait jeter par le psychiatre. C'était un règlement de comptes, comme quoi on travaillait mal enfin bref passons. […] C'est très difficile de travailler avec les pédopsychiatres ! Ils ont des égos surdimensionnés ».

Ces communes aversions ne peuvent pas être fortuites. Associées à l'accueil qui m'est réservé – venant « de » la PMI et adoptant un vocabulaire correspondant davantage à la mission cette institution –, elles m'ont amenée à penser les processus de « segmentation » qui traversent l'espace de la périnatalité, Rue Bucher et Anselm Strauss estimant d'ailleurs que l'existence ou l'absence d'une forme de « confraternité » est peut-être « l'un des meilleurs indices »[193] de l'existence de ce type de phénomène, dans la mesure où il est un indicateur subjectif des convergences de pensées et de pratiques entre professionnel·les (actes centraux de l'activité, conceptions de la relation avec les client·es, intérêts communs, etc.). Aussi, ce dernier volet de l'enquête ne me conduit pas seulement à appréhender l'« accompagnement » des mères en psychiatrie périnatale – ce pourquoi j'avais cherché à entrer sur ce terrain. Il m'amène aussi à réinscrire mon objet dans l'analyse des « conflits

[193] Rue Bucher, Anselm Strauss, « La dynamique des professions », *op. cit.*, p. 77.

de territoire »[194] et les rapports de force qui structurent le champ médical, dont la médecine sociale – dont fait partie la PMI – constitue un pôle dominé et la médecine clinique un pôle dominant[195]. Certes, « soutenir » n'est *a priori* pas « soigner ». Sans négliger ces distinctions, et les enjeux de la division du travail qu'elles sous-tendent, j'ai toutefois cherché à voir au-delà de ces partitions pour saisir ce que ces modalités de traitement avaient de commun.

[194] Andrew Abbott, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*, Chicago, University Of Chicago Press, 1988.

[195] Pour une synthèse de l'intérêt heuristique d'une approche en terme de champ et de sous-champ dans l'analyse de la médecine, voir Patrice Pinell, « À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ », *in* Frédérique Lebaron, Gérard Mauger (dir.), *Lectures de Bourdieu*, Paris, Ellipses, 2012, pp. 305-318

Conclusion

Pister le « soutien à la parentalité » autour de la naissance m'a conduite à réaliser une ethnographie multi-située de l'État en actes, au sein du « réseau » que forment les professionnel·les de la santé périnatale. En adoptant une perspective « par le bas », j'ai pu saisir l'action publique en direction des (futures) mères telle qu'elle est produite par les agent·es qui y concourent. Circulant entre la PMI et l'institution hospitalière, j'ai tiré une connaissance transversale de la façon dont le « devenir mère » était problématisé dans l'espace de la périnatalité et de la manière dont son encadrement était assuré. Malgré l'inconfort d'une position mouvante, dépasser l'approche monographique d'une institution s'est révélé être un point d'ancrage particulièrement stimulant pour saisir le continuum d'interventions qui, ensemble, font politique, ainsi que les logiques qui structurent la division du travail de médicalisation de l'enfantement, aujourd'hui étendu à l'expérience maternelle.

Les déplacements opérés m'ont permis de retracer un maillage institutionnel structuré autour d'un impératif de repérage des « vulnérabilités psycho-sociales » et de traitement des troubles de la « relation mère-enfant », au sein duquel se tissent des parcours de prise en charge et des carrières maternelles. PMI, gynéco-obstétrique, psychiatrie infanto-juvénile, les différents terrains qui composent mon enquête ont constitué autant de « morceaux » qui, mis bout à bout, m'ont conduite à appréhender l'« accompagnement » des mères comme une modalité de gouvernement de la maternité adossée à un dispositif de vigilance, composé d'institutions et d'agent·es aux positions inégales mais pourtant lié·es par un mandat partagé : le souci des mères.

PREMIÈRE PARTIE
LES MÉTAMORPHOSES DE LA QUESTION MATERNELLE

> « Baby-blues ? Dépression ? Angoisses ? Mal-être ? Culpabilité ? Honte ? Difficulté Maternelle ? Parents, futurs parents, des bouleversements psychologiques et émotionnels peuvent survenir pendant la grossesse ou après la naissance. Quand la maternité n'est pas synonyme de bonheur, ne restez pas seule avec ces sentiments ! Parlez-en le plus tôt possible. »

Dans les salles d'attente des centres de PMI et des services hospitaliers enquêtés, ces mots tiennent une bonne place aux côtés d'autres messages placardés aux murs ou imprimés sur des prospectus : « Vous buvez un peu, il boit beaucoup », « Vous n'êtes pas seule à arrêter de fumer », « Problème de cannabis. Commençons par en parler », « Vaccination : êtes-vous à jour ? », « Allaitement, un bon départ pour la vie », « Bébé dort en toute sécurité couché sur le dos », « Attention ! Les chutes de la table à langer sont fréquentes, parfois graves », « Un bébé pleure, c'est normal. Ça peut vous agacer mais il ne faut jamais le secouer », etc. Venant se juxtaposer à d'autres problèmes de santé publique comme la prématurité, le syndrome d'alcoolisation fœtale, la mort subite du nourrisson ou le syndrome du bébé secoué, l'absence du bonheur parental s'impose aujourd'hui comme une thématique supplémentaire des politiques de prévention et de promotion de la santé, ciblant d'abord les femmes. Car si les « parents » ou « futurs parents » sont *a priori* susceptibles de connaître « des bouleversements psychologiques et émotionnels (…) pendant la grossesse ou après la naissance », solliciter l'aide des professionnel·les de santé pour « en parler » devient nécessaire « quand la maternité n'est pas synonyme de bonheur ».

Au cours des années 2000, un nouvel impératif de prévention et de dépistage a pris corps dans une série de réformes qui ont durablement orienté la politique périnatale française vers la prise en compte du vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, et l'amélioration de leur prise en charge. Dans le même temps, la forte visibilité scientifique, médiatique et politique acquise par la catégorie diagnostique de « dépression du post-partum » a largement contribué à cadrer la naissance d'un enfant comme un moment critique exposant les mères, bien plus que les pères, à de potentiels troubles mentaux[196]. Si la maternité est un enjeu politique ancien[197], revenir sur la façon dont s'impose progressivement l'idée qu'il importe non seulement de faire naître des enfants, mais également d'assurer leur bien-être futur, en constituant l'expérience de la maternité en objet d'intervention, permet de comprendre les logiques qui traversent aujourd'hui l'encadrement de la naissance. La forme contemporaine que prend l'administration du « devenir mère » ne peut en effet se

---

196 Elie Lee, *Abortion, Motherhood, and Mental Health: Medicalizing Reproduction in the United States and Great Britain*, New York, Aldine de Gruyter, 2003.

197 Yvonne Knibiehler, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris, PUF, 2000.

comprendre qu'une fois restituée dans l'histoire longue, notamment celle de la spécialisation médicale.

S'appuyant sur l'état de la recherche socio-historique relative à la protection de la maternité et de l'enfance, et sur des matériaux produits au moment de l'enquête, les deux chapitres qui suivent examinent les conditions d'émergence du souci des mères contemporain. Ils décrivent et analysent la construction de la « fonction maternelle » comme un « objet de savoir et de pratiques médicales »[198] et examinent, ensemble, les « métamorphoses » de la « configuration problématique »[199] que constitue la maternité. Sans obéir à un découpage strictement chronologique – ni prétendre ici à faire œuvre d'histoire –, l'approche généalogique proposée s'organise autour de deux « moments »[200], gouvernés respectivement par des impératifs politiques et moraux distincts. Plutôt que seulement se succéder, ils se sont cumulés jusqu'à se confondre pour définir les contours de l' « économie morale »[201] contemporaine de la naissance : *faire bien naître* et *faire bien être*. Chacune des deux logiques – restituée respectivement dans le premier et deuxième chapitre – lie l'intérêt des (futures) mères et des enfants d'une manière spécifique, faisant toutefois toujours dépendre – en aval et en amont de la naissance – la vie, la santé et/ou le bien-être des seconds d'une mise au travail des premières.

---

198 Patrice Pinell, « Médicalisation », *in* Boris Hauray, Didier Fassin (dir.), *Santé publique. L'État des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, p. 428.

199 J'emprunte ces notions à Robert Castel dont la démarche sociologique a consisté, pour penser la psychiatrie aussi bien que la question sociale, à « reconstruire les trajectoires historiques qui ont abouti à ces changements contemporains » et saisir « le différentiel de nouveauté qui a transformé la configuration des rapports sociaux ». « Une configuration problématique, écrit-il, a une histoire dont elle est le produit. On peut et on doit reconstruire cette formation historique, c'est-à-dire établir le moment où ces difficultés ont émergé et comment elles se sont transformées pour devenir aujourd'hui une composante essentielle de notre problématique sociale, une question sociale au sens fort du mot. C'est cette démarche que j'ai suivie dans *Les Métamorphoses de la question sociale* ». Robert Castel, « Penser le changement : le parcours des années 1960-2010 », *in* Robert Castel, Claude Martin (dir.), *Changements et pensées du changement. Échanges avec Robert* Castel, Paris, La Découverte, 2012, p. 38.

200 La notion de moment est ici empruntée à Massimo Prearo pour désigner des configurations discursives et sémantiques spécifiques. *Cf.* Massimo Prearo, *Le moment politique de l'homosexualité. Mouvements, identités et communautés en France,* Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 2014

201 « Les économies morales représentent la production, la circulation et l'appropriation des valeurs et des affects dans un espace social donné. Elles caractérisent donc, pour un moment historique particulier et un monde social spécifique, la manière dont est constituée une question de société à travers des jugements et des sentiments qui définissent ainsi progressivement une sorte de sens commun et d'appréhension collective du problème » *Cf*. Jean-Sébastien Eideliman, Isabelle Coutant, Yasmine Bouagga, Didier Fassin, Fabrice Fernandez, Nicolas Fischer, Carolina Kobelinsky, Chowra Makaremi, Sarah Mazouz, Sébastien Roux, *Juger, Réprimer, Accompagner, op. cit.,* p. 23 ; voir également Didier Fassin, Jean-Sébastien Eideliman (dir.), *Economies morales contemporaines*, Paris, La Découverte, 2012.

Chapitre 1. Faire bien naître
Aux principes de la protection maternelle et infantile

À partir de la fin du XIXème siècle, les enfants apparaissent progressivement comme des sujets à protéger. Certes, la naissance de l'enfance comme classe d'âge spécifique remonte au XVIIème siècle[202]. Mais sa protection n'avait pas été considérée jusqu'alors comme un impératif moral justifiant sa constitution en un domaine d'intervention des politiques publiques. En 1889, le parlement français adopte la première loi sur « la protection des enfants abandonnés, délaissés ou maltraités », complétée le 19 avril 1898 par celle sur « la répression des violences, voies de fait, actes de cruauté et attentats commis envers les enfants ». Ces dispositions s'accompagnent de la création d'institutions dédiées qui permettent progressivement à l'État de s'imposer face à la toute-puissance paternelle et de légitimer un droit de regard et de surveillance au sein des familles[203]. Au même moment, dans une France marquée par une natalité singulièrement en baisse et une mortalité qui peine à diminuer, « humiliée » par la défaite de 1870 en partie mise sur le compte de sa faiblesse démographique, un large réseau d'acteurs, publics et privés, s'inquiète du « péril national » que représente la « dépopulation »[204].

Hygiénistes, médecins et philanthropes en appellent aux autorités publiques pour endiguer les « fléaux » (tuberculose, syphilis, alcoolisme, mortalité infantile, avortement « criminel », etc.) qui grèvent l'accroissement de la population. Les batailles qui les occupent sont à l'origine de diverses politiques d'hygiène ciblées[205]. Bien que parfois opposés sur le plan doctrinal, ils forment ensemble « une communauté épistémique et morale »[206] et partagent une même préoccupation, rendant leurs combats souvent interdépendants : celle d'entretenir et d'améliorer l'état de la population,

---

202 Philippe Ariès, *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Plon, 1960.

203 Georges Vigarello, « L'intolérable de la maltraitance infantile. Genèse de la loi sur la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés en France », *in* Didier Fassin, Patrice Bourdelais (dir.), *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte, 2005, pp. 111-127.

204 Les analyses de Rémi Lenoir nous engagent toutefois à la prudence. Il invite à ne pas « s'en tenir à ce qui n'est qu'une représentation dramatisée pour les besoins d'une cause ». Il indique ainsi : « La constitution de la natalité comme un problème national, voire comme le problème national duquel tous les autres découlent, participe très directement de la lutte que se sont livrées les élites républicaines et laïques et les partisans de la monarchie catholique pour le contrôle du pouvoir politique » *Cf.* Remi Lenoir, *Généalogie de la morale familiale*, Paris, Le Seuil, 2003, p. 214.

205 Patrice Bourdelais (dir.), *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Pairs, Belin, 2001 ; Lion Murard, Patrice Zylberman, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée, 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996.

206 Fabrice Cahen, Adrien Minard, « Les mobilisations contre les "fléaux sociaux" dans l'entre-deux-guerres. Essai de cartographie sociale », *Histoire & mesure*, Vol. XXXI, n° 2, 2016, pp. 141-170.

que cela soit du point de vue démographique, moral, sanitaire ou racial[207]. Constituer le travail procréatif des femmes en un objet légitime d'intervention en est l'une des déclinaisons. « Sauver l'enfant par la mère »[208] – ou, autrement dit, investir dans la protection de la maternité au nom de la protection de l'enfance – répond à un impératif plus large : « vivifier » la population.

La protection de la maternité trouve sa genèse dans ce contexte, au croisement des luttes contre la mortalité infantile, l'avortement et l'abandon[209]. Comme le souligne Anne Cova, cette politique se matérialise dans un ensemble de dispositions allant des congés de maternité aux allocations familiales, en passant par les lois répressives contre l'avortement[210]. Mêlant incitation et répression, ces mesures visent à protéger la « fonction maternelle » – et à travers elle les enfants, adultes de demain – en s'adressant aux femmes enceintes et aux mères. Si ce principe conduit à l'ouverture de droits et d'avantages pour les femmes, il exige aussi qu'elles honorent certains devoirs. Ce premier chapitre retrace l'histoire de la « protection surveillée »[211] de la maternité qui s'organise dès lors en plaçant en son cœur la protection de l'enfant contre sa mère, potentiellement dangereuse si défaillante[212].

I. Produire des enfants sains

Qu'il s'agisse de lutter contre la baisse de la natalité ou contre la mortalité infantile, le soin que les femmes doivent accorder à l'enfantement et à l'élevage des enfants entre, dans le dernier tiers du XIX^{ème} siècle, dans le champ d'intervention de l'hygiène sociale naissante. En 1874, doublant la vigilance familiale – désormais suspecte – d'un contrôle médical officiel, la loi Roussel fait

---

207 L'histoire ici relatée se centre sur la métropole. Pour autant, les empires n'en sont pas absents. Les préoccupations politiques, sociales et raciales qui s'affirment en Europe sont toujours prises dans un rapport dialectique avec les espaces colonisés et insérés. *Cf.* Ann Laura Stoler, *La chair de l'empire. Savoirs intimes et pouvoirs raciaux en régime colonial*, Paris, La Découverte, 2013.

208 J'emprunte cette formule, datant de 1902, à l'Inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'Intérieur, Drouineau, cité dans Virginie De Luca, Catherine Rollet, *La Pouponnière de Porchefontaine. L'expérience d'une institution sanitaire et sociale*, Paris, L'Harmattan, 1999, p.18.

209 Catherine Rollet, *La Politique à l'égard de la petite enfance sous la III^{e} République*, Paris, PUF-INED, 1990 ; Fabrice Cahen, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, Vol. 7, n° 1, 2014, pp. 34-57 ; Fabrice Cahen, *Gouverner les mœurs. La lutte contre l'avortement en France, 1890-1950*, Paris, Ined Éditions, 2016.

210 Anne Cova, *Maternité et droits des femmes en France, XIX^{e}-XX^{e} siècles*, Paris, Anthropos, 1997.

211 Cette formule de Paul Strauss date de 1922, citée par Fabrice Cahen, « Le gouvernement des grossesses … », 2014, *op. cit.*, p. 39.

212 Anne Cova, *Maternité et droits des femmes…, op. cit.*

de l'État le garant des conditions de vie des jeunes enfants[213]. De sorte à combattre le « péril nourricier », considéré responsable de la surmortalité infantile, elle institue la surveillance médicale et administrative de tous les enfants de moins de deux ans placés en nourrice[214] [Voir encadré n° 6 : La construction du problème de la mortalité infantile]. Cette loi marque les débuts d'une politique d'encadrement socio-sanitaire du travail d'élevage des mères, qu'elles soient gardiennes de leurs propres enfants ou de ceux d'autrui, et ce tout particulièrement en milieu populaire[215]. Limitée aux « nourrissons », la loi Roussel porte en elle « les germes de son propre dépassement »[216] : se soucier de la production des générations futures devient une obligation morale pour qui s'inquiète du destin de la France et des conditions de la reproduction de sa population. La puissance publique étend ainsi progressivement son action à d'autres catégories d'enfants. À partir de ce premier geste législatif, on observe une politisation croissante du travail procréatif et de son encadrement. L'État devient progressivement, par l'entremise et le concours constant de la médecine, le garant de la production d'enfants sains – l'une des variations de la rationalité populationnelle qui se déploie alors.

A. Sélectionner la graine, conserver le fruit : le programme de la puériculture

Face à l'importante mortalité infantile, faire naître des enfants n'est plus considéré suffisant à la fin du XIX^{ème} siècle : encore faut-il les faire (sur)vivre. Transformer les pratiques d'élevage et perfectionner préventivement « l'espèce » constituent les deux facettes de la croisade dans laquelle s'engage une frange nouvelle de la médecine et ses allié·es[217]. Membres des couches sociales et politiques réformatrices accédant au pouvoir et/ou à ses coulisses avec la III^{ème} République, elles et ils

---

213 Une première « ingérence » des pouvoirs publics dans les soins prodigués aux jeunes enfants était déjà à l'œuvre dès 1826 avec l'ouverture des premières salles d'asile. Entre assistance et éducation, ces établissements sont présentés comme des lieux en mesure de lutter contre la mortalité et la « dégénérescence » des enfants des milieux populaires. *Cf.* Jean-Noël Luc, *L'invention du jeune enfant au XIX^{e}. De la salle d'asile à l'école maternelle*, Paris, Belin, 1997.

214 Contrairement à son acception contemporaine, le terme de nourrice ne désigne pas alors les femmes qui gardent provisoirement les enfants (les « nounous ») mais celles chez qui ceux-ci sont placés, dès la naissance et pour plusieurs mois/années. Selon Catherine Rollet, un enfant sur dix est placé en nourrice avant 1914 – un enfant sur trois dans le département de la Seine – et relève de la protection instituée par la loi de 1874. *Cf.* Catherine Rollet, « Nourrices et nourrissons dans le département de la Seine et en France de 1880 à 1940 », *Population*, Vol. 37, n° 3, 1982, pp. 573-604. Sur les transformations de l'industrie nourricière, voir également Fanny Faÿ-Sallois, *Les nourrices à Paris au XIX^{e} siècle*, Paris, Payot, 1980 ; Georges Sussman, *Selling Mothers' milk. The Wet-Nursing Business in France, 1715-1914*, Urbana, University of Illinois Press, 1982.

215 Pour Rémi Lenoir, « la loi Roussel sur le contrôle et la surveillance des nourrices s'inscrit dans une entreprise de stigmatisation des mères qui n'élèvent pas elles-mêmes leurs enfants et des nourrices elles-mêmes, ces dernières étant pour la plupart d'origine rurale et pauvre. L'essentiel des enfants placés sont d'origine populaire (employés, ouvriers, domestiques) ». *Cf.* Rémi Lenoir, *Généalogie de la morale …*, *op. cit.*, p. 188.

216 Catherine Rollet, *La Politique à l'égard …*, *op. cit.*, p. 136.

217 Notamment la majorité modérée du féminisme voir Anne Cova, *Maternité et droits des femmes …*, *op. cit.* ; Françoise Battagliola, « Philanthropes et féministes dans le monde réformateur (1890-1910) », *Travail, genre et sociétés*, Vol. 22, n° 2, 2009, pp. 135-154.

jouent un rôle considérable dans l'expérimentation de diverses mesures et institutions d'assistance aux mères et aux jeunes enfants, et dans l'adoption d'une législation protectrice[218]. Alors que la puériculture renvoie aujourd'hui au simple volet préventif de la pédiatrie – se limitant aux soins laissés à des professionnelles paramédicales (les puéricultrices et auxiliaires de puériculture), voire aux seules mains profanes des mères –, cette spécialité médicale émergente participe à son origine d'un projet politique ambitieux : le « contrôle médical de la procréation, au service de la repopulation »[219].

Encadré n°6 : La construction du problème de la mortalité infantile

Le 23 décembre 1874, l'Assemblée législative adopte à l'unanimité une loi « relative à la protection des enfants en bas âge », dite loi Roussel. Elle fixe le cadre juridique de ce qui sera, en France, la première politique de lutte contre la mortalité infantile, en assignant aux autorités publiques le devoir de protection des enfants de moins de deux ans confiés, contre rémunération, par leurs parents aux soins d'une nourrice à son domicile. Combinant mesures législatives fixant les obligations imposées aux nourrices et les devoirs revenant aux maires de leur commune de résidence à la structuration d'activités de surveillance délégués à des médecins inspecteurs, un dispositif public d'encadrement du placement nourricier s'organise. Présidés par les préfets, des Comités départementaux de protection de l'enfance se voient en outre attribués la mission d'établir annuellement une statistique de la mortalité infantile centralisée par un Comité supérieur de protection des enfants du premier âge et transmise au ministre de l'Intérieur.

Ainsi que le souligne Patrice Pinell, dans sa sociogenèse de la première loi française de protection de l'enfance, « si le vote de la loi Roussel ouvre une période où la protection de l'enfant en bas-âge, devenue un objet de politique publique, est au principe de la construction d'un nouveau secteur institutionnel qui élargit le territoire de l'action publique, il sanctionne positivement, par la même occasion, une mobilisation sociale ayant débuté une dizaine d'années plus tôt et qui a fait de la petite enfance, une cause à défendre »*. À rebours de l'historiographie jusqu'alors dominante, attribuant l'émergence du problème de la mortalité infantile à « une prise de conscience » – approche qu'il qualifie d'« a-sociologique »–, le travail de Patrice Pinell rappelle combien « toute réalité sociale est l'enjeu d'une lutte de définition entre des agents sociaux en relation pour constituer un espace des points de vue sur cette réalité (…), espace au sein duquel ils occupent des positions différentes et hiérarchisées ».

Le vote de la Loi Roussel doit ainsi beaucoup à l'émergence, dans les années 1860, d'un mouvement social dont les objectifs combinent la propagande en faveur de l'allaitement maternel, la lutte contre la mise en nourrice et la surveillance des nourrices par un réseau de médecins inspecteurs bénévoles et des comités de patronage implantés localement. Ce mouvement initie le processus politique de construction de la mortalité infantile comme problème national. Mais les prises de position qui s'expriment au sein de ce mouvement ont tout à voir, dans une logique de renforcement des positions sociales, avec les intérêts socioprofessionnels, idéologiques et/ou politiques des agents impliqués dans des luttes de concurrence au sein des champs auxquels ils appartiennent, notamment le champ médical et le champ politique.

*Patrice Pinell, *La Bonne Société et la cause de la petite enfance*, Vulaines sur Seine, Éditions du croquant, 2019, p. 6.

[218] Nadine Lefaucheur, *Les accoucheurs des hôpitaux de l'Assistance publique à Paris et la genèse de la protection maternelle et infantile*, Paris, Iresco, 1989.

[219] Anne Carol, « Médecine et eugénisme en France, ou le rêve d'une prophylaxie parfaite (XIXe première moitié du XXe siècle) », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, Vol. 43-4, n° 3, 1996, p. 621.

Forgé dans les années 1860, soit un peu avant que ne s'affirme le rôle des médecins dans la lutte contre la mortalité infantile, le néologisme de puériculture et le projet qu'il désigne – « la science d'élever hygiéniquement et physiologiquement les enfants » – sont d'abord moqués[220]. Tiré de l'oubli par Adolphe Pinard (1844-1934), vingt ans plus tard, le programme de la puériculture gagne, pour un temps, en crédit et en autonomie dans le champ médical. Acteur clé du processus de la spécialisation hospitalière de l'obstétrique, ce médecin participe à l'ouverture de services spécifiques dédiés aux accouchements dans les hôpitaux publics parisiens. Ces services sont confiés aux « accoucheurs des hôpitaux », médecins recrutés sur concours à partir de 1882[221]. La première génération de ces nouveaux spécialistes est particulièrement active en matière de lutte contre la moralité infantile. Ils entendent en combattre les causes en faisant de « la recherche, l'étude, l'application des connaissances, concernant la reproduction, l'entretien, l'amélioration de la race humaine » leur spécialité. Les travaux de Nadine Lefaucheur montrent combien l'investissement dans la prévention sanitaire et sociale de cette « génération pionnière, messianique et missionnaire des pères fondateurs » de la puériculture tient aussi bien à leurs trajectoires sociales qu'aux conditions institutionnelles d'exercice de leur profession[222]. Limités dans leur domaine d'action par l'interdiction qui leur est faite par les chirurgiens d'exercer la gynécologie, les médecins accoucheurs parviennent à faire que la parturition ne soit pas leur seule juridiction, en y incluant le combat contre la mortalité infantile. Investir dans l'hygiène de la grossesse et l'alimentation des nourrissons leur permet d'étendre « leur empire des parturientes aux gestantes "normales" et aux nourrissons "sains", et de la période des seules "couches" à celle allant "de la conception au sevrage"»[223]. Suivant le processus d'extension par différenciation du champ médical mis en évidence par Patrice Pinell[224], la lutte opposant chirurgiens et accoucheurs a conduit à la médicalisation du travail procréatif, par l'émergence d'une spécialité nouvelle : la puériculture.

Au-delà du souci nataliste d'assurer en quantité le renouvellement de la population française, les puériculteurs cherchent à assurer sa qualité. En cela, la puériculture constitue « la voie française de l'eugénisme »[225] : une forme nataliste et « positive » qui privilégie la prophylaxie et

---

220 Catherine Rollet, *La Politique à l'égard ...,* 1990*, op. cit.*

221 Nadine Lefaucheur, « La résistible création des accoucheurs des hôpitaux », *Sociologie du travail*, Vol. 30, n° 2, 1988, pp. 323-352.

222 Nadine Lefaucheur, *Les accoucheurs des hôpitaux ...*, 1989*, op. cit*. pp. 258-259.

223 *Ibid*.

224 Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 156-157, n°1-2, 2005.

225 Nadine Lefaucheur, « La Puériculture d'Adolphe Pinard : une voie française de l'eugénisme », *in* Ginette Raimbault, Michel Manciaux (dir.), *Enfance menacée*, Éditions de l'INSERM, 1992, pp. 19-43.

une législation protectrice de la maternité, aux approches prônant la stérilisation, l'enfermement ou l'élimination des lignées « târées »[226]. Le programme de la puériculture est clair : il faut que les « produits » de la procréation soient conçus, portés, enfantés et élevés de sorte à ce qu'ils survivent à la naissance et aux premières années de vie puis, à leur tour, contribuent à améliorer « l'espèce ». Ce projet déborde, par l'amont et par l'aval, les bornes temporelles de la naissance – jusqu'alors resserrées autour du seul accouchement – et étend par là le territoire d'action de ses nouveaux spécialistes.

Bien avant la naissance, la « puériculture pré-utérine » vise à informer les procréateurs de l'importance de leur état de santé, avant la conception, pour les convaincre de « s'abstenir de procréer autrement que dans un état physiologique aussi bon que possible »[227]. La stérilité volontaire ne peut toutefois être que limitée car considérée comme pouvant à terme compromettre la santé des femmes et leurs capacités de reproduction. Sans jamais viser en soi la limitation des naissances – ce que préconisent pourtant à la même époque les néo-malthusiens –, la puériculture porte toutefois en elle la disqualification d'une vision exclusivement nataliste du monde. Cherchant à séparer le bon grain de l'ivraie, les puériculteurs, au premier rang desquels Adolphe Pinard, sont favorables à la rationalisation eugénique de la procréation et *de facto* hostiles aux mesures coercitives et/ou répressives d'accroissement de la natalité. Partisan de la « procréation consciente », ils privilégient l'éducation comme modalité d'encadrement des conduites procréatives. Ainsi que le montre Anne Carol, « l'eugénisme se dilue dans un hygiénisme bienveillant et libéral, qui emprunte les voies de la sagesse et délègue prudemment aux procréateurs la charge de la régénération »[228].

En 1926, alors député radical de la Seine, Adolphe Pinard dépose en ce sens une proposition de loi en faveur d'un examen prénuptial obligatoire : « Tout citoyen français, voulant contracter mariage, ne pourra être inscrit sur les registres de l'état civil que s'il est muni d'un certificat médical, daté de la veille, attestant qu'il ne présente aucun symptôme appréciable d'une maladie contagieuse »[229]. Si ce projet de loi ne rencontre pas alors le succès escompté, le certificat prénup-

---

226 Précisons, avec Nadine Lefaucheur, que la puériculture constitue « une voie moyenne de l'eugénisme français » située entre « l'eugénique racialiste des anthropologues », qui se préoccupait davantage de « la race » que de « l'espèce », et le néo-malthusianisme, visant à limiter et non pas augmenter la population. Quand, en 1927, Pinard quitte la présidence de la Société française d'Eugénique qu'il occupait depuis 1913, « l'orientation "puéricultrice", nataliste, positive et néo-lamarckienne, qu'il avait fortement contribué à lui donner fut ébranlée sous l'influence conjuguée de la crise économique (…), de l'adoption de lois de stérilisation eugénique par une vingtaine d'États américains et par l'Allemagne nazie, et de la lente diffusion de la génétique mendélienne », *Ibid.,* pp. 35-36. Voir également Pierre-André Taguieff, « L'introduction de l'eugénisme en France du mot à l'idée », *Mots. Les langages du politique*, n° 26, 1991, pp. 23-45.

227 Adolphe Pinard, 1898 cité dans Nadine Lefaucheur, « La Puériculture d'Adolphe Pinard … », *op. cit.*, p. 29.

228 Anne Carol, « Médecine et eugénisme en France … », art. cit., p. 630.

229 Anne Carol, *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation XIX^e^-XX^e^ siècle*, Paris, Le Seuil, 1995, p. 222.

tial sera institué par la loi du 16 décembre 1942 relative à la « protection de la maternité et de la première enfance », au cours du régime de Vichy, puis reconduit, par le Gouvernement provisoire, avec l'ordonnance du 2 novembre 1945, et supprimé en 2007. La période pré-conceptionnelle est pensée, dès la fin du XIX^{ème} siècle, comme « une fenêtre d'action opportune » et un moment appréhendé par le risque[230], comme le sont au même titre les périodes intra-utérine et postnatale précoce.

Préfigurant la « surveillance sanitaire préventive » mise en place par l'État en 1945, les consultations gratuites de nourrissons constituent un autre instrument du dispositif de lutte contre la mortalité infantile forgé par les puériculteurs. En 1892, Pierre Budin (1846-1907) – médecin accoucheur et autre grand nom de la puériculture, contemporain d'Adolphe Pinard dont il est souvent présenté comme le rival – ouvre une consultation de nourrissons dans le service d'obstétrique qu'il dirige à la maternité parisienne de la Charité. Son projet est alors de « diriger les mères, les engager à allaiter au sein autant que possible et, dans les cas où cet allaitement deviendrait insuffisant, les aider en leur donnant du lait de vache de bonne qualité et stérilisé »[231]. Associant examen de l'enfant (pesée, toisé, etc.), conseils d'élevage à destination des mères et distribution de lait[232], les consultations de nourrissons entendent être un lieu d'éducation des mères plus efficace – car continu – que les œuvres de promotion de l'allaitement n'offrant que des gratifications ponctuelles aux mères en fonction de l'augmentation du poids du nourrisson. Pierre Budin y reçoit les enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tous les quinze jours s'ils sont nourris au sein, et toutes les semaines pour ceux qui reçoivent du lait au biberon.

À destination des mères des classes populaires – les seules à accoucher alors à l'hôpital[233] –, la pratique se développe dans d'autres établissements parisiens de l'Assistance Publique. Elle

---

230 Remarquons qu'une telle logique est aujourd'hui toujours à l'œuvre. Elle trouve notamment dans l'épigénétique l'une de ses actualisations contemporaines. *Cf.* Julie Jarty, Tristan Fournier, « "Healthy children, healthy nations." Discipliner les corps reproducteurs pour la santé de qui ? », *Enfances Familles Générations* [En ligne], n° 33, 2019.

231 Pierre Budin, 1905, cité dans Nadine Lefaucheur, « L'article 9 de la loi de 1892 et la question de l'assistance aux femmes en couches », *in* Leora Auslander, Michelle Zancarini-Fournel (dir.), *Différence des sexes et protection sociale (XIX^{e}-XX^{e} siècles)*, Paris, Presses Universitaires de Paris 8, 1995, p. 174.

232 Les puériculteurs chercheront à faire triompher le principe de la supériorité de l'allaitement maternel et le droit de l'enfant aux soins et au sein maternels, déclarant, avec Pinard, que « le lait de la mère appartient à son enfant ». *Cf.* Françoise Thébaud, *Quand nos grands-mères …*, *op. cit.*, p. 117. Toutefois, la prévention des maladies des voies digestives et des mauvaises pratiques en matière d'alimentation infantile passe aussi par la distribution de lait stérilisé. Parce que les femmes des classes populaires, travaillant souvent hors de chez elles, ne peuvent pas allaiter elles-mêmes leurs bébés, c'est bien « faute de mieux » – selon la formule du Dr Dufour – que ces médecins tolèrent et encadrent le nourrissage au biberon. Ce dernier est considéré par le Dr Variot comme « l'une des plus tristes conséquences » du paupérisme et par le Dr Dufour comme « une fâcheuse nécessité sociale qui persistera tant que la femme aura sa place dans l'industrie ». *Cf.* Christiane Douyère-Demeulenaere, « Des auxiliaires de l'action hospitalière : les Gouttes de lait », *in* Yannick Mrec (dir.) *Accueillir ou soigner ? L'hôpital et ses alternatives du Moyen-Âge à nos jours*, Mont-Saint-Aignan, Publications des Universités de Rouen et du Havre, 2007, pp. 279-294 ; Florence Levert, « La Goutte de lait de Fécamp (1894-1928) » *in* Yannick Marec, *Accueillir ou soigner ? …*, *op. cit.*, pp. 296 -318.

233 Scarlett Beauvalet-Boutouyrie, *Naître à l'hôpital au XIX^{e} siècle*, Paris, Belin, 1999 ; Rachel G. Fuchs, *Poor and Pregnant in Paris. Strategies for Survival in the Nineteenth Century,* New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1992.

constitue l'une des composantes de la modernisation des maternités hospitalières[234]. Comme le souligne Françoise Thébaud, de lieu d'accouchement ces structures deviennent des espaces d'éducation des mères « non par le séjour qu'elles y font – le repos et la faiblesse du personnel gênent les relations d'échanges et d'apprentissage – mais par la consultation de nourrisson que toutes sont invitées à fréquenter régulièrement »[235]. Dans le même temps, des consultations de nourrissons, recourant à des financements le plus souvent privés, voient également le jour à l'extérieur des services hospitaliers, dans les quartiers urbains populaires où la natalité élevée ne peut rivaliser avec une mortalité infantile bien supérieure à la moyenne[236]. En quelques années, le système des « Gouttes de lait » se développe dans les dispensaires : des consultations de nourrissons sont associées à la distribution du lait, gratuit ou à prix réduit, et à la diffusion, *via* des conférences et différents supports, de conseils relatifs à « l'art d'élever les nourrissons »[237]. Comme les consultations hospitalières, les « Gouttes de lait » sont pensées, par ses initiateurs et la presse qui en relaie les bienfaits, comme des « écoles des mères du peuple »[238]. Le soin offert n'est pas ici qu'un altruisme ; il est aussi un mode d'affirmation de la supériorité des valeurs bourgeoises et de leur bien-fondé supposé en matière de prime éducation[239].

Aux côtés de la puériculture « pré-utérine » et « post-utérine », la « puériculture utérine » entend également contribuer à l'optimisation de la procréation en augmentant, cette fois, la qualité des grossesses. Les recherches que dirige Adolphe Pinard sur le déroulement de la grossesse et le développement du fœtus, selon que les femmes enceintes se soient ou non reposées à la fin de leur grossesse, le porte à plaider en faveur de mesures sociales permettant le repos des femmes enceintes : ouverture de « refuges-ouvroirs » accueillant les femmes enceintes « nécessiteuses » –

---

234 Françoise Thébaud a particulièrement étudié le cas de la Clinique de Beaudelocque, dans le XIV^{ème} arrondissement de Paris. L'ancienne maison d'accouchement ouverte en 1890 est transformée dans l'entre-deux-guerres sous l'égide d'Alexandre Couvelaire, gendre et élève d'Adolphe Pinard à qui il succède à la tête de l'établissement. La maternité n'est alors plus seulement un lieu où l'on accouche. Elle offre de multiples services : consultations obstétricales et gynécologiques, consultations pour nourrissons, dispensaire anti-syphilitique, consultation prénuptiale et service social, dont le but est d'aider les femmes qui risquent de recourir à l'avortement ou à l'abandon pour les en dissuader. *Cf*. Françoise Thébaud, *Quand nos grands-mères …*, *op*. *cit*.

235 *Ibid.*, p. 280.

236 C'est le cas, en 1892, du dispensaire ouvert, à Belleville, par le Dr Gaston Variot, transformé par la suite en « Goutte de Lait », sur le modèle de celle ouverte à Fécamp en 1894 par le Dr Dufour. *Cf*. Gérard Jacquemet, *Belleville au XIX^{e} siècle. Du faubourg à la ville,* Paris, Éditions de l'EHESS*,* 1984 ; Catherine Rollet, *La Politique à l'égard …,* 1990*, op. cit*.

237 En 1905, la France compte une centaine de « Gouttes de lait ». En 1912, leur nombre a doublé. Elles ont parfois fonctionné très longtemps. Celle de Belleville jusqu'en 1957 et celle Fécamp jusqu'en 1972. *Cf*. Manuelle Sauterau, « Aux origines de la pédiatrie moderne : le Docteur Léon Dufour et l'œuvre de la "Goutte de lait" (1894-1928) », *Annales de Normandie*, Vol. 41, n° 3, 1991. pp. 217-233.

238 Christiane Douyère-Demeulenaere, « Des auxiliaires de l'action …», 2007, *op. cit.*, pp. 281-288.

239 Luc Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1984.

lointains ancêtres des « centres maternels » – et congés de maternité indemnisés. Comme le montre magistralement Anne Cova, de la fin du XIXème à la moitié du XXème, « toutes les propositions de lois en faveur de la protection de la maternité débutent par évoquer le "fléau" que représente la mortalité infantile et, afin d'y remédier, l'importance de mettre au monde des enfants et par conséquent de protéger les mères »[240]. Si les premières mesures d'assistance destinées aux mères émergent pour certaines dès la fin du XVIIIème siècle, elles visent alors d'abord les mères célibataires et la lutte contre les « fautes » que représentent la sexualité hors mariage et les « crimes » d'abandon et d'infanticide. De fait, œuvrant bien plus à la réhabilitation morale qu'à la préservation de la population, leurs réalisations en matière de lutte contre la mortalité infantile demeurent modestes. Dans les années 1890, l'émergence du « péril démographique », les découvertes pastoriennes, la sécularisation de la société et la montée en puissance de la médecine sont autant de transformations qui conduisent à privilégier la rationalisation scientifique à la condamnation morale. Conserver « les produits » de la procréation, quelles qu'aient été les conditions de leur conception, présente un intérêt bien supérieur au repentir des « filles de mauvaise vie »[241].

En 1913, la loi Strauss sur « la protection et l'assistance des mères et des nourrissons » accorde pour la première fois un congé obligatoire de quatre semaines après l'accouchement, accompagné du versement d'une allocation[242]. La proposition de loi prévoyait un repos supplémentaire de deux semaines avant l'accouchement, pour garantir une meilleure issue à la grossesse. Ce principe n'est pas retenu au motif des difficultés à fixer la date du terme. Mais, dans son argumentation, Strauss mobilise les travaux des puériculteurs et les expériences philanthropiques auxquels ils sont associés – celles de Pinard en particulier – pour mettre en évidence l'influence bénéfique sur les nouveau-nés du repos de leur mère avant et après l'accouchement. Fervent défenseur de la puériculture – « l'œuvre, selon lui, la plus forte et la plus sûre de défense nationale » en temps de paix[243] –, il entend en poursuivre l'action sur le terrain législatif. Cette première loi dite de protection de la maternité conditionne le versement de l'allocation au respect des « soins d'hygiène nécessaires » pour les femmes et pour les enfants. Elle prévoit également une prime pour les mères qui allaitent. Alors que le maintien de l'enfant auprès de sa mère est considéré comme la condition même de sa

---

240 Anne Cova, *Maternité et droits des femmes …, op. cit*., p. 141.

241 Virginie De Luca, Catherine Rollet, *La Pouponnière de Porchefontaine,* 1999*, op. cit*.

242 En 1909, la loi Engerand autorise la suspension du travail durant huit semaines consécutives autour de l'accouchement. La loi Strauss interdit quant à elle la reprise du travail durant les quatre semaines suivant l'accouchement et y adjoint le versement d'une allocation pour les salariées. En 1917, le versement de l'allocation est étendu à toutes les femmes françaises privées de ressources indépendamment de leur statut. *Cf*. Anne Cova, *Maternité et droits …*, *op. cit*.

243 Paul Strauss, 1901 cité dans Alain Norvez, *De la naissance à l'école. Santé, modes de garde et préscolarité dans la France contemporaine*, INED, Cahier n° 126, Paris, PUF, 1990, p. 15.

survie, le congé de maternité vise à encourager l'allaitement maternel et à diminuer le recours aux nourrices : il s'agit avant tout d'une loi d'hygiène[244].

La « protection de la maternité » est ainsi d'abord une modalité d'action privilégiée pour protéger l'enfant à naître de sa mère, susceptible de l'exposer à différents périls : fausses couches, avortements, naissance prématurée et mortalité infantile. La figure de la mère qui se dessine en creux est alors moins celle d'une ayant droit envers qui l'État est en dette que d'une patriote dont le devoir est de mener à bien ses fonctions procréatrices[245]. Au cours des années 1920 et 1930, les mesures sociales et hygiénistes se poursuivent dans ce sens. Subordonner des prestations sociales à la déclaration « précoce » de la grossesse et au bon respect d'un suivi médical entend devenir « un puissant moyen pour tenir les femmes »[246]. Le remboursement des frais médicaux, par l'assurance maternité de 1928-1930, suppose que la grossesse ait été notifiée à la caisse de rattachement, au moins trois mois avant le terme présumé, et que la femme enceinte ait été régulièrement suivie[247]. Les implicites de la protection de la maternité ne peuvent se comprendre qu'au sein d'un dispositif où la lutte contre la mortalité infantile et la lutte contre l'avortement fonctionnent de concert pour s'assurer que les femmes participent activement à la sauvegarde des générations à venir. Les travaux de Fabrice Cahen montrent combien « toute la subtilité de telles faveurs réside précisément dans leur propension escomptée à ôter toute raison d'être aux "excuses" que la femme pourrait se donner de refuser l'enfantement »[248], et ce au moment même où l'avortement est redéfini comme un problème non plus seulement moral mais également démographique[249].

En 1929, à l'occasion d'une leçon prononcée à l'Ecole de Puériculture de Paris, dédiée à Adolphe Pinard – « maître vénéré dont le nom est inséparable de toute l'œuvre médico-sociale ac-

---

244 Anne Cova, *Maternité et droits des femmes …*, *op. cit.*

245 En cela, la qualification contemporaine du congé maternité comme un « droit des femmes » est sujette à caution : « destinataires de ces mesures, les femmes n'en sont pas les bénéficiaires ». *Cf.* Isabel Odul-Asorey, « Congé maternité, droit des femmes ? », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], n° 3, 2013.

246 Louis Devraigne, 1922 cité dans Fabrice Cahen, « Le gouvernement des grossesses … », art. cit., p. 39.

247 Fabrice Cahen, Silvia Chiletti, « Les ambivalences de la déclaration précoce de grossesse (XVI^{ème}-XX^{ème} siècle) », *Clio. Femmes, genre, histoire*, Vol. 48, n° 2, 2018, pp. 223-241.

248 Fabrice Cahen, « De l' "efficacité" des politiques publiques : la lutte contre l'avortement "criminel" en France, 1890-1950 », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, Vol. 58, n° 3, 2011, pp. 97-98.

249 L'approche adoptée par Fabrice Cahen pour étudier la lutte anti-avortement est particulièrement éclairante. À rebours des travaux centrés sur la seule répression de l'avortement, il choisit d'analyser ensemble les solutions pénales et les mesures préventives. « La description d'ensemble du dispositif politique de lutte anti-avortement doit s'imposer le détour par une foule de mesures périphériques, adoptées en particulier dans le courant de la première longue séquence de combat législatif (1890-1923). Tantôt extraites de projets ou propositions portant expressément sur l'avortement, tantôt résultant de cheminements indépendants, elles ne font pas toujours mention de cette pratique dans leurs motifs, mais forment véritablement système, avec les lois de 1920 et 1923 relatives à la propagande malthusienne, la prophylaxie anticonceptionnelle et l'avortement », *Ibid*., p. 97.

complie depuis plus d'un demi-siècle dans le domaine de la maternité et de l'enfance »[250] –, Benjamin Weill-Hallé résume en ces termes « le large programme de la puériculture » :

> « protéger l'enfant dès avant la conception, assurer son développement intégral dans le sein maternel, éviter tous les incidents fâcheux lors de sa naissance, contrôler et favoriser sa croissance lorsqu'il aura vu le jour, éloigner les dangers inhérents au milieu extérieur et à la vie sociale, participer à son orientation au seuil de l'adolescence »[251].

Puériculteur, cofondateur en 1919 de l'Ecole de puériculture qu'il dirige à la mort d'Adolphe Pinard, en 1934, et instigateur de la vaccination du BCG sur les enfants en France, Benjamin Weill-Hallé appelle de ses vœux « l'avènement d'une mentalité nouvelle » de manière à « substituer à l'expression déjà vieille de la "lutte contre la mortalité maternelle et infantile" le concept nouveau de la "lutte en faveur de l'enfant normal" ! »[252]. Cet enfant normal est :

> « le type idéal vers lequel doivent tendre toutes nos préoccupations : ce sera l'enfant conçu par deux êtres sains et robustes ; une gestation bien surveillée, une parturition aisée, l'ont conduit sans dommage jusqu'à la naissance ; sa première enfance est parcourue sans souci dans la quiétude de l'allaitement maternel. Et ainsi doué dès le plus jeune âge d'une heureuse provision vitale, il n'aura pas grand'peine à triompher des attaques qui pourraient ultérieurement menacer sa santé »[253].

Visant la production d'enfants sains par l'encadrement médical du travail procréatif des femmes, la puériculture ne parvient toutefois pas à s'ériger au rang de spécialité médicale autonome. Attachés à envisager ensemble l'engendrement, l'enfantement et l'élevage des enfants, les « accoucheurs-puériculteurs » ne résistent pas à la dynamique du champ médical caractérisée ici par « un mode de spécialisation par division d'un domaine de savoir et de pratiques en expansion »[254]. Au moment où Benjamin Weill-Hallé prononce ce discours, « "l'apostolat" en faveur de la protection médico-sociale de la maternité et de la petite enfance » ne fait déjà plus partie des stratégies

---

250 Benjamin Weill-Hallé, *La puériculture et son évolution. Leçon faite à l'Ecole de puériculture*, le 15 janvier 1929, p. 5.

251 *Ibid.*, p.18.

252 *Ibid.*, p.15.

253 *Ibid.*, p. 17.

254 Patrice Pinell distingue deux modes de spécialisation : « un mode de spécialisation par division d'un domaine de savoir et de pratiques en expansion et un mode de spécialisation par construction d'un nouveau domaine d'intervention de la médecine ». *Cf.* Patrice Pinell, « À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ », *in* Frédérique Lebaron, Gérard Mauger (dir.), *Lectures de Bourdieu*, Paris, Ellipses, 2012, p. 313-314.

sociales et professionnelles des héritiers des premiers puériculteurs[255]. Et, en 1943, la levée de l'interdiction de chirurgie faite aux accoucheurs conduit au rapprochement de la gynécologie et de l'obstétrique en une seule et même spécialité, de laquelle est exclue ce qui relève de la « puériculture post-natale ». Alors que Pinard et ses élèves concevaient la puériculture comme une spécialité distincte de la pédiatrie – discipline dédiée à l'enfant malade – les pédiatres parviennent dans le même temps à intégrer l'hygiène de la petite enfance dans le giron de leur spécialité.

Du grand projet de la puériculture demeure dès lors un espace professionnel divisé qui se partage la santé maternelle et infantile : aux gynécologues-obstétriciens la grossesse et la parturition, aux pédiatres l'enfance[256]. Toutefois, on peut se demander, avec Nadine Lefaucheur, « si la Puériculture selon Pinard n'a pas connu, au moins partiellement, un triomphe posthume à travers l'adoption, entre 1939 et 1946, d'une législation de la famille et de la protection maternelle et infantile »[257]. En faisant de la reproduction de la population une question centrale, de l'élevage des enfants un objet de surveillance médico-sociale et, plus largement, de la médicalisation de l'enfantement une condition de la bonne (sur)vie des générations futures, le projet de la puériculture est à l'origine d'une prise en main publique de la procréation qui marque pour longtemps les politiques de la naissance en France. La morale pinardienne d'amélioration de l'espèce par la rationalisation du travail procréatif semble en effet bien trouver une de ses réalisations dans le développement d'une politique qui, pour veiller sur les enfants avant et après leur naissance, impose la surveillance socio-sanitaire des femmes enceintes, des mères et des nourrices : la protection maternelle et infantile.

B. L'édification d'un dispositif généralisé de surveillance socio-sanitaire

Ravivée par l'offensive repopulatrice de l'entre-deux-guerres, puis par le natalisme et le familialisme radical du régime Vichy[258], la ligne générale suivie depuis la fin du XIX^{ème} siècle n'est en rien contestée à la Libération. Enjeu national[259], la reproduction constitue un « lieu nodal du

---

255 Nadine Lefaucheur, *Les accoucheurs des hôpitaux ..., op. cit.,* p. 251.

256 Patrice Pinell, « Champ médical et spécialisation… », *op. cit.*

257 Nadine Lefaucheur, « L'article 9 de la loi de 1892 …», *op. cit*., p. 40.

258 Le régime de Vichy prolonge et radicalise le mouvement, à l'œuvre depuis la fin du XIXème siècle, qui enracine la famille comme un pilier fondamental de l'ordre national. Les interprétations qui feraient de cette période une sombre parenthèse de l'histoire sont aujourd'hui contredites par des perspectives davantage soucieuses de leur réinsertion dans des dynamiques historiques profondes. Voir notamment Christophe Capuano, *Vichy et la famille. Réalité et faux-semblants d'une politique publique,* Rennes, PUR, 2009 ; Francine Muel-Dreyfus, *Vichy et l'éternel féminin. Contribution à une sociologie politique de l'ordre des corps,* Paris, Seuil, 1996.

259 *Cf.* Jérôme Courduriès, Sébastien Roux (dir.), « La Reproduction nationale », *Genèses*, n° 178, 2017.

pouvoir » requérant une expertise et des savoirs spécifiques, des institutions dédiées (publiques ou privées) et une vigilance constante. En cela, l'ordonnance du 2 novembre 1945 « portant création de la Protection maternelle et infantile » marque moins la naissance d'une politique nouvelle que l'organisation de sa mise en œuvre : le texte arme la France[260] d'un dispositif inédit de surveillance médicale et sociale du travail procréatif des femmes. Là où les mesures d'assistance aux femmes enceintes et aux mères expérimentées sous la IIIème République, d'initiative le plus souvent privées, s'adressaient d'abord aux femmes de classes populaires urbaines, l'ordonnance du 2 novembre 1945 acte le passage – en germes depuis plusieurs décennies – de la bienfaisance à la protection[261]. Reprenant les principales législations contenues dans le Code de la Famille de 1939, aussi bien que celles adoptées dans leur prolongement par le régime de Vichy[262], elle instaure la protection sanitaire et sociale de l'ensemble des femmes enceintes, des mères et des enfants jusqu'à 6 ans.

À la lecture de l'exposé des motifs de l'ordonnance du 2 novembre 1945, on retrouve la même angoisse démographique qui agitait « le milieu de la vie et des fléaux »[263] au tournant du siècle : « le premier devoir qui s'impose aux nouveaux pouvoirs publics est de *sauvegarder l'existence des enfants qui viennent au monde*, et la présente ordonnance apparait, en la matière, comme une véritable mesure de *salut public* ». Répondant aux mêmes exigences morales qui avaient conduit, au siècle précédent, à considérer toute atteinte à la vie des générations futures comme un « intolérable »[264], il est du devoir de l'État d'enrayer pour de bon la « calamité »[265] que représente la mortalité infantile. La rupture entrainée par l'édification de la protection maternelle et infantile est en cela à relativiser. Certes importante, elle ne constitue qu'une séquence d'un projet politique,

---

[260] L'histoire française n'est pas isolée. Comme l'indique Catherine Rollet, « il est certain que chacun des pays industrialisés d'Europe ou d'Amérique connaît une histoire de l'enfance qui lui est propre, chaque État ayant mis au point un ensemble original d'institutions sociales et médicales pour combattre la mortalité infantile et pour protéger la vie des enfants. (…) Néanmoins, une culture commune s'est construite à partir des discussions qui ont eu lieu lors des congrès internationaux [consacrés à l'enfance] qui se sont tenus, en Europe en particulier, à partir du milieu du XIXe siècle » *Cf.* Catherine Rollet, « La santé et la protection de l'enfant vues à travers les Congrès internationaux (1880-1920) », *Annales de démographie historique*, Vol. 101, n° 1, 2001, p. 97.

[261] Rachel G. Fuchs, « The Right to Life : Paul Strauss and the Politics of Motherhood », *in* Elinor A. Accampo, Rachel G. Fuchs, Mary Lynn Stewart (dir.), *Gender and the Politics of Social Reform in France, 1870-1914*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1995, pp. 82-105.

[262] En 1939, le Code de la famille et de la natalité française infléchit dans un sens plus nataliste la politique familiale. Il sécurise la grossesse, l'accouchement et la petite enfance par l'instauration d'un contrôle sur les établissements d'accouchements et par l'accroissement de l'offre en matière de consultations de nourrissons. En outre, il tente de dissuader les mères célibataires de recourir à l'avortement en organisant leur accueil dans les maisons maternelles. La Loi de « protection de la maternité et de la première enfance » du 16 décembre 1942 instaure quant à elle l'examen prénuptial, rend obligatoires les examens prénataux et confie aux assistantes sociales le contrôle de leur observance. Elle élargit également la surveillance sanitaire et sociale à tous les enfants de moins de six ans et organise la protection maternelle et infantile dans chaque département.

[263] Fabrice Cahen, Adrien Minard, « Les mobilisations contre … », 2016, *op. cit.*

[264] Didier Fassin, Patrice Bourdelais, *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2005.

[265] Alain Norvez, *De la naissance à l'école…, op. cit.*

centré sur la préservation et l'augmentation du vivant, dont les débuts sont antérieurs et le déploiement encore à ses prémices.

Dans les années 1940, « un jeu combiné de mesures » institutionnalise le « système entre protection et surveillance » en sédimentation depuis la fin du XIXème siècle[266]. C'est ce système qui porte le nom de protection maternelle et infantile. Elle s'adosse sur l'organisation d'un examen prénuptial[267], de consultations de suivi de grossesse et de pédiatrie préventive, ainsi que des visites domiciliaires confiées aux assistantes sociales. Les consultations médicales sont le plus souvent assurées par des praticiens qui reçoivent dans leurs cabinets de ville et/ou effectuent des vacations dans des dispensaires. Suivant les principes de l'hygiène sociale testés pendant l'entre-deux-guerres, un « quadrillage »[268] médico-social du territoire est établi pour rendre ces mesures applicables et permettre à l'ensemble de la population visée de s'y soumettre. Les administrations locales en charge de la protection maternelle et infantile doivent s'assurer que leur territoire est suffisamment pourvu en consultations médicales gratuites, en ouvrant pour ce faire un centre de PMI dans chaque circonscription et en coordonnant l'action des établissements préalablement implantés comme les consultations de nourrissons et les Gouttes de lait tenues par des œuvres privées. Si le législateur ne réserve pas à la seule puissance publique le monopole de la protection maternelle infantile, l'État assume un rôle de moteur et de coordinateur pour faire appliquer sur l'ensemble du territoire des décisions préparées à l'échelon central.

Différentes mesures incitatives sont alors prévues pour encourager la fréquentation des dispensaires de PMI, notamment par les femmes de milieu populaire[269]. Les articles 12 et 16 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 prévoient d'attribuer des primes d'assiduité – en espèce ou en nature – « aux futures mères qui fréquenteront régulièrement les consultations prénatales et les séances de vulgarisations organisées par ces consultations et au cours desquelles les intéressées acquièrent les premières notions de puériculture » et « aux personnes qui présenteront régulièrement les nourris-

---

[266] Fabrice Cahen, « Le gouvernement des grossesses … », art. cit., pp. 38-46.

[267] « L'enfant doit être protégé dès la conception, le législateur se soucie donc de la santé de ceux qui vont procréer et maintient le certificat médical prénuptial ». Après examens, « le médecin communique ses constatations à l'intéressé et lui en signale la portée, mais aucune indication ne figure sur le certificat. La gravité de certains cas doit être confirmée par un document écrit adressé, par le médecin, au sujet examiné mais celui-ci est libre de se conformer ou non aux conseils reçus. Les conséquences éventuelles pour son conjoint et sa descendance lui sont précisées ». *Cf.* Alain Norvez, *De la naissance à l'école …, op. cit*., p. 81.

[268] Pour Alain Norvez, l'État est chargé de « quadriller la France afin de mieux repartir les équipements nécessaires. C'est bien un "quadrillage" dont il s'agit puisque certaines proportions sont instituées : une consultation prénatale pour 20 000 habitants, une consultation de nourrissons pour 8 000 ». Sous la responsabilité du directeur départemental de la Santé, les départements sont chargés du fonctionnement opérationnel de la protection maternelle et infantile. Les départements sont divisés en circonscriptions, elles-mêmes subdivisées en secteurs de 6 000 à 9 000 habitants comprenant un centre de PMI. *Ibid.,* pp. 78-88.

[269] « Les mères appartenant aux couches sociales moyennes et supérieures ne recouraient pas à la PMI : elles consultaient leur médecin, de plus en plus souvent ». *Cf.* Yvonne Knibiehler, *La révolution maternelle …*, *op. cit*., p. 72.

sons ». Mais la participation des femmes enceintes et des mères au dispositif prévu entend surtout être assurée par ce que Fabrice Cahen identifie comme « une mécanique de redistribution sous condition »[270]. Comme le souligne également Alain Norvez, pour acculturer les femmes à la surveillance sanitaire de la grossesse, l'incitation monétaire a vraisemblablement été plus efficace que « les appels à la raison et aux bons sentiments »[271].

L'article 11 de l'ordonnance conditionne l'attribution des allocations prénatale, de maternité et d'allaitement au respect des examens médicaux prescrits (trois au cours de la grossesse et un examen postnatal dans le mois qui suit l'accouchement) et des « conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par l'assistante sociale ». Les « mauvaises élèves »[272] encourent une suspension partielle ou totale des allocations. « La logique sous-jacente est plurielle : encourager par des incitations matérielles à poursuivre la grossesse jusqu'à son terme, normaliser les pratiques corporelles en les enserrant dans des règles administratives dont le non-respect restreint l'accès aux droits sociaux »[273]. Les suspensions des allocations se sont toutefois avérées rares et limitées[274]. Mais son principe, comme celui de leur attribution, fait de ce système assurantiel un instrument de régulation des conduites procréatives. On retrouve ici une logique similaire à celle du « régime de "surveillance" économique sans punition », identifié par Dominique Memmi à propos du gouvernement contemporain des corps reproducteurs : il s'exerce, par l'intermédiaire de la protection sociale, « grâce non à des amendes, c'est-à-dire des dispositions financières négatives, mais à des "suspensions d'une incitation positive" (…), bref à des retraits de gratifications, à des bénéfices économiques que le système se refuse à consentir »[275].

Lorsqu'il s'agit de diriger cette fois les conduites maternelles relatives non plus à leurs propres corps mais à celui de leur(s) enfant(s), aucune obligation n'est fixée par l'ordonnance de 1945 en matière de surveillance sanitaire infantile. Mais la délivrance gratuite d'un carnet de santé, remis aux parents à la naissance de l'enfant, peut être comprise comme un moyen, certes peu contraignant, de normalisation des pratiques d'élevage[276]. « Il ne s'agit pas, comme l'indique Alain

---

[270] Fabrice Cahen, « Le gouvernement des grossesses … », art. cit., p. 46.

[271] Alain Norvez, *De la naissance à l'école …, op. cit.*, p. 93.

[272] Anne-Laure Garcia, « La protection maternelle. Catégorisations et hiérarchisations du féminin dans les discours juridiques d'après-guerre », *GLAD!* [En ligne], n° 1, 2016.

[273] Fabrice Cahen, « Le gouvernement des grossesses … », art. cit., p. 45.

[274] *Ibid.*

[275] Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir …, op. cit.*, p. 84.

[276] L'histoire du carnet de santé est étroitement liée à celle du travail de surveillance sanitaire des enfants, progressivement délégué aux mères par les médecins. *Cf.* Catherine Rollet, « Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ? », *Revue française des affaires sociales*, 2005, pp. 129-156.

Norvez, de contraindre les familles, mais plutôt de les inciter à agir et de leur faire prendre conscience de l'intérêt réel de l'enfant. Cet objectif rend nécessaire un long et patient travail de surveillance médico-sociale, exercée à domicile par les assistantes sociales »[277]. Ces dernières doivent plus particulièrement se rendre chez les nourrices et au domicile des parents condamnés pour mendicité ou ivresse pour contrôler plus étroitement leurs pratiques sanitaires et éducatives, ainsi que l'état et les conditions de vie des jeunes enfants. Dans ces familles *a priori* suspectes, les assistantes sociales veillent à ce que les allocations reçues soient bien utilisées au profit des enfants[278]. Leur action vise en priorité les femmes enceintes « dont l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale nécessite une protection particulière ». Ce sont elles qu'on pense en priorité potentiellement tentées par l'avortement et qu'il s'agit de dissuader, notamment en les orientant vers une maison maternelle. Ainsi que le souligne Fabrice Cahen, « en matière d'eugénisme et de politiques sanitaires, la volonté est évidente de privilégier le registre de la prévention, de l' "éducation" et de l'individualisation (entendue comme rapport d'interaction directe, fondé sur l'écoute, la persuasion et la quête de consentement) plutôt que sur l'inquisition, l'imprécation ou la menace de la sanction »[279]. Le recours aux assistantes sociales, puis à d'autres professions féminines « au service d'une discrète normalisation »[280], fait de la protection maternelle et infantile une forme adoucie de dispositif disciplinaire qui allie, par et pour les femmes, « main gauche » et « main droite » de l'État : celle qui protège et récompense, et celle qui menace et châtie[281].

Au sein de ce dispositif, les assistantes sociales sont les premières protagonistes de ce qu'Elsa Dorlin qualifie – à propos des sages-femmes – de « police féminine » : un « groupe de femmes habilitées à se soucier de la population féminine, et par conséquent capables de la surveiller de près »[282]. Assurer la conformation des corps procréatifs féminins à des normes ajustées aux impératifs natalistes et eugénistes passe ainsi par l'encadrement des conduites d'engendrement, d'enfantement et d'élevage. S'adressant d'abord aux femmes, et de manière d'autant plus appuyée à celles des milieux populaires, cette « police » vise à orienter les pratiques corporelles féminines pour améliorer l'état sanitaire des enfants qu'elles produisent et élèvent. Si les fonctions de ces « nouvelles »

---

277 Alain Norvez, *De la naissance à l'école …*, *op. cit.*, p. 82.

278 Yvonne Knibhieler, *Nous les assistantes sociales. Naissance d'une profession,* Paris, Aubier, 1980.

279 Fabrice Cahen, « Le gouvernement des grossesses …», art. cit., p. 42.

280 Yvonne Knibiehler, *La révolution maternelle …, op. cit.,* p. 70.

281 Pierre Bourdieu, *Sur l'État. Cours au Collège de France 1989-1992*, Paris, Éditions du Seuil, 2012.

282 Elsa Dorlin, *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, Paris, La Découverte, 2009 [2006], p. 141.

travailleuses sociales[283] ne les éloignent guère des activités de soins et d'assistance effectuées par les « dames patronnesses », l'attribution de diplômes conduit à transformer des compétences, jusqu'alors considérées comme naturelles, en des aptitudes professionnelles que seules peuvent faire valoir celles qui y ont été formées.

Ayant pour mission d'aller au peuple, civiliser les classes populaires et conjurer ainsi le péril social, les assistantes sociales sont considérées être – comme l'étaient avant elles les infirmières-visiteuses – les interlocutrices privilégiées des mères modestes, « l'intermédiaire entre la famille qu'elle "éduque" et contrôle, et le dispensaire, "piège à prophylaxie" »[284] vers lequel elles doivent conduire à consulter. Tout comme les sages-femmes[285], les assistantes sociales sont des « auxiliaires recherchées de l'administration » [286], à l'interface des politiques anti-avortement et des politiques de population. Au gré de la spécialisation du champ médical et des recompositions du secteur social, d'autres professions féminines viennent étoffer ce groupe[287]. C'est notamment le cas, dans les années 1960, des puéricultrices appelées à renforcer la surveillance sanitaire à domicile des assistantes sociales qu'elles remplacent progressivement jusqu'à devenir à leur tour les chevilles ouvrières du dispositif [voir Encadré n° 7 : Les puéricultrices, nouvelles auxiliaires privilégiées de la protection maternelle et infantile].

Dans les années 1960, cette « police féminine » est dotée de nouveaux moyens de contrôle et de prévention. Le décret du 19 juillet 1962 et la loi du 6 juillet 1964 assurent aux administrations

---

[283] Coïncidant avec la naissance du service social, le métier apparaît dans les années 1920 mais ne dispose pas alors d'un statut légal clair. En 1938, une refonte des diplômes conduit à regrouper sous le seul titre d' « assistante sociale » des carrières aussi différentes que « résidente sociale », « infirmière visiteuse de l'enfance » et « surintendante d'usine ». Cette restructuration des métiers opère une séparation quasi définitive entre « les infirmières », qui travaillent à l'hôpital, et les « assistantes sociales », qui travaillant à l'extérieur. *Cf.* Evelyne Diebolt, « Les femmes engagées dans le monde associatif et la naissance de l'État providence », *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, n°53, 1999, pp. 13-26 ; Yvonne Knibiehler, *Nous les assistantes …, op. cit.*

[284] Françoise Thébaud, *Quand nos grands-mères …*, *op. cit.*, p. 19.

[285] La marginalisation des matrones par les autorités médicales, ecclésiastiques ou politiques, dès le XVI[ème] siècle, puis la réglementation de leur fonction, la normalisation de leurs pratiques et la limitation de leurs prérogatives au XVII[ème] siècle participent tout autant à la professionnalisation des accoucheuses, à leur mise sous tutelle par les pouvoirs publics qu'à l'émergence d'un véritable dispositif public de contrôle des corps féminins. Voir Jacques Gélis, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988 ; Elsa Dorlin, *La matrice de la race*, *op. cit.*. Au cours du XIX[ème] siècle et de la première moitié du XX[ème] siècle, les sages-femmes deviennent « l'instrument plus large d'une politique de surveillance et de prophylaxie sanitaire et sociale » en participant à « l'enracinement et à l'élargissement de la médicalisation de la naissance, du *post partum* et de la petite enfance » *Cf.* Nathalie Sage-Pranchère, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle) », *Annales de démographie historique*, Vol. 127, n° 1, p.182. Premières protagonistes de la « police féminine », les sages-femmes sont paradoxalement restées relativement à l'écart de son déploiement quand a été confiée à d'autres femmes la surveillance socio-sanitaire du travail procréatif des Françaises. Leur concours à la protection maternelle et infantile n'est pas prévu avant 1975 quand, dans un contexte de sécurisation de la naissance, les sages-femmes sont appelées à contribuer à la surveillance des grossesses par des visites à domicile.

[286] Nathalie Sage-Pranchère, « L'appel à la sage-femme … », art. cit., p. 198.

[287] Claude Thiaudière, « La protection maternelle et infantile : politique de santé publique et spécialisation médicale », *Regards sociologiques*, n°29, 2004, pp. 23-34

territoriales en charge de la protection maternelle et infantile la collaboration d'autres services de l'État. Les organismes de Sécurité sociale et l'officier d'état-civil doivent communiquer aux directeurs départementaux de la Santé, respectivement, les déclarations de grossesse et les actes de naissance établis sur leur territoire. Ces deux mesures visent à une meilleure surveillance des soins accordés par les femmes enceintes à leur gestation et par les jeunes accouchées aux nouveau-nés. La protection maternelle et infantile associe alors à la « surveillance rapprochée » des assistantes sociales et des infirmières-puéricultrices une « surveillance à distance »[288] – proche de ce que Dominique Quessada appelle la « sousveillance », « un dépassement de la surveillance en ce qu'elle est légère, discrète immatérielle et omniprésente »[289].

Encadré n° 7 : Les puéricultrices, nouvelles auxiliaires privilégiées de la protection maternelle et infantile

Dès les lendemains de la promulgation de l'ordonnance du 2 novembre 1945, des pédiatres de renoms insistent, lors des Assises Nationales de l'Enfance du printemps 1947, sur l'insuffisance du nombre d'assistantes sociales et la nécessaire « intervention d'une spécialiste de la puériculture ». Ils accueillent avec enthousiasme le décret du 13 août 1947, instituant le diplôme d'État de *puériculture* – transformé une semaine plus tard en diplôme d'État de *puéricultrice*. Ce diplôme valide une formation d'un an – réservée aux infirmières, sages-femmes et assistantes sociales – donnée sous la forme de stages en crèches, pouponnières, hôpitaux, maternités et consultations de PMI. Le pédiatre Marcel Lelong (1892-1973) joue un rôle déterminant dans l'imposition de cette spécialisation. Pour ce professeur de la Faculté de médecine de Paris, qui fût le premier titulaire de la chaire de Puériculture, la puéricultrice doit être « partout où il y a des enfants, qu'ils soient malades, qu'ils soient convalescents, qu'ils soient sains »*. À l'hôpital, « la puéricultrice est l'infirmière spécialisée pour donner les soins aux enfants et particulièrement à ceux qui sont les plus difficiles, les plus spécialisés : les nourrissons, les nouveau-nés, les prématurés ». Elle est « l'aide technique du médecin d'enfants », « l'œil permanent du médecin dirigé sur l'enfant ». À ce titre, Marcel Lelong attribue à la puéricultrice une place centrale en matière de médecine préventive. Et si « elle ne doit pas être la remplaçante du médecin, ni un faux médecin », sa formation la rend « capable mieux que la mère et à la place de la mère d'alerter le médecin. À l'occasion de ses visites, elle exécute les prescriptions du médecin « devant la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant ». En cela, « la puéricultrice est l'éducatrice sanitaire la plus qualifiée ».

L'entrée de ces nouvelles spécialistes dans les centres de PMI, à partir de 1962, est le fruit d'une initiative antérieure émanant de l'Ecole de Puériculture de Paris et de ses pédiatres. En 1950, ils confient à une puéricultrice le soin de visiter à domicile les enfants préalablement pris en charge dans son centre de prématurés. En 1957, le professeur Lelong propose d'étendre ce suivi à domicile à tous les enfants dans le souci de diminuer la mortalité**. Selon Catherine Rollet, encore très peu nombreuses au début des années 1960 (moins d'une centaine contre près de 6 000 assistantes sociales), les puéricultrices employées par les services de PMI seront environ 3 000 à la fin des années 1980 (et 10 000 au total) auxquelles s'ajoutent également un millier d'infirmières. Conjuguée à la création, en 1964, des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) et du « service social polyvalent », la place nouvellement occupée par les puéricultrices contribue à terme à une redéfinition de la division du travail de protection maternelle et infantile à leur profit, et à la médicalisation du dispositif.

288 Claude Thiaudière, « La protection maternelle et infantile … », art. cit., p. 29.

289 « Le "sous" de sousveillance en désigne le côté plus insidieux, l'action de quelque chose qui travaille "par en dessous" » *Cf.* Dominique Quessada, « De la sousveillance. La surveillance globale, un nouveau mode de gouvernementalité », *Multitudes*, n° 40, 2010, p. 57.

Le dispositif se déploie encore un peu plus *via* cette forme singulière de vigilance mise au service, dans les années 1970, d'une politique de dépistage et de prévention des handicaps. La loi du 15 juillet 1970 rend obligatoire la délivrance par un médecin de trois « certificats de santé », dorénavant contenus dans le carnet de santé, établis lors d'examens préventifs obligatoires au 8ème jour, 9ème et 24ème mois de vie de l'enfant. Ecartée en 1945, l'idée d'un contrôle par le biais du carnet de santé revient, sous une forme euphémisée, par le biais des certificats périodiques. À partir du décret du 2 mars 1973, les certificats de santé sont adressés, une fois renseignés, au service départemental de PMI. L'exploitation des données sanitaires et sociales contenues dans les certificats de santé vise à organiser une meilleure surveillance médicale des enfants. Lorsqu'un élément signalé risque de compromettre leur santé, une visite à domicile d'une assistante sociale ou d'une puéricultrice est proposée. Offrant une vue d'ensemble sur la situation sanitaire de la population infantile, les données contenues dans les certificats de santé sont également mobilisées à des fins épidémiologiques pour servir d'aide à la programmation en matière de santé publique.

II. Vers une politique de gestion des risques

Suivi sanitaire obligatoire, contrôle médico-social, incitations financières, acculturation aux règles de puériculture et au « travail domestique de santé »[290], volonté de mesurer la natalité et sa qualité pour la contrôler, etc., autant de modalités – visant à administrer la naissance par la régulation démographique et la normalisation des pratiques corporelles féminines – qui font, ainsi que le souligne Claude Thiaudière, du dispositif de protection maternelle et infantile « un modèle de ce que Foucault a nommé le "bio-pouvoir" »[291]. Dans le premier tome de son *Histoire de la sexualité*, Michel Foucault revient sur les transformations du pouvoir depuis l'âge classique. « [Là où] le pouvoir s'exerçait essentiellement comme instance de prélèvement, mécanisme de soustraction, droit de s'approprier une part des richesses, extorsion de produits, de biens, de services, de travail et de sang, imposée aux sujets », le « prélèvement » ne serait devenu, à partir du XVIIème siècle, qu'« une pièce seulement parmi d'autres qui ont des fonctions d'incitation, de renforcement, de contrôle, de surveillance, de majoration et d'organisation des forces qu'il soumet : un pouvoir destiné à produire des forces, à les faire croître et à les ordonner plutôt que voué à les barrer, à les faire plier ou à détruire »[292]. Selon Foucault, « au vieux droit de faire mourir ou de laisser vivre s'est substitué un pouvoir de faire vivre ou de rejeter dans la mort. (…) C'est sur la vie maintenant et tout au long de

---

290 Geneviève Cresson, *Le travail domestique de santé*, Paris, L'Harmattan, 1998.

291 Claude Thiaudière, « La protection maternelle et infantile … », art. cit., p. 23.

292 *Ibid*., pp. 181-182.

son déroulement que le pouvoir établit ses prises »[293]. Il décrit en somme le passage d'un régime de pouvoir relevant du « droit de mort » à un « pouvoir sur la vie ».

Ce pouvoir – qui entend « gérer » la vie et la survie, la « majorer », la « multiplier », et « dont la plus haute fonction désormais n'est peut-être plus de tuer mais d'investir la vie de part en part » – passe par l'exercice de « contrôles précis » et de « régulations d'ensemble ». Il prend forme dans une « grande technologie à double face – anatomique et biologique, individuelle et spécifiante, tournée vers les performances du corps et regardant vers les processus de la vie ». La « discipline du corps » et « les régulations de la population » constituent « les deux pôles autour desquels s'est déployée l'organisation du pouvoir sur la vie »[294]. Centrée sur le corps-espèce, la régulation de la population vise à en contrôler « la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de la vie, la longévité avec toutes les conditions qui peuvent les faire varier »[295]. L'usage fait des diverses données chiffrées – produites pour rendre compte de tel ou tel aspect de l'évolution de la population materno-infantile – est emblématique de cette « gestion calculatrice de la vie »[296]. La discipline, centrée quant à elle sur le corps comme machine, entend en contrôler les forces et les aptitudes, à en accroître l'utilité et la docilité. Au cours des années 1970, ce pouvoir sur la vie trouve dans la « gestion des risques »[297] relatifs à la « périnatalité » – domaine de santé publique se rapportant à tout ce qui « entoure » la naissance – un terrain d'expansion inédit.

A. Pour « un nouveau-né sans risques »

En matière de mortalité infantile, les objectifs visés par l'ordonnance du 2 novembre 1945 sont rapidement considérés atteints. Au milieu des années 1960, la France connaît une forte natalité et la mortalité infantile a été réduite des deux tiers en un peu moins de vingt ans. Les dangers qui menaçaient traditionnellement la vie des jeunes enfants – « péril alimentaire » (gastrite, entérite, colite) et « périls infectieux » (diphtérie, variole, tétanos, coqueluche, rougeole, rubéole, poliomyélite, oreillons, syphilis, tuberculose) – ont reculé, voire quasiment disparu pour certains. D'autres problèmes subsistent toutefois et deviennent prépondérants. C'est le cas du dit « péril congénital » qui concentre l'intérêt des pédiatres et des responsables de la protection maternelle et infantile[298].

---

[293] *Ibid.*

[294] *Ibid*., p. 183.

[295] *Ibid*.

[296] Michel Foucault, *Histoire de la sexualité – Tome 1 : La Volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, p. 184.

[297] Robert Castel, *La gestion des risques*, *op. cit*.

[298] Alain Norvez, *De la naissance à l'école…*, *op. cit*.

Travaux de démographes à l'appui, les efforts de la puissance publique se reportent progressivement sur la lutte contre la mortalité néonatale – décès d'enfants âgés de moins de 28 jours[299]. La mortalité des premiers jours représente alors une « poche de résistance »[300]. D'importants efforts sont conduits dès les années 1950 et tout au long des années 1960 pour lutter contre cette mortalité. Sauver les « prématurés », qui représentent 7 à 8 % de l'ensemble des nouveau-nés, constitue la première modalité de ce combat. Mais à la fin des années 1960, « un seuil sous lequel les gains s'amenuisent est atteint »[301]. Le développement de services spécialisés et les progrès de la réanimation néonatale permettent certes de faire vivre de plus en plus d'enfants nés prématurément. Toutefois, la France affiche toujours de mauvais scores en matière de mortalité et de morbidité néonatale : beaucoup de nouveau-nés, même à terme, ne survivent pas à la naissance et de nombreux autres en gardent de graves séquelles.

C'est cette situation que dénonce, au printemps 1969, Alexandre Minkowski – pédiatre et réanimateur, considéré aujourd'hui comme l'un des pionniers de la néonatologie française – au moyen d'une campagne de presse au retentissement important. Déplorant l'insécurité des petites maternités mal équipées et le manque de formation des médecins généralistes qui suivent alors la majorité des grossesses[302], il appelle les pouvoirs publics à s'engager dans « la lutte pour la sécurité de la naissance ». Il publie en 1976, dans une collection de grande diffusion, un ouvrage qui fait date : *Un nouveau-né sans risques*. Le retard français est, selon lui, à l'origine du « scandale des accouchements en France », responsable de la perte injustifiée de nombreux nouveau-nés et de la naissance d'enfants « arriérés », dont le handicap aurait pu être évité. L'« alerte » lancée à propos de ce « scandale sanitaire » reçoit un accueil favorable de la part des pouvoirs publics[303]. La période dite périnatale – autour de la naissance – fait dès lors l'objet d'une politique spécifique visant

---

299 À ce propos, Alain Norvez souligne le rôle tenu par les démographes de l'INED qui, dès le premier numéro de la revue *Population,* distinguent deux composantes bien différentes de la mortalité : la « mortalité néonatale » et la « mortalité par péril infectieux ». La première est qualifiée d'« endogène » provenant de facteurs antérieurs à la naissance ou se rapportant à la naissance, quand la seconde est dite « exogène », due à des causes liées au milieu de vie de l'enfant. Pour les démographes, la mortalité exogène était appelée à disparaître rapidement grâce au développement social et médical mais la mortalité endogène ne régresserait dans le même temps que partiellement, et seulement grâce à une meilleure surveillance des grossesses et à l'assistance médicale généralisée des accouchements. « Tandis que la lutte contre le décès des touts jeunes enfants donnait déjà des résultats importants, l'étude démographique souligne la possibilité de sauver encore plus de vies humaines. Le démographe était ainsi engagé sur le même front que les administrateurs et les praticiens des disciplines médicales ». *Ibid*., p. 116.

300 Isabelle Ville, Lynda Lotte, « Les politiques de prévention des handicaps à la naissance en France : regards historiques », *Recherches familiales*, Vol. 12, n° 1, 2015, p. 28.

301 *Ibid.*

302 Il plaide pour que les visites prénatales soient confiées aux sages-femmes et aux obstétriciens plutôt qu'aux médecins généralistes.

303 Danièle Carricaburu, « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : les cas de la périnatalité et des infections nosocomiales », *in* Claude Gilbert (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique.* Paris, La Découverte, 2009, p. 58.

l'amélioration des conditions de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement[304]. À l'origine de profonds remaniements qui se déploient sur trois décennies, la politique périnatale qui émerge au début des années 1970 peut se lire comme une recomposition, voire un approfondissement, de la politique de protection maternelle et infantile déjà à l'œuvre.

L'État intervient directement pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance et fait de la périnatalité un « nouveau » domaine d'action publique. Trois « plans de périnatalité », initiés respectivement en 1972, 1995 et 2005, forment l'architecture de cette politique. Programmes pluriannuels, ils visent à promouvoir les techniques de planification et de gestion dans la prise en charge des naissances. Malgré des inflexions notables, ils partagent une même ambition : *sécuriser* la naissance pour réduire la mortalité et la morbidité. Le premier plan de périnatalité, reconduit jusqu'en 1981, concentre les efforts sur la définition de normes de fonctionnement et la restructuration de l'offre obstétrico-pédiatrique. Les maternités doivent être mieux pourvues en moyens techniques et humains : meilleurs équipements, développement des services de néonatologie, renforcement de la présence de gynécologues-obstétriciens et meilleure formation des professionnel·les de la naissance (avec la création d'un enseignement en médecine périnatale). La consultation des archives du service de PMI enquêté rend compte des mutations à l'œuvre : les « petites consultations isolées », dont « la fausse sécurité » est dénoncée, disparaissent au profit des consultations prénatales pratiquées par des médecins dans les centres hospitaliers [Encadré n° 8 : Les archives départementales du service de Protection Maternelle et Infantile]. Les normes d'équipements instituées par décret du 3 mars 1972 contraignent de nombreuses petites maternités privées à se moderniser ou à fermer. Dans le même temps, s'impose l'idée que « le risque obstétrical est en grande partie prévisible et que les professionnels doivent orienter les femmes enceintes selon le niveau de risque évalué pour elles-mêmes et pour l'enfant à naître »[305].

Fondé sur des données épidémiologiques et des résultats d'enquêtes, montrant l'amélioration des taux de morbidité et de mortalité en cas de transfert avant l'accouchement vers des centres hospitaliers mieux équipés, le second plan de périnatalité pose le principe d'une nécessaire détection précoce des grossesses « à risque élevé » et leur prise en charge systématique par les maternités les

---

304 Danièle Carricaburu analyse l'accueil favorable que reçoit cette « alerte » : « D'une part, la question des enfants handicapés fait partie des préoccupations ministérielles et plus particulièrement de celles de la sous-direction de la Protection maternelle et infantile qui, dès 1965, a mis en place un groupe de travail spécifiquement dédié à cette question [Salbreux, 1995]. D'autre part, le ministère des Finances vient de lancer une opération dite de « Rationalisation des choix budgétaires » (RCB) et veut la tester dans toutes les administrations ». La question des accidents de la naissance est choisie pour tester la méthode : « l'objectif étant de réduire les conséquences aux niveaux humain, économique et financier, des décès et handicaps liés à la naissance, on raisonne par scénarios, et on « calcule » le nombre de morts et de handicaps évités et les économies induites » *Ibid.*, pp. 57-58. Appliquée à la périnatalité, l'étude RCB convainc le ministère de la Santé publique qui affecte d'importants moyens à ce secteur dans la loi de Finances de 1971.

305 Danièle Carricaburu, « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et sociétés*, Vol. 39, n° 1, 2007, pp. 123-124.

mieux équipées. La réforme de la périnatalité de 1998 restructure la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement : « à chaque niveau de risque (bas, moyen, haut) correspond des maternités de niveau I, II ou III, ainsi catégorisées en fonction de leurs moyens humains et matériels en matière de réanimation »[306]. Dans la mesure où le danger n'est plus imprévisible, le risque doit « être dépisté et évalué par une surveillance appropriée »[307]. Considéré comme potentiellement pathologique, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement nécessite d'être régulièrement contrôlé afin de dépister les risques de complications.

Encadré n° 8 : Les archives du service de PMI

Au cours de mon enquête en PMI, j'ai cherché à accéder aux archives du service. Tout ce qui concerne l'histoire de cette institution dans le département enquêté est « en vrac dans les cartons », m'indique le Dr Deckens, médecin cheffe du service. « Personne n'a mis le nez dedans depuis que je suis là ». Elle est en poste depuis 2001. Découragée par l'ampleur de la tâche, je renonce à ce projet. Au printemps 2014, j'apprends que ces documents ont été traités et versés aux archives départementales.

Rassemblés dans un inventaire intitulé « Organisation sanitaire et sociale du département (1964 - 2010) » (0,85 m.l.), le fond comprend une quinzaine de dossiers relatifs à la création et l'organisation de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (D.D.A.S.S.) depuis sa mise en place en 1964-1965. Les informations concernant la PMI sont relativement maigres et parcellaires. Je rassemble toutefois les rapports annuels de fonctionnement du service, rédigés entre 1968 et 1991, par la médecin inspecteur de l'époque. Adressés au directeur de la D.D.A.S.S. et au Ministère tutélaire – dont quelques réponses sont conservées –, ces documents donnent à voir l'évolution locale du recrutement du personnel, le développement des établissements concourant à la politique de protection maternelle et infantile, et les relations entre le service de PMI, les médecins libéraux et l'institution hospitalière. Si ces archives n'ont finalement pas pu être suffisamment exploitées, leur consultation a néanmoins contribué à me renseigner sur les inflexions de la politique de protection maternelle et infantile, et a nourri la réflexion ici présentée.

À propos de la restructuration de l'offre obstétrico-pédiatrique, le rapport de 1972 indique par exemple : « La politique de la périnatalité ne pourra être appliquée que lorsque nous aurons des consultations prénatales valables dans le cadre de la PMI. Or, actuellement, si les consultations prénatales assurées dans les centres de PMI rattachés à un centre hospitalier peuvent acquérir la confiance des futures mères, il n'en est pas de même des consultations assurées dans un centre de PMI où l'omnipraticien local "passe" une demi-heure au centre. Je crois que nous n'avons plus le droit, compte tenu de l'effort du Ministère et des directives en ce domaine, d'offrir une fausse sécurité aux futures mères. Les médecins spécialistes sont appelés par la clientèle privée et il deviendra impossible de faire appel à eux. Une amélioration très sensible a été enregistrée par contre dans la prise en charge des grossesses pathologiques par les centres hospitaliers. Les centres de grossesses à haut risque se mettent en place ce qui évitera aux futures parturientes de se rendre dans les centres parisiens ».

La logique du risque qui s'institutionnalise à partir des années 1970 prévaut à la régulation des corps enceints. Les consultations prénatales obligatoires passent de trois à quatre en 1972, puis de quatre à sept en 1992. Le premier plan de périnatalité rend obligatoire tout un ensemble d'exa-

306 Danièle Carricaburu, « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : les cas de la périnatalité et des infections nosocomiales », *op.cit.*, pp. 59-60.

307 Danièle Carricaburu, « De l'incertitude de la naissance … », *op.cit.*, p.128.

mens de dépistage (toxoplasmose, rubéole et iso immunisation fœto-maternelle). La prise en charge totale de l'ensemble des frais médicaux des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse entend inciter les femmes à consulter. Comme le souligne Dominique Memmi, elle est par ailleurs tout à fait cohérente avec « le soin avec lequel a été aménagé le régime de *pénalisation financière* [confirmant] la construction sociale et politique de la maternité comme une affaire de santé publique et dit tout le souci de l'État en cette matière »[308].

Les années 1980 marquent une pause dans la politique périnatale. Mais le « glissement de l'objectif de surveillance généralisée vers celui de l'assistance différenciée », que connaît alors la politique de protection maternelle et infantile[309], devient manifeste dans le Plan de 1994, intitulé *Sécurité et qualité de la grossesse en périnatalité*. S'il aborde de façon prioritaire, une fois encore, la sécurisation de l'accouchement, un de ses objectifs est la prise en charge de la grossesse et de la naissance « des plus démunis »[310] : les femmes enceintes « en situation de précarité » sont identifiées comme un « public prioritaire »[311]. Le plan de 2005-2007 renouvelle cet impératif et précise qui sont les femmes qui composent ce public « en situation de précarité » : « il s'agit notamment de femmes à la rue, de femmes en situation irrégulière, mais aussi parfois de femmes de foyers polygames, de femmes tsiganes, manouches, roms… de femmes détenues et de mineures ». L'objectif est alors d'améliorer « simultanément l'accès au droit, l'accès aux soins et l'accompagnement psychosocial, afin de permettre aux parents en situation précaire de mieux assumer leurs responsabilités, notamment de protection de leurs enfants ».

Encore plus qu'avant, la grossesse – et celle de certaines femmes en particulier – nécessiterait une vigilance accrue. Mais à partir des années 1970-1980, au-delà du suivi médical auquel elles doivent se soumettre, les femmes enceintes sont de plus en plus rendues attentives aux risques associés à leur vie quotidienne au cours de la grossesse : au travers des recommandations relatives à leur consommation de tabac et d'alcool[312], mais aussi par les mises en garde contre la prise de médicaments et les aliments potentiellement vecteurs de maladies dommageables pour le fœtus. Les

---

308 Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir …, op. cit.*, pp. 85-86.

309 Delphine Serre, « Le "bébé superbe" … », art. cit., p. 110.

310 On notera l'usage constant, dans ce texte comme dans d'autres de même nature, du masculin ou de la formule neutre « les parents » pour désigner un public pourtant exclusivement féminin : des femmes enceintes, qui ne sont d'ailleurs pas encore parents de « l'enfant » qu'elles portent.

311 Le Plan propose de faciliter leur « accès aux droits et à l'ouverture des droits », de les orienter de manière précoce « vers une maternité associée à un service de pédiatrie », « d'associer le suivi de PMI et de développer le rôle des sages-femmes à domicile », de repérer les femmes enceintes « non connues », de développer la prévention primaire par l'intermédiaire de l'Education nationale et des missions locales. *Cf.* Louise Virole, « Grossesse et Reconnaissance du sujet. Parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes en France », thèse de sociologie, EHESS, 2018.

312 Elizabeth M. Amstrong, *Conceiving Risk, Bearing Responsibility : Fetal Alcohol Syndrome and the diagnosis of moral disorder*, Baltimore, John Hopkins University Press, 2003.

femmes enceintes sont appelées, comme les y incite Alexandre Minkowski, « à prendre, devant la maternité, une attitude d'adulte responsable, de quelqu'un qui donne la vie… et qui veut assurer à son futur enfant la plus grande chance de survivre et d'être normal »[313]. *A priori* irresponsables, elles sont explicitement assignées au rôle de « déjà mère, auquel est attachée une responsabilité, celle de produire un enfant normal et en bonne santé et même un enfant "parfait" »[314].

Devenue un élément crucial du suivi prénatal, la préparation à l'accouchement participe de l'éducation sanitaire des femmes enceintes. Dès les années 1950, le développement de la méthode d'accouchement psychoprophylactique a favorisé les contacts fréquents entre les futures mères et les équipes obstétricales. Marilène Vuille montre combien la psychoprophylaxie, souvent présentée comme une résistance à la médicalisation du fait de son mode de prise en charge non pharmacologique de la douleur, a en fait conduit à redéfinir l'accouchement comme « un événement qui se prépare (qui s'"apprend"), qui nécessite une socialisation des femmes enceintes et de leurs proches à la culture médicale, et en instaurant un rapport entre profanes et professionnel.le.s dans lequel les premières s'en remettent aux second.e.s pour l'apprentissage d'un comportement et pour la conduite de l'accouchement »[315].

Suivant le chemin tracé par les puériculteurs et l'hygiène de la grossesse, l'éducation prénatale des femmes enceintes est comprise comme un aspect du travail que les futures mères doivent accomplir[316]. Les cours de préparation à la naissance, dont huit séances sont remboursées par la sécurité sociale depuis 1959, visent à responsabiliser les futures mères afin qu'elles produisent de nouvelles générations de citoyens sains et adaptés[317]. La figure d'un fœtus vulnérable et à protéger est au cœur des arguments qui justifient le contrôle et l'auto-contrôle de la gestation. Les professionnel·les de la naissance soutiennent, voire dirigent, l'auto-discipline que les femmes enceintes

---

313 Alexandre Minkowski, *Pour un nouveau-né sans risque*, Paris, Stock, 1976, p. 12.

314 Anne Quéniart, « Prévention des risques et contrôle social : l'exemple de la maternité », *Déviance et société*, Vol. 13, n° 4, 1989, p. 331.

315 Marilène Vuille, « L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980 », *Travail, genre et sociétés*, Vol. 34, n° 2, 2015, p. 53.

316 Ann Oakley, *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford, Basil Blackwell, 1984.

317 Hélène Valentini relève la responsabilité qui pèse les futures mères à partir de son analyse des cours de préparation à la naissance au Québec : l'importance accordée aux prescriptions alimentaires par les animatrices des cours induit « une certaine culpabilisation de la mère, qui apparaît comme la principale responsable des handicaps physique et mental non seulement du bébé mais de l'individu, de l'être humain adulte ». *Cf.* Hélène Valentini, « De quoi parle-t-on dans les rencontres prénatales ? », *in* Francine Saillant, Michèle O'Neill (dir.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1987, p. 358.

sont enjointes à mettre en œuvre[318]. Le gouvernement des grossesses nécessite l'adhésion et la collaboration des administrées.

Pour Alain Norvez, l'institutionnalisation de la protection maternelle et infantile doit « être considérée comme une étape importante dans l'élaboration des politiques de prévention qui marquent notre époque » et dont la caractéristique est d'être « active ». « Bien que fondée, mais en partie seulement, sur des contraintes, des règlements, des obligations et donc une certaine coercition, cette prévention fait appel à une démarche volontaire de la part des intéressés »[319]. On retrouve là une spécificité des transformations contemporaines du bio-pouvoir identifiée par Dominique Memmi dans ses travaux : un pouvoir régulateur plutôt que répressif, non autoritaire, agissant par le rappel incessant à la norme et en partie délégué aux administré·es « par des professionnels mis en position de pourvoyeurs des instruments étatiques de leur autorégulation »[320]. « On a affaire à un gouvernement s'appuyant sur les sujets, c'est-à-dire qui confie volontiers la gestion rationnelle de l'objet dont il entend réguler les usages (ici le corps) aux individus, qui évalueront eux-mêmes le calcul des risques et des coûts financiers de sa correction »[321].

Dans *Faire vivre et laisser mourir*, la sociologue montre la cristallisation, dans les années 1960-1970, de ce mode de contrôle qui fait de l'agent social « le dépositaire principal de la surveillance de son corps, de ses usages socialement autorisés, même s'il demeure dûment entouré d'un halo de sanctions diffuses »[322]. La régulation publique des naissances non désirées constitue notamment un terrain de choix pour approcher cette modalité de gouvernement. Car si Michel Foucault décrit le passage d'un régime de pouvoir relevant du « droit de mort » à un « pouvoir sur la vie », le « droit de mort » subsiste en « [prenant] appui sur les exigences d'un pouvoir qui gère la vie » [323]. « Cette mort, écrit-il, qui se fondait sur le droit du souverain de se défendre ou de demander qu'on le défende, va apparaître comme le simple envers du droit pour le corps social d'assurer sa vie, de la maintenir ou de la développer »[324].

---

[318] Deborah Lupton, « "Precious Cargo" … », art. cit. ; Lealle Ruhl, « Liberal Governance and Prenatal Care : Risk and Regulation in Pregnancy », *Economy and Society*, Vol. 28, n°1, 1999, pp. 95–117.

[319] Alain Norvez, *De la naissance à l'école…, op. cit*., p. 87.

[320] Dominique Memmi, « L'autoévaluation, une parenthèse ? Les hésitations de la biopolitique », *Cahiers internationaux de sociologie*, Vol. 128-129, n° 1, 2010, p. 302.

[321] Dominique Memmi, « Administrer une matière sensible… », *op. cit.*

[322] Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir…., op. cit.*, p. 55.

[323] *Ibid.*, p. 179.

[324] *Ibid*.

B. Éviter les naissances indésirées

Participant d'une nouvelle conception de la vie de l'enfant, davantage qualitative que quantitative, c'est une autre forme de prévention qui s'institutionnalise avec la loi Veil du 17 janvier 1975 : ne pas faire naître. La dépénalisation de l'avortement légalise, dans certaines conditions, la prise en main individuelle sur le contrôle des naissances. La loi autorise l'interruption de la grossesse pour deux motifs : lorsque le fœtus est atteint de malformations ou de maladies considérées comme « incurables et d'une particulière gravité », ou en raison de la « situation de détresse » de la femme enceinte[325].

En 1975, l'interruption médicale de grossesse (IMG) s'institutionnalise – paradoxalement – avec le développement des techniques permettant d'assurer la santé des fœtus. Enregistrement du rythme cardiaque, prélèvement du sang fœtal, amniocentèse rendant possible l'analyse des chromosomes et de nombreux paramètres biologiques fœto-maternels, imagerie fœtale deviennent les instruments de ce que l'on nomme à partir des années 1970 le « diagnostic prénatal ». Or, si la médecine fœtale a conduit à améliorer l'état de santé des nouveau-nés, c'est aussi en permettant d'éviter la naissance de ceux qu'elle ne pouvait pas soigner[326]. L'interruption volontaire de grossesse pratiquée pour motif « thérapeutique »[327] peut – en partie – être comprise comme une modalité de « prévention "totale" de l'enfant à naître »[328] : un moyen de la médecine fœtale pour ne produire que des enfants sains. Mais la légalisation des interruptions de grossesse ne s'adosse toutefois pas pour autant sur un enjeu directement populationnel. Il est aussi – voire surtout – question de garantir aux sujets, enfants à naître et parents en devenir, une vie qui – selon des critères individuels mais encadrés par la médecine – vaille la peine d'être vécue.

Le glissement à l'œuvre, d'une rationalité strictement populationnelle à un traitement politique de la naissance faisant la part belle aux projets individuels, se donne d'autant plus clairement à voir dans le cas de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), avant la fin de la dixième se-

---

[325] Jusqu'alors, et depuis les années 1950, l'interruption de la grossesse était envisageable lorsque la poursuite de la grossesse mettait en danger la vie de la mère.

[326] Notons que les pays anglo-saxons emploient explicitement le terme de *selective abortion*, c'est-à-dire d'« avortement sélectif », à propos des avortements que nous qualifions de « thérapeutique » ou « médical ». À propos des discussions relatives à l'IMG comme pratique d'« eugénisme de précaution », voir Danielle Moyse, Nicole Diederich, *Vers un droit à l'enfant normal ? L'arrêt Perruche et l'impact de la judiciarisation sur le dépistage prénatal*, Toulouse, ERES, 2006.

[327] Le terme « thérapeutique » est remplacé par « médical » en 2001.

[328] Isabelle Ville, Lynda Lotte, « Les politiques de prévention … », art. cit., p. 35.

maine[329], au motif de « la situation de détresse » de la femme enceinte. Pourtant au cœur de la loi Veil[330], la protection de la vie du fœtus passe alors après la prise en considération des conditions d'existence des futures mères mais aussi, en retour, de celles des enfants à naître[331]. Car, de manière *a priori* surprenante, c'est aussi et encore le même souci de production d'enfants sains qui conduit à autoriser la pratique de l'IVG. Loi de libéralisation, victoire féministe, la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse est également une manifestation de la forme singulière que prend, dès le milieu des années 1950, la médicalisation du travail procréatif. Sous l'impulsion de la gynécologue Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallée et des membres de l'association *Maternité Heureuse* fondée en 1956 – appellation originelle du *Mouvement Français pour le Planning Familial* (MFPF) –, la liberté conceptionnelle devient la voie vers un meilleur accomplissement de la « fonction maternelle ».

La lutte engagée pour l'abrogation des articles de la loi de 1920, concernant l'usage et l'enseignement des contraceptifs, doit son succès à la formulation maternaliste et familialiste de la « maternité consciente», adoptée par l'association[332]. Sous la plume de la jeune épouse du célèbre pédiatre Benjamin Weill-Hallée – élève et successeur d'Adolphe Pinard –, dont elle bénéficie du prestige et des réseaux[333], la contraception est conçue comme un remède à l'avortement, véritable fléau qu'il ne s'agit alors en aucun cas d'autoriser mais bien de combattre. Si bien que lorsque, en 1967, l'adoption de la loi Neuwirth autorise la contraception, Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé démissionne considérant que l'association, devenue alors le MFPF, n'a plus de raison d'être : l'association devait, selon elle, « se borne[r] à poursuivre sur le plan médical, psychologique et social l'édification de la famille harmonieuse et heureuse »[334]. La bataille pour le droit à l'avortement

---

[329] La loi Veil établit un délai au-delà duquel les avortements demandés sans motifs médicaux ne sont plus permis. Initialement fixé à dix semaines de grossesse, il est depuis 2001 étendu à douze semaines de grossesse, soit quatorze semaines d'aménorrhée.

[330] Rappelons que la loi contient en elle-même un rappel moral à la vie. Son premier article – *« la loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie »* – assimile en creux l'avortement à « une atteinte exceptionnelle à l'existence d'un être » concédée par le législateur. *Cf.* Sophie Divay, « L'IVG : un droit concédé encore à conquérir », *Travail, genre et sociétés,* Vol. 9, n° 1, 2003, p. 202.

[331] Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir…., op. cit.*

[332] Sandrine Garcia, *Mères sous influence…, op. cit.*

[333] À propos de Benjamin Weill-Hallée et du couple qu'ils forment avec Marie-Andrée Largua Weill-Hallée, voir Danièle Voldman, Annette Wieviorka, *Tristes grossesses. L'affaire des époux Bac (1953-1956)*, Paris, Seuil, 2019, pp. 81-104.

[334] Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, 1957 cité dans Virginie De Luca Barrusse, « Des normes conjugales et parentales en mutation au cours du baby-boom », *Politiques sociales et familiales*, n° 118, 2014, p. 25.

prend le relais et le Planning adopte, à partir de 1973, un tournant plus politique, féministe, peu avant le vote de la loi Veil[335].

Pour les membres de *Maternité heureuse*, dont beaucoup sont des médecins gynécologues, la contraception est la seule réponse valable au problème de l'avortement qui menace les capacités reproductives féminines, leur vie et indirectement l'harmonie des familles. Elles et ils insistent sur les séquelles gynécologiques des « pathologies post-abortives » et les risques de « stérilité secondaire » qu'elles charrieraient. L'insistance sur le caractère familial et le rejet de toute forme de référence au néo-malthusianisme constituent les éléments clés de l'important « travail de mise en conformité au contexte français » du discours du *birth control*[336]. Il n'est pas alors tant question de « la libre maternité » que d'une « maternité volontaire » ou « consciente »[337]. Une telle formulation qualifie en retour d'irresponsable toute forme de sexualité qui expose les femmes à des grossesses répétées et rapprochées, et les acculent à l'avortement.

Ce discours n'est pas sans rappeler l'ambition pinardienne de « *civiliser* les instincts de reproduction »[338]. L'espacement des naissances permettrait aux femmes de reprendre des forces et de mieux faire face à leurs responsabilités familiales. Aussi, l'approche privilégiée ne subvertit en rien la morale maternaliste. La légitimation du combat de l'association passe également par le statut social de ses fondatrices : des femmes éduquées de classe supérieure qui mettent en avant leur statut de mères de famille, souvent nombreuse. Bibia Pavard souligne à quel point la respectabilité du projet de l'association est le produit de « ce croisement entre le genre et la classe sociale »[339]. Autant d'éléments qui, associés à un discours sanitaire passant en revue les dangers de l'avortement, permettent de rattacher *Maternité Heureuse* à la filiation hygiéniste. Comme l'indique Sandrine Garcia, « l'insistance portée sur les drames auxquels sont exposées les femmes des milieux populaires, la subordination de la lutte pour la liberté procréative à la lutte contre le « fléau » de l'avortement et la lutte contre la misère rapprochent aussi *Maternité heureuse* d'une tradition philanthropique qui correspond aux pratiques de classe des femmes de la bourgeoisie traditionnelle. Détachée de toute référence au néomalthusianisme et à l'émancipation sexuelle des individus, défendue par des femmes

---

335 Bibia Pavard, *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2012.

336 Bibia Pavard, « Du *Birth Control* au Planning familial (1955-1960) : un transfert militant », *Histoire@Politique*, Vol. 18, n°3, 2012, p. 174.

337 Jean-Yves Le Naour, Catherine Valenti, *Histoire de l'avortement, XIX*ème*-XX*ème *siècles*, Paris, Le Seuil, 2003, p. 212.

338 Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé dit d'ailleurs s'inspirer de la pensée de Pinard. Lors de sa communication en faveur de la contraception à l'Académie des sciences morales et politiques en mars 1955, elle évoque la naissance de la puériculture et rend hommage à ses pionniers. *Cf.* Danièle Voldman, Annette Wieviorka, *Tristes grossesses…, op. cit.*

339 Bibia Pavard, *Si je veux, quand je veux …, op. cit.*

socialement « respectables », *Maternité heureuse* à ses débuts tient à la fois de l'action philanthropique traditionnelle, du féminisme bourgeois et du familialisme moderne »[340].

L'association diffuse aux classes populaires une conception individualisante mais socialement située de la procréation, de la vie familiale et de l'enfant, propre à la bourgeoisie moderne, laïque et progressiste à laquelle appartiennent ses membres. Les médecins qui rejoignent *Maternité Heureuse*, et créent en 1962 le Collège des médecins, appartiennent à ce même milieu social. Ils représentent l'avant-garde d'une médecine militante, porteuse d'une conception nouvelle de la santé définie, après-guerre par l'Organisation Mondiale de la Santé, « comme un état de bien-être qui ne dérive pas seulement de l'absence de maladie ». Cette définition positive et préventive de la santé justifie que les conseils contraceptifs fassent partie intégrante de la médecine. Or, permettre le bien être c'est prévenir aussi bien les séquelles physiques que psychologiques attribuées à l'avortement.

Ne remettant en question ni la vocation maternelle des femmes ni l'interdiction de l'avortement, la rationalisation des naissances proposée par *Maternité heureuse* puis, pour un temps, par le MFPF entend produire des enfants plus sains, non seulement de corps mais aussi d'esprit : des enfants produits par une mère véritablement disponible pour en prendre soin. Ainsi que le montre Sandrine Garcia, la défense de la contraception est « l'occasion d'une alliance fructueuse entre des gynécologues soucieux de la santé des femmes et de leur intégrité corporelle et des psychanalystes d'enfants qui se chargent de prévenir la "déviance juvénile" ou encore des psychiatres préoccupés par les risques d'une grossesse indésirée chez leurs patientes »[341]. Le « désir d'enfant » constitue alors une thématique novatrice qui place en son centre les relations psycho-affectives entre les procréateurs et les produits de la procréation.

La diffusion de la psychanalyse de l'enfant – sur laquelle revient le chapitre suivant – se révèle être une précieuse ressource qui, une fois intégrée à la tradition hygiéniste, sert de caution scientifique à l'entreprise du MFPF. Elle fournit au mouvement « l'un de ses arguments les plus solides en faveur du contrôle des naissances : la maternité choisie est une maternité profitable aux enfants autant qu'aux mères »[342]. L'engagement des psychanalystes leur permet, en retour, de diffuser plus largement l'idée selon laquelle « la qualité relationnelle des liens familiaux, garante du bon fonctionnement psychique des individus, dépend du désir maternel pour l'enfant »[343]. Sous l'impulsion de la psychanalyse, le désir d'enfant devient une condition de la bonne procréation humaine, et la régulation des naissances une mesure dorénavant plus est en phase avec une rationalité libérale.

---

340 Sandrine Garcia, *Mères sous influence …*, *op. cit*., pp. 44-45.

341 *Ibid*., p. 100.

342 *Ibid*., p. 91.

343 *Ibid*.

Avec les décrets d'application de la loi Neuwirth, la « planification familiale », auparavant subversive, est intégrée à la politique de protection maternelle et infantile. Elle devient l'une des missions des services de PMI auxquels incombe de garantir l'accès aux techniques contraceptives, au moyen de consultations anonymes et gratuites. Les services de PMI assurent depuis l'ouverture et l'encadrement des Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) : ils associent une ambition pédagogique à une prise en charge médicale afin de promouvoir une gestion raisonnée des capacités reproductives féminines[344].

[344] Nathalie Bajos, Michèle Ferrand, « De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2011, pp. 42-60.

Conclusion

Visant à retracer la « pré-histoire » du souci des mères contemporain, ce chapitre a rappelé combien les préoccupations populationnelles étaient au principe de la constitution du travail procréatif en objet légitime d'intervention. Pour accroître la population tout en améliorant son état sanitaire, l'enjeu de la protection de la maternité est d'abord, à partir de la fin du XIX^{ème} siècle, de « sauver l'enfant par la mère », voire de sauver l'enfant de sa mère. Si elle ouvre des droits aux femmes, ces derniers sont d'emblée assortis de devoirs à visée hygiénistes : offrir leurs soins aux fœtus, nouveau-nés et jeunes enfants. Faisant de la reproduction de la population une question centrale, de l'élevage des enfants un objet de surveillance, et plus largement de la médicalisation de l'enfantement une condition de la bonne (sur)vie des générations futures, le programme porté par les puériculteurs, médecins en quête de spécialisation, est à l'origine d'une prise en main publique de la procréation, dont le déploiement est alors à ses prémices.

C'est ainsi dans l'édification de la politique de protection maternelle *et* infantile, instituée en 1945, que la morale pinardienne d'amélioration de l'espèce trouve une de ses réalisations. Pour veiller, avant et après la naissance, sur la production d'enfants sains, cette politique conduit à la surveillance socio-sanitaire des femmes enceintes, des mères et des nourrices. La mise en œuvre de ce projet s'adosse sur un police féminine, composée de sages-femmes, assistantes sociales et puéricultrices mises au service d'une normalisation des conduites procréatives des femmes et de leur travail d'élevage. À partir des années 1970, le déploiement de politiques de périnatalité ne font que prolonger et étendre les principes à l'œuvre. La biopolitique trouve alors un terrain d'expression dans la « gestion des risques » relatifs aux handicaps et à la prématurité. Constituée en moment critique, la période périnatale fait dès lors l'objet d'une politique spécifique, préventive, adossée sur la responsabilisation et l'auto-contrainte des (futures) mères, toujours suspectes de mettre en danger les produits de la procréation.

Toutefois, les années 1960-1970 marquent un moment charnière dans l'histoire de la protection de l'enfance par celle de la maternité. L'encadrement de la production d'enfants passe d'une question médico-sociale, initiée près d'un siècle auparavant, à une surveillance médico-psychologique de la maternité. L'enjeu n'est plus seulement populationnel. Il se voit dédoublé d'un traitement politique faisant la part belle aux projets individuels. Alors que la préoccupation des puériculteurs et de leurs successeurs était centrée sur la production et la sauvegarde de vies de qualité d'un point de vue sanitaire, le combat pour la « maternité volontaire » conduit à ne plus faire naître que des enfants désirés, c'est-à-dire susceptibles de se voir garantir une bonne qualité de vie matérielle et psychique. En agissant sur les conditions de la conception, la légalisation du contrôle des naissances en optimise également les réalisations. En cela, elle peut être comprise comme un prolonge-

ment du projet politique faisant de la protection de la « fonction maternelle » le meilleur moyen de garantir la production d'enfants sains. Dans l'optique de *faire bien naître* les enfants mis au monde, l'investigation de la subjectivité féminine devient un instrument de régulation des conduites procréatives. Cette histoire n'en finit toutefois pas là. Car, comme le montre le chapitre qui suit, la « cause des enfants » et ses prolongements contemporains participent à la reformulation du mandat médical autour d'un nouvel enjeu : assurer le bien-être aussi bien physique que psychique des enfants au travers du contrôle de celui des mères.

Chapitre 2. Faire bien être
Les recompositions de la gestion des risques autour de la naissance

« Ce n'est pas un hasard si, dans la langue française, bien être et bien naître s'entendent de la même façon ». Cette assertion de la psychologue et psychanalyse Danièle Rapport introduit, en 2006, le rapport « Périnatalité et Parentalité » de la sénatrice Marie-Thérèse Hermange, dont certaines des propositions sur la « prévention auprès des futurs et nouveaux parents » ont été intégrées à la réforme de la protection de l'enfance de 2007. Se référant aux travaux des « spécialistes de la petite enfance [qui] n'ont de cesse d'attirer notre attention sur l'empreinte fondamentale des premières années », la sénatrice rappelle que « si, dès la petite enfance, la figure des adultes représente insécurité, incertitude, inquiétude ou encore manque d'amour et de tendresse, naîtront alors chez l'enfant non seulement des sentiments d'agressivité et de violence psychologique contre lui-même, sa famille, voire contre la société, mais également des difficultés dans ses capacités d'adaptation intellectuelle et dans sa faculté d'apprentissage et de concentration ». Pour cette raison, écrit-elle :

> « (…) il convient de porter une *attention toute particulière à ce temps de la mise au monde*, tant il est vrai que la fracture du lien social provient bien évidemment de critères économiques, mais aussi de la façon dont *notre société entoure, soutient et "enveloppe" avant, pendant et après la naissance*, l'enfant et ses parents. Or accueillir l'enfant *dans toutes ses dimensions* nous oblige, puisqu'à lui seul celui-ci n'a pas d'exigence, et à plus forte raison le bébé. Il est donc du devoir des adultes de susciter son épanouissement dans un contexte familial et sociétal propice à son développement, et ce, *dès les premiers pas de son histoire. Tous les experts nous le disent* »[345].

À la lecture de ce rapport, un constat s'impose. Au début des années 2000, faire naître des enfants désirés et en bonne santé n'est plus considéré comme suffisant, encore faut-il correctement les « accueillir ». C'est dorénavant d'une toute autre manière qu'est engagée la responsabilité de l'État, de ses agent·es et des parents qu'elles et ils soutiennent : il leur revient d'agir au plus tôt pour non seulement préserver la vie des enfants mais aussi de la rendre bonne. Ce chapitre revient sur la genèse de la conversion du regard porté sur « ce temps de la mise au monde » et sur les modalités spécifiques d'encadrement de la maternité qu'elle a produit. Car en dépit d'un discours semblant dorénavant traiter les parents de manière indifférenciée, les savoirs des « expert·es » sur lesquels il s'adosse s'avèrent éminemment genrés. Ils sont d'abord le résultat d'une nouvelle formulation de la maternité comme problème servant aussi bien à l'extension du domaine d'intervention de la médecine qu'à celle des formes de gouvernement de la famille.

---

[345] Marie-Thérèse Hermange, *Périnatalité et parentalité*, Ministère de la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 2006, p. 5.

I. Faire mieux grandir, une spécialité nouvelle

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, on « découvre » que la mort n'est pas la seule à détruire des vies. En 1946, le psychiatre américain René Spitz décrit les « maladies de carences affectives » qui affectent la santé physique et psychique des enfants séparés de leurs mères et pris en charge par des institutions à l'occasion de la guerre : « dépression anaclitique du nourrisson » et « hospitalisme ». Ces deux pathologies se manifestent par d'importantes perturbations pouvant conduire à des troubles du développement et, en l'absence de traitement, à la mort, révélant que les provisions émotionnelles et affectives sont tout aussi vitales à l'enfant qu'une bonne hygiène. En France, c'est par une nouvelle génération de médecins d'enfants, entre pédiatrie et psychiatrie, que la question des conditions d'existence des enfants séparés de leurs mères devient, au cours des années 1950-1970, un problème dans l'espace professionnel de l'enfance. Alors que la question démographique tend à ne plus être un enjeu aussi central des politiques de la naissance, ces travaux – dont la diffusion demeure alors restreinte – contribuent à une réévaluation de la valeur de la bonne vie : faire vivre des enfants dans de bonnes conditions sanitaires mais sans prêter attention à leurs besoins affectifs devient inhumain.

A. La « carence affective précoce », genèse du magistère pédopsychiatrique

Jenny Aubry-Roudinesco (1903 -1987) est l'une des figures de cette génération. Pédiatre, elle a été interne puis chef de clinique, à la fin des années 1930, dans le service de « neuropsychiatrie infantile » de Georges Heuyer, berceau de la psychiatrie infantile française[346]. Si l'approche des « inadaptations » est, dans l'entre-deux-guerres, encore largement marquée par les lectures héréditaristes des déviances infantiles, ce service n'en demeure pas moins « un creuset de la psychanalyse de l'enfant »[347]. En 1946, Jenny Aubry-Roudinesco est nommée médecin-chef du service de pédiatrie de l'hôpital parisien Ambroise-Paré. Elle découvre avec émotion la situation des enfants résidant à la Fondation Parent de Rosan, un « dépôt » de l'Assistance Publique rattaché au service de pédiatrie où les enfants de un à quatre ans transitaient avant d'être placés chez une famille d'accueil.

---

[346] À propos de Georges Heuyer et de la « neuropsychiatrie infantile », voir notamment Michel Chauvière, *L'enfance inadaptée. L'héritage de Vichy. L'efficace des années quarante*, Paris, Éditions de l'Atelier, 1987 ; Nadine Lefaucheur, « Psychiatrie infantile et délinquance juvénile. Georges Heuyer et la question de la genèse "familiale" de la délinquance », *in* Laurent Mucchielli (dir.), *Histoire de la criminologie française*, Paris, L'Harmattan, 1995, pp. 313-332 ; Patrice Pinell, Markos Zafiropoulos, « La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 24, 1978, pp. 23-49.

[347] Sandrine Garcia, *Mères sous influence …*, *op. cit*., p. 194.

> « En 1946, écrit-elle, la visite de la maison donnait une impression extrêmement pénible : la plupart des enfants étaient dans leur lit, les uns pleuraient bruyamment, d'autres paraissaient mornes et tristes, d'autres se balançaient toute la journée, d'autres suçaient pendant des heures les bords de leur berceau, certains ne réagissaient à rien, d'autres suivaient d'un regard vague les allées et venues des infirmières, faisant le ménage ou donnant des soins. Ceux qui étaient levés, réunis à 20 ou 30 dans une même pièce, étaient constamment agressifs et destructeurs. Le personnel découragé essayait de maintenir un minimum de propreté, ne s'intéressait guère à sa tâche et changeait souvent ; les enfants n'étaient guère connus que sous un numéro ; la morbidité était élevée et les hospitalisations fréquentes, car l'institution était prévue pour des enfants bien portants et il était impossible de soigner les malades »[348].

Dans *Carence de soins maternels*, publié en 1955, elle décrit de manière vivace et appuyée la détresse des enfants placés : enfants en pleurs, désemparés, inconsolables puis hagards, hébétés, inertes, mutiques, régressant sur le plan psychomoteur, s'automutilant, etc. Les études de cas se suivent et se ressemblent pour conclure au caractère aliénant de la vie des jeunes enfants en institution, altérant jusqu'à leur capacité « à établir des relations humaines »[349]. Sous les auspices du Centre International de l'Enfance, présidé par le pédiatre Robert Debré – l'un des artisans de la protection maternelle et infantile à la Libération –, elle conduit une recherche, de 1948 à 1953, visant à déterminer le caractère acquis ou inné, réversible ou non, des détériorations physiques et psychiques qu'elle constate chez ces enfants. Elle y associe des pédiatres, psychologues, assistantes sociales et psychiatres. Myriam David (1917-2004) rejoint cette équipe en 1950. Pédiatre de formation, initiée à la psychanalyse et aux thérapies précoces des enfants dans des services de psychiatrie infantile américains lors d'un séjour d'études dans les années d'après-guerre, elle est aujourd'hui reconnue comme une des pionnières de la pédopsychiatrie française. Dans leurs écrits, rétrospectifs ou contemporains de la découverte de « l'enfer des institutions gravement carentielles »[350], les membres de l'équipe de recherche dirigée par Jenny Aubry-Roudinesco s'emploient à renverser le regard porté sur la séparation des enfants d'avec leur milieu familial et sur le placement dans des institutions censées les secourir.

> « (…), pour protéger le jeune enfant contre les dangers inhérents aux foyers médiocres et misérables, on en est venu à multiplier les crèches et les institutions d'enfants où les soins matériels répondent à toutes les exigences de l'hygiène physique, mais restent parfaitement impersonnels ; on paraît ignorer qu'en rompant ainsi le lien affectif qui unit la mère

---

348 Jenny Aubry, *La carence de soins maternels*, Paris, Centre international de l'Enfance, Presses Universitaires de France, 1955, p. 14.

349 *Ibid*., p. 207.

350 Myriam David, *Prendre soin de l'enfance. Textes et commentaires recueillis par Marie-Laure Cadart*, Toulouse, ERES, 2014, p. 391.

et l'enfant on court le risque de sauver sa vie au prix d'une atrophie définitive de sa personnalité »[351]

« En 1950, seul un grand malheur, une situation de détresse, de misère, peut justifier qu'un bébé entre dans une institution. Et simultanément, chacun de penser que c'est un bonheur et une chance pour ces bébés-là d'y avoir accès, d'y être bien nourris, bien soignés par des femmes qui aiment les petits enfants et savent s'occuper d'eux tout naturellement. Moi aussi, je l'ai cru. Au hasard des rencontres, j'ai été confrontée avec violence à ce problème, si simple en apparence ; cette image d'Epinal a été brisée et je me suis trouvée engagée dans un long chemin sans fin »[352].

Au cours des années 1950, la nocivité des institutions qui séparent durablement l'enfant de sa mère s'impose comme un nouveau « fléau »[353]. Les recherches conduites à la Fondation Parent de Rosan se font notamment connaître *via* la publication, en 1951, de *Soins maternels et santé mentale* par John Bowlby[354], synthèse de la littérature existante sur la « carence de soins maternels » commandée par l'Organisation Mondiale de la Santé. En 1954, un article de René Spitz décrivant l'« hospitalisme » est traduit pour la première fois en français dans *La Revue française de psychanalyse*. En 1958, à l'occasion de la première parution de la nouvelle revue *Psychiatrie de l'enfant*, Michel Soulé titre son premier article : « La carence de soins maternels dans l'enfance. La frustration précoce et ses effets cliniques ». Il y expose l'intérêt des recherches de John Bowlby et René Spitz, et les résistances qu'elles rencontrent auprès de certains pédiatres.

Référence aujourd'hui incontournable de la pédopsychiatrie française, Michel Soulé (1922-2012) est alors interne en pédiatrie à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, au début des années 1950. Le service, dirigé par Marcel Lelong, comprend à l'époque l'« hospice dépositaire » de l'Assistance publique où les enfants recueillis ou placés séjournent temporairement le temps d'être envoyés en province dans des familles d'accueil. Selon Michel Soulé, il avait pour mission, comme

---

[351] Jenny Aubry, *La carence de soins …*, *op. cit*., pp. 11-12.

[352] Myriam David, *Prendre soin de l'enfance …*, *op. cit*., p. 391. Sous la plume de Myriam David, rescapée du camp de Birkenau, cette expérience « déshumanisante » est décrite comme quasi concentrationnaire : « Ce fut la découverte, quasi traumatique, de la gravité et de l'énormité des carences massives auxquelles succombaient des bébés séparés de leur mère et semi abandonnés dans le "dépôt" de l'Assistante Publique ou dans l'une de ses annexes, où le hasard d'une rencontre avec Madame Roudinesco Aubry m'a conduite en 1950. L'état de souffrance de ces enfants, leur isolement, la méconnaissance de cette souffrance par l'ensemble des professionnels de l'enfance, est la deuxième raison de mon désir de travailler dans ce domaine. Car c'était là un désastre désolant qui me laissait sans mots, et faisait résonner en moi le relent d'un autre désastre que je venais de vivre, celui de l'horreur et de la misère de cette effroyable expérience de déshumanisation, pire encore que l'extermination, qui, elle, a évité au moins à certains d'avoir à la vivre avant de s'éteindre d'épuisement ou d'être gazés à leur tour. » *Ibid*, p. 50.

[353] Dans un article de 1955, le pédiatre Marcel Lelong et le psychiatre psychanalyste Serge Lebovici qualifient la carence de soins maternels de « véritable fléau social ». *Cf.* Marcel Lelong, Serge Lebovici, « Problèmes psychologiques et psychopathologiques posés par l'enfant à l'hôpital », *Archives françaises de pédiatrie*, 1955, Vol. 12, n° 2, pp. 349-367.

[354] Psychiatre et psychanalyse britannique, connu pour sa « théorie de l'attachement », John Bowlby dirige lui aussi une équipe de recherche à la Tavistock Clinic à Londres sur « les répercussions que provoque, sur le développement de la personnalité, la séparation d'avec la mère au cours de la première enfance » *Cf.* John Bowlby, *Soins maternels et santé mentale*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1954, p. 8.

les autres internes « d'aller le soir visiter toutes ces salles et pavillons pour, après avoir placé un abaisse-langue et regardé au fond de la gorge des patients, écrire simplement sur le livret trois lettres : PPA Peut Partir en Agence »[355]. Dans les récits qu'il livre du début de sa carrière, il raconte avoir été « frappé par l'état dans lequel se trouvent tous ces enfants »[356].

> « Ces enfants présentaient toutes les pathologies, notamment somatiques, ce qui intéressait beaucoup les pédiatres de Saint-Vincent-de-Paul. Il y avait aussi la pathologie mentale, la pathologie carentielle, mais les médecins n'avaient pas encore une assez grande compétence en ce domaine pour l'observer et la prendre en charge »[357].

Leurs difficultés sont alors, dit-il rétrospectivement, diverses et mal connues, et leur compréhension « échappe complètement aux pédiatres », plutôt hostiles à l'idée que les troubles observés puissent être d'origine psychologique : « ils essayaient d'expliquer les symptômes engendrés par les carences par des syndromes mal identifiés comme l'encéphalopathie ou l'hématome sous-dural »[358]. Pour Michel Soulé, converti à la cause psychanalytique par Serge Lebovici – auprès duquel il fait sa première analyse au même moment –, le constat est tout autre : « leurs troubles n'étaient pas constitutionnels, mais avaient été créés de toutes pièces »[359]. Avec l'appui de Michel Lelong, il créé et développe, avec le pédiatre Léon Kreisler, une consultation appelée « l'orientation médico-psychologique », pour l'essentiel adressée aux enfants de l'hospice, depuis considérée comme le premier « service de psychiatrie infantile » de Saint-Vincent de Paul. Le récit de la naissance du « service » permet d'apprécier le chemin depuis parcouru par cette branche de la médecine.

> « Dans les années 1950, l'eau courante est répandue et le personnel soignant n'a plus besoin des bains. Du coup, le petit bâtiment de Saint-Vincent-de-Paul qui contenait des baignoires pour le personnel est disponible. On m'en attribue la moitié. Je constitue une équipe avec quelques psychologues. Mais ces locaux n'étaient pas commodes. Il y avait encore les baignoires, des box et des vasistas tout en haut contre le plafond (…). J'ai fait passer les premiers tests de Binet-Simon sur une planche posée sur une baignoire, avec les deux chaises dans la baignoire ! Des ouvriers travaillaient dans l'autre moitié du bâtiment ; quand ils ont vu ce qu'était notre service, que nous avions intitulé "Orientation médico-psychologique", ils ont dit que nous ne pouvions travailler dans ces conditions. Lelong a alors suggéré d'enlever une baignoire. Les ouvriers ont démonté une baignoire, puis deux, puis trois… C'est ainsi que le service est né ! (…) Nous avions donc six box

---

[355] Michel Soulé, « La rencontre des pédopsychiatres avec l'accueil familial », *in* Hana Rottman, Pascal Richard (dir.), *Se construire quand même. L'accueil familial : un soin psychique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009, p. 59.

[356] Sylvain Missonnier, « Entretien avec Michel Soulé. Son œuvre, sa vie », *in* Sylvain Missonnier (éd.), *Michel Soulé. De la psychiatrie de l'enfant à la psychiatrie fœtale, Toulouse,* ERES, 2015, p. 18

[357] *Ibid.*

[358] Alain Braconnier, « Entretien avec Michel Soulé », *Le Carnet PSY*, Vol. 68, n° 8, 2001, p. 30.

[359] *Ibid*.

très malcommodes ; pourtant, nous avions le sentiment que c'était la richesse, l'apothéose. Nous avions même une salle d'attente. Nous avons donc commencé »[360].

Dans les années 1960, « la pédopsychiatrie » naissante est encore fragile au sein de l'institution hospitalière[361]. Que cela soit à l'hospice de l'Assistance publique à Saint-Vincent de Paul ou à la Fondation de Rosan attachée à l'hôpital Ambroise Paré, cette pratique entre la pédiatrie et la psychiatrie se déploie d'abord dans les lieux relégués de la médecine des enfants. La prévention et le traitement des « nouveaux » troubles mis au jour par le placement des enfants en institution occupent alors une place laissée vacante par la plupart des pédiatres et par les psychiatres peu nombreux à s'intéresser à l'enfance et encore moins à ses premières années. La question des effets délétères de « la séparation » chez les jeunes enfants et des conditions d'accueil dans les institutions de placement a néanmoins été centrale dans la constitution d'un savoir psychiatrique nouveau, qui trouve à s'implanter hors des murs de l'hôpital. La place que parvient à occuper la pédopsychiatrie est en effet indissociable des recompositions à l'œuvre dans le champ médico-social de l'enfance.

Comme le montre Jean-Christophe Coffin, le recours à la psychanalyse constitue, dans les années d'après-guerre, une arme pour toute une nouvelle génération de psychiatres d'enfants dont l'identité professionnelle se construit entre les années 1950 et 1970[362]. Ce temps d'innovation et d'effervescence institutionnelle et professionnelle est rendu possible par la faiblesse des capitaux requis pour s'investir dans ce qui deviendra une avant-garde[363]. Ce sont pour la plupart de jeunes médecins aux profils atypiques, notamment des femmes[364], en marge des institutions les plus légitimes, qui trouvent dans l'enfance un espace d'investissement et de reconnaissance inédit. Pour ces médecins, aujourd'hui considéré·es par leurs successeur·es comme les pionnier·es de la discipline, les « savoirs psy », eux-mêmes relativement peu codifiés à cette époque, apparaissent comme une référence centrale pour légitimer un nouveau discours et affirmer la force d'une spécialité en cours de construction.

Au sein du champ médical, aussi bien qu'auprès des autres professionnel·les de l'enfance et des administrations qui les emploient, la place des psychiatres auprès des enfants est fragile. Pour la renforcer, le recours à la psychanalyse est précieux de par l'abord renouvelé des inadaptations juvé-

---

360 Sylvain Missonnier, « Entretien avec Michel Soulé … », 2015, *op. cit*., p. 33.

361 Michel Soulé raconte notamment comment, n'étant pas nommé chef de service ou médecin des hôpitaux, des vacations lui sont progressivement retirées ; il se voit rattaché au service d'endocrinologie.

362 Jean-Christophe Coffin, « La construction d'une identité professionnelle : l'exemple de la psychiatrie de l'enfant dans la France des années 1950 », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* [En ligne], 12 | 2010, mis en ligne le 30 novembre 2012, consulté le 23 avril 2020. URL : http://journals.openedition.org/rhei/3186

363 La faiblesse des barrières à l'entrée est une des caractéristiques des espaces en cours de constitution. *Cf*. Pierre Bourdieu, « Le champ littéraire », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 89, n° 4, 1991, pp. 3-46.

364 Jenny Aubry, par exemple, est la deuxième femme à devenir médecin des hôpitaux.

niles qu'elle propose. En les outillant de concepts nouveaux, elle propose une lecture alternative aux visions de l'enfant « arriéré » qui prédominent alors. « Cette lecture revenait à considérer les enfants placés sous le regard psychiatrique comme dominés par des difformités organiques trop accentuées pour espérer une quelconque évolution favorable du comportement des enfants. Leur développement était vu comme insuffisant, comme dévié pour que l'on puisse espérer les replacer sur la voie d'une adaptation tant somatique que psychique »[365].

Le regard sur l'enfance que portent ceux qui sont depuis appelés les pédopsychiatres permet, en outre, à ce segment professionnel de se distinguer : d'une part de la première génération de psychiatres d'enfants dont l'approche « constitutionnaliste » des troubles est largement imprégnée par la question de l'hérédité des tares, et d'autre part des pédiatres « organicistes » pour qui seule l'étiologie somatique est entendable. L'accent mis sur la psyché, plutôt que sur les affections d'ordre neurologiques ou les anomalies fonctionnelles – sur lesquelles ils n'ont finalement pas de prise – contribue à définir le périmètre de leur intervention. Il ne s'agit dès lors plus tant de redresser l'enfant déviant que d'identifier les situations susceptibles de perturber son développement. Prévenir et traiter les carences affectives précoces, partout où elles se trouvent, permet aux psychiatres d'enfants d'étendre leur juridiction *via* la question de l'amélioration des conditions de prise en charge des jeunes enfants en institution. Par-là, les pédopsychiatres assoient également leur place ainsi que celle de leur savoir auprès des autres professionnel·les de l'enfance.

Les recherches conduites notamment à la Fondation Parent de Rosan, de 1948 à 1955, puis à la pouponnière Amyot[366], de 1955 à 1960, contribuent à la fabrique d'une vérité devenue depuis consensuelle sur les besoins universalisés d'une classe d'âge et les formes obligées de sa prise en charge. L'opposition entre « les règles de l'hygiène physique » et celles de « l'hygiène mentale », et les effets délétères de la préservation aveugle de la première au détriment de la seconde, constituent un élément central de ce que la sociologue canadienne Louise Hamelin-Brabant a appelé le « modèle psychopédiatrique »[367]. Le « risque psychologique », paradigme concurrent à celui du risque sanitaire, appelle à la mise en place d'une nouvelle thérapeutique où l'asepsie doit céder du terrain aux sentiments. Les enfants placés en institution doivent entretenir une relation privilégiée avec une professionnelle engagée dans un soin individualisé. Après avoir fait des mères de bonnes soignantes, il est attendu que celles qui prennent soin au quotidien des enfants se fassent maternantes

---

365 Jean-Christophe Coffin, « La construction d'une identité … », art. cit.

366 La pouponnière Amyot héberge, après leur naissance, les enfants dont les parents ont contracté la tuberculose pour les éloigner du risque de contagion. Faisant figure d'institution pilote en France, y conduire une recherche permet, selon Geneviève Appell et Myriam David, d'isoler les effets liés à la séparation de ceux liés à la maltraitance institutionnelle observées ailleurs. *Cf.* Myriam David, *Prendre soin de l'enfance …*, *op. cit*.

367 Louise Hamelin-Brabant, « L'enfance sous le regard de l'expertise médicale : 1930-1970 », *Recherches sociographiques*, Vol. 4, n° 2, p. 290.

pour pallier l'absence des mères, dorénavant considérée délétère. Il devient dès lors nécessaire de limiter le nombre de personnes au contact des enfants, de les inciter à entrer en interaction avec eux, de les former et de leur fournir un soutien psychologique. Les améliorations observées à la suite de la mise en place de psychothérapies précoces à destination des enfants et à la transformation des pratiques soignantes assoient la légitimité d'un savoir pédopsychiatrique capable de résoudre des problèmes face auxquels le savoir pédiatrique montrait jusqu'alors ses limites[368].

Au-delà des institutions de placement des enfants, s'affirme progressivement l'importance précoce de l'affectivité et d'une vie relationnelle riche en vue d'une psyché saine. Dès 1953, la médecin responsable du service de Protection Maternelle et Infantile de la Seine, sensibilisée par Myriam David à la question des risques psychologiques encourus en collectivité, confie aux psychologues Irène Lézine et Odette Brunet – dont les travaux dans le domaine de la prophylaxie mentale font alors référence[369] – le soin de dépister des éventuels retards de développement ou des difficultés comportementales chez les enfants en crèche[370]. Si le travail de psychologie expérimentale qu'elles mènent bénévolement pendant un an ne conclut pas à des différences majeures, en termes de développement, entre les enfants élevés en crèche et ceux élevés dans leurs familles, les besoins psychologiques de ces institutions sont jugés importants. « D'un bilan psychomoteur des enfants, le pas est vite franchi : l'expérience psychologique conduit à une mise en cause des principes mêmes de la pratique des crèches, et donc des pratiques professionnelles »[371]. Elle justifie la création d'une équipe de psychologues au sein des services de la Protection Maternelle et Infantile de la Seine, en 1956.

Au cours des années 1960, la revue de psychologie *Enfance*[372] se fait l'écho, à deux reprises, du « combat » d'avant-garde mené par cette poignée de psychologues « contre les maladies mentales évitables, et contre ces autres espèces de mort que sont l'arriération intellectuelle, ou l'inadaptation sociale »[373]. En 1967, le dossier « Psychologie de la première enfance dans les services de la protection maternelle et infantile » lui est entièrement dédié. Il regroupe plusieurs articles décrivant le travail mis en place par les psychologues dans les crèches et au cours des consultations infantiles

---

368 Sandrine Garcia, *Mères sous influence …*, *op. cit*., pp. 205-206.

369 Elles sont notamment à l'origine de l'adaptation française du test de Gesell mobilisé pour évaluer le niveau de développement psychomoteur des enfants.

370 Liane Mozère, *Le printemps des crèches. Histoire et analyse d'un mouvement*, Paris, L'Harmattan, 1992.

371 Catherine Bouve, *Les crèches collectives : usagers et représentations sociales. Contribution à une sociologie de la petite enfance*, Paris, L'Harmattan, 2001, p. 59.

372 Créée en 1947, *Enfance* est la première revue scientifique de psychologie entièrement dédiée à l'enfance.

373 Françoise Davidson, « Introduction », *Enfance*, Vol. 20, n° 5, 1967, p. 356.

des centres de PMI. Dans son introduction, le médecin chef du service départemental de Protection Maternelle et Infantile fait du recul de la mortalité une entreprise exemplaire mais dépassée. Elle doit céder la place à « ce qui [lui] semble être l'objet dominant des soucis de santé publique (…), c'est-à-dire la santé mentale et avant tout la santé mentale de l'enfant »[374]. Le texte promeut l'intervention des psychologues en crèches, particulièrement justifiée dans la mesure où les « problèmes psychologiques vont inévitablement s'y poser » du fait de « la nature même de la collectivité, milieu anormal pour un nourrisson à une période de son existence où la nature le voudrait encore très près du sein maternel »[375].

Après avoir été perçues comme des lieux de propagation des maladies infantiles, avant que les hygiénistes n'en fassent un outil de moralisation des classes populaires, les crèches collectives redeviennent des lieux potentiellement dangereux : « la crèche contribuerait ainsi toujours à la mortalité infantile, si ce n'est plus par son incompétence hygiénique et médicale, c'est alors par son insuffisance affective, sa pauvreté psychique, les actes mécanisés et dépersonnalisant du personnel »[376]. L'équipe des psychologues[377] est chargée d'entreprendre, avec les puéricultrices responsables des établissements, les transformations nécessaires pour que « la crèche ne soit plus une garderie pour tout-petits, mais une collectivité éducative où les enfants découvrent, jouent, communiquent et s'expriment »[378]. Dorénavant, les crèches ne doivent plus être considérées ni investies comme des commodités destinées à garder les enfants pendant que les mères – celles auprès de qui « la nature » voudrait qu'ils demeurent – travaillent ; le travail qui est accompli est d'abord dû à l'enfant avant de l'être à sa mère[379].

Le primat donné au contenu relationnel du travail auprès des jeunes enfants conduit également les psychologues à adopter une position de formatrice auprès du personnel des crèches pour introduire « les attentions individualisées qui, seules, ont une valeur affective et compensent l'absence de la mère et les inconvénients de la vie collective »[380]. En 1963, les psychologues s'engagent dans « le perfectionnement psychopédagogique » des directrices de crèche (puéricultrices) et des

---

374 *Ibid.*

375 *Ibid.*, p. 358.

376 Catherine Bouve, *Les crèches collectives …*, *op. cit.*, p. 57.

377 Elles sont quatre, en 1956, pour plus d'une soixantaine de crèches ; six, en 1960, pour une centaine de crèches ; et dix, en 1967, pour 150 crèches. Elles exercent toutes à temps partiel, en consacrant en moyenne cinq demi-journées par semaine à cette activité, et sont rémunérées à la vacation.

378 Serge Netechine, « Rôle de la psychologue dans la crèche », *Enfance*, Vol. 20, n° 5, 1967, p. 398.

379 Alain Norvez, *De la naissance à l'école …*, *op. cit.*, p. 328.

380 Serge Netechine, « Rôle de la psychologue … », art. cit., p. 399.

agents subalternes en contact direct avec les enfants (dites « berceuses ») « pour suppléer [leur] manque total de formation psychologique » et « pallier ainsi l'absence, due à la relative nouveauté des prises de conscience concernant la psychologie du premier âge, de formation psychologique et pédagogique »[381]. À en croire les bilans que dressent ces premières psychologues de la petite enfance, environ 400 agents ont suivi les différentes sessions de formation qu'elles organisent. L'enjeu est alors de leur faire « comprendre l'importance de leur présence autour de l'enfant », de « sensibiliser le personnel aux besoins particuliers de chacun, tant sur le plan de l'autonomie motrice que du langage et de la communication socio-affective »[382]. La revalorisation du travail de garde des jeunes enfants passe alors par un retour critique sur les pratiques antérieures et une sensibilisation à la question du psychisme. Sans revenir sur les acquis de la surveillance médicale, les psychologues participent à la redéfinition des objectifs et méthodes de la puériculture.

Dans cette entreprise, la place des pédopsychiatres n'a pas été négligeable. Plusieurs articles font mention du rôle tenu par Myriam David et Michel Soulé dans l'organisation du « perfectionnement » des directrices de crèches par l'entremise des psychologues et, plus largement, dans la formation des membres de la direction du service de Protection Maternelle et Infantile de la Seine. À la fin des années 1960, Myriam David est alors responsable du secteur petite enfance de l'expérience de prophylaxie mentale du 13e arrondissement[383]. Michel Soulé a, quant à lui, ouvert son Centre de Guidance Infantile à l'Institut de Puériculture de Paris. Il y délivre notamment un enseignement destiné aux pédiatres praticiens, suivi par les médecins de Protection Maternelle et Infantile de la Seine, et dirige des réunions de travail à destination des psychologues. Par ailleurs, sous l'impulsion de Michel Soulé, la montée en puissance des principes de l'hygiène mentale sur ceux de l'hygiène physique conduit à la réévaluation de la légitimité des puéricultrices à occuper un poste de direction en crèche[384]. Là où il n'importe plus de faire (sur)vivre les enfants mais de mieux les faire grandir, ces auxiliaires privilégiées de la médecine des enfants sont menacées d'être renvoyées

---

[381] Odette Brunet, « Constitution d'une équipe de psychologues au sein du service départemental de la P.M.I. », *Enfance*, Vol. 20, n° 5, 1967, p. 361.

[382] Serge Netechine, « Rôle de la psychologue … », art. cit., p. 399.

[383] « L'expérience du 13ème arrondissement » correspond à l'un des premiers dispositifs de la psychiatrie de secteur, alternative au dispositif asilaire visant à reformer la psychiatrie qui s'impose, en France, à partir du début des années 1960.

[384] Au début des années 1970, le groupe de travail qu'il dirige, réuni sous les auspices de la CNAF, exprime des réserves quant à la qualification des infirmières-puéricultrices : « l'obtention de ce diplôme ne constitue pas une assurance quant aux capacités de diriger un établissement d'accueil de la petite enfance. Pour être efficace, la puéricultrice devrait être tout autant une éducatrice (pour les enfants, les parents, et les personnels de la crèche) qu'une infirmière spécialisée en puériculture, ce qui étant donné le caractère surtout médical de ses études, lui est parfois contesté » cité dans Alain Norvez, *De la naissance à l'école. ...,* 1990*, op.cit.* p. 334.

à une arrière-garde[385]. Le métier conserve toutefois sa position au bénéfice d'une refonte de la formation qui intègre davantage la psychologie[386]. Son enseignement, timidement introduit en 1958, est renforcé. La psychologue Irène Lézine et le pédiatre Léon Kreisler – proche collaborateur de Michel Soulé à Saint-Vincent de Paul puis à l'Institut de Puériculture de Paris – en formulent le contenu. Tout « un dispositif hiérarchisé de compétences [consacrant] la prééminence du savoir psychiatrique » s'organise dans les années 1960. Au cours de la décennie suivante, un nouveau « dire sur le faire des autres »[387] s'impose.

En 1973, la publication, par Myriam David et Geneviève Appell[388], du livre *Loczy ou le maternage insolite* connaît un écho important et rencontre un accueil particulièrement enthousiaste chez toute une nouvelle génération de psychiatres d'enfant[389]. « Est-il possible d'élever en institution des enfants du premier âge tout en maintenant intègre leur capital de santé mentale jusqu'au moment où ils pourront bénéficier d'une vie familiale stable ? »[390]. À cette question, la psychiatrie et la psychologue répondent par l'affirmative en décrivant le fonctionnement modèle d'une pouponnière hongroise, dirigée par la pédiatre Emmi Pikler, nourrie des travaux de René Spitz et John Bowlby. Regrettant que nombreuses soient encore « les pouponnières conduites comme si la nature et la gravité des facteurs de carence étaient ignorées et celles où le personnel est conscient des problèmes mais est enfermé dans des contraintes dont il ne peut se libérer et qui s'opposent à toute amélioration »[391], elles entendent diffuser auprès des professionnel·les de la petite enfance les pratiques de cet établissement modèle[392].

Sensiblement au même moment, entre 1972 et 1977, les psychologues Danièle Rapoport et Janine Levy conduisent une recherche-action dont le film choc *Enfants en pouponnières demandent*

---

385 C'est dans ce contexte qu'est créé, en 1974, le métier d'éducatrice de jeunes enfants, considéré plus ajusté aux attentes de ce que doit, dorénavant, être une professionnelle de la petite enfance. À ce sujet, voir Daniel Verba, *Le métier d'éducateur de jeunes enfants. Un certain regard sur l'enfant*, Paris, La Découverte, 2014.

386 Alain Norvez, *De la naissance à l'école …*, *op. cit.*

387 Liane Mozère, « La prévention ou comment préserver une place à l'anomalie. L'exemple de la crèche », *Dialogue*, Vol. 157, n° 3, 2002, p. 18.

388 Geneviève Appell est psychologue. Elle occupe son premier poste à la Fondation Parent de Rosan, en 1948, où elle rencontre Myriam David. Leur collaboration se poursuit à l'occasion d'une recherche sur les facteurs de carences, financée par l'OMS et conduite à partir de 1956 à la pouponnière d'Amyot.

389 Par exemple, Françoise Molénat, pédopsychiatre dont je ferai mention plus loin, me dit au cours de l'entretien qu'elle m'accorde « [s'être] jetée sur le petit livre ».

390 Myriam David, Geneviève Appell, *Lóczy ou le maternage insolite*, Toulouse, ERES, 2008 [1973], p. 167.

391 *Ibid*., p. 168.

392 Leurs conclusions ne sont en rien différentes de celles formulées après leur recherche à la pouponnière Amyot. Dans un article publié en 1962 dans la revue *Psychologie de l'enfant*, depuis régulièrement cité, elles montraient comment les facteurs de carence affective diminuaient lorsqu'une relation privilégiée pouvait être établie entre une infirmière et un enfant dont elle s'occupe.

assistance est l'un des produits. Elles y dénoncent les conditions de vie des jeunes enfants dans une pouponnière de l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris. Le film connaît un fort retentissement politico-médiatique. En 1978, il donne lieu à l' « Opération pouponnières », sous l'égide de Simone Veil, alors ministre de la Santé et de la Famille. Les réflexions conduites au sein de ce groupe de travail, coordonné par Geneviève Appell, sont pour partie à l'origine des importantes transformations que connaît la protection de l'enfance dans les années 1980-1990. Alors que le dispositif était conçu pour éloigner l'enfant de sa famille, la logique du maintien des liens se substitue progressivement à celle de la séparation.

En 1985, la publication, en trois volumes, du *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*[393] aux Presses Universitaires de France, peut se lire comme une tentative de définition de la spécialité et le signe de la stabilisation de la spécialité. Les premières lignes de la préface rédigée par les directeurs de l'ouvrage, Serge Lebovici, Michel Soulé et René Diatkine, sont à ce titre exemplaires :

> « La psychiatrie de l'enfant est une branche relativement récente de la médecine. Elle connaît aujourd'hui une grande extension, mais son objet, ses limites et ses ambitions thérapeutiques ne sont pas clairement définis pour autant. Depuis le XIX^{ème} siècle, on sait que certains anomalies congénitales ou acquises du système nerveux ou du corps en général provoquent chez l'enfant des dysfonctionnements psychiques spectaculaires. Les progrès récents de la physiopathologie et de la génétique n'ont cependant pas permis de réduire l'écart entre la connaissance du désordre somatique et la compréhension de son effet plus ou moins spécifique sur le psychisme »[394].

La psychiatrie infantile serait, quant à elle, davantage en mesure de comprendre et traiter les « avatars du développement ». La suite de la préface expose les spécificités de l'ouvrage, et par là de la discipline promue. Son ancrage psychanalytique est clairement annoncé et défendu : « La psychanalyse a mis en lumière le rôle essentiel des expériences infantiles dans la psychopathologie de l'adulte – et du même coup a donné sa dimension actuelle à la psychiatrie de l'enfant »[395]. Car, s'il leur apparaît « indéniable qu'aucune connaissance acquise en neurobiologie ne doit être laissée de côté par le psychiatre d'enfant », ce dernier doit se dégager des lectures purement « organiciste » ou

---

393 Dans son hommage à Michel Soulé, le pédopsychiatre Patrick Ben Sousan écrit à propos de cet ouvrage : « À l'époque, [Michel Soulé] était pour moi aussi associé, *individis*, à Serge Lebovici et René Diatkine, nos maîtres à penser, pour toute une génération de jeunes psychiatres d'enfants, férus de psychanalyse et de projets. Ils furent en 1985 ceux qui établirent avec leur *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* le cadre même de notre discipline, encore brouillonne et tâtonnante : une référence incontournable, plus encore une drogue dure que cette somme concoctée par notre LSD (Lebovici-Soulé-Diatkine) national ». *Cf.* Bernard Golse, Sylvain Missonnier, « Hommage à Michel Soulé », *Le Carnet PSY*, Vol. 161, n° 3, 2012, p. 25.

394 Serge Lebovici, René Diatkine, Michel Soulé, « Préface de la 1ère édition », *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 4 volumes*. Paris, Presses Universitaires de France, 2004, p. XXI.

395 *Ibid*., p. XXIV.

« génétique », « souvent vides de contenu précis », pour prendre en compte « les connaissances nouvelles sur les interactions mère-enfant » dont ils soulignent le caractère décisif dans l'évolution de l'enfant.

B. Les troubles maternels, l'élargissement du territoire pédopsychiatrique

Après s'être forgée au contact d'enfants catégorisés comme souffrant du manque de « soins maternels », la pédopsychiatrie élargit son programme en ciblant aussi bien les risques inhérents à la séparation d'avec leur mère que ceux relatifs à des « relations mère-enfant » troublées. Elle concerne, cette fois, potentiellement tous les enfants[396]. À l'instar des puériculteurs, c'est à nouveau en grande partie par la problématisation de la maternité que ces « nouveaux » médecins d'enfants consolident et étendent leur mandat professionnel.

Au cours des années 1960-1970, la revue *Psychiatrie de l'Enfant* publie plusieurs articles centrés sur la relation mère-enfant. En 1966, à partir de l'observation des interactions entre les nourrissons revenus chez eux après leur séjour à la pouponnière d'Amyot et leur mère, Myriam David et Geneviève Appell décrivent des « *patterns* » d'interaction propres à chaque « couple mère-enfant »[397]. S'appuyant notamment sur les travaux sur l'attachement conduits par John Bowlby et les membres son équipe – avec lesquels elles entretiennent des relations étroites –, l'« attitude fondamentale » de la mère vis-à-vis de son enfant est qualifiée de « moteur formateur de sa personnalité », qui « à chaque instant donne un sens et une direction à ce qu'il fait, à ce qu'il sent, à ce qu'il est et fait de lui une personne » :

> « Force active qui façonne l'enfant », la relation mère-enfant « favoris[erait] ou non la pleine utilisation de son équipement intellectuel et psychomoteur (…) ; l'aid[erait] ou non à se sentir un tout, une personne distincte de sa mère (…) ; l'amen[erait] ou non à passer d'un amour narcissique à l'amour de l'autre ; développant plus ou moins sa capacité à appréhender le monde et à élaborer déjà quelques mécanismes d'adaptation et de défense personnels vis-à-vis des pulsions, des frustrations et de l'angoisse (…) » [398].

Le ton des paroles, les sourires, les rires, les plaintes, les pleurs, les gestes, les expressions et mimiques maternelles sont compris comme autant d'« échanges affectifs profonds » au travers duquel « l'enfant doit se vivre comme bon ou mauvais objet ». Dès lors, c'est moins « la stimulation

---

396 Mary Ann Kanieski, « Securing Attachment : The Shifting Medicalisation of Attachment and Attachment Disorders », *Health, Risk & Society,* Vol. 12, n° 4, 2010, pp. 335–344.

397 Myriam David, Geneviève Appell, « La relation mère-enfant. Étude de cinq " pattern " d'interaction entre mère et enfant à l'âge de un an », *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. IX, n° 2, 1966, pp. 445-531.

398 *Ibid*.

directe » de l'enfant par sa mère qui s'avère essentielle que son « attention », « l'intensité de son intérêt, de son plaisir, de la valeur qu'elle attribue, de la satisfaction qu'elle trouve » dans l'interaction. Pour chaque mère « un besoin, une préoccupation, un problème central » imprègneraient les interactions dont les sources sont à trouver dans les « motivations qui agissent en la mère au moment de la naissance de l'enfant et par la suite »[399]. L'enfant et son devenir sont ainsi indissociablement liés à la psyché maternelle.

Dans un esprit similaire, une approche liant psychosomatique et psychanalyse prend forme à la même époque dans le milieu pédopsychiatrique en constitution. Par l'entremise de Léon Kreisler[400], Michel Soulé et Michel Fain, les troubles fonctionnels du bébé et certaines maladies relativement bénignes de l'enfance rentrent dans le giron de l'expertise psychiatrique. Les articles qu'ils publient dans *La psychiatrie de l'enfant* constituent le contenu de *L'enfant et son corps : étude sur la clinique psychosomatique du premier âge*, paru en 1974 aux Presses Universitaires de France et réédité à quatre reprises jusqu'en 1999. Les « coliques des trois premiers mois », l'« insomnie du premier semestre », le « mérycisme », l' « anorexie du premier âge », les « vomissements », l' « asthme du nourrisson », les « spasmes du sanglot », l' « asthme infantile », certaines « énurésies » et « encoprésies », etc. sont décrits comme des troubles psychosomatiques dont l'origine est attribuée aux « modes d'investissement maternels ». Dans sa préface de l'ouvrage, Serge Lebovici intronise cette publication comme fondatrice de la « psychiatrie du nourrisson ».

La problématisation de la relation mère-enfant et des risques inhérents à la séparation trouve également un terrain de développement avec la prématurité. Les études conduites par des psychologues et psychiatres identifient des troubles non attribuables à des séquelles neurologiques chez les enfants nés prématurément. À partir de recherches conduites, dès 1956, dans le service de néonatologie d'Alexandre Minkowski, la psychologue Irène Lézine décrit, en 1969, le « syndrome de l'ancien prématuré ». Ce dernier se manifeste précocement par des troubles de l'alimentation, du sommeil, du comportement (« colère », « spasmes du sanglots », « instabilités motrice ») ou plus tardivement par une « maladresse motrice », une « dyspraxie », des « difficultés de repérage spatio-temporel », une acquisition tardive de la propreté, des « difficultés scolaires », des « troubles cognitifs », des « phobies », des « troubles attentionnels », etc [401]. Ces comportements sont interpré-

---

399 *Ibid*.

400 Le parcours de Léon Kreisler (1912-2008) est particulièrement exemplaire du processus de spécialisation que connaît la pédiatrie dans les années 1960. En 1987, il décrit d'ailleurs son itinéraire dans un nouveau chapitre de *L'enfant et son corps*, à l'occasion d'une réédition, intitulé « De la pédiatrie à la psychiatrie du premier âge ». À la fin des années 1940, il est interne en pédiatrie dans le service de « neuropsychiatrie infantile » de Georges Heuyer à l'Hôpital des enfants malades. C'est dans ce cadre qu'il rencontre Serge Lebovici et qu'il adopte une approche de la pédiatrie vue à travers la psychanalyse.

401 Irène Lézine, « Le devenir de l'ancien prématuré », *in* Évelyne Kestemberg (dir.)., *Le devenir de la prématurité,* Paris, Presses Universitaires Françaises, pp. 59-77.

tés comme l'expression d'une forme différée de pathologie précoce à caractère psychologique. Définies comme traumatisantes pour les mères, la prématurité et la séparation induite par l'hospitalisation interféreraient avec l'évolution à long terme de l'enfant. La naissance est alors conçue comme une « période sensible dans le développement de tout enfant » au cours de laquelle « l'attachement aux parents et notamment à la mère, et réciproquement, risque d'être altéré en l'absence de contacts nécessaire à l'établissement de ces liens »[402]. En outre, du fait des troubles qu'elle induirait dans la relation mère-enfant, la prématurité devient un facteur de maltraitance. La corrélation établie s'adosse sur des études épidémiologiques signalant la part importante d'enfants nés prématurément parmi les enfants maltraités[403], sans pour autant prendre en considération d'autres critères potentiellement explicatifs.

Les pères sont relativement absents de cette littérature. Certes les psychiatres peuvent parfois y faire référence mais la nature du lien qui les unit au nourrisson ne semble jamais contenir, en elle-même, de potentialité pathogène. Les mères, comme femmes, sont à l'inverse bien plus exposées aux regards et aux jugements médicaux. Leur affectivité est progressivement constituée comme un objet prioritaire d'une intervention pédopsychiatrique qui se révèle en cela particulièrement genrée. En 1977, les 5ème Journées Scientifiques Annuelles du Centre de Guidance Infantile de l'Institut de Puériculture, organisées sous la direction de Michel Soulé pendant près de trente ans, sont pour la première fois explicitement consacrées à la maternité. L'ouvrage qui en est issu, *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, centre son propos sur « l'agressivité maternelle qui induit la pathologie infantile ». Dans sa préface, Michel Soulé regroupe sous ce terme aussi bien les « comportements brutaux », les « manques de soins » que « des processus plus subtils et marqués ». D'emblée, ces « mères mortifères », potentiellement « meurtrières », sont aussi considérées comme des « mères mortifiées ».

> « Il est bien souvent difficile de ne décrire les dommages qu'à sens unique. De toute façon deux niveaux doivent être distinguées :
> a) Dans certains cas (…) la mère est "normale" et veut surtout du bien à son enfant ; c'est celui-ci qui agresse et désoriente sa mère par certaines de ses caractéristiques anormales. Cette dernière réagit, puis elle s'organise ou se réorganise comme elle peut, parfois mal, surtout si elle était déjà fragile auparavant ou à ce moment-là. Elle peut en arriver à n'avoir plus avec cet-enfant-là que des comportements aberrants, qui dès lors concourent tous à l'accuser et à l'accabler.
> b) Dans d'autres cas, la mère a commis la première des erreurs, parfois flagrantes. Mais les perturbations de l'enfant en sont la conséquence directe : (…) elle réagit mal et

402 *Ibid*., p. 76.

403 En 1974, le colloque « Le devenir de l'ancien prématuré » – dont les actes donne lieu à la publication aux PUF, en 1977, de l'ouvrage cité précédemment – rend compte de cette nouvelle manière de penser la prématurité. À l'initiative du Centre Alfred Binet, la journée regroupe psychologues et psychiatres psychanalystes.

ainsi tous les deux risquent de s'enfoncer davantage »[404].

Le lien établi entre le trouble infantile et le trouble maternel justifie alors que l'action psychiatrique se déploie aussi, voire avant toute chose, sur les mères. La maternité, toujours potentiellement pathogène, devient un objet supplémentaire d'intervention de ces psychiatres.

> « Nous ne décrirons pas non plus aujourd'hui une pathologie qui soit " exotique". (…) Nous voulons en revanche tenter d'étudier les processus qui font que chez certaines mères de certains enfants, dans certaines circonstances, les mécanismes de contre-investissement, de contention, de maîtrise, de sublimation, n'ont pas pu s'élaborer ou n'ont pas été efficaces ou ont été dépassés »[405].

Cet extrait souligne une intrication qui depuis lors ne cesse d'agir. Soin et police fonctionnent ensemble : c'est en normalisant qu'on guérit ; et la guérison ne peut que nous ramener à un état normal. En forgeant, dans les années 1960, le concept de « maternalité » pour analyser la « psychose du post-partum », Paul-Claude Racamier offre à la psychiatrie infantile un formidable outil pour étendre son territoire à toutes les mères.

Ce psychiatre s'adosse sur les travaux, au retentissement important, de trois psychiatres psychanalystes américaines – Helene Deutsch, Thérèse Benedek et Grete Bibring – pour intégrer l'étude des processus psychologiques « normaux » de la maternité au territoire de la psychiatrie infantile hexagonale. Sous la plume des pionnières de « la psychanalyse de la grossesse », la gestation est décrite comme une « crise normale » touchant toutes les femmes enceintes indépendamment de leur santé psychique, leur permettant de gagner en maturité et de passer de fille à femme[406]. Paul-Claude Racamier reprend leurs conclusions tout en les élargissant à l'ensemble de l'expérience maternelle. La « crise » qu'il décrit – « transformation ample, d'issue aléatoire mais potentiellement maturative » – « débute pendant la grossesse » mais « se poursuit ou reprend avec et après la naissance »[407]. C'est ce qu'il appelle la « maternalité » soit « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité ». Or, si « l'accès à la fonction maternelle est une étape du développement psycho-affectif de la femme », Paul-Claude Racamier attire l'attention de ses contemporains sur les « accidents psychiques de la maternalité » compris

---

404 Michel Soulé (dir.), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, Paris, ESF, 1978.

405 *Ibid*.

406 Edmée Ballif, « Policing the Maternal Mind : Maternal Health, Psychological Government, and Swiss Pregnancy Politics », *Social Politics : International Studies in Gender, State & Society*, Vol. 27, n° 1, 2020, pp. 74-96.

407 Ces propos de Paul-Claude Racamier, et les suivants, sont issus de sa contribution aux 5ème Journées Scientifiques Annuelles du Centre de Guidance Infantile de l'Institut de Puériculture. *Cf.* Paul-Claude Racamier « À propos des psychoses de la maternalité », *in* Michel Soulé (dir.), *Mère mortifère …,* 1978*, op. cit.*, pp. 42-51. Le psychiatrie reprend alors les grandes lignes de l'une de ses publications qui fait depuis date, Paul-Claude Racamier, « La mère et l'enfant dans les psychoses du postpartum », *L'évolution psychiatrique*, Vol. 26, n° 4, 1961, pp. 525-557.

comme « des avortements ou des menaces d'avortements du processus de maternalité » préjudiciables à la santé, voire à la survie, de l'enfant.

« Ce n'est pas parce qu'il y a maternité que pour autant s'engage aussitôt la maternalité ». Pour le psychiatre, certaines femmes « parcourent la maternalité sans encombre », d'autres « l'escamotent comme si de rien n'était car elles y failliraient » et enfin d'autres « risquent l'accès psychotique » compte tenu des conflits infantiles que devenir mère réactiverait chez elles. Parmi les « accidents de la maternalité », Paul-Claude Racamier distingue « l'accès paranoïde » de la « dépression ». Le premier « survient dans les heures et les jours suivant l'accouchement », « présente un éventail délirant flou et diffus propre à évoquer une schizophrénie fulgurante » et « peut conduire au meurtre impulsif du nouveau-né » bien que cette « extrémité », précise-t-il, soit plus souvent évitée par le « délire » qui « nie presque toujours la naissance ou la filiation ». Une fois que « le délicat passage de la naissance a été franchi sans obstacle majeur », la dépression menace « entre deux et six mois après la naissance ». Le psychiatre associe l'état dépressif – « parfois sévère jusqu'à la mélancolie, parfois discret, dans ce qu'on appelle aux États-Unis le "blues du post-partum", qui est fait d'une nostalgie pesante et indistincte, d'un sentiment de vie et d'inutilité » – à la fin de l'allaitement correspondant lui-même à « la progressive mise au monde psychologique de l'enfant ». Le risque encouru est dès lors « le suicide à deux ». Afin de compléter son tableau, Paul-Claude Racamier mentionne enfin « la foule des femmes qui, sans pouvoir intégrer le processus de maternalité, vont l'infléchir, le subvertir et même le pervertir afin de n'y succomber affectivement ». Dans ces cas de « dépression blanche » où les femmes « feront subtilement comme si leur enfant n'était pas tout à fait né, puis n'avait pas développé son autonomie psychique », l'enfant connaîtra « une altération subtile et profonde du développement » que les psychiatres retrouveraient plus tard en consultation : « enfant psychotique », « adolescent schizophrène » ou « adulte "borderline" ». À choisir, conclut-il, « mieux vaudrait avoir à soigner des mères folles de l'être que des enfants fous de leur mère… ».

Si cette conceptualisation contribue *a priori* à une critique du réductionnisme biologique de l'instinct maternel – « l'amour maternel, écrit Racamier, n'est nullement le corps pur et idéal, le sentiment simple, sans mélange et sans conflits, que l'on se plaît à imaginer » –, elle participe paradoxalement d'une « revanche du naturalisme »[408]. Ainsi que le souligne Dominique Memmi, cette forme contemporaine de la naturalisation de la vocation féminine à la maternité « mobilise comme argumentaire la nature psychique des individus — et non leur nature physique, même s'il utilise le corps comme moyen de son action »[409], notamment ici la grossesse, l'accouchement et l'allaitement

---

[408] Dominique Memmi, *La seconde vie des bébés morts*, *op. cit.*

[409] *Ibid*, p. 198.

(ou plutôt le sevrage). Elle s'adosse et assoit une vision genrée de la femme et de son destin : devenir mère et en être bouleversée. Les femmes troublées autour de la naissance sont en effet loin d'être pensées comme des mères dénaturées. Pendant une grossesse et après un accouchement, les femmes sont toutes appelées à cheminer vers la maternité :

> « Il faut insister à nouveau, indique Paul-Claude Racamier, sur le fait que le processus de maternalité est comme une étroite corniche, où les conditions actuelles ambiantes se trouvent jouer un rôle important soit pour soutenir le moi de la femme, soit au contraire pour le pousser hors de ses gonds. Entre les femmes qui à coup sûr traverseront la maternalité sans encombre à raison d'un solide équilibre normal ou névrotique, et celles, comme les schizophrènes, qui ne sauraient aucunement l'intégrer, se trouvent, assez nombreuses, celles qui selon les circonstances et le climat qui les entoure passeront de justesse ou tomberont »

Les « troubles » féminins autour de la naissance sont interprétés comme les marques d'un processus, naturel bien que déstabilisant, qui confirme la nécessité de la prise en charge psychiatrique et la possibilité de sa réussite. Car, écrit Paul-Claude Racamier, en 1978, « il n'est pas d'accès que la psychiatrie aujourd'hui ne sache traiter ».

II. Traiter le lien mère-enfant, une autre clinique de l'enfantement

« Plus d'une mère sur 10 n'est pas au rendez-vous de sa maternité ». Avec cette formule – sous-titre d'une conférence sur « le *baby-blues* et la dépression du *post-partum* », tenue au début des années 2010 –, l'association « Le mal de mère » oeuvrant à la reconnaissance des « difficultés maternelles » qui la mobilise reprend des chiffres dorénavant convenus dans le monde de la périnatalité. Études épidémiologiques à l'appui, les expert·es s'accordent à dire qu'environ 15 % des mères souffriraient d'un épisode dépressif autour de la naissance (10 % au cours de la grossesse et 10 à 20%, selon les études, au cours de la première année après l'accouchement)[410]. Les publications en la matière rappellent également qu'environ 4 femmes sur 1000 connaîtraient des troubles psychiatriques sévères pendant leur grossesse ou après la naissance, mettant dès lors en jeu la sécurité du bébé et nécessitant une hospitalisation d'urgence. Chez les patientes « schizophrènes » et « bipolaires », peut-on lire encore, le risque de troubles aigües serait plus élevé dans la période postnatale immédiate qu'à n'importe quel autre moment de la vie. Enfin, cette série de constats – systématiquement rassemblés au début de bons nombres de publications médicales relatives à la santé mentale autour de la naissance – se poursuit en indiquant qu'une part importante de femmes en-

[410] À titre d'exemple, l'étude épidémiologique sur la morbi-mortalité psychiatrique des mères autour de la naissance réalisée en Grande-Bretagne, publié en 2003, fait aujourd'hui référence aux vues du nombre de références qui en sont faites. Il donne les résultats suivants : 15 % des mères souffrent de dépression autour de la naissance, 2 % des naissances concernent des mères ayant des antécédents psychiatriques. *Cf.* Margareth Oates, « Perinatal psychiatrie disorders : a leading cause of maternal morbidity ans mortality », *British Medical Bulletin*, n° 63, 2003, pp. 219-229.

ceintes et de jeunes mères vivraient dans un environnement social ou affectif stressant (violences conjugales, précarité, deuils, etc.). Dès lors, la détresse psychologique des femmes est présentée comme une expérience largement partagée pendant la grossesse et/ou après l'accouchement ; et la difficulté à établir « le lien » avec son enfant apparaît être un risque omniprésent dont les conséquences délétères sont systématiquement rappelées.

Si l'idée que l'état de la psyché maternelle – notamment pendant la grossesse[411] – est responsable du devenir des enfants n'est pas nouvelle, l'expertise psy s'institutionnalise en la renouvelant : la naissance – période présentée comme cruciale pour l'établissement des « premiers liens » – devient un nouvel âge de l'enfance à investir. Pour produire des enfants sains, reste désormais à traiter les liens qui les unissent à leur mère en soignant l'expérience maternelle. Car, ainsi que l'écrit la pédopsychiatre Françoise Molénat dans *Mères Vulnérables*, si « personne ne se choque qu'un insuffisant rénal nécessite des soins permanents [,] pourquoi l'insuffisance affective ne bénéficierait-elle pas du même traitement de longue durée pour que la vie psychique l'emporte ? »[412].

Ensemble ces constats viennent justifier l'institutionnalisation de savoirs et de modalités spécifiques de prise en charge de ces problèmes, ceux de la « psychiatrie périnatale » et celle – corollaire – d'un nouveau domaine d'action publique : la « périnatalité psychique ». Si la psychologie et la psychanalyse influencent depuis plusieurs décennies l'obstétrique et la pédiatrie, la problématisation de la santé mentale des femmes enceintes et des mères adopte, depuis les années 1990, et plus encore depuis le milieu des années 2000, une forme inédite.

A. La psychiatrie périnatale, nouveau domaine d'intervention

Définie par l'OMS comme la période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie de l'enfant, la notion de périnatalité a été initialement formulée à des fins épidémiologiques pour comparer, à l'échelle internationale, les taux de mortalité maternelle et infantile « autour de la naissance ». Mais, en tant catégorie d'action publique, la notion a connu une double évolution. D'une part, les bornes temporelles de la naissance se sont déplacées devenant « un axe temporel continu »[413] débordant le seuil de la vie fœtale vers l'amont et

---

[411] Populaire entre le XVI^{ème} et le XVIII^{ème} siècle, la doctrine des « impressions maternelles » imputait les marques ou déformations visibles sur le corps de l'enfant à la naissance aux expériences, émotions et sensations des femmes pendant la grossesse. Si cette doctrine a progressivement été marginalisée dans les écrits médicaux du XIX^{ème} siècle, l'idée d'une influence de la psyché maternelle sur le bébé a persisté. *Cf.* Francesca Arena, *Trouble dans la maternité. Pour une histoire des folies puerpérales XVIII^{ème} - XX^{ème} siècle*, Presses Universitaires de Provence, 2020.

[412] Françoise Molénat, *Mères vulnérables. Les maternités s'interrogent*, Paris, Stock, 1992

[413] Eva Sänger, « Obstetrical care as a matter of time : ultrasound screening, temporality, and prevention », *History and philosophy of the life sciences*, 2015, Vol. 37, n° 1, pp. 105-120.

l'après-naissance vers l'aval. D'abord limitée aux douze dernières semaines du fœtus *in utero* et à une définition stricte du nouveau-né, cette première définition aux mains des pédiatres néonatalogistes s'est élargie jusqu'à comprendre la formulation du « désir d'enfant », la conception, l'ensemble de la gestation et la première année de vie de l'enfant. D'autre part, l'intérêt accordé à cette notion concerne dorénavant moins le cadre temporel d'un période biologique – la vie néonatale, la grossesse et le post-partum immédiat –, et les données statistiques qu'elle permet de produire, que les « processus » et les « évènements » qu'elle comprend. Ainsi peut-on lire sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé : « La périnatalité se définit comme l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement »[414]. Le Plan de Périnatalité 2005-2007 désigne, quant à lui, de la sorte son objet : « les évènements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale [qui] influencent l'état de santé de l'enfant et de sa mère ainsi que leur avenir »[415]. Un tel glissement, qui marque le basculement d'une politique de gouvernement des corps centrée sur la qualité du vivant à celle centrée sur la qualité de l'existence, n'est pas sans rappeler la caractéristique des transformations des biopolitiques contemporaines : le déplacement d'un intérêt politique pour la *zoé* vers le *bios,* de la vie même aux conditions de vie[416].

Cette évolution a également tout à voir avec le processus de spécialisation de la médecine et l'institutionnalisation progressive de l'extension du mandat pédopsychiatrique. Le Dr Leblanc, rencontrée par l'intermédiaire de l'association « Le mal de mère », me raconte la formation d'une nouvelle branche de la pédopsychiatrie, la « psychiatrie périnatale » :

> « L'idée de base c'est que les mères aillent bien. Pas seulement pour elles mais pour que les enfants aillent bien. La psychiatrie périnatale est née de là. Elle est née du constat qu'on voyait en pédopsychiatrie des enfants bien trop tard et qu'il fallait prendre les choses à la racine, si je peux dire, au moment où les signes chez le tout-petit se constituent, avant que ça devienne un syndrome ou une maladie. […] Le constat était fait aussi que finalement on envisageait le devenir mère sous la forme naturelle, de quelque chose qui ressemble à un instinct. Et quand ça se passait mal, il y avait deux options possibles : soit la mère était "folle" et elle partait vers la psychiatrie, soit elle était pas faite pour devenir mère et dans ces cas là ça motivait un placement de l'enfant. Il n'y avait pas d'intermédiaire dans tout ça : la psychiatrie ou l'échafaud. Et on a fait le constat que les enfants placés finissaient aussi par aboutir en pédopsychiatrie, après des parcours de vie très chaotiques, parfois dramatiques. L'idée, c'était de voir si on ne

414 https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite.

415 *Plan périnatalité 2005-2007*, p. 1.

416

> pouvait pas tenter de proposer un dispositif de soins qui réponde à la fois au devenir de l'enfant, à prendre soin de son devenir, tout en considérant ce que c'était finalement de devenir mère. […] C'est né il y a 25 ans, donc c'est très jeune. On est bébé encore en termes de discipline » (Entretien Dr Leblanc, pédopsychiatre).

Cette spécialité apparaît comme un domaine d'expertise et de pratique spécifique. Elle rassemble les savoirs jusqu'alors développés dans des domaines distincts (comme la « psychopathologie des femmes enceintes », la « psychiatrie fœtale » ou la « psychiatrie du nourrisson »), dont la diffusion récente s'adosse sur la publication de manuels de « psychopathologie » ou « psychiatrie périnatale » et une offre de formations à destination des professionnel·les de la naissance de plus en plus importante. La multiplicité des thèmes abordés dans ces manuels et lors des formations atteste de la vaste juridiction à laquelle prétend la psychiatrie périnatale [Voir Annexe n° 5].

La constitution de la périnatalité en domaine d'intervention psychiatrique doit sans doute beaucoup au dynamisme de sociétés savantes comme l'*International Marcé Society for perinatal mental Health* ou à la *World Association for Infant Mental Health*, toutes deux créées en 1980 à l'initiative de psychiatres britanniques et américains. L'histoire de la constitution de la branche francophone de la *Marcé Society* – la *Société Marcé francophone*, créée en 1998 – et le rôle qu'elle a joué dans l'édification des politiques publiques relatives à la « périnatalité psychique » mériteraient de faire l'objet d'une enquête à part entière. Notons toutefois, à titre d'exemple, que plusieurs de ses membres ont participé à différents groupes de travail sollicités par les pouvoirs publics, comme le groupe « Psychiatrie et périnatalité » mis en place, en 2001, par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la Direction générale de la santé.

En France, le développement de la psychiatrie périnatale s'assoit également sur celui de modalités renouvelées de prise en charge de la santé mentale maternelle [Annexe n° 6]. Le cadre réglementaire d'une nouvelle pratique, au croisement de la psychiatrie, de la pédiatrie et de l'obstétrique, se construit à partir des années 1990. Dans la circulaire du 11 décembre 1992 relative à l'orientation de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, le ministère de la Santé met l'accent sur l'importance de la prévention des troubles mentaux de la mère dans le cadre des « distorsions du lien mère-enfant » et insiste sur la nécessité de favoriser les solutions comme les unités d'hospitalisation mère-enfant. Alors que l'option privilégiée était jusqu'alors de séparer la mère de l'enfant à la naissance, la circulaire plaide pour une nouvelle thérapeutique. Dans le sillage des savoirs relatifs aux « carences de soins maternels », les effets d'un placement susceptible d'entraver la qualité de la mise en place des liens sont considérés délétères. L'hospitalisation conjointe mère-bébé doit alors être privilégiée. De manière à éviter la séparation de sa mère, les « unités mère-bébé » s'imposent progressivement comme l'une des modalités de prise en charge des « pa-

thologies de la puerpéralité » pour assurer les conditions du bon développement des nourrissons malgré la potentielle dangerosité de leurs mères.

La circulaire de 1992 consacre pour la première fois l'existence de ces structures qui se développent alors depuis un peu plus d'une décennie. En France, les premières hospitalisations conjointes mère-enfant sont expérimentées, dès la fin des années 1960, dans des services de psychiatrie générale sur le modèle de ce qui se fait en Grande-Bretagne[417], avant d'être pour un temps abandonnées. En 1979, Paul-Claude Racamier aménage la première unité mère-bébé à Créteil, au sein de son service de psychiatrie infantile. Cette unité propose alors 4 lits et 4 berceaux. L'année suivante, un second service, implanté cette fois en psychiatrie adulte, ouvre ses portes à l'hôpital Paul-Brousse de Villejuif[418]. Depuis, les UMB se sont multipliées et partagent une ambition commune : hospitaliser la mère et le bébé pour « traiter la dyade », porter simultanément l'attention sur l'un et l'autre – les difficultés psychiques de la mère et ses potentielles manifestations sur le développement de l'enfant –, tout en agissant spécifiquement sur l'établissement des liens entre eux. Au-delà du traitement de la mère – patiente de l'institution accompagnée de son enfant–, les UMB visent un objectif de prévention :

> « Il ne s'agit pas seulement de soigner une femme malade à une certaine période de sa vie – celle de l'accouchement – mais de favoriser le développement du sentiment et de la fonction maternels dans le psychisme de la mère, nécessaires au développement d'un lien de qualité avec l'enfant. (…) En soignant au plus tôt l'effondrement maternel, qui risque sinon d'évoluer vers une dépression maternelle plus grave, avec le risque de projection de la difficulté interne de la mère sur le bébé qui deviendra alors un "mauvais bébé", on espère aussi une prévention des troubles du développement et du risque de maltraitance »[419].

Placées sous l'autorité d'un praticien hospitalier psychiatre ou pédopsychiatre, les UMB sont le plus souvent des unités intégrées à un « pôle de psychiatrie ». Pour assurer la prise en charge des dits « troubles psychopathologiques » autour de la naissance, elles sont composées de psychologues, pédopsychiatres et de soignantes (sages-femmes, éducatrices spécialisées, infirmières, pué-

---

417 Cette pratique émerge, en Grande-Bretagne, dès la fin des années quarante. Du fait de l'influence des travaux de John Bowlby sur les effets délétères de la séparation entre la mère et l'enfant, le contexte britannique offre les conditions favorables au développement de l'hospitalisation, avec leur bébé, de mères souffrant de pathologies psychiatriques. La pratique s'est par la suite développée en Belgique, au Pays-Bas, au Luxembourg et en Allemagne puis, à partir des années 1990, dans les pays du Commonwealth comme en Nouvelle Zélande et en Australie. À la différence de la France, ce sont les services de psychiatrie générale, et non de pédopsychiatrie, qui prennent aujourd'hui systématiquement en charge ces hospitalisations dans les pays anglo-saxons. *Cf.* Odile Cazas, Nine Glangeaud-Freudenthal, « Historique de l'émergence d'une nouvelle pratique et état des lieux des unités mère-enfant », *Pluriels. La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*, n°80, novembre 2009, pp. 3-4.

418 *Ibid*

419 Sylvie Nezlof, Christine Rainelli, « Y a-t-il une spécificité des soins en unité mère-enfant temps plein ? », *Pluriels. La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*, n° 80, novembre 2009, p. 6.

ricultrices, auxiliaires de puériculture, éducatrices de jeunes enfants et/ou psychomotriciennes). Les hospitalisations s'effectuent après une ou plusieurs consultations de pré-admission. Certaines hospitalisations sont « travaillées » dès la grossesse : la mère est déjà connue et suivie avant l'accouchement pour une « psychose chronique », une « pathologie dépressive », un « trouble grave de la personnalité » ou une précédente hospitalisation. Faisant craindre des « distorsions dans l'établissement du lien mère-bébé », ces situations conduisent les professionnel·les qui suivent ces femmes avant la naissance à évoquer, dans une perspective de continuité des soins, la possibilité d'une hospitalisation mère-bébé sans qu'elle ne devienne nécessairement effective. Dans d'autres cas, l'hospitalisation n'est pas prévue en amont. Une « décompensation psychique maternelle majeure » ou des « dysfonctionnements interactifs précoces », survenant dans les premières semaines ou premiers mois qui suivent l'accouchement, peuvent conduire à une hospitalisation en UMB. Les situations où une hospitalisation s'impose en urgence sont les plus redoutées des professionnel·les de la naissance dans la mesure où le nombre et les capacités d'accueil limités de ces structures n'assurent aucune garantie de prise en charge[420].

Les soins à la mère peuvent nécessiter la prescription de psychotropes mais la prise en charge est loin de se limiter à un traitement médicamenteux. Une psychothérapie, assurée par un.e pédopsychiatre et/ou un.e psychologue, est systématiquement mise en place et des soins corporels, dits de « maternage », comme des massages ou bains thérapeutiques destinés aux mères, sont proposés dans certaines structures pour « favoriser les mouvements régressifs nécessaires à la mise en place des processus de maternalité »[421]. Certaines unités organisent également des groupes de parole entre mères. Pour « traiter la dyade », les soins au bébé sont toujours pensés comme étroitement articulés à ceux de la mère. Certaines techniques comme des méthodes dérivées de l'observation d'Esther Bick[422] ou des enregistrement vidéo permettent d'examiner le bon développement de

---

420 Lors de l'une de mes observations à l'UPSP, au cours de la pause déjeuner, j'assiste aux discussions animées entre les membres de l'équipe à propos d'une patiente ayant accouchée quelques jours plus tôt. Elle est atteinte de « bouffées délirantes aigües ». Son état nécessite, selon eux, une hospitalisation d'urgence en psychiatrie. Mickaël, l'infirmier cadre de santé du service de psychiatrie infanto-juvénile a passé la matinée au téléphone pour trouver une place dans une unité mère-enfant : « mission quasi-impossible ». Il me fait part de son agacement. L'hospitalisation en UMB de cette patiente, schizophrène et vraisemblablement suivie par un psychiatre en libéral, aurait nécessité d'être préparée en amont. Mais l'équipe n'a été informée que tardivement au cours de la grossesse, par une sage-femme à qui la patiente a révélé être traitée pour schizophrénie. « C'est irresponsable de la part de son médecin de ne pas avoir alerté au moins les équipes de la mater avant que ça n'explose. Je ne comprends pas que des collègues puisse encore en être là… vouloir garder la main à tous prix » (Journal de terrain, UPSP).

421 Sylvie Nezlof, Christine Rainelli, « Y a-t-il une spécificité des soins … », 2009, *op. cit*., p. 7.

422 Esther Bick (1902-1983) était une médecin et psychanalyste britannique, formatrice la Tavistock Clinic et collaboratrice de John Bowlby. Elle développe, au cours des années 1950-1960, un dispositif d'observation psychanalytique du bébé aujourd'hui intégrée dans un grand nombre de cursus de formation en pédopsychiatrie. La dite « méthode d'Esther Bick » propose un modèle d'observation attentif entre autres à « l'angoisse infantile précoce », à l'impact de l'anxiété maternelle et de la dépression postnatale sur le nourrisson, et à la « contenance maternelle ».

l'enfant. La présence d'un pédiatre dans les unités mère-bébé est ainsi fortement recommandée. Des temps de synthèse et un dossier lui sont par ailleurs spécifiquement réservés. Dans la mesure où le soutien des interactions mère-bébé est au cœur du travail en UMB, des infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture accompagnent le travail d'élevage des mères.

La France compte actuellement 27 UMB mais l'apparente homogénéité de l'appellation « unité mère-bébé » cache de nombreuses disparités en termes d'offre de soins. Alors que l'hospitalisation à plein temps est partout présentée comme un modèle à suivre et à developper, rares sont celles qui la proposent. Certaines n'offrent en effet que des hospitalisations de jour quand d'autres proposent les deux modalités de prise en charge. Plusieurs UMB à temps plein ont par ailleurs été restructurées pour ne plus proposer qu'un service de jour et/ou un suivi en ambulatoire, moins coûteux. C'est le cas de la Maternologie de Saint-Cyr dont la fermeture, annoncée en 2013, a donné lieu à une mobilisation d'anciennes usagères et de médecins dénonçant plus largement les logiques gestionnaires et financières qui fragilisent ces structures. Par ailleurs, les UMB demeurent très inégalement réparties géographiquement. La région parisienne en concentre plus d'un tiers, les autres étant réparties arbitrairement sur le territoire, semblerait-il sans panification préalable. Ainsi que le rappellent et le regrettent les membres de la *Société Marcé Francophone* – parmi les premiers défenseurs des UMB :

> « Chaque création d'unité s'est faite sur la base de propositions d'équipes de pédopsychiatrie et/ou de psychiatrie générale avec une forte motivation et s'est organisée en fonction des ressources en locaux et personnels qui ont pu leur être fournies par les institutions sans réelle étude de besoins et de fonctionnalité des locaux que ce soit du point de vue de leur implantation ou de leur architecture. C'est ainsi que, de par l'histoire de leur création, les unités peuvent être hébergées dans un service de psychiatrie générale ou de pédopsychiatrie ou encore, parfois, dans un service de pédiatrie, dans un CHU, un hôpital général ou un Établissement Public de Santé Mentale »[423].

Autre disparité importante, les quelques unités parmi les plus importantes disposent d'un bâtiment indépendant spécifiquement dédié, de 4 à 8 lits et d'autant de berceaux. Les plus petites structures ne proposent bien souvent que deux lits, certes dédiés à l'accueil mère-enfant, mais installés à l'hôpital, au sein des services de psychiatrie adulte ou de pédopsychiatrie, voire en service de pédiatrie. Là où le nombre d'admissions est de l'ordre de 15 à 25 par an dans les premières, les secondes peuvent en compter moins de dix[424]. La dénomination d' « unité mère-bébé » peut dès lors

---

[423] Odile Cazas, Nine Glangeaud-Freudenthal, « Historique de l'émergence d'une nouvelle pratique … », 2009, *op. cit.*, p. 4.

[424] *Ibid.*

parfois sembler galvaudée, surtout dans les structures où les lits utilisés pour l'hospitalisation conjointe mère-bébé ne sont pas exclusivement dédiés à cette pratique et où le personnel y est de fait souvent moins spécialisé.

L'hétérogénéité des « unités mère bébé », le caractère limité de leur capacité d'accueil et leur répartition géographique inégale sont autant signes d'une institutionnalisation toujours en cours. Pourtant, si cette modalité de prise en charge demeure relativement mal assurée, elle bénéficie d'un important traitement médiatique[425]. Par ailleurs, les UMB sont bien identifiées par les professionnel·les de la naissance et les associations d'usagères de la périnatalité comme institution de prise en charge des mères troublées. L'association « Le mal de mère » regrette d'ailleurs que le développement limité de ces structures jugées comme « l'un des moyens les plus adéquats » au soin et à l'accompagnement des « difficultés maternelles » [Annexe 3]. Le caractère relativement instable de ces institutions ne doit toutefois pas laisser croire à la faiblesse des modalités de prise en charge de la psychiatrie périnatale. Car, au-delà des UMB, la problématisation du « devenir mère » a permis la mise en place de structures de soins spécialisées dans la « maternité psychique » en dehors des murs des institutions psychiatriques.

B. La psychologisation des services de maternité

En 2003, le Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, remis au ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapée promeut, dans son volet relatif à la petite enfance, la mise en place d'« unités d'accompagnement psychologique lors de la grossesse et de l'accouchement, obligatoire dans chaque maternité ». Rattachées aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, des équipes dites de « psychiatrie périnatale », de « parentologie », de « maternologie » ou de « psychopathologie périnatale » se sont implantées là où leur présence ne semblait *a priori* pas évidente dans la mesure où l'enfant, objet d'intervention privilégiée de la *pédo*-psychiatrie, n'est pas encore (ou tout juste) né. Elles sont dédiées au suivi des « naissances à risques psychiques » et des « troubles psychopathologiques » avant et après la naissance. Et, fait nouveau, elles n'exercent plus – ou du moins, plus seulement – depuis les Centre Médicaux Psychologiques (CMP) ou les Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), mais au coeur des espaces institutionnels de la production d'enfants : les maternités hospitalières.

---

[425] Par exemple, le 8 septembre 2019, l'émission Sept à Huit de TF1, présenté par Harry Roselmack, diffuse un reportage sur l'Hôpital mère enfant de l'Est parisien, intitulé « Des mamans sous surveillance ». Quelques années plus tôt, en 2012, l'établissement avait déjà fait l'objet d'un documentaire, *Mal de mères* de Maya Lebas. Un documentaire au titre quasi identique, *Le mal de mère* de Valérie Denesle, datant de 2004, est pour sa part consacré à l'Unité parents-enfants de Montesson. *Naissance d'une mère* d'Isabelle Bonnet, diffusé en 2009 sur France 2, retrace quant à lui le quotidien de l'Unité de maternologie de St Cyr l'Ecole.

Au cours de l'entretien qu'elle m'accorde, le Dr Bouraya, pédopsychiatre, m'explique la structuration du service de psychiatrie infanto-juvénile qu'elle dirige au centre hospitalier de Canche :

> « Il y a tout d'abord la filière des petits. Les activités de la filière des petits ont forcément lieu au Pôle Femme-Enfant : loin de la connotation de la folie et proche de la maternalité, comme selon les recommandations de Racamier. […] On commence depuis l'ante-natal, donc depuis la grossesse. […] C'est pas les psychiatres d'adultes qui vont voir les femmes enceintes. Ça c'est quelque chose qu'on a gagné avec l'organisation du Pôle Femme-Enfant. Parce qu'il y va de la maternalité de cette maman. Les psychiatres d'adultes n'ont plus rien à voir avec les femmes enceintes, même si elles sont schizophrènes ! C'est les pédopsy qui les suivent. (…) La psychiatrie adulte n'intervient pas pour les pathologies des femmes enceintes et des mères. À moins qu'elles décompensent, si le délire est aigü et qu'il est impossible à prendre en charge en maternité. Sinon, on les hospitalise en maternité, en grossesse path[ologique] et c'est notre équipe qui les suit » (Entretien Dr Bouraya, pédopsychiatre, cheffe de service).

La « maternalité » a permis d'instituer la présence des psychiatres d'enfants auprès des mères en dehors des espaces traditionnels de la psychiatrie. Dans un contexte de « modernisation » des hôpitaux, l'organisation des soins en pôles d'activités a constitué une opportunité supplémentaire offerte à la psychiatrie périnatale pour s'implanter dans les services de maternité. À Canche, les équipes de la psychiatrie infanto-juvénile, qui n'intervenaient dans les services hospitaliers qu'au titre de la « psychiatrie de liaison »[426], trouvent à s'installer dans une « Unité de soins précoces et parentalité » (UPSP), créée en 2009. Marie, infirmière en psychiatrie, membre de l'équipe de l'UPSP, ayant exercé au sein du secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Canche depuis les débuts de sa carrière, en 1986, revient sur une époque dorénavant révolue qu'elle qualifie de « temps de la conquête de l'ouest » :

> « Chez nous, ça a commencé au milieu des années 1980, par là. Au CATTP [Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel], on s'occupait des enfants à partir de 18 mois mais en fait ils avaient surtout 3-4 ans. On a été sollicité par l'hôpital. Au début, c'était une pratique un peu sauvage. Les pédiatres [de l'hôpital] de Canche nous appelaient. On allait dans le service. On faisait des visites à domicile. La néonat[ologie] s'y est mise. Le Dr Bouraya était de plus en plus sollicitée. Aussi par la maternité. Petit à petit, on a été de plus en plus demandé. La demande est devenue exponentielle et on s'est dit : "Là faut qu'on s'implante. Maintenant on a du boulot"» (Entretien Marie, infirmière en psychiatrie à l'UPSP).

C'est une histoire similaire, bien qu'antérieure de dix ans, que me raconte Françoise Molénat, pédopsychiatre connue pour avoir participé à l'élaboration du dernier plan de périnatalité 2005-2007. Elle m'explique de la sorte son entrée en maternité, en 1975, au tout début de sa carrière : « Un pé-

---

[426] La « psychiatrie de liaison » est une pratique hospitalière faisant intervenir les professionnel·les des secteurs de (pédo)psychiatrie dans les services somatiques.

diatre m'a sollicitée pour m'occuper des parents agressifs en néonat[ologie] ». Dans la mesure où les « angoisses » des mères, leurs modes singuliers d' « investissement » de l'enfant lors du séjour à l'hôpital et leurs « attitudes défensives » voire « agressives » sont présentées comme les causes de troubles ultérieurs, les équipes de la pédopsychiatrie trouvent une place dans le division du travail autour de la naissance.

Le continuum établi entre santé mentale maternelle et infantile se donne aujourd'hui très clairement à voir dans l'organisation même de la filière des « petits » (0-3 ans) du service de psychiatrie infanto-juvénile enquêté. L'équipe de psychiatrie périnatale – l'UPSP – et celle dédiée à la prise en charge des enfants de moins de 3 ans atteints de troubles envahissants du développement ou de troubles psychotiques – l'hôpital de jour — sont toutes deux situées au même étage que la maternité à proprement parler, dans une enclave entre les deux ailes du service des suites de couches. En somme, bien que la mère ne soit aujourd'hui plus considérée comme l'unique et exclusive figure de soin nécessaire à l'enfant, les savoirs sur lesquels s'adossent la pratique pédopsychiatrique en périnatalité ont contribué à asseoir avec force une corrélation sans cesse entendue au cours de mon enquête et justifiant l'actuelle médicalisation de la subjectivité maternelle : « si maman va bien, bébé va bien ». Pour s'assurer que « bébé aille bien », l'UPSP propose aux femmes enceintes et aux jeunes mères une prise en charge plurielle : traitement médicamenteux prescrit par un pédopsychiatrie, psychothérapie assurée par une psychologue et, en fonction de l'évaluation du pédopsychiatrie, accompagnement psychosocial après la sortie de la maternité, lors de visites à domicile conduites par un binôme de « soignantes », parmi les trois que comprend l'équipe (infirmière, éducatrice spécialisée ou éducatrice de jeunes enfants).

Comprendre le devenir parent comme un processus psychique toujours potentiellement pathologique – particulièrement lorsqu'il se décline au féminin – ne permet pas seulement l'implantation des équipes de la psychiatrie infanto-juvénile dans les locaux des maternités hospitalières. Elle conduit plus largement à redéfinir la mission des services dédiés à la santé maternelle ainsi que la place qu'ils occupent dans un dispositif élargi d'encadrement des familles centré sur les liens et la psyché. À partir des années 1980, dans un contexte alors marqué par la question du handicap et des mesures visant à éviter les naissances prématurées ou les accidents néonataux, une meilleure surveillance de la grossesse et l'amélioration des conditions de prise en charge de l'accouchement et du post-partum deviennent des mesures de gestion des risques psychiques.

Dans la circulaire du 29 novembre 1985 relative à « la sensibilisation des personnels de la maternité à l'accueil des enfants nés avec un handicap et de leur famille », le séjour en maternité est constitué en « un moment privilégié de soutien de la mère dans ses premières relations avec son enfant ». Et le service doit « s'ouvrir vers l'extérieur » pour « devenir pour les familles le relais d'un

système global de prévention et de prise en charge ». Il est dès lors également question de « préparer la sortie » pour « faciliter la guidance familiale ». Parmi les dispositifs mentionnés, les services de protection maternelle et infantile et les « intersecteurs d'hygiène mentale » occupent une place centrale. Cette circulaire incite par ailleurs les directeurs d'hôpitaux et les Directions départementales des Affaires Sanitaires et Sociales à renforcer la formation de l'ensemble des personnels des maternités ; « essentiellement technique » leur formation initiale – dont une refonte est annoncée – « ne les prépare pas suffisamment à affronter les difficultés soulevées par la naissance d'un enfant avec un handicap ». Ainsi peut-on lire dans cette circulaire :

> « Une meilleure connaissance du problème doit leur permettre de mieux aborder ces situations (…). Elle doit également les aider à soutenir les parents dans l'établissement des premières relations avec leur enfant, en veillant à ce qu'une détérioration ou des carences affectives ne s'ajoutent à la déficience du nouveau-né. (…) L'ensemble des études, menées sur ce thème, montre en effet que les parents, confrontés à un enfant différent de l'enfant qu'ils avaient imaginé, sont atteints dans leur propre identité et éprouvent au moment de l'annonce tout à la fois des sentiments de révolte, de désespoir et de culpabilité. On a également constaté combien les conditions dans lesquelles les parents ont appris la déficience de leur enfant pouvaient influer sur son évolution et celle de la vie familiale. (…) Une attention chaleureuse et soutenue doit être apportée à la mère. (…) En outre tout doit être mis en œuvre pour favoriser la communication entre la mère et son enfant et la présence du père auprès d'eux »[427].

Le regard renouvelé porté sur les liens est pour beaucoup dans la transformation des services de néonatologie et de réanimation néonatale dans les années 1980-1990. Les horaires de visites sont assouplis puis supprimés. Les vitres qui séparaient les nourrissons de leurs parents en néonatologie disparaissent. Des « Unités Kangourous » sont ouvertes[428]. Introduisant les principes de la psychothérapie institutionnelle, la circulaire de 1985 encourage également « la mise en place de groupes, type Balint[429] » pour accompagner les équipes. À cet effet, des vacations puis des postes de psychologues sont créés. Les « psys » ne sont plus seulement présents dans les services, leur présence, devenue nécessaire, est prévue dans l'organisation des maternités. Par la suite, le décret du 9 octobre 1998 – relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établis-

---

427 *Circulaire du 29 novembre 1985.*

428 Les Unités Kangourous, dépendant des services de néonatalogie mais implantés au sein des services de suites de couche, visent à éviter la séparation entre la mère et l'enfant tout en assurant les soins nécessaires aux bébés nés un peu prématurément ou de « petits poids ». En 2016, 30 % des maternités disposent d'une unité kangourou. Dans les maternités de type III, cette proportion a progressé, de 52 % à 72 % entre de 2010 et 2016. Cf. Inserm-Drees, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016 - Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*, Paris, Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère du Travail, Ministère de l'Action et des Comptes publics, 2017

429 Groupes de travail, réunissant des professionnel·les de santé et/ou du travail social autour d'un.e psychanalyste, visant à aborder et résoudre les difficultés considérées inhérentes aux « relations transférentielles et contre-transférentielles » du patient et du soignant.

sements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale – assoit encore un peu plus la présence des « psys » dans les services de maternité. Il prévoit « en cas de nécessité, le concours d'un psychologue ou d'un psychiatre » à « l'accueil, l'information et le soutien des parents ».

À Canche, le Dr Bouraya, alors praticienne hospitalière du service de psychiatrie infanto-juvénile, intervenant ponctuellement en néonatalogie, œuvre à la création d'un poste de psychologue clinicienne à temps plein en pédiatrie néonatale. Le poste est attribué, à la fin des années 1990, à l'une de ses stagiaires. Dans le même temps, alors que le service de néonatalogie s'est adressé à la pédopsychiatrie, le service d'obstétrique se tourne vers la psychiatrie adulte. En 1998, Antoinette, psychologue clinicienne, est détachée du secteur de psychiatrie où elle exerce pour intervenir, une demi-journée par semaine, dans les services d'obstétrique. Consacrant bientôt deux journées par semaine à son activité à la maternité, elle plaide, rapports d'activités à l'appui, pour que soit créé un poste de psychologue à temps plein, qu'elle obtient en 2000 et occupe jusqu'à sa retraite en 2009. Au début des années 2000, deux psychologues se répartissent entre les services de grossesse à haut risque (GHR), du diagnostic ante-natal (DAN), de néonatologie et de suites de couches. Au moment de l'enquête, un peu plus des dix ans plus tard, elles sont quatre.

Depuis l'entrée des premiers psychiatres et psychologues dans les services d'obstétrique, dès le milieu des années 1970, la présence psy en maternité s'est considérablement accrue. Le plan de périnatalité 2005-2007 renforce encore leur recours auprès des femmes enceintes et des jeunes accouchées en prévoyant, cette fois systématiquement, le recrutement de psychologues. Les enquêtes nationales périnatales de 2003, 2010 et 2016 permettent de mesurer l'évolution récente du recours au professionnel·les du psychisme dans les maternités hospitalières. Alors qu'en 2003, encore 14 % des établissements ne disposaient pas de psychologues dans leur service de maternité, ils ne sont respectivement plus que 3 % et 2 % en 2010 et 2016. Cette évolution est particulièrement nette parmi les maternités de niveau I – celles qui n'assurent la prise en charge que des grossesses et des accouchements jugés *a priori* « sans risques ». En 2016, 98 % d'entre elles offrent les services d'un.e psychologue contre 71 % en 2003. En outre, ces professionnelles sont plus souvent recrutées par les services de maternité là où les établissements avaient plus souvent recours à des intervenantes extérieures. En 2003, 17% des établissements, tous types confondus, comptait une psychologue parmi les personnels de la maternité contre 62 % en 2016.

En ce qui concerne les (pédo)psychiatres, leur recours est possible dans 80% des établissements au moins depuis 2003. Ce chiffre est resté stable depuis. Il s'agit toutefois encore beaucoup d'intervenant·es extérieur·es aux services des maternités ou intervenant « au coup par coup » : en 2016, un peu moins de la moitié des maternités hospitalières (47%) font intervenir des (pédo)psychiatres « appartenant au service ou extérieur au service dans un cadre formalisé ». L'institutionna-

lisation de la présence psychiatrique a toutefois progressé dans la mesure où cette situation ne concernait, en 2003, que 34% des maternités. Les données recueillies lors des enquêtes périnatales ne précisent pas de quels types de services ou structures relèvent ces médecins mais on peut supposer qu'ils proviennent en grande partie des services de psychiatrie infanto-juvénile, intervenant dans les services d'obstétrique au titre de la « psychiatrie de liaison », à l'instar de l'UPSP de Canche.

Au-delà de la présence psy, le regard porté sur la psyché maternelle se déploie aujourd'hui dans la prise en charge de la naissance en s'affirmant comme une nécessaire intervention préalable. En 2003, à la demande du ministère de la Santé, la « Mission périnatalité » – pilotée par un épidémiologiste, un néonatologue et un gynécologue-obstétricien – rend un rapport dont les vingt propositions servent de base à la réforme de la politique périnatale française. Il indique que « l'organisation des soins doit dépasser les soins purement médicaux pour s'ouvrir au psychosocial » et que « la plupart des problèmes survenant dans le post-partum peuvent être anticipés par la connaissance des facteurs d'insécurité présents dès l'anténatal »[430].

Le Plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, Proximité, Qualité, Sécurité » et la circulaire du 4 juillet 2005 relative à « la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité » mettent en place des mesures en faveur d'un élargissement de la prise en charge en maternité vers la prise en compte des « risques psychosociaux » : entretien prénatal précoce, développement des « réseaux de santé périnatale », création de postes de psychologues, harmonisation des collaborations médico-psychologiques, concertations autour des prises en charge difficiles, etc. Dans une logique d'anticipation des risques, médecins, sages-femmes, infirmières, puéricultrices, etc. n'ont depuis plus seulement pour mission d'agir sur des corps – ceux des femmes gestantes, des parturientes, des fœtus et des bébés –, mais aussi, avec le renfort des psychologues cliniciennes et pédopsychiatres, de déceler les éventuelles « vulnérabilités psychosociales » et « psychopathologies maternelles » susceptibles de troubler « l'attachement » mère-enfant.

Jusqu'alors centrée sur de la prise en charge de la douleur, la préparation à l'accouchement – convertie, au cours des années 1970-1980, en une préparation à la naissance – devient, par exemple, une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Aux traditionnelles séances de préparation, le Plan de périnatalité 2005-2007 pose le principe d'un « entretien prénatal précoce »[431] (EPP), individuel ou en couple, devant être systématiquement proposé aux femmes enceintes à la fin du pre-

---

430 *Cf.* « Conclusions. Vingt propositions pour un politique périnatale », *Rapport de la la Mission périnatalité*, 2003, p. 6.

431 L'« entretien prénatal précoce », promu par la pédopsychiatre Françoise Molénat, auditionnée par la Mission Périnatalité, a également été inscrit comme outil de « prévention précoce » dans la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance.

mier trimestre de la grossesse pour « ouv[rir] le dialogue », « crée[r] un climat de confiance » et « ainsi permet[tre] de dépister toute forme d'insécurité pouvant entraîner des complications sur le lien parent-enfant mais aussi sur la pathologie de la grossesse ». Conçu comme « un outil majeur de dépistage » devant permettre d' « identifier les besoins d'information », d' « apprécier la santé globale de la femme enceinte » et de « repérer les situations de vulnérabilité » pour « orienter si nécessaire vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement », l'EPP est explicitement tourné vers un bilan psychosocial de la situation de la future mère et de son environnement de manière à proposer une aide et à adapter le suivi en fonction des besoins et difficultés identifiés. Instrument d'une volonté anticipatrice, l'EPP marque également l'entrée des femmes enceintes et les enfants à naître dans une carrière de prise en charge élargie : « cette consultation permet de préparer et d'organiser le postpartum ». Réalisé par des médecins ou, le plus souvent, des sages-femmes – hospitalières, libérales ou de PMI –, cet entretien constitue le premier maillon d'une chaîne d'attention visant à assurer un « accompagnement » le plus ajusté aux besoins exprimés par les femmes enceintes ou ressentis par les professionnel·les.

En plaçant le vécu émotionnel, la santé mentale et le bien-être des femmes autour de la naissance au coeur d'un programme préventif, l'enfantement est défini comme un problème non plus seulement médical mais « médico-psycho-social ». Bien que spécifique, la politique périnatale prend dès lors une forme relativement typique de la manière dont la santé publique s'est progressivement étendue. Mais, contrairement à d'autres modalités du « gouvernement des corps »[432], il est aussi question pendant la période périnatale de constituer les subjectivités féminines en objet d'intervention. Certes, il a déjà été remarqué que la santé publique ne s'intéressait pas qu'aux processus biologiques. Elle dépasse le médical pour émettre des recommandations concernant le style de vie ou s'étendre à des domaines qui ne la concerne *a priori* pas, sous prétexte de leur impact sur la santé physique des individus[433]. Avec la psychologisation de la prise en charge de l'enfantement, la politique périnatale contemporaine ne prend plus seulement pour objet le corps enceint mais aussi le « lien mère-enfant », en définitive la famille et sa constitution. En cela, la périnatalité permet d'examiner une expansion de la santé publique, au-delà du corps individuel et du corps des populations, vers un « gouvernement des âmes »[434] qui intègre des dimensions nouvelles à la médicalisation du travail procréatif.

---

[432] Didier Fassin, Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps …*, *op. cit.*

[433] Jean-Pierre Dozon, Didier Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland, 2001; Claude Gilbert, Emmanuel Henry (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, Éditions La Découverte, 2009.

[434] Nikolas Rose, *Governing the soul. The shaping of the private self*, Londres, Free Association Books, 1999.

Rappelant que la famille constitue un agent central dans la régulation des populations à travers la tâche de la « conservation des enfants »[435] – et combien cette responsabilisation est sexuée –, les femmes enceintes et les mères sont à nouveau appréhendées comme un levier d'intervention vers leurs (futur·e·s) enfants. L'inscription de l'entretien prénatal précoce dans la loi du 5 mars 2007 reformant la protection est en cela emblématique. La réforme de la protection de l'enfance fait en effet de la « prévention précoce » un impératif et de « l'entretien prénatal précoce » un de ses instruments. Les enfants en danger le sont dorénavant aussi du fait des conditions relationnelles potentiellement — voire nécessairement — fragiles de leur venue au monde. On comprend alors mieux la curieuse présence du fœtus, à travers l'entretien prénatal précoce, dans une loi de protection de l'enfance alors que ce dernier n'a pas encore d'existence légale. Avec cette évolution législative, il n'est en effet plus seulement question d'agir sur des enfants en danger mais bien, comme le précise la loi, sur des enfants en « risque » de l'être.

[435] Jacques Donzelot, *La police des familles*, Paris, Éditions de Minuit, 1977.

Conclusion

Si la maternité est un enjeu politique ancien, la reformulation de la question maternelle adopte aujourd'hui une voie nouvelle : celle de la santé mentale. « Devenir mère » apparaît dorénavant comme un temps à part, marqué par la vulnérabilité psychique. Interprétés comme les marques d'un processus naturel, bien que déstabilisant, les troubles maternels nécessiteraient un accompagnement expert, seul à même d'aider les (futures) mères et de protéger les enfants. Car, s'il convient de « garantir la sécurité émotionnelle » des femmes enceintes et de soigner les mères troublées, c'est que la naissance demeure pensée comme potentiellement dangereuse pour les femmes, les enfants et plus largement le lien qui devrait les attacher. « Sous couvert de renversement ou d'ouverture à l'humain, c'est la confirmation qu'accoucher est une prise de risque non seulement physique, mais également psychique »[436]. L'extension de la médicalisation de l'enfantement à la subjectivité maternelle s'inscrit dès lors pleinement dans une recomposition de la « gestion des risques » autour de la naissance.

L'influence des « savoirs psy » sur l'obstétrique et la pédiatrie – et en particulier de la psychanalyse – n'est pas nouvelle. Depuis ces deux dernières décennies, ils connaissent toutefois une institutionnalisation sans précédent dans l'espace de la périnatalité. Après s'être forgée au contact d'enfants catégorisés comme souffrant du manque de « soins maternels », la pédopsychiatrie a élargi son programme en ciblant aussi bien les risques inhérents à la séparation d'avec leur mère que ceux relatifs aux « relations mère-enfant » troublées, concernant cette fois potentiellement l'ensemble de la population materno-infantile. À l'instar des puériculteurs, c'est à nouveau par la « question maternelle » que de nouveaux spécialistes étendent et consolident leur juridiction. Dans un contexte de politisation de la parentalité, les experts du psychisme ont en effet trouvé à s'implanter durablement dans les services de maternité au bénéfice des politiques périnatales instituées à la fin des années 1990, et plus encore au milieu des années 2000. En faisant des « accidents psychiques de la maternalité » – ce processus identifié par le psychiatre psychanalyste Paul-Claude Racamier qui fait de la femme une mère – un problème médico-psychologique, l'extension de la prise en charge de l'enfantement au traitement des liens a donné corps à une clinique spécifique – « la psychiatrie périnatale » – accompagnant la mise en forme d'une politique de prévention par l' « accompagnement psychosocial » des mères.

Mis en regard, ces deux chapitres montrent combien les recompositions des préoccupations relatives à la production d'enfants sains ont à voir avec la redéfinition de l'objet du travail médical

---

[436] Philippe Charrier, Gaëlle Clavandier, *Sociologie de la naissance*, Paris, Armand Colin, 2013, p. 93.

en direction des femmes enceintes, des mères et des « bébés » (fœtus, nouveau-nés, nourrissons et très jeunes enfants). La puériculture et la psychiatrie périnatale – deux spécialités médicales aux destins différents – ont joué un rôle majeur dans les métamorphoses de la question maternelle. Dominés dans le champ médical, puériculteurs puis pédopsychiatres ont trouvé à occuper une position dominante dans l'espace de la prévention, plus ou moins pérenne selon la spécialité considérée. En cela, l'encadrement du travail procréatif gagne à être pensé comme un objet symbolique, intégré aux enjeux spécifiques du champ médical dont les chapitres suivants examineront les recompositions à l'œuvre.

DEUXIÈME PARTIE
VEILLER SUR LES MÈRES EN DEVENIR
UN ENJEU DE SPÉCIALISATION AU SEIN DU CHAMP MÉDICAL

Le 8 mars 2019, à l'occasion de la « Journée Internationale des femmes » (sic), le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) signe un communiqué de presse : « "Blues" ou dépression après l'accouchement, des conséquences trop souvent négligées ». Par la voix de son président, Israël Nisand, le CNGOF y enjoint les professionnelles de la naissance « à tendre l'oreille pour être à l'écoute de tous les signes de fragilité » potentiellement annonciateurs d'une dépression, pour en prévenir les effets dramatiques :

> « Devenir mère ne rime pas forcément avec le bonheur que l'on associe à une naissance, toujours qualifiée "d'heureux événement". Pour 15 à 20% d'entre elles, la maternité s'accompagne d'un effondrement psychique […] [qui peut] mener au suicide […]. Ces troubles psychiques constituent aujourd'hui la principale cause de mortalité maternelle périnatale, bien avant les hémorragies et les infections. Mais la santé future de l'enfant est elle aussi en jeu. Une dépression maternelle a des implications qui se prolongent bien au-delà des troubles de l'attachement et d'interaction mère-enfant, susceptibles de provoquer des retards de développement cognitif. Lorsque l'on analyse les dépressions d'adolescents de 16 ans, on retrouve dans 100% des cas un antécédent de dépression maternelle, dont 60% survenue au moment de la grossesse. […] Pour la santé des femmes, et de leurs enfants, c'est bel et bien une question de santé publique. »

Passé relativement inaperçu, ce communiqué a de quoi surprendre, et ce, pour plusieurs raisons. Obstétricien, représentant d'une profession régulièrement critiquée à partir d'une posture féministe, Israël Nisand s'exprime précisément lors de la journée internationale des droits des femmes au nom de leur santé. Spécialiste de la grossesse et de l'accouchement, il fait ici de la psyché féminine — plutôt que de l'utérus — le *locus* de la gestion des risques. Là où lutter pour la santé des femmes et des enfants avait signifié, par le passé, une surveillance sanitaire resserrée de la grossesse et de l'accouchement, l'attention à l'affectivité maternelle et plus spécifiquement à sa « dysfonctionnalité » – quand le bonheur est absent — devient à son tour un précieux outil de prévention. Surprenant, ce communiqué n'a pour autant rien de paradoxal. En constituant le « devenir mère » en « objet de savoir et de pratiques médicales »[437], il s'inscrit pleinement dans la médicalisation de l'enfantement et représente un indice supplémentaire du processus d'expansion de l'activité médicale.

Invoquant la campagne de prévention britannique, « *Everyone's buissness* », lancée à l'initiative par la *Maternal Mental Heath Alliance*, Isarël Nisand poursuit : « En France, aujourd'hui, de qui est-ce le "boulot" ? ». S'il évoque la « vingtaine d'unités d'hospitalisation conjointe mère-en-

[437] Patrice Pinell, « Médicalisation », *op. cit.,* p. 428.

fant (94 lits environ) et [la] quinzaine d'unités d'hospitalisation de jour, pour prendre en charge les parents souffrant de graves maladies psychiques », l'obstétricien regrette que « mieux veiller à la santé psychique des jeunes mamans » ne soit pas encore, en France, « l'affaire de tous », et en particulier celle de l'ensemble des professionnel·les de la périnatalité. Ce faisant, ce communiqué vise aussi à redéfinir la bonne manière de travailler dans cet espace professionnel : « Souvent tus par les mères, pas assez écoutées, souvent ignorés par les professionnels de santé qui accompagnent les femmes avant et après la naissance, les troubles de l'humeur et le sentiment de vulnérabilité accrue de la mère sont dans tous les cas des signes d'alerte d'un mal dont l'incidence est négligée, alors qu'il devrait réclamer une extrême vigilance ».

À la découverte de ce texte, c'est précisément cette prise de position qui a le plus suscité mon étonnement. Au cours de l'enquête que j'ai conduite au sein des différentes institutions publiques de prise en charge de la santé maternelle et infantile, je n'ai en effet eu de cesse de constater combien il importait aux soignantes rencontrées de « veiller sur » l'expérience de la maternité. Si toutes n'avaient pas nécessairement affaire, au quotidien, à des patientes présentant des « signes d'alerte », toutes exerçaient leurs métiers respectifs avec « vigilance », s'assurant que les (futures) mères ne soient pas seulement en « bonne santé » mais, plus largement, qu'elles « aillent bien ». Au travers des activités que j'observais, le souci des mères m'était apparu largement partagé au sein d'un système de prise en charge que je découvrais, dans le même temps, traversé de relations de concurrences. Qu'elles exercent dans des institutions dites « tout venant » de la périnatalité – en centres de PMI ou dans les services de maternité hospitalière – et participent à « soutenir la parentalité », ou qu'elles travaillent au sein d'un dispositif pédopsychiatrique – là où « soigner » les mères troublées constitue une spécialité –, les enquêtées faisaient toutes du mal-être maternel un problème partagé, et de sa prévention et de son traitement des exigences communes.

Plutôt que de considérer avec elles que faire du vécu de la maternité l'objet d'une pratique médicale relevait d'une évidence, j'ai cherché à comprendre leurs points de vue en les replaçant dans l'espace des positions professionnelles en périnatalité. Car l'importance accordée à l'accompagnement des mères autour de la naissance ne peut se comprendre qu'une fois replacée dans l'économie des relations de ce sous-champ spécialisé de la médecine[438], en cours de reconfiguration. La production des enfants n'est pas seulement un domaine d'intervention médicalisé. Elle est un

[438] Pour une synthèse de l'intérêt heuristique d'une approche en terme de champ et de sous-champ dans l'analyse de la médecine, voir Patrice Pinell, « À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ », *op. cit.*

« monde »[439] fait d'interdépendances entre des professionnel·les de santé aux juridictions délimitées, engagé·es ensemble à « faire en sorte que la grossesse et l'accouchement se déroulent dans les meilleures conditions possibles » et à « prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la mère après la naissance »[440]. Bien que lié·es par l'exigence de ce « mandat généralisé »[441], ces professionnel·les n'en nourrissent pas moins des intérêts spécifiques et potentiellement antagonistes. L'analyse de la distribution locale des activités, des technologies, des problèmes et des publics entre le Pôle Femme-Enfant, la PMI et le secteur de la médecine libérale invite en effet à voir au-delà de l'injonction au « partenariat » – régissant la coopération entre les membres d'un même « réseau de santé périnatale » – pour saisir les rapports de force qui l'organisent.

Consacré à l'étude de la division du travail de médicalisation de l'enfantement entre des professionnel·les de santé aux positions inégales, le chapitre 3 examine les effets de l'extension de l'activité médicale au « devenir mère » sur les divisions et hiérarchies en périnatalité. Resserrant la focale sur la Protection Maternelle et Infantile, le chapitre 4 rend compte de la manière dont les professionnelles de la médecine sociale, dominées dans le champ médical, trouvent à composer avec une activité dévaluée en cherchant à occuper une place dans ce processus de médicalisation et à faire de « la relation mère-enfant » le terrain d'une pratique clinique et thérapeutique susceptible de renforcer leur position et leur légitimité. Ensemble, ces chapitres mettent au jour les dynamiques professionnelles ouvertes par le souci des mères.

---

[439] On peut transposer la notion de « monde », développée par Howard Becker pour étudier la production artistique, à la médicalisation de la production des enfants. « Tout travail artistique, de même que toute activité humaine, fait intervenir les activités conjuguées d'un certain nombre, et souvent d'un grand nombre, de personnes. L'œuvre d'art que nous voyons ou que nous entendons au bout du compte commence et continue à exister grâce à leur coopération. L'œuvre porte toujours des traces de cette coopération. Celle-ci peut revêtir une forme éphémère, mais devient souvent plus ou moins systématique, engendrant des structures d'activité collective que l'on peut appeler mondes de l'art. » Howard S. Becker, *Les Mondes de l'art*, Paris, Flammarion, 2010, p. 27.

[440] Haute Autorité de Santé, « Parcours de soins en périnatalité pour une prise en charge optimale », *Cf.* https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974654/fr/parcours-de-soins-en-perinatalite-pour-une-prise-en-charge-optimale-de-la-mere-et-de-l-enfant.

[441] Anselm Strauss et *al*, « L'hôpital et son ordre négocié », *in* Anselm Strauss, *La Trame de la négociation, op. cit.* , p. 95.

Chapitre 3. Sécuriser et humaniser.
Divisions et hiérarchies dans l'espace de la médicalisation de l'enfantement

Encadrés par des textes législatifs et des instances sanitaires, le suivi de la grossesse et la prise en charge de la mère et de l'enfant après la naissance prescrivent une série de démarches administratives, d'examens, de consultations, d'entretiens et de visites à domicile. Déclaration de grossesse au cours du premier trimestre, échographies trimestrielles, sept consultations prénatales mensuelles, huit séances de « préparation à la naissance et à la parentalité » (PNP) dont un « entretien prénatal précoce » au cours du 4ème mois de grossesse, un suivi à domicile après l'accouchement, une consultation post-natale, onze examens médicaux de l'enfant au cours de sa première année, deux au cours de la deuxième… Avec plus 750.000 naissances par an en moyenne ces dix dernières années, la prise en charge de la santé maternelle et infantile représente une activité considérable nécessitant l'implication d'une pluralité de professionnel·les de santé, appartenant à des univers *a priori* autonomes du fait de leurs ancrages institutionnels distincts : établissements hospitaliers (publics ou privés), centres de PMI et cabinets libéraux[442]. Qu'il s'agisse de surveiller son déroulement ordinaire ou de traiter ses complications, la médicalisation de l'enfantement relève d'une opération collective. Donnant lieu à des « parcours de soin » souvent éclatés, elle conduit les femmes enceintes et les (futurs) parents à passer d'un groupe (ou segment de groupe) professionnel à un autre, d'une structure à une autre, soit à circuler au sein d'une communauté d'individus aux statuts et légitimités différenciés.

En transposant à la grossesse et à la prime enfance les analyses d'Anselm Strauss à propos des maladies et de leur traitement[443], porter le regard sur la prise en charge de la santé materno-infantile invite à appréhender ensemble les phénomènes physiologiques qui caractérisent la grossesse, la naissance et le développement des enfants, *et* les actes de soins qui leur sont réservés, soit la

---

[442] Dans le cadre du suivi de grossesse, les consultations, examens et prescriptions peuvent être effectués par des sages-femmes, des médecins généralistes, des gynécologues-médicaux et/ou des gynécologues-obstétricien·nes. Pour la surveillance médicale des nouveau-nés, les parents sont invités à « choisir » entre un·e médecin généraliste ou un·e. pédiatre. Ces différent·es professionnel·les exercent dans les centres hospitaliers, les cliniques privées, les centres médico-sociaux ou en libéral.

[443] Anselm Strauss et *al*., « Maladie et trajectoires », *in* Anselm Strauss, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, Éditions L'Harmattan, 1992, pp. 143-175.

« trajectoire » de l'enfantement[444]. Une telle perspective permet de mettre en évidence ce que la catégorie institutionnelle de « parcours de soins » occulte : soit « toute l'organisation du travail déployée à suivre son cours [ici celui de la production d'enfants] » et « le retentissement que [ce] travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués »[445]. Visant à planter le décor du « drame social du travail »[446] de médicalisation de l'enfantement, ce chapitre propose d'examiner comment la trajectoire aujourd'hui donné à l'enfantement – « toute l'organisation du travail déployée à suivre son cours » et ses effets –, reconfigure en partie les divisions et hiérarchies en périnatalité.

Dans notre « système de naissance »[447], le paradigme biomédical ou « technocratique »[448] domine la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de la venue au monde. Il n'en demeure pas moins concurrencé par le développement d'une offre médicale orientée vers la prise en compte de leurs dimensions « psycho-sociales ». La « sécurisation » et l' « humanisation » de la naissance constituent deux modalités d'intervention qui, sans être nécessairement antagonistes ni exclusives, participent à structuration et à la dynamique de l'espace de la périnatalité examinées ici. Je montrerai alors que si la technicité de ses personnels et de son équipement assure à l'établissement hospitalier enquêté le monopole de la pratique experte de la clinique et de la thérapeutique, sa position dominante ne fait pas consensus sur tous les terrains. En s'investissant dans l'accompagnement des mères, les agent·es et les institutions disposant de moindres ressources pour ce qui relève de la prise en charge des situations considérées comme les plus risquées et dangereuses se positionnent dans l'espace de la périnatalité et cherchent à y occuper une place légitime.

---

444 J'emprunte cette transposition à Elsa Boulet : « La médicalisation de la grossesse, c'est-à-dire à la fois sa requalification en processus ressortissant du domaine médical et son traitement effectif par des professionnel·les et des institutions médicales, permet de l'appréhender avec des concepts et outils sociologiques développés pour comprendre la maladie. La grossesse n'est pas une pathologie, mais elle fait l'objet […] d'une surveillance médicale resserrée. L'entrée dans le parcours médico-administratif de grossesse correspond ainsi à l'entrée dans ce qu'A. Strauss et ses collaborateurs/trices définissent comme une "trajectoire de maladie" ». Elsa Boulet, *Espaces et temps de la « production d'enfants ». Sociologie des grossesse ordinaires*, *op. cit.*, p. 361.

445 Anselm Strauss et *al.*, « Maladie et trajectoire », *op. cit.*, pp. 144-145.

446 Everett Hughes, « Le drame social du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 115, 1996, pp. 94-99.

447 La notion de « système de naissance » (*natal system* ou *birthing system*) a été introduite par Brigitte Jordan dans un ouvrage fondateur de l'anthropologie de la naissance. Elle désigne l'ensemble de pratiques, discours et relations sociales caractérisant la naissance et son traitement dans une société donnée. *Cf.* Brigitte Jordan, *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland Sweden and the United States*, Long Grove, Waveland Press, 1993.

448 Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, Berkley, London, University of California Press, 1992.

I. La sécurisation. Aux principes de la domination du Pôle Femme-Enfant

Le cours que devrait prendre la trajectoire d'enfantement est à maintes occasions décrit et rappelé par différentes instances d'un vaste « complexe bureaucratico-sanitaire »[449]. L'assurance maladie, la caisse d'allocation familiale et les établissements hospitaliers s'adressent aux femmes enceintes pour les « orienter » dans leur « parcours de soins » ainsi que celui de leur nouveau-né. Les consignes qui leurs sont adressées donnent à voir le caractère segmenté de la prise en charge périnatale. Il leur est indiqué qui consulter, à quel moment, et à quel endroit : en libéral, à l'hôpital ou dans les centres médico-sociaux. La page web « Maternité » du site internet du Pôle Femme-Enfant de Canche liste ainsi les différentes étapes du suivi des femmes qui y accoucheront.

> « **Inscription**
> À faire idéalement à la suite de votre première échographie. […]
>
> **Entretien prénatal précoce**
> Ce rendez-vous est recommandé mais il n'est pas obligatoire. Il vous est proposé lors de votre inscription à la maternité. *Cet entretien peut aussi être réalisé par un praticien de ville de votre choix*. […]
>
> **Une consultation de suivi de grossesse par mois à partir du 3ème mois.**
> Vous devez vous adresser à *votre gynécologue, une sage-femme libérale* [lien vers le site du Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-femmes qui répertorie les sages-femmes libérales du département] ou *un centre de PMI* [lien vers une liste des PMI assurant le suivi de grossesse]. Celui ou celle-ci suivra votre grossesse en collaboration avec la maternité du Centre Hospitalier de Canche. *L'ensemble de vos rendez-vous de consultation sera à programmer en ville, à l'exception des rendez-vous du 8ème et 9ème mois de grossesse*. […]
>
> **Une consultation d'anesthésie**
> *Une consultation avec un anesthésiste de la maternité* est obligatoire au cours du 8ème mois de grossesse, quel que soit votre souhait concernant une éventuelle anesthésie pendant le travail. […]
>
> **Une échographie par trimestre**
> Les trois rendez-vous sont à prendre soit *en ville ou à l'hôpital* [Lien vers la liste des échographistes du secteur privé]
> Entre 11 et 13 semaines d'aménorrhée (au cours du 3ème mois de grossesse) : *en ville (sauf indication médicale)*
> Entre 22 et 24 semaines d'aménorrhée (au cours du 5ème mois de grossesse) : *en ville ou à l'hôpital*
> Entre 32 et 34 semaine d'aménorrhée (au début du 8ème mois de grossesse) : *en ville ou à l'hôpital*.

---

[449] Raquel Rico Berrocal, Erwan Le Méner, *La grossesse et ses malentendus. Rapport du volet anthropologique du projet RéMI (Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis)*, Paris, Observatoire du Samu social de Paris, 2015, p. 19.

Pour prendre rendez-rendez-vous à l'hôpital, téléphonez 2 mois avant la date de rendez-vous souhaitée.

La préparation à l'accouchement
Elle n'est pas assurée par les sages-femmes de la maternité mais par *les sages-femmes libérales*, qui participent au réseau périnatal du département [lien vers la liste des sages-femmes libérales]. Contactez-les dès le 4ème mois de votre grossesse. […]

Votre retour à domicile
[…] Il est nécessaire de prévoir votre suivi médical en identifiant dès aujourd'hui *une sage-femme* pour votre retour à domicile [lien vers la liste des sages-femmes libérales] et *un médecin* pour votre enfant [lien vers la liste des centres de PMI assurant le suivi des enfants].
Les modes de sortie de Maternité sont adaptés aux besoins de chaque couple mère-enfant : *Hospitalisation à Domicile (HAD), PRADO pour les sorties précoces, sage-femme libérale, relais par la PMI.* »

Si les professionnel·les que j'ai rencontrées s'accordent souvent à dire, comme Odile, sage-femme hospitalière, que « dans l'idéal ça devrait être la même personne du début à la fin », la partition des tâches décrite ci-dessus ne rend pas possible ce type de prise en charge. Accoucher aujourd'hui dans une maternité « de référence » comme celle de Canche revient en effet à s'inscrire dans un système de renvois – matérialisé par les différents liens hypertextes répertoriant la liste des sages-femmes et spécialistes libéraux, et les centres de PMI. Cet établissement hospitalier ne concentre pas, sur un mode autarcique, l'ensemble des activités périnatales. Mais les technologies de dépistage et de traitement dont il dispose lui assurent de déterminer à son avantage la division du travail périnatal, en maintenant sa position dominante par la monopolisation des activités les plus techniques et l'externalisation de l'accompagnement des (futures) mères.

A. Le monopole de l'expertise clinique et thérapeutique

Hôpital public hautement spécialisé, la structure hospitalière enquêtée s'impose localement comme un « établissement d'excellence », « emblématique », « de pointe », « chef de file de l'ensemble de l'agglomération », sachant « apporter une réponse pertinente en matière de santé publique » et capable « de proposer une politique de santé de territoire »[450]. Accueillant les services de gynécologie, obstétrique, pédiatrie et une partie de l'activité de la psychiatrie infanto-juvénile, son Pôle Femme-Enfant comprend l'une des dix plus importantes maternités métropolitaines, réalisant aujourd'hui plus de 4 500 accouchements par an. « Centre périnatal de type III », il dispose de nombreux « services », « centres » ou « unités » dédiés aux aspects les plus spécifiques de l'enfan-

[450] Propos du député-maire de la commune de Canche, également prédisent du conseil de surveillance de l'établissement, dans son introduction au rapport d'activité du centre hospitalier de 2013.

tement lui permettant de prendre en charge les grossesses dites pathologiques et les situations médicales les plus complexes, contrairement aux autres maternités du territoire.

Des services « de pointe »

Composé d'obstétricien·nes, échographistes, généticien·nes, néonatologues, chirurgien·nes pédiatres et neuro-pédiatres, son Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Anténatal (DAN) assure par exemple le dépistage des anomalies chromosomiques, des maladies génétiques, des malformations fœtales et des infections transmissibles de la mère au fœtus. Les femmes enceintes y sont adressées pour réaliser les examens que seul le niveau d'équipement biomédical de l'établissement et les qualifications de ses personnels permettent de proposer et d'interpréter. Le service du DAN a ainsi pour mission d'apporter son expertise aux médecins du territoire qui sollicitent son avis. Pour sa part, le service d'hospitalisation des « grossesses à haut risque » garantit la surveillance des grossesses dites pathologiques et des patientes présentant un risque important d'accouchement prématuré. Enfin son centre d'explorations fonctionnelles obstétricales assure les consultations de fin de grossesse et le suivi des patientes présentant des « risques » (grossesse gémellaire, retard de croissance intra-utérin, diabète, hypertension, etc.). Contrairement aux centres médico-sociaux et aux cabinets libéraux, les personnels hospitaliers disposent de tous les moyens nécessaires à la réalisation de l'ensemble des examens (monitorage fœtal, échographie, bilan sanguin, etc.) et peuvent proposer les traitements requis sur place. « Voir des choses » et « réagir tout de suite », tel est selon Fabienne, sage-femme de PMI, l'avantage qu'il y a à faire réaliser les deux dernières consultations prénatales à l'hôpital, quand bien même la grossesse a été suivie « à l'extérieur » : « On peut encore rattraper des trucs », m'assure-t-elle. Alors que cette sage-femme se montre par ailleurs très critique vis-à-vis de la discontinuité du suivi hospitalier qu'elle estime maltraitante pour les patientes, elle reconnaît ici les bénéfices proprement médicaux de cette partition de la surveillance de la grossesse. Adossée aux savoirs et techniques de la biomédecine faisant autorité dans le champ médical, l'expertise de l'institution hospitalière et de ses agents est peu contestée dans l'espace de la périnatalité.

Emblématique du processus historique et continu de spécialisation de l'activité médicale[451], la structure enquêtée regroupe également l'activité de différentes spécialités pédiatriques comme la réanimation néonatale, qui fait du Pôle Femme-Enfant de Canche « l'hôpital de référence et de recours » pour les bébés en état de grande ou d'extrême prématurité (respectivement en deçà de sept et six mois de grossesse), y compris ceux nés dans d'autres établissements. Contrairement aux trois

[451] Patrice Pinell décrit ce processus conduisant à la multiplication des divisions internes de spécialités existantes. La pédiatrie devient par exemple un sous-champ médical dans lequel elle est dissoute dans des sous-divisions : oncologie pédiatrique, néonatalogie, pédopsychiatrie, etc. *Cf.* Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », art. cit.

autres maternités du même « territoire de santé », le Pôle Femme-Enfant est le seul en mesure d'assurer la prise en charge de la prématurité, quel que soit son degré et le poids de naissance des nouveau-nés – dans les limites des conditions éthiques actuellement admises[452]. Si ces établissements partagent avec le Pôle Femme-Enfant la médicalisation de l'accouchement [Encadré n° 9 : L'accouchement, une activité hospitalière], ils ne les prennent en charge qu'à partir d'environ huit mois de grossesse pour les deux structures de niveau II (une clinique et centre hospitalier public), et seulement à terme pour la clinique de niveau I. Les services de néonatologie de ces établissements de niveaux II ne peuvent garantir la réanimation néonatale et/ou les soins intensifs. Quant à la clinique de niveau I, elle ne dispose pas de service assurant cette spécialité pédiatrique.

Encadré n° 9 : L'accouchement, une activité hospitalière

Produit d'une longue histoire, la médicalisation de l'accouchement a fait de la mise au monde un évènement nécessitant l'intervention experte de spécialistes (obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, néonatologues) et le recours à la technologie. Bénéficiant d'un « plateau technique », les établissements hospitaliers se sont imposés comme les seuls lieux en mesure d'assurer la sécurité des parturientes, des fœtus et des nouveau-nés. Alors que l'accouchement à domicile a longtemps été la règle, il ne concerne dorénavant que 2 000 naissances en moyenne par an (0,25 % des naissances en France). Et si des critiques émergent, dès les années 1970, contre l'hospitalo-centrisme de la parturition, son encadrement médical n'en demeure pas moins une prérogative quasi-exclusivement hospitalière. Comme l'explique Geneviève Pruvost, « obstétriciens et sages-femmes hospitalier·e·s […] maintiennent très efficacement leur monopole en rendant presque impossible la pratique légale de l'accouchement à domicile : en 2002, les sages-femmes domiciliaires sont mises en demeure de souscrire à une assurance "responsabilité civile" au tarif prohibitif de 20 000 euros ; en 2013, l'ordre des sages-femmes prévoit une amende de 45 000 euros en cas de non-assurance »*. La recherche d'alternatives à l'« hypermédicalisation » de la naissance ne semble pas remettre radicalement en cause l'hégémonie hospitalière. La diversification des lieux de naissance demeure limitée à l'expérimentation de maisons de naissance** adossées à un établissement hospitalier disposant d'un bloc obstétrical et le recours aux salles « nature » ou « physiologique », que proposent de plus en plus de maternités, est réglementé et restrictif.

* Geneviève Pruvost, « Qui accouche qui ? Étude de 134 récits d'accouchement à domicile », *Genre, sexualité & société* [En ligne], n° 16, 2016

** Maud Arnal, « Humaniser » les accouchements et leurs douleurs. Risquer l'incertain et expérimenter des maisons de naissance, thèse de doctorat en sociologie, 2021
(France, Québec)

[452] Voir Anne Paillet, *Sauver la vie donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, 2007.

Puisque « les maternités hospitalières tirent leur légitimité de la sécurisation des accouchements »[453], donner des gages de sécurité constitue un enjeu de la présentation de soi des établissements voisins du Pôle Femme-Enfant. La consultation des sites internet des deux cliniques montre combien elles cherchent d'abord à rassurer leurs futures patientes, potentiellement inquiétées par le niveau de performance moindre de leur plateau technique. Les liens entretenus avec le Pôle Femme-Enfant sont ainsi systématiquement soulignés. La Clinique A précise ainsi que « en cas de pathologie, un transfert *in utero* peut être organisé vers le centre de type III qui comporte un service de réanimation néonatale ». La Clinique B indique quant à elle que « la maternité fonctionne en réseau. Chaque fois que cela est nécessaire, il est possible de faire appel à une maternité d'un niveau supérieur si besoin ». Parmi les établissements privés du territoire, cette clinique de niveau II est la plus à même de capter une patientèle tentée de se diriger vers le Pôle Femme-Enfant sur la base de sa spécialisation. Aussi, propose-t-elle une présentation détaillée de ses spécificités techniques :

> « La maternité de [la Clinique B] est de niveau II. Elle dispose d'une unité d'obstétrique et de néonatalogie et permet la prise en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soin en réanimation. La maternité accueille les bébés nés à partir de 32 semaines d'aménorrhée avec un poids d'au moins 1500g. Elle prend en charge des nouveau-nés entre 30 et 32 SA, pesant entre 1000 et 1500g qui n'ont pas besoin d'être intubés » (Site internet de la Clinique B).

Bien que son service de néonatalogie ne puisse pas rivaliser avec celui du Pôle Femme-Enfant – « pas de soins en réanimation » –, la complexité des situations pouvant être traitées ne manque pas d'être précisée (degré de prématurité, seuils de prise en charge, poids des nouveau-nés). Reste que, limitée dans sa juridiction médicale par la domination de la maternité de niveau III, sa distinction d'avec l'établissement public s'opère essentiellement, comme je le montrerai, sur d'autres critères que la « sécurité ».

Enfin, le Pôle Femme-Enfant s'illustre également au travers de l'activité de son service de psychiatrie infanto-juvénile. Spécialisée en psychiatrie périnatale, son Unité de Soins Précoces et Parentalité prend en charge « les troubles psychologiques et/ou psychiatriques de la femme enceinte et du post-partum ». Quand Maïté, psychologue de PMI, estime que le cas d'une de ses patientes « dépasse un peu ce [qu'elle] peut proposer », elle m'explique les y « adresser » :

> « Quand je vois une jeune femme qui dit ne pas se sentir bien avec son enfant, quand je pense qu'il y a besoin d'une prise en charge un peu psychiatrique, je leur dis d'appeler l'hôpital. Les vraies dépressions maternelles je les adresse. Et les enfants aussi. Si c'est des enfants de moins de 4 ans qui présentent des troubles du développement assez importants, j'oriente sur la pédopsychiatrie de [Canche], et ça va très vite. Le travail des

[453] Philippe Charrier, « Diversification des lieux de naissance en France : le cas des maisons de naissance », *Recherches familiales*, Vol. 12, n° 1, 2015, p. 78.

psychologues de PMI c'est aussi d'orienter. Et on assure le suivi le temps que ça se mette en place » (Entretien Edith, psychologue en PMI).

Le service de psychiatrie infanto-juvénile de Canche accueille en effet également l'un des deux centres départementaux de diagnostic et de prise en charge des troubles envahissants du développement et des troubles du spectre autistique (TED/TSA). « Tous les bilans » peuvent être réalisés par l'équipe hospitalière, m'assure la médecin-cheffe du service : « neuro-pédiatrique, psychologique, communication, l'IRM, tout ! On est fiers d'être parmi les seuls à avoir reçu l'agrément de l'ARS [Agence Régionale de la Santé] ». Ce dispositif diagnostic est associé à un dispositif thérapeutique inédit : un hôpital de jour assurant la prise en charge des très jeunes enfants (18 mois - 3 ans) présentant « des signes d'alerte d'un éventuel trouble dans le spectre de l'autisme ».

> « On est les seuls, en France, à proposer une prise en charge aussi précoce. Les enfants, et même les bébés, sont tout de suite évalués très tôt ici et bien sûr une fois qu'on a évalué, on propose une prise en charge. […] [Ces enfants] ne se retrouvent plus dans les listes d'attente des CMP. On les prend tout de suite. » (Entretien Dr Bouraya, cheffe de service de pédopsychiatrie, Pôle Femme-Enfant de Canche).

Chaque année, près de 350 enfants sont adressés à la « consultation spécialisée TED/TSA » par les médecins libéraux ou de PMI pour l'établissement d'un diagnostic. De la même manière que pour les psychologues, l'existence d'un tel dispositif conduit certains médecins, comme le Dr. Zined, exerçant en PMI, à « passer directement la main à l'hôpital » plutôt qu'à poursuivre le processus diagnostic :

> « Quand je doute, quand je me dis y a quelque chose qui va pas, […] je passe directement la main à l'hôpital. L'équipe hospitalière va faire son travail. Le mien c'est de dépister et d'orienter au plus vite. Pour moi une fois que j'ai orienté, que j'ai fait accepter le rendez-vous en pédopsy[chiatrie], que j'ai fait voir aux parents qu'il y avait un problème, j'ai fait ma part » (Entretien Dr Zined, médecin de PMI).

Le sens de la coopération : diviser le travail pour se maintenir

La concentration des activités spécialisées par le Pôle Femme-Enfant n'est pas sans effets sur les pratiques des professionnel·les de santé exerçant pourtant hors de ses murs. Les rapports de force entre les différents secteurs de la médecine (hospitalière, libérale et médico-sociale) et leurs techniques respectives de dépistage ou de traitement organisent la distribution des tâches et le sens de la coopération. Là où les libéraux et la PMI renvoient vers l'hôpital les prises en charge pour lesquels ils se sentent « limités », l'institution hospitalière délègue, en fonction de ses contraintes, les tâches qu'elle n'a pas intérêt à assurer. Dans le système au sein duquel s'organise la trajectoire de

l'enfantement, les mandats respectifs sont le produit d'une délimitation des juridictions sur laquelle l'institution hospitalière a davantage de prises. Car si elle contribue à étendre le territoire professionnel de celles et ceux qui s'approprient les tâches constituées périphériques, la délégation correspond à une stratégie de maintien de l'activité la plus experte et une modalité de division du travail par laquelle la domination hospitalière est renforcée.

« Maintenant, [Canche] ne fait plus de suivi de grossesse, enfin que pour les grossesses pathologiques », m'assure Fabienne, sage-femme en PMI proche de la retraite :

> « Avant tu pouvais même faire tout ton suivi à l'hôpital. Là, ils ne font plus que le 8ème et 9ème mois. Et encore, c'est quand ils ont de la place. Le 9ème, ils sont obligés. Mais le 8ème quand ils ont pas de place, ils nous demandent de les garder » (Entretien Fabienne, sage-femme de PMI).

Alors que plus de 90 % des établissement hospitaliers proposent des consultations prénatales, elles sont de moins en moins souvent organisées pour permettre le suivi de toutes les femmes enceintes indépendamment du niveau de risque de leur grossesse. En 2010, seule la moitié des établissements offraient encore une prise en charge prénatale complète pour l'ensemble des grossesses, contre 73 % en 2003[454]. Et les grossesses n'étaient intégralement suivies dans une structure hospitalière que pour un tiers d'entre elles[455]. Au moment de leur inscription au Pôle Femme-Enfant de Canche, les femmes enceintes sont ainsi enjointes à « programmer l'ensemble de [leurs] rendez-vous en ville, à l'exception des rendez-vous qui seront réalisés à la maternité au 8ème mois puis au 9ème mois de votre grossesse ». Le suivi des grossesses se déroule en effet principalement dans les cabinets libéraux, pour deux tiers d'entre elles[456], ou dans les centres de PMI, pour près d'une grossesse sur cinq[457].

Si les femmes enceintes doivent d'abord s'adresser à un·e professionnel.le de santé exerçant « en ville », c'est qu'il revient aux professionnel·les extra-hospitalier·es d'assurer les premières

---

[454] Béatrice Blondel, Morgane Kermarrec, *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011.

[455] L'enquête périnéale ne permet pas de déterminer la répartition de ces suivis complets entre les différents types d'établissements hospitaliers, mais tout porte à croire qu'ils sont moins souvent organisés dans les grandes structures spécialisées publiques de niveau III que dans les autres établissements. Sur le territoire enquêté, les deux cliniques privées et la maternité publique de niveau II proposent des consultations prénatales.

[456] En 2016, 49,7 % des femmes enceintes étaient suivies par un·e gynécologue obstétricien·ne exerçant en libéral (et/ou en clinique), 8,5 % par une sage-femme libérale et 6,5 % par un médecin généraliste. *Cf.* Inserm-Drees, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016 - Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*, Paris, Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère du Travail, Ministère de l'Action et des Comptes publics, 2017.

[457] En 2006, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) estimait que la PMI assurait le suivi de 18 % des grossesses. Selon les chiffres du service de PMI enquêté, en 2010, près de 19 % des femmes du département ont consulté au moins une fois dans un de ses centres au cours de leur grossesse.

étapes d'un processus diagnostic avec les techniques médicales dont elles et ils disposent : exploration des facteurs de risques par l'entretien (antécédents médicaux et « contexte de la grossesse »), examen clinique (bandelette urinaire, prise de poids, mesure de la hauteur utérine, toucher vaginal, doppler), et prescriptions des bilans sanguins et des échographies. Au Pôle Femme-Enfant, les consultations prénatales ne sont assurées qu'« en cas de risque identifié par votre médecin ou sage-femme ». Accéder à ces consultations nécessite de « signaler qu'il s'agit d'une grossesse identifiée à risque ». Ainsi, les consultations prénatales observées en PMI donnent régulièrement lieu à une orientation vers le lieu de prise en charge des grossesses à risque – l'hôpital – quand, selon la formule d'une sage-femme, « ça se complique ».

> « Consultation prénatale au centre de PMI de l'Horloge. Fabienne reçoit une femme algérienne de 42 ans pour la première fois. Elle explore ses antécédents médicaux. La patiente est enceinte pour la sixième fois et attend son quatrième enfant. Elle a connu deux fausses couches et ses deux derniers accouchements ont donné lieu à des césariennes. Après s'être pesée et alors que la patiente s'installe sur la table d'examen, Fabienne me montre discrètement le dossier informatisé qu'elle remplit – « Facteur de risque obstétrical : FC [Fausse couche], Utérus cicatriciel, Obésité » – et m'indique : "Je ne vais pas la suivre longtemps". En fin de consultation, elle prescrit un bilan sanguin et l'échographie, et explique à la patiente qu'il lui faudra être suivie à l'hôpital : "Revenez me voir le mois prochain avec vos résultats et prenez rendez-vous à la maternité pour la suite. Vous leur dites que la sage-femme de PMI a dit qu'il fallait prendre rendez-vous à l'hôpital" » (Journal de terrain, PMI).

Dans la mesure où l'enfantement est pensé comme un processus toujours potentiellement pathologique, le suivi prénatal s'organise autour de l'appréciation d'éventuelles complications. Or, la distribution des compétences et techniques médicales fait de l' « exploration » et de la prise en charge des risques une juridiction hospitalière. La segmentation de la prise en charge périnatale se donne ici clairement à voir : l'identification de facteurs de risque relève d'abord du ressort des professionnel·les extra-hospitalier·es à qui il revient, en cas de besoin dûment constaté, d'orienter vers les spécialistes de la surveillance des grossesses pathologiques : les professionnel·les du service des explorations fonctionnelles obstétricales[458].

La sophistication des technologies du suivi des grossesses et leur monopolisation hospitalière a notamment recomposé l'activité des sages-femmes de PMI. Recrutée en 1976, Fabienne est l'une des premières sages-femmes de PMI du département. En entretien, elle se souvient de

---

[458] Mon dispositif d'enquête ne m'a pas conduite à observer des consultations prénatales en libéral. Si j'ai pu recueillir des informations sur l'activité des sages-femmes libérales, l'activité des obstétricien·nes et gynécologues médicaux installé·es en libéral constitue un point aveugle de ma recherche. Je sais toutefois qu'elles et ils sont peu nombreux·ses et que les sages-femmes de PMI ne leur adressent pas les patientes pour qui un risque a pourtant été identifié – alors même qu'elles et ils constituent le groupe professionnel spécialiste de la pathologie obstétricale. Comme je le montrerai plus loin la segmentation du travail périnatal relève aussi d'une distribution sociale des publics entre le secteur public et le secteur privé. Depuis la PMI, les grossesses à risque sont systématiquement renvoyées vers l'hôpital public.

l'époque où elle et ses collègues des centres voisins de la maternité de Canche « faisai[ent] beaucoup de [visites à] domicile à partir de l'hôpital » :

> « On nous demandait d'aller voir des patientes en MAP [menace d'accouchement prématuré], de surveiller les tensions… Puis les hôpitaux ont voulu que les femmes aient des monitoring et comme en PMI on n'en a pas… Ça c'est un peu re-ciblé comme ça. Aujourd'hui, sur le département, on n'a plus du tout ces demandes de l'hôpital » (Entretien Fabienne, sage-femme en PMI).

Les archives du service attestent de cette mission jadis confiée aux sages-femmes de PMI. Le rapport du Médecin Inspecteur décrit, en 1979, la surveillance à domicile effectuée par les sages-femmes du service à la demande des obstétriciens hospitaliers et sous la responsabilité du chef de service de la maternité. L'expérience est jugée concluante : elle « semble donner satisfaction aux femmes et évite un certain nombre de journées d'hospitalisation ».

Le non recours à un dispositif technique – le monitoring[459] –, dorénavant imposé par l'hôpital pour la surveillance à domicile des grossesses à risque, met localement fin à cette activité pour les sages-femmes de PMI. Elle se poursuit toutefois ailleurs, dans les territoires où, compte tenu du paysage local de l'offre de soins, les sages-femmes de PMI ont été équipées. Avant d'exercer en région parisienne, Sylvaine, sage-femme en poste à Souchet depuis 4 ans, a travaillé près de 10 ans dans un département du centre de la France, dans un « territoire rural, très étendu, avec beaucoup de campagnes, peu de médecins, presque pas de sages-femmes libérales, deux hôpitaux très éloignés ». Comme Fabienne par le passé, en plus du suivi des patientes dans les centres de PMI, Sylvaine réalisait alors la surveillance à domicile de « grossesses suivies ailleurs » :

> « Je faisais beaucoup, beaucoup de domicile. Presque que ça. On avait des monitorings comme les sages-femmes libérales donc on pouvait faire la surveillance des MAP. […] Je faisais le suivi à domicile des personnes qu'on me demandait d'aller voir » (Entretien Sylvaine, sage-femme en PMI).

Sur le territoire enquêté, relativement bien doté en matière de santé, il n'a pas été jugé judicieux d'équiper les sages-femmes de PMI. Toutefois, à une époque où l'activité des sages-femmes libérales n'était pas encore (ou pas suffisamment) développée, les visites à domicile effectuées par les sages-femmes de PMI ont permis, des années durant, à la maternité de se décharger d'une partie du travail du service d'hospitalisation des grossesses à haut risque, aujourd'hui confiée aux sages-femmes libérales dans le cadre de l'Hospitalisation à Domicile. L'enquête conduite auprès de ces dernières par Frédérique Douguet et Alain Vilbrod montre qu'un quart des sages-femmes libérales interviennent auprès de patientes hospitalisées à domicile. Cette activité est cependant peu rentable.

---

[459] Le *monitoring* permet d'enregistrer le rythme cardiaque fœtal ainsi que les contractions utérines.

Elles perdent en revenu lorsqu'elles ne sont pas sollicitées par l'hôpital alors qu'une part de leur emploi du temps est réservé à cette activité[460].

Depuis le Pôle Femme-Enfant, la surveillance des grossesses à bas risque est déléguée aux acteurs extra-hospitaliers comme l'a historiquement été la surveillance socio-sanitaire de la population infantile et le traitement des affections pédiatriques courantes. Les praticien·nes de ville et exerçant dans les centres de PMI sont depuis « confinés au traitement des maladies "bénignes" ou aux fonctions de dépistage et d'orientation vers les structures spécialisées »[461]. Dans les cabinets libéraux et les centres médico-sociaux de PMI, pédiatres et médecins généralistes assurent l'examen des nourrissons et des jeunes enfants. Onze consultations obligatoires sont notamment prévues la première année[462]. Elles ont pour objectif la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement de l'enfant, le dépistage des anomalies ou déficiences (visuelles, auditives, troubles du langage, troubles du comportement…) et la pratique des vaccinations. Ainsi que le montrent les travaux de Claude Thiaudière, « la constitution d'un pôle dominant incarné par les CHU impose une recomposition des activités médicales et [accentue] la logique de spécialisation entre les médecines libérale, hospitalière et de "dispensaire" »[463].

B. L'externalisation de l'accompagnement

Dans le cadre de la « collaboration » entre les professionnel·les du secteur libéral, hospitalier et médico-social, appelé·es à travailler en synergie au sein du « réseau de périnatalité » local, l'activité de la maternité de Canche s'adosse sur celle d'une vingtaine de sages-femmes libérales ainsi que sur celle des sages-femmes, infirmières et puéricultrices de la quinzaine de centres de PMI exerçant sur son territoire d'action. Dédiées au suivi des grossesses physiologiques et à la surveillance socio-sanitaire du développement des nouveau-nés, ces professionnelles ont pour particularité de consacrer une grande partie de leur activité à « l'accompagnement » des (futures) mères qui leur est déléguée par l'institution hospitalière. Bien qu'occupant une position subalterne par rapports aux médecins, en particulier hospitaliers, dans la hiérarchie des professions médicales,

---

460 Frédérique Douguet, Alain Vilbrod, *Les sages-femmes libérales. Accompagner des femmes en situation de vulnérabilité et de précarité*, Paris, Seli Arslan, 2017.

461 *Ibid*.

462 Depuis la mise en place du programme de retour précoce à domicile, une première visite dans les huit jours suivant la sortie de la maternité doit être systématiquement proposée. S'ensuivent dix consultations obligatoires jusqu'à l'âge de un an, deux autres la deuxième année. Jusqu'au 1er mars 2019, vingt examens obligatoires étaient prévus jusqu'à l'âge de 6 ans. Ils s'échelonnent dorénavant jusqu'à l'âge de 16 ans.

463 Claude Thiaudière, « La protection maternelle et infantile », art. cit., p. 27.

sages-femmes, infirmières et puéricultrices constituent un rouage indispensable du système de prise en charge de l'enfantement organisé par le Pôle Femme-Enfant. Elles assurent les tâches considérées périphérique à l'activité hospitalière en dégageant l'hôpital, avant et après l'accouchement, et agissent alors en auxiliaires hospitalières. Si les services « de pointe » du centre hospitalier enquêté maintiennent leur spécialisation en délégant l'accompagnement, ils n'en participent pas moins pour autant à l'expansion de la médicalisation de l'enfantement au « devenir mère ». Ajustée aux exigences de l'institution hospitalière, dans un contexte de rationalisation des dépenses, la modalité par laquelle le Pôle Femme-Enfant s'y investit prend la forme d'une externalisation bien plus que celle d'une simple délégation.

Préparer le travail hospitalier à moindre coût

Complémentaire au suivi obstétrical et suivie par près de 80 % des primipares, la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) est organisée dans la plupart des établissements hospitaliers. Près d'un tiers d'entre eux ont toutefois recours (exclusivement ou en partie) à des sages-femmes libérales ou de PMI pour la mettre en œuvre, dans leurs locaux. À Canche, comme dans d'autres établissements de niveau III où l'important volume des activités conduit à prioriser les tâches pour ne garder que les plus rentables, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont assurées à l'extérieur de l'enceinte hospitalière, par les sages-femmes libérales. Comme l'indique Yvonne Knibiehler, « quand un service hospitalier manque de main d'œuvre (cas fréquent), les premiers postes amputés, puis supprimés, sont ceux consacrés à la préparation. Il arrive alors que telle sage-femme salariée quitte l'hôpital et se consacre exclusivement à la préparation en activité libérale »[464]. Une liste des praticiennes exerçant dans la commune et ses environs est mise à disposition des patientes dans les salles d'attente et est distribuée au cours de l'entretien prénatal précoce[465]. En plus de leurs coordonnées, le document précise la nature de la préparation proposée (« classique », en piscine, yoga, haptonomie, etc.). En forte expansion, l'activité libérale des sages-femmes a tout particulièrement bénéficié du partage du travail à l'œuvre [Encadré n° 10 : La profession de sage-femme]. Le développement du secteur libéral a en effet été rendu possible par la place laissée vacante par les maternités. Alors que l'essentiel de leur activité relevait d'abord de la

---

464 Yvonne Knibiehler, *Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^e siècle*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2016, p. 107.

465 Dans la mesure où seule une sage-femme de PMI propose des séances de PNP sur le territoire – séances qu'elle réserve par ailleurs aux femmes dont elle suit la grossesse –, les femmes inscrites à la maternité n'ont d'autres choix que de recourir aux services d'une sage-femme libérale pour « la prépa' ».

surveillance des grossesses, il est dorénavant attendu qu'elles assurent une part non négligeable de la préparation à la naissance et de la surveillance du *post-partum* à domicile.

Encadré n° 10 : La profession de sage-femme

Dotées d'un pouvoir de diagnostic et d'un droit de prescription, les sages-femmes forment un groupe professionnel positionné à la frontière inférieure de la médecine du fait de leurs « compétences médicales limitées ». Elles occupent toutefois une position centrale en périnatalité et se placent au second rang des professionnel·les consulté·es à titre principal au cours de la grossesse. Les sages-femmes sont aujourd'hui considérées comme les professionnel·les de « premier recours » en matière de santé procréative. Elles assurent en premier lieu la surveillance et le suivi médical de toutes les étapes de l'enfantement. Leur champ d'intervention n'a toutefois cessé de s'étendre, y compris au-delà de la grossesse. Conjuguées à la diminution annoncée du nombre des gynécologues, obstétriciens et médecins généralistes, ces évolutions renforcent la place de ces soignantes auprès de la population féminine.

Malgré des caractéristiques communes au métier, l'activité des sages-femmes varie fortement selon leur mode d'exercice (salarié ou libéral) et la structure de leur établissement. Elles exercent à l'hôpital (public ou privé) pour plus des trois quarts d'entre elles. Les sages-femmes hospitalières effectuent plus de la moitié des accouchements. Selon l'enquête périnatalité 2010, cette part s'élève à 80 % pour les seuls accouchements par voie basse. En libéral, l'activité des sages-femmes est majoritairement orientée vers le suivi des grossesses dites physiologiques, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, les visites à domicile en *post-partum*, et la rééducation périnéale. Enfin, les sages-femmes de PMI, relevant de la filière médico-sociale, participent aux activités de planification et d'éducation familiale, assurent des actions de soutien à la parentalité et de promotion de la santé, ainsi que le suivi de près de 20 % des grossesses physiologiques.

Bien que la PNP ne soit pas proposée au Pôle Femme-Enfant de Canche, l'institution s'assure que leurs patientes puissent en bénéficier. Car les maternités ont tout intérêt à ce que les femmes qui y accouchent aient été bien « préparées ». Dispositif de socialisation au « métier de femmes enceintes » et aux routines institutionnelles, la PNP représente en effet une activité pédagogique sur laquelle compte l'institution[466]. Au-delà du postulat sur lequel elle s'adosse – mieux connaître le déroulement d'un accouchement permettrait de mieux accoucher –, elle contribue à accélérer et à fluidifier le travail hospitalier à différentes étapes de la trajectoire de l'enfantement. Apprendre aux femmes enceintes à reconnaître une contraction utérine et à déterminer le bon moment pour se présenter aux urgences participe à une meilleure gestion des flux et des lits. Leur enseigner

[466] Raquel Rico Berrocal, Erwan Le Méner, « La grossesse et ses malentendus », *op. cit.* ; Elsa Boulet, *Espaces et temps de la « production d'enfants », op. cit.* ; Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, 2007 ; Julie Menuel, « Devenir enceinte. Socialisation et normalisation pendant la grossesse : processus, réceptions, effets », *Dossier d'études*, n°148, CNAF, 2012.

à gérer, seule et/ou avec leur partenaire, les douleurs du pré-travail évite qu'elles ne sollicitent à mauvais escient les personnels pour les soulager. Parler en amont de l'éventualité d'un déclenchement, d'une césarienne, d'une épisiotomie, contribue à leur faire accepter les actes médicaux qui pourraient devoir être réalisés en urgence. Les conduire à s'interroger en amont sur l'allaitement, à déterminer avant la naissance comment elles nourriront leur nouveau-né (au sein ou au biberon), leur montrer les gestes à adopter, les informer sur le rythme de l'allaitement, les maux qu'il peut susciter et la façon de les soulager, etc. : autant de travail en moins à assurer par les équipes de suites de couches.

Après avoir été mises à contribution par le passé pour la surveillance des grossesses à domicile, les sages-femmes de PMI ont été à nouveau sollicitées par l'hôpital public pour réaliser une activité contraignante pour l'institution hospitalière : l'entretien prénatal précoce (EPP). Visant à repérer les femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale, la mise en place de l'EPP s'est avérée difficile dans les établissements hospitaliers publics, faute de personnels dédiés en nombre suffisant. De façon à répondre, à budget souvent constant, aux exigences des instances sanitaires, les maternités ont modifié le contenu de l'activité de certaines de leurs sages-femmes qui, une fois formées, ont conduit ces entretiens. À Canche, deux sages-femmes hospitalières assurent cette activité deux demi-journées par semaine chacune. Et l'hôpital recourt, comme 15 % des établissements, aux sages-femmes extra-hospitalières pour compléter son offre[467]. Dans le cadre des missions du « réseau de santé périnatale », les six sages-femmes des centres de PMI du bassin de population du centre hospitalier de Canche s'y rendent une demi-journée par mois, chacune à leur tour, pour assurer des EPP et apporter leur renfort à l'équipe hospitalière.

Temps d'échange et d'information, l'entrevue avec une sage-femme doit conduire les patientes à exprimer leurs inquiétudes et à « poser toutes leurs questions », comme l'explique Christine, sage-femme hospitalière, à la patiente qu'elle reçoit : « C'est un temps pour vous. Vous n'aurez pas forcément le temps après vous verrez ». Or, ce temps « offert » aux patientes est aussi une occasion pour l'hôpital d'en « gagner ». « Si vous avez des questions c'est maintenant ou jamais », pourrait-elle presque ajouter. Car la standardisation de la durée des consultations de suivi prénatal – 15 à 20 minutes – ne permet pas aux professionnelles hospitalières de prêter toute l'attention qu'elles voudraient accorder aux interrogations des patientes. Dans un contexte où le temps fait souvent défaut, l'EPP constitue une façon relativement peu coûteuse de proposer une prise une charge améliorée. En outre, la mise en place de l'EPP a été saisie, à l'hôpital de Canche, comme une occasion de réaliser une tâche généralement effectuée sur le temps restreint d'une consultation

[467] Inserm-Drees, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016, op. cit.*

prénatale : ouvrir le dossier médical de la patiente et y renseigner les antécédents médicaux. Un tel compromis est vécu par certaines sages-femmes comme une compromission : « on ne devrait pas à avoir à parler du médical ou alors seulement comme support pour aborder comment les patientes vivent la grossesse et l'arrivée de cet enfant dans leur vie, regrette Christine. Selon les antécédents, on ne parle parfois que du médical [en EPP] ».

Pallier les insuffisances

L'organisation en niveaux visait à faire des types I les structures de proximité en charge des grossesses normales tandis que les types II et III devaient se consacrer respectivement aux grossesses pour lesquelles des besoins de soins étaient à prévoir et aux grossesses dites pathologiques. Or, les maternités de types II et III accueillent aujourd'hui 80% des naissances alors qu'elles ne représentent que 60 % des 491 maternités métropolitaines. À titre de comparaison, cette part s'élevait à 43 % au milieu des années 1990[468]. Les grossesses considérées à risque demeurent pourtant minoritaires : 20 % à 30 % d'entre elles. Une telle déformation de la structuration de l'offre de soins au profit des établissements spécialisés [Encadré n° 11 : La restructuration de l'offre en maternités] conduit, dans certains territoires, à l'engorgement des maternités de niveaux III, qui font à la fois office de maternité « de proximité » et de maternité « de référence ». Le service de maternité du Pôle Femme-Enfant ne fait pas exception ; il fonctionne à flux tendu.

La maternité de Canche assure à elle seule 65 % des naissances de son territoire de santé[469]. Comme un quart des maternités de niveaux III – contre 7 % pour l'ensemble des maternités, l'établissement déclarait en 2010 souffrir régulièrement d'un manque de places, ne lui permettant pas d'accueillir toutes les parturientes.[470] Or, la capacité, pour une maternité de type III, de recevoir à tout moment une grossesse à risque est au fondement de ses missions. La question de la durée des séjours en suites de couches est donc cruciale. Au cours de l'enquête, la pression se faisait sentir au quotidien dans ce service et les équipes étaient vivement encouragées à faire sortir au plus tôt les patientes de manière à libérer leur chambre et éviter par là que la capacité d'accueil de la maternité ne soit saturée. « Quand la salle [de naissance] appelle pour faire monter une dame, y a intérêt à trouver une chambre de libre », me confie Odile, sage-femme, au cours de l'une de mes journées

---

[468] « Fiche 23. La naissance : les maternités », *in* Fabien Toutlemonde (dir.) *Les établissements de santé. Panoramas de la Drees*. Santé, 2021, pp. 131-134.

[469] Le département compte huit établissements hospitaliers assurant des accouchements. Chacun des deux territoires de santé du département comprend une maternité de type III. À elles deux, ces structures réalisent plus de 40 % des accouchements.

[470] Béatrice Blondel, Morgane Kermarrec, *Enquête nationale périnatale 2010, op. cit.*

d'observation en suites de couches. Sans quoi les patientes devront être renvoyées dans une autre structure, transfert *in utero* que les instances sanitaires cherchent à réduire à leur strict nécessaire et que le chef de service de gynéco-obstétrique n'entend pas accepter. Le recours à des dispositifs permettant de « faire sortir » plus tôt les jeunes accouchées et d'assurer hors de l'enceinte hospitalière le suivi de la mère et de l'enfant s'avère incontournable.

Encadré n° 11 : La restructuration de l'offre en maternités

Guidée par une exigence croissante de sécurisation des naissances et d'amélioration des indicateurs de périnatalité nationaux, les mesures engagées par les pouvoirs publics depuis les années 1970 ont donné lieu à une profonde restructuration de l'offre hospitalière obstétricale. La parution du décret Dienesch, en 1972, en constitue la première étape. Il impose des normes de sécurité très détaillées en terme de locaux et de plateaux techniques. Cette réglementation de l'exercice des maternités a conduit, dans le secteur privé, à la disparition de nombreuses petites cliniques souvent tenues par des sages-femmes et, dans le secteur public, à la fermeture des services d'obstétrique peu fréquentés de certains hôpitaux locaux, jusqu'alors placés sous la responsabilité de médecins généralistes. Conduisant à la définition des différents « types » de maternités selon leur niveau de technicité et de spécialisation, et leur capacité à prendre en charge le risque périnatal, les décrets de Périnatalité du 9 octobre 1998 ont amplifié le mouvement à l'œuvre. Selon les chiffres de la dernière enquête périnatale, le nombre de maternités a diminué de 39 % depuis 1995 sous l'effet des fermetures, fusions, rapprochements inter-hospitaliers et coopérations public-privé. Et ce alors même que la natalité est restée dynamique durant cette période, avec 710 000 à 800 000 naissances par an. Associée au désengagement du secteur privé corollaire à la mise en place de la tarification à l'acte, cette restructuration a conduit à la concentration des naissances dans les maternités publiques les plus spécialisées, dont la taille moyenne n'a cessé d'augmenter. Selon la dernière enquête périnatale, 90 % des maternités de niveau III réalisent plus de 2 000 accouchements par an contre 75 % en 2003.

Au moment de l'enquête le Pôle Femme-Enfant avait recours à un dispositif, en cours d'expérimentation et généralisé en 2013, permettant d'accompagner la diminution de la durée des séjours à l'hôpital et de les raccourcir encore davantage dans le cadre de « sorties précoces » : le Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO). Financé par l'Assurance Maladie, le PRADO maternité[471] permet un suivi à domicile par une sage-femme libérale conventionnée qui garantit la prise en charge des suites de couches (examen clinique de l'enfant et de l'accouchée, soins si nécessaires, suivi de l'allaitement, etc.). L'argumentaire déployé par l'État pour justifier la mise en place du Prado s'adosse notamment sur des enquêtes – publiées, en 2008, par la DREES et,

[471] Initié pour les sorties de maternité, le service d'accompagnement à domicile a été étendu aux sorties d'hospitalisation après chirurgie et pour certaines pathologies chroniques. Il est progressivement proposé après hospitalisation pour un AVC et, quel que soit le motif de leur hospitalisation, aux personnes âgées de 75 ans et plus.

en 2010, par l'Union Nationale des Associations Familiales et le CIANE – indiquant que les femmes étaient globalement satisfaites du suivi de grossesse, de l'accouchement, mais regrettaient le manque de suivi une fois sorties de maternité[472]. Si le développement de la surveillance du *post-partum* à domicile répond aux insatisfactions des usagères de la périnatalité, les préoccupations financières et gestionnaires sont loin d'être étrangères à son déploiement.

Malgré la diminution de la durée moyenne des hospitalisations en suites de couches – passée de 6,2 jours en 1995 à 4,2 jours en 2011 –, la Cour des Comptes la considère « atypique » et « coûteuse » en comparaison avec la durée des séjours en cours en Italie (3,4 jours), en Allemagne (3,1 jours) ou au Royaume-Uni (1,6 jours) : « la DMS [durée moyenne de séjour] reste ainsi supérieure d'un tiers à celle des autres pays de l'OCDE »[473]. Elle estime à 318 M€ les économies réalisées dans le cas d'une réduction du séjour à trois jours. Elle indique en outre que les établissements hospitaliers sont les principaux bénéficiaires de cette réduction. Compte tenu de la tarification « forfaitaire et insuffisamment dégressive » de la prise en charge des accouchements, dont le coût reste équivalent, que le séjour dure deux ou sept jours, la diminution de la durée des séjours n'a pas d'incidence sur les dépenses de l'assurance maladie-maternité[474]. Cette dernière n'en bénéficierait qu'à condition que le PRADO soit assortie d' « objectifs plus explicites en termes de sortie réellement plus précoce »[475] et que les modalités de tarification soient redéfinies. Les établissements ont donc tout intérêt à réduire la durée moyenne de séjour pour diminuer leurs dépenses. Elle rend possible une réduction du nombre de lits et une meilleure optimisation de leur taux d'occupation, comme dans le cas d'un établissement de niveau III, donné en exemple par la Cour, où « la baisse de la durée moyenne de séjour […] a permis la fermeture d'un service sur les trois services existants ». Ils ont tout intérêt à voir sortir les patientes.

Ainsi que le résument Raquel Rico Berrocal et Erwan Le Méner, « le problème de l'institution après l'accouchement n'est pas d'abord d'accueillir l'enfant, ni de rassurer sa mère, mais de libérer un lit rapidement pour assurer le flux des patientes. Les visites qui s'enchaînent ont pour but de préparer la sortie : de vérifier l'état de santé de la mère et du bébé, et d'apporter toutes les informations utiles pour les soins à venir, en dehors de l'hôpital pour l'essentiel »[476]. Le développement de

---

[472] Marc Collet, « Satisfaction des usagers des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », *Études et résultats*, n° 660, 2008 ; UNAF, « Regards de femmes sur leur maternité », Enquête périnatalité, 2010.

[473] Cour des comptes, *Les maternités. Cahier 1 : Analyse générale*, 2014, p. 87.

[474] *Ibid*.

[475] *Ibid*.

[476] Raquel Rico Berrocal, Erwan Le Méner, « La grossesse et ses malentendus …», *op. cit*., p. 8.

la surveillance à domicile des accouchées et des nourrissons répond d'abord aux difficultés que rencontrent les services de suites de couches. Et les sages-femmes libérales semblent l'avoir bien compris. Si la généralisation de l'accompagnement à domicile en post-partum offre une importante garantie d'activité aux sages-femmes libérales récemment installées, celles dont la patientèle est déjà bien assurée se montrent davantage réticentes face à un dispositif qui, notamment dans le cas des sorties précoces, fait de leur activité une variable d'ajustement pour les services hospitaliers[477].

Déchargeant le service des suites de couches d'une partie de ses activités d'éducation des parents[478], la réduction du séjour hospitalier n'est pas sans effet sur l'activité des centres de PMI, et en premier lieu sur les permanences de puériculture et l'élargissement de son public. Dans le service de suites de couches du Pôle Femme-Enfant enquêté, les patientes sont invitées à « aller faire peser le bébé en PMI » dans les jours suivant la sortie. Une sage-femme leur présente le service au cours de la réunion visant à préparer le retour à domicile et la liste des centres, leurs coordonnées ainsi que les horaires de permanences sont glissés dans le carnet de santé de l'enfant remis aux parents. De la même manière, dans son guide de sortie de maternité, la Haute Autorité de Santé invite les jeunes mères à solliciter l'aide de ces équipes, « en plus » de la sage-femme qui assure la prise en charge du *post-partum* – dont les visites ne sont remboursées que jusqu'au 12ème jour après l'accouchement – ou du médecin qui suit l'enfant : « Ne restez pas isolée. Pendant le premier mois, les professionnels de la PMI […] peuvent vous conseiller »[479]. « Avec [ses] 18 ans de recul » dans le service, Constance, puéricultrice en PMI, mesure la « montée en puissance de la charge de travail » : « il y avait beaucoup moins de monde en permanence autrefois ».

> « On a toujours eu des liens avec la maternité, mais la demande des familles est beaucoup plus importante. […] Le temps passé à la maternité est de moins en moins important, les gens n'ont pas suffisamment leur compte de soutien. Le nombre de pesées a augmenté. Le nombre d'avis de naissance a augmenté sur Souchet mais proportionnellement moins que le nombre de personnes que l'on peut rencontrer. On rencontre en pourcentage plus de gens qu'avant. […] Y a des endroits [d'autres circonscriptions du département] c'est peut-être même 75-80 % » (Entretien Constance, puéricultrice en PMI).

Proposée une à plusieurs demi-journées par semaine dans les centres de PMI, « la pesée » est présentée comme une étape de « la sortie ». Comme me l'explique une cadre de la PMI, le service départemental enquêté entend « voir tous les petits dans les six premières semaines et le plus tôt possible » pour « reprendre avec les mamans, s'il y a des choses qui ne sont pas claires en sortie

---

477 Florence Douguet, Alain Vilbrod, *Les sages-femmes libérales, op. cit.*

478 Nathalie Oria, Jérôme Camus, « Avoir un premier enfant … », art. cit.

479 « Sortie de maternité, préparez votre retour à la maison », Haute Autorité de Santé, 2014.

de maternité ». Depuis la PMI, cette activité historique est pensée comme dorénavant d'autant plus nécessaire qu'elle vient pallier le défaut d'accompagnement en suites de couches et répondre à « la demande des familles ». À la suite d'une « pesée » particulièrement longue, au cours de laquelle une usagère, sortie deux jours plus tôt de la maternité avec son nouveau-né, pose beaucoup de questions, Fanny, puéricultrice, se plaint d'avoir de plus en plus à faire le travail qui devrait selon elle être fait en amont :

> « On leur donne des conseils de base, qui devraient déjà avoir été donnés... Souvent elles découvrent : "Ha bon? je savais pas". "On m'avait pas dit". Et c'est vrai, personne ne leur a dit. Bien souvent, c'est de l'apprentissage. Et après tout ça, il ne reste pas beaucoup d'espace à autre chose. Avant elles restaient presque une semaine à la mater'. […] Maintenant on les met dehors à J+3. Elles sont paumées! » (Entretien Fanny, puéricultrice en PMI).

Au titre de leurs missions de « soutien à la parentalité » et de « promotion de la santé », les équipes de PMI participent à l'encadrement du « métier de mère »[480] et prolongent le dispositif d' « apprentissage » en suites de couches. Mais ce que regrette ici cette puéricultrice, c'est de ne pouvoir se concentrer sur « autre chose » – comme l'établissement des attaches familiales (cf. Chapitre 4) – lorsque les « conseils de base » n'ont pas été déjà transmis. Dans les centres de PMI de Souchet, 70 % des enfants de la commune ont été vus au moins une fois au cours des permanences, en 2013, dont deux tiers au cours des six premières semaines de vie. La médecin cheffe du service départementale s'en félicite : « On a augmenté nos chiffres de 15 %. Toutes les maternités disent maintenant d'aller à la PMI. La perm' ça explose. Les puer' font un travail énorme ». Or, l'importance de ce travail ne tient pas seulement aux compétences des équipes de PMI – ou, pour le dire à la façon de ce médecin, au fait que « pour les tout petits, on a le meilleur savoir-faire ». Il est aussi l'un des rouages de la redistribution des activités relevant du double processus. La concentration des naissances dans les structures hospitalières les plus spécialisées, comme le Pôle Femme-Enfant de Canche, et l'extension de la médicalisation de l'enfantement au « devenir mère » conduisent à une recomposition de la division du travail dans l'espace de la médicalisation de l'enfantement, mais aussi plus largement dans le monde de la naissance, jusqu'à permettre le développement d'un marché [Encadré n° 12 : La maternage, un marché en développement].

Recommandés par la Cour des Comptes, la « mise en réseau des établissements entre eux » et le renforcement des « liens entre la ville et l'hôpital », et du « rôle que jouent les services de protection maternelle et infantile », constituent les axes de la politique périnatale actuelle[481]. La « co-

---

[480] Séverine Gojard, *Le métier de mère*, *op. cit.*

[481] Cour des comptes, *Les maternités. Cahier 1 : Analyse générale, op. cit.*

opération » répond tout particulièrement aux besoins, aux intérêts et aux contraintes des institutions hospitalières « de pointe » qui veillent à ce que la division du travail leur permette de maintenir leur spécialisation, et par là leur domination au sein du sous-champ de la périnatalité. Structure de « référence » et de « recours », la monopolisation par le Pôle Femme-Enfant de la pratique experte de la clinique et de la thérapeutique lui assure les profits matériels et symboliques associés à la réalisation des tâches les plus techniques. La délégation des premières étapes du processus diagnostic et de la surveillance médicale de la physiologie, d'une part, et l'externalisation de l'accompagnement des mères, d'autre part, décharge l'hôpital des tâches les moins rentables. Ces dernières sont confiées aux professionnel·les du secteur libéral et du secteur médico-social qui voient dès lors leurs juridictions (re)définies – et limitées – par celle de l'institution hospitalière. Toutefois, à rebours de ce qui caractérise en premier lieu le soin hospitalier hautement spécialisé – la technicité tournée vers la prise en charge du risque biologique –, d'autres institutions de la périnatalité proposent une offre médicale qui s'en distingue en investissant l'extension de la médicalisation de l'enfantement par une approche « humaniste », qui entend s'ajuster aux spécificités des patientes et à celles du devenir parent.

Encadré n° 12 : La maternage, un marché en développement

Aux côtés des professionnel·les de la médicalisation de l'enfantement, soit de celles et ceux dont l'activité s'inscrit pleinement dans des « parcours de soins » établis par les autorités sanitaires et dans le sous-champ médical de la périnatalité, les initiatives privées occupent une place grandissante dans le monde de la naissance. Doulas, consultantes en lactation, associations de parents proposent un ensemble d'activités tarifées participant à accompagner les (futures) mères. La parentalité, et en particulier le maternage, constitue en effet un commerce investi de toutes parts, le plus souvent par des femmes – elles-mêmes mères et parfois en reconversion professionnelle*. Cette offre n'existe néanmoins pas partout, et semble relativement restreinte sur le territoire enquêté. Au moment de quitter le terrain, elle semblait se développer timidement.

Jusqu'alors salariée au Pôle Femme-Enfant de Canche, une puéricultrice venait d'ouvrir son « cabinet de conseils en puériculture et d'accompagnement à la parentalité ». Venue présenter sa nouvelle activité à ses anciennes collègues de suites de couches, nous la croisons, avec Brigitte, infirmière en PMI, alors que nous venons chercher les fiches liaisons maternité. Nous repartons avec quelques dépliants. Si l'initiative est bien reçue par l'équipe de PMI, le prix des consultations ne manque pas de susciter des commentaires : « T'as vu le tarif ? Ça revient à 45 euros de ta poche ». « On ne risque pas d'être en concurrence ». « On n'est pas sur le même public ». À l'instar d'autres activités périnatales, celles relevant de l'accompagnement et du soutien à la parentalité ne s'adressent en effet pas aux mêmes clientes selon qui les déploie, et leurs clientes ne se distribuent pas de façon aléatoire entre les différents types d'agent·es qui les mettent en œuvre.

II. L' « humanisation de la naissance », la ressource des dominé·es

Le plan périnatalité 2005-2007, « Humanité, proximité, sécurité, qualité », marque une rupture dans la politique périnatale française, jusqu'alors exclusivement orientée vers la sécurisation médicale de l'enfantement. Il introduit des mesures visant à améliorer la « qualité » des soins en développant une offre « plus humaine ». La « meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance » et le « soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité » constituent les deux volets de cette « humanisation ». En 2010, l'évaluation du plan de périnatalité, réalisée pour la Direction Générale de la Santé, indique que cette politique publique a contribué à la diffusion d'une « approche favorable à l'amélioration de la prise en compte de la dimension humaine et non strictement médicale de la périnatalité »[482]. Il aurait « permis à de nombreux professionnels de trouver un appui explicite et légitime pour déployer plus fortement et plus collectivement des attitudes et pratiques, relevant jusqu'à présent davantage de comportements individuels »[483]. Toutefois, cet « état d'esprit » demeurerait « trop sectoriel », contraignant les femmes enceintes à « choisir entre une prise en charge et une prise en compte », là où cette dernière devait « traverser l'ensemble de la prise en charge, c'est-à-dire l'ensemble des actes réalisés »[484]. Tou·tes les acteur·trices de la périnatalité ne trouvent vraisemblablement pas le même intérêt à adopter de nouvelles modalités d'exercice de la médecine.

S'il met en évidence des investissements différenciés dans l'application de cette politique publique, ce rapport ne dit rien de plus sur les « secteurs » où « l'humanisation » aurait été particulièrement développée, ni à l'inverse sur ceux où elle ferait encore défaut. Examiner l'usage qu'en font des institutions « partenaires » au sein d'un même « réseau de santé périnatale », dont les relations sont marquées par des liens de coopération et de concurrence, s'avère pourtant heuristique. Cette perspective invite à penser les logiques de distinction entre des services de santé au-delà des dimensions clinique et thérapeutique de leur offre. Car la circulation des (futures) mères et nouveau-nés dans le sous-champ périnatal ne procède pas seulement d'une distribution en termes de risques, ni du « schéma de la trajectoire »[485] établi par l'institution dominante, la maternité publique

---

[482] Planète publique. Conseil en politiques publiques, *Évaluation du plan périnatalité 2005-2007*, Direction Générale de la Santé, Ministère de la santé de des sports, 2010, p. 5.

[483] *Ibid*.

[484] *Ibid*.

[485] Pour Anselm Strauss, le « schéma de trajectoire » correspond, à la différence de la trajectoire effective de la maladie, en une « représentation imaginaire de la succession d'évènements envisageables et d'actions à prévoir » pour en suivre le cours. *Cf*. Anselm Strauss et *al*., « Maladie et trajectoires », *op*. *cit*., p. 162.

de niveau III. L'extension du territoire d'intervention des professionnel·les de santé au traitement des dimensions psycho-sociales de l'enfantement peut en effet se lire comme une ressource. Sans pour autant prétendre disputer au Pôle Femme-Enfant son haut niveau de « sécurisation », elle permet aux institutions et agent·es dominé·es par le Pôle Femme-Enfant d'occuper, malgré une offre médicale *a priori* moins spécialisée, une position légitime depuis une autre échelle de prestige – celle de l'humanisation –, non sans effets sur la constitution de filières de soin socialement différenciées.

A. Une stratégie de distinction pour les maternités de moindre technicité

À partir d'une enquête conduite dans deux maternités privées de type I de la région parisienne, Maud Gelly, Paula Cristofalo et Célia Gasquet-Blanchard montrent, qu'en l'absence de pathologie obstétricale, la distribution des patientes s'appuie sur la capacité des établissements à capter une clientèle en conférant à leur offre médicale une dimension distinctive et le statut de bien rare[486]. Consulter les sites internet des maternités, privées et publiques, établies dans le même bassin de population que le Pôle Femme-Enfant permet de constater combien ces structures cherchent elles aussi à promouvoir une offre médicale spécifique en mesure de les ennoblir dans la hiérarchie des maternités, malgré leur moindre niveau de technicité. Je m'attacherai ici à examiner ce qui différencie les cliniques privées du territoire du centre hospitalier public de niveau III : la personnalisation des soins et l'accompagnement des mères, offrant d'autres gages de qualité.

Une offre médicale sur mesure

La mise en place de la tarification à l'activité – la T2A – a engendré une dégradation de la situation financière des structures présentant une faible activité. Elle s'est traduite par le désengagement du secteur privé, nettement prépondérant en ce qui concerne les maternités de type I réservées à la prise en charge des grossesses physiologiques. En 2015, la Cour des comptes relève ainsi « une forte diminution du nombre et de la part des établissements privés à but lucratif – un tiers des accouchements en 2002, un quart seulement en 2012 –, et une augmentation corrélative de la part des établissements publics »[487]. En Île-de-France, cette évolution s'est traduite, entre 2008 et 2013, par la cessation de l'activité d'un peu plus d'un quart des sites privés d'obstétrique (13 sur 48), tous de type I. Pour se maintenir dans un espace concurrentiel, les cliniques privées ont dès lors tout in-

[486] Maud Gelly, Paula Cristofalo, Clélia Gasquet-Blanchard, « Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : ériger des biens ordinaires en biens rares », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 236-237, n° 1-2, 2021, pp. 72-91.

[487] Cour des comptes, *Les maternités. Cahier 1 : Analyse générale, op. cit.*, p. 8.

térêt à développer des stratégies pour capter et fidéliser une clientèle. Photos des locaux et des personnels, vidéos de « bienvenue », visite virtuelle du service, détails de l'offre d'hébergement, description des différents programmes de PNP ou ateliers proposés, témoignages de patientes très satisfaites, etc. Autant d'éléments qui attestent du soin que ces établissements accordent à présenter leur offre médicale sous le meilleur jour. Sur le territoire enquêté, les deux cliniques privées disputent au Pôle Femme-Enfant la prise en charge des accouchements à bas risque (niveau I) ou à risque modéré (niveau II). Pour ce faire, elles portent l'essentiel de leur discours sur le suivi continu et personnalisé réalisé par leurs équipes, et sur la latitude laissée aux futures mères dans l'individualisation de la trajectoire d'enfantement.

Les cliniques privées du territoire enquêté cherchent à se distinguer par la « qualité » de la relation soignant-soigné qu'elles entendent garantir. Là où, en l'absence de pathologie, le Pôle Femme-Enfant délègue l'essentiel du suivi de grossesse et l'intégralité de PNP vers « la ville », les personnels des cliniques assurent l'ensemble de ces activités. Dans ces établissements privés, un « suivi précoce et régulier » est proposé « dès le début de grossesse » (Clinique A). Contrairement à ce qui se pratique dans l'établissement public enquêté, les consultations prénatales sont en outre réalisées par un·e seul.e et même professionnel.le, un·e gynécologue-obstétricien.ne, qui assurera également l'accouchement – « sous réserve de ses disponibilités ». Professionnel·les réputé·es être peu à l'écoute et souvent pressé·es[488], les gynécologues-obstétrien·nes sont ici dépeintes d'une toute autre manière :

> « Le gynécologue-obstétricien assure le suivi de la grossesse à un rythme qu'il définit avec vous, vous donne des informations sur l'évolution de votre grossesse ainsi que sur l'accouchement. Vous pouvez lui poser toutes les questions qui vous préoccupent : il est là pour vous répondre et vous aider. […] il vous informe des arguments médicaux pour [leur] permettre de participer aux décisions en toute connaissance de cause (ex. : accouchement naturel, déclenchement pour pathologie, césarienne programmée…) ». (Site internet Clinique B)

Les rôles respectifs des obstétricien·nes et des sages-femmes diffèrent ici de la partition des tâches en cours dans le secteur public. Dans les cliniques privées, les médecins sont en charge du suivi prénatal et de l'accouchement, les sages-femmes de la PNP et de la surveillance de la phase de travail, avant l'accouchement à proprement parler. Dans les établissements publics, comme dans le cas du Pôle Femme-Enfant, les consultations prénatales sont assurées par les obstétricien·nes ou les sages-femmes, et ces dernières réalisent l'essentiel des accouchements. Les médecins n'interviennent qu'en dernier recours. Cette différence tient au statut libéral des obstétriciennes exerçant

[488] Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*

dans les établissements privés. Ils reçoivent leur patientèle privée dans un cabinet installé dans les locaux de la clinique, qui met à leur disposition son secrétariat et son plateau technique. Contrairement aux praticiens hospitaliers et aux autres catégories de personnels salarié.e.s de la clinique, leur revenu dépend du volume de consultations et d'accouchements réalisés. Si la prise en charge de l'enfantement représente dès lors un coût plus élevé en clinique que dans une maternité publique, les patientes y sont moins souvent confrontées à la démultiplication de professionnel·les.

Au Pôle Femme-Enfant, les consultations prénatales ne sont pas assurées par une même sage-femme ou un même médecin d'un rendez-vous sur l'autre. Aussi, les patientes découvrent-elles souvent un·e nouveau.elle professionnelle à chaque étape de leur prise en charge. Les professionnel·les de la médicalisation de l'enfantement connaissent bien les insatisfactions que ces parcours « saucissonnés » – selon la formule d'une sage-femme de PMI – peuvent générer. Aussi, sans pour autant promettre le « suivi global » offert par les sages-femmes en libéral, une sage-femme de la Clinique B insiste sur la possibilité d'y être suivie par la même sage-femme au cours des différentes étapes de la trajectoire de l'enfantement :

> « À la différence de certains établissements, la préparation se fait par les sages-femmes de la clinique et les séances sont données par petits groupes de trois futures mamans afin de pouvoir prendre le temps d'informer, d'écouter et de les rassurer » (Visite virtuelle Clinque B).

Elle ajoute que les patientes retrouveront ces mêmes sages-femmes lors de l'accouchement puis après la sortie de la maternité, au cours d'un entretien postnatal précoce. Pendant de l'entretien prénatal précoce, ce dispositif a pour objectif de repérer les signes de mal-être maternels après l'accouchement et de prévenir la dépression *post-partum*. « Bonne pratique » recommandée par l'HAS depuis 2014[489], la mise en œuvre de cet entretien postnatal précoce n'est pas obligatoire – contrairement à celle de l'entretien prénatal précoce. Sa facturation ne s'adossant à ce jour à aucune nomenclature spécifique, cet outil de prévention demeure peu mobilisé dans l'espace de la périnatalité[490]. La Clinique B présente ce temps de discussion avec l'une de ses sages-femmes comme une occasion pour les jeunes mères d'« exprimer [leurs] incompréhensions, sensations, ressentis et vécu » et *in fine* d'être « rassur[ées] sur [leurs] compétences parentales ».

L'établissement semble ainsi miser sur l'accompagnement proposé par l'équipe soignante. Les professionnelles sont dépeintes de sorte à créer une proximité, voire une familiarité *via* les té-

---

[489] Haute Autorité de Santé, « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés », *Recommandation de bonne pratique*, Mars 2014.

[490] Sa généralisation est l'une des « 20 propositions pour la santé des femmes » présentées par le Conseil National de l'Ordre des Sage-Femme au Ségur de la santé en juillet 2020.

moignages des « mamans » mis en avant sur le site internet. Remerciant les équipes pour la « qualité » de leur prise en charge, les patientes s'adressent aux soignantes en les appelant par leur prénom. D'un commentaire à l'autre, elles soulignent leur « bienveillance », « gentillesse », « disponibilité », « empathie », « écoute », « humanité ». Le travail des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture est tout autant salué que celui des sages-femmes. Alors que le site du Pôle Femme-Enfant énonce succinctement que « les pédiatres, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture assurent le suivi quotidien des nouveau-nés », la rhétorique est tout autre dans l'établissement privé. Chaque nouveau-né a « sa » puéricultrice » et « son » auxiliaire de puériculture. Dans le film de présentation de la Clinique B, la prise en charge des nouveau-nés est incarnée par une auxiliaire de puériculture à l'allure soignée, au regard doux et au large sourire. On l'observe faire aux parents la démonstration des soins qu'ils auront par la suite à reproduire (soins du cordon ombilical, soins du visage, bain). Face caméra, elle explique le « devoir » qui est le sien : « enseigner aux parents les bons gestes, les bonnes méthodes » tout en s'« adaptant à chacun ». Car, dans ces établissements, la promotion d'un accompagnement de qualité passe aussi nécessairement par une individualisation des prises en charge.

Ajuster l'offre médicale aux besoins et aux attentes de leur clientèle constitue *a priori* une exigence partagée par les cliniques. Ce point constitue du moins l'un des traits saillants du discours institutionnel. La place laissée aux attentes, aux demandes et à l'initiative personnelle des patientes apparaît plus importante qu'au Pôle Femme-Enfant où la possibilité d'opérer des choix semble bien plus restreinte, si ce n'est quasi-inexistante. À la maternité de Canche, il leur est seulement demandé d'exprimer en amont leur souhait d'être hospitalisée dans une chambre individuelle (impliquant un supplément tarifaire) qui ne pourra toutefois leur être attribuée que « sous réserve de disponibilité ». À l'inverse, les patientes des cliniques ont le choix : sur le niveau de confort de leur chambre, sur les menus mais aussi sur leur suivi de grossesse. À la clinique A, les patientes qui voudraient s'« impliquer dans une démarche de préparation et de récupération active » et « être actrice de leur accouchement » peuvent ainsi être préparées à « accoucher sans péridurale ». Les autres restent « libres » de ne suivre que les séances de PNP « classique ». La clinique B permet quant à elle à ses patientes de suivre une préparation « à la carte ». Les patientes composent leur panel de « cours » et « ateliers » (portage en écharpe, massage bébé, yoga prénatal, yoga postnatal) en choisissant autant de séances qu'elles le souhaitent. Sept sont prises en charge par la sécurité sociale au cours de la grossesse. Les autres sont facturés entre 20 et 30 euros l'unité. Cet établissement assure en outre respecter les souhaits exprimés par les futurs parents dans leur « projet de naissance ».

Au travers de ce qu'elles donnent à voir avant même que les patientes ne pénètrent leur enceinte, les cliniques semblent garantir une plus grande indépendance et autonomie de décisions à leurs patientes. Ces dernières y font suivre leur grossesse par l'obstétricien.ne de leur choix (et non

d'un médecin attribué par la structure en fonction des disponibilités des rendez-vous), peuvent déterminer les modalités de leur préparation à la naissance et à la parentalité, et disposent, en plus des traditionnelles salles de travail, d'une salle « physiologique » dont l'équipement permet d'accoucher autrement qu'en position obstétricale, sous analgésie péridurale. Dans un contexte marqué par la montée des critiques à l'encontre des conditions hospitalières de l'enfantement, la latitude *a priori* laissée aux patientes de ces cliniques tend à distinguer son offre médicale de celle du Pôle Femme-Enfant. Parfois qualifiées d' « usines à bébés », les grandes maternités publiques font en effet de plus en plus figure de repoussoir, en particulier pour les femmes craignant d'y être instituées en partenaires passives et de faire, lors de leur accouchement, l'expérience d'une dépossession source de frustrations et de mal-être.

Dans les deux structures examinées ici, l'accent mis sur la possibilité de réduire à leur minimum les gestes techniques au cours de l'accouchement porte *a priori* à croire qu'elles s'adressent d'abord à des femmes manifestant une certaine méfiance vis-à-vis de la « sur-médicalisation » de l'enfantement. Toutefois, il est bien plus probable que ces cliniques ne s'adressent en fait pas – ou du moins pas seulement – aux patientes entretenant un rapport distancié à la technologie médicale. Le taux de césariennes pratiquées dans le clinique B s'élève à près de 33 % contre 20 % pour le Pôle Femme-Enfant – chiffre correspondant à la moyenne nationale[491]. Les césariennes programmées y sont deux fois plus nombreuses que dans l'établissement de niveau III. Ces chiffres ne doivent pas pour autant laisser entendre que les patientes de cette clinique ne parviendraient en fait pas à imposer leur choix face à un·e obsétricien.ne. Comme le montre l'enquête de Maud Gelly, Paula Cristofalo et Clélia Gasquet-Blanchard sur le choix de la césarienne[492], cette pratique peut constituer une demande formulée par des femmes appartenant au pôle économique des classes supérieures qui, disposées au contrôle du temps et de leur corps, cherchent à limiter la durée d'interruption de leur travail et les perturbations liées à l'imprévisibilité de la date d'accouchement. Leurs ressources culturelles et économiques leur permettent de négocier certains aspects de la trajectoire de leur enfantement. Parvenir à imposer leurs vues s'avère d'autant plus probable dans le secteur privé, contexte d'interaction où elles peuvent exercer un contrôle sur le travail médical. Contrairement à la situation des praticien·nes salarié·es du secteur public, la défection de patientes insatisfaites se répercute sur le revenu des obstétricien·nes exerçant dans les cliniques privées.

---

491 Source : ARS Ile-de-France.

492 Maud Gelly, Paula Cristofalo, Clélia Gasquet-Blanchard, « Choisir la césarienne : une pratique où convergent *habitus* de classe et intérêts médicaux », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, 2019, pp. 71-90.

Se faire l'amie des bébés et des papas

Le système de tarification à l'acte a conduit à la mise en concurrence généralisée de toutes les maternités hospitalières. Il incite tout autant les établissements publics que les établissements privés à augmenter le volume de leurs activités pour améliorer leurs recettes[493]. Aussi, les cliniques privées ne sont-elles pas les seules à chercher à différencier leur offre de celle du Pôle Femme-Enfant. Dans cette entreprise, mettre en avant une meilleure prise en compte du choix des patientes constitue un élément distinctif tout comme peut l'être la promotion de l'étayage des liens familiaux naissants. Structure publique de type II assurant environ 1 000 naissances chaque année, le cas de la maternité C est exemplaire des enjeux de hiérarchisation de l'offre obstétricale traversée par des injonctions de sécurisation et d'humanisation, qui ne doivent pourtant pas s'avérer contradictoires.

Confronté à d'importantes difficultés financières ayant conduit à la fermeture de plusieurs de ses services, ce centre hospitalier s'est engagé dans l'obtention du label Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) certifiant la mise en place de pratiques hospitalières « alliant sécurité, qualité des soins, bientraitance et bienveillance », respectueuses des « besoins individuels du nouveau-né et de sa mère » et favorisant « un environnement et un accompagnement en adéquation avec la philosophie des soins centrés sur la famille »[494]. Sur son site internet et sa page Facebook, la maternité C met l'accent sur « la réflexion engagée sur les pratiques autour de la naissance » pour devenir la seule structure du département bénéficiant du label[495]. « Autre objectif, et non des moindres », l'établissement indique également travailler à l'obtention du label « Maternité amie des papas » valorisant « un projet de service visant à favoriser la présence du conjoint auprès de sa compagne, à toutes les étapes de la maternité, en créant un environnement favorable au couple et à l'épanouissement de la famille »[496].

Aussi l'établissement assure que « la sécurité de la mère et de celle de son enfant sont prioritaires au sein d'une médecine respectueuse et humaine » et souligne l'« engagement des professionnels auprès des parents pour un partenariat réussi, alliant qualité et sécurité des soins, dans un climat d'écoute de confiance ». Cet établissement public promet de « s'adapter à chaque situation individuelle avec respect » tout en assurant un haut niveau de sécurité. Comme les établissements

---

493 Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le "nouveau managment public"*, Paris, La Découverte, 2010 ; Frédéric Pierru, La santé au régime néolibéral », *Savoir/Agir*, Vol. 5, n° 3, 2008, pp. 13-24.

494 Cf. Site internet de l'Initiative Hôpital Amis des Bébés, https://www.i-hab.fr

495 En 2020, 10 % des naissances ont lieu, en France, dans les 52 maternités labellisées. Ces maternités sont en grande majorité de type I (27 d'entre elles) ou de type II (21). Seules 4 maternité de type III sont concernées.

496 Cf. Charte du label « Maternité, amie des papas », http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/Ressources/FCKfile/Patients%20et%20visiteurs/Charte%20Maternité%20amie%20des%20papas.pdf.

privés examinés, la maternité C donne des gages de sécurisation conformes à la réglementation en vigueur. La structure indique que son « service d'urgence est ouvert 24h/24 avec une sage-femme une infirmière, une auxiliaire de puériculture un gynécologue-obstétricien un anesthésiste et un pédiatre de garde sur place », qu'elle dispose d'une « unité des grossesses pathologiques » lui permettant de prendre en charge les « grossesses à risque, menace d'accouchement prématuré, diabète gestationnel, hypertension artérielle, … ». Elle souligne en outre son appartenance, « avec la maternité de [Canche] de type III », au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) « [facilitant] les échanges réguliers entre les deux services dans les domaines de la prise en charge des grossesses à haut risque, du diagnostic prénatal, de la filière de soins en néonatalogie ».

Mais l'essentiel de son discours porte sur l'ajustement des routines hospitalières ailleurs en cours au « respect des besoins physiologiques des familles et des nouveau-nés ». « Attendre que le cordon ait cessé de battre pour le couper », « proposer systématiquement le peau à peau », « ne pas séparer bébé de ses parents » lors des séances de photothérapie ou les tests de dépistage, « respecter le rythme des bébés et des parents lors de leur séjour » en proposant par exemple un petit déjeuner en libre service… Autant de pratiques qui faciliteraient « l'adaptation [du bébé] à la vie extra-utérine », favoriseraient « la rencontre avec la mère », créeraient « un environnement propice à la constitution des premiers liens » et permettraient aux parents d'acquérir « autonomie » et « confiance en eux ». Dans cette démarche « le soignant toujours présent accompagne, tout en garantissant la sécurité médicale ». Parmi les actions mises en place au sein du service, l'établissement souligne l'« attention particulière » accordée à « la place des pères ». Ils peuvent assister aux césariennes et dormir à la maternité dans des lits prévus à cet effet. Cette dernière possibilité n'est pas prévue au Pôle Femme-Enfant. La présence des pères la nuit y est au mieux tolérée, à condition que la mère et l'enfant séjournent dans une chambre individuelle et de dormir sur les fauteuils inclinables. Mais elle n'est pas encouragée.

À la différence des cliniques privées, cette offre différenciée ne semble pas s'inscrire pas dans une logique de concurrence avec le Pôle Femme-Enfant. En rendant son offre plus attractive, il s'agit bien pour cet établissement – relativement isolé, situé aux confins du département et réalisant peu d'accouchements – de capter une part de la patientèle de la maternité de niveau III, et potentiellement aussi de celle du secteur privé tant elle apparaît ajustée au style de parentalité de certaines fractions des classes moyennes et supérieures. Mais tout laisse à penser que cette captation vise davantage, dans une logique de coopération, à la distribution des patientes entre les deux établissements publics. Comme le montre le rapport de la Cour des Comptes, les grandes maternités, notamment d'Île-de-France, tendent à développer diverses stratégies pour éviter « l'occupation inadéquate des lits » : limitation des inscriptions par la mise en place de quotas pour les grossesse *a priori* à bas risque, réorientation des grossesses physiologiques dont la domiciliation ne correspond pas

au territoire d'action de l'établissement, coopération avec des maternités de niveaux I et II visant à l'organisation des parcours[497]. Au moment de l'enquête, je n'ai pas constaté de dispositif visant, au Pôle Femme-Enfant de Canche, à filtrer explicitement les entrées en amont, au moment de l'inscription, pour éviter la saturation en aval, au bloc obstétrical et en suites de couches. Mais l'opportunité d'une telle pratique faisait l'objet de discussions au sein des équipes et était « dans les tuyaux », selon les dires d'une secrétaire responsable des inscriptions. Sa mise en place semblait en effet alors fort probable compte tenu du nombre important d'accouchements réalisés. Depuis, le volume d'activités de cette maternité a encore augmenté passant de 4 000 à plus de 4 500 accouchements par an, et la procédure d'inscription a été modifiée. Si avoir préalablement consulté « [son ou sa] médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme » est toujours présenté comme un pré-requis – sésame sans lequel aucune inscription, et donc aucune prise en charge hospitalière, n'est possible –, tout porte à croire que les modalités d'inscriptions sont aujourd'hui davantage encadrées pour réguler le nombre des patientes et établir des filières de prise en charge en fonction des risques identifiés.

D'une part, le formulaire d'inscription au Pôle Femme-Enfant a été modifié. Y sont dorénavant renseignées des informations sur les « conditions de vie », la grossesse et les antécédents obstétricaux, qui n'étaient pas demandées précédemment.

> « Avez-vous des difficultés de compréhension du français ? »
> « Vivez-vous seule ou en couple ? »
> « Êtes-vous mineure ? »
> « Avez-vous des problèmes de logement ? »
> « Avez-vos une pathologie connue pour la grossesse en cours ? Si oui, laquelle ? »
> « Avez-vos une maladie particulière ? »
> « Nombre de grossesses ? »
> « Nombre d'enfant ? »
> « Nombre de fausses couches ? »
> « Nombre de césariennes ? »
> « Avez-vous accouché avant 8 mois de grossesse ? »
> « Avez-vous un ou plusieurs enfants ayant une maladie ? Si oui, laquelle ? »
> « Avez-vous eu une interruption de grossesse pour motif médical d'une pathologie de l'enfant à naître ? Si oui, laquelle ? »
> « Avez-vous eu pendant une grossesse précédente de l'hypertension ? Du diabète ? »
> (Extraits de la fiche d'inscription à télécharger sur le site du Pôle Femme-Enfant).

Autant de questions à partir desquelles un tri peut être opéré entre grossesses physiologiques, grossesses à risque et grossesses pathologiques comme il est d'usage dans les établissements de l'AP-HP.

D'autre part, la coopération entre le Pôle Femme-Enfant de Canche et la maternité C a été renforcée par leur regroupement au sein d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Assu-

---

[497] Cour des comptes, *Les maternités. Cahier 1 : Analyse générale, op. cit.,* p. 89.

rant un tiers des accouchements du département, ce GHT vise, entre autres objectifs, à « constituer des filières de prise en charge de la femme et de l'enfant » et à « optimiser l'organisation des plateaux techniques ». Suite à sa création, l'essentiel du service de néonatologie de la maternité C a d'ailleurs été transféré au Pôle Femme-Enfant et son service de pédiatrie mis sous la responsabilité du chef de service de pédiatrie de Canche. Cohérentes avec la formalisation d'un partenariat « dans le cadre d'une stratégie de groupe » et de « projets non concurrents », les nouvelles modalités d'inscription semblent bien constituer le ressort pratique de l'« optimisation » du travail hospitalier passant par la distribution des prises en charge et donc des publics. Les informations renseignées au cours de l'inscription au Pôle Femme-Enfant (domiciliation de la patiente, état de santé, antécédents, conditions matérielles d'existence, etc.) sont mises au service de la réorientation des patientes vers la maternité publique de niveau II :

> « Vous recevrez une confirmation d'inscription par courrier dans un premier temps, puis votre premier rendez-vous à la maternité dans un second temps selon votre situation (antécédents, professionnel suivant déjà la grossesse…). Toutefois, nous veillons à ce que l'éloignement entre votre domicile et la maternité ne soit pas facteur de risque pour votre enfant et vous. C'est pourquoi, dans certaines situations, nous pourrons être amenés à vous orienter vers une autre structure. Nous travaillons notamment avec [la maternité C] » (Site internet du service de maternité du Pôle Femme-Enfant).

L'analyse de l'offre périnatale des établissements hospitaliers entretenant des relations de coopération et de concurrence avec la structure dominant l'espace montre que ce qui les différencie ne s'adosse pas seulement sur la distribution des techniques et compétences les plus légitimes dans le champ médical. Volonté politique, l'humanisation de la naissance participe aussi à une logique de distinction susceptible de dessiner des quartiers de noblesse et des espaces de relégation : des établissements « amis » des femmes, des bébés et des papas *versus* des « usines à bébés ». Si la position hégémonique du Pôle Femme-Enfant n'est pas disputée sur le terrain de la prise en charge médicale, la prise en compte, jugée dorénavant nécessaire, des besoins des usager·es de la périnatalité complexifie les logiques de hiérarchisation. Elle génère un discours et une action institutionnelle dédoublée susceptibles de brouiller les positions des un·es et des autres, et de participer à la construction de filières de soins socialement différenciées. Car « l'humanisation » semble davantage bénéficier aux classes moyennes et supérieures. Le volet social de cette politique, visant les femmes désignées par la catégorie « précaire » apparaît bien moins investi que son volet psychologique par les protagonistes de la médicalisation de l'enfantement.

B. Une modalité socialement différenciée de (re)distribution des clientes

En France, la plupart des femmes enceintes se soumettent à la surveillance médicale prescrite. Elles sont plus de 92 % à déclarer leur grossesse dans le délai imparti et à effectuer *a minima* les sept consultations obligatoires[498]. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) est également très suivie, en particulier par les femmes primipares. Toutefois, malgré le caractère quasi-universel de ces soins, les inégalités sociales de santé restent importantes, y compris en périnatalité. Une grille de lecture en terme de « déterminants sociaux de santé » ne peut suffire à rendre compte de l'ensemble des logiques sociales à leurs principes. Comme l'écrivent les coordinatrices du double dossier des *Actes de la recherche en sciences sociales*, « Santé critique », l'appréhension de ces inégalités ne peut faire l'économie de l'analyse « des rapports de domination qui traversent le champ de la santé » pour intégrer à leur compréhension « les effets inégalitaires des relations entre les professionel·le·s et les usager·ère·s […], et la contribution du système de santé à [leur] (re)production »[499]. La prise en charge de la santé maternelle et infantile est en effet traversée par l'imbrication des rapports sociaux de genre, de classe, et de race[500] qui façonnent la trajectoire de l'enfantement, tout comme contribue à le faire l'existence de filières de soins socialement différenciées. Quand il leur revient de déterminer à qui confier la surveillance de leur grossesse, où accoucher ou qui réalisera le suivi médical du nouveau-né, les (futures) mères opèrent des arbitrages, plus ou moins contraints selon leurs ressources[501]. Car les (futures) mères ne se répartissent pas de manière aléatoire, ni homogène, entre les différents pôles du sous-champ de la périnatalité et ses institutions [Encadré n° 13 : L'inégale prise en charge des grossesses]. Mais la forme que prend la médicalisation de la production d'enfants est aussi déterminée par des logiques de répartition des clientes organisées par le système de santé et façonnées « par le bas » par des pratiques de réorientation. De par la distribution des publics qu'il induit, le traitement de « la vulnérabilité psychosociale » est ici

---

[498] Drees, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale 2010 », *Études et résultats*, n° 775, 2011, p. 3.

[499] Maud Gelly, Audrey Mariette, Laure Pitti, « Santé Critique. Inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 236-237, n° 1-2, pp. 4-19. Voir également Maud Gelly, Laure Pitti « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, Vol. 58, n° 1, pp. 7-18.

[500] Alexandre Nacu, « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du travail*, Vol. 53, n° 1, 2011, pp. 109-130 ; Dorothée Prud'homme, « Du "soin global" au traitement discriminatoire. La prise en charge des patientes identifiées comme roms dans un service de gynéco-obstétrique parisien », *Terrains & travau*x, n° 29, 2016, pp. 85-104 ; Priscille Sauvegrain, « La santé maternelle des "Africaines" en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales [en ligne]*, 2012, Vol 28, n° 2, pp. 81-100.

[501] Anne-Chantal Hardy et *al*. « Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux », *Recherches familiales*, Vol. 12, n° 1, 2015, pp. 57-70.

exemplaire des enjeux de (re)positionnement induits par l' « humanisation » de la naissance. Les différents segments professionnels de la périnatalité n'y sont pas nécessairement impliqués et ne l'investissent pas de la même manière.

Encadré n° 13 : L'inégale prise en charge des grossesses

Si les données quantitatives rassemblées par les enquêtes nationales périnatales, réalisées depuis 2003, ne permettent pas de rendre compte précisément des effets de classe – notamment selon la structure des capitaux économique et culturel – sur la distribution des fractions de classe de la population materno-infantile, ils donnent toutefois à voir des grandes tendances. Ces dernières confirment les constats déjà formulés sur la consommation des soins : l'écart entre les classes populaires et les classes supérieures est net lorsqu'il s'agit du recours aux spécialistes et aux soins préventifs.

Ainsi les femmes et les nouveau-nés des classes supérieures sont davantage suivis dans le secteur privé (cabinets libéraux ou cliniques), et en particulier par des médecins spécialistes. D'après l'enquête nationale périnatale de 2003, la déclaration de grossesse a été effectuée par un gynécologue ou un obstétricien dans 64 % des cas pour les femmes cadres (ou sans profession, conjointes d'un cadre), contre 29 % des cas pour les femmes ouvrières non qualifiées (ou sans profession, conjointe d'un ouvrier non qualifié). Ces dernières s'adressent davantage aux médecins généralistes (37 % des ouvrières non qualifiées contre 11% des cadres) plus souvent vers les établissements hospitaliers publics et/ou s'adressent à leur médecin généraliste pour le suivi prénatal. Enfin, les femmes non diplômées et/ou sans emploi sont sur-représentées parmi la minorité de celles dont les grossesses sont à la fois moins régulièrement suivies et à terme plus médicalisées, et la participation à la PNP est très inégale selon le niveau d'études.

Les enquêtes périnatales distinguent une catégorie de femmes désignées en « situation précaire » : ni elles ni leur conjoints – lorsqu'elles sont en couple – n'ont d'emploi (11,6 % des ménages en 2016). Au sein de ce groupe, les femmes sont plus jeunes, plus souvent étrangères et célibataires. La majorité d'entre elles bénéficient de la CMU (« 56,2 % contre 5,9 % des femmes non précaires ») ou de l'AME (« 4,9 % contre 0,6 % des femmes non précaires »), et 6 % d'entre elles n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse. Leur suivi prénatal a été principalement effectué par un·e professionnel.le de santé travaillant dans le secteur public, à l'hôpital ou à la PMI, et 80,7 % d'entre elles ont accouché dans un centre hospitalier public, contre 60,2 % des femmes ayant un emploi (ou appartenant à un ménage où au moins l'un des deux membres a un emploi). Enfin, elles accouchent plus souvent que les autres dans un établissement de niveau III*.

Plusieurs enquêtes qualitatives conduites en Île-de-France ont en outre relevé les nombreux obstacles qui entravent le suivi de grossesse des femmes appartenant aux fractions les plus fragiles des classes populaires, pour beaucoup étrangères et racisées**.

* Les résultats mobilisés ici ont été publiés dans Béatrice Blondel et *al*., *Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998*, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 2005 ; Annick Vilain et Suzanne Scheidegger, « Disparités sociales et surveillance de grossesse », Études et résultats, n° 552, 2007 ; Inserm-Drees, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016, op. cit.*

* * Raquel Rico Berrocal, *En quête de soins en contexte de précarité. Suivis ethnographiques de femmes enceintes en Île-de-France*, Thèse de sociologie, EHESS, 2021 ; Louise Virole, *Grossesse et Reconnaissance du sujet. Parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes en France, op. cit.*

Faire avec les « migrantes » : l'assistance minimale du Pôle Femme-Enfant

Fidèle à la mission historique d'assistance de l'hôpital public, le Pôle Femme-Enfant constitue le lieu privilégié d'accouchement des femmes des franges désaffiliées des classes populaires, pour beaucoup étrangères et racisées. Conduits en France dans les années 1970, les travaux d'Antoinette Chauvenet et ceux de Claudine Herzlich ont montré que les services hospitaliers les plus spécialisés étaient ceux où la sélection sociale des patient·es était la plus opérante : les classes populaires y étaient sous-représentées[502]. Un tel constat ne se vérifie aujourd'hui pas en ce qui concerne l'obstétrique. Les services de pointe, soit les maternités de type III, sont les moins socialement sélectives : elles appartiennent toutes au secteur public, contrairement aux maternité niveaux I et II pouvant être privées. Réputées être « tout venant » – selon l'expression communément employées par les professionnelles que j'ai rencontrées – les maternités publiques jouent un rôle de lieux d'accueil universels, similaire à celui des urgences. Sur le territoire étudié, cette mission revient en premier lieu au Pôle Femme-Enfant. Les patientes bénéficiant de la CMU ou de l'AME y sont, en 2019, deux fois plus nombreuses qu'à la maternité C (également publique) représentant respectivement 4 % contre 2 % patientes. L'activité de l'assistante sociale du service de gynéco-obstétrique du Pôle Femme-Enfant est d'ailleurs en grande partie dédiée à la prise en charge des femmes sans titre de séjour et ne bénéficiant pas encore de l'Aide médicale d'État. Elle assure, au cours d'un *staff*, « crouler sous les dossiers des migrantes ».

Or, du fait de leurs conditions d'existence, et pour certaines de leur faible maîtrise de la langue française, ces patientes se trouvent souvent en difficulté pour réaliser toutes les tâches attendues d'elles par l'institution hospitalière : « prendre des rendez-vous, s'y rendre, faire les démarches administratives, chercher un laboratoire et un centre d'imagerie médicale, réaliser les bilans prescrits et les assembler dans leurs dossiers, apporter leurs examens et dossiers à la consultation de suivi de grossesse, choisir une maternité pour accoucher, récolter des avis – experts et/ou profanes – pour la quête de ces centres médicaux, s'inscrire à la préparation à l'accouchement après avoir choisi le lieu et la méthode, acheter les produits conseillés en consultation – après avoir cherché le meilleur rapport qualité/prix –, répondre aux questions des soignants, expliquer leurs symp-

[502] Antoinette Chauvenet, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978.

tômes, alerter en cas de signaux alarmants pendant la gestation et le *post-partum* »[503]. Elles ne sont pas en mesure de fournir le « travail invisible »[504] attendu d'une bonne patiente dont l'absence entrave les routines hospitalières.

Les problématiques d'hébergement qu'elles peuvent rencontrer freinent également le flux des entrées et des sorties dans les services de suites de couches qui font parfois officie d'hébergement d'urgence. Selon l'enquête périnatale 2016, 21 % des établissements publics – dont 74 % des niveaux III – déclare accueillir au moins une fois par mois des femmes sans hébergement à la sortie de la maternité, contre 4 % pour des établissements à but lucratif. Les établissements qui rapportent être confrontés le plus régulièrement à cette situation – au moins une fois par semaine – sont de gros centres hospitaliers publics, réalisant plus de 2 000 accouchements par an et quasi tous situés en Ile-de-France. Au Pôle Femme-Enfant de Canche, la situation est monnaie courante. Au cours de l'une de mes observations en suites de couches, une jeune sage-femme confie son désarroi à la psychologue que j'accompagne :

> « Y en a encore une qui est partie ce matin. Hébergée par le 115. Un sac plastique et son bébé sous le bras. On a fait le max pour la garder le plus longtemps possible. Jusqu'à être sûre qu'elle soit pas à la rue. Mais on peut pas faire plus. C'est terrible quand même. Elle va être trimballée d'hôtel en hôtel, d'un bout à l'autre du département. Ça me brise le coeur » (Journal de terrain, Pôle Femme-Enfant).

Le suivi de ces patientes représente alors « un écart au déroulement habituel du travail des professionnel.les »[505] et contraint ces dernières à « faire avec », sans pour autant disposer des moyens nécessaires – notamment en terme de temps – pour adapter la prise en charge aux spécificités des patientes. Pourtant, en raison de plus grande fréquence des pathologies périnatales chez les femmes enceintes en situation de pauvreté, le plan périnatal 2005-2007 se donnait pour ambition d'adapter l'offre de soins aux besoins des femmes les plus démunies, notamment étrangères. La dernière enquête nationale périnatale a cherché à mesurer l'existence des dispositifs visant à faciliter « la prise en charge des femmes en situation précaire ou vulnérable (PASS périnatalité, PASS généraliste ou autre) ». Il apparaît que les maternités de type III assurent davantage ce travail (91 % des types III contre 73 % des types I). Mais contrairement à un peu plus de la moitié des établissements de niveau III, le Pole Femme-Enfant ne dispose pas d'une PASS spécialisée en périnatalité. Pour répondre à l'exigence d' « humanisation » de la naissance, le « réseau de santé périnatale » s'adosse localement sur le dispositif associant l'entretien prénatal précoce et le *staff* médico-psycho-

---

503 Raquel Rico Berrocal, Erwan Le Méner, « La grossesse et ses malentendus …», *op. cit.*, p. 63.

504 Anselm Strauss et al., « Maladie et trajectoire », *op. cit.*

505 Elsa Boulet, *Espaces et temps de la « production d'enfants », op. cit.*, p. 378.

social pour repérer les « vulnérabilités » et aiguiller la prise en charge dans un sens propice à la réduction des inégalités sociales de santé.

L'observation de ces activités montre que les facteurs de risques identifiés au cours des EPP et discutés en staff sont en fait principalement d'ordre psychologique ou psychiatrique. Destiné à toutes les femmes enceintes (et aux couples qu'elles forment avec les futures pères), devant être systématiquement proposé – au moment de l'enquête – et depuis rendu « obligatoire », l'entretien prénatal précoce ne concerne souvent dans les faits que des femmes déjà disposées à se raconter, voire cherchant à se confier : celles ajustées au « gouvernement par la parole », mode d'intervention médicale particulièrement propices aux classes moyennes, réputées aptes à la verbalisation sans toutefois contester l'autorité des professionnelles de santé[506]. Quand bien même elles ne savent souvent que peu de choses sur cet entretien, c'est volontairement que les femmes enceintes s'y rendent en réponse à l'invitation que leur adresse par courrier une sage-femme de PMI, qu'elles sollicitent un EPP à l'hôpital en cochant la case prévue à cet effet dans la fiche d'inscription à la maternité ou qu'elles répondent positivement à la proposition, formulée par une secrétaire du bureau des inscriptions du Pôle Femme-Enfant, de « prendre rendez-vous pour papoter avec une sage-femme ». Les sages-femmes rencontrées l'ont bien compris et regrettent parfois que « ce ne [soit] pas celles qui en ont les plus besoin » qui s'y présentent. Au cours des EPP observés, à l'hôpital comme en PMI, les femmes enceintes étaient massivement françaises, blanches, en emploi, en couple (et parfois accompagnées de leur conjoint) et appartenaient aux catégories socio-professionnelles intermédiaires ou employées. Les plus jeunes sont « étudiantes » ; et les quelques femmes étrangères sont particulièrement dotées en capital scolaire. Toutes faisaient la démonstration de leur « bonne volonté sanitaire »[507] (Cf. Chapitre 5).

De fait, lorsqu'il est question, au cours des *staffs*, de présenter les dossiers des grossesses nécessitant un suivi rapproché, les femmes « migrantes », « seules », « isolées » ou « en errance » dont les cas sont évoqués n'ont presque jamais été rencontrées dans le cadre d'un entretien mais au cours des consultations prénatales, et souvent « tardivement », en fin de grossesse. Les situations qui mobilisent le plus les professionnelles sont en définitive moins celles relevant de « la précarité » que des questions d'ordre psychologique ou psychiatrique. L'assistance sociale était d'ailleurs rarement présente aux staffs, contrairement aux psychologues de gynéco-obstétrique et/ou de l'Unité de Périnatalité et de Soins Précoces du service de psychiatrie infanto-juvénile. En outre, les sages-femmes de PMI qui participent aux staffs ne mobilisent que rarement le dispositif en ce qui

---

[506] Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourrir, op. cit.*

[507] Anne-Marie Arborio, Marie-Hélène Lechien, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, Vol. 10, n° 1, 2019, pp. 91-110

concerne la prise en charge des femmes étrangères en situation irrégulière. « Je ne les présente même plus [au staff], m'indique Fabienne, celles-là on s'en débrouille ». Car ce qui relève à l'hôpital d'un écart au déroulement habituel du travail des professionnel·les est le lot quotidien des sages-femmes de PMI.

Aussi, dans un contexte de rationalisation de l'activité hospitalière, le volet social de la politique d' « humanisation » de la naissance semble avoir accentué le caractère socialement différencié de la trajectoire d'enfantement. Lieu d'accueil universel, le Pôle Femme-Enfant ne s'investit qu'*a minima* dans la prise en charge des femmes enceintes « précaires » en n'assurant que sa spécialité : la prise en charge des grossesses pathologiques et l'accouchement. Et la PMI reste le lieu privilégié de la prise en charge des franges les plus démunies de la population materno-infantile, « le relais le mieux et le plus spontanément cité par les professionnels hospitaliers et libéraux pour la prise en charge des publics en difficulté »[508]. Le dernier Schéma de prévention de l'ARS Île-de-France souligne d'ailleurs combien le rôle de cette institution de la médecine sociale, « particulièrement investie dans le suivi et l'accompagnement des personnes présentant différentes vulnérabilités », est devenu crucial du fait de « la complexification des inscriptions en maternité » et du « recentrage des maternités hospitalières vers les grossesses à risque reléguant les grossesses à bas risque vers la ville » générant « l'insolvabilité des certaines femmes » et les excluant du suivi[509].

Les « précaires », public cible de la PMI

> « J'arrive à la PMI de La Dalle à 12h45. Je rejoins Sylvaine [sage-femme] pour me rendre avec elle au Pôle Femme-Enfant et observer les EPP qu'elle y conduit l'après-midi. Nous ne nous sommes pas vues depuis dix jours. Je lui demande comment se sont passées ses vacances. "Reposantes. Vaut mieux vu ce qui m'attendait au retour." D'une traite, elle me fait la liste des "situations" de la veille parmi lesquelles celles "deux congolaises sans-papiers", enceintes de 6 et 8 mois, "grossesses pas déclarées et pas suivies". Nous ne nous attardons pas au centre. Les EPP commencent à 14h et Sylvaine veut d'abord passer aux urgences. Elle espère "glaner" des informations sur l'une de ces deux patientes qui serait passée par le service des urgences. "J'ai pas bien compris. Elle m'a dit qu'elle venait de passer trois jours à l'hôpital. Qu'on l'avait renvoyée chez nous [à la PMI]." Puis Sylvaine prévoit de passer à l'accueil des explorations fonctionnelles pour obtenir à ces nouvelles patientes des rendez-vous pour les consultations du 8ème et 9ème mois. Arrivées au Pôle Femme-Enfant, nous patientons un moment, le temps qu'une sage-femme des urgences se libère, cherche un éventuel dossier informatique correspondant au nom et à la date de séjour que Sylvaine a griffonné sur un post-it, puis finisse par trouver quelques lignes manuscrites sur un cahier de liaison. Les deux sages-femmes échangent quelques mots. "On n'a pas grand-chose, regrette la sage-femme des urgences. C'est pas simple". "Le compliqué c'est mon rayon, lui répond Sylvaine". Il

[508] Planète publique. Conseil en politiques publiques, *Évaluation du plan périnatalité 2005-2007, op. cit.,* p. 96.

[509] Schéma Prévention Santé, ARS Île de France, p. 35.

est bientôt 14h. Elle n'a pas eu le temps de passer au secrétariat. Nous irons plus tard, entre deux entretiens pour inscrire ces patientes qu'elle ne reverra plus qu'une fois » (Journal de terrain, PMI/Pôle Femme-Enfant).

Dispositif de santé publique à la croisée du sanitaire et du social, les consultations prénatales et infantiles de PMI ont été historiquement mises en place pour permettre à l'ensemble de la population de souscrire à la surveillance médicale et aux obligations vaccinales. En raison de leur accessibilité « sans conditions » – y compris en l'absence de droits ouverts – et de leurs lieux d'implantation prioritaires dans les quartiers urbains en difficulté ou dans les zones rurales déshéritées, les centres de PMI accueillent une part importante des femmes et des enfants appartenant aux fractions les plus démunies des classes populaires. S'il n'existe pas de données quantitatives précises, locales ou nationales, sur les caractéristiques sociales du public de la PMI, son caractère populaire est systématiquement relevé dans les enquêtes ethnographiques qui y ont été conduites, quels que soient les départements considérés[510]. L'enquête périnatale de 2003 montre, en outre, que les femmes enceintes de nationalité étrangère, en particulier d' « Afrique du Nord » et d' « Afrique subsaharienne » y étaient davantage suivies que les françaises. Les centres de PMI enquêtés sont pour la plupart implantés dans les quartiers les plus populaires de Souchet, au milieu des grands ensembles, sur la dalle urbaine, à quelques pas des maisons de quartiers, à proximité des deux gares de RER ou en plein cœur de la « Zone Urbaine Sensible » qui regroupe 20 % de la population de la commune.

Celles que les membres de l'équipe appellent « les Africaines », « les Tamouls » ou « les Roms », femmes immigrées bénéficiaires de l'AME ou de la CMU, constituent un public cible pour lequel le service organise d'ailleurs des temps de consultations spécifiques, en présence d'un·e interprète. Au centre de la Tour, une « consultation Tamoul » est par exemple prévue une fois toutes les six semaines. Depuis la décentralisation, les services de PMI ont vu la dimension « sociale » de leurs missions être de plus en plus soulignées, opérant « un glissement de l'objectif de surveillance généralisée vers celui de l'assistance différenciée »[511]. Cette orientation apparaît de plus en plus explicitement dans les textes législatifs à partir des années 1980. La circulaire du 16 mars 1983 stipule ainsi que la PMI doit « être une action médico-sociale prenant en compte l'environnement », « le milieu socio-culturel » et qu'elle doit s'adresser à toute la population mais « agir de façon renforcée

---

[510] Françoise Bouchayer, « Médecins et puéricultrices de Protection maternelle et infantile. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelle », *Revue française de sociologie*, Vol. 25, n° 1, 1984, pp. 67-90 ; Delphine Serre, « "Le bébé superbe" … », art. cit. ; Cyril Farnarier, Les dimensions sociales d'une politique de santé publique. Le cas des consultations de protection infantile, Thèse de sociologie, EHESS, 2009.

[511] Delphine Serre, « "Le bébé superbe" … », art. cit., p. 110.

et spécifiquement adaptée pour les familles les plus défavorisées », réputées cumuler les facteurs de risques. Le décret du 6 août 1992 indique que l'implantation des consultations et l'activité des services doit être fonction « des spécificités socio-démographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés ». Le principe d'universalité de ce service public est ainsi devenu « proportionné »[512].

Comme me l'explique une pédopsychiatre du Pôle Femme-Enfant : « La PMI, leur grand truc c'est de dire "on est là pour tout le monde". Mais non tout le monde il a son médecin, son pédiatre, et ceux où y a personne, c'est pour eux la PMI ». Pourtant, dès le début de mon enquête, en master, alors que j'associais dans mon projet de recherche le travail en PMI à l'encadrement des classes populaires, le Dr. Maujean, responsable de circonscription cherche à me détromper :

> « On a des très précaires. Mais pas que des très précaires. Des gens plutôt modestes avec des très précaires. Des gens en difficulté, ceux un peu en précarité, pas trop éduqués ou des gens qui viennent de pays étrangers, pas dans les repères mais qui peuvent être des gens qui travaillent. On a quand même des tas de gens où il y a un salaire ou deux. Et on a quand même des niveaux sociaux élevés parce que on peut avoir des mamans en grande difficulté autour de la naissance et qui ne sont pas du tout démunies. Tout médecin a dans son expérience des femmes dans une situation socio-professionnelle favorisée ou faisant partie des professionnelles de la petite enfance, de santé, des profs ou des ingénieurs qui se sont révélées des mères angoissées ou déstabilisées par leur nourrisson » (Entretien Dr Maujean, médecin de PMI).

Car les contours imprécis des notions de « difficultés » ou de « vulnérabilité » offrent une marge d'autonomie aux équipes de PMI pour déterminer quelles (futures) mères ont véritablement besoin du service et, par là, redéfinir les contours de leur mission au-delà la surveillance socio-sanitaire des classes populaires. Acteur privilégié du volet social de l' « humanisation » de la prise en charge périnatale, la PMI s'adosse sur le volet psychologique de cette politique pour se repositionner dans le sous-champ de la périnatalité (Cf. Chapitre 4).

Le « soutien à la parentalité », une autre logique de distribution

Inscrite dans les missions du service, la logique de « ciblage des populations » a depuis été accentuée par les contraintes budgétaires des conseils départementaux et, en particulier, par la réduction de nombre de consultations infantiles. L'activité médicale des services de PMI a en effet connu un important rétrécissement. « En 1995, près de 900 000 enfants avaient été vus en consulta-

---

[512] L'Inspection générale de l'action sociale préconise l'application d'un principe d'« universalisme proportionné » comme modalité à privilégier dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Il s'agit de maintenir le principe d'universalité mais de mettre en œuvre l'action de manière différenciée en fonction des besoins. *Cf.* Alain Lopez et *al.*, *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*, IGAS, 2011

tion de PMI […] ; en 2016, l'activité ne s'élève plus qu'à 550 000 consultants […], soit une baisse de –45 % »[513]. La diminution du nombre de médecins, difficiles à recruter en PMI (cf. Chapitre 4), a conduit les responsables de services à resserrer leur activité sur les enfants de moins de deux ans et sur les familles « les plus vulnérables ». Au cours d'une réunion d'équipe, le Dr Laurent, médecin responsable du territoire de Souchet, relaye les consignes de l'institution :

> « Y a plus de médecins et de ce fait, il y a un repositionnement de vos priorités et de vos missions. Les bébés, il faut pouvoir les recevoir dans la semaine après la sortie de maternité, quitte à proposer un rendez-vous en dehors des temps de permanence si besoin. Les moins de 6 semaines, on en a de plus en plus. Et c'est vraiment les orientations de l'hôpital de Canche. Ces familles, en fonction, vous déterminez si elles ont besoin d'un suivi [médical] chez nous ou s'ils peuvent être suivis en ville. On ne leur propose plus systématiquement une consult'. On a pas de place. Et les consult', après deux ans, on arrête. Il va falloir faire le tri » (Journal de terrain, Réunion d'équipe, PMI).

Comme d'autres, l'équipe de Souchet n'est plus en mesure de proposer des consultations médicales à l'ensemble de ses usager·es. Juste avant mon arrivée sur le terrain, deux départs ont réduit le nombre de médecins à 1,4 ETP là où le territoire devrait en compter quatre. Près de la moitié des consultations ne sont plus assurées. Déterminer quel·les enfants de moins de deux ans pourront bénéficier d'une consultation avec un·e médecin de PMI relève dorénavant de l'appréciation des infirmières et des puéricultrices au cours des « permanences ». À l'issue de la première « pesée », le plus souvent dans les semaines suivant le « retour à la maison », elles proposent ou non aux familles un rendez-vous pour la consultation infantile, et se voient parfois contraintes, gênées, de refuser le suivi à certaines familles qui en font la demande.

> « Une mère se présente pour la première fois au centre avec son nouveau-né de 24 jours. Au cours de "la pesée", Aminata, infirmière, lui demande comment se passe le retour à la maison. "Vous avez un peu d'aide à la maison ?". L'usagère explique qu'elle peut compter sur l'aide du père, "au chômage". Au cours de l'entretien, elle raconte en outre poursuivre son congé de maternité par un congé parental : "ça ne va être tendu financièrement mais je préfère". Lorsque vient le moment où Aminata doit s'assurer que la famille a bien à un médecin traitant et renseigner ses coordonnées dans le dossier médical, la mère cherche à obtenir un suivi en PMI.
> Aminata – Vous avez déjà trouvé un médecin pour le suivi ?
> Usagère – Ma cousine vient ici. Elle est très contente. Je pensais faire pareil, c'est possible ?
> Aminata – Le problème, c'est qu'on a plus de places. Je ne pourrais pas vous donner de rendez-vous avant trois mois et puis [le bébé] n'a pas eu de problème à la naissance, il va bien… Donc vous pouvez le faire suivre par votre médecin traitant, voir avec lui pour les vaccins et continuer les pesées ici en même temps. (*Silence, la mère rhabille le nouveau-né*)
> Usagère – C'est dommage quand même. Je pensais qu'il serait suivi ici.

[513] Michèle Peyron, « Pour sauver le PMI, agissons maintenant ! », 2019, p. 8.

> Aminata – Je suis désolée. C'est compliqué. On n'a plus de places. On manque de médecins … mais n'hésitez pas à revenir pendant les temps de permanence.
> Fin de la pesée. Je reste quelques instants seule avec Aminata avant qu'elle aille chercher les prochains : "J'aime pas ça. J'aime pas ça. Dire non comme ça. Je m'en fais pas trop pour cette famille. Elle est en capacité d'aller en ville. Mais quand même … J'aime pas ça" » (Journal de terrain, Permanence de puériculture, PMI).

La permanence de puériculture constitue un espace d'examen du nouveau-né et de sa famille. En abordant avec les mères le déroulement de la grossesse, l'accouchement, le séjour en maternité, le choix de l'alimentation du nourrisson, l'hygiène corporelle du bébé, le sommeil, le couchage, son intégration dans la fratrie, l'existence d'un réseau de soutien (le père, les grands-parents, etc.), les professionnel·les recueillent un certain nombre d'informations sur le style de vie des parents à partir desquelles elles évaluent leur situation sociale et leur « capacité » à « aller en ville », c'est-à-dire à recourir à un médecin libéral. « On doit cibler les gens qui n'ont pas de sécu, pas de mutuelle, pas de papiers et puis les gens qui sont des difficultés », m'explique une secrétaire.

Si Aminata, infirmière, n' « aime pas ça », « renvoyer en ville » les parents des classes populaires perçus comme « en capacité » de faire assurer la prise en charge sanitaire de leur enfant trouve un registre de justification dans le discours de la « responsabilisation » et la critique de l' « assistanat », que mobilisent des professionnelles pourtant très enclines à défendre leur mission de service public quand il s'agit de « garder » des mères des classes moyennes, voire supérieures, nécessitant d'être soutenues. « Après tout, ils ont la CMU ou même la sécu, ils peuvent aussi aller en ville ! », affirme une puéricultrice. Cette « capacité » est alors souvent comprise comme une potentialité qu'il convient de faire émerger. Il s'agit de rendre les parents capables de devenir les patient·es de la médecine libérale en les contraignant à « se prendre en charge ». Lorsqu'il s'agit de refuser la consultation de PMI aux fractions les moins fragiles des classes populaires, le « tri » procède d'un acte perçu comme éducatif, relevant autant de contraintes matérielles que de principes moraux. Rationalisation des pratiques professionnelles et responsabilisation des usagers se conjuguent ici. La porte de la consultation reste alors fermée à ces parents qu'il n'est pas bon, au nom de leur intérêt et de celui de leur enfant, de prendre en charge. « Ce n'est pas leur rendre service que de les prendre par la main. Qu'est-ce qu'ils feront quand on ne sera plus là ? » s'interroge Magda, puéricultrice cadre de santé.

L'observation des permanences et des discussions entre les membres de l'équipe concernant la gestion du planning des consultations amène une série de constats. Les franges les plus précaires de la population materno-infantile accèdent presque de droit à la consultation médicale. Un rendez-vous est systématiquement donné aux femmes étrangères en situation irrégulière sans même, souvent, qu'il ne leur soit vraiment proposé. « Les sans-papiers c'est clair, net et précis : ils n'iront

pas ailleurs donc on les prend bien sûr », m'explique le Dr. Laurent. Toutefois, si les critères de sélection énoncés par la hiérarchie sont d'abord sociaux, l'observation du « tri » donne à voir la place qu'occupe l'évaluation de « la relation mère-enfant » dans la sélection des consultantes. Quand elles suspectent un dysfonctionnement familial, lorsque – ainsi que me l'explique Blandine, puéricultrice encadrante – « la mère ne regarde pas son enfant, l'enfant ne regarde pas sa mère, la mère ne parle jamais du père ou [qu'elle] sent de la violence intra-familiale », proposer un suivi médical en PMI est pensé comme une occasion de « garder un œil » sur une situation potentiellement inquiétante et « amener les mamans à parler de leurs problèmes ».

Ainsi que le revendique Evelyne, 56 ans, puéricultrice, le « principal fil de ciblage [en PMI] c'est pas le social, c'est la relation ! ». Une mère perçue comme « isolée », « angoissée », « déstabilisée par [son] nourrisson », « désemparées » ou « se posant beaucoup de questions » peut alors se voir proposer un suivi en PMI, quand bien même elle ne ferait *a priori* pas partie du public prioritaire du service, et ce y compris quand les places sont limitées :

> « On garde celles qu'on veut suivre, si on est inquiet, si l'angoisse nous paraît pathologique, les problématiques autour de la relation. C'est pas une question de classe sociale ou quoi que ce soit. Toutes les mamans à un moment donné, elles ont besoin de réponses ou même d'accompagnement tout simplement […] La loi dit que c'est ouvert à tous avec une préférence pour les publics en difficulté, les familles en situation de vulnérabilité, mais c'est pas forcément difficulté sociale. On peut être vulnérable parce qu'on est enceinte, parce qu'il y a un événement dans le famille, parce qu'autour de la naissance c'est une période de vulnérabilité. On peut-être vulnérable en tant cadre sup'. C'est pas forcément lié à la précarité sociale. Et la prévention, ça s'adresse à tous. On peut avoir de l'argent, être bien inséré et avoir beaucoup de difficultés avec ses enfants. J'essaye de ne pas faire que sur des critères économiques » (Entretien Evelyne, puéricultrice en PMI).

« Celles qu'on veut suivre » en PMI sont alors aussi – et peut-être surtout – les (futures) mères susceptibles d'adhérer à l'accompagnement que les professionnelles cherchent à promouvoir, centré autour de « la relation mère-enfant ».

Conclusion

Attentif à division du travail de médicalisation de l'enfantement entre les services d'un centre hospitalier « de pointe », la PMI et le secteur de la médecine libérale, ce chapitre s'est attaché à examiner l'organisation locale du système de prise en charge de la santé maternelle et infantile, partagée par des agent·es aux positions inégales. Au-delà de la collaboration qui caractérise les relations entre des professionnel·les œuvrant ensemble à la sécurisation de la naissance, la trajectoire de l'enfantement apparaît prise dans le jeu des divisions et hiérarchies qui structurent la périnatalité, sous-champ de la médecine traversé par des rapports de force. Dans un contexte marqué par l'exigence d'accroissement de la rentabilité financière des établissements hospitaliers, les maternités hautement technicisées, comme celles de Canche, tendent à recentrer leur activité sur leur spécialité : le traitement du risque et de la pathologie. Déléguer le suivi des grossesses physiologiques et externaliser l'accompagnement des (futures) mères, avant et après l'accouchement, constituent autant de modalités permettant à ces établissements de maintenir leur position de domination.

Toutefois, alors que l'objet de travail périnatal concerne dorénavant non plus seulement la grossesse, l'accouchement ou la surveillance sanitaire des nouveau-nés mais également l'expérience de la maternité, la place laissée vacante par les maternités de niveau III permet aux autres acteur·rices de la périnatalité de se (re)positionner. L'activité libérale des sages-femmes se développe, tout comme celle des infirmières et puéricultrices de PMI. Et des pratiques alternatives au modèle dominant émergent dans les établissements hospitaliers de moindre technicité, cherchant à constituer leur offre de santé en biens rares. Participant à la construction de nouveaux quartiers de noblesse autour de la prise en compte des besoins des femmes, des nouveau-nés, des mères et des pères, l'« humanisation » de la naissance agit alors comme une ressource et participe à la reconfiguration partielle de l'espace de la périnatalité.

Visant à la fois une « meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance » et un « soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité », les différentes dimensions de cette politique ne sont néanmoins pas pareillement investies. Les dispositifs prévus pour mettre en œuvre l' « humanisation » participent davantage à la psychologisation de la naissance qu'à la lutte contre les inégalités sociales de santé. Orientée vers la prise en charge des (futures) mères appartenant aux fractions les plus fragiles des classes populaires, pour beaucoup étrangères et racisées, son volet social est relégué à la PMI. Néanmoins, l'universalisme proportionné qui caractérise le mode d'action de cette institution, associé à une définition extensive de la « vulnérabilité » et à l'injonction à la « responsabilisation » parentale, permet également aux professionnelles de la médecine sociale d'occuper une place dans le processus en cours d'extension de la médicalisation de l'enfantement au « devenir mère ».

Chapitre 4. Le « soutien à la parentalité » pour mission
Une opportunité professionnelle en PMI

> « Personne ne sait ce qu'on fait vraiment en PMI. Les gens pensent qu'on ne fait rien. Ils ne voient pas ce que peut faire une infirmière ou un médecin ailleurs qu'à l'hôpital ou en libéral. Quand j'en parle à ma famille, par exemple, je décris qu'on s'occupe des bébés à la sortie de la maternité, qu'on fait les consultations obligatoires, la vaccination, l'agrément et le suivi des assistantes maternelles, qu'on accompagne les mamans. Je leur dis ça mais je ne sais pas si les gens comprennent vraiment ce que c'est notre travail concrètement. […] On ne soigne pas d'enfants malades, c'est interdit. […] On ne fait pas de soins techniques. On n'est pas dans "aujourd'hui j'ai fait un massage cardiaque et je l'ai réanimé". On ne fait que de la prévention » (Entretien Brigitte, infirmière en PMI).

Médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, psychologues… les professionnelles de santé exerçant dans les centres de PMI appartiennent à des groupes distincts. Leurs formations et diplômes respectifs les associent à des fonctions et à des statuts différents, les situant à des positions *a priori* inégales au sein de la hiérarchie des professions de santé. Pourtant, quelles que soient leurs qualifications respectives, les singularités propres à leurs métiers s'effacent régulièrement derrière un « on » ou un « nous » relativement indifférencié, renvoyant indistinctement à des « professionnelles de PMI » engagées dans une commune entreprise de définition de leur identité et légitimité professionnelle[514]. Partant du constat que toute profession est constituée d'une « agrégation de segments poursuivant des objectifs divers » et qu'une « partie d'une profession peut avoir davantage en commun avec certains éléments d'une profession voisine », l'unité des équipes de PMI peut se comprendre comme le produit d'une « alliance » entre les différents segments professionnels qui les composent[515]. Car, « de PMI », ces médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières et psychologues le sont souvent d'abord. La distance qui sépare leur exercice de celui des membres hospitaliers ou libéraux de leurs groupes professionnels respectifs contribue en effet à les rapprocher.

Dispositif de santé centré sur la surveillance sanitaire et la promotion de la santé de la population materno-infantile, la singularité de l'activité médicale en PMI place en effet ses professionnelles – quasi-exclusivement des femmes – à distance des attributs et des usages ordinairement associés à leurs métiers. Parce qu'il n'y est pas question de guérir ou de sauver des vies, les professionnelles qui y exercent craignent bien souvent, comme l'exprime ci-dessus cette infirmière, que « les gens pensent qu'on [n'y] fait rien ». Réaliser un test de grossesse ou prescrire une contraception dans le cadre des consultations de planification familiale ; examiner une femme enceinte, lui

---

514 Françoise Bouchayer, « Médecins et puéricultrices de Protection maternelle et infantile … », art. cit.

515 Rue Bucher, Anselm Strauss, « La dynamique des professions », *in* Anselm Strauss, *La trame de la négociation, op. cit.*, pp. 67-86.

rappeler des règles d'hygiène de vie, prescrire un bilan sanguin ou une échographie, et remédier aux maux bénins d'une grossesse « physiologique » lors des consultations prénatales ; observer la croissance staturo-pondérale d'un enfant et délivrer des conseils de puériculture aux mères à l'occasion d'une permanence de puériculture ; surveiller le développement psycho-moteur des nourrissons et jeunes enfants lors d'une consultation infantile, les vacciner, dépister des déficiences, et orienter les parents vers un médecin traitant ou un spécialiste ; animer des actions de prévention et d'éducation à la santé dans des établissements scolaires, à la Maison de quartier ou à la circonscription d'action sociale… Les professionnelles de PMI ne font pas « rien », mais rien de ce qu'elles font ne correspond aux activités les plus légitimes de la médecine, caractérisées par la technicité, l'immédiateté et l'efficacité d'un acte médical centré sur l'organe et son dysfonctionnement (« j'ai fait un massage cardiaque et je l'ai réanimé »).

Néanmoins, parce qu'elles n'ont pas à soigner des enfants malades, ces professionnelles de santé n'ont pas à répondre à une demande précise de traitement en réaction à un symptôme pour lequel des patient.es viendraient les consulter. Là où « ne pas soigner » constitue une restriction objective de leur exercice, ne faire « que de la prévention » offre paradoxalement une marge de manœuvre dans la définition des problèmes, potentiels ou avérés, que ces professionnelles de santé se donnent pour mission de résoudre. Prenant appui à la fois sur l'analyse interactionniste de « la dynamique des professions » et sur une approche en termes de champ dans l'analyse de la médecine, ce chapitre examine l'opportunité que représente l'extension de la médicalisation de l'enfantement au for intérieur maternel pour des professionnelles exerçant une activité médicale dévaluée. Pour comprendre les ressorts conduisant à faire de l'« accompagnement » des mères une activité centrale en PMI, il s'agira dans un premier temps d'analyser les conditions de la dévalorisation de l'activité en PMI, en portant l'attention sur la position qu'occupe l'institution dans le champ médical et sur les motifs présidant le plus souvent à l'entrée de ses professionnelles dans le service. J'examinerai dans un second temps comment les professionnelles de PMI, et en particulier les sages-femmes, infirmières et puéricultrices, mobilisent « le soutien à la parentalité » pour se distinguer et chercher à renforcer leur position dans l'espace de la périnatalité.

I. Travailler en PMI, « c'est pour les femmes et les estropiés »

« Centres de PMI cherchent médecins désespérément ». En 2019, *Le Parisien* et *Le Quotidien des médecins* se font l'écho de « l'urgent besoin » de médecins de PMI dans le département enquêté. Médecin de chef de service adjoint, médecins responsables de circonscription ou médecins de secteur… deux tiers des 54 postes de médecins sont à pourvoir[516]. Au moment de l'enquête, la

[516] Source : DREES, enquête Aide sociale (volet PMI)

situation inquiétait déjà la cheffe du service : 14 postes de médecins (en ETP) étaient alors vacants, soit près d'un sur quatre. Conduisant à une importante réduction du nombre de consultations et à la fermeture de centres, la diminution du nombre de médecins de PMI sur ce territoire n'est pas un phénomène isolé. Entre 2010 et 2016, selon la DRESS, le nombre de médecins exerçant en PMI a diminué de 13% alors que les effectifs de la profession sont restés relativement stables sur cette période et que les jeunes médecins sont de plus en plus nombreux·ses à choisir le salariat. Faute de candidat.es, les départs à la retraite – particulièrement nombreux dans le secteur de la médecine préventive – ne sont pas compensés. Aujourd'hui comme hier, la PMI peine à recruter ; un *leitmotiv* au sein de cette institution, en rien réductible à la singularité de la démographie médicale actuelle. L'histoire du service donne à voir une problématique structurelle imputable à son appartenance à la médecine sociale et à la faible attractivité d'un mode d'exercice médical réservé « aux femmes et aux estropiés » – ainsi que l'assure, au début des années 1970, un « patron » de pédiatrie à son interne, le Dr Pichard, devenue depuis médecin en PMI.

A. Une médecine dévaluée

Instituant la politique de protection maternelle et infantile, l'ordonnance de 1945 ne prévoyait pas la création d'un corps spécifique de médecins. La mise en œuvre des consultations prénatales, infantiles puis de planification familiale s'est adossée, à ses débuts, sur l'activité de médecins libéraux employés sous le régime de la vacation, pour qui la PMI ne constituait pas l'activité principale. À titre d'exemple, les services de PMI employaient, en 1988, 400 médecins titulaires – occupant souvent des fonctions d'encadrement – et 4 500 médecins contractuels ou vacataires exerçant à temps partiel uniquement dans le cadre des consultations[517]. Si le nombre de postes de titulaires s'élève graduellement, à partir des années 1970, il ne concerne qu'une minorité de médecins jusqu'aux années 1990.

Faiblesse statutaire et moindre rémunération

Tout juste diplômée, le Dr Pichard entre en PMI en 1974. Elle assure dans un premier temps des vacations administratives dans le cadre de la mise en place des certificats de santé, puis des consultations. Titularisée deux ans plus tard, elle occupe, à 28 ans, le poste de médecin responsable de circonscription.

---

517 Anne-Marie Blanc, *Les femmes médecins de PMI : Une problématique de la femme dans la société actuelle*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Provence, 2000, p. 37.

> « Le traitement des certificats de santé ça ne m'intéressait pas beaucoup mais à l'époque il fallait que je trouve un travail. Je faisais des remplacements en ville mais sans le permis [de conduire], c'était compliqué. […] Les postes sont devenus fréquents à ce moment-là, entre 1974-1976. […] Je pense que ça correspondait au changement de la PMI. C'est à ce moment-là où la PMI quittait la PMI qui lutte contre la mortalité infantile à la PMI pour la prévention, la périnatalité, l'enfant dans son développement global. […] Il n'y avait comme postes titulaires que des postes d'encadrement. Il n'y avait pas le choix » (Entretien Dr Pichard, médecin de PMI).

La faiblesse du statut des médecins participant à la PMI a longtemps fait de cet exercice médical une activité complémentaire, essentiellement occupée à défaut de mieux et de façon transitoire. La consultation des archives départementales, et en particulier les rapports adressés par le Médecin Inspecteur de PMI au Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales, atteste des difficultés de recrutement que rencontrait déjà le service.

> « Toujours peu de candidatures de médecins, toutefois deux temps plein ont été recrutés pendant l'année 1973 ce qui porte à 6 le nombre de médecins [titulaires] du service dont 4 médecins de circonscription » (Rapport de 1974).

> « Les jeunes pédiatres de notre département en pleine croissance sont vite submergés de clientèle et il est bien rare qu'ils puissent continuer à assurer des vacations de PMI un an après leur installation […] Les pédiatres donnent leur démission dès que leur clientèle atteint une certaine importance » (Rapport de 1971, Archives).

Sous la plume du Médecin Inspecteur de PMI, la moindre attractivité du métier et le moindre investissement des vacataires – l'essentiel du contingent médical – sont principalement imputés à sa faible rémunération. Elle plaide, tout au long des années 1970-1980 pour la revalorisation des tarifs des vacations et leur harmonisation avec les taux en vigueur dans les départements limitrophes ou la médecine scolaire.

> « Fautes de candidats, nous sommes obligés de nommer le généraliste installé dans la commune, qui fera, pas toujours, mais souvent, sa consultation en trois quatre d'heures, parce qu'il préférera se rendre auprès de ses clients, prétendant qu'au tarif actuel de leur rétribution, on ne peut exiger d'eux un travail consciencieux » (Rapport de 1968).

> « Les médecins vacataires deviennent de plus en plus rares d'autant plus que la situation des médecins de santé scolaire ayant été reconsidérée, les candidats se dirigent surtout vers l'hygiène scolaire pour différents avantages » (Rapport 1972).

> « Il est à noter que parmi les pédiatres vacataires de PMI certains qui exerçaient dans le département ont abandonné nos consultations pour se consacrer à un département voisin où de nets avantages leurs sont accordés depuis le début de cette année. […] Il conviendrait d'augmenter les tarifs que nous pratiquons » (Rapport de 1974).

> « En ce qui concerne les autres médecins qui assurent des consultations dans le cadre de la PMI et sont rétribués à la vacation, nous rencontrons de grandes difficultés pour procéder à leur recrutement compte tenu des faibles tarifs des vacations. Depuis 1969 : 27 francs la première heure et 24 francs l'heure supplémentaire pour les pédiatres, 20 francs et 18 francs aux titulaires de l'attestation de pédiatrie préventive (à titre comparatif la CAF rémunère 48,15 francs pour un heure et 144 francs pour 3 heures. Comme cela était indiqué dans mes précédents rapports, il semble indispensable qu'une augmentation des taux actuellement en vigueur intervienne et qu'un projet en ce sens soit présenté à la commission départementale dès que possible. Ces difficultés ne permettent pas d'augmenter le nombre de consultations » (Rapport de 1977).

Associée aux actions menées par le Syndicat des Médecins de Protection de Maternelle et Infantile (SNMPMI), les évolutions législatives que connaît la PMI – prévention des handicaps, lutte contre les inégalités de santé – ont conduit, au début des années 1990, à une vague de titularisation. Les quelques données disponibles permettent d'estimer à 30 % la part des non-titulaires en 2010, contre plus 90 % à la fin des années 1980[518]. La revalorisation de leur statut a conduit à assoir davantage l'identité de ces médecins et à donner davantage de consistance à ce segment qui demeure toutefois très largement minoritaire au sein de la profession médicale : en 2015, les 2 040 médecins de PMI (hors vacataires) dénombrés par la DREES représentent moins de 1 % des 222 150 médecins en activité cette même année.

Entrée en PMI en 1985, le Dr Beachelen me rappelle la situation qui fût la sienne avant d'être titularisée en 1993 : « On était exploités. On avait un très mauvais salaire. Je gagnais même pas ce que gagnait une puéricultrice ». Dorénavant à la retraite, cette médecin généraliste de 64 ans assure à nouveau des vacations et envisage de le faire jusqu'à ses 67 ans pour « finir de payer un appartement » que ses « 400 euros de retraite » ne suffissent pas à rembourser. « Je n'ai été fonctionnaire que pendant 18 ans. Si j'avais été titulaire du début, j'aurais eu 1 000 euros », me précise-t-elle.

> « Aujourd'hui, rien à voir, je suis vacataire et je gagne plus que ce que je gagnais avant ! Y a plus de médecins donc on a tout changé si on veut qu'ils viennent… parce que là ils sont en train de débaucher les médecins généralistes. C'est intéressant d'avoir des vacations en PMI. Ça tombe tous les mois alors que quand tu es installé tu n'es pas sûr. Ta clientèle peut chuter » (Entretien Dr Beachelen, médecin de PMI).

---

[518] Estimation réalisée en croisant les données de la DREES, l'enquête d'Anne-Marie Blanc et une enquête réalisée par Syndicat National des Médecins de PMI. Cf. SNMPMI, *Enquête sur le statut, le recrutement et les effectifs des médecins de PMI*, 2011, https://www.snmpmi.org/IMG/pdf/SNMPMI_resultats_enquete_statuts_nov_2011_v2.pdf.
L'enquête par questionnaire conduite par Anne-Marie Blanc auprès de 237 médecins femmes exerçant en PMI à la fin des années 1990 révèle que 60 % sont alors titulaires, et plus d'un quart d'entre elles le sont devenues au début des années 1990. Cf. Anne-Marie Blanc, *Les femmes médecins de PMI, op. cit.*

Les vacations sont certes mieux payées qu'auparavant mais les tarifs pratiqués restent faibles[519]. Leur « augmentation » à 50 euros bruts l'heure est l'une des mesures proposées par la députée Michèle Peyron « pour sauver la PMI »[520].

Bien plus avantageuse, la situation des titulaires – depuis revalorisée – n'était pas non plus des plus reluisantes. Pour le Dr Deckens, cheffe du service depuis 2001, titularisée au poste de responsable de circonscription en 1993 après six ans de vacations, « au démarrage, c'est clair que c'était presque un sacrifice » :

> « J'ai été recrutée au premier échelon. C'était comme ça à l'époque. Quoiqu'on ait fait auparavant. Je gagnais 8 000 francs. Maintenant, on reprend leur ancienneté, ce qu'ils ont fait pendant leur internat et leur expérience professionnelle depuis qu'ils sont inscrits à l'Ordre des médecins. Ça tourne autour… là j'en ai une à l'échelon 4, une de mes plus jeunes, elle va gagner 2 700 euros par mois » (Entretien Dr Deckens, médecin cheffe de service PMI).

Depuis la dernière revalorisation salariale des médecins territoriaux[521] « après plus de dix ans de mobilisation », le président du SNMPMI estime à 1 950 euros nets mensuels le traitement d'un.e médecin de PMI en début de carrière, à 2 800 euros après 15 ans et à 3 500 euros en fin de carrière[522]. À titre de comparaison, les médecins généralistes exerçant une activité libérale gagnaient en moyenne 7 000 euros nets par mois en 2017. Dans le secteur hospitalier public, le salaire net moyen des médecins s'élevait à 5 600 euros nets mensuels en 2018[523].

---

[519] L'enquête conduite par le SNMPMI en 2010 auprès de 37 services départementaux donne à voir des taux horaires de vacations très variables : 25,57 euros en moyenne pour les médecins généralistes, 28,29 euros en moyenne pour les spécialistes. SNMPMI, Enquête sur le statut, le recrutement et les effectifs des médecins de PMI, 2011, https://www.snmpmi.org/IMG/pdf/SNMPMI_resultats_enquete_statuts_nov_2011_v2.pdf.

[520] Michèle Peyron, « Pour sauver le PMI, agissons maintenant ! », *op. cit.*, p. 104.

[521] Les médecins de PMI forment les deux tiers des effectifs des médecins territoriaux. Ces derniers exercent également dans les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les services pour l'autonomie et la coordination autour des personnes âgées et des personnes handicapées, les services communaux d'hygiène et de santé ou les centres municipaux de santé, les services départementaux d'incendie et de secours.

[522] « Les médecins territoriaux obtiennent une revalorisation statutaire et salariale », *Le Quotidien du médecin*, 25 août 2014.

[523] Marie Anguis, Maxime Bergeat, Jacques Pisarik, Noémie Vergier, Hélène Chaput, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique? Constat et projections démographiques », *Les dossiers de la DREES*, n° 76, 2021, p. 16.

Ne faire que de la prévention

Toutefois, le défaut d'attractivité de la médecine de PMI n'est pas seulement imputable à sa moindre rémunération, qui ne constitue que le reflet de la dévalorisation de cette pratique. La faible valeur attribuée aux « biens de santé » produits en PMI est étroitement liée à la position qu'occupe cette institution dans le champ médical. Dans son analyse des processus socio-historiques au principe de la spécialisation de la médecine, Patrice Pinell distingue plusieurs catégories de « biens de santé légitimes », soit ces « productions symboliques et matérielles résultant de la division du travail médical »[524]. Combinaison pratique de technologies et de savoirs, ces biens diffèrent en fonction des sous-champs de la médecine où ils sont produits. Parmi eux, le sociologue différencie notamment celui de la médecine clinique « où sont produits les biens de santé relatifs aux maladies (et symptômes) telles qu'elles se manifestent sur les individus malades »[525] et celui de la médecine sociale « qui produit des biens de santé répondant à une demande sociale dont la finalité est de concourir à la bonne administration (au bon gouvernement) de la société »[526]. Si la périnatalité constitue un sous-champ spécialisé de la médecine, ce dernier est subdivisé entre la médecine clinique et la médecine sociale. La Protection Maternelle et Infantile appartient à ce dernier sous-champ caractérisé par sa subordination à des demandes hétéronomes.

« Contribuer au bon gouvernement de la société en proposant des réponses médicales à des demandes sociales (qui sont toujours des demandes du champ du pouvoir) »[527] constitue la raison d'être des institutions de la médecine sociale, placées sous la responsabilité de représentants du pouvoir politique et dès lors marquées par leur moindre autonomie dans le champ médical. Ainsi, les services de PMI sont « dirigés » par un.e médecin chargé.e, « sous l'autorité et la responsabilité du président du conseil départemental », de mettre en œuvre la politique nationale de protection maternelle et infantile. Les « biens de santé » qu'ils sont tenus de produire ne sont dès lors pas ceux de la médecine clinique et de ses institutions (les cabinets médicaux de pratique libérale et les hôpitaux), « les plus spécifiquement médicaux à la fois en termes de connaissances (la définition clinique de la maladie ne fait appel à aucune autre forme de concept que des concepts médicaux) et de pratiques (examen clinique, ordonnance de traitement, actes thérapeutiques) »[528]. Ces caractéristiques sont autant de spécificités participant à la faible reconnaissance de la PMI, fragilisant l'identi-

[524] Patrice Pinell, « À propos du champ médical… », *op. cit.* p. 310.

[525] *Ibid.*

[526] *Ibid,* p. 311.

[527] *Ibid.* p. 312.

[528] *Ibid.* p. 311.

té et la légitimité professionnelle de ses agent·es, pourtant formé·es à la clinique au sein de l'institution hospitalière.

Éloigné de la médecine hospitalo-universitaire, ce service est rarement un lieu de stage pour les médecins en formation. Le Conseil Economique Social et Environnemental préconise d'ailleurs, dans son rapport de 2014, que les centres de PMI le deviennent pour les étudiant.e.s en médecine générale pour faire naître des vocations[529]. Car la médecine préventive ne séduit pas *a priori*. Conservant une activité hospitalière au service des urgences de Canche, le Dr Zined exerce en PMI depuis plus de quinze ans. En entretien, elle témoigne des difficultés – pour elle tout à fait compréhensibles – qu'elle rencontre à promouvoir le service auprès des jeunes médecins :

> « Aux urgences, j'en ai parlé aux internes, en disant "mais allez-y, postulez". Tu leur dis ce que tu fais, ça ne les intéresse pas ! Ils ont fait neuf ans d'études. Ils ont appris plein de choses. Faire que de la prévention, ça ne les intéresse pas. Je les comprends. Moi j'aurais dit non. Faire que de la prévention, c'était pas dans mes objectifs. Si on m'avait dit " les urgences c'est pas possible", j'aurais dit non. C'est clair et net. » (Entretien Dr Zined, médecin de PMI).

Institution appartenant au sous-champ de la médecine sociale – et plus spécifiquement à l'hygiène, l'un de ses « sous-champs (de deuxième degré) […] dont les agents élaborent et mettent en œuvre des mesures de prévention »[530] –, exercer en PMI ne permet pas d'exercer une médecine thérapeutique, ni dès lors de bénéficier du capital symbolique qui lui est associé. Le Dr Zined refuse d'ailleurs longtemps de « renoncer » à la médecine hospitalière, avant de s'y résoudre la quarantaine passée. Généraliste partie faire son internat en Guyane, pour « l'aspect humanitaire », elle continue à y officier, une fois « thésée » en 1991, au sein du service des urgences d'un important centre hospitalier. Elle regagne la métropole en 1998. Au cours de cette période, elle est sollicitée par le service de PMI : « Ils sont venus me chercher, y avait besoin de pas mal de médecins. Travailler en dispensaire ça me disait bien. J'ai eu un poste de médecin vacataire en PMI en 1992 ». Elle devient titulaire de la fonction publique territoriale trois ans plus tard, tout en parvenant à négocier de poursuive son activité hospitalière :

> « Du fait du manque de médecins, j'ai eu l'autorisation exceptionnelle du président du conseil général de Guyane de faire les urgences. J'ai eu la chance de pouvoir pratiqué à l'hôpital. Comme la PMI, on commençait à 8h et on finissait à 15h, je commençais à 17h mon astreinte jusqu'à 8h du mat'. Les week-ends je faisais les urgences comme tout le monde. J'ai fait ça pendant 9 ans. [...] Je suis la seule à être restée aussi longtemps au

---

529 Christiane Basset, « La protection maternelle et infantile », *Les avis du Conseil Économique, Social et Environnemental*, Octobre 2014.

530 *Ibid*.

> dispensaire. […] J'ai demandé ma mutation à Marseille. Là j'étais que en PMI, sur un poste de gynécologue. Pendant deux ans je n'ai fait que des consultations prénatales et de la planification. Et j'ai eu le souhait de retourner aux urgences. J'ai passé la Capacité de Médecine d'urgence et j'ai intégré le CHU en disponibilité, un an et demi là bas, puis un an et demi à Canche. Et j'ai réintégré la PMI y a un an et demi […] Là, j'arrive à un âge où on se dit faut savoir renoncer à certaines choses, maintenant ça me dérange plus mais à l'époque, je venais d'être diplômée, franchement je n'envisageais pas de ne faire que de la PMI » (Entretien Dr Zined, médecin de PMI).

La quarantaine passée, elle est enceinte de son première enfant au moment de notre entretien et se dit alors décidée à « lever le pied ».

Faire du social

Pour atypique qu'il soit, le parcours de ce médecin de PMI – fille d' « immigrés algériens illettrés » – atteste de l'attrait qui caractérise ce segment de la profession médicale pour une certaine idée de la médecine tournée vers les franges de la population les plus démunies. « J'ai vu mes parents trimer et surtout ne pas avoir accès à des médecins facilement, c'est pour ça que je ne voulais pas être médecin en libéral pour faire du fric », m'explique-t'elle. Toutefois cet attrait n'est pas d'abord celui pour la PMI mais davantage pour une médecine sociale, voire humanitaire, bien plus que préventive. C'est avec nostalgie que le Dr Pichard évoque par exemple « sa consultation préférée » du temps où, au début des années 1980, elle assurait une consultation itinérante auprès de réfugiés :

> « Le bus stationnait dans une cité de transit avec des populations très paupérisées. C'était vraiment la misère. Y avait un foyer de réfugiés. J'adorais travailler avec ces gens-là. Je faisais beaucoup de clinique. Ils ne voyaient pas d'autres médecins. Là je ne me demandais pas si le médecin traitant allait les voir ou pas. Il y a fait des épidémies et le médecin du foyer, pour la pédiatrie, il disait de demander au médecin de PMI » (Entretien Dr Pichard, médecin de PMI).

Ces médecins dénoncent certes l'aspect faiblement rémunérateur de l'activité mais affichent toutefois un rapport distancié avec la médecine lucrative épinglant au passage « les médecins libéraux qui refusent la CMU » et les impératifs de rentabilité qui gouvernent dorénavant l'activité hospitalière. « On ne fait pas ça pour le salaire » m'ont-elles souvent indiquée. Alors pourquoi ? À quoi fallait-il que ces médecins aspirent ? Qui fallait-il qu'elles soient pour s'engager dans une activité ne leur permettant de bénéficier ni du capital économique, ni du capital symbolique traditionnellement associés à l'exercice médical ?

À l'instar du Dr Letablier, médecin responsable de circonscription, les professionnelles de PMI que j'ai rencontrées ont bien souvent insisté sur le fait qu'« on peut arriver en PMI par hasard,

mais on n'y reste pas par hasard ». À la croisée du travail médical et du travail social, l'utilité du service est régulièrement mobilisée pour justifier ce choix professionnel *a priori* relativement improbable. Comme le souligne Cyril Farnarier, à partir de sa propre enquête auprès des professionnel·les de PMI, « il s'agit, pour la plupart, de venir en aide à des familles qui ne sauraient pas où aller autrement ; de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder à un service de santé ; de s'occuper de ce qui n'est pas pris en compte par les autres services, qui ne pourrait être fait ailleurs. Dans cette relation se joue alors autant un accès au soin, qu'une reconnaissance sociale et institutionnelle conférée à ces familles souvent reléguées à la marge de la plupart des dispositifs institutionnels et sociaux »[531] – celles qu'elles désignent bien souvent comme « nos familles », soulignant aussi bien la spécificité du public de PMI que la proximité qu'elles entendent créer avec leurs usager.es. Si ce discours peut-être lu comme une source de reconnaissance pour une médecine détachée de l'aspect technique du soin médical ou para-médical, « faire du social » ne répond pas seulement à la mission du service. Elle correspond aussi, chez certaines, à une aspiration forgée au cours de leur socialisation, à leurs dispositions de genre et de classe.

Peu de travaux s'attachent à objectiver les caractéristiques sociales des professionnel·les de PMI. Parmi eux, la thèse d'Anne-Marie Blanc conduite à la fin des années 1990 auprès des femmes médecins de PMI dresse le portrait de « missionnaires convaincues »[532]. Nombreuses à avoir reçu une éducation religieuse appuyée, principalement catholique, la majorité d'entre elles présente un goût affiché pour l'engagement philanthropique ou humanitaire. Majoritairement filles de cadres ou de professions intellectuelles, elles se caractérisent alors par une origine sociale plus élevée que leurs consœurs médecins. Les couples qu'elles forment sont également plus socialement homogènes que la moyenne des autres femmes médecins : 85% des praticiennes de PMI ont un conjoint « cadre et profession intellectuelle supérieure » et près de la moitié d'entre eux, médecins, occupent un statut plus élevé dans la hiérarchie médicale. Enquêter en PMI dans les années 2010, c'est rencontrer parmi les « anciennes » du service des médecins partageant certains des traits décrits par Anne-Marie Blanc. Fille d'un cadre de la fonction publique occupant « une fonction intermédiaire dans les PTT » – diplômé d'une « école technique très prisée » de province, « niveau math sup' » – et d'une mère « au foyer mais avec un très bon niveau scolaire », le Dr Pichard, née en 1948, revient en entretien sur les liens entre son « éducation très religieuse » et son goût pour la pédiatrie sociale :

> « J'ai été dans des saintes maisons, donc vous savez pour moi soigner les petits noirs c'était… J'ai des souvenirs d'enfance. On avait reçu la visite de l'évêque de Ouagadougou. On s'était préparé. On avait reconstitué un village africain. On avait fait un dispen-

---

[531] Cyril Farnarier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique, op. cit.,* p. 297.

[532] Anne-Marie Blanc, *Les femmes médecins de PMI, op. cit.,* p. 306.

> saire. Et on jouait à soigner les petits noirs avec des poupons (*Elle rit*). Voilà c'était un peu ça l'éducation que j'ai reçue. Et j'ai fait du scoutisme aussi, comme ma mère. […] J'ai retrouvé ça au cours de mes études de médecine. La première année de pédiatrie, on avait un professeur de pédiatrie sociale, médecin à l'OMS. C'était exceptionnel et ça m'avait vraiment branché. Y avait un aspect humanitaire qui me plaisait » (Entretien Dr Pichard, médecin de PMI).

Catholique « non pratiquante mais certainement bien plus catholique que certains pratiquants », le Dr Beachelen, également diplômée dans les années 1970 – et dont la sœur est aussi médecin de PMI –, me raconte avoir voulu faire médecine « pour faire de l'humanitaire, comme le Dr Schweitzer », figure qui « a marqué [son] enfance ».

Chez ces médecins, l'idéal caritatif propre à la socialisation de femmes de leur génération, nées dans des familles catholiques pratiquantes de la bourgeoisie, semble avoir été déterminant dans leur orientation vers le secteur médico-social, comme il l'a été, sensiblement à la même époque, pour les puéricultrices ainsi que le souligne Christian de Montlibert : « la croyance religieuse contribue aussi à la valorisation des finalités humanistes assignées à l'activité professionnelle »[533]. Marquées par l'héritage charitable de la PMI, ces médecins correspondent néanmoins à une génération passée ou sur le départ au moment de l'enquête. « On ne fait plus dans les bonnes œuvres », m'assure la cheffe du service, insistant sur la « professionnalisation » de l'activité. Toutefois, si elles s'inscrivent en cohérence avec certaines de leurs dispositions à « aider les autres »[534], les motivations d'entrée en PMI apparaissent bien souvent détachées de la mission du service. Elles répondent davantage à des considérations matérielles et pratiques – et ce déjà même chez les anciennes – fortement genrées.

B. Le « choix » de la conciliation

Qu'elles soient médecins, sages-femmes, infirmières ou puéricultrices, la nécessité d'éviter les conditions de travail hospitalières ou libérales, pour mieux concilier vie familiale et vie professionnelle, constitue chez mes interlocutrices l'une des raisons principales de leur prise de poste en PMI, sans qu'elle ne soit toutefois jamais un élément central de leurs récits. Ainsi que le souligne Cyril Farnarier, « les arguments ne portant pas sur le travail en lui-même et sa dimension sociale en

---

533 Christian De Montlibert, « L'éducation morale des familles. L'extension du métier de puéricultrice », *Actes de la recherche en sciences sociales,* Vol. 32-33, 1980, p. 74.

534 Marie-Hélène Lechien, « Aider les autres : trajectoires professionnelles reconversions militantes et valorisation de la "personne" », *in* Annie Collovald (dir.), *L'humanitaire ou le management des dévouements. Enquête sur un militantisme de "solidarité internationale" en faveur du Tiers Monde*, PUR, Rennes, 2002, pp. 79-131.

particulier, et qui renvoient aux horaires, à la stabilité de l'emploi, aux aménagements du temps de travail ou autres, sont fréquemment présentés sous la forme de l'aveu »[535]. Comme si, dans la mesure où le travail médico-social reste associé à un dévouement total à la mission de son service, « choisir la PMI pour ses conditions de travail ne devait pas se faire, ou tout au moins, pas se dire »[536]. C'est alors souvent à demi-mot qu'elles reconnaissent avoir d'abord recherché un emploi compatible avec, pour reprendre la formule de l'une d'entre elles, leurs « charges familiales ». Le Dr Balliere, généraliste assurant des consultations de planification familiale depuis 25 ans en PMI, me dit avoir quitté l'hôpital « pour des raisons personnelles », avant de me révéler, à la fin de l'entretien, que « l'aspect pratique, c'est vrai que ça a joué. Avec quatre enfants, je ne me voyais pas continuer à l'hôpital ou avoir un cabinet de ville ». Mère de trois enfants, le Dr Beachelen « reconnaît » également avoir choisi l'exercice en PMI car « il [lui] fallait un travail compatible avec [sa] vie de famille », soit pour elle une activité salariée non hospitalière et à mi-temps :

> « Même si j'étais mal payée comme vacataire, je ne travaillais pas à temps plein donc les mercredis j'étais avec les enfants, je pouvais les amener à la musique, etc. […] J'ai toujours été salariée parce que le jour où je me suis mariée c'était pour avoir des enfants. J'ai changé de voie. J'ai fait médecine parce que je ne pensais pas me marier et j'ai bifurqué. Mais il fallait que je travaille. J'aurais jamais supporté de rester au foyer. […] Donc j'ai fait médecin du travail. […] Après j'ai travaillé à la Cotorep. J'ai travaillé dans la santé scolaire. Et puis je ne sais pas comment j'ai connu la PMI » (Entretien Dr Beachelen, médecin de PMI).

La médecine de PMI compte parmi les segments les plus féminisés de la profession. Elle est exercée à plus de 90% par des femmes[537]. Cette surreprésentation féminine ne correspond pas au processus récent de féminisation de la médecine. Ayant pour objet la santé reproductive des femmes, l'enfance et la famille, le recrutement est en PMI dès ses débuts féminin. Il tient à la fois aux représentation genrées d'une activité considérée comme féminine et à la dynamique des rapports sociaux entre les sexes[538].

À propos des médecins qui assuraient les consultations de PMI du temps où elle était le seul médecin titulaire de la circonscription, les propos du Dr Pichard laissent entrevoir la différenciation sexuée des investissements des médecins hommes et femmes exerçant en PMI :

---

[535] Cyril Farnarier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique, op. cit.,* p. 252.

[536] *Ibid*.

[537] Source : Dress, Démographie des médecins, 2015.

[538] Lapeyre Nathalie, Le Feuvre Nicky, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, pp. 59-81.

> « C'était les médecins généralistes du coin, y avait un pédiatre aussi qui en faisait beaucoup, et moi. Et puis des médecins femmes, plus âgées que moi, qui ne faisaient que quelques consultations. C'était des femmes de médecins, mères de famille nombreuses. Elles n'avaient pas besoin de travailler mais elles voulaient garder une activité. […] C'était beaucoup comme ça quand je suis arrivée. […] Elles ne faisaient que deux trois vacations mais souvent elles s'investissaient beaucoup. Elles se donnait du mal. Elles le faisaient pas à la petite semaine. Elles s'intéressaient aux familles. Elles créaient du partenariat avec le service social. Ça a commencé à changer il y a une vingtaine d'année [au tournant des années 1980-1990]. La titularisation ça a changé la donne. Ça a professionnalisé l'activité » (Entretien Dr Pichard, médecin de PMI).

L'exercice de la médecine en PMI semble avoir longtemps constitué un complément de rémunération, à titre souvent transitoire, pour les hommes installé (ou en cours d'installation) en libéral et une activité à mi-temps par des femmes issues de la bourgeoisie, dédiées à leur travail mais aussi, d'abord, à leur famille. Jusqu'au début des années 1990, être une femme médecin et exercer à temps plein en PMI, comme le fait le Dr Pichard, titulaire depuis 1976, reste une situation minoritaire, et à certains égards « transgressive »[539] : cette femme est la seule médecin de PMI, célibataire et sans enfant, que j'ai rencontré[540]. Car les motifs présidant à l'entrée en PMI apparaissent éminemment genrés. Au sein de la profession médicale, les femmes – davantage contraintes aux impératifs de la conciliation – exercent moins souvent en libéral que leurs confères masculins et en proportion bien plus importante, parmi les salariées, dans la médecine du travail[541], la médecine scolaire[542] et la médecine de PMI. Le « choix » de la PMI est donc aussi le produit des contraintes de genre.

Examiner les carrières des hommes médecins en PMI – ceux que le pédiatre hospitalier cité plus haut désignait par la catégorie « les estropiés » – serait ici éclairante. Si je ne dispose pas de données suffisantes pour les analyser, plusieurs indices laissent toutefois à penser qu'elles correspondent à des trajectoires heurtées par des accidents biographiques et marquées par le déclassement. Rapporté par l'une de ses consœurs, le cas d'un médecin, diplômé à l'étranger, « fils de la

---

539 Nicky Le Feuvre, « La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre » ? », *in* Pierre Aïach (dir.)., *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*. Presses de l'EHESP, 2001, pp. 197-228.

540 Et cette situation hors norme ne passe pas inaperçue : elle est appelée « mademoiselle » Pichard par les membres de son équipe, là où aucune autre médecin femme n'est appelée « madame » mais bien « docteur ».

541 Blandine Barlet, "Enjeux de prestige et enjeux de genre en médecine du travail", *La nouvelle revue du travail* [en ligne], n° 10, 2017.

542 Marlaine Cacouault-Bitaud, Geneviève Picot. « Les médecins scolaires : valorisation d'une expertise ou dévalorisation d'une profession « féminine » ? », *in* Didier Demazière (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009, pp. 413-423

grande bourgeoisie chilienne marié à une française » ayant eu « des difficultés à s'intégrer à l'hôpital [une fois en France] », semble corroborer cette hypothèse. La trajectoire professionnelle du Dr Amadeo est également intéressante. Médecin généraliste, il commence par « prendre des vacations » en PMI, au début des années 1990, après quelques années d'installation en libéral, pour « diversifier » son activité : « J'avais une petite clientèle et il a fallu que je trouve autre chose pour avoir de quoi vivre. C'est là qu'on m'a parlé de la PMI. J'ai écrit à tous les conseils généraux d'Île-de-France et y a qu'ici qu'on m'a répondu ». Issu d'une « famille de fonctionnaires », ce médecin ne dispose vraisemblablement pas d'un capital économique lui permettant de palier la faible activité de son cabinet, d'autant que ses premières années d'exercice sont marquées par son divorce. Pendant dix ans, les vacations en PMI lui permettent de maintenir son activité libérale à laquelle il renonce lorsque des postes de titulaires sont ouverts. Seul homme de l'équipe, il est également le seul médecin de PMI que j'ai rencontré à s'être installé à son compte avant d'entrer en PMI.

Les médecins femmes ayant exercées un temps « en ville » n'y ont fait que des remplacements. Fille d'une assistante sociale – responsable, en fin de carrière, d'une circonscription de l'Aide Sociale à l'Enfance – et d'un père ingénieur – « issue d'une famille pas aisée mais très catho », le Dr Deckens préfère le « travail d'équipe » plutôt que de « reprendre la patientèle » du médecin généraliste qu'elle remplace, tout en assurant des vacations en PMI, en début de carrière. L'exercice salarié de la médecine apparaît résulter d'un « choix » façonné par le genre et la classe, d'autant plus probable pour des femmes médecins qui plus est peu disposées à l'exercice indépendant. Lors de notre entretien le Dr Deckens ne me dit rien de sa vie de famille. L'entrée en PMI correspond à une « opportunité » de titularisation et une façon d'éviter l'« isolement du médecin de ville ». Or, bien qu'elle ne l'évoque pas, force est de constater qu'elle est aussi mère d'un jeune enfant, au moment d'arbitrer entre le libéral et la PMI.

Les contraintes de genre qui pèsent sur le « choix » d'entrée en PMI sont également partagées par les professionnelles para-médicales pour qui il s'agit alors d'abord de quitter l'hôpital pour se rendre plus disponible pour leurs enfants. Sophie, puéricultrice de 40 ans, quitte le service de néonatologie de Canche à la naissance de son troisième enfant, après 13 ans d'exercice hospitalier : « C'était un choix difficile mais… *honnêtement* avec 3 enfants, l'hôpital, c'était plus gérable du tout. Donc ça pouvait être la PMI ou la crèche familiale ou la pouponnière ». Comme elle, Edith, infirmière de 51 ans, exerce d'abord en pédiatrie pendant cinq ans avant de quitter l'hôpital suite à la naissance de son deuxième enfant : « J'avais des difficultés pour trouver une assistante maternelle pour deux petits, avec les horaires de week end, les nuits et tout ça ». Elle occupe alors le poste de directrice adjointe dans une pouponnière à caractère social, puis d'autres emplois extra-hospitaliers avant d'entrer en PMI :

> « Ça m'a beaucoup plu, beaucoup plu. Mais c'était extrêmement prenant. J'étais adjointe alors j'étais réveillée la nuit quand la chaudière tombait en panne et que la directrice était pas là, des trucs du genre… J'habitais loin. Bref, mon mari m'a dit "C'est bien gentil tout ça mais…". Donc après j'ai travaillé en crèche familiale, un remplacement de deux ans […] Après ça j'ai travaillé comme infirmière en santé scolaire parce que j'ai eu mon troisième enfant. Je suis restée à la maison une petite année puis ça me permettait d'allier les deux quand j'ai repris. [...] La commune où je travaillais m'a proposé la direction d'une halte-garderie couplée avec une crèche familiale. Là je suis restée 7 ans, puis j'ai voulu changer d'air et je suis arrivée en PMI » (Entretien Edith, infirmière en PMI).

Blandine, 50 ans, puéricultrice encadrante, « avoue » quant à elle avoir longtemps hésité à prendre le poste qu'elle occupe alors qu'elle avait « très envie de repartir à l'hôpital », quitté dix ans plus tôt « à cause des horaires ». Après avoir dû « renoncer » au poste de directrice de crèche qu'elle occupait depuis – la famille doit déménager suite au changement d'activité de son mari – , elle est alors « très attirée par un poste en maternité » : « Ils construisaient le nouveau Pôle Femme-Enfant à Canche. Ça m'intéressait beaucoup. […] Mais c'était seulement un week-end sur trois, voire sur quatre de repos. Quand j'ai dit ça à la maison… ».

Les raisons avancées pour justifier le « choix » de la PMI recouvrent des réalités hétéroclites. Toutefois, malgré l'hétérogénéité des parcours, plusieurs éléments saillants demeurent. L'entrée en PMI correspond rarement à une ambition première en soi et mes interlocutrices admettent bien souvent ne pas connaître avant d'y exercer. Et elle intervient bien souvent après plusieurs années d'expériences professionnelles. En situation d'entretien, les impératifs de la conciliation – auxquels elles sont tout autant contraintes et attachées – sont rapidement balayés au bénéfice d'un autre argument, moralement supérieur : une plus grande disponibilité auprès des « familles » que seul permettrait le travail en PMI. Car, ainsi que le résume une médecin responsable d'équipe, « venir en PMI c'est avoir des horaires adaptés, c'est vrai, mais c'est surtout être là pour les gens quand même ».

II. Prendre soin de la maternité, une pratique spécifique

« Je suis arrivée à la PMI par hasard, en 1989 ». Alors qu'elle cherchait à quitter l'hôpital pour ne plus avoir à travailler les nuits et les week-ends, Madeleine, 51 ans, alors infirmière en service de maternité, « entend parler » de postes à pourvoir. Elle concède n'avoir pas été des plus enthousiastes à la perspective de travailler dans ce service. « Franchement, j'avais pas très envie. L'hôpital j'y étais quand même très attachée. J'avais l'impression que je n'allais plus rien apprendre en partant. Pour moi la PMI c'était…je connaissais pas trop. C'était là où t'allait faire les vaccins et ça

s'arrêtait là ». Un peu plus de vingt ans plus tard, se disant aujourd'hui « à [sa] place », elle m'assure ne regretter en aucun cas sa décision : « Je me suis rendue compte du travail qu'on pouvait faire avec les parents. […] Ça correspondait à mes envies de travailler dans la relation, sans trop le savoir. C'est pas pour rien que je suis restée ». Comme cela s'est souvent révélé être le cas au cours des entretiens que j'ai conduits avec les professionnelles de PMI, le récit que fait cette infirmière de sa trajectoire professionnelle donne lieu à un discours de la vocation révélée. Comme si le « hasard », régulièrement convoqué pour expliquer l'entrée dans ce service, faisait finalement bien les choses.

Reconstituant *a posteriori* leur parcours, mes interlocutrices décrivent une série d'expériences professionnelles et d'évènements biographiques, d'enchaînements et de ruptures, amenant de manière cohérente, voire quasi inévitable, non pas tant à « arriver » en PMI mais bien à y « rester ». Elles auraient toujours été davantage des « relationnelles » que des « techniciennes ». Ces récits n'échappent pas aux limites de l'illusion biographique[543] et occultent bien souvent les effets de la socialisation professionnelle pour renvoyer à des qualités propres à leur personnalité. Ils ne sont toutefois pour autant pas dénués d'intérêt. Conduisant à décrire la spécificité de leur activité, des compétences, techniques et savoirs qu'elle exige, ces récits donnent à voir ce qui tient lieu de « fondement constitutif »[544] à l'exercice en PMI : une pratique clinique – diagnostique et thérapeutique – adossée sur l'attention au vécu émotionnel de la maternité.

A. Faire attention

Les parcours professionnels des sages-femmes, infirmières et puéricultrices de PMI ont ceci de commun d'avoir débuté à l'hôpital. Elles y sont formées et y exercent presque toutes pendant de nombreuses années une fois diplômées. Également passés par l'hôpital, la plupart des médecins de PMI que j'ai rencontrés ont pour leur part également connu plusieurs années d'exercice en libéral (remplacements ou installation). Ces expériences antérieures occupent une place déterminante dans la mise en scène de la singularité de l'activité en PMI. Elles sont celles à partir de laquelle, ou plutôt contre laquelle, elles décrivent dorénavant la meilleure façon d'exercer leur métier. Riche, passionnant, parfois galvanisant, l'exercice hospitalier est aussi décrit comme à terme insatisfaisant, en particulier par les sages-femmes, infirmières et puéricultrices.

---

543 Pierre Bourdieu, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales,* Vol. 62-63, 1986, pp. 69-72.

544 Rue Bucher, Anselm Strauss, « La dynamique des professions », *op. cit.*

Le rythme de travail imposé par des services d'obstétrique ou de pédiatrie fonctionnant souvent à flux tendu, gouvernés par l'urgence ou centrés sur le traitement de la pathologie, limiterait la relation aux client.e.s – en particulier aux (futurs) parents – réduisant leur rôle à l'exécution de soins techniques. Pour Aminata, infirmière en PMI ayant exercé huit ans en cardiologie puis quatre ans aux urgences d'une maternité de niveau III, le constat est sans appel : « On n'est que des bras. Piquer, aller là où on t'appelle. Toujours à droite à gauche. Faut que tu prépares. Faut que tu mettes des médicaments en route. Tu es toujours là à dire "je reviens, je reviens". Tu fais tout vite. T'es pas dispo ». Les médecins dénoncent quant à eux plus volontiers la cadence libérale conduisant à « faire de l'abattage », à « traiter les gens comme des numéros », pour « faire du fric », sans pouvoir tenir la place qui devrait être la leur. Aussi, pour le Dr Amadeo, être médecin de PMI revient à être « plus que médecin généraliste » :

> « On est le médecin de famille, celui qui connaît vraiment la famille. […] On aide la mère, enfin les parents, à avoir des relations plus saines avec leur enfant. Les généralistes devraient avoir ce rôle mais en ville ils ne l'ont pas. Ils n'ont pas le temps. […] Chez le médecin généraliste ou le pédiatre, ça dépend des parents, mais franchement c'est rare qu'ils aillent expliquer qu'ils se sentent en échec. Ça se dit pas comme ça. D'emblée. C'est pas facile. Ici, ils se rendent compte qu'ils peuvent » (Entretien Dr Amadeo, médecin de PMI).

Quel que soit leur métier respectif et son mode d'exercice préalable, les discours des professionnelles de PMI mettent en avant ce qui ferait défaut ailleurs pour valoriser ce qui les distinguerait : une disponibilité permettant d'inscrire le soin dans l'épaisseur d'une « relation » attentive au vécu sensible de la parentalité.

Être présentes

Souvent au principe de leur reconversion et de leur entrée en PMI, la disponibilité et la responsabilité temporelles – « qui constituent les deux principales caractéristiques des temporalités de l'expérience des femmes dans la division sociale et sexuelle du travail »[545] – sont autant de compétences, morales et pratiques, à partir desquelles les professionnelles rencontrées revendiquent aujourd'hui faire autrement mieux leur métier. Commentant indignées les récits que font parfois les mères de leur séjour à l'hôpital, les professionnelles de PMI s'accordent régulièrement à souligner, dans l'entre soi professionnel, que la prise en charge n'est pas, au Pôle Femme-Enfant, à la hauteur de l'attention que nécessiterait la mise au monde. Edith, infirmière, me résume la situation :

---

[545] Marc Bessin, Corinne Gaudart, « Les temps sexués de l'activité : la temporalité au principe du genre ? », *Temporalités [En ligne]*, n° 9, 2009.

> « Il y a de très mauvaises équipes à la mater'. Elles prennent pas le temps. Elles sont pas à l'écoute. On te raconte de ces trucs en perm'. T'hallucines. Une maman me disait qu'elle s'est faite engueuler parce qu'elle avait pas donné le sein quand il fallait … Ba ouais, elles sont larguées. […] Il y a le baby-blues et l'angoisse de se retrouver seule avec le bébé. Elles sont terrorisées. Elles ont toutes les peurs possibles et inimaginables. […] Et puis elles repartent au bout de trois jours avec un tout petit bout qu'elles ont même pas eu le temps de décrypter sans avoir eu l'occasion d'en parler et d'être rassurées » (Entretien Edith, infirmière en PMI).

Pour Sylvaine, sage-femme de PMI ayant exercé à la maternité de Canche en début de carrière, les cadences hospitalières n'affectent pas seulement les conditions de travail de ses collègues et le soin délivré aux femmes, elle ampute les sages-femmes de ce qui devrait faire la spécificité de leur métier.

> « Quand tu penses que dans un hôpital comme à Canche, on fait plus de 4000 accouchements par an! C'est tout vite vite. Alors c'est vrai qu'elles sont plus nombreuses qu'à mon époque mais elles ne sont jamais assez nombreuses par rapport à la quantité de travail qu'il y a à faire quoi. Donc elles vont au plus pressé. […] Tu passes à côté de femmes en souffrance. […] Moi je pense que toutes les sages-femmes elles ont envie d'aider les femmes. Ça fait partie je pense de [ce pourquoi] on choisit ce métier. C'est aussi un métier d'aide quoi, d'accompagnement et quand on ne fait plus que du technique… » (Entretien Sylvaine, sage-femme de PMI).

Entrée en PMI pour trouver rapidement du travail suite à son divorce, alors qu'elle n'exerce plus depuis la naissance de ses enfants, cette sage-femme partageait alors « l'idée de la PMI qu'ont les sage-femmes quand elles travaillent au bloc, c'est-à-dire qu'on faisait pas grand chose, que c'était la planque pour les paresseuses ». Délestée de « la technique », la latitude temporelle dont elle dispose aujourd'hui pour « aider les femmes » lui permet de redonner ses lettres de noblesse à un mode d'exercice qui de relégué devient à même, selon elle, de « restaurer les sages-femmes dans [leur] position de sage-femme ».

Les travaux portant sur les sages-femmes soulignent la distinction opérée au sein de la profession entre deux types de suivi – « technique » versus « relationnel » – et l'intérêt que représente la promotion du *care* pour un groupe professionnel pour qui le *cure* ne peut être la seule spécialité[546]. Profession médicale aux compétences limitées, et dont l'ensemble des actes et examens peut de surcroît être réalisé par les médecins, les sages-femmes investissent le versant « relationnel »

---

[546] Danièle Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », *in* Philippe Aïach, Didier Fassin, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, pp. 281-308 ; Philippe Charrier, « Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ? », *Sociétés contemporaines*, Vol. 67, n° 3, 2007, pp. 95-118 ; Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement, op. cit.*

pour défendre l'accompagnement comme leur spécificité[547]. Mobilisant la notion de présence pour parler du *care*, Marc Bessin souligne les usages qu'en fait la profession infirmière « dans sa tentative de construction d'un savoir académique propre » : « si ce processus est encore peu développé en France, les notions de « *presence* », « *caring presence* », « *nursing presence*, etc. sont au centre de nombreux essais théoriques dans les revues de sciences infirmières anglophones »[548]. Or, le travail hospitalier n'offre que peu de place à cette spécialisation. Par contraste, la disponibilité – comme « posture temporelle […] dans laquelle il convient d'être pour pouvoir anticiper, intervenir en situation, au moment propice, de façon pragmatique, adaptée et contextualisée, afin de s'inscrire dans les interstices et répondre aux sollicitations »[549] – contribue à l'ennoblissement de l'activité en PMI et à la respectabilité de ses sages-femmes. À l'instar des sages-femmes libérales décrites par Maï Le Dû, « la volonté de réinvestir le *care* par un accompagnement humain, personnalisé », nécessitant « une temporalité différente de celle imposée par l'institution [hospitalière] »[550], apparaît dès lors au cœur des récits de reconversion des professionnelles de PMI – quand bien même elle ne semble pas objectivement en être toujours au principe. Car la présence qu'elles entendent offrir aux (futures) mères ne relève pas seulement de leurs dispositions morales à répondre aux besoins d'autrui. Elle constitue une condition pratique à partir de laquelle déployer l'acte professionnel qui ferait la spécificité de leurs segments professionnels : « l'écoute ».

La durée des consultations prénatales en PMI est en effet bien plus longue qu'à l'hôpital – 45 minutes à une heure pour la première puis 30 minutes pour les suivantes contre 15 à 20 minutes pour celles à l'hôpital. À Souchet, chacun des deux centres de protection maternelle et planification familiale dispose d'une sage-femme pouvant suivre les patientes de façon continue, là où les sages-femmes hospitalières de Canche revoient rarement les femmes enceintes venues les consulter ou seulement de façon aléatoire, en fonction des hasards des plannings. Selon Fabienne, sage-femme de PMI, la rapidité des consultations contraindrait ses collègues hospitalières à ne se concentrer « que sur le médical », sans avoir le temps de prêter attention aux inquiétudes ou interrogations, contribuant *in fine* à ne connaître des femmes enceintes « que ce qu'il y a dans le dossier ». Contrairement à elles, Fabienne peut, dès qu'elle l'estime nécessaire, ajuster la durée des consultations aux « situations » ou au « contexte de la grossesse » : « Si je me rends compte qu'il se passe des choses,

---

[547] Maud Arnal, "Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement ", *Genre, sexualité & société* [En ligne], n° 16, 2016.

[548] Marc Bessin, "Présences sociales : une approche phénoménologique des temporalités sexuées du *care*", *Temporalités* [En ligne], n° 20, 2014.

[549] Marc Bessin, Corinne Gaudart, « Les temps sexués de l'activité… », art. cit.

[550] Maï Le Dû, « Synthèse entre *cure* et *care* : les sages-femmes déboussolent le genre », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, Vol. 49, n° 1, 2019, pp. 141-142.

je prends plus de temps et la prochaine fois, au lieu de la mettre sur 30 minutes, je prends un créneau d'une heure », m'explique Fabienne. En PMI, les sages-femmes disposent d'une ressource précieuse : avoir du temps et pouvoir en disposer, conditions *sine qua non* à leur présence auprès des (futures) mères.

Suivant Laurence, sage-femme hospitalière, au cours de l'une de ses gardes, j'ai pu mesurer le rythme soutenu du travail en suites de couches et la possible dispersion qu'implique la multiplicité des tâches à accomplir. Les passages en chambre sont rapides : soulager les douleurs, vérifier la cicatrisation d'une épisiotomie, changer un pansement, préparer une ordonnance pour un tire-lait ou une contraception, informer sur la tenue de la réunion de sortie, etc. À chaque fois, il lui faut faire vite et la sage-femme me confie regretter de « ne pas pouvoir [s'] assoir au bord du lit et les écouter un peu ». Au cours de l'une de mes observations, la sage-femme est par deux reprises sollicitée par une jeune accouchée, sortie en peignoir dans le couloir pour demander de l'aide : « J'ai encore des questions, est-ce que quelqu'un pourrait venir ? ». Laurence lui assure qu'« [elle va] passer », lui demande de patienter et finit par l'oublier.

L'importance que les professionnelles accordent à la présence est rendue d'autant plus visible lorsque le sens qu'elles lui attribuent se voit contrarié par les logiques de rationalisation du travail auxquelles elles sont soumises. Alors qu'elles entendent faire du temps un usage « plus qualitatif et pragmatique lié au temps opportun ou propice »[551], la place qu'elles y accordent dans leur pratique est difficilement quantifiable. Pourtant, l'institution exige des professionnelles qu'elles rendent compte du travail effectué en renseignant « leurs statistiques ». Nombre de consultations prénatales effectuées pas une sage-femme, nombre de consultations réalisées par un.e médecine, nombre d'enfants vus au cours d'une permanence … Censés évaluer l'efficience des personnels et des centres, ces indicateurs d'activité sont mal reçus. Les équipes y voient davantage un instrument de prévision et de planification « pour savoir s'il faut fermer un centre », qu'un outil susceptible de rendre compte de leur travail réel, encore moins de leurs compétences. Car, à l'instar « des temps du *care* [qui] ne peuvent pas être contrôlés et compressés de la même façon que d'autres temps de travail », l'attention qu'elles entendent déployer « met en jeu une autre sorte de temporalité »[552]. Ainsi que me l'assure Sylvaine, sage-femme, des pans entiers de leur activité ne peuvent alors pas être mesurés :

> « Par exemple pour la petite dont je te parlais [une adolescente enceinte], comment veux-tu que je mesure le temps que ça me prend ? Déjà, je l'ai dans la tête tout le temps.

---

551 Marc Bessin, Corinne Gaudart, « Les temps sexués de l'activité… », art. cit.

552 Aurélie Damamme and Patricia Paperman, "Temps du *care* et organisation sociale du travail en famille", *Temporalités* [En ligne], n° 9, 2009.

> C'est une situation qui demande plein d'énergie. J'ai passé plein de coup de fil. J'ai eu plein de discussions autour avec l'assistante sociale, avec [la puéricultrice du centre] pour après, le suivi du bébé. Et pour la maman des triplés, c'est pareil. J'ai été encore 30 minutes au tél avec elle, tu vois. Toutes ces petites situations, les coups de fil… J'ai passé au moins une heure au téléphone hier avec la maternité pour une autre dame. Comment je compte ? » (Entretien Sylvaine, sage-femme de PMI).

Suivant une même logique, il est demandé aux infirmières et puéricultrices de caractériser le travail effectué au cours des permanences. Ont-elles reçu tel enfant pour un « suivi simple », une « surveillance du poids », du « soutien à la parentalité » ou des « conseils de puériculture » ? Pour Maud, puéricultrice, mesurer ainsi l'activité n'a pas de sens :

> « C'est pour savoir combien de soutien à la parentalité on fait. Mais ils ont rien compris, je ne sais pas ce qu'ils veulent mesurer avec ça mais ça veut rien dire. On en fait tout le temps [du soutien à la parentalité] […] Une maman qui va pas bien ou juste elle est inquiète à cause du poids [du bébé]… Tu prends le temps de la revoir. Tu lui laisses le temps d'en parler. Tu lui dis qu'elle peut revenir. Elle appelle, tu sens que c'est compliqué, tu rappelles. Lui dis de venir entre deux perm'[…] Ce travail là, à part nous, personne ne peut le faire » (Entretien Maud, puéricultrice en PMI).

« Prendre le temps », « faire revenir », « laisser le temps », « appeler », « être appelé »… constituent autant d'activités pratiques et chronophage traduisant une responsabilité inscrite dans la durée. Pourtant la présence qu'elles requièrent reste invisible, laissant aux professionnelles la désagréable impression que ce qui ne peut être compté ne compte pas.

Parmi l'ensemble des activités qui constituent leur faisceau de tâches, les infirmières et les puéricultrices de PMI accordent à « la permanence de puériculture » – également appelées « la pesée » – une place privilégiée. Tenue une à plusieurs demi-journées par semaine, elle se présente comme un espace-temps lors duquel les « parents » sont « accueillis », sans rendez-vous, pour faire surveiller le bon développement des nourrissons. Mais la « pesée » de l'enfant, à proprement parler, ne constitue qu'une très courte séquence de la « permanence » lors de laquelle il convient davantage pour les professionnelles de se montrer disponible pour des mères « fatiguées », « dépassées », « paumées » afin de les « soulager ».

> « Peser un bébé ça prend 2 minutes mais ce n'est pas ça qu'on fait. C'est vraiment un travail relationnel. Il faut apprendre à se connaître. Il faut se faire accepter pour construire quelque chose après. Si on veut travailler dans la durée, qui apporte quelque chose à la famille et à l'enfant, parce que l'objectif il est quand même là, bah je trouve qu'il faut prendre du temps […] La maman avec les problèmes de …celle qui a beaucoup erré, qui était en retard dans les vaccins [reçue juste avant notre entretien au cours de la permanence]. Je ne me suis pas assez posée avec elle. Elle m'a raconté un peu mais je pense que ça méritait que je m'assoie un peu avec elle, que j'écoute sa souffrance, que je passe une heure avec elle. […] Elle a rendez-vous mardi avec le médecin,

si elle est encore trop perdue je lui donnerai un rendez-vous pour mieux prendre le temps de l'écouter » (Entretien Brigitte, infirmière en PMI).

L'écoute, une pratique clinique

Au moment de l'enquête, un groupe de travail réunit quatre puéricultrices (dont deux cadres) de différentes équipes du département pour rédiger une nouvelle version du « référentiel conseils de puériculture ». Membre du groupe, Blandine, puéricultrice encadrante de l'équipe de Souchet, me convie à suivre leurs réunions. Au cours des séances de travail observées, les discussions portent principalement sur la meilleure façon de définir le contenu et les objectifs de ce que l'institution désigne par « les actions individualisées, étayées par des connaissances médicales, psychologiques, sociales et culturelles, [visant à] assurer la croissance, le développement de l'enfant et le soutien à la parentalité » : les « conseils de puériculture ». Le terme de « conseils », à plusieurs reprises mobilisé dans le document, suscite des vives discussions. S'agit-il vraiment pour les infirmières et les puéricultrices de « conseiller » les mères au cours des permanences ? Ne faudrait-il pas plutôt insister sur « l'écoute » ?

« Magda (puéricultrice encadrante) : L'écoute c'est la base. C'est notre force. C'est notre axe majeur. Faut insister là-dessus.
Blandine (puéricultrice encadrante) : Oui notre écoute c'est aussi un soin. Comme de faire un pansement. Je trouve que ça a autant d'importance. […] Et puis si on écoute bien on est capable d'évaluer les vrais besoins » (Notes de terrain, PMI, groupe de travail) » (Notes de terrain, Groupe de travail « conseils de puériculture », PMI).

L'écoute à laquelle les professionnelles se disent attachées relève, pour elles, d'une pratique préventive à part entière. Elle constitue le mode privilégié d'administration du traitement en PMI – « comme faire un pansement » – tout autant qu'une modalité d'examen. « Écouter, écouter, écouter, recueillir les émotions » : telle est la réponse formulée par une psychologue à une puéricultrice qui se demande comment mieux repérer les dépressions du *post-partum*. Car les mères ne se livrent pas nécessairement spontanément aux professionnelles à propos des difficultés qu'elles pourraient rencontrer. À elles de se montrer attentives, de savoir lire les visages, de sentir les émotions contenues, de débusquer les angoisses, de saisir les malaises, pour identifier les « vrais besoins » qu'il s'agirait *in fine* d'évaluer. Aussi, les « conseils » ne sont pas considérés, en PMI, comme la réponse aux « vrais besoins » des « familles », quand bien même elles s'emploient à les délivrer quand il leur en est fait la demande. Et la « permanence » – que les professionnelles refusent de renommer « consultation de puériculture » comme il leur est proposé – n'ont pas tant pour vocation première de conseiller.

Les professionnelles – médecins comme para-médicales – n'accordent en effet pas un grand intérêt à la diffusion des normes de puériculture qui font bien souvent l'objet de négociations et d'adaptations. « Il n'y a pas de règles, m'assure le Dr Amadeo. La mère se débrouille. Faut la tranquilliser surtout sur ce qu'elle fait ». La pertinence des conseils tout de même délivrés est laissée à l'appréciation des mères : « C'est votre bébé, c'est vous qui décidez ». Alors que « la légitimité de l'expert se fonde pour une bonne part sur [la] mise en cause du travail parental »[553], la posture professionnelle mise en scène en PMI tend à inverser la tendance en questionnant la légitimité des professionnelles à intervenir dans un domaine relavant de l'expertise des mères.

> « On n'est pas dans l'éducation des parents, on fait avec les gens tels qu'ils sont, ils sont responsables de leurs enfants, on peut effectivement leur donner des indications qu'ils vont suivre ou pas suivre, mais c'est eux les responsables. On ne la ramène pas en disant "moi je sais parce que je suis professionnelle" » (Entretien Blandine, puéricultrice encadrante en PMI).

Génératrices d'un certain malaise, pour moi comme pour elles, mes questions quant au rôle « éducatif » de la PMI ont souvent donné lieu à des fins de non recevoir : « Éduquer ? Ça fait pas partie de mon vocabulaire » ; « Je dirais pas ça comme ça » ; « On est qui pour éduquer ? » ; « Est-ce que c'est vraiment notre travail ? » ; « On n'est pas là pour leur dispenser un savoir, on est là pour les écouter, les accompagner et les soutenir dans leurs compétences » ; « On n'est pas là pour donner des ordres ». Pourtant, l'éducation à la santé fait bien partie des missions de l'institution. Les messages de prévention affichés sur les murs en donnent la mesure : « Attention ! Les chutes de la table à langer son fréquentes, parfois graves », « Bébé dort en toute sécurité couché sur le dos », « Ne secouez pas votre bébé », etc. Mais, si l'observation quotidienne des interactions entre le public et le personnel de la PMI permet de révéler des mécanismes d'imposition normative[554], le travail d'éducation à la santé demeure pensé, par les professionnelles de PMI, comme un prétexte à partir duquel déployer leur « cœur de métier » : l'accompagnement des mères.

Chacune m'assure alors être « cool », « très très souple » ou « ne pas détenir la vérité ». La diversité dans l'art et la manière d'élever un enfant est régulièrement mobilisée pour refuser tout dogmatisme. « On diversifie à 6 mois, puis à 4 mois, j'ai tout connu moi ! » ; « [Quand j'ai commencé] on était pour le biberon donc on commandait les boîtes de lait premier âge et on les donnait aux familles. Maintenant on n'a plus le droit pour promouvoir l'allaitement. Ça t'apprend à pas trop savoir ce qui est bien ou pas bien » ; « Ça dépend tellement des cultures. Pourquoi [faudrait-il] que

---

[553] Claude Martin, « La parentalité en questions… », *op. cit.*, p. 43.

[554] Delphine Serre, « Le "bébé superbe" … », art. cit.

ce que nous on fait ça soit bien et ce que les autres font ça soit mal ? ». Comme le souligne Delphine Serre, la « relative absence d'une imposition autoritaire peut dans un premier temps être rapportée au cadre même des pratiques observées, à savoir la PMI : celle-ci étant un service public non obligatoire et gratuit, les professionnelles ont toujours pour horizon-limite de leurs pratiques la défection potentielle (les mères peuvent aller ailleurs), ce qui les incite à recherche l'adhésion des familles »[555]. Mais elle tient aussi à « la situation d'empathie favorisée par cette interaction qui met en jeu, des deux côtés, des femmes et des mères. […] L'identification entre mères […] est à l'origine d'une plus grande souplesse vis-à-vis de certaines normes […] mais elle ne fait pas disparaître l'imposition symbolique : la norme n'est pas remise en cause, son respect est simplement facultatif et susceptible d'aménagements pratiques »[556].

Pour sa part, Françoise Bouchayer met en relation les modulations normatives en cours en PMI avec la nature même des savoirs sur lesquels s'adossent les professionnelles pour « conseiller » les mères en matière de puériculture. Le caractère asymétrique de la relation profane-professionnelle se trouve en effet atténuée dans la mesure où « la légitimité conférée par le diplôme et le poste apparaît insuffisante »[557]. En PMI, les usagères peuvent en effet se revendiquer compétentes « tandis que les consultants en médecine hospitalière ou libérale se perçoivent le plus souvent comme étant "profanes" et ignorants en matière de médecine »[558]. Davantage sensibles à d'autres modèles de diffusion des savoirs, certaines mères accordent d'ailleurs peu de crédit au discours des professionnelles, d'autant plus lorsque ce dernier ne s'adosse pas à l'expérience du « métier de mère »[559]. Fanny, puéricultrice de 34 ans, raconte en avoir fait les frais, en début de carrière, alors qu'elle n'avait pas encore d'enfants :

> « Tu as fait des études mais pour certaines mères ça n'a pas la même légitimité que de dire "moi aussi j'ai des enfants". Tes conseils leurs paraissent plus adaptés et plus justes si tu as en face de toi une mère qui demande un conseil à une mère. Finalement, après l'étiquette de professionnelle tu as l'impression qu'elle s'envole » (Fanny, puéricultrice en PMI).

---

555 *Ibid*., p. 124.

556 *Ibid*., p. 125.

557 Françoise Bouchayer, « Médecins et puéricultrices de Protection maternelle et infantile … », art. cit. p. 83

558 *Ibid*. p. 82.

559 Séverine Gojard, *Le métier de mère*, *op. cit*.

Sans chercher pour autant à se montrer comme des mères expertes, plusieurs professionnelles s'adossent d'ailleurs sur leur propre expérience maternelle pour transmettre un savoir acquis au travers de leur travail de soin profane :

> « Pour un bébé qui a l'œil qui coule, le canal lacrymal bouché, mon pédiatre m'avait donné un truc. […] Faire des massages plutôt que de donner de médicaments. Il suffit de masser régulièrement. Moi mes enfants ça a marché donc moi souvent je le dis aux mamans. Des fois ça fonctionne, des fois non. Je leur dis aussi que ça peut ne pas marcher. Il faudra peut-être un petit collyre antibiotique. Il faudra consulter. […] Ça m'arrive de dire ce qui a marché avec mes enfants. Mais ce qui a fonctionné sur ton enfant va pas forcément marcher sur les autres. Mais je leur dis : "moi j'ai fait comme ça mais…" » (Entretien Aminata, infirmière en PMI).

Conseiller ne constitue pas, pour les professionnelles de PMI, la raison d'être de leur activité. Comme me l'indique une infirmière, « quand [les mères] sortent d'ici elles font bien ce qu'elles veulent ». « L'écoute » donne, en revanche, davantage de sens à leur activité. Parce que cette pratique s'adosse sur d'autres savoirs et savoir-faire que ceux de la puériculture, écouter constitue une activité constituée en expertise, source de reconnaissance et de gratifications symboliques.

« Pratique dont on pourrait penser qu'elle relève largement de qualités ordinaires auxquelles s'appliqueraient une sorte de sens commun »[560], l'écoute adopte pourtant « trois formes distinctes que l'on peut provisoirement qualifier d'instituée, quand elle correspond à la pratique habituelle des psychologues ou des psychiatres, d'improvisée, lorsque des professionnels d'autres métiers se l'approprient de façon généralement accessoire, enfin de généralisée, lorsqu'elle s'affranchit des règles et des cadres canoniques pour diffuser censément à l'ensemble des activités du dispositif »[561]. En PMI, l'écoute est à la fois « généralisée », pratiquée depuis le secrétariat jusqu'au cabinet médical en passant par la salle de pesée, et « instituée », *a fortiori* lorsqu'elle est pratiquée dans le bureau de la psychologue. Pour Sylvaine, qui m'assure « [ne pas avoir] la prétention de faire la psy », le « rôle de la sage-femme » est d' « écouter pour rassurer les femmes angoissées ». D'ailleurs, m'assure-t'elle, « même les psy disent : "Arrêtez de nous envoyer tout le monde". Les angoisses ordinaires de la grossesse on sait faire ». Aussi, l'écoute en PMI n'est jamais « improvisée » car les professionnelles qui entendent la mettre en œuvre ne le font pas de façon « accessoire ». L'écoute est au contraire constituée en « acte professionnel caractéristique »[562] autour duquel les différents segments qui composent l'équipe font groupe. Parmi les diverses activités du faisceau de tâches des

---

[560] Didier Fassin, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, 2004, p. 71.

[561] *Ibid.*, p. 72.

[562] Rue Bucher, Anselm Strauss, « La dynamique des professions », *op. cit.*, p. 73.

professionelles de PMI, cette activité leur permet de donner bien plus de cohérence à leur collectif de travail que chacune de leurs diverses activités. Quand bien même elle ne relève pas d'un registre d'action analytique, comme pour les « psy », médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières mais aussi secrétaires s'approprient l'écoute pour en faire une pratique clinique au « cœur » de leur métier en PMI.

Alors que « la vertu de l'écoute suppose sa banalisation et sa déprofessionnalisation », les professionnelles de PMI ne la confondent pas nécessairement avec une pratique profane. Elles formulent certes leur travail en se référant à la fonction (grand-)maternelle qu'elles endosseraient, source d'une attitude prévenante et « contenante » pour les femmes qu'elles prennent en charge. « Je vois ça comme un peu un rôle de grand-mère, m'explique Brigitte. La grand-mère rassurante, maternante, valorisante » ; « Y a des mamans qui viennent, on sent qu'elles ont besoin de maternage, m'assure Delphine, puéricultrice. Leur bébé, il va bien mais elles viennent plus régulièrement pour être maternées ». Mais « le maternage » ne peut ici être confondu avec le *caring* des femmes de milieux populaires exerçant des « petits métiers féminins » pour lesquelles l'attention aux autres et le fait de s'en occuper constituent un capital culturel fragile toujours susceptibles de dévaluation[563]. Se soucier d'une mère en étant attentive à son éventuelle souffrance s'inscrit dans le cadre d'une activité professionnellement institutionnalisée – la prévention – et sa nécessité s'adosse sur une appropriation de savoirs experts – les savoirs « psy ». Si, « à la différence de la clinique médicale ou psychiatrique, qui suppose des savoirs et des compétences spécifiques, écouter est un acte, et peut-être une attitude, qui sont de l'ordre du quotidien et qui, au fond, peuvent être mis en œuvre par tout un chacun »[564], l'écoute en PMI tient lieu de pratique clinique pour un segment professionnel cherchant à faire de la « relation mère enfant » sa « spécialité informelle »[565].

B. Des cliniciennes de la relation mère-enfant

En PMI, la pratique véritablement experte relèverait moins de la capacité à conseiller qu'à celle d'« entendre la demande », de déterminer les « vraies raisons » de la fréquentation du centre par telle ou telle (future) mère – *a fortiori* quand l'usage ne se limite pas à une ou deux pesées en

---

563 Beverly Skeggs, *Des femmes respectables, op. cit.* ; Marie Cartier, « Le caring, un capital culturel populaire ? À propos de *Formations of Class & Gender* de Beverley Skeggs », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 191-192, n° 1-2, 2012, pp. 106-113.

564 Didier Fassin, *Des maux indicibles…, op. cit.*, p. 71.

565 Alain Giami, « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », *in* Géraldine Bloy, François-Xavier Schweyer (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, pp. 147-168.

sortie de maternité ou à la seule impossibilité « d'aller en ville » pour faire suivre sa grossesse ou son nouveau-né – en somme de repérer un éventuel « problème familial sous-jacent » ou « une maman qui va pas bien ». Car les conseils sollicités, d'autant plus s'ils sont nombreux et répétés, sont régulièrement considérés comme autant de demandes d'étayage non verbalisées. Si les mères reviennent régulièrement en PMI c'est qu'elles y viendraient, selon l'une des psychologues qui ne manque pas de la rappeler à l'équipe, pour « exposer quelque chose » :

> « Elles viennent pour qu'on leur dise vous êtes une mère excellente. Ça on ne leur dira jamais. Enfin pas comme ça. Ou bien elles viennent nous dire c'est difficile mais je ne sais pas comment vous le dire. Voilà elles viennent nous dire quelque chose quoi » (Journal de terrain, réunion d'équipe, PMI).

Or, ce qui s'y trouve « exposé » relève surtout de ce sur quoi les professionnelles portent leur attention et de ce qu'elles cherchent à constituer en domaine d'expertise : la relation mère-enfant.

« Surveiller » pour « veiller sur » : l'examen de la relation mère-enfant

Au cours de mes premières observations, je suis déstabilisée par mon incapacité à « voir » ou du moins à accorder de l'importance à ce que les professionnelles ont pourtant remarqué et me signalent après coup : une femme enceinte n'évoquant pas le bébé ou ne portant jamais ses mains à son ventre ; une mère tenant son nouveau-né sur les genoux, loin d'elle ; l'anxiété d'une autre repérée à la liste de questions enregistrées préalablement sur son téléphone ou à un carnet de santé témoignant d'un nombre excessif de consultations chez le médecin traitant ; un nourrisson cherchant du regard sa mère, semblant inquiet dans ses bras ou ne lui souriant pas... Avec le temps, j'éduque mon regard à « voir » ce qui pour elles est signifiant et me surprends à pouvoir leur répondre par l'affirmative lorsqu'elles me demandent si « j'ai vu ». Je me familiarise avec un regard qui permet de « faire parler ce que tout le monde voit sans le voir, et de le faire parler aux seuls qui soient initiés à la vraie parole »[566], caractéristique du regard clinique selon Michel Foucault. J'apprends en définitive à être moi aussi attentive à ce qui « fait parler » l'équipe, à ce qui conduit les professionnelles à se montrer plus présentes, en somme à ce qui les concerne – les implique et leur revient de traiter –, soit à ce que Florence, psychologue, appelle des « avatars » dans la relation mère-enfant :

> « Quelque chose qui ne va pas bien. Alors quelque chose qui saute à l'œil ça peut être la difficulté à poser des limites, des difficultés de séparations ça c'est un peu classique. Y en a d'autres [infirmières ou puéricultrices] qui vont dire "Il y a quelque chose que je perçois pas bien, c'est compliqué pour cette maman avec cet enfant. Tu vois dans les soins, tout ça, ça va bien, l'enfant est bien éveillé mais je sens qu'il y a quelque chose

[566] Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 2000 [1963], pp. 115-116.

> qui ne va pas bien. Je ne pourrais pas bien mettre en mot mais il y a quelque chose qui me semble compliqué. Elle est facilement émue. Elle a facilement les larmes aux yeux. Tu sais elle est très attachée à cet enfant mais je la trouve parfois un peu bourrue". Tu vois c'est ça un avatar. Il y a quelque chose qui n'est pas aisé mais on ne saurait pas dire ce que c'est » (Entretien Florence, psychologue en PMI).

L'attention des professionnelles de PMI ne relève pas seulement d'une écoute aux vertus thérapeutiques mais aussi d'une activité d'examen, prise en tension entre « veiller sur » et « surveiller »[567], plaçant les mères et les nouveaux-nés au cœur d'une « machine à regard »[568]. Comme le remarque Frédérique Giuliani, à propos d'un dispositif d'accompagnement des parents de l'Aide Sociale à l'Enfance, « plus que ses manières de faire, ce sont ses manières d'être avec son enfant, de le percevoir, de le penser, de lui parler, voire de l'aimer, qui sont passées au crible »[569]. En PMI, il s'agit alors moins de vérifier l'observance de règles d'hygiène, d'alimentation et de soins corporels que de veiller à la manière dont le maternage est vécu par les femmes, et reçu par les nourrissons et jeunes enfants. L'usage que font les membres de l'équipe des « savoirs psy » relatifs à « la relation mère-enfant » les conduisent régulièrement à attribuer aux émotions maternelles l'étiologie des reflux gastro-œsophagiens, des coliques ou des troubles du sommeil qui ne trouveraient pas d'explications somatiques. Selon le Dr Beachelen, « les enfants c'est des éponges. Ils somatisent tout ».

Certes les normes de puériculture sont relativisées, mais toute forme d'encadrement n'est pas pour autant suspendue. Ce qui se joue au cours des interactions entre profanes et professionnelles de PMI a en fait moins à voir avec la correction des pratiques maternelles qu'avec une forme de régulation de l'expérience subjective de la maternité (Cf. Chapitre 6). Comment les interactions entre la mère et son enfant se déroulent-elles ? La mère prend-elle plaisir à s'occuper de son nourrisson ? Se sent-elle contrainte, accablée, incapable ? Si les questions que posent les médecins, sages-femmes, puéricultrices et infirmières aux (futures) mères sont d'abord d'ordre médico-sanitaire, celles d'ordre psychologique sont aussi – voire surtout – celles qui animent leur vigilance.

> « Observation en permanence de puériculture. Une mère et son bébé viennent de sortir de la salle de pesée. À la porte, Pauline, la secrétaire, interpelle Brigitte, infirmière en charge de la permanence ce jour : "Je peux te voir un instant". Les deux femmes s'éloignent et je n'assiste pas à l'échange. J'apprendrai à la fin de la "pesée" suivante que "Pauline avait remarqué quelque chose" à propos de l'usagère qui s'apprête à entrer en salle de pesée avec son nourrisson de près d'un mois. En salle d'attente cette mère

---

[567] Anne-Sophie Vozari « "Surveiller" pour "veiller sur" en Protection maternelle et infantile », *in* Yvonne Knibiehler, Francesca Arena, Maria Cid López, *La maternité à l'épreuve du genre. Métamorphoses et permanences de la maternité dans l'aire méditerranéenne*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2012, pp. 109-116.

[568] Dominique Quessada, « De la sousveillance… », art. cit. p. 55.

[569] Frédérique Giuliani, « Éduquer les parents ?… », art. cit., p. 85.

allaitait son enfant, tout en étant rivée, pendant toute la durée de l'attente, sur son téléphone portable qu'elle tenait de sa main libre. Le détachement apparent de cette femme "questionne" la secrétaire qui juge nécessaire d'alerter Brigitte. Depuis la salle de pesée où je suis restée seule à peine quelques minutes, je ne sais rien de ce qui se passe en salle d'attente ni de ce que ce sont dit Pauline et Brigitte. L'infirmière revient, fait entrer cette mère, une femme blanche d'une trentaine d'années qu'elle rencontre pour la troisième fois. Pour avoir déjà observé plusieurs "pesées", l'interaction qui s'en suit me paraît assez banale. L'infirmière accueille la mère, prend le carnet de santé de l'enfant, consulte rapidement le dossier informatique. Habituée, la mère déshabille le nourrisson afin qu'il soit pesé. Elle répond aux questions routinières de Brigitte sur le sommeil et l'allaitement. "Comment ça se passe ?". La mère décrit la fréquence et la durée des tétées, les réveils nocturnes et raconte qu'on lui a offert une écharpe de portage. Cela "[la] soulage" : elle n'a plus à avoir "tout le temps [son bébé] dans les bras" et elle peut "faire autre chose". Brigitte ne relève pas ces commentaires auxquels elle m'expliquera plus tard accorder pourtant de l'importance. Une fois seules, elle me raconte ce que lui a rapporté Pauline et ajoute "elle a besoin d'avoir les mains libres, de faire autre chose… ça me met la puce à l'oreille. Ça avait l'air d'aller quand même mais je garde ça en tête. Je verrais la prochaine fois s'il y a vraiment quelque chose" » (Journal de terrain, PMI).

« Remarquer quelque chose en salle d'attente », « avoir la puce à l'oreiller », « garder ça en tête », « voir la prochaine s'il y a quelque chose », autant d'expression qui signifient la veille qu'assure, en PMI, aussi bien une secrétaire qu'une infirmière. Leur vigilance, si elle relève aussi d'une police, n'a toutefois pas pour objectif de repérer d'éventuelles défaillances maternelles, dans une perspective coercitive. « On n'est pas flic ! », s'insurgent les professionnelles quand je m'aventure à leur demander si leur travail ne relèverait pas aussi de la surveillance.

« Une fois en réunion, mais ça fait très longtemps, y a une dizaine d'années, une puéricultrice avait dit qu'en fin de compte la PMI c'était la police de la protection de l'enfance. J'avoue que ça m'a extrêmement choqué. Mais c'est pas notre place du tout ! On est là pour donner confiance aux familles, pas pour les surveiller. Mais c'était une puéricultrice proche de la retraite… C'était peut-être plus le cas avant. Mais on n'est certainement pas la police. On n'est pas là pour surveiller ou pour redresser les familles. On n'est pas là pour être sur le dos des familles. On est là pour aider… » (Entretien Dr Amadeo, médecin de PMI).

Si Pauline alerte Brigitte ce n'est pas pour dénoncer une femme qui allaiterait mal mais pour l'enjoindre d'être attentive à une mère potentiellement fragilisée qu'il s'agirait de soutenir pour le bien de sa relation à l'enfant, et par là les protéger.

« Dans PMI y a protection... Je suis assez loin de ça parce que moi je suis secrétaire médicale, mais oui c'est vrai quand je vois des choses en salle d'attente j'en fais part aux infirmières. Des fois ça m'est arrivée de dire, voilà cette dame-là elle me paraît triste, elle ne tient pas son bébé dans les bras, elle lui donne comme ça le biberon sans le regarder, ça me pose question. C'est tout. Je dis juste que ça me pose question » (Entretien Pauline, secrétaire en PMI).

Au centre de La Tour, depuis l'accueil séparé par une grande baie vitrée de la salle d'attente, Pauline est aux avant-poste de la vigilance et participe, en sentinelle, à l'examen de la relation mère-enfant. Cette secrétaire de 33 ans me dit être d'autant plus impliquée dans cette tâche d'examen qu'elle sait, pour en avoir fait l'expérience, que « ça fait des dégâts ». Acquise à l'idée que le mal-être des mères est risqué pour l'enfant, elle me confie – après l'avoir sous-entendu à plusieurs reprises – avoir fait une dépression à la suite de la naissance de ses enfants et avoir été aidée par une médecin de PMI. Fille d'une mère secrétaire municipale et d'un père électricien, Pauline attribue à ses « grossesses compliquées » et au fait de « [ne pas avoir] été très bien quand ils étaient petits », les « difficultés » qu'ils rencontrent aujourd'hui : « relation fusionnelle », « problèmes de séparation », « retards de langage », « troubles d'apprentissage ». Si les « savoirs psy » ont largement pénétré l'univers des professions intermédiaires de la petite enfance et de la santé, la « culture psychologique de masse »[570] identifiée par Robert Castel n'est pas restée étrangère aux membres des classes populaires – y compris masculins[571]– occupant, en particulier des métiers de service. Agents techniques spécialisés des écoles maternelles, assistantes maternelles, aides à domicile pour personnes âgées ou ici secrétaires en PMI, des femmes peu diplômées sont elles aussi familiarisées à ce registre de savoirs. Et leur appropriation est susceptible de renouveler leur rapport au monde social[572] et notamment au travail parental. Les secrétaires de PMI ne sont ni médecins, ni infirmières, ni auxiliaires de puériculture et le rappellent aux usager·es des centres en les incitant à s'adresser aux professionnelles autorisées. Elles revendiquent toutefois de pouvoir elles-aussi « écouter » et « voir ». Les équipes comptent d'ailleurs sur leur participation. Attentive à la « relation mère-enfant » comme doit l'être toute « bonne » professionnelle de PMI, les savoirs et savoir-faire acquis par Pauline via son engagement parental font pour elle office de ressource, voire d'un capital culturel, parce qu'ils s'inscrivent en plein dans l'univers de sens de ses « collègues », professionnelles de santé. Diplômée d'un bac pro bureautique, cette secrétaire débute sa carrière dans le secteur privé, dans de « gros cabinets ». Enceinte de son premier à 22 ans, elle interrompt son activité professionnelle pendant cinq ans et s'engage dans une carrière d'investissement maternel : allaitement prolongé, suivi assidu des réunions de la Leche League, trésorière puis vice-présidente d'une crèche parentale… Elle reprend par un remplacement de six mois dans un centre de PMI à côté de chez elle, où, du fait de ses « connaissances », elle fait régulièrement office d'auxiliaire de puériculture.

---

[570] Robert Castel, *La gestion des risques…, op. cit.*

[571] Olivier Schwartz, Olivier, « La pénétration de la "culture psychologique de masse" dans un groupe populaire : paroles de conducteurs de bus », *Sociologie*, Vol. 2, n° 4, 2011, pp. 345-361.

[572] Voir notamment Marie-Hélène Lechien, « Stratégies de défense ou de résistance à la domination ? Le cas des assistantes maternelles », *Savoir/Agir*, Vol. 26, n° 4, 2013, pp. 17-22.

> « J'ai adoré, j'ai vraiment adoré. En plus au début il n'y avait pas de puéricultrice, une en congé maternité et un recrutement en cours. C'était une ouverture de centre. Donc j'étais qu'avec les médecins. Comme on avait discuté un peu avant, qu'elles avaient vu que sur l'allaitement j'avais des connaissances, que comprenais les mamans et que la PMI je savais ce que c'était, elles m'ont dit "tu peux aider", "tu peux peser", "mesurer" et elles venaient même me chercher sur l'allaitement… Je me suis vue aider une dame… Elle avait du mal. Je l'ai déculpabilisée. Je lui avais dit "je suis pas infirmière, je suis pas auxiliaire de puer mais je vous parle de mon expérience, de ce que. Surtout ne vous jugez pas. Ne vous mettez pas la pression. Elle revenait toutes les semaines cette dame. Ça c'était super. Enfin j'ai vraiment adoré ce poste. Je faisais un peu auxiliaire de puér'. Et puis une médecin m'avait poussée, elle voulait absolument que je passe puer', enfin auxiliaire » (Entretien Pauline, secrétaire de PMI).

Le travail parental de Pauline agit ici comme une ressource d'autant plus capitalisable qu'elle y fait la démonstration de sa conformité avec les normes de la « puériculture psy »[573], centrée sur la « relation mère-enfant ». Là où cette secrétaire parvient à faire office d'auxiliaire de puériculture, voire de puéricultrice, et s'élève par là symboliquement dans la hiérarchie professionnelle en PMI, l'appropriation du registre de la psychologie permet également aux professionnelles para-médicales d'occuper une autre position que celle de subalterne par rapport aux médecins.

Mobilités professionnelles

> « La PMI, son rôle premier c'est tout ce qui est préventif par rapport à la santé. Et la santé c'est quelque chose de global puisque c'est un état de bien-être. Donc on s'occupe de tout ce qui est social, de tout ce qui est psychologique, de tout ce qui est relationnel » (Entretien Dr Beachelen, médecin de PMI)

A priori spécialistes du corps de l'enfant, médecins, sages-femmes, infirmières et puéricultrices de PMI sont particulièrement attentives aux désordres engendrés chez l'enfant par des difficultés vécues par les parents, et en premier lieu les mères, susceptibles d'interférer dans la relation à l'enfant. La perspective « globale » de l'enfant qu'elles adoptent les éloigne *a priori* des activités caractéristiques du « noyau dur » de leurs professions, mais leur permet d'étendre leur juridiction. Dans cette entreprise, l'appropriation des savoirs relevant du domaine du psychisme constitue une ressource en ce qu'elle leur permet de définir un espace de pratiques à distance de la seule dimension « sanitaire » et « médico-sociale ». Lorsque Florence – devenue depuis psychologue – témoigne du temps où elle était puéricultrice dans un service de PMI du Nord, « où il y a une vraie misère sociale », les anecdotes qu'elle me raconte – prenant l'allure de véritables faits d'armes – lui servent à m'assurer ce qui importe d'abord : que les enfants soient aimés. Une posture qui permet de mettre le « social » à distance pour revendiquer lutter contre une autre forme de désaffiliation,

[573] Séverine Gojard, *Le métier de mère, op. cit.*

aux ravages tout aussi – si ce n'est plus important – la perturbation du lien qui devrait unir l'enfant à ses parents.

> « Quand j'aillais au domicile, j'ai vu des trucs… Des gens qui lavaient les préservatifs et qui les faisaient sécher sur leur radiateur. Des gens qui vivaient en caravane. Des gens dans une grande précarité. Des fermes délabrées, à la limite du taudis […] Je pesais le bébé, il y avait un gros chien à mes pieds et le mec dans la pièce d'à côté qui astiquait son fusil de chasse. Mais ces enfants ils étaient très aimés. Ils étaient lavés tous les trois jours parce qu'il fallait faire chauffer l'eau sur un feu à charbon à bois donc ils étaient pas toujours très propres. Ils n'achetaient pas de calinette [serviette nettoyante pour bébé] ces gens. Mais avec un vieux gant de toilette bien rèche et de l'eau un peu froide, ils débarbouillaient le bébé de temps en temps. Mais c'est pas important ça. On s'en remet d'avoir de la crasse sur le corps. Ou d'être élevé au lait concentré sucré. C'est vachement plus économique mais ça fait des enfants obèses. C'est pas top, mais on s'en remet. Mais on ne se remet pas qu'on ne vous parle pas. On ne se remet jamais de ne pas avoir été aimé » (Entretien Florence, psychologue en PMI).

Au sein des équipes de PMI, les infirmières et puéricultrices ont tout particulièrement intérêt à faire du « soutien à la parentalité » une spécialité. Cette pratique leur permet, d'une part, de gagner en autonomie vis-à-vis des médecins dont elles étaient historiquement les auxiliaires. D'autre part, leur expertise de la relation mère-enfant autorise des parcours de mobilité les conduisant à quitter le sanitaire pour rejoindre le « monde psy » et occuper une position symboliquement plus valorisée dans l'espace de la périnatalité.

Infirmière diplômée en 1975, Evelyne travaille d'abord aux urgences pédiatrique et en pédiatrie pendant 4 ans, avant d'entrer en PMI, elle aussi, « par hasard » : « J'avais besoin de me rapprocher de chez moi. […] La PMI je ne connaissais pas du tout. J'ai eu beaucoup de mal au début, je me suis un peu demandée ce que je faisais là. Je sortais de urgences… ». Elle y exerce quatre ans, « arrête » suite à la naissance de son premier enfant, puis du deuxième – pendant six ans – puis passe le concours d'entrée à l'école de puériculture et suit la formation pendant un an. Diplômée puéricultrice en 1990, elle revient en PMI et « découvre vraiment la PMI et ses missions » :

> « Ça commençait à bouger, on a vraiment changé de mode de fonctionnement […] Quand je suis arrivée au début y'avait pas tellement cette idée de promotion de la santé globale, de soutien à la parentalité. C'est venu après. Y avait beaucoup moins d'accompagnement des parents. On assistait le médecin en fait. On pesait. On mesurait. On préparait les vaccins. On tendait le carnet de santé. On était vraiment les assistantes des médecins. […] C'est venu de l'évolution des besoins de parents, de la littérature aussi, de ce qui été observé au niveau de la relation parent-enfant. Les médecins au début ils ont eu du mal, "comment on va faire ?" […] Je trouve qu'on a plus notre place maintenant » (Entretien Evelyne, puéricultrice en PMI).

Professions para-médicales, infirmières et puéricultrices ont longtemps eu pour mission en PMI – comme les assistantes sociales avant elles – de préparer et compléter le travail des médecins en

« [créant], comme l'écrit le Médecin Inspecteur de PMI dans son rapport 1973, le climat propre aux vaccinations », en « s'assur[ant] que les conseils donnés étaient appliqués et surtout correctement interprétés », en « complet[ant] par son expérience et des explications patientes les directives tracées à la consultations ». L'évolution des « besoins des parents » et la diffusion des savoirs relatifs à « la relation parent-enfant » – « la littérature » – permet aux professionnelles de PMI, en particulier aux infirmières puéricultrices, de justifier le bien-fondé de la nouvelle « place » qu'elles occupent. Force est de constater que ce repositionnement de leur activité correspond aussi à un gain d'autonome vis-à-vis des médecins dont elles ne préparent plus le travail. Lors des temps de « pré-consultations », avant que les usage·res ne rentrent dans le cabinet médical, elles les reçoivent, pèsent et mesurent les enfants, et font le point, comme en permanence, sur le sommeil et l'alimentation. Préalables à la consultation les interactions entre les professionnelles et les parents épargnent certes les médecins de peser et mesurer l'enfant, mesures participant à l'examen somatique. Mais ces tâches servent, là encore, surtout de support, voire de prétexte, à l'examen des aspects relationnels de la vie des « familles » dont elles acquièrent une bien meilleure connaissance que les médecins.

> « Nous on les voit plus souvent les familles. On les voit en permanence, en pré-consult'. On peut aller à domicile. On a une vue plus globale des interactions entre les deux parents, entre les enfants, entre les parents et les enfants. On connaît les familles. On explique [au médecin] où en est la famille. Je pense qu'on a une vue plus globale des interactions familiales » (Entretien Sophie, puéricultrice).

Alors que les consultations infantiles durent en moyenne 20 minutes, la régularité des temps de « permanence » –où les mères peuvent se rendre toutes les semaines, plusieurs fois si elles le souhaitent –de « pré-consultation », des rendez-vous ou visites à domicile qu'elles peuvent proposer, accordent aux infirmières et puéricultrices, par leur présence plus importante auprès des familles, un savoir auquel les médecins ont moins accès. De subordonnées, elles sont devenues des partenaires obligées : quand il s'agit d'accompagner les parents. Aussi, en cas de désaccords voire de conflits, infirmières et puéricultrices peuvent remettre en cause l'autorité des médecins en faisant valoir l'étendue de leur « regard ». Le plus souvent, elles ne font, comme le dit Sophie, qu'expliquer au médecin « où en est la famille », et partagent le savoir qu'elles sont les plus à même de détenir. Parfois, comme en témoigne Edith, elles peuvent s'autoriser, au nom de leur « mission » de soutien à la parentalité, à s'opposer au médecin :

> « Il m'est arrivé un truc avec un médecin qui recevait un enfant en consultation. La maman est venue avec des enfants qui n'étaient pas les siens. Elle les gardait pour des voisins qui venaient de s'installer et qui ne connaissaient personne. […] C'était une famille que je connaissais bien, avec plein de problèmes. Ça me dérangeait un peu. […] J'avais essayé de lui dire que… en gros, pas comme ça mais qu'"avec les difficultés que vous

> rencontrez avec votre enfant ça peut poser problème". […] Le médecin m'a dit "c'est ma consultation", "tu te permets….", "elle va pas revenir" en gros de quoi tu te mêles. Je lui ai dit "non". Pour moi, ça fait partie de ma mission. Cette famille je la connais. La maman elle se met encore plus en difficultés. Et je lui dis "en plus ce n'est pas ta consultation, c'est un travail d'équipe en PMI". Le médecin responsable m'a dit que j'avais tout à fait raison » (Entretien Edith, infirmière en PMI).

Dans un contexte où les médecins sont, en PMI, dépossédé·es de l'essentiel des prérogatives les distinguant traditionnellement des professions para-médicales, devoir composer avec l'expertise familiale dont disposent les infirmières et puéricultrices entame encore un peu plus leur pouvoir médical. Contrebalancé par l'augmentation des effectifs d'infirmières et puéricultrices, la diminution du contingent des médecins de PMI fait d'ailleurs présager au Dr Amadeo que la consultation médicale ne disparaisse à terme pour être remplacée par des « consultations de puériculture » : « en plus ça coûtera moins cher et avec une prescription médicale elles pourront faire les vaccins ».

Les infirmières et puéricultrices n'entendent plus assurer le « sale boulot », en préparant le travail des médecins. Tout en assurant la surveillance socio-sanitaire, elles cherchent dorénavant aussi à préparer le travail des psychologues. « Connaître la famille », « repérer un mal-être », « sentir que quelque chose ne va pas », les conduit régulièrement à adresser des mères aux psychologues de l'équipe, lorsqu'elles les estiment suffisamment « cortiquées »[574]. Ici l'expression, courante dans le milieu médical, renvoie à une capacité de compréhension, laquelle participe aussi – surtout – à nommer le degré d'adhésion dont pourrait faire preuve les mères vis-à-vis de la prise en charge psychologique. L'observation régulière des pratiques montre que ce type de jugement est avant tout un jugement social. Les femmes appartenant aux fractions stabilisées des classes populaires et aux classes moyennes sont orientées vers la psychologue, contrairement aux « migrantes » ou « primo-arrivantes ». Florence, psychologue, n'assure d'ailleurs pas les mêmes activités d'un centre à l'autre. Alors qu'elle se rend, une fois par mois, dans les salles d'attente de deux des trois centres de PMI de son secteur – pour « [se] présenter aux familles » et « engager la discussion » – elle ne le fait pas au centre de la Tour, le plus populaire, alors qu'elle y a pourtant son bureau. Si elle m'assure que « dans [son] bureau, il y a une vraie mixité sociale » – soulignant suivre « des gens qui manifestement pourraient payer à l'extérieur » – elle semble découvrir, quand je lui en fais la remarque, que sa pratique ne concerne pas les « migrantes », pourtant nombreuses à fréquenter le centre :

---

574 Le terme renvoie au « cortex cerébral ». Dans sa thèse, Camille Foubert montre que les médecins qualifient de « cortiqués » des malades qui comprennent le langage médical et les enjeux des traitements ; en général membres des classes moyennes et supérieures. Cf. Camille Foubert, *Traiter la « différence » : le tri des patient·es par les personnels hospitaliers en France et au Québec*, Thèse de doctorat en sociologie, EHESS, 2020

> « Tu as tout à fait raison…. Il faut que je réfléchisse à pourquoi je ne vais pas en salle d'attente ici. Je vais dans la salle d'attente dans les autres centres de PMI et bizarrement pas ici. C'est pas le même public qu'ici… Et d'ailleurs même si je suis moins présente dans les autres centres, elles [les usagers des autres centres] me sont adressées par les collègues et elles viennent ici. Or, ici, je suis sur place… Les migrantes, elles sont là et je ne les voie pas… Pourquoi je ne vais pas en salle d'attente ici ? […] Tu me donnes une piste de travail quand même » (Entretien Florence, psychologue en PMI).

« Adresser » les mères aux psychologues nécessite, pour les professionnelles para-médicales, de faire preuve de tact, « pour ne pas les effrayer », me précise Maud, puéricultrice – « je ne le fais pas tout de suite, faut qu'elles soient prêtes à entendre » – et se félicitent d'avoir amené une mère à consulter. Elles s'enquièrent régulièrement auprès des psychologues de l'efficacité de leur travail – « Est-ce qu'elle t'a appelée ? », « Elle est venue te voir ? » – et sont souvent déçues lorsque ces dernières leur répondent par la négative. Les psychologues de PMI leur assurent alors que leur travail n'a pas été vain. Comme me l'explique Aline, elles ont « planté une graine » qui germera plus tard, une fois que « le temps psychique » aura fait son œuvre – ou que l'« adresse » aura été répétée par d'autres :

> « La professionnelle qui pense que ça aiderait beaucoup la maman ou l'enfant, elle le pense à ce moment là, mais pour la maman ou l'enfant, on n'en est pas encore là. Ce n'est pas le bon moment. Il y a un problème de timing. Donc la dame va prendre consciencieusement la carte de visite et elle ne m'appellera pas, ou du moins pas tout de suite. Je trouve que ce n'est pas si grave que ça. Alors des fois la professionnelle met en doute ses propres capacités à faire passer le message. Alors moi je lui dis ce n'était pas le bon moment pour elle. Il a y eu une adresse. La dame a mis ma carte dans son sac, sur le frigo, etc. elle retombera dessus, je ne m'inquiète pas. [Les professionnelles] au moment, où elles l'ont dit, elles pensaient que c'était le bon moment. Elles le disent avec leurs mots, c'est ça qui compte. La personne en face l'a entendu, il ne faut pas qu'elles remettent en cause ça. Il faut que ça prenne du temps. Il ne faut pas qu'elles relancent : "alors vous avez vu la psy ?". La dame leur dira ou moi je leur dis volontiers. Rien du contenu mais je trouve que c'est important. Il faut quand même dire régulièrement que c'est pas grave si les gens ne viennent pas tout de suite, ou? ils viendront ou à un moment donné une autre professionnelle dans un autre lieu leur redira, puis ça fera boule de neige » (Entretien Aline, Psychologue en PMI).

Sage-femmes, infirmières et puéricultrices tirent des gratifications symboliques de leur accompagnement vers une psychothérapie. C'est d'ailleurs avec désillusion et parfois amertume qu'elles constatent que « la pédopsychiatrie » – vers qui elles orientent des usagères – « ne fait jamais de retour ». Leur travail « para-psychologique » n'est pas reconnu depuis le lieu le plus légitime de la prise en charge psychologique, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Il s'avère en outre limité par celui des soignantes de l'UPSP qui assurent, pour certaines de ses patientes, un suivi à domicile de la « dyade mère-bébé ». Alors que les infirmières et puéricultrices souhaiteraient

assurer davantage de visites à domicile pour accompagner des mères en dépression et proposer à leur tour une présence contenante, cette tâche – entre autres parce qu'elle est investie par les infirmière, éducatrice spécialisée et éducatrice de jeunes enfants de l'équipe de pédopsychiatrie périnatale – ne fait partie qu'à la marge de leurs attributions.

> « C'est vrai que des vraies dépressions maternelles elles sont prises en charge du côté de la pédopsychiatrie. J'ai quand même le souvenir de quelques situations…où les professionnelles sont vraiment allées accompagner, en plus de la prise en charge thérapeutique [de l'UPSP], une famille où la maman était dans un état de dépression… Donc on intervient aussi parfois mais moins qu'eux » (Dr Deckens, Médecin cheffe de PMI).

Aussi la relative autonomie gagnée sur les médecins, par l'écoute des mères et l'expertise de la relation mère-enfant, est restreinte par celle des professionnelles de la parole et de la psychopathologie : les psychologues cliniciennes de PMI et l'équipe de l'UPSP. Si Édith, infirmière, estime être en mesure d'« aider les gens à identifier un nœud » et les conduire à « aller faire un travail [psychothérapeutique] », elle sait que « s'il y des choses plus profondes », il ne lui appartient pas « d'aller sur ce terrain là ». Pour pouvoir investir ce territoire professionnel, reste à devenir soi-même une professionnelle autorisée. C'est en partie ce qu'a entrepris Edith, en cours de formation pour devenir conseillère conjugale et familiale, « pour aller un peu plus loin » de ce qu'elle peut faire en tant qu'infirmière ; et c'est ce qui caractérise la trajectoire professionnelle de Florence.

« J'ai le sentiment que je ne suis bien à ma place que depuis que je suis devenue psychologue. Pour la première fois de ma vie, je n'ai pas l'impression d'être entre deux chaises ». À l'instar d'Élise, exerçant en gynéco-obstétrique, devenue psychologue sur le tard (cf. Chapitre préliminaire), Florence, 54 ans, est diplômée depuis trois ans. Puéricultrice en réanimation et néonatalogie au cours de ses sept premières années de carrière, elle me dit n'avoir jamais été « une très bonne technicienne » : « j'ai toujours été une infirmière de la parole ». Elle quitte le service pour la PMI, découverte lors d'un stage de trois mois au cours de sa formation de puéricultrice, alors qu'il lui est devenu difficile de travailler avec certaines collègues infirmières. « Et donc après j'ai travaillé comme puer' en PMI et tu te rends compte que tu es de plus en plus dans la relation et qu'il te manque quelque chose, d'une approche différente, pas des outils mais quelque chose… et donc j'adressais très volontiers les mamans à mes collègues psy en PMI. Et les mamans elles disaient quelque chose de l'ordre de "oui mais avec vous on a commencé à parler". "Oui mais je ne suis pas à ma place". C'était pas ma place, c'est pas comme ça que ça doit fonctionner. J'étais dans un entre-deux. C'est pas confortable et pour les gens non plus… Tu peux pas être celle qui dit que pour les biberons il faut 3 mesures de lait et être en même temps celle à qui l'on parle. Il faut dissocier les choses. Et donc voilà : après, tu fais des études de psy » (Entretien Florence, psychologue en PMI).

Conclusion

Médecine sociale et préventive dédiée à la santé materno-infantile, la PMI occupe une position dominée dans le champ médical. Porter le regard sur la place qu'y tient le « soutien à la parentalité » offre un miroir grossissant des enjeux professionnels aujourd'hui sous-tendus par le souci des mères. La singularité de l'activité en PMI place ses professionnel·les, et en particulier les médecins, à distance des attributs et des usages ordinairement associés à leurs métiers. La faible valeur attribuée aux biens de santé qui y sont produits entame leur prestige. Les difficultés que rencontre aujourd'hui cette institution à recruter en sont un résultat. Les archives du service et les trajectoires des professionnel·les rencontré·es attestent de la faible attractivité des segments professionnels qui composent les équipes de PMI. Les données concernant les médecins sont ici significatives. Les consultations de PMI ont longtemps été assurées par des médecins libéraux – des hommes – trouvant là un complément d'activité ou des femmes médecins, « missionnaires convaincues », occupant majoritairement cette fonction à temps partiel. Seule une minorité d'entre elles sont titulaires jusqu'aux années 1990.

Parmi les médecins rencontré·es, les motifs d'entrée dans le service s'inscrivent en cohérence avec certaines de leurs dispositions à « aller au peuple ». Toutefois, ils apparaissent souvent – comme pour les professionnelles para-médicales – surtout répondre à des considérations matérielles et pratiques fortement genrées. Exercer en PMI correspond rarement à une ambition première en soi. Elle relève surtout d'un choix contraint par les exigences de la conciliation. Si elles admettent être arrivées à la PMI « par hasard » – pour ne pas dire « par défaut » –, la spécificité de leur pratique est alors mise en avant pour justifier le fait d'y « rester ». Ce faisant, les professionnel·les de PMI mettent en avant ce qui ferait défaut ailleurs : une attention au vécu sensible de la maternité permise par la disponibilité propre à leur situation de travail. Pour les sages-femmes, infirmières et puéricultrices en particulier, se tenir à l'écoute des (futures) mères leur permet de construire une pratique les différenciant légitimement des segments hospitaliers de leurs professions et, par là, de composer avec le déclassement professionnel de l'activité. Car, « parier sur le *care* peut représenter dans certains cas une stratégie payante »[575]. Le « soutien à la parentalité » gagne en effet à être pensé comme une opportunité de reclassement pour des agents à la formation médicale ou para-médicale occupant une position marginale dans le champ médical.

Si la construction de la parentalité comme problème public constitue un contexte propice à faire de son accompagnement une pratique experte, elle ne suffit pas à elle-seule à rendre compte des conditions présidant à l'investissement des professionnel·les de santé dans la réalisation d'une

[575] Dominique Memmi « *Care*, stigmatisation sociale et femmes : un lien inexorable ? Ou : quand le cadavre se dissout dans le "relationnel" », *Sociétés contemporaines*, Vol. 105, n° 1, 2017, p. 7.

tâche pourtant *a priori* éloignée de leurs premières attributions. En PMI, le soutien accordé aux mères est le terrain d'une pratique clinique tournée vers la « relation mère-enfant » – son examen et son étayage. Il permet en particulier aux infirmières et puéricultrices de renforcer leur position. La présence qu'elles entendent assurer – prise en tension entre « surveiller » et « veiller sur » – s'adosse sur les savoirs et les techniques de la psychologie, différenciant leur accompagnement des mères d'une pratique profane. Toutefois, cette activité reste limitée par la juridiction des experts du psychisme, confinant les professionnelles para-médicales à la position auxiliaire de « para-psy ». Dans un contexte marqué par l'extension de la médicalisation du travail procréatif au « devenir mère » et à ses troubles, se convertir en professionnelle autorisée de la parole constitue dès lors d'une stratégie de promotion professionnelle. Car veiller sur la maternité relève d'une activité inscrite dans les divisions, hiérarchies et concurrences du champ médical.

TROISIÈME PARTIE
MATRICE MATERNELLE

> « L'[unité de soins mère-enfant où j'ai été hospitalisée] ça m'a beaucoup rassurée. […] Dans ce lieu là, j'ai appris à le [son enfant] toucher, à le changer, à le retourner, à l'alimenter, donc à le faire naître d'une certaine façon. Et à naître mère moi aussi. C'est vraiment… [Elle hésite] J'allais dire un utérus… mais c'est un peu ça en fait. […] Je ne vais pas dire que c'est magique mais c'est vrai que je ne comprends toujours pas comment ça marche » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

Revenue du « cauchemar » qui l'a conduite à être prise en charge dans une Unité d'hospitalisation conjointe Mère-Bébé (UMB), Silvia revient en entretien, quatre ans après, sur « la lutte » qu'elle a menée pour *devenir* la mère de son enfant. Elle me raconte sa « difficulté maternelle » – terme qu'elle préfère à celui de « dépression post-partum » – et son traitement ; et m'explique n'avoir eu depuis de cesse de « travailler sa maternité ». Pour cela, elle a bénéficié de l'aide des pédopsychiatre, psychologue, pédiatre et puéricultrices de l'Unité Mère-Bébé, pendant les quatre mois qu'a duré son hospitalisation, puis de celle d'une psychologue de Protection Maternelle et Infantile pendant un an et demi. Par la suite, elle a été soutenue par les gynécologue, psychologue et sage-femme de la clinique où elle a été suivie lors de sa seconde grossesse, et enfin, depuis lors, par une psychologue en libéral. Maintenant qu'elle « [s'] en est sortie », elle mesure le chemin parcouru et savoure le bonheur d'avoir su (re)trouver « la maman qui était au fond [d'elle] ». Rien de cela n'aurait toutefois été possible, insiste-t-elle, sans « l'accompagnement » dont elle a bénéficié. Un traitement qui a transformé la manière dont elle se concevait alors et se forge depuis.

Si le récit de Silvia contrevient *a priori* au script de l'« heureux événement », le traitement auquel elle s'est astreinte lui permet, au terme d'un important travail sur soi, de renouer avec ce dernier. Alors que la maternité s'était révélée n'être qu'un lien à la fois biologique et social établi par autrui et lui intimant d'aimer, ce n'est qu'une fois travaillée et mise au travail par le dispositif médico-psychologique auquel elle s'est soumise, qu'elle dit être parvenue à éprouver les sentiments nécessaires pour faire d'elle une *vraie* mère. Comment opère cette conversion ? Si Silvia peine encore aujourd'hui à en saisir les ressorts (« je ne comprends toujours pas comment ça marche »), gageons, avec elle, qu'elle n'advient pas comme par magie.

En comparant l'Unité Mère-Bébé à un « utérus », où s'amorce véritablement sa gestation maternelle et une première phase du « travail » qui se poursuivra hors les murs, Silvia décrit un dispositif qui opère comme une matrice. Une fois entre les mains des « bonnes » professionnelles, elle circule dans un espace où se pratique un art semblerait-il relativement nouveau, rare et précieux dans les institutions médicales dédiées à la santé maternelle et infantile autour de la naissance. La

maïeutique qui s'y exerce, loin de se restreindre aux domaines de la grossesse, de la parturition et de l'élevage des nouveau-nés, soit à la seule « production d'enfants »[576], concernerait aussi, avec le renfort des psychologues cliniciennes et pédopsychiatres, la production de mères. C'est précisément ce travail que cette dernière partie entend examiner.

Ma rencontre avec Silvia, à la toute fin de l'enquête, occupe une place singulière dans mon parcours de recherche. Si, en sciences sociales, un objet de recherche se construit bien plus qu'il ne se trouve du fait du caractère inductif de la démarche empirique, en particulier ethnographique, il y a parfois des moments où cette élaboration peine à se formaliser et d'autres où elle saute aux yeux.

> « Nous vivons souvent l'expérience de l'immersion dans une masse de données confuses. Nous étudions ces données avec soin, en mobilisant toutes nos capacités d'analyse logique. Nous dégageons une ou deux idées de base, mais les données refusent encore de s'inscrire dans un schéma d'analyse cohérent. Alors nous continuons à vivre avec ces données – et avec les gens – jusqu'à ce qu'un événement aléatoire vienne éventuellement les éclairer d'une lumière totalement différente et que nous commencions à voir apparaître un modèle que nous n'avions pas vu auparavant »[577].

Cet entretien est l'un de ces « évènements aléatoires » décrits par William Foote-White. Certes Silvia évoque des praticiennes que je n'ai pas rencontrées et des institutions dont certaines me sont restées étrangères – comme les Unités d'hospitalisation conjointe Mère-Bébé –, mais ce qu'elle me rapporte du travail sur elle qui y a été déployé, des pratiques employées et des discours qui lui ont été alors, et depuis lors, formulés m'est devenu familier. Plus encore, les mots qu'elle choisit de mettre sur son parcours, sur sa maternité advenue après un long « travail » – le sien et celui de pléthore de professionnelles – et la métaphore matricielle à laquelle elle recourt m'ont permis de saisir plus nettement ce qui m'était longtemps demeuré flou. En cela, cette rencontre a opéré pour moi comme un révélateur venant clore un long travail de (re)définition de l'objet ; le dernier tournant dans la compréhension de ce qui se jouait dans « l'accompagnement » des (futures) mères autour de la naissance qu'il convient dorénavant d'analyser.

Cette dernière partie examine les modalités du traitement administré aux mères dont l'expérience nécessite, du point de vue des professionnel.les mais aussi parfois du leur, d'être « soutenue » voire « soignée ». Le chapitre 5 prend ainsi appui sur les récits de femmes qui se sont senties désajustées autour de la naissance de leur enfant et s'en sont remises à des professionnelles du psychisme pour mettre en ordre leurs désirs et leurs affects. Il examine les normes au principe de leur déviance émotionnelle et la succession de changements de perspectives sur soi qui forme leur

---

576 Anne-Marie Devreux, *La double production…, op. cit.* ; Anne-Françoise Praz, Marianne Modak, Françoise Messant, « "Produire des enfants" aujourd'hui … », art. cit.

577 William Foote-White, *Street Corner Society : la structure sociale d'un quartier italo-américain*, Paris, La Découverte, 1995, p. 312

carrière maternelle. Le chapitre 6 analyse le type de gouvernementalité sous-tendue par l' « accompagnement » des mères en périnatalité. Qu'il s'agisse de « soutenir » ou de « soigner » la maternité, sa régulation s'adosse sur une politique de réforme de soi où le bonheur tient lieu de mot d'ordre.

Chapitre 5. Faire une dépression maternelle
Une carrière de sortie de la déviance

En France, l'adage romain *mater semper certa est* (« la maternité est toujours certaine ») règle toujours la filiation : une femme qui donne naissance à un enfant ne peut en être que la mère[578]. Dès lors, l'enfantement ne produit pas que des enfants mais consacre aussi des femmes en tant que mères. La filiation ne se contente pas de nommer les nouveaux rapports entre individus. Elle édifie des liens là où elle prétend ne faire que les recenser. Elle instaure de nouvelles identités, rôles à occuper et relations à tisser, déterminant ce que chacun·e devrait dorénavant être, dire sur soi, ressentir, exprimer et faire[579]. La mécanicité du droit laisse toutefois dans l'ombre ce que ces changements de statut ont de processuel, voire de potentiellement ineffectif : porter et accoucher d'un enfant ne signifie pas nécessairement *se sentir* mère[580].

Comment puis-je ne pas me réjouir à l'idée de cette naissance prochaine ? Comment pourrais-je ne pas aimer cet enfant que je voulais tant ? Vais-je lui causer malgré moi du tort ? Pire encore, pourrais-je en arriver à lui faire volontairement du mal ? Ces questions font, pour partie, le quotidien des « psys » en maternité. Ne parvenant pas à *ressentir*, à *s'exprimer* et à *agir* comme une (future) mère, certaines femmes enceintes ou jeunes accouchées considèrent ne pas être « normales » et cherchent à être « soignées ». J'ai pu saisir le traitement qui leur est réservé au Pôle Femme-Enfant, en observant l'activité de deux des psychologues cliniciennes de l'établissement, intervenant respectivement pour le compte du service de gynéco-obstétrique et du service de psychiatrie infantile. Dans la mesure où le travail de la première, Élise, concernait plutôt les inquiétudes de la grossesse et de l'accouchement jugées ordinaires, et l'accompagnement au « deuil périnatal », l'enquête s'est resserrée autour de l'activité de la seconde, Margot, et de l'équipe dans le cadre de laquelle elle intervenait : l'Unité de Périnatalité et de Soins Précoces (UPSP), un dispositif de « psychiatrie périnatale » dédié à « la prise en charge des troubles psychologiques et/ou psychiatriques de la femme enceinte et du post-partum ». Ensemble, l'observation des consultations psychothérapeutiques proposées aux femmes troublées par ce qu'elles ressentent au cours de leur grossesse et les entretiens approfondis conduits auprès de dix mères traitées pour une « dépression » pé-

---

[578] En France, l'accouchement sous X dissocie la maternité biologique de la maternité légale : le caractère *maternel* du lien entre la personne accouchant et l'enfant mis au monde peut donc être circonscrit, et caché, mais n'est jamais absent. *Cf.* Florence Weber, *Penser la parenté aujourd'hui. La force du quotidien,* Paris, Éditions Rue d'Ulm, 2013.

[579] Pour une analyse de l'encadrement des attaches familiales à partir du cas de l'adoption internationale, voir Sébastien Roux, *Sang d'encre. Essai sur la fin de l'adoption internationale*, Paris, Vandémiaire, (à paraître)

[580] Ce chapitre reprend certains éléments d'un article co-écrit avec Déborah Guy. *Cf.* Déborah Guy, Anne-Sophie Vozari, « "Je vois ce bébé et là, rien !" L'encadrement des sentiments maternels autour de la naissance », *Sextant*, Vol. 36, pp. 85-105.

rinatale[581] m'ont permis de reconstituer la carrière de la dépression maternelle.

Comment devient-on une mère souffrant d'une dépression autour de la naissance de son enfant ? À l'instar de la démarche adoptée par Muriel Darmon pour étudier l'anorexie[582], répondre à une telle question de manière sociologique suppose d'abord de renoncer à mobiliser *a priori* des traits de l'identité de ces femmes comme facteurs explicatifs de leur « trouble ». Plutôt que d'interroger « "l'étiologie" du "mal" »[583], il convient – suivant le geste fondateur d'Howard Becker dans *Outsiders* – de porter le regard sur les mécanismes sociaux qui président à la pathologisation de certains affects maternels. Par là, il s'agit de « *mettre entre parenthèses* la distinction entre le normal et le pathologique […] et la *prendre pour objet* en tant que question d'assignation et d'imputation »[584]. Examiner ce qui *fait* de certaines femmes des mères en dépression, plutôt que ce qui *cause* la dépression, nous invite dès lors à dégager la « succession des phases, de changements de comportements et des perspectives de l'individu »[585] qui caractérise l'expérience de femmes considérant faire (ou avoir fait) une dépression en devenant mère. L'usage de la notion de « carrière »[586] s'avère ici particulièrement utile pour « recoder des parcours qui ne sont pas vus comme des carrières, voire pas comme des parcours mais comme des états »[587] et proposer une approche à la fois compréhensive et constructiviste de la « dépression » maternelle, question pourtant « *a priori* non justiciable d'une étude sociologique et extérieur[e] à ses frontières disciplinaires »[588].

Adoptant le modèle séquentiel interactionniste, l'analyse de l'expérience du désajustement maternel permet dans un premier temps de mettre au jour les normes à partir desquelles les femmes

---

581 Elles ont été suivies par une (pédo)psychiatre et/ou une psychologue – en maternité, en libéral, en PMI, en unité mère-bébé et/ou à l'UPSP. Je les ai rencontrées pour moitié *via* l'enquête au Pôle Femme-Enfant de Canche et pour moitié par l'entremise de l'association *« Le mal de mère »*.

582 Muriel Darmon, *Devenir anorexique, op. cit.*

583 Howard Becker, *Outsiders. Etude de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métaillé, 1985, p. 45.

584 Muriel Darmon, *Devenir anorexique, op. cit.*, p. 9.

585 Howard Becker, *Outsiders*, *op. cit.*, p. 46.

586 « Un concept utile pour construire des modèles séquentiels de divers types est celui de carrière. Dans les études de professions, où ce concept a d'abord été élaboré, il renvoie à la suite des passages d'une position à une autre accomplis par un travailleur dans un système professionnel. Il englobe également l'idée d'évènements et de circonstances affectant la carrière. Cette notion désigne les facteurs dont dépend la mobilité d'une position à une autre, c'est-à-dire aussi bien les faits objectifs relevant de la structure sociale que les changements dans les perspectives, les motivations et les désirs de l'individu », *Ibid.*, p. 47.

587 Muriel Darmon, « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation », *Politix*, Vol. 82, n° 2, 2008, p. 166.

588 Perspective adoptée par Muriel Darmon pour analyser l'anorexie, « étudier en sociologue un phénomène qui ne relève *a priori* que du psychologique et du pathologique » et « refuser l'idée d'une territorialisation des disciplines » est au cœur de la démarche ici entreprise pour étudier la dépression maternelle. *Cf.* Muriel Darmon, *Devenir anorexique, op. cit.*, pp. 7-8.

traitées ont initialement mesuré leur non conformité au rôle prescrit. Au principe de la carrière ici étudiée, faire cette expérience ne suffit toutefois pas à se considérer comme souffrant d'une dépression. Être diagnostiquée *et* accepter cette étiquette en est une condition *sine qua non*. La requalification de leur trouble premier en pathologie constitue en cela une seconde séquence, à laquelle il convient de prêter attention. Se dire malade et adhérer au traitement proposé ne leur garantit pas en soi de sortir de la dépression. Pourtant cette phase n'en marque paradoxalement pas moins leur sortie de la déviance[589]. En acceptant de se faire soigner, les femmes traitées rejoignent le cours attendu d'une carrière maternelle qui, conforme à leurs aspirations premières, leur promet le bonheur. En cela, l'ensemble de ce processus ne se peut se comprendre qu'une fois considéré, en dernier lieu, ce qui dispose ces femmes à vouloir – et à devoir – être des mères aimantes et heureuses, et à s'en remettre pour cela à des professionnel·les de santé. Ce chapitre retrace et analyse l'ensemble de ce processus.

I. Trouble dans la maternité

Formant l'essentiel des matériaux de ce chapitre, les récits des femmes troublées par ce qu'elles ressentent (ou ressentaient) lors de leur grossesse ou après leur accouchement ont été recueillis au cours ou après leur prise en charge, alors qu'elles ont accepté ou sont en train d'accepter le diagnostic et le traitement proposés par les « psys ». Si ce moment façonne le point de vue à partir duquel elles racontent leur mal-être, leurs récits ne manquent pas de nous renseigner sur le regard qu'elles portaient sur elles avant même d'être diagnostiquées et sur les conduites qu'elles ont alors adoptées. Lors de la première phase de leur carrière déviante, elles s'alarment de n'éprouver aucun des sentiments qu'elles pensaient devoir naturellement ressentir autour de la naissance de leur enfant, taisent bien souvent leurs inquiétudes et cherchent à dissimuler leur trouble pour maintenir un semblant de conformité.

A. S'alarmer de ne pas être « une mère comme les autres »

L'auto-étiquetage

Bien avant d'être étiquetée malade par des professionnel·les de santé, les femmes dont il est

---

589 La notion de carrière déviante a été le plus souvent mobilisée pour étudier des situations « débouchant sur une déviance de plus en plus affirmée » et conduisant à « adopter une identité et un genre de vie radicalement déviants ». Dans l'analyse de la déviance, Howard Becker nous invite toutefois également à prendre en compte d'autres « types d'aboutissements de carrières », en s'intéressant notamment aux individus qui « entretiennent avec la déviance des rapports plus éphémères et que leur carrière éloigne ultérieurement de celle-ci pour les rapprocher d'un genre de vie conventionnel », Howard Becker, *Outsiders…*, *op. cit.*, pp. 47-48.

ici question ont considéré que « quelque chose n'allait pas ». Elles se sont étonnées et inquiétées de ce qu'elles ressentaient, et surtout de ce qu'elles ne ressentaient pas. Après avoir vécu une grossesse qu'elle qualifie d' « idyllique », Marianne, éducatrice de jeunes enfants alors âgée de 36 ans, raconte n'avoir « rien » ressenti à la vue de son premier enfant, ou du moins rien de ce qu'il fallait :

> « Je vois un truc, dans une boîte, avec plein de fils partout, une sonde dans le nez, à côté de la bouche, des capteurs partout... C'est un truc tout cassé. Je vois ce bébé et là, rien ! Je le vois et j'ai juste envie de partir. Et je suis prise d'un malaise. Deuxième jour, pareil, je ne ressens rien. J'ai envie de m'enfuir. En même temps je me dis : "Mince, je suis sa mère et je n'y arrive pas" » (Entretien Marianne, 40 ans, éducatrice de jeunes enfants, deux enfants).

La première rencontre avec cet enfant, pourtant « très désiré » me précise-t-elle, n'a rien du coup de foudre attendu. L'amour dont elle pensait être instantanément submergée se fait attendre et lui vient plutôt une furieuse envie de s'éloigner à tout prix de cet enfant. D'une manière similaire, le défaut d'élan ressenti par Silvia à la naissance de son fils aîné, et dans les mois qui suivent, l'inquiète et la plonge dans un profond désarroi :

> « On me l'a sorti. On me l'a posé sur le ventre. Il était beau comme tout. Maintenant j'ai pas senti de…, rien d'extraordinaire en fait. […] Et là, tu comprends pas, tu te dis : "Mince, qu'est-ce qui se passe ? Je suis sa mère, comment c'est possible que…"» (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

Lorsque l'amour et le bonheur ne sont pas là où elles s'attendaient à le trouver, les femmes rencontrées ont fait l'expérience d'une « déviance émotionnelle »[590]. Ne ressentant pas ce qu'elles devraient, elles contreviennent de manière répétée et durable aux « règles de sentiments » (*feeling rules*) qui, comme l'indique Arlie R. Hochschild, définissent la teneur, la juste ampleur et la durée des émotions attendues relativement à l'interaction en cours[591]. Ces normes sont au principe de l' « auto-étiquetage »[592] déviant qu'ont opéré mes interlocutrices. Leur sentiment de désajustement

---

[590] Peggy A. Thoits, « The Sociology of Emotions », *Annual Review of Sociology*, Vol. 15, 1989, p. 317 ; Peggy A. Thoits, « Emotional Deviance : Research Agendas », *in* T.D. Kemper (dir.), *Research Agendas in the Sociology of Emotions*, 1990, pp. 180-181.

[591] Arlie Rusell Hochschild, *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte, 2017.

[592] Dans son enquête sur les groupes d'auto-support (*self-help*) de mères souffrant de dépression post-partum aux États-Unis, à la fin des années 1990, Verta Taylor mobilise le concept d'auto-étiquetage (*self-labelling*), qu'elle emprunte à Peggy Thoits, pour mettre au jour les processus à l'œuvre dans la régulation sociale de ces vécus maternels. Voir Verta Taylor, « Self-labeling and women's mental health : postpartum illness and the reconstruction of motherhood », *Sociological focus*, Vol. 28, n° 1, 1995, pp. 23-47 ; Peggy A. Thoits, « Self-labelling Process in Mental Illness : The Role of Emotional Deviance », *American Journal of Sociology*, Vol. 91, n° 2, pp. 221-249.
Avant elles, Howard Becker signalait déjà ce processus sans toutefois s'y arrêter : « Être pris et publiquement désigné comme déviant constitue probablement l'une des phases les plus cruciales du processus de formation d'un mode de comportement déviant stable. […] même si personne d'autre ne découvre ni ne réprime l'acte non conforme, il se peut que ce soit l'auteur de l'acte lui-même qui s'en charge en se stigmatisant lui-même comme déviant et en se punissant d'une manière ou d'une autre ». *Cf.* Howard Becker, *Outsiders…*, *op. cit.*, p. 54.

peut alors être compris moins comme le symptôme révélateur d'une pathologie à l'œuvre que comme le point de départ d'un processus d'étiquetage conduisant à son terme à la prise en charge d'un trouble considéré préalable. Autrement dit, la déviance émotionnelle fabrique la pathologie mentale plutôt qu'elle ne la manifeste[593].

Dans ce qu'elles disent, au moment où elles arrivent dans le bureau de la psychologue, tout concourt à faire d'elles, et d'elles seulement, la cause de leur mal-être. Elles se considèrent « folles », « monstrueuses » ou « mauvaises ». Plutôt que de blâmer les conditions sociales de l'exercice de leur maternité, comme pourraient le faire d'autres femmes, elles attribuent leur mal-être à leur inadaptation supposée. Après la naissance, alors qu'elles se sont bien souvent retrouvées seules au sortir de la maternité, tout au long de la journée avec leur nouveau-né, leurs discours passent largement sous silence la division inégalitaire du travail parental et tendent à euphémiser la pénibilité des soins à accorder à un bébé. Si ces moments ont pour elles été éprouvants, elles n'en font pas le cœur de leur problème. Quand bien même ils pleurent beaucoup et dorment peu, leurs enfants sont « adorables », voire même « faciles », ce qui renforce d'autant leur sentiment d'indignité.

D'une même manière, leurs conjoints, pourtant semblerait-il peu présents au quotidien, sont rarement mis en défaut dans leurs récits. Bons compagnons et bons pères, ils sont, au pire, ignorants de la souffrance de leur conjointe, car selon elles légitimement « très préoccupés » par leur travail ou « naturellement » peu à même de percevoir et de gérer la détresse émotionnelle de leur compagne. Ce que disent à ce propos Aurélie et Mathilde est particulièrement éloquent :

> « J'en parlais pas avec lui parce que je savais qu'il arriverait pas à me consoler, qu'il saurait pas quoi dire, qu'il se serait senti démuni. Il aurait bien aimé hein. Il est très gentil. Il a pas de côté macho ni rien mais il n'aurait pas su quoi faire » (Entretien Aurélie, 37 ans, consultante en organisation et management, en congé parental, deux enfants).

> « Une anecdote qui peut représenter ce que peut exprimer un homme à ce moment-là : J'étais pas très bien. On était partis se promener à trois. Je lui disais : "Je me maquille plus. Je ne me coiffe plus. J'arrive plus à rentrer dans mes anciens habits", bref pour dire que ça n'allait pas quoi. Et lui a rien trouvé de mieux à me dire que : "Bah t'as qu'à te maquiller !" Mon envie de me maquiller ne correspondait pas juste à mettre du fard à paupières, y avait autre chose derrière mais il n'a pas su entendre. J'aurais voulu qu'il me dise : "Qu'est-ce qu'il y a ma chérie, tu te sens pas bien ?" Bah non, un homme quoi » (Entretien Mathilde, 35 ans, chargée d'écoute pour une entreprise de télé-assistance, deux enfants).

---

[593] Peggy A. Thoits, « Self-labelling Process in Mental Illness : The Role of Emotional Deviance », art. cit.

Elles évoquent peu, et rarement spontanément, l'intense travail que nécessite la dépendance des nouveau-nés. Alors qu'elle vient de clore le suivi initié à l'UPSP après la naissance de son deuxième enfant, je demande à Coralie ce qui lui pesait dans la prise en charge de son nourrisson. Pour me répondre, cette assistante commerciale porte son propos sur son incapacité à materner avec plaisir et l'incompréhension qu'elle génère plutôt que sur le caractère peu gratifiant de son quotidien, pourtant évoqué de façon secondaire :

> « C'est comme si on était lobotomisée surtout quand on allaite. C'est redondant quoi. Alors effectivement peut-être que ce quotidien fait qu'on peut péter un câble. C'est vrai que ça peut vous embêter. […] C'est vrai qu'il faut accepter aussi qu'on soit à la maison, qu'on s'occupe toute la journée de notre enfant, mais moi c'était pas ça mon problème. C'était autre chose. C'était de ne pas me sentir bien, de ne pas avoir de plaisir à le faire parce qu'il se passait quelque chose en moi que je ne comprenais pas » (Entretien Coralie, 36 ans, assistante commerciale, deux enfants).

Le script de l'heureux événement

Porter le regard sur ce moment où les femmes rencontrées se sentent désajustées révèle en creux la prégnance de normes de conduites informelles relatives aux émotions associées au fait d'avoir un enfant. En consultation, Johanna, assistante marketing de 31 ans, enceinte de six mois et mère d'une petite fille de 2 ans et demi, explique à la psychologue, qu'elle consulte pour la première fois, « ne pas réussir à être heureuse » :

> « Je n'y arrive pas. […] J'ai honte. J'ai tellement honte. […] Je ne comprends pas ce qu'il m'arrive. Je ne comprends pas pourquoi je suis comme ça. (*Pleurs*) […] Aujourd'hui, la plupart du temps quand je pense [au bébé], je me sens mal. Je ne suis pas heureuse. […] J'ai l'impression d'être monstrueuse. […] (*Pleurs*). Au jour d'aujourd'hui, je ne sais pas comment l'aimer » (Journal de terrain, UPSP).

En disant cela, cette patiente n'énonce pas seulement un mal à traiter (ne pas « réussir à être heureuse ») mais révèle aussi tout ce qu'elle n'est pas encore, « aujourd'hui », et aspire à devenir : une femme enceinte « normale », car sereine et comblée. Par là, elle définit les sentiments et le rapport de soi à soi qu'elle espère éprouver et manifester.

Les récits recueillis permettent de dégager toute une série de moments clefs auxquels sont associés, plus ou moins explicitement, certaines émotions. Ensemble, ils forment le « script émotionnel »[594] de la naissance qui commande l'expression obligatoire de certains sentiments[595]. Lorsque les émotions opportunes ne sont pas éprouvées et/ou manifestées, ce script prend la forme d'un scé-

---

[594] Arlie Rusell Hochschild, *Le prix des sentiments…, op. cit.*, p. 76.

[595] Marcel Mauss, « L'expression obligatoire des sentiments (rituels oraux funéraires australiens) », *Journal de psychologie*, n°18, 1921, pp. 425-435.

nario catastrophe émaillé d'« incidents critiques »[596] qui « font » la déviance. Alors qu'elle revient en entretien sur le bouleversement qu'a été pour elle sa première grossesse, Aurélie me raconte avoir « senti qu'il y avait un souci quelque part dès le début ». Le couple qu'elle forme depuis huit ans avec son conjoint, ouvrier qualifié dans le BTP, forgeait depuis peu le projet d'avoir un enfant. Elle tombe enceinte tout de suite après l'arrêt de sa contraception et découvre sa grossesse à trois mois. Il lui faudra un mois et demi de plus pour l'apprendre à ses proches, presque à son corps défendant :

> « J'ai eu beaucoup de mal à annoncer à ma famille que j'étais enceinte. Je savais que des fois le moment se présentait et qu'il fallait que je saisisse l'occasion pour le dire mais ça ne voulait pas sortir. Ça voulait pas. Je sais qu'il y en qui le disent tout de suite, qui trouvent le temps long. Moi non. Et c'était même pas pour attendre les fameux trois mois, pour les risques, puisque c'était bon. Non c'était plus fort que moi » (Entretien Aurélie, 37 ans, consultante en organisation et management, en congé parental, deux enfants).

Rétrospectivement, elle situe les débuts de son trouble, qui se manifestera de manière de plus en plus exacerbée tout au long de cette première grossesse et plus encore lors de la seconde, dans son impossibilité à publiciser cette grossesse. Le temps passant, son incapacité à se réjouir et sa « tendance à pleurer tout le temps » lui confirme que « quelque chose ne va pas » :

> « Je ne m'identifiais pas du tout à "Waou ! Je suis enceinte, qu'est ce que je suis contente". Pas du tout. […] Je me souviens la sage-femme me disait : "N'hésitez pas avec votre conjoint, caressez le ventre, parlez au bébé". Alors là niet ! Moi je ne parlais pas au bébé. Et quand la sage-femme nous disait pendant les cours (*elle prend une voix niaise*) : "Imaginez votre enfant". Moi je pleurais. Je pleurais, pleurais, pleurais » (Entretien Aurélie, 37 ans, consultante en organisation et management en congé parental, deux enfants).

À l'instar des représentations heureuses de l'enfantement fournies dans de nombreux supports culturels[597], les interactions avec les professionnel·les de la naissance et la confrontation avec le groupe des pairs, au cours du suivi de grossesse ou après la naissance, rappellent en outre aux (futures) mères, de manière plus ou moins subtile, ce qu'elles doivent non seulement faire, mais aussi ressentir et exprimer. Toujours lors de sa première consultation, Johanna raconte :

> « Au cours de natation prénatale, je vois toutes ces femmes qui sont heureuses. J'aimerais être comme elles. Mais c'est pas ce que je ressens à l'intérieur. […] Quand il se met

---

[596] Soit ces moments qui, selon Anselm Strauss, « précipitent la remise en question d'une identité ». Cf. Anselm Strauss, *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Éditions Métaillié, 1992, p.106.

[597] À ce propos, Silvia m'explique « en [vouloir] beaucoup à la presse parentale, à tous les livres de puériculture qui existent » : « tous ces fichus livres de puériculture que je me suis fait chier à lire pendant les 9 mois de grossesse et qui te disent que tu vas l'aimer [le bébé] » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants)

à bouger, je ne suis pas toute contente. Je ne suis pas surexcitée (*Pleurs*). Je me rends bien compte que c'est pas normal ! » (Journal de terrain, UPSP).

Au cours de l'entretien qu'elle m'accorde après l'une de ses consultations avec la psychologue de l'UPSP, elle poursuit :

> « Une femme enceinte dès qu'elle sent un coup de pied elle est toute heureuse. En salle d'attente, j'observe beaucoup les mamans et souvent y en a qui caressent leur ventre et d'autres dès qu'elles sentent un coup de pied elles se mettent à sourire toute seule et à tenir leur ventre. Pas moi. Dès qu'il bouge, je me sens mal. Et si je le fais c'est comme par réflexe, pas forcément pour essayer de créer un contact avec bébé ou de le réveiller » (Entretien Johanna, 31 ans, assistante marketing, enceinte de six mois, un enfant).

Apprécier les mouvements fœtaux et caresser son ventre pour y répondre peuvent ici se comprendre comme des « techniques du corps »[598] qui, pour être authentiquement maternelles, doivent être associées à des sensations agréables. Johanna sait devoir les déployer sans y parvenir de manière satisfaisante. Dénués des effets attendus, ses gestes deviennent des pastiches sans grande valeur plutôt que des signes authentiques de sa maternité. Entrer dans une carrière maternelle nécessite de développer un goût pour la présence du fœtus *in utero*[599]. Considérant ne pas suffisamment penser au bébé et estimant qu'il « bouge beaucoup trop », c'est aussi ce qui conduit Madame Landru[600], enceinte de son deuxième enfant, à consulter Margot : « J'ai l'impression d'être envahie par un alien. Mais c'est horrible de penser ça. J'étais pas du tout comme ça pour le premier ». De manière similaire, Silvia mesure sa non conformité à l'absence de plaisir éprouvé auprès de son nouveau-né et se sent étrangère au groupe des mères lorsque, en sortant de sa chambre en suites de couches, elle voit « les autres » :

> « Je pleurais quand je l'avais dans les bras. Je pleurais tout le temps. Et puis le pompon : quand tu sors de ta chambre, tu vois les autres. Elles sourient. Elles sont maquillées, toutes belles et tout. Tu te dis y a un truc qui va pas » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

À l'instar d'autres « changements de statut institutionnalisés », analysés par Anselm Strauss, devenir mère est un processus socialement « programmé » : « on est préparé à ce qui doit arriver, […] des choses vont se passer, on va faire des expériences et ressentir des sensations […] »[601]. Si

---

598 Marcel Mauss, « Les techniques du corps », *Journal de psychologie*, Vol. 32, n° 3-4, 1934.

599 À l'inverse des fumeurs de joints qui doivent apprendre à apprécier les effets de la marijuana pour devenir des fumeurs réguliers et entrer dans la déviance *Cf*. Howard Becker, *Outsiders…*, *op. cit*

600 J'appelle par leur nom (et non par leur seul prénom) les patientes avec qui je ne me suis pas entretenue, mais dont j'ai observé la prise en charge au cours des consultations.

601 Anselm Strauss, *Miroirs et masques…*, *op. cit*., p.108.

les normes régissant la programmation de la grossesse sont bien documentées[602], peu de travaux nous renseignent sur les implicites émotionnels que charrie la norme procréative contemporaine et la façon dont ils se déclinent au cours de la grossesse et après l'accouchement. Pourtant, postulant l'incongruité d'une maternité « subie » ou d'une grossesse non « désirée », la norme procréative contemporaine renforce l'attente inquiète autour du bonheur maternel.

Consentir à la naissance d'un enfant ne doit en effet, pour ces femmes, pas seulement revenir à accepter sa venue au monde, mais à vouloir (en) devenir (la) mère avec bonheur. S'il est attendu de choisir le ou la bon.ne partenaire, de décider du moment opportun pour devenir parent et de disposer des conditions matérielles suffisantes pour le faire, c'est d'abord pour « être prêt·e » à accueillir un enfant[603]. Or, « être prêt·e » signifie non seulement avoir choisi un prénom, préparé la layette et le matériel de puériculture, et aménagé un espace dédié au nouveau-né, mais aussi *se sentir* prêt·e[604], c'est à dire être en mesure de ressentir et exprimer certaines émotions obligées à des moments prévus, pour vivre comme il se doit un « heureux événement ». C'est notamment ce qui fait rétrospectivement dire à Hélène, documentaliste de 35 ans, hospitalisée pendant deux mois en psychiatrie pour une dépression du post-partum après la naissance de son premier enfant, qu'alors qu'elle et son mari « attendaient » cet enfant depuis deux ans, elle n'était finalement « pas prête ».

En somme, la naissance correspond à une « période conventionnelle » ou « institutionnalisée » ou « institutionnalisée » sous-tendue par un script émotionnel et une temporalité prescrite[605]. La venue au monde d'un enfant devrait se vivre avec hâte et entrain, comme un moment d'euphorie fait d'émotions intenses et inédites, un temps heureux, toujours potentiellement bouleversant mais à terme satisfaisant, dont il faudrait savoir profiter en l'appréciant à sa juste valeur. Aussi, alors que tout se passe comme si avoir un enfant devait spontanément et tout naturellement générer des attaches nouvelles et des affects positifs forts, cette norme devient, pour les femmes ici considérées, une exigence à laquelle elles ont cherché à se conformer en performant la maternité heureuse.

---

602 Nathalie Bajos, Michelle Ferrand, « L'interruption volontaire de grossesse… », art. cit.

603 Magali Mazuy, « Avoir un enfant : être prêts ensemble ? », art. cit.

604 Agnès Pélage, Sara Brachet, Carole Brugeilles *et al.*, « "Alors c'est quoi, une fille ou un garçon ? "…. », art. cit.

605 Au même titre que les « lunes de miel, jours de jeûnes, fêtes, commémorations, vacances, rites de purification, délibération du jury, discours, … », Anselm Strauss analyse tout particulièrement le deuil : « Pendant toute la période concernée, on franchit rapidement des stades implicites qui vont du premier choc, du chagrin à la fin du deuil, moment où l'on retrouve la maîtrise des circonstances et où l'on redevient plus ou moins soi-même. Si le temps de l'affliction est trop long, on ne se conforme pas aux attentes de la société ; les proches sont enclins à faire appel au médecin ou à d'autres conseillers. Inversement, si on ne reste pas assez longtemps dans le statut du deuil ou si on en parcourt trop vite les phases, on est en butte à la critique ». *Cf.* Anselm Strauss, *Miroirs et masques…*, *op. cit.*, pp. 133-134.

B. Se (re)tenir pour faire la mère

« Jouer la mère heureuse »

Les « règles de sentiments » sont au principe d'un important travail de gestion des affects allant d'un « travail de figuration » (*facework*)[606] au « travail émotionnel » (*emotional labor*)[607]. Lors de ses visites à son bébé hospitalisé en néonatologie pendant quelques jours, Marianne, qui ne ressentait « rien », dit avoir pris le parti de « [jouer] la mère heureuse » :

> « Troisième jour, on retourne en néonatologie et j'essaye de faire un peu semblant que tout va bien. Je joue la mère heureuse à peu près et puis un moment on nous dit : "Ça y est son pneumothorax s'est résorbé, il commence à s'alimenter, vous pouvez le récupérer maintenant". Et là, je joue la maman heureuse : "C'est génial". Je récupère ce bébé et je ne sais pas comment je vais m'en occuper […]. Je me retrouve avec un truc étranger à moi » (Entretien Marianne, 40 ans, éducatrice de jeunes enfants, deux enfants).

Feindre l'émotion appropriée est une manière de maintenir secrète la divergence entre ce qu'elle ressent et ce qu'elle doit exprimer. Par là, Marianne parvient à paraître telle que la situation commandait qu'elle se montre. Pour sa part, Johanna me raconte, une fois sa prise en charge à l'UPSP achevée, avoir longtemps « caché » son désarroi considérant « anormal » ce qu'elle ressentait : « tous les soirs, je m'isolais au moins une heure et je pleurais, je pleurais sous la douche ». Faire semblant et dissimuler son mal-être sont deux techniques de gestion émotionnelle mobilisées pour maintenir la déviance émotionnelle secrète[608]. Mais ce travail de figuration n'est pas le seul auquel la maternité astreint.

Au-delà du maintien des apparences normales, les femmes que j'ai rencontrées ont entrepris un « travail émotionnel ». Cette entreprise se caractérise, pour Arlie Hochschild, par un « essai conscient, intentionnel, afin de modifier ses sentiments », pour ressentir l'émotion appropriée et non plus seulement la présenter. Dans la mesure où l'amour est considéré naturel, et d'autant plus lors-

---

606 Erving Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne I..., op. cit.*

607 Arlie R. Hochschild distingue le travail superficiel d'affichage du travail profond, dit « travail émotionnel » : « dans la perspective de la gestion des sentiments, on place l'attention sur la façon dont les gens essaient de ressentir, et non, comme c'est le cas pour Goffman, sur la façon dont les gens essaient de présenter aux autres ce qu'ils ressentent ». Arlie R. Hochschild, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, n° 9, 2003, p. 32.

608 Croisant la nature du comportement avec les réactions qu'il suscite, Howard Becker dégage trois types de déviance : la situation de celui qui est « pleinement déviant », soit de « celui qui enfreint la norme et qui est perçu comme tel », celle de l' « accusé à tort », perçu comme déviant alors qu'il obéit à la norme, et enfin le cas de « la déviance secrète » où « un acte irrégulier est bel et bien commis, mais il n'est perçu par personne comme une transgression des normes et n'entraîne aucune réaction ». Howard Becker, *Outsiders…*, *op. cit*., pp. 43-44.

qu'il s'agit de celui qu'une mère porte à son enfant[609], il est difficile de mettre au jour ce travail émotionnel. On peut toutefois en trouver les signes dans les récits recueillis, notamment lorsque ce travail échoue. Alors que Marianne parvient à terme, dit-elle, à « adopter » son premier enfant – d'ailleurs sans autre forme d'explications qu'une sorte de fatalité, « les liens se sont faits au bout d'un an » –, elle me fait part du mal qu'elle se donne encore aujourd'hui pour apprécier les moments passés avec son deuxième enfant, une petite fille d'un an et demi :

> « Je me force dans tout ce que j'entreprends. Je me force à lui parler, à lui sourire, ça me bouffe une énergie folle. Là, tu vois elle est gardée depuis hier matin. Je la récupère à 16h et je n'ai pas envie de la voir. Je n'arrive pas du tout à avoir envie ! J'aimerais y arriver mais je n'y arrive pas » (Entretien Marianne, 40 ans, éducatrice de jeunes enfants, deux enfants).

Si cette mère semble enfreindre l'éthique de l'amour, les efforts qu'elle déploie et le désarroi que génèrent ses ratés maintiennent en place la norme. Lorsqu'elle considère ses sentiments, Marianne fait moins la démonstration du caractère toujours à l'œuvre de sa pathologie – ce qu'elle cherche pourtant à faire tout au long de notre entretien – que des obligations morales associées à la maternité auxquelles elle adhère. Sortie depuis un peu moins d'un an de l'Unité Mère-Bébé dans laquelle elle a été hospitalisée cinq mois à la naissance de sa fille, elle regrette de ne toujours pas parvenir à l'« investir ». Cette incapacité est pour elle la preuve qu' « [elle] ne [s']en [est] pas encore sortie », malgré un suivi médico-psychologique conséquent. Ne « [pensant] pas que ce serait un si long chemin », elle me fait part de sa déception :

> « J'aimerais bien que le lien se fasse là et pourquoi le lien ne se fait pas ? J'en suis malheureuse en fait. Ça me bouffe l'esprit. Et puis, il y a un décalage terrible, c'est que je suis professionnelle de la petite enfance. J'adore mon métier, je travaille chez les bébés, ça se passe très bien. Du coup, tout le monde pense que je suis une mère géniale. Alors qu'avec ma fille ça n'a rien à voir. C'est du pipeau » (Entretien Marianne, 40 ans, éducatrice de jeunes enfants, deux enfants).

Quand les femmes que j'ai rencontrées n'ont pu éprouver ce qu'elles auraient dû selon elles ressentir, le « faux semblant »[610] s'est révélé être un recours possible mais à terme insatisfaisant – « du pipeau » considère Marianne de manière lapidaire. Convaincues du besoin et des vertus de ressentir les sentiments maternels attendus, elles vivent honteuses les échecs de leur travail émotionnel

---

609 Comme l'explique Arlie Hochschild, « La famille […] impose en silence ses propres "devoirs émotionnels". Parmi eux, les obligations émotionnelles du parent envers l'enfant sont peut-être les plus évidentes. Ici, encore plus qu'ailleurs, nous disons de l'amour qu'il est "naturel". La culture peut déterminer son expression, la psychologie peut expliquer son déploiement, mais nous considérons le sentiment parental en lui-même comme "naturel". Nous pensons qu'il n'a besoin d'aucun écran normatif, d'aucune règle de sentiments : c'est la nature qui joue pour nous le rôle de convention ». *Cf.* Arlie Hochschild, *Le prix des sentiments…, op. cit.*, pp. 88-89.

610 Soit, chez Erving Goffamn, le comportement adopté par une personne pour cacher un stigmate et « assure[r] trompeusement aux autres qu'ils sont en compagnie de ce qu'ils exigent en fait », Erving Goffman, *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1975, p. 58.

et le travail de figuration corolaire qu'elles mettent en œuvre. « Jouer un rôle », « porter un masque », « se forcer » sont autant d'expressions qui ponctuent leurs récits pour qualifier la posture qu'elles ont initialement occupée, à défaut de mieux, en vue de maintenir leur engagement maternel pourtant difficilement soutenable. Elles portent un regard bien souvent méprisant sur leur maternité de façade. Dans leurs récits, « faire bonne figure » est toujours présenté comme un pis-aller qu'elles espèrent transitoire et toujours jugé trop long.

Le traitement dans lequel elles s'engagent peut dès lors se comprendre comme un moyen d'accéder à un travail émotionnel efficace, propice à générer des sentiments authentiques et permettre par-là d'abandonner un travail de figuration indigne d'une « vraie » mère. Lors de sa dernière consultation psychothérapeutique, alors qu'elle dit aller mieux, Coralie se réjouit d'être toujours en arrêt maladie pour pouvoir « rattraper le temps perdu », celui où elle « faisait semblant », et dit ne regretter qu'une chose : « ne pas [s'] être autorisée à craquer avant ». Au terme de son suivi, Johanna explique quant à elle avoir la sensation d'avoir « grandi » maintenant qu'elle exprime ce qu'elle ressent de façon « spontanée » : « quand ça va je souris et je ne souris que quand ça va ». Quand bien même elles n'ont pas ressenti ce qu'elles devaient « en temps et en heure »[611], Coralie, Johanna et toutes celles qui disent aller mieux partagent souvent leur fierté d'être parvenues à faire tomber les masques.

Échapper au stigmate de la mauvaise mère

Les femmes dont j'ai recueilli le récit ont, un temps, adopté le « faux semblant » pour se conformer aux règles de sentiments qu'elles avaient intériorisées, mais aussi pour échapper au potentiel discrédit auquel leur déviance émotionnelle les exposait. Certaines racontent y être venues de façon à suspendre la réaction sociale suscitée par leur désajustement. Quand Johanna raconte à ses proches très mal vivre ses « très longues journées seule avec bébé », elle voit son ressenti disqualifié :

> « Pour eux, j'ai tout pour être heureuse, je dramatisais. […] Au tout début, quand ça n'allait pas et que je commençais à expliquer que je me sentais bizarre, j'avais des remarques : "Mais tu viens d'accoucher, ton bébé est en parfaite santé, tout se passe bien, pourquoi tu es dans cet état ?". […] Mon mari, il me disait : "Oui c'est rien, ça va passer. C'est rien du tout, c'est la fatigue"» (Journal de terrain, UPSP).

Lors de sa grossesse, Coralie se voit également rappeler les émotions opportunes à ressentir et exprimer lorsqu'on attend un enfant :

611 À propos du « timing des sentiments » voir Arlie Hochschild, *Le prix de sentiments …*, *op. cit*., pp. 86-97.

> « [Une amie] m'a dit : "Tu ne devrais pas être triste, tu es enceinte donc arrête". Ça m'a fait un électrochoc. […] Je me disais après tout elle a peut-être raison. Elle me disait que le bébé percevait tout ça. Je pense que c'est de ce fait là que je me suis dit tu n'as pas le droit de pleurer. Il faut que je sois joyeuse tout le temps. Il ne faut pas que… Et j'ai fait tout le temps ça pendant 4 ans. Je faisais semblant » (Entretien Coralie, 36 ans, assistante commerciale, deux enfants).

Et Silvia se remémore les « petites phrases assassines » qui l'ont conduite à ne plus s'épancher : « Mais il est beau ton fils, pourquoi tu te plains ? », « Mais il est en bonne santé, tu ne devrais pas te plaindre », « Il est magnifique, y a plein de gens qui voudraient en avoir un comme ça », « Mais tu es folle ! Tu ne devrais pas dire ça ». Quant à Mathilde, chargée d'écoute pour une entreprise de télé-assistance de 35 ans, suivie par Élise, psychologue en gynéco-obstétrique au cours de sa grossesse, puis par une psychologue en libéral pour ce qu'elle appelle sa « déprime du post-partum », elle *se dit* à peu de choses près exactement ce que Johanna, Coralie, Silvia et d'autres s'entendent dire :

> « J'ai peut-être tort de penser comme ça mais j'ai la chance d'avoir un bébé en très bonne santé, d'être en très bonne santé, d'avoir vécu un accouchement nickel […] donc pourquoi tu te plains Mathilde ? De quoi tu te plains ? […] J'ai pu préparer son petit trousseau comme je le voulais. On avait du matériel de puériculture neuf. […] On a la chance d'avoir un petit en bonne santé, un allaitement qui coule tout seul, des couches *Pampers*, bref ça doit aller quoi. Des fois, je me dis "mais de quoi tu te plains ?" » (Entretien Mathilde, 35 ans, chargée d'écoute pour une entreprise de télé-assistance, deux enfants).

Les récits de ces femmes mettent en évidence l'omniprésence d'une règle du bonheur maternel obligatoire, intégrée et réassenée dans leur environnement proche comme en leur for intérieur. Les réactions de leur entourage fonctionnent comme autant de rappels à l'ordre : avoir un enfant doit leur apporter du plaisir et de l'épanouissement, et être vécu comme une « chance », voire un privilège, d'autant plus lorsque l'enfant est un « beau » bébé, en bonne santé. « Moi j'avais rien qui pouvait justifier ma souffrance d'une certaine manière. J'avais un beau petit bébé, pas un enfant handicapé », me dit Elizabeth, 65 ans, assistante sociale à la retraite. « Et vraiment ça c'est culpabilisant », conclut-elle.

Déviant, leur mal-être est dans un premier temps toutefois souvent toléré, à condition qu'il soit peu intense (ce sont les pleurs qui semblent, par-dessus tout, condamnés), attribué à des causes physiologiques (« tu viens d'accoucher », « c'est la fatigue », « c'est rien du tout ») et fugace (« ça va passer ») à l'image du *baby-blues*[612]. Défini comme un état dépressif normal et temporaire tou-

---

[612] Pour une analyse historique, dans une perspective critique, de la nosologie psychiatrique en matière de « folie maternelle » voir les travaux de Francesca Arena, notamment sa thèse. *Cf.* Francesca Arena, *« Folles de maternité ». Théories et pratiques d'internement autour du diagnostic de la folie puerpérale, XVII^e^-XX^e^ siècles, France-Italie*. Thèse d'histoire soutenue le 11 octobre 2012, Université d'Aix-Marseille.

chant près de 80% des femmes trois jours après l'accouchement, ce « syndrome » ne rencontre pas les jugements moraux auxquelles elles ont été confrontées[613]. « Pas de panique, c'est le *baby-blues* » se dira d'ailleurs dans un premier temps Silvia pour se rassurer. Mais lorsque la déviance émotionnelle s'exprime et dure, les proches ne « banalisent » plus : ils deviennent des prescripteurs et pointent les désordres affectifs pour en corriger la transgression. Leurs « remarques » se transforment en injonctions qui font dire à Mathilde : « On exige de nous [des mères] d'aller bien ».

Quand bien même elles se disent et peuvent être dites « folles », le stigmate auquel leur déviance émotionnelle est associée concerne en fait davantage leur féminité, ou le style de féminité qu'elles entendent performer, que leur santé mentale. Eloïse semble l'avoir bien compris. Cette logisticienne de 37 ans, enceinte de sept mois et déjà mère de deux enfants, se sait acculée au faux semblant par les règles de sentiments de la maternité :

> « Tout le monde a l'image de la mère épanouie. Je suis allée voir une ancienne collègue de bureau : je suis arrivée au resto heureuse et tout. Ce n'était pas moi. Une heure avant je pleurais. Je me dis que je joue très bien la comédie, et ça me fait mal. Mais on est obligée. Sinon on passe pour une mauvaise mère, pour une mégère » (Entretien Eloïse, 37 ans, logisticienne en congé parental, enceinte, 2 enfants).

Comme elle le constate, ne pas performer les sentiments attendus risquerait de « faire passer » ces femmes pour des « mégères », qui se plaignent d'une situation pourtant supposée réjouissante (« j'ai tout pour être heureuse » entend Johanna), et/ou de « mauvaises mères », dont l'affectivité déviante pourrait avoir une influence délétère sur leurs enfants (« le bébé percevait tout ça » dit son amie à Coralie). « Mégère » et « mauvaise mère » fonctionnent ici comme des « figures repoussoirs »[614] de la féminité conforme à leurs normes de genre.

Par ailleurs, leur expérience du désajustement semble pour elles associées à une forme de déclassement qui engage leur respectabilité. Si Marianne, éducatrice de jeunes enfants, n'a pas compris pourquoi « [elle a] eu envie de [s'] enfuir » en découvrant son enfant à la maternité, puis « de [se] jeter par la fenêtre du 28ème étage » une fois rentrée chez elle, c'est aussi, dit-elle, car « pour [elle], il y avait les mères infanticides et les bonnes mères » : « ceux qui avaient du mal, c'était les cas sociaux quoi ». La figure repoussoir ici mobilisée — « les cas sociaux » – renvoie aux logiques de distinction entre classes sociales. Quand elle reprend le travail, peu après la fin de son hospitalisation, elle accepte difficilement que sa fille soit accueillie dans une « crèche familiale préventive », ainsi que le préconise l'équipe pédopsychiatrique qui la suit. Pour elle, ce type de prise en charge n'était pas destinée à des familles comme la sienne :

---

613 Catherine des Rivières-Pigeon, Caroline Gagné, Diane Vincent, *Les paradoxes de l'information sur la dépression postnatale. Mères dépressives mais pimpantes,* Montréal, Éditions Nota Bene, 2012.

614 Isabelle Clair, « Le pédé, la pute et l'ordre hétérosexuel », *Agora débats/jeunesses*, Vol. 60, n° 1, 2012, pp. 67-78.

> « Ils accueillent des parents en difficultés, soit des problématiques sociales, soit des parents qui ont des problèmes psy. […] Ça a été très compliqué pour moi d'accepter. Je ne me sentais pas du tout "cas social". C'est l'unité mère bébé qui nous a invité très fortement à y aller. J'ai freiné des quatre fers » (Entretien Marianne, 40 ans, éducatrice de jeunes enfants, deux enfants).

Inversement, mais dans une même logique, Silvia craignait son « entrée en psychiatrie » jusqu'à ce qu'elle rencontre « une femme comme [elle] », au cours de sa visite de l'Unité Mère-Bébé dans laquelle on lui propose d'être hospitalisée :

> « Je la vois avec ses petites lunettes, son carré soigné, son petit air de comptable et je la regarde. Elle avait à peu près le même âge que moi. Nos bébés avaient un mois d'écart. Elle était tellement banale : une femme normale. Je la vois et elle me fait un énorme sourire. On commence à discuter un petit peu mais de choses complètement [banales]… Je ne me souviens même plus. Et je me suis dit : "Bah elle est comme moi". Et ça m'a énormément rassurée. Je crois que c'est ça qui m'a vraiment rassurée, quand j'ai vu cette femme-là, hospitalisée là, je me suis dit c'est un lieu pour moi » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

Éviter le stigmate qui risque d'affecter leur féminité nécessite dès lors de doubler leur travail parental d'une importante régulation émotionnelle leur permettant d'assurer un semblant de conformité au rôle prescrit et de préserver leur réputation, de genre et de classe, de femmes « normales » et de « bonnes » mères. Cet effort n'aura toutefois duré pour elles qu'un temps.

II. Le diagnostic : requalification et normalisation de la transgression

« J'ai pêté un câble », « j'en pouvais plus », « je n'y arrivais plus » sont autant d'expressions qui marquent la fin du récit d'un premier moment dans l'histoire de leur dépression : celui où, bien que troublées, elles s'efforçaient et parvenaient encore à « tenir ». Mais confrontées à l'impression de perdre l'esprit et/ou le contrôle de l'information, les femmes que j'ai rencontrées disent avoir été acculées à faire tomber les masques devant une situation devenue intenable. À la question « qu'est-ce qui vous amène ? », par laquelle la psychologue de l'UPSP débute systématiquement ses premiers entretiens, les patientes répondent en décrivant leur état émotionnel et sa dégradation récente. Madame Deroussen, rédactrice web de 34 ans, enceinte de 7 mois, raconte des « crises d'angoisse » de plus en plus fortes et rapprochées. Eloïse dit ne plus parvenir à contenir son émotion et raconte s'être effondrée en pleurs au supermarché. Johanna fait le récit d'une nuit où, sortie marcher seule en pleine nuit, « [elle a cru] devenir folle ». Silvia se souvient, en entretien, du jour (et de sa date exacte) « où [elle] a complètement perdu pieds ». Et Marianne me dit être devenue « complètement hystérique » dans l'ascenseur de la maternité en chemin vers le bloc opératoire : « Un truc de ouf. Je me suis mise à hurler : "Je veux pas de ce bébé, j'en veux pas, j'en veux pas" ».

Dans leurs récits, ces « crises » (d'angoisse, de pleurs, de nerfs) font événement : ils précipitent leur remise de soi aux expert·es du psychisme, présentée comme inéluctable. Toutefois, narrés avec force de détails et parfois de façon théâtrale, ces évènements occultent un processus bien plus discret, souvent déjà à l'œuvre : le progressif changement du regard qu'elles portent sur elles, amorcé par des professionnel·les de santé ou des profanes experts qui, tout autant que la crise, les conduisent à consulter. Comme le souligne Erving Goffman, « pour la société, les internés des hôpitaux psychiatriques sont là, officiellement d'abord parce qu'ils sont atteints de maladie mentale ; pourtant, dans la mesure où le nombre de "malades mentaux" qui vivent hors de l'hôpital approche celui des internés ou même le surpasse, on pourrait dire que c'est moins la maladie mentale que les contingences de la vie qui décident de l'internement »[615]. La manière dont se construit (ou non) toute une chaîne d'attentions autour de leur état émotionnel, aboutissant à une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique, fait partie de ces contingences qu'il convient d'examiner.

A. Être alertée

En entretien, j'ai cherché à reconstruire, non sans difficultés, le « circuit des agents »[616] qu'ont suivi mes interlocutrices. La parole sur les personnes qui se sont, en premier, montrées préoccupées et les ont encouragées à consulter – celles en définitive qui les ont alertées – était rarement spontanée. Elle émergeait souvent seulement après que je leur ai demandé « comment » elles en étaient arrivées jusqu'aux « psys » plutôt que – comme les y engageait la psychologue – ce qui les y avaient amenées. Si les personnes qui composent le circuit occupent une position souvent secondaire dans leur récit – comparativement aux professionnel·les qui les ont par la suite traitées –, elles ont pourtant tenu un rôle non négligeable.

Des professionnelles attentives

Bien qu'à chaque fois singuliers et soumis à de nombreuses variations, les différents circuits dégagés des récits collectés partagent certains points communs. Comme dans le cas de la carrière anorexique, cette nouvelle phase est initiée par un « alerteur »[617] qui peut être profane ou, plus souvent ici, professionnel. Au cours de la grossesse, les sages-femmes occupent prioritairement ce rôle.

---

615 Erving Goffman, *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1968, p. 189.

616 *Ibid*. p.190.

617 Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. cit*., pp. 178-185.

« Ça devait être au moment de la première échographie. J'étais tellement bouleversée. Je n'arrêtais pas de pleurer. Pas moyen de me calmer. Elle [la sage-femme] a dû interrompre le rendez-vous. Elle a demandé à Julien [son conjoint] qu'on aille faire un tour pour me parler, pour voir qu'est-ce qui pouvait me mettre dans cet état-là. Puis quand on est revenu elle m'a dit : "Vous savez, il existe des psychologues à la maternité". Non, je ne savais pas » (Entretien Aurélie, 37 ans, consultante en organisation et management, en congé parental, deux enfants).

« La sage-femme qui me pèse et qui me dit "vous avez pris trop de poids". J'en avais les larmes aux yeux et c'est là qu'elle me dit : "Pourquoi ça vous fait cet effet-là ?". Je culpabilisais de n'être préoccupée que par mon gros cul alors qu'on me disait que mon bébé allait bien. Elle m'a parlé de la psychologue » (Entretien Mathilde, 35 ans, chargée d'écoute pour une entreprise de télé-assistance, deux enfants).

« Quand j'étais en consultation, j'étais toujours angoissée et la plupart du temps j'étais en pleurs à chaque consultation. […] Et quand j'ai vu une sage-femme qui était très à l'écoute, elle m'a dit : "Mais pourquoi vous n'allez pas voir un psychologue ? ". Je lui ai dit que j'y avais pensé mais c'est elle qui m'a aidée à vraiment faire la démarche. Elle a essayé de joindre la psychologue [de l'UPSP] qui n'était pas là ce jour-là, moi j'ai rappelé et voilà » (Entretien Eloïse, 37 ans, logisticienne en congé parental, enceinte de sept mois, deux enfants).

Devant les pleurs de leurs patientes, les sages-femmes suspendent le cours ordinaire de la consultation échographique, prénatale ou de la préparation à la naissance et à la parentalité. Si les aménagements opérés – comme faire sortir momentanément la patiente – visent vraisemblablement à dissiper le trouble créé par le surgissement des émotions, ils signalent aussi déjà à leurs patientes l'existence d'un problème. Sans qu'aucune étiquette précise ne soit alors nécessairement posée, évoquer la potentialité de recourir à une psychologue contribue à définir le problème en termes de santé mentale. Adresser la patiente aux psychologues de la maternité fait partie intégrante de l'alerte. La prise en charge de la grossesse devient l'occasion, aussi bien que la raison d'être, d'une éventuelle prise en charge psychologique sans que cette question n'ait été à l'origine de la consultation[618]. Le suivi de la grossesse se double alors d'une prise en charge hospitalière spécialisée : celle des psychologues et pédopsychiatres du Pôle Femme-Enfant, pouvant se poursuivre par l'organisation d'une hospitalisation en Unité Mère-Bébé après la naissance.

On retrouve également cette modalité d'entrée dans cette phase de la carrière, lorsque l'alerte intervient après la naissance. Elle ne mobilise alors plus les professionnelles de la grossesse – ou exceptionnellement à l'occasion de la consultation post-natale – mais celles en charge du suivi médical de l'enfant. La pesée des nourrissons en centre de PMI peut ainsi être l'occasion pour une infirmière-puéricultrice de signifier à une jeune mère qu'elle la trouve « fatiguée », « pas très en

[618] Aussi, quand bien même l'alerte provienne en amont d'un médecin généraliste incitant une de ses patientes à parler à une sage-femme, le suivi de grossesse demeure la raison première de la consultation et l'occasion d'évoquer leur mal-être.

forme » et de l'inciter à consulter la psychologue de l'équipe. De la même manière, qu'elles soient effectuées en libéral ou en PMI, les six consultations mensuelles de pédiatrie préventive, au cours de la première année de l'enfant, peuvent donner lieu à une alerte-adresse :

> « J'allais voir la médecin pour le suivi du petit. À la consultation du 4ème mois, je me souviens avoir dit : "Je ne me sens pas capable de reprendre le travail. Il ne dort pas. Je suis fatiguée". Soit, mais ça, ça ne m'empêchait pas de reprendre le travail en vrai. En fait, je me sentais faible et affaiblie moralement, psychologiquement. J'ai rien eu besoin de dire de plus, j'ai décrit et elle a fait le job. Et elle m'a dit : "Je commence à vous connaître et je vois bien qu'effectivement vous avez une façade, tout va toujours très bien, mais je vois bien que ça ne va pas". C'est là qu'elle m'a parlé de la dépression du post-partum » (Entretien Mathilde, 35 ans, chargée d'écoute pour une entreprise de télé-assistance, deux enfants).

Plusieurs points de variations, concernant notamment la temporalité dans laquelle s'inscrit l'alerte, méritent d'être soulignés. Contrairement aux sages-femmes évoquées plus haut, les infirmières-puéricultrices et les médecins semblent prendre davantage de temps pour formuler une alerte. La généraliste qu'elle consulte ne « parle » à Mathilde « de la dépression du post-partum » qu'une fois après avoir remarqué que « ça n'[allait] pas », soit vraisemblablement après plusieurs consultations. Pour leur part, les infirmières-puéricultrices de PMI préfèrent volontiers, comme elles me l'ont expliqué, « prendre le temps » de créer une « relation » avec les usagères des centres et « laisser le temps » à une situation de se dénouer avant de formuler une alerte.

> « C'est pas des choses que tu peux aborder tout de suite le premier jour. Déjà la première perm[anence] ça tourne beaucoup autour du bébé : la naissance, la prise de poids, l'allaitement. Et puis, si tu lui parles direct de la psy, elle va se demander où elle est tombée. Quand tu les revoies souvent, là tu peux poser un peu plus de questions. […] On prend le temps. Je pense que si on les met en condition, elles en parlent relativement facilement » (Entretien Sophie, puéricultrice, PMI).

> « Je me laisse un petit peu de temps pour voir comment les choses évoluent. Y a beaucoup beaucoup de choses qui viennent de la fatigue et rien d'autre. Des signes qu'on peut considérer au départ comme alertants puis en fin de compte tu t'aperçois qu'une fois qu'elles sont reposées, quand elles reviennent une ou deux semaines après, c'est plus aussi inquiétant que ça n'en avait l'air » (Entretien Aminata, infirmière, PMI).

Les variations relatives à la temporalité de l'alerte, indépendamment du moment où elle survient, avant ou après la naissance, peuvent se comprendre en prenant en compte les conditions institutionnelles des suivis dans lequel elle s'inscrit. La propension à différer l'alerte semble être une des spécificités des suivis caractérisés par la durée – en PMI et/ou chez le « médecin de famille ». À l'inverse, sa relative rapidité semble propre au cadre hospitalier où les prises en charge, particulièrement en ce qui concerne la grossesse, sont nettement moins personnalisées. Les femmes enceintes rencontrent rarement une même sage-femme d'une consultation à l'autre. Faute de les revoir de

manière régulière et répétée, les sages-femmes hospitalières connaissent peu leurs patientes, si ce n'est par l'intermédiaire de leur dossier médical. Elles doivent alors signifier dès qu'elles le peuvent un problème au risque que l'institution ne « passe à côté » de situations potentiellement risquées. Le Dr Bouraya, médecin cheffe du service de psychiatrie infantile au Pôle Femme-Enfant, se félicite d'ailleurs, en entretien, de la qualité des sages-femmes de l'établissement : « Nos sages-femmes, on leur fait confiance. Elles ont l'œil. Elles arrivent à faire une évaluation excellente de la situation dans le peu de temps qu'elles ont ».

Mais toutes spécialistes qu'elles soient, les signes du mal-être de leurs patientes peuvent parfois échapper au travail d'identification des professionnelles, *a fortiori* lorsqu'ils sont rendus volontairement invisibles :

> « À la PMI, j'ai dit que j'étais fatiguée, qu'il [le bébé] avait du mal à dormir mais je le disais avec le sourire. Je ne les ai pas laissées s'en rendre compte. […] Mais je ne leur en veux pas, c'est moi qui n'ai rien laissé paraître […]. Si j'avais sollicité leur écoute, je suis sûre que je l'aurais eu » (Entretien Mathilde, 35 ans, chargée d'écoute pour une entreprise de télé-assistance, deux enfants).

D'autres se montrent nettement moins conciliantes que Mathilde vis-à-vis des professionnel·les qui « n'ont rien vu ». Après la naissance de son premier enfant, Marianne se rend dans un centre de PMI pour vérifier la prise de poids du nouveau-né, elle me raconte vindicative :

> « J'ai fait 1h45 de queue en salle d'attente pour rester à peine 10 minutes [en salle de pesée]. Et ils ont rien vu du tout [de son mal-être]. C'est quand même fort quand on sait que leur mission c'est la prévention.
> - C'est étonnant. Pour ce que j'en ai vu les professionnelles de PMI m'ont semblé pourtant vachement vigilantes à tout ça.
> - Oui, mais c'est parce que tu es tombée sur de bonnes professionnelles » (Entretien Marianne, 40 ans éducatrice de jeunes enfants, deux enfants).

Hélène, documentaliste de 35 ans, mère de deux enfants, me dit également être toujours « hyper en colère » contre la myriade de soignant·es qu'elle a rencontrée au cours de sa grossesse sans qu'aucun·e « ne prenne le temps d'entendre [sa] souffrance ». Hospitalisée à plusieurs reprises dans le service de grossesses à haut risque de la clinique privée où elle accouche, elle en veut beaucoup à cette structure qui, me dit-elle, ne disposait vraisemblablement pas de psychologues :

> « J'ai vu beaucoup beaucoup de professionnels de santé puisque j'ai fait un décollement placentaire, un diabète gestationnel, une menace d'accouchement prématuré. J'ai été alitée donc j'ai vu aussi un phlébologue. J'avais des douleurs cervicales. Bref tout le package de la super grossesse. En tout, j'ai vu deux kiné, un osthéo, le gynéco, les sages-femmes à l'hôpital et à domicile. À aucun moment y a une seule personne qui s'est dit y a quelque chose qui va pas. Ça signifiait bien quelque chose pourtant. Personne ne se posait la question. Y a même une sage-femme qui m'a dit : "Mais vous avez toujours mal quelque part vous". Bah oui… effectivement mais demande-toi pourquoi j'ai mal

comme ça ! J'étais pas en capacité de dire que j'allais mal dans ma tête, je disais que j'avais mal. À aucun moment y en a un qui s'est dit : "Attends, c'est bizarre qu'elle souffre comme ça" » (Entretien Hélène, 35 ans, documentaliste, deux enfants).

Le point de vue rétrospectif, qui fait raconter le moment de cette phase à son terme – soit une fois qu'elles ont été reconnues et se sont reconnues malades – peut conduire certaines à regretter, voire à dénoncer, le défaut d'attention dont leur mal-être aurait fait l'objet. La tonalité critique adoptée par les enquêtées recrutées via l'association « Le mal de mère » est caractéristique de ce type de discours qui prend alors une tournure véritablement politique.

J'ai rencontré Elsa, Hélène, Elizabeth, Marianne et Silvia lors d'une « journée d'information et de sensibilisation sur la difficulté maternelle » organisée par l'association. Des femmes, comme elles « passées par là », témoignaient de la distance qui séparait leur expérience de la maternité de la conception idéalisée qu'elles en avaient auparavant. Certaines exprimaient, avec une émotion non feinte, la culpabilité qui les tenaillait encore de ne pas avoir pu éprouver, pour elles et pour leur enfant, le bonheur de la naissance. D'autres rendaient hommage aux professionnel·les qui les avaient « accompagnées » et à qui elles devaient, selon elles, d'avoir pu ressentir l'attachement maternel tant attendu. Toutes condamnaient l'insuffisance de la réponse publique face à leur souffrance et dénonçaient le défaut généralisé de prise en charge des « aspects psychologiques » de la naissance.

Bien que leurs récits aient été à chaque fois singuliers, ils mettaient systématiquement en scène de « bonnes » et de « mauvaises » professionnelles. Les premières avaient été pour elles de précieux adjuvants dans leur quête de sérénité alors que les secondes, au mieux incapables d'entendre leur détresse et au pire choisissant de volontairement l'ignorer ou de la « banaliser », n'avaient fait que rendre leur épreuve plus difficile. Leurs récriminations rendent visibles ce qu'elles attendent des professionnel·les : une attention privilégiée à leur bien-être et une aide active dans ce sens. En entretien, Silvia me dit d'ailleurs considérer qu'« un des nœuds problématiques dans la maternité c'est le manque d'écoute des professionnel·les ». Comme Hélène ou Marianne, le récit qu'elle me livre de son premier accouchement et de ses suites prend des allures de réquisitoire. Traitée comme « un incubateur », « laissée seule », elle me dit n'avoir senti aucune préoccupation à son égard, l'attention des soignantes étant toute entière tournée vers son enfant. Malheureuse, honteuse et coupable devant son incapacité à materner et à aimer convenablement, elle ne trouve ensuite aucune oreille attentive à la maternité si ce n'est celle d'une jeune aide soignante dont l'attention manifeste ne sera toutefois pas suffisante.

Dans leurs récits, la capacité à voir au-delà des apparences devient à l'inverse un gage de « professionnalisme ». Concernant cette fois les « bon·nes » professionnel·les, leurs discours, comme celui des femmes rencontrées par l'entremise des psychologues qui les ont suivies au Pôle Femme-Enfant – situation d'enquête moins propice à recueillir des critiques –, prend alors une

tournure presque hagiographique. « Guéries », elles se montrent extrêmement reconnaissantes envers les professionnel·les de santé qui, comme le dit Mathilde à propos de son médecin généraliste, « [ont] su voir ce que [elles vivaient] et dire ce [qu'elles étaient] incapable[s] de dire » ou, pour reprendre les mots d'Aurélie, ont « déjoué [leur] façade » et « gratté le vernis ». Plutôt qu'« une coalition […] formée contre lui pour obtenir son internement », qu'un « circuit des épreuves » ou qu'un « couloir de la trahison », à l'instar du circuit des agents conduisant à l'internement du malade mental chez Goffman, celui conduisant vers une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique périnatale est décrit comme salvateur et nécessaire.

Des expertes profanes

Mais les professionnel·les de santé ne sont pas les seul·es agent·es à occuper un rôle dans ce circuit. Les récits recueillis évoquent aussi, de manière toutefois moins fréquente, des profanes qui, du fait de leurs savoirs expérientiels, ont fait office d'expertes. Johanna se résout, par exemple, à consulter une médecin généraliste « spécialisée un peu en psychologie » parce que sa sœur lui a recommandé la sienne :

> « [Ma soeur] a vu que ça n'allait pas. Et elle m'a dit qu'elle aussi elle avait pas été bien après la naissance de sa première. Elle m'a dit que quand elle n'allait vraiment pas bien, elle était allée voir [ce médecin], que ça lui avait fait beaucoup de bien. [Elle m'a dit :] "Peut-être qu'il faudrait que tu fasses ça…" » (Entretien Johanna, 31 ans, assistante marketing, enceinte de six mois, un enfant).

Et Hélène est alertée par sa belle-mère, « dépressive chronique », qui appelle pour elle le Centre Médico-Psychologique le plus proche. À l'issue de leur prise en charge, certaines anciennes patientes me racontent, souvent avec fierté, les quelques occasions où elles ont occupé ce rôle d'expertes profanes :

> « Je me rappelle au magasin [dans lequel elle travaille] de cette femme qui me demande si elle peut se mettre dans la cabine pour allaiter son enfant. Pas de problème. Et là, je vois qu'elle se met à pleurer, et elle me dit que ça ne va pas du tout, qu'elle a le moral dans les chaussettes. Je me revois dans la cabine d'essayage, me mettre à parler avec la dame, lui raconter ce que j'ai vécu. […] Je me suis retrouvée à faire le boulot, à l'écouter, à l'orienter, à être en empathie […] Et puis pareil, la femme de ménage du magasin, elle venait d'avoir un enfant, elle n'arrêtait pas de pleurer, je suis allée prendre un verre avec elle, je l'ai orientée vers un psychiatre » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin en congé parental, deux enfants).

> « J'en ai parlé à une seule personne, une collègue de [mon conjoint] qui ne "supportait" pas son fils de 18 mois. Et là je me suis dit : ça sent la difficulté maternelle. Je lui ai raconté mon histoire, tout mon suivi, et elle m'a dit c'est ça dont j'aurais eu besoin. Je lui ai dit qu'il n'était pas trop tard pour trouver de l'aide » (Entretien Marianne, 40 ans, éducatrice de jeunes enfants, deux enfants).

De la même manière, Madame Barry, suivie depuis un temps à l'UPSP, adresse à la psychologue une amie, mère d'un bébé de 3 mois qui, sur ses conseils, appelle en pleurs le secrétariat de l'équipe de psychiatrie périnatale. Cette adresse, peu fréquente ainsi que me le concède Margot, amuse d'ailleurs l'équipe dans la mesure où Madame Barry ne leur semblait pas, de leur point de vue, avoir adhéré à la prise en charge.

Chez l'ensemble des enquêtées, la prise en charge médico-psychologique a contribué à leur plus grande familiarisation avec le « monde psy » et au développement de compétences psychologiques, comparables aux « compétences médicales » mises en évidence par Luc Boltanski[619]. « Il y a deux choses différentes », m'expose Coralie d'un ton professoral :

> « Il y a le *baby blues* et y a la dépression *post partum*. Faut pas tout mélanger. […] Le *baby-blues*, c'est trois jours après parce qu'on voit notre enfant, on sait pas comment faire, et pourquoi il pleure, etc. Trois semaines après, c'est autre chose. On est tellement mal qu'il y a quelque chose sous-jacent et il faut justement pouvoir résoudre ce problème là pour pouvoir avancer et pouvoir s'occuper de ses enfants sereinement » (Entretien Coralie, 36 ans, assistante commerciale, deux enfants).

En m'expliquant ce qu'est une dépression du *post-partum* – sans d'ailleurs que je ne le lui demande –, Elizabeth mobilise également le discours psychanalytique qu'elle a intériorisé au cours de son suivi :

> « Ce qui est clair dans ma tête, c'est que la dépression n'est qu'un symptôme. La dépression est le symptôme d'une crise interne et c'est la crise interne qui est la cause et pas la dépression. C'est une crise existentielle et une crise de croissance en même temps. C'est important peut-être par moments d'être dans ces crises-là pour pouvoir se développer, lâcher des choses qui ont pesé pendant des années et des années et qui n'ont jamais pu être exprimé parce que pas arrivées à la conscience et que c'est l'occasion de travailler tout ça » (Entretien Elizabeth, 65 ans, assistante sociale à la retraite, deux enfants).

Certaines projettent même de poursuivre ce qu'elles présentent comme un tournant biographique par une reconversion professionnelle. Responsable de magasin d'une grande chaîne de prêt-à-porter féminin, Silvia me dit aujourd'hui « rêver » de devenir psychomotricienne pour « travailler sur le lien mère-enfant » et « tirer quelque chose de positif de tout ça ». Elle me raconte que c'est d'ailleurs ce qu'a fait une des anciennes patientes de l'UMB où elle était hospitalisée avec qui elle s'est liée d'amitié, devenue depuis psychologue. Si Marianne, éducatrice de jeunes enfants, n'a pas changé de métier, elle me dit être devenue « une nouvelle professionnelle ». Forte de ce que sa dépression et son traitement lui ont appris, elle envisage de suivre une « formation en psychopathologie périnatale » et porte aujourd'hui un regard renouvelé sur certaines des mères recourant aux ser-

---

[619] Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations, Vol.* 26, n° 1, 1971, pp. 212-216.

vices de la crèche où elle travaille ; en particulier, celles qu'elle considérait hier être des « chieuses » :

> « En fait, elles veulent le meilleur pour leur enfant parce qu'elles arrivent pas forcément à bien investir le lien. On va se dire "de toute façon c'est une chieuse", alors que non : je sais qu'elle va pas bien cette maman » (Entretien Marianne, 40 ans, éducatrice de jeunes enfants, deux enfants).

Les compétences psychologiques acquises trouvent également à se déployer dans l'engagement associatif. Les membres actives de l'association « Le mal de mère » et de son forum incitent les nouvelles venues à trouver de l'aide auprès de professionnel·les averties, et par là à cadrer leur problème en termes psychologiques. Le site de l'association répertorie les structures de santé spécialisées dans le traitement de « la difficulté maternelle ». Quand Silvia s'épanche pour la première fois sur le forum qu'elle découvre au hasard de ses recherches sur internet, des membres de l'association l'encouragent à consulter : « Quand j'ai commencé à parler avec ces filles-là, elles arrêtaient pas de me bombarder "N'aie pas peur" machin, "On s'en sort", "Va voir quelqu'un" ». L'une d'elles lui communique même les coordonnées de l'Unité Mère-Bébé où elle-même était hospitalisée et où Silvia le sera également.

B. Se dire malade

Devenir une mère en dépression nécessite dès lors non seulement de considérer qu'un problème existe mais aussi que ce problème soit pointé par quelqu'un, dont l'expertise est considérée légitime, qui l'énonce en des termes justifiant une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique. La rencontre entre le sentiment de désajustement des femmes troublées par la maternité et la préoccupation de professionnelles attentives ou d'expertes profanes amorce alors une requalification de la situation que poursuit le diagnostic, si tant est qu'il soit accepté.

Un rituel d'aveu

Revenant sur le circuit des agents qu'elle a suivi, Johanna décrit aussi le rituel de l'aveu dans lequel elle a été « embarquée ».

> « Quand [la généraliste] m'a dit que je devais en parler à la sage-femme, je me rappelle que je m'étais dit : "Faut encore que j'en parle à quelqu'un d'autre ! Faut encore que j'aille dire à quelqu'un d'autre que ça va pas !" Et en fait ça a été comme ça à chaque fois. Quand la sage-femme m'a dit qu'il fallait que je contacte une psychologue je me suis dis "Mais ohlalala dans quoi je m'embarque ? Je suis vraiment folle à ce point-là

pour avoir besoin de voir autant de monde ?"» (Entretien Johanna, 31 ans, assistante marketing, enceinte de six mois, un enfant).

Elle doit encore et encore « le dire » et « en parler » mais s'interroge, à ce moment-là, sur la légitimité de tout ce processus (« je suis vraiment folle à ce point-là pour avoir besoin de voir autant de monde ? »). Le bureau des psys constitue le bout de la chaîne, la fin et l'aboutissement du circuit. Lorsqu'il n'a pas déjà été explicitement posé par un médecin généraliste, le diagnostic y est formulé pour la première fois. À l'UPSP, les premières consultations avec la psychologue visent à amener les patientes à se dire malade et à reconnaître avoir besoin de l'aide qu'on leur propose – sous forme d'une psychothérapie et/ou d'un traitement médicamenteux prescrit par un pédopsychiatre. L'énonciation du diagnostic par la psychologue intervient le plus souvent à la fin du premier entretien clinique. Quand Margot estime que l'état de la patiente requiert vraisemblablement un traitement, et donc une consultation médicale, ce diagnostic est renouvelé et confirmé par un pédopsychiatre de l'équipe après une consultation.

Lors des premiers échanges avec les nouvelles patientes, avant même de les soigner à proprement parler, la psychologue cherche à amorcer une transformation de l'idée qu'elles se font d'elles-mêmes. Ponctués de silences et de pleurs, leurs récits sont suivis des explications et des encouragements suivants : « La dépression est une maladie », « Vous ne l'avez pas choisi, ça vous est tombé dessus », « Ce n'est pas de votre faute », « Vous ne pouvez pas y faire grand-chose à part trouver du sens et chercher à vous soigner », « Vous avez bien fait de consulter, de vous accorder ce temps de parole », « C'est une bonne chose que vous fassiez cette démarche ». Les patientes apprennent alors une autre nomination du problème : elles sont malades et ont besoin d'être soignées, *a minima* par la parole.

Mais le rituel de l'aveu ne s'arrête pas aux portes de l'institution et doit se poursuivre hors les murs. Les psychologues insistent en effet auprès des patientes sur la nécessité de « parler » à leurs conjoints. Alors qu'ils sont bien souvent tenus à l'écart, les psychologues estiment crucial qu'ils deviennent « partie prenante » et d' « impliquer » plus largement les proches. Alors qu'elles ont appris à cacher leur mal-être, les femmes troublées doivent, une fois devenues des patientes, désapprendre la dissimulation pour se confier – voire se confesser. La divulgation volontaire est souvent redoutée et éprouvante. Aurélie ne s'y soumet qu'après « le gros travail » de la pédopsychiatre qui la suit :

« Comme je ne lui disais pas au bout de plusieurs séances, elle m'a dit : "ça serait bien que je rencontre votre mari". Et puis comme j'avais déjà fait un gros travail avec elle, je savais bien que logiquement parlant elle avait raison. J'ai pris mon courage à deux mains et il est venu avec moi à l'entretien. Et elle m'a aidée à lui dire parce que montrer que j'étais une faible femme, l'avouer… J'avais peur de le décevoir. Rien qu'en vous en parlant il y a l'émotion qui monte (*Elle est visiblement émue. Elle s'interrompt quelques*

secondes le temps de se ressaisir) » (Entretien Aurélie, 37 ans, consultante en organisation et management en congé parental, deux enfants).

Dans la mesure où, selon Michel Foucault, l'aveu correspond à « un rituel où la vérité s'authentifie de l'obstacle et des résistances qu'elle a eu à lever pour se formuler » et « où la seule énonciation, indépendamment de ses conséquences externes, produit chez qui l'articule, des modifications intrinsèques »[620], avouer son mal-être, et plus encore sa dépression, à ceux à qui elles le dissimulaient, participe pleinement à faire de ces femmes des mères en dépression.

Renégocier le stigmate

En qualifiant le désajustement vécu dans le registre de la pathologie, la nouvelle labellisation, et auto-labellisation dont elles font l'objet suspend celui de la déviance morale ; ce qui ne manque pas de les soulager. Coralie revient en entretien sur le changement de perspective opéré grâce à la prise en charge. Au contact de la psychologue et du pédopsychiatre, elle a appris qu'elle était « en dépression » mais aussi qu' « [elle] ne pouvai[t] pas, compte tenu de [son] histoire, passer à côté » :

> « Tout ça était… Comme le Dr Breton [pédopsychiatre] m'avait dit quoi, c'était un schéma classique. C'était couru d'avance. Donc ça vous déculpabilise parce que c'est pas de votre faute. C'est la vie qui a fait que c'est comment ça. Au début, je me disais : "Je ne suis pas assez forte mentalement", "Je n'ai pas été assez forte pour me battre avec ça". Et c'est là qu'on vous dit : "Non c'est une maladie. Vous ne pouvez pas vous battre seule contre cette maladie" » (Entretien Coralie, 36 ans, assistante commerciale, deux enfants).

Performatif, le diagnostic fait paradoxalement des patientes des femmes normalement – voire même inéluctablement – troublées par la naissance de leur enfant. Les professionnel·les du psychisme leur expliquent, comme le fait à mon encontre Marie, infirmière de service psychiatrique à l'UPSP, forte d'une expérience de près de 30 ans en pédopsychiatrie, que « la dépression maternelle est en lien avec le phénomène de la grossesse et de la naissance, c'est-à-dire qu'à ce moment-là on est fragilisée parce qu'il y a tout notre transgénérationnel qui revient et ça ne fait pas toujours du bien ». Ce que Coralie image en évoquant à plusieurs reprises sa « boîte de Pandore », dont le couvercle aurait fini par sauter. Parce que l'enfantement serait un moment de crise, une étape d'intenses remaniements psychiques réactivant des expériences douloureuses de séparations, deuils ou conflits infantiles non résolus (de la patiente ou transmis inconsciemment par ses ascendants), la dépression autour de la naissance est présentée comme un état psychopathologique relativement ordinaire, compte tenu de la vulnérabilité « naturelle » des femmes devenant mères – mais pas moins grave pour autant. Lors de son premier rendez-vous dans l'Unité Mère-Bébé où Silvia accepte par la suite

620 Michel Foucault, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, p. 83

d'être hospitalisée, les pédopsychiatre et psychologue qui la reçoivent lui expliquent ainsi que « ça arrive à beaucoup de femmes » :

> « C'est les premiers mots qu'elles m'ont dits quand je leur ai parlé de ce que je ressentais. C'était : "Vous n'êtes pas la seule à souffrir" et "Ici vous avez un lieu où on peut vous écouter. Vous pouvez tout dire, vous ne serez jamais jugée". Mais là, la libération totale ! » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin en congé parental, deux enfants)

Toutefois, si le registre de la pathologie permet de normaliser la déviance affective ressentie par ces femmes, la « libération » que génère le diagnostic n'apparaît pas aussi « totale » que Silvia le laisse entendre. Malgré le soulagement procuré, être étiquetée en dépression et devoir être soignée engage encore leur réputation de femme et de mère, et ce tout particulièrement lorsque le traitement prend la forme d'une prescription médicamenteuse et/ou d'une hospitalisation à temps plein dans un établissement psychiatrique. Silvia et Hélène évoquent en entretien la crainte qui fût la leur que leurs enfants soient placés. « Quand tu te retrouves hospitalisée dans une unité, tu te dis : "on va me l'enlever !" », me dit Silvia. Pour sa part, Hélène redoute la menace du signalement, selon elle brandie pour d'autres dans l'institution qui la prend en charge :

> « À plusieurs reprises des mamans ont eu des réflexions comme quoi si elles ne continuaient pas le soin y aurait le placement des enfants. Moi comme j'avais peur qu'on me parle de placement, de signalement ou quoique ce soit, j'y suis restée jusqu'au bout » (Entretien Hélène, 35 ans, documentaliste, deux enfants).

De nombreux éléments attestent du caractère presque infamant que certaines associent à la dépression. Aurélie parle avec un certain mépris de sa médication – « des antidépresseurs : la honte ! » – et du Centre Médico-Psychologique où elle est maintenant suivie, « là où y a que des cas désespérés ». Eloïse me dit avoir longtemps refusé les antidépresseurs qu'on lui proposait pour ne pas « se droguer », d'autant plus pendant sa grossesse. Après six mois de traitement, elle l'occulte encore partiellement à son conjoint qui « sait plus ou moins qu'[elle a] prend des médicaments ». Et, en se référant aux antidépresseurs, Johanna me dit avoir « encore du mal à accepter qu'il [lui] faut *ça* pour aller mieux ».

Qu'elles soient hospitalisées ou suivies en ambulatoire, les patientes de la psychiatrie se savent porteuses d'un stigmate. Au terme de son suivi à l'UPSP, Coralie a « l'impression d'avoir une étiquette dépression *post-partum* sur le front » et craint « que ça se voit », « comme si c'était sur [son] CV ». Elle explique vivre avec un « poids au-dessus de [sa] tête », comme une épée de Damoclès prête à s'abattre au moindre faux pas. Comme elle, Silvia évoque ce « poids » : « si un jour il se passe quelque chose de mal, on va me dire "c'est parce que voilà quand tes enfants sont

nés, tu n'as pas su assurer à un moment et c'est à cause de toi"… C'est un poids que j'aurais toujours sur ma conscience ». En cela, accepter le diagnostic, quand bien même il puisse les soulager, n'en reste pas moins inconfortable compte tenu de ses implications morales. Les patientes prennent parfois du temps pour se l'approprier et le négocient bien souvent.

La redéfinition du problème qu'opère le diagnostic ne s'impose en effet pas sans soulever des questions. À l'issue de sa prise en charge à l'UPSP, Coralie se demande encore, au cours de notre entretien, si « [elle a] vraiment fait une dépression post-partum » et propose une autre explication à son mal-être : « une dépression post-traumatique, parce que j'ai vécu deux choses en même temps pour ma première grossesse qui ont resurgi pour ma deuxième grossesse [le décès de son père et la naissance de sa fille] ». En cours de traitement, Johanna explique également parfois douter du fait d'être en dépression :

> « Parfois je me dis que je ne le suis pas en fait. Je ne sais pas parce que pour moi dépression c'est... En fait je crois que je ne sais pas ce que c'est que les symptômes de la dépression. Pour moi un jour où t'es pas bien ça veut pas forcément dire que t'es dépressive. Donc, en fait là je me dis que je fais une dépression parce que voilà des professionnels m'ont dit qu'ils ont détecté ça donc je me dis voilà c'est ça. Mais pour moi, si j'étais pas allée consulter, pour moi c'était qu'un état passager » (Entretien Johanna, 31 ans, assistante marketing, enceinte de six mois, un enfant)

Et si Mathilde est convaincue que son mal-être n'était pas « juste un *baby-blues,* c'était pas les hormones, c'était vraiment mental », elle considère toutefois que « ce n'était pas non plus une dépression » même si, concède-t-elle, elle en avait « des symptômes ». Quand je lui demande alors ce qu'elle considère avoir eu, elle me répond « une déprime du post-partum » mais tempère tout de suite :

> « Oui c'était une dépression, parce que la médecin l'a écrit, parce que j'ai vu la psychologue par la suite, mais parfois je me dit encore que c'était juste un coup de mou, un coup de fatigue… Je minimise les choses en fait, par pudeur, peut-être aussi par fierté » (Entretien Mathilde, 35 ans, chargée d'écoute pour une entreprise de télé-assistance, deux enfants).

Si les femmes rencontrées discutent avec moi leur diagnostic – mais jamais avec le médecin ni même la psychologue –, l'instabilité définitionnelle qu'elles attribuent à leur trouble ne remet pas pour autant en cause l'autorité de la parole médicale. « Je me dis que je fais une dépression parce que voilà des professionnels m'ont dit qu'ils ont détecté ça », dit Johanna. « C'était une dépression parce que le médecin l'a écrit », indique Mathilde.

Eloïse, enceinte de sept mois au cours de sa prise en charge à l'UPSPS, est la seule patiente que j'ai vu refuser le traitement qu'on lui proposait et récuser le diagnostic formulé. Lors de ses deux premières consultations, elle pleure et parle beaucoup. La psychologue, qui la trouve « très

déprimée », l'encourage à « laisser venir les larmes », à ne pas se refréner et à poursuivre son récit. À la fin de la deuxième séance, sur le pas de la porte où elle l'a raccompagnée, Margot lui indique qu'il « faudra peut-être voir le pédopsychiatre pour qu'il [lui] donne quelque chose pour aller mieux ». Au cours de la consultation suivante, Eloïse accepte de rencontrer le pédopsychiatre qui lui prescrit des antidépresseurs mais refuse finalement le traitement disant ne pas en voir « l'utilité » dans la mesure où « pour l'instant parler [lui] suffit ». Au cours de l'entretien qu'elle m'accorde juste après cette dernière consultation, elle me dit considérer le terme de dépression « trop fort », mais reconnaît le bien fondé de « nommer » l'état qui est le sien « pour dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas » : « On ne devrait pas dire dépression. On devrait inventer un mot pour dire on devient mère et c'est pas facile ».

Bien que le diagnostic de dépression reste inconfortable, les patientes qui acceptent le traitement parviennent à retourner le stigmate dont il est porteur dans la mesure où elles comprennent le traitement comme une manière de devenir de meilleures mères. Six mois après la naissance de son troisième enfant, Eloïse se fait une raison et commence à prendre des antidépresseurs : « Si ça peut me faire du bien, ça ne peut que faire du bien aux enfants ». Pour ces patientes, se dire malade et chercher à se soigner, c'est aussi devenir la « bonne » mère qu'elles aspiraient à être. Coralie m'explique ainsi concevoir son traitement comme la seule façon « d'aplanir les choses pour qu'après [ses] filles puisse grandir sereinement » :

> « C'est pas bien de tout enfouir et c'est pas bien pour les enfants non plus, ça ne leur rend pas service. […] Vous n'allez pas bien, et vos enfants ne vont pas bien. C'est comme ça et pas autrement. C'est pour ça que pour [la deuxième], j'ai vu que ça n'allait pas, je me suis mise sous médicament et je me suis dit c'est pour elle que je fais ça et je le regrette pas » (Entretien Coralie, 36 ans, assistante commerciale, deux enfants).

Et Johanna raconte avoir « appris de la dépression » – et vraisemblablement surtout des psychologue et pédopsychiatre qui la suivent – que « prendre soin d'[elle] » ne revenait pas à « être égoïste », mais au contraire à « prendre soin de [ses enfants] ».

III. Devenir une mère heureuse, un idéal situé

Après avoir reconstruit les différentes phases du processus conduisant les femmes rencontrées à être traitées pour une dépression au cours de leur grossesse et/ou après leur accouchement, le dernier temps de ce chapitre s'intéresse aux conditions sociales de réalisation de cette carrière. Toutes les femmes ne se sentent pas nécessairement comblées ou épanouies en devenant mère, pour autant toutes ne s'en estiment pas nécessairement troublées, et encore moins malades. Qu'est-ce qui amène à souffrir de ne pas vivre un « heureux événement » ? À quoi faut-il aspirer, en quoi faut-il

croire pour pouvoir « faire une dépression périnatale » ? Qu'est-ce qui dispose à accepter l'étiquetage dont le mal-être maternel fait l'objet ? Je répondrai à ces questions en mettant tout particulièrement au jour deux traits que partagent les femmes que j'ai rencontrées : d'une part, leur aspiration commune à trouver du plaisir et une forme d'accomplissement de soi dans la maternité, et d'autre part, la bonne volonté qui les caractérise à suivre les prescriptions médicales et paramédicales. On l'aura compris, il n'est pas ici question d'identifier les déterminants, même sociaux[621], de « la dépression périnatale » – perspective classiquement adoptée par les enquêtes épidémiologiques –, mais plutôt de dégager les dispositions sociales qui ont rendu la carrière dépressive des patientes rencontrées probable et possible.

A. Avoir un enfant comme quête du bonheur

Rapportés à la pathologie, le désajustement ressenti par les femmes rencontrées et la souffrance qu'il génère sont habituellement présentés comme des symptômes dont on cherche à déterminer la cause. C'est parce qu'elles feraient une dépression que ces femmes ne seraient pas heureuses. Pour comprendre cette expérience, la démarche qui est ici la mienne consiste à retourner l'équation : c'est parce qu'elles ne sont pas heureuses qu'elles se considèrent malades. Comprendre les origines de leur souffrance ne revient alors plus à chercher des causes aux symptômes, mais plutôt à réinscrire ce sentiment et les normes qui le sous-tendent dans l'espace social. Si elles ne « s'attend[aient] pas à vivre ça » – comme le dit Johanna à la psychologue lorsqu'elle lui annonce qu'elle « fait une dépression », c'est aussi parce que les femmes rencontrées avaient, vis-à-vis de la maternité, un tout autre horizon d'attente. Cette expérience était pour elles désirable car source d'épanouissement.

La désirabilité de la maternité

Tournés autour de l'expérience du mal-être maternel et de sa prise en charge, les observations conduites dans le bureau des psychologues et les entretiens menés auprès de patientes de la pédopsychiatrie m'ont conduit, de manière incidente, à recueillir de nombreux éléments relatifs à la définition sociale de la maternité portée par les femmes que j'ai rencontrées. Si je ne dispose pas de suffisamment d'éléments biographiques les concernant pour analyser les ressorts sociaux qui président et modulent leur choix de « faire famille », leurs discours révèlent toutefois leur forte adhésion à l'impératif de procréation et à la norme de programmation des grossesses à laquelle elles se conforment le plus souvent.

---

621 Voir à ce sujet Patricia Romito, *La naissance du premier enfant. Étude psycho-sociale de l'expérience de la maternité et de la dépression postparum,* Paris, Éditions Delachaux et Niestlé, 1990.

Comme le soulignent Bertrand Geay et Pierig Humeau, « peu de comportements sociaux semblent aujourd'hui aller autant de soi que celui consistant à vouloir "avoir un enfant" »[622]. Si les femmes traitées pour une dépression maternelle indiquent parfois ne pas adhérer – ou du moins plus – à l'idée qu'un instinct maternel destinerait par nature les femmes à enfanter (« je suis la première à dire que l'instinct maternel n'existe pas », me soutient par exemple Silvia), elles semblent toutefois avoir envisagé la maternité comme une étape incontournable et souhaitable de leur existence. Au cours des consultations et en entretien, la place de leur « désir d'enfant » et de son authenticité apparaît centrale dans leurs récits. Johanna, Mathilde et Silvia disent par exemple « avoir toujours voulu avoir des enfants ». Et quand avoir un enfant n'est pas raconté comme un projet de vie forgé de longue date, voire comme une vocation révélée dès la plus tendre enfance, devenir parent reste présenté comme une évidence : « ça allait de soi d'être mère », affirme Elizabeth. Aurélie raconte ainsi avoir eu « un déclic » à 30 ans : « je me suis dis : "tiens c'est quand même mignon d'avoir son petit bébé dans les bras, pourquoi pas moi" ? ». Pour d'autres, avoir un enfant est, en outre, le produit d'un parcours long et douloureux marqué par l'attente et une importante mobilisation de soi. Hélène « rêvai[t] de [sa] fille depuis super longtemps ». Elsa me confie également les difficultés qu'a rencontrées son couple, « pendant deux ans et demi », pour concevoir. Enfin, après une grossesse extra-utérine interrompue, une fausse couche et un parcours d'assistance médicale à la procréation, Marianne me raconte avoir « sauté de joie » lorsque son test de grossesse s'est enfin avéré positif, après plusieurs stimulations ovariennes et inséminations artificielles.

« Désirées », voire « très désirées », les grossesses de ces femmes sont non seulement « prévues », mais également le plus souvent « programmées » pour arriver « au bon moment ». Les naissances surviennent dans l'ensemble au sein de couples stables, aux revenus suffisants ; conditions aujourd'hui supposées garantir les meilleures conditions matérielles et relationnelles attendues pour un enfant. D'un récit à l'autre, une même ritournelle ponctue leurs discours : « J'avais tout bien, tout nickel », affirme Coralie. Récurrente, ce type d'assertion est alors immédiatement suivie d'une liste des différents ingrédients qui auraient dû faire de cette naissance un événement sinon heureux du moins en aucun cas malheureux : leur âge – signifiant implicitement qu'elles n'étaient ni trop jeunes, ni trop âgées – ; leur situation conjugale – en couple hétérosexuel stable, aimant et cohabitant (plusieurs évoquent même l'acquisition récente ou en cours d'un logement) – ; la situation financière du ménage – leurs études sont finies et ils occupent un emploi, souvent en CDI, correctement rémunéré. À l'issue d'une négociation conjugale, la décision de sortir du « régime d'infécon-

622 Bertrand Geay, Pierig Humeau, « Devenir parents… », art. cit., p. 4.

dabilité »[623] est prise : « on a décidé d'arrêter la pilule », raconte Johanna. Elles sont nombreuses à raconter peu ou prou ce que résume Hélène :

> « Y avait rien de particulier dans ma vie qui pouvait faire que… J'avais une vie… J'avais 30 ans. J'étais mariée depuis 10 ans. On avait une situation tout à fait correcte. On l'attendait depuis deux ans. Rien de particulier qui pouvait me laisser penser que j'irais mal. […] Je pensais pas que ça serait aussi compliqué. C'était un peu l'idée de l'instinct maternel. Elle [sa fille] allait arriver et puis point barre » (Entretien Hélène, 35 ans, documentaliste, deux enfants)

Conforme à la norme procréative dont elles ont intériorisé le script émotionnel implicite, l'expérience de ces femmes crée une rupture d'intelligibilité. Suivant un fil cohérent, leur parcours procréatif devait se conclure par le bonheur. « Pourtant je le voulais ce bébé », indiquent-elles alors systématiquement pour signifier le caractère aberrant de leur mal-être. Le désajustement ressenti et la souffrance qu'il génère ne peuvent dès lors se comprendre qu'à l'aune de leur adhésion première à la norme procréative contemporaine. Et lorsqu'elles s'en écartent – parce qu'elles sont par exemple célibataires ou trop âgées, mais surtout parce que leur grossesse n'était pas « désirée » –, la souffrance que révèlent les femmes concernées exprime aussi leur forte adhésion à la norme et leur volonté de conformité.

Madame Diallo, 35 ans, consulte à l'UPSP alors qu'elle est enceinte de 8 mois. Originaire du Mali, arrivée en France à l'âge de 8 ans et diplômée d'une école de commerce, elle apparaît très abattue lors de sa première consultation. Le pas lent et lourd, le dos voûté regard rivé au sol, tout semble l'accabler. Elle vit très mal sa seconde grossesse, au point d'en perdre le sommeil et l'appétit. Constatant qu'elle ne s'alimentait presque plus, son médecin traitant l'a convaincue de consulter une psychologue. La sage-femme qu'elle rencontre au cours de sa dernière consultation prénatale, au Pôle Femme-Enfant, prend pour elle rendez-vous à l'UPSP. Madame Diallo a découvert cette grossesse non désirée tardivement et a beaucoup hésité avant de choisir de ne pas l'interrompre. Le futur « père » réside à l'étranger et n'a pas l'intention de venir vivre en France. Mère d'un petit garçon de 7 ans, dont elle a divorcé du père (ingénieur dans le BTP) il y a plusieurs années, elle n'avait pas prévu d'avoir un autre enfant pensant « enfin pouvoir se consacrer » à sa vie professionnelle et mettre à profit ses « hautes études », alors même qu'elle peine toujours à trouver un emploi stable. Elle raconte, la voix tremblante, les sacrifices acceptés par sa propre mère pour élever seule ses quatre enfants : « Elle a tout fait pour qu'on fasse des études. À quoi bon ? ». Deux de ses frères et sœurs ont pourtant « réussi », l'un est architecte, l'autre chargée de mission dans une ONG. Récemment embauchée en intérim comme consultante, Madame Diallo raconte avoir fait « l'erreur » de révéler trop tôt sa grossesse : son employeur n'a pas renouvelé son contrat. C'est avec beaucoup

---

[623] Arnaud Régnier-Loilier, *Avoir des enfants en France. Désirs et réalités*, Paris, INED, 2007, pp. 37-43.

d'émotion qu'elle raconte sa situation et confie des sentiments qu'elle n'a « jamais racontés à personne ».

> « – Je suis en colère.
> – Vous êtes dégoûtée de tout et ça s'exprime par une conduite anorexique. Vous n'êtes pas anorexique mais c'est la dépression qui vous conduit à ne plus manger, à ne plus dormir. Mais vous êtes en colère contre quoi ? Contre qui au juste ?
> – [La patiente marque un silence tout en pleurant discrètement, avant de reprendre lentement la parole] Je m'en veux d'être enceinte et je m'en veux de m'en vouloir. (*Silence*) Je ne me reconnais plus. La seule chose que je ressens c'est qu'il bouge. (*Pleurs*) Mais c'est pas de sa faute. Qu'est-ce que ça va être … ? Je ne sais pas quelle relation je vais pouvoir créer avec cet enfant » (Journal de terrain, UPSP).

Sans emploi, future mère célibataire de deux enfants de pères différents, Madame Diallo sait qu'elle est loin de satisfaire au modèle de la femme accomplie auquel elle aspirait correspondre. Pourtant, son sort n'est pas celui qui l'accable le plus : c'est au nom de ce qu'elle doit à l'enfant à naître – le « désir » d'en être la mère – qu'elle s'inquiète de la qualité du lien qu'elle va pouvoir créer avec lui.

Quoique différent, le cas de Madame Bernard est tout aussi emblématique. Professeure des écoles de 45 ans, elle tombe enceinte alors qu'elle ne s'y attendait plus. Selon Élise, qui l'a suit, « pour elle, ce n'est plus le moment ». Cette patiente et son conjoint formaient le projet d'avoir un enfant depuis de nombreuses années. Après un long parcours d'assistance médicale à la procréation et une grossesse interrompue en raison des lourdes malformations que présentait le fœtus, le couple avait renoncé à procréer et était parvenu à adopter. Leur petite fille est âgée de deux ans et demi quand Madame Bernard tombe enceinte. « Entièrement dédiée à [sa] fille depuis son arrivée », cette patiente consulte car elle ne parvient pas à se réjouir de cette grossesse qu'elle redoute plus qu'elle ne la savoure.

Conformes ou non à la norme procréative, les femmes qui consultent parce qu'elles souffrent de devenir mère ont très largement intériorisé le script d'une maternité nécessairement épanouissante car désirée, et désirable car épanouissante. Malgré l'épreuve qu'elles traversent ou ont traversée, avoir un enfant reste pour elles associé au bonheur. À la fin de notre entretien, pourtant centré autour de la « très grande souffrance » qui fût la sienne à la naissance de son premier enfant, Elizabeth me « souhaite d'être mère un jour » : « Y a pas plus formidable dans une vie. C'est fabuleux. Si un jour tu as un enfant tu verras ». Et Silvia me dit quant à elle avoir « tiré quelque chose de fantastique » de cette épreuve :

> « Autant tu en as été privée de cette relation, de cet amour au début, autant ça apparaît deux fois plus fort après. […] Je suis devenue complètement gaga, toutes les premières fois, j'étais complètement … Ça prenait des proportions… Ça me prenait… J'avais l'impression d'une chaleur interne diffuse, quelque chose justement que j'aurais dû avoir auparavant, que je n'avais pas eu. Mais je l'ai eu après, mais vraiment décuplé. C'est

> quand même assez extraordinaire. […] Tu commences tu es au fond du ravin. Et tu remontes la pente. Tu montes, tu montes, tu montes ta montagne. Et puis quand tu es en haut, tu as le soleil qui t'illumine et c'est un vrai bonheur » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

« Guérie », elle apprécie dorénavant la maternité à sa juste valeur ; soit celle-là même qu'elle lui attribuait initialement. Les discours rétrospectifs ne donnent ainsi pas lieu à une critique radicale de la maternité. Tout au plus, son idéalisation est pourfendue. « Il faut désacraliser la maternité », indique Hélène – message que porte plus largement l'association « Le mal de mère » dont elle est membre du bureau. « Tout est beau, tout est rose : c'est pas vrai. On ne te dit pas au départ que ça va être l'enfer ». Elle tempère toutefois son discours : « Enfin si ça se passe mal, parce qu'il y a des femmes pour qui ça se passe très bien ». Si *leur* maternité a été « un enfer », du moins un temps, aucune des femmes rencontrées ne dit considérer le fait d'avoir des enfants comme en soi infernal, ni regretter d'être mère. Une fois surmontée l'épreuve qui faisait obstacle à leur bonheur, la maternité reste un horizon souhaitable et promet à un avenir radieux[624].

Une quête universelle ?

Au cours de mes observations à l'UPSP, j'ai pu constater que toutes les patientes de la pédopsychiatrie ne consultent pas nécessairement pour se corriger et devenir de « bonnes » mères aimantes et heureuses. Leurs préoccupations sont parfois toutes autres. C'est notamment le cas de Madame Yoka, femme enceinte « sans papiers », déboutée de sa demande d'asile. Hébergée dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), elle sait qu'elle sera très prochainement sommée de quitter son logement et, sans autres solutions d'hébergement, craint de se retrouver à la rue. Face à la détresse de cette femme, l'assistante sociale qui suit son dossier au Pôle Femme-Enfant l'adresse à l'UPSP. Elle consulte Margot depuis un mois, mais a déjà manqué plusieurs rendez-vous. Lors de la consultation à laquelle j'assiste, prévue en fin de matinée, la patiente est très en retard, si bien que la psychologue ne l'attend plus. Pendant la pause déjeuner, Margot confie à l'assistante sociale du service de psychiatrie infanto-juvénile, venue prendre le café, ne pas savoir quoi faire avec cette patiente. Elle l'a décrit comme « envahie » par sa problématique d'hébergement, « enfermée dans ses ruminations ». L'assistante sociale la met en garde : elle lui conseille de ne pas trop s'investir

---

624 Sur ce point, l'expérience des femmes interrogées par Orna Donath diffère radicalement. Dans *Regretting Motherhood*, les femmes à qui la sociologue israélienne donne la parole « rejettent le discours linéaire et progressif d'une figure féminine qui s'adapte progressivement à l'expérience maternelle » : « Their statements, such as "It's not me" or "I immediatly saw this is not for me", as well as feeling "entirely at peace" with the idea of regretting motherhood, instead articulate a movement away from a positive end point of integration, away from assigning a purpose to their anguish that would maintain the status quo. In this manner, regret embodies a different female identity, on that departs from culturally expected evaluations of mothering as adaptable and therefore as untouchable by any wish to undo it », Orna Donath, *Regretting Motherhood. A study*, Berkeley, North Atlantic Books, 2017, p. 45.

dans ce suivi, lui laissant entendre qu'elle ne peut pas grand-chose pour cette patiente. Elle lui communique toutefois, sans grande conviction, les coordonnées d'une association susceptible de venir en aide à cette patiente. Margot note consciencieusement ses coordonnées dans son agenda. « Je ne juge pas mais tu sais tout ce que disent ces femmes n'est pas à prendre aux pieds de la lettre : elles sont dans la survie », ajoute l'assistante sociale en partant.

En sortant de la salle de service, nous découvrons Madame Yoka avachie sur l'un des canapés de la salle d'attente, à moitié endormie. La psychologue décide de la recevoir sur son temps de pause, quitte à prendre un peu de retard sur ses autres rendez-vous : « Je la prends quand elle est là, sinon je ne sais pas quand je la reverrai ». Lors du bref entretien qui s'ensuit, la patiente se montre très silencieuse, « loin dans ses pensées » comme lui fait remarquer la psychologue. Margot mène l'entretien péniblement : « Vous arrivez à dormir un peu ? », « Vous mangez ? », « Qu'est-ce que vous avez en tête ? ». Et semble plutôt démunie : « Comment vous aider ? ». La patiente explique, laconique, mal dormir et oublier parfois de s'alimenter. « Je sais que c'est difficile mais dans votre état c'est important de manger ». Lorsque la patiente prend enfin la parole, tout son discours est centré autour de ses conditions matérielles d'existence. Elle montre à la psychologue l'avis d'expulsion du CADA qu'elle a reçu, effectif sous 15 jours, et lui demande de lui « écrire un papier » pour éviter cette expulsion. Margot est visiblement gênée et désolée : « Je peux vous écrire quelque chose mais je ne crois pas que cela vous aide beaucoup. Vous savez, nous on est du côté du soin. Venir parler, comme vous le faites là, vous accorder ce temps-là, ça peut aider. Et peut-être rencontrer le pédopsychiatre pour qu'il vous donne un petit traitement pour arrêter un peu toutes vos ruminations, tout ce qui tourne en boucle dans votre tête, pour aller mieux ». La patiente ne répond pas dans un premier temps puis finit par accepter le numéro que lui remet la psychologue.

Ainsi que me l'explique Nathalie, éducatrice spécialisée à l'UPSP, « ici on voit de tout : des gens très aisés jusqu'aux femmes migrantes hébergées à l'hôtel ». L'hétérogénéité sociale du public de l'institution justifie le discours universaliste sur lequel elle assoit son action : devenir mère est par définition une étape de la vie troublante et troublée, à « étayer » pour *in fine* protéger les enfants.

> « Nous, on se place du côté du bébé. […] Si la mère va bien, le bébé ira bien. Mais à l'inverse… Notre travail c'est donc de soutenir les mères, et les pères aussi, d'accompagner les parents. Enfin, le plus souvent c'est des mamans bien sûr. Ce sont surtout les mères qui sont en difficulté autour de la naissance. Donc c'est les accompagner, les aider et les soutenir dans le développement de la relation mère-enfant : faire qu'elle se développe pour celles pour qui c'est plus délicat et accompagner toutes les autres dans leurs questionnements et leurs difficultés » (Entretien Nathalie, éducatrice spécialisée à l'UPSP).

Souffrant en pratique assez peu de contradictions, ce discours en devient consensuel. Non seulement le public de l'institution semble bel et bien hétérogène, mais une grande partie des

femmes qui viennent consulter, triées en amont lors des différentes séquences de la carrière étudiée dans ce chapitre, croient préalablement à la nécessité d'aller « le mieux possible pour être le mieux avec l'enfant ». Et si la demande qu'exprime Madame Yoka ne semble *a priori* pas de cet ordre-là, Margot est convaincue, m'explique-t-elle, que cette patiente n'a malheureusement pas encore l' « espace psychique » pour questionner son rapport à l'enfant. La psychologue espère maintenir le suivi jusqu'à la fin de la grossesse, et par la suite, pour aborder avec elle la « place du bébé », jusqu'alors sensiblement « absent » du discours de cette patiente, et « la relation » qu'elle sera susceptible de construire avec lui. Lorsque la quête du bonheur maternel n'est pas « au premier plan » des préoccupations des patientes, les usages qu'elles font de l'institution médicale sont dans un premier temps considérées illégitimes – Madame Yoka est « dans la survie » et pas « dans le soin » – restent susceptibles d'être normalisés. Et si le cas de cette patiente semble bien indiquer, par contre-point, que la quête du bonheur maternel n'a rien d'universel, le bien-fondé et la raison d'être de l'institution n'en est pas pour autant récusée. Le détour par ce contre-exemple rend d'autant plus saillant la dimension située de la carrière des femmes considérant souffrir d'une dépression maternelle. Toutefois la quête du bonheur maternel n'est pas la seule condition à rendre possible cette carrière.

B. Faire preuve de « bonne volonté »

Si le suivi de grossesse, obligatoire en France, concerne toutes les femmes, toutes ne s'y investissent pas la même manière. Parmi elles, les femmes ici traitées pour leur dépression périnatale font figure de bonnes élèves. Elles font suivre leur grossesse et suivent également les séances de préparation à la naissance et à la parentalité – non obligatoires mais fortement recommandées et remboursées par la sécurité sociale. En outre, leur suivi de grossesse déborde souvent le seul cadre obstétrical. En recourant à l'haptonomie, à l'hypno-thérapie, à la sophrologie, à l'ostéopathie, à l'acuponcture ou à l'homéopathie, elles optent pour des suivis complémentaires conformes à une conception de la naissance et de sa prise en charge tournée vers le bien-être de la mère et de l'enfant. Toutefois, cet attrait pour des médecines parallèles ne se nourrit pas pour autant d'une critique radicale de la biomédecine ou de l'hospitalo-centrisme de la grossesse et de l'accouchement. Elles ne partagent pas la critique portée notamment par certaines fractions des classes moyennes et supérieures engagées dans des luttes pour la « reconquête » du corps contre la médecine (accouchement à domicile, allaitement maternel exclusif et prolongé, …).

Sans envisager des projets de naissance radicalement alternatifs, elles valorisent des grossesses et des accouchements faiblement médicalisés dont le déroulement échapperait moins qu'ailleurs à la maîtrise de la parturiente. Cette aspiration transparaît par exemple dans la crainte de Mathilde qu'on « [lui] prenne [son] accouchement » en le déclenchant, ou dans la satisfaction de

Silvia qui, grâce à « une bonne péridurale », a pu « sentir » son bébé naître. Les choix que certaines opèrent traduisent surtout leur volonté de mettre à distance l'institution médicale dans ce qu'elle a de plus dominant, à savoir le contrôle du corps des femmes. Le paradigme de la naissance comme risque et celui du miracle du progrès médical restent, chez elles, plutôt incontestés même s'ils apparaissent conditionnés à un traitement digne de l' « heureux événement ».

Dans leurs récits, nombreux sont les éléments qui attestent du sérieux avec lequel elles appliquent, ou du moins entendent appliquer, les recommandations de santé formulées au cours de la grossesse. Alors que les discours médicaux incitent au repos et à la limitation des efforts physiques, Johanna dit s'en vouloir de ne pas avoir pris suffisamment de précaution en début de grossesse. Ne se sachant pas enceinte, elle poursuit « sans ménagement » le sport « alors qu'[elle] essayai[t] de faire un bébé ». « Je ne me suis pas mise en condition. J'ai continué ma vie normalement », regrette-t-elle considérant « de [sa] faute » le décollement placentaire qui menaçait de mettre un terme à cette grossesse. D'une manière similaire, Eloïse se considère responsable de la naissance prématurée de son deuxième enfant. Redoutant d'accoucher à nouveau avant le terme, elle me dit avoir fortement limité les tâches ménagères pour sa troisième grossesse. Le principe de précaution justifie d'ailleurs que le couple recoure pour la première fois à une femme de ménage[625]. Non immunisée contre la toxoplasmose, Hélène raconte pour sa part être devenue « complètement excessive » au cours de sa première grossesse. Pour se prémunir de cette infection parasitaire, elle « lavait et relavait tous les fruits et légumes », « cuisait et recuisait la viande » et « refusait que [son] chat [l]'approche.

En adéquation avec le rôle de « déjà mère » attendue d'une femme enceinte, ces femmes répondent du bon développement du fœtus et cherchent à le protéger de tous les risques que leur mode de vie pourrait lui faire courir[626]. À la naissance de leur enfant, elles restent des bonnes clientes de l'institution médicale et le font suivre en se rendent systématiquement aux nombreuses consultations médicales préventives chez leur omnipraticien, leur pédiatre et/ou en centre de PMI. Du fait de leur socialisation de genre, de leur exposition répétée aux institutions de santé par la médicalisation de la gestion de la fécondité et de l'enfantement, et de la division sexuée du « travail

---

625 Ainsi que le montre Elsa Boulet, là où les arrêts maladie pendant la grossesse semblent plutôt renforcer l'assignation au travail domestique des femmes de classes populaires, la grossesse apparaît au contraire pour les femmes de classe moyenne comme « une justification légitime pour lever temporairement, et partiellement, l'assignation des femmes au travail domestique : le conjoint participe davantage, et souvent les couples ont recours à un substitut marchand (livraison de courses, employée de ménage) », Elsa Boulet, « Avant que l'enfant paraisse. La grossesse en milieu populaire, entre reconduction et renforcement des rapports de domination », *Genèses*, n°111, 2018, p. 40.

626 Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, *op. cit.*, pp. 15-27 ; Deborah Lupton, « Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment », *in* Deborah Lupton (ed.), *Risk and Sociocultural Theory : New directions and perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, pp. 59-85.

domestique de santé »[627], les femmes sont – dans tous les groupes sociaux – moins rétives que les hommes à se tourner vers la médecine. Bonnes clientes de l'institution médicale, celles que j'ai rencontrées semblent toutefois se distinguer de par leur très « bonne volonté sanitaire »[628].

En matière de soins aux jeunes enfants, les parents, et tout particulièrement les mères, sont confronté.e.s à une pluralité de prescripteurs porteurs de normes hétérogènes et potentiellement contradictoires : médecin généraliste, pédiatre, médecin de PMI, puéricultrice, auxiliaire de puériculture, assistante maternelle, parents et beaux-parents, frères et sœurs, ami.e.s, voisin.e.s, livres et presse spécialisée, etc. Compte-tenu de cette diversité, il est *a priori* surprenant de constater que les femmes rencontrées évoquent principalement, si ce n'est exclusivement, les professionnel·les de la santé et de la petite enfance comme source légitime de conseils. Sans que cette question n'ait été sciemment investiguée, les entretiens ainsi que les observations conduites au cours des consultations psychothérapeutiques révèlent la très grande attention et perméabilité des femmes suivies aux prescriptions savantes. Dans leurs discours, l'absence d'adhésion aux conseils de puériculture émanant de la sphère familiale est patente. Lors des rares occasions où leurs mères ou leurs belles-mères sont évoquées, leur rôle de prescriptrices est mis à distance. Ainsi, Eloïse dit être heureuse d'avoir pu compter sur l'aide-ménagère de sa mère, venue à plusieurs reprises faire du repassage chez elle, et rien de plus. Mathilde me dit que sa mère n'est pas intervenue dans les choix qu'elle a effectués : elle « a su rester à sa place », soit celle qu'elle estime légitime : en retrait. Et à l'inverse, Johanna considère déplacées les incursions de sa belle-mère qui, me dit-elle en levant les yeux au ciel, « [lui] reprochait que l'allaitement ait construit une relation particulière qui empêchait [son] mari de s'impliquer ». Dans la hiérarchisation des prescripteurs opérée par ces femmes, les spécialistes occupent une place privilégiée : elles les sollicitent, les écoutent et regrettent même souvent qu'ils n'aient pas été davantage présents auprès d'elles.

Huit mois après la fin de son traitement à l'UPSP, Madame Hase, intermittente du spectacle de 32 ans, revient consulter Margot. Alors que sa prise en charge était jusqu'alors centrée sur son rapport à la maternité dans le cadre de sa dépression, sa demande ne concerne aujourd'hui plus « cette étape du travail » qu'elle estime terminée. Dans un contexte de séparation conjugale, elle cherche dorénavant des conseils pour « bien accompagner » sa fille dans la nouvelle organisation familiale qui se met en place, s'inquiétant des répercussions psychologiques du conflit parental :

> « Elle est très agitée quand on est à trois. Je vois bien qu'elle se sent impuissante face à nos discussions d'adultes, à nos disputes. Je sais qu'il ne faut pas qu'on se dispute devant elle, c'est pas bien. […] Je me demande ce qu'il faut que je fasse ou pas que je

---

627 Geneviève Cresson, *Le travail domestique de santé : une analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan, 1995

628 Anne-Marie Arborio, Marie-Hélène Lechien, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, Vol. 10, n° 1, 2019, pp. 91-110

> fasse pour ne pas la traumatiser. […] Pour la garde, j'ai pensé la laisser deux jours par semaine à son père puis la récupérer trois jours et partager les week-ends une fois sur deux. Qu'est-ce que vous en pensez ? » (Journal de terrain, UPSP)

Lorsqu'elles ne demandent pas aussi directement quoi faire à la psychologue – qui refuse d'ailleurs bien souvent de répondre frontalement à ce genre de question mais indique toutefois à Madame Hase que « la garde alternée, on en revient » –, ou aux autres professionnel·les avec lesquelles elles sont en contact, elles écoutent, retiennent et adhèrent bien souvent aux explications et conseils qui leur sont donnés. Au cours des entretiens, mes enquêtées reprennent régulièrement à leur compte le discours des spécialistes qu'elles ont rencontrées, à l'instar d'Aurélie qui semble réciter la leçon qu'elle a reçue de sa sage-femme pour expliquer les origines de son mal-être :

> « Pour nous, femmes européennes, on vit vraiment de manière individuelle. On ne connaît pas son voisin, c'est à peine si on se dit bonjour. C'est ça aussi que m'a expliqué la sage-femme lors de ma première grossesse. Par rapport au mode de vie méditerranéen, oriental où au contraire les autres femmes elles font à manger pour la famille de la maman qui est enceinte, elles s'occupent aussi des enfants, ils forment une communauté, comme une grande famille. Chez nous, culturellement, c'est pas comme ça alors qu'on a besoin d'être entourée » (Entretien Aurélie, 37 ans, consultante en organisation et management en congé parental, deux enfants).

De la même manière qu'elle écoute cette sage-femme – d'ailleurs l'une de celles qui lui conseilleront de consulter une psychologue pendant sa grossesse –, Aurélie suit les conseils de l'institutrice de sa fille qui l'oriente vers la psychologue de la PMI :

> « J'emmène ma fille pour la première fois cet après-midi. La maîtresse elle m'a conseillée de faire ça parce que c'est comme si ma grande s'interdisait de grandir pour être sûre que je l'aime autant.
> – C'est ce que vous pensez ?
> – Bah, je sais pas. C'est ce que m'a dit la maîtresse. […] Voilà encore quelque chose que certainement inconsciemment j'ai fait passer comme message » (Entretien Aurélie, 37 ans, consultante en organisation et management en congé parental, deux enfants).

Sans être nécessairement *a priori* entièrement convaincue par l'explication qui lui a été fournie (« bah je sais pas »), l'autorité qu'elle accorde à l'expertise professionnelle (« c'est ce que m'a dit la maîtresse ») – et certainement plus largement à l'institution scolaire – la conduit à adhérer au discours de l'enseignante et à aller effectivement consulter. Quand bien même elles peuvent se montrer parfois circonspectes, les doutes que formulent plus ou moins ouvertement les femmes enquêtées ne les empêchent pas de mettre en application les pratiques prescrites. Elizabeth et Johanna en viennent ainsi à parler de leur mal-être à leur bébé après y avoir été encouragées par les psys qui les suivent, non sans auparavant avoir émis certaines réserves quant à la validité de ce conseil :

> « Et elle m'a dit : "il faut le lui dire". "Mais il n'a que six mois !" "Mais il faut le lui dire". […] Et sur le moment je me suis dit : "Je lui dirai quand il sera plus grand". "Mais non, il faut lui dire maintenant". Et je suis rentrée chez moi et, je m'en souviendrai toujours, j'ai pris mon courage à deux mains, il était tout calme alors qu'il était du genre tonique, et je lui ai dit : "Mon petit chéri, ta maman elle est pas très bien. Elle sait pas pourquoi. Elle est en train de travailler tout ça avec quelqu'un. Mais sache que je sais que ça ne vient pas de toi cette souffrance. Tu n'es pas responsable" » (Entretien Elizabeth, 65 ans, assistante sociale à la retraite, deux enfants)

> « Ils m'ont dit qu'il fallait lui expliquer. Que de toute façon même si je le cachais elle ressentait la chose donc… Ça aussi c'est bizarre. Mais je l'ai fait et ça m'a aussi fait beaucoup de bien, de lui expliquer vraiment les choses » (Entretien Johanna, 31 ans, assistante marketing, enceinte de six mois, un enfant).

De la même façon, Johanna suit les conseils de son généraliste pour réguler l'endormissement de sa fille alors même qu'ils lui semblent, tout comme ceux de la psychologue, « bizarres » :

> « Le généraliste il me disait faut laisser l'enfant pleurer : on y va au bout de 5 minutes puis on y retourne au bout de 10 minutes, puis 15 minutes et progressivement on n'y va plus. Pour moi c'était bizarre. Je ne sais pas si c'est bien ou mal, mais en tout ça allait contre ma nature. J'ai essayé de faire ce genre de chose quelque fois mais c'était encore pire alors j'ai plutôt fait comme m'a dit mon pédiatre, de faire en fonction du rythme de l'enfant, et qui me rassurait dans ma façon de faire en fait » (Entretien Johanna, 31 ans, assistante marketing, enceinte de six mois, un enfant).

Bien que Johanna renonce à suivre les prescriptions de son généraliste, non sans toutefois avoir essayé de les mettre en œuvre, on peut ici faire l'hypothèse que le pédiatre lui apporte la validation nécessaire pour résister à cette première injonction médicale, d'autant plus qu'elle est émise par un médecin non spécialiste.

Quand bien même l'asymétrie de pouvoir entre les professionnel·les et les femmes que j'ai rencontrées est toujours au désavantage des secondes, elles ne sont toutefois pas entièrement désarmées face au corps médical, et d'autant plus face au corps paramédical. Il leur arrive de s'opposer, plus ou moins ouvertement, aux soignant·es. Mais lorsqu'un désaccord, voire un conflit, émerge les ressources sociales et symboliques dont elles disposent ne s'avèrent pas suffisantes pour qu'elles maintiennent durablement leur opposition, et ce tout particulièrement face aux pédiatres et pédopsychiatres, acteurs parmi les plus légitimes de l'espace de la périnatalité. Quand le pédiatre de Marianne lui indique qu' « il y a un problème avec la courbe de poids » de son fils, elle prend en compte cette alerte en allant consulter une pédopsychiatre, alors même, me dit-elle, que « de par [son] métier, [elle] voyait bien qu'il allait bien ». Éducatrice de jeunes enfants, Marianne est socialement proche des milieux prescripteurs pour en faire partie. Sa socialisation professionnelle la rend particulièrement captive des analyses psychologiques et pédopsychiatriques. Au contact de la pédopsychiatre, elle révise notamment ses appréciations des comportements de son fils qu'elle considère à terme ne pas aller si bien que cela :

> « Il était trop autonome par rapport à son âge. Quand j'étais enceinte [de la petite], il était beaucoup trop autonome. Il parlait très très bien, trop. Il disait : "Maman, tu te reposes parce que la petite sœur elle bouge beaucoup. Moi je vais au parc". Moi je pensais qu'il rigolait et je le récupérais… Il avait réussi à ouvrir la porte en montant sur une marche et il avait réussi à aller à l'ascenseur. C'est en entendant la porte claquer que je me suis rendue compte. Il avait deux ans. C'était des trucs qui me faisaient rire et puis après la pédopsy m'a dit : "hola alerte rouge, alerte rouge. C'est pas normal ça"» (Entretien Marianne, 40 ans, éducatrice de jeunes enfants, deux enfants).

Au cours de son séjour dans une Unité d'hospitalisation Mère-Bébé, Silvia me raconte s'être « accrochée » avec la pédiatre qui suivait son bébé, médecin « d'un certain âge », me précise-t-elle, laissant par-là entendre que les normes dont elle était porteuse pouvaient être dépassées :

> « On avait pris l'habitude de ne pas lui chauffer son lait depuis qu'il était tout petit parce que maintenant, quand tu achètes une boîte de lait, on te dit que tu peux ne pas le faire chauffer. Et un jour [la pédiatre de l'UMB] me dit (*en prenant un ton un peu brusque*) : "Bon faut que je vous parle de votre biberon. Pourquoi vous ne chauffez pas votre lait ?" Je lui dis : "Bah parce que maintenant c'est comme ça qu'on fait". Et elle me dit : "Quand le lait sort de votre corps, il est à quelle température ?" (*Mimant la réaction qu'elle avait alors adoptée, elle marque un silence et fait mine de rester interdite*) "Bah la température du corps, logiquement". Et là elle me fait : "Vous ne pensez pas que le lien maternel est rompu quand vous fournissez à votre enfant du lait froid ?" Et là, je ne sais pas ce qui m'a pris ce jour-là, une colère monstre. […] Je suis partie, j'ai claqué la porte et j'ai pleuré par contre parce que cet entretien-là était brutal. […] Mais en fait je la remercie d'une certaine façon parce qu'elle avait tout à fait raison.
> - Donc après cet épisode tu as chauffé le lait ?
> - Oui. Je faisais du mal à mon enfant, il était poly-allergique en fait » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin en congé parental, deux enfants).

Confrontée à la domination médicale, dont elle regrette ici plus qu'autre chose la brutalité, Silvia ne résiste pas longtemps. La pédiatre lui permet « d'ouvrir les yeux ». Elle m'explique que son fils, « poly-allergique », souffrait de maux de ventre et que le lait froid n'apaisait en rien ses douleurs. Au-delà du fort crédit accordé à la parole médicale, l'épisode rapporté par Silvia atteste en outre de l'importance qu'elle accorde, et d'autres avec elle, aux aspects relationnels des interactions soignant-soigné.

Faisant preuve de « bonne volonté sanitaire », les femmes rencontrées privilégient des relations harmonieuses avec les professionnel·les qu'elles espèrent à « l'écoute ». Lorsqu'elles formulent des critiques, souvent timides, à l'encontre des professionnel·les de santé, celles-ci concernent exclusivement le défaut d' « accompagnement » dont elles ont pu souffrir. Elles attendent une attention privilégiée et une aide active dans l'apprentissage de leur « métier de mère »[629]. Ainsi, Aurélie regrette que les séances de « préparation à la naissance et à la parentalité » ne commencent pas avant le 7ème mois de grossesse pour avoir davantage de temps « pour se prépa-

[629] Séverine Gojard, *Le métier de mère*, *op. cit.*

rer ». Et, alors que l'expérience pratique de soins aux enfants est une ressource qui permet aux mères de s'autonomiser des prescriptions savantes[630], les femmes que j'ai rencontrées restent désireuses de recommandations professionnelles, quand bien même elles ont déjà eu un ou plusieurs enfants. À la naissance de son deuxième enfant, Mathilde, déçue, estime avoir été « un peu seule [à la maternité] puisque ce n'était pas mon premier enfant » : « J'ai dû demander un peu d'aide pour le premier bain et les soins du cordon. Elles étaient là mais pas assez ».

Parmi les enquêtées, Eloïse est peut-être celle qui manifeste le plus son besoin d'être conseillée. Enceinte de son troisième enfant, elle me dit appréhender d'être livrée à elle-même lors de son séjour à la maternité :

> « Là je sais qu'ils vont dire : c'est le troisième, on a pas besoin de vous apprendre. Bah si, on a besoin de nous apprendre. On oublie. […] Et je sais que comme il y a beaucoup de travail, ils vont me laisser me débrouiller toute seule. Que ça soit le premier, le deuxième ou le troisième on devrait s'occuper de nous de la même façon mais on ne l'est pas » (Entretien Eloïse, 37 ans, logisticienne en congé parental, enceinte de sept mois, deux enfants).

Elle qualifie d'ailleurs rétrospectivement le personnel des suites de couches des maternités où elle avait accouché les deux premières fois de « gentil », car il lui avait « montré comment faire ». Un an et demi plus tard, elle me raconte avoir effectivement dû « se débrouiller » après la naissance. Une fois sortie de la maternité le suivi à domicile par la sage-femme lui semble trop léger : « elle ne faisait que passer ». Eloïse est déjà mère d'un fils de onze ans et d'une petite fille de deux ans et demi dont elle n'a pas assuré les premiers soins, du fait de sa prématurité. Chaque naissance nécessite pour elle de « réapprendre » comment s'occuper d'un nouveau-né, d'autant, ajoute-t-elle, que « ça change tout le temps ». Sa fréquentation des prescripteurs savants favorise une prise de conscience de l'évolution des normes à laquelle elle souhaite adapter ses pratiques. Elle décline au cours de nos échanges toutes les fois où le « métier de mère » mériterait d'être davantage enseigné, sur un mode quasi scolaire :

> « On est très suivi pendant la grossesse mais après ? Et c'est pas après dans la semaine mais plus tard. Quand on se pose des questions. […] On a des cours pour l'accouchement mais pas aussi pour les rentrées scolaires, pour aider les mamans à se détacher. Ça, ça manque. […] Ma petite belle-sœur qui a 22 ans elle est maintenant assistante maternelle, et je l'écoute parce que elle a eu une formation. Mais je me dis pourquoi nous on a pas eu cette formation ? » (Entretien Eloïse, 37 ans, logisticienne en congé parental, enceinte de sept mois, deux enfants)

On retrouve en somme chez ces femmes la prégnance d'un « modèle savant de puériculture ». Dans *Le métier de mère*, Séverine Gojard distingue ce modèle de socialisation ma-

630 *Ibid*, pp. 125-153

ternelle du « modèle familial ». Dans le premier, les mères recourent à des prescripteurs savants ou à des publications spécialisées alors que dans le second l'expérience des soins aux nourrissons antérieure à la première maternité, le plus souvent acquise dans un cadre familial, constitue un fonds de savoir-faire pratique et organise le recours aux conseils dans la sphère familiale dans laquelle se sont constituées ces premières compétences. Cette dichotomie n'épuise toutefois pas, ainsi que l'indique la sociologue, la réalité des modes d'apprentissage maternel.

Pour rendre compte des principales variations qu'elle observe, la typologie proposée par Séverine Gojard s'avère ici particulièrement efficace afin de caractériser le mode d'apprentissage des femmes enquêtées. Enoncé sur le registre de la spontanéité et de l'intuition, le modèle « au feeling » correspond à un mode d'apprentissage où l'influence des prescripteurs professionnels est niée au profit des conseils de la famille et des pairs, de fait bien souvent adossés aux conseils médicaux et paramédicaux. Ce modèle s'avère particulièrement prégnant, nous montre Séverine Gojard, chez les femmes de classes supérieures. L'autre version du modèle savant qu'elle dégage correspond bien plus à celui des femmes que j'ai rencontrées. Qualifié de « à la lettre », cet apprentissage des savoir-faire et savoir-être maternels repose de manière beaucoup plus exclusive sur les prescripteurs savants au détriment des conseils familiaux souvent disqualifiés, notamment chez les femmes de classes moyennes en situation de mobilité sociale ascendante. Enfin, davantage trouvé parmi les femmes des classes populaires, le modèle « à l'ancienne » fait recourir de manière privilégiée aux références familiales ; les prescriptions savantes étant perçues comme trop fluctuantes pour être crédibles.

L'adhésion des femmes rencontrées au « modèle savant à la lettre » peut se comprendre à l'aune de leur position et trajectoire sociale, et particulièrement en tenant compte de leurs dispositions scolaires et professionnelles. Il est frappant de constater que parmi les cas envisagés ici le parcours des femmes considérées est toujours marqué, plus ou moins fortement, par une ascension sociale par l'école. Or, comme le souligne Séverine Gojard, « le mode de diffusion des normes de puériculture le plus souvent retenu par les interlocuteurs savants requiert des dispositions qui s'inscrivent davantage dans la continuité des apprentissages scolaires mais aussi dans la continuité des formations professionnelles des membres des classes moyennes et supérieures »[631].

Fille d'un père technicien électronique à la retraite et d'une mère au foyer, tous deux immigrés vietnamiens, Johanna est, par exemple, « celle qui est allée le plus loin dans les études » au sein de sa fratrie. Elle est titulaire d'un DESS[632]. Fille d'immigrés portugais arrivés en France au début des années 1970, Silvia a pour sa part été « la première de [sa] famille à aller à l'université ».

---

631 *Ibid*, p.

632 Ses deux frères sont infirmier et vendeur – « il n'a pas le bac » – et ses sœurs sont employée de banque (titulaire d'un BTS) et étudiante en licence professionnelle marketing.

Elle a également suivi des études de langues étrangères appliquées, au cours desquelles elle dit s'être « éclatée », avant d'obtenir un DESS en commerce international. Son père était « mécanicien dans une usine » et sa mère gardienne d'immeuble. Elle s'attarde en entretien sur l'éducation qu'elle a reçue. Son récit permet de mesurer la « bonne volonté scolaire » qui lui a été inculquée et le sens de la distinction qu'elle a vraisemblablement acquis de sa fréquentation des meilleurs établissements parisiens :

> « C'était vraiment : "Tu feras des études le temps qu'il faudra, l'éducation d'abord et puis après tu feras ta vie". Y a cette idée de faut être parfait quoi, faut être bon à l'école, faut pas faire de vagues, faut être dans la norme. […] J'ai eu la chance d'aller dans de très bonnes écoles parce qu[e mes parents] habitaient dans le centre de Paris. Ma mère était gardienne dans les très beaux quartiers. J'ai fait un Bac L option Langues étrangères dans un très bon lycée. J'allais même faire du portugais à Henri IV ! Après le bac, je ne savais pas du tout quoi faire. J'hésitais entre les langues, le tourisme et je voulais quand même faire psychologue. Et à l'époque, psychologue on te disait de pas y aller parce que c'était hyper ultra bouché. Tourisme c'était des BTS et moi je ne voulais pas faire un BTS. Je voulais aller à l'université parce qu'on m'avait dit que c'était à l'université qu'il fallait aller » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

Si Eloïse a moins bénéficié de l'école que de son passage par l'armée dans son parcours d'ascension sociale, tout atteste dans son discours de la valeur qu'elle attribue au mérite scolaire et à la mobilité sociale ascendante. Fille d'ouvriers agricoles devenus exploitants sur le tard, elle rejoint l'armée, après avoir obtenu un Bac professionnel « Sciences et Technologies Tertiaires », et la quitte, deux ans plus tard, après avoir échoué au concours d'entrée à l'Ecole Nationale des Sous-officiers d'Active. Elle rencontre le père de son premier enfant, également militaire du rang, dont elle se sépare quelques années plus tard et ne s'enrôle pas. Par la suite, elle occupe pendant sept ans le poste de secrétaire médicale dans la médecine du travail puis obtient un nouveau Bac professionnel, « Logistique », davantage en adéquation avec les compétences acquises à l'armée. Après avoir été logisticienne pendant quatre ans, puis s'être arrêtée de travailler pendant cinq ans suite à la naissance de ces deux derniers enfants, elle envisage dorénavant de devenir professeure des écoles. Activement engagée dans l'association des parents d'élèves de l'école maternelle de sa fille, elle se montre en outre très concernée par la scolarité de son aînée, élève en quatrième, qu'elle « pousse à bien travailler à l'école ». Elle évoque, admirative, le parcours de la directrice de la crèche où sa dernière fille est ponctuellement accueillie :

> « J'avais du mal au début mais maintenant on discute bien. Elle, elle vient vraiment de la cité, comme elle dit. Ses parents étaient très durs mais elle les remercie. Maintenant elle est mariée, elle a des enfants, elle est infirmière alors que les autres copines de son âge n'ont rien. Et ça je dis chapeau. C'est super. Ça me rassure dans l'éducation qu'on donne

> à nos enfants. Il faut être toujours là derrière eux » (Entretien Eloïse, 37 ans, logisticienne en congé parental, enceinte de sept mois, deux enfants).

À l'inverse, Eloïse parle avec mépris de ses cousin·es dont elle se distingue en disant qu'elle est « l'une des seules à avoir le Bac ». Contrairement à elle et son frère – un « bosseur », agent municipal d'entretien des espaces verts –, ils et elles n'ont « pas cherché à évoluer », ni à « s'en sortir ». La valeur qu'elle accorde à l'ascension sociale semble tout particulièrement s'incarner dans le parcours de son mari, militaire, qui « est vraiment monté socialement ». Fils d'ouvriers, il intègre l'Ecole de Saint-Cyr, « l'élite » me précise-t-elle, après des études de chimie. Aujourd'hui commandant, elle me raconte qu'il pourrait encore « monter » pour devenir général mais aurait volontairement échoué au concours « parce que derrière les postes ne lui convenaient pas ».

Au-delà de la valeur que les femmes rencontrées accordent à l'autorité experte, l'attention qu'elles portent aux prescriptions savantes signale plus largement leur souci de bien faire pour être une bonne mère. Elles adhèrent à ce que Séverine Gojard qualifie de moralisation des normes de puériculture, érigées en « règles morales » plutôt qu'en simple « règles techniques ». En entretien, Mathilde me confie ses doutes et s'interroge sur ses capacités :

> « Est-ce que je suis capable de faire ce que je suis censée faire ? Est-ce que je suis capable de bien faire ? Est-ce que je suis capable d'assurer ? Est-ce que je suis capable d'être une bonne mère ? » (Entretien Mathilde, 35 ans, chargée d'écoute pour une entreprise de télé-assistance, deux enfants).

Comme l'indique Séverine Gojard, « un ressort puissant dans l'adoption par les mères de normes de puériculture réside dans l'adéquation, plus ou moins implicite, entre leur mise en application et la validation de compétences maternelles. Au-delà, c'est la qualité de mère qui se joue dans la docilité vis-à-vis des recommandations émises par les professionnelles : les adopter, ce serait être une "bonne" mère, et les rejeter, ce serait en être une "mauvaise" »[633]. En suite de couches, Silvia raconte ne pas parvenir à appliquer « les choses toutes bêtes » que le personnel lui « apprend ». Ne réussissant pas à interrompre les pleurs de son nourrisson, qui « criait H24 », elle se considère incapable de le « soulager » : « tu te dis "je ne peux pas faire" et puis "tu te dis je ne suis pas une bonne mère" ».

> « Je me disais "j'y arrive pas", il pleurait beaucoup, je me demandais mais pourquoi il pleure, c'est parce que je suis une mauvaise mère, je ne sais pas bien faire, si je sais pas bien faire c'est que je suis dangereuse pour lui donc je ne vais pas bien faire donc il serait mieux sans moi… » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

---

633 Séverine Gojard, *op.cit.*, p.124

Exposées aux discours savants de promotion du bien-être des jeunes enfants, dont la dimension culpabilisante a notamment été soulignée par Elizabeth Murphy[634], les mères rencontrées adhèrent en définitive à leur responsabilisation. Au cours des entretiens, elles soulignent très souvent la culpabilité, parfois encore tenace, de ne pas avoir éprouvé la force du « lien mère-enfant » et/ou la satisfaction attendue de cette relation. Par-là, elles mettent aussi au jour, de manière plus ou moins explicite, leur très grande adhésion à l'« injonction contemporaine à être de bons parents »[635] et aux obligations morales sexuées contenues dans une définition puérocentriste de la parentalité qui se conjugue d'abord pour elles au féminin.

634 Elizabeth Murphy, « "Breast is best": infant feeding decisions and maternal deviance », *Sociology of Health & Illness*, vol.21, n°2, 1999, pp. 187-208 ; Elizabeth Murphy, « Expertise and forms of knowledge in the government of families », *The Sociological Review*, Vol. 51, n° 4, 2003, pp. 433-462

635 Claude Martin (dir.), *Être un bon parent. Une injonction contemporaine*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2014.

Conclusion

Pour « faire » (ou avoir fait) une dépression autour de la naissance de leur enfant, les femmes que j'ai rencontrées ont traversé plusieurs phases, constitutives d'une carrière caractérisée par la succession de changements de perspectives sur soi. Alors qu'elles s'attendaient à vivre « l'heureux évènement » prescrit par le script émotionnel de la naissance, le désajustement vécu les amène à procéder à un auto-étiquetage déviant, puis à maintenir cette déviance secrète pour échapper au stigmate de la mauvaise mère qu'elles redoutent. Au-delà du maintien des apparences normales, elles s'engagent dans un travail émotionnel, prolongé dans le cadre thérapeutique une fois prises en charge. Entrer « en dépression » nécessite d'accepter cette qualification pour en venir à se dire malade et à se (faire) soigner. Avoir été alertée ne suffit pas nécessairement à s'alerter, ni à le faire dans les termes définis par les « spécialistes ». Il faut parfois plusieurs sollicitations avant qu'elles ne se décident à consulter ; certaines refusent dans un premier temps le diagnostic et le traitement ; et, malgré des alertes répétées, d'autres ne consultent jamais ou interrompent leur prise en charge.

La préoccupation professionnelle pour l'état émotionnel d'une (future) mère ne peut dès lors suffire à conduire des femmes à consulter. La prise en charge s'adosse sur le travail émotionnel déjà entrepris par des femmes cherchant à maintenir leur engagement parental. Les femmes enquêtées présentent un certain nombre de propriétés communes qui, après analyse, apparaissent comme autant de conditions de possibilité d'une carrière de sortie de la déviance qui s'avère dans le même temps être une carrière d'investissement maternel. Si elles entreprennent de « se soigner », c'est d'abord parce que la maternité heureuse correspond chez elles à une « anticipation normalisée »[636] fortement ancrée et que, faisant preuve de « bonne volonté » (scolaire et sanitaire), elles sont particulièrement réceptives aux discours et prescriptions des professionnelles de la naissance. En définitive, cette carrière maternelle singulière ne semble jamais se déployer aussi bien que lorsqu'elle résulte d'une volonté de réforme de soi, lorsque des femmes se jugent déviantes et cherchent à se transformer, qu'elles espèrent « guérir » pour être conformes car heureuses. C'est sur ce préalable que réside plus largement l'efficace du gouvernement sur lequel repose l'accompagnement de la maternité dont traite le prochain chapitre.

636 Anselm Strauss, *Miroirs et masques…*, *op. cit.*, p. 99.

Chapitre 6. Se faire mère
Un gouvernement par conversion

Si la loi du bonheur maternel s'impose avec force aux femmes désignées comme mères, la naissance tend aujourd'hui à ne plus être seulement comprise comme un « heureux événement ». On ne compte en effet plus le nombre de témoignages, signés par des anonymes ou des célébrités, qui révèlent dans la presse féminine et parentale, ou dans leurs autobiographies, leur « *baby-blues* », leur « dépression » ou leur « *burn-out* maternel »[637]. Romans[638], séries-télévisées[639], films[640], *one-woman show*[641], autant de productions et supports culturels qui préfèrent traiter, le plus souvent avec humour et dérision, des affres de la grossesse et de la maternité plutôt que de diffuser les stéréotypes idylliques éculés associés à l'entrée en parentalité. Alors qu'on pourrait les croire socialement interdits, tristesse, ennui, lassitude, peur, colère, etc. sont autant de ressentis aujourd'hui considérés susceptibles d'être éprouvés et verbalisés lors de l'arrivée d'un enfant. Dans la mesure où « devenir parent » n'aurait plus rien d' « évident », ces émotions – *si* et *parce qu'*elles sont devenues dicibles – appellent dorénavant à une prise en charge spécifique qui s'énonce sous le vocable du « soutien à la parentalité », de l'« accompagnement » ou du « soin » médico-psychologique.

Il est courant d'opposer deux conceptions, *a priori* antagonistes, de l'action publique en direction des parents. Une première logique entendrait valoriser et développer leurs compétences ;

---

637 En 2005, l'actrice américaine Brooke Shields rend publique sa « dépression postpartum » dans *Down Came the Rain : My Journey through Postpartum Depression*, livre au retentissement important (New York, Hyperion). Un an plus tard, Gwyneth Paltrow témoigne d'une expérience similaire dans le magazine *Vogue*. En France, le sujet ne connaît pas, à l'époque, un tel emballement médiatique mais la publication de *T'as le blues, baby ?*, par la présentatrice Alexandra Sublet, est toutefois remarquée (Paris, Flammarion, 2013). En 2017, en Grande-Bretagne, Kate Midelton, épouse du prince Willam, témoigne de l' « énorme défi » qu'a représenté pour elle « devenir mère » et du « mélange d'émotions » qui l'a submergée. Elle a depuis multiplié les rencontres officielles avec des expert·es de la psychiatrie périnatale pour promouvoir la prise en charge de la santé mentale des mères.

638 Signalons parmi d'autres : Marie Darrieussecq, *Le mal de mer*, Paris, P.O.L., 1999 ; Eliett Abécassis, *Un heureux événement*, Paris, Albin Michel, 2007 ; Elif Shafak, *Lait noir (Siyah süt)*, Paris, Phébus, 2009 ; Justine Lévy, *La Gaité*, Paris, Stock, 2015. Ces deux dernières années ont été marquées par la multiplication des publications relatifs à la dépression du post-partum, témoignant de l'intérêt croissant pour le sujet. Voir entre autres : Ariana Harwicz (trad. Isabelle Gugnon), *Crève, mon amour*, Le Seuil, 2020 [2012] ; Teresa Wong (trad. Élise Peylet), *Chère Scarlett. L'histoire de ma dépression du post-partum*, Paris, Dunod, 2020 [2019] ; Amélie Cordonnier, *Un loup quelque part*, Paris, Flammarion, 2020 ; Émilie Choquet, *Un espace entre les mains*, Montréal, Les éditions du Boréal, 2020 ; Sophie Adriansen, Mathou, *La remplaçante*, Paris, First Éditions, 2021

639 Comme la série australienne *The Letdown*, accessible depuis 2018 sur Netflix, diffusée pour la première fois sur ABC (Australie) en 2016.

640 Signalons parmi d'autres : le drame français *Le lait de la tendresse humaine*, D. Cabrera (real.), 2001 ; le film dramatique franco-belge *Post-Partum*, D. Noels (real. et sc.), 2013 ; la comédie américaine *Ce qui vous attend si vous attendez un enfant*, tirée d'un ouvrage éponyme, K. Jones (real.), 2012 ; la comédie chorale française, *La fête des mères*, M-C. Mention-Schaar (real.), 2018 ; ou encore le drame américain *Tully*, J. Reitman (real.), 2018.

641 Nous pouvons ici citer le spectacle de Florence Foresti, *Mother Fucker* (2009).

quand une seconde renverrait à une action disciplinaire inscrite dans un contexte sécuritaire où prédominerait la figure du parent démissionnaire ou maltraitant à redresser[642]. Entre ces deux conceptions se profileraient deux modalités de régulation familiale radicalement contradictoires : d'un côté, le soutien, de l'autre le contrôle[643]. L'examen des discours et pratiques des professionnel·les de la périnatalité se souciant du « devenir mère » invite toutefois à une analyse plus prudente et moins dichotomique.

Qu'il soit socio-sanitaire ou médico-psychologique, l' « accompagnement » des mères en devenir s'adosse sur une modalité de gouvernement dont l'analyse éclaire la compréhension des rapports de pouvoir actuels entre les institutions et leurs administrées – et plus largement entre l'État et la famille. Plus qu'une simple action de réassurance permettant aux parents de révéler des compétences inscrites dans leur for intérieur, ou qu'un dispositif de contrôle qui entendrait corriger par la force et la sanction, la régulation de la maternité autour de la naissance relève d'une technologie hybride, associant contrainte et liberté, adossée sur l'auto-reforme de sujets féminins animées par la promesse du bonheur. Examinant le « soutien à la parentalité » proposé en PMI et au cours des EPP, et le traitement de la dépression maternelle en pédopsychiatrie – la prévention et le soin, le *care* et la cure –, ce chapitre analyse le type de gouvernementalité sous-tendue par ce qui apparaît comme une politique de réforme de soi.

I. Diriger les mères

> « Ce n'est pas évident de devenir parent. Contrairement à ce qu'on a toujours dit ça ne va pas de soi. Sans aller nécessairement sur la question des troubles psychiques, comme la dépression, quelle mère n'a pas été déprimée ? Le soutien à la parentalité, ça comprend donc plein de choses. Y a les troubles de la parentalité mais, dans une optique de prévention, notre travail en PMI c'est aussi de soutenir cette situation particulière d'être parent, avec les difficultés qu'elle comporte, sans attendre qu'il y ait des troubles pour le faire » (Entretien Maïté, psychologue en PMI).

« Quelle mère n'a pas été déprimée ? » se demande, de façon rhétorique, Maïté, psychologue en PMI. Que des femmes enceintes ou de jeunes mères ne fassent pas d'emblée l'expérience du rapport heureux et apaisé qu'elles devraient entretenir avec leur bébé, qu'elles ne sachent pas comment se penser et/ou quoi ressentir, ou qu'elles se sentent désemparées est aujourd'hui compris, par les professionnel·les de la périnatalité, comme un fait relativement ordinaire bien qu'il ne leur apparaisse pas autant pas anodin. « Soutenir » et « accompagner » les mères constituent en effet les fondements d'une politique préventive de protection de l'enfance. Ainsi, cette psychologue de PMI,

---

642 David Pioli, « Le soutien à la parentalité … », art. cit.

643 Gérard Neyrand, *Soutenir et contrôler les parents, op. cit.*

parmi les premières du département, me raconte avoir complètement modifié sa façon de travailler avec les familles depuis ses débuts, en 1975. Elle a depuis compris que les troubles présentés par les enfants n'étaient bien souvent que les symptômes d'une dysfonctionnalité relationnelle mère-enfant, devenue l'objet même du traitement institutionnel.

> « Classiquement, au début, je recevais les enfants. J'étais psychologue en PMI, mes patients c'était les enfants. Il m'a fallu du temps mais je me suis rendue compte qu'il était plus pertinent de travailler avec les parents d'abord, voir exclusivement (…) Dans les consultations d'enfants de 2-3 ans qui présentent divers troubles, il est très fréquent que je retrouve un antécédent de dépression maternelle. [Les mères] ne disent pas le mot « dépression » mais elles racontent comment elles étaient après la naissance, comment elles se sont senties seules, incapables, tristes, dormant mal et ne pouvant pas le dire. (…) Je retrouve aussi ça beaucoup chez les enfants qui ont des retards de langage et de communication, où je me demandais même parfois s'ils n'étaient pas autistes tellement ils étaient repliés sur eux-mêmes. Des enfants à qui on n'a pas parlé, pour qui il y a eu une pause de communication. Ils ont été dans la pauvreté des relations en raison de la dépression maternelle » (Entretien Maïté, psychologue en PMI).

Alors que les discours des professionnel·les évoquent bien souvent la figure parentale de façon neutre en parlant « des familles » ou « des parents », les « mamans » demeurent les sujets et les cibles premières des dispositifs de soutien autour de la naissance. Lors de nos échanges, elles opèrent très régulièrement un glissement des « parents » aux « mères ». Alors que le sujet de la phrase de départ est le pronom masculin pluriel « ils », ce dernier se transforme très rapidement en un « elles ». Car, ainsi que l'affirme Nathalie, éducatrice spécialisée à l'UPSP : « Ce sont surtout les mères qui sont en difficulté autour de la naissance ». Au cours de mon enquête, on m'a souvent répété qu'« on n'est pas forcément mère parce qu'on accouche ». Moins qu'un état la maternité est conçue comme un processus, certes potentiellement désynchronisé et ineffectif, mais inscrit dans le psychisme, prêt à s'exprimer si tant est qu'il ne soit pas entravé. Si les femmes troublées à la naissance de leur enfant sont loin d'être pensées comme des femmes dénaturées – mais bien comme des mères naturellement éprouvées par la maternité –, il appartient aux professionnel·les de les aider à devenir les sujets attendus qu'elles soient pour, à terme, éviter les risques que leur état ferait courir à leur(s) enfant(s). Cette conception clinique du soutien à la parentalité s'assoit sur des discours psychologiques spécifiques qui pathologisent les affects maternels négatifs et font de la régulation émotionnelle un outil de surveillance sanitaire. Adoptant le contre-pied du réductionnisme biologique de l'instinct maternel, professionnel·les de santé et de la petite enfance fustigent dorénavant les discours enchantés sur la maternité, mais n'en médicalisent pas moins les « questionnements » et « difficultés » maternelles.

Comme me l'explique Florence, également psychologue en PMI, dans la mesure où devenir parent nécessiterait d'« adopter » son enfant, « l'accompagnement à la parentalité » consisterait à

conduire « les parents » – en l'occurrence les « mères » – à « réfléchir à comment s'ajuster au mieux ». Appelées à « cheminer » vers la maternité, à « développer » leur relation à l'enfant, les « questionnements » et « difficultés » maternelles sont interprétés comme les marques d'un processus certes déstabilisant mais naturel, confirmant la nécessité d'un appui institutionnel et la possibilité de sa réussite. En quoi consiste au juste l'accompagnement des mères ? Sur quelles opérations et type de rapport s'adosse cette entreprise ?

A. Une pédagogie à visée réflexive

Travailler l'expérience maternelle

Pour « protéger les enfants et aider les parents en même temps », les professionnelles de PMI croient, à l'instar des professionnelles du social, « en la figure d'un parent vertueux, temporairement "empêché" et dont l'intervention permettrait la révélation et l'accomplissement »[644]. Au cours des permanences de puériculture, lors desquelles les mères exposent bien souvent leurs doutes quant aux pratiques à adopter pour prendre soin de leurs bébés ou pour éduquer leurs jeunes enfants, les infirmières et les puéricultrices qui les reçoivent entendent d'abord les « rassurer » sur leurs capacités. Elles leur indiquent régulièrement qu'être parent est un « métier difficile » – « le seul pour lequel il n'y a pas d'école » a pour habitude de répéter l'une d'entre elles – et évoquent souvent les difficultés que partagent d'autres mères dont elles ont suivi les enfants, voire celles qu'elles ont elles-mêmes rencontrées avec leurs propres enfants. Aussi, leur intervention met en scène une forme de non-savoir et une humilité, auxquelles les enjoint d'ailleurs le Dr Laurent, médecin responsable de la circonscription, lors des réunions d'équipe : « On n'a pas à avoir des positions arrêtées. Notre travail c'est de rassurer les parents. On a des connaissances mais faut rester humble ».

Face aux questions qu'on leur pose, par exemple, sur l'alimentation ou le sommeil du nourrisson ou encore celui du jeune enfant, elles formulent des réponses tout en indiquant que « ça c'est la théorie, après vous faîtes comme vous le sentez ». Car, l'important pour les professionnelles est d'abord que les mères qui doutent s'autorisent à croire en leurs capacités à bien faire. Elles s'interdisent alors *a priori* d'exprimer un quelconque jugement moral sur telle ou telle pratique de puériculture, ni ne cherchent *a priori* à en promouvoir. Brigitte, infirmière de 54 ans, exerçant en PMI depuis 9 ans, m'explique avoir progressivement appris à « laisser tomber » certaines règles de puériculture pour « s'adapter » aux familles qu'elle recevait :

644 Frédérique Giuliani, « La valeur des mauvais parents. Bien faire institutionnel, dépréciation sociale et reconnaissance locale », *in* Yves Bonny, Louise Demailly (dir.), *L'institution plurielle,* Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2012, pp. 83-103.

> « Les mères font ce qu'elles peuvent avec ce qu'elles sont. Tu peux pas arriver et tout bousculer. Moi je dis faut les aimer [les enfants]. Après est-ce qu'il faut donner plus le biberon que le sein ou je sais pas quoi... ? Je sais pas si on a une vérité tu vois. Par exemple, si une maman a envie d'attendre pour les vaccins parce qu'elle a des craintes... Pourquoi pas ? Si on fait le vaccin et qu'elle le vit mal, on aura fait pire que mieux » (Entretien Brigitte, infirmière en PMI).

Si, comme ses collègues, Brigitte considère ne pas détenir de « vérité » sur la bonne façon d'élever des enfants, établie selon des critères de moralité indiscutés et indiscutables – si ce n'est la nécessité de les aimer –, la suspension de normes pratiques de puériculture sert en fait à la promotion d'un autre registre normatif.

Certes les normes de puériculture sont relativisées – ce qui semble moins vrai des règles éducatives quand l'enfant grandit, les professionnel·les encourageant ainsi souvent les mères à « poser des limites » à leur enfant –, mais toute forme d'encadrement n'est pas pour autant suspendue. Ce qui se joue au cours des interactions entre profanes et professionnelles de la petite enfance a en fait moins à voir avec la normalisation de pratiques de maternage qu'avec une forme de régulation de l'expérience subjective de la maternité. La question sensible de l'allaitement maternel est en cela exemplaire. En dépit des préconisations des instances publiques[645], les infirmières, puéricultrices ou sages-femmes que j'ai rencontrées ne cherchent pas à promouvoir à tout prix l'allaitement maternel et peuvent parfois avoir des mots très durs envers les collègues qui « forceraient » les mères à allaiter, alors qualifié.e.s de « terroristes » ou d'« ayatollahs de l'allaitement ». Au contraire, elles interviennent même parfois pour conduire les femmes à sevrer leur enfant quand elles estiment que le maintien de l'allaitement menacerait l'expérience maternelle. Toutes s'accordent à dire, comme Brigitte, que « le lait maternel c'est bien, mais on fait ce qu'on peut. Faut pas forcer les mamans et les mettre mal, sinon elles perdent confiance et là ça peut être catastrophique ».

Une sage-femme en PMI me raconte ainsi le travail entrepris avec une de ses collègues puéricultrices pour amener une mère à interrompre un allaitement jugé pathogène. « Quand le bébé était au sein, elle faisait une réaction épidermique » : sa poitrine se couvrait de plaques rouges et le bébé semblait répondre en retour à l'inconfort maternel en devenant de plus en plus pâle. Alors que la professionnelle peine à trouver une explication somatique à cet épisode marquant, le trouble jeté dans « la relation mère-enfant » par un allaitement en réalité non désiré lui offre un registre de rationalisation qu'elle juge efficace et opérationnel pour prendre en charge une femme qu'elle perçoit en souffrance. L'intervention professionnelle agit alors comme une action sur l'expérience de l'allaitement même, plutôt que sur une pratique.

---

[645] Par une déclaration de 1989, l'OMS stipule le rôle des services liés à la maternité dans la « protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel ». En France, le décret n° 98-688 du 30 juillet 1998 interdit la fourniture gratuite de lait aux maternités, le cadeau d'échantillons aux mères à la sortie de maternité et la publicité en faveur des laits 1er âge dans les médias grand public autant de pratiques ne contribuant pas à inciter les mères à allaiter.

Avant la naissance, travailler sur l'expérience de l'enfantement et du devenir parent est aussi ce que proposent implicitement les sages-femmes au cours de l'entretien prénatal précoce. D'une durée qui varie de 45 minutes à une heure, l'entretien prénatal précoce se présente comme un temps d'échange et d'information offert aux femmes enceintes pour leur permettre de poser des questions et d'exprimer leurs difficultés (sociales ou psychologiques) afin de leur proposer le meilleur « accompagnement » possible. Comme l'explique en tout début d'entretien Odile, sage-femme au Pôle Femme-Enfant, au couple qu'elle reçoit : « C'est un entretien médico-psycho-social pour faire le point en début de grossesse, pour voir si une dame a besoin de soutien ». S'il est largement discuté, lors de ces entretiens, du suivi obstétrical et des cours de préparation à la naissance, le document promouvant l'entretien, disponible en salle d'attente, précise que « cet entretien vise à accompagner au mieux les futures mamans dans leur vie de mère, en développant les liens mère/enfant ». L'entrevue avec une sage-femme doit conduire les femmes à parler de leur vécu de la grossesse et plus largement de leurs éventuelles inquiétudes relatives à l'arrivée de l'enfant, qui ne pourraient se dire lors des consultations classiques de suivi de grossesse, trop rapides.

> « On a remarqué que les mamans n'avaient pas le temps de poser toutes leurs questions. Cet entretien, c'est un temps pour vous. Pour que vous puissiez poser vos questions. Vous n'aurez pas forcément le temps après vous verrez » (Journal de terrain, EPP, Pôle Femme-enfant).

Or, rares sont les femmes qui arrivent effectivement avec des questions en tête ne sachant bien souvent pas comment se préparer à un entretien dont elles savent peu. Le prospectus présentant l'entretien prévoit cette éventualité : « Si les futurs parents n'ont pas de sujets précis à aborder, ou de questions, la sage-femme les aiguille sur des axes de réflexion, si besoin ». Les professionnelles sont ainsi préparées aux silences et les accueillent volontiers comme autant d'occasions pour diriger l'entretien : non plus répondre aux questions mais conduire les futurs parents à se raconter et à se questionner.

Au cours d'un entretien, une fois la traditionnelle présentation des « cours de préparation à la naissance et à la parentalité » achevée, une femme enceinte (technicienne de laboratoire, 27 ans) répond à ce discours par ce qui semble être *a priori* un trait d'humour : « J'espère qu'on sera de bons élèves. On veut être de bons parents. » Pour la sage-femme, cette prise de parole n'a rien d'anodin, comme elle me le confiera plus tard. Elle les questionne donc : « Bon parent, bon parent [*elle marque un silence*]. Mais qu'est-ce que ça veut dire pour vous ? » La mise en question de soi est sollicitée et encadrée au cours de l'entretien prénatal précoce. Dispositif de sollicitation de la parole, l'entretien prénatal s'adosse en grande partie sur une pédagogie réflexive qui entend encourager les futurs parents à interroger le rapport subjectif qu'ils entretiennent à leur « devenir parent ».

Devenir mère par soi-même

« C'est vous la mère, c'est vous qui savez » : les permanences de puériculture – où les jeunes mères sont pourtant invitées à se rendre à la sortie de la maternité pour recevoir des conseils – sont toutes entières pensées sous ce mot d'ordre. Il n'appartiendrait pas aux professionnelles de « donner des réponses toutes faites » mais d'inciter les mères à trouver, par et pour elles-mêmes, des solutions aux difficultés auxquelles elles sont confrontées. Pour Aline, psychologue en PMI, « quand on se substitue aux parents en leur disant voilà comment vous devriez faire, voilà comment il ne faut pas faire… trop dire les choses ça ne peut pas marcher ». Elle incite alors ses collègues infirmières et puéricultrices à questionner les mères tout en leur suggérant des pistes de réflexion pour ne pas avoir à « penser à la place de l'autre ». Pour elle, « le parent » doit rester « sujet » et « partenaire » plutôt qu'« objet » de l'intervention professionnelle : « Et qu'est-ce qui fait que vous avez fait comme ça ? », « Est-ce que vous pensez que comme ça ça pourrait peut-être être mieux ? », « Qu'est-ce que vous en pensez ? », « C'est vous la maman, c'est vous qui savez, mais peut-être on pourrait réfléchir à une autre solution ? » Autant de questions qui devraient, selon la psychologue, faire le quotidien des permanences de puériculture – ce que les professionnelles para-médicales s'attachent à mettre en œuvre tout en devant aussi « donner des réponses ».

« Comment laisser l'autre sujet quand il vient en demande ? », « Comment l'accompagner, comment le contenir en le laissant libre de faire à sa façon parce que de toutes façons il n'y aura que sa façon qui marchera ? ». Telles sont, pour Aline, les « grandes questions » qui traversent – ou du moins devraient traverser – le travail en PMI. L' « accompagnement » proposé sert en définitive à faire expérimenter et adopter une posture réflexive et autonome face au fait d'être parent, sans jamais l'exiger explicitement. Cette modalité de gouvernement des conduites est particulièrement à l'œuvre dans les lieux d'accueil parents-enfants dans lequel s'investissent, entre autres, les professionnelles de la PMI.

À Souchet, *La Pause* est l'un des lieux d'accueil parent-enfant (LAPE) du département dépendant des services de PMI. Ouvert, en période scolaire, tous les vendredis matins pendant deux heures, il « accueille » les enfants de moins de trois ans accompagnés de leurs parents ou assistante maternelle. À visée préventive, sa fréquentation est proposée, ainsi que me l'explique une infirmière, à « des mères seules et isolées » ou que les professionnelles de PMI ou du service social estiment « un peu perdues avec leur enfant ». Dans la lignée de la « maison verte », ouverte par Françoise Dolto en 1979, les lieux d'accueil parents-enfants sont « pensés et négociés auprès des pou-

voirs publics comme des dispositifs de prévention des "difficultés relationnelles précoces", celles attribuées à la séparation mère-enfant ou d'autres pouvant découler de difficultés éducatives »[646]. Lieux de parole et d'écoute, ces espaces sont traditionnellement animés par des équipes exclusivement composées, ou a minima incluant, des psychanalystes et/ou des psychologues cliniciennes.

Engagée depuis le milieu des années 1980 dans l'animation d'un lieu d'accueil tenu uniquement par des psychologues, Aline regrette la confusion parfois faite entre les lieux d'accueil de la commune dépendant de la CAF et ceux de la PMI, bien qu'elle admette qu'« il en faut pour tout le monde ». Les premiers sont appelés lieux d'accueil *enfants*-parents (LAEP) quand les seconds sont qualifiés de lieux d'accueil *parents*-enfants (LAPE), semblant bien signifier par là qui seraient en priorité les destinataires de ces espaces. Pour les « accueillantes » des lieux d'accueil PMI, formées à « l'écoute psychanalytique » lors de séances de supervision, les lieux d'accueil CAF seraient des dispositifs complémentaires permettant de sortir les mères et jeunes enfants de l'isolement et de préparer à la vie en collectivité, mais en aucun cas de même nature que les structures « de type Dolto ». Ainsi, ils ne seraient pas des lieux propices à « dénouer » des problématiques relationnelles mais plutôt des espaces de sociabilités à visée éducative. Florence, psychologue qui « supervise » *La Pause,* considère avec suspicion la fonction des « accueillantes » de la CAF qui, selon elle, ne seraient en fait que des « animatrices » certifiées d'un BAFA, voire des « parents bénévoles », « vaguement formés à l'accueil », « des mamans de bonne volonté », en somme des profanes. « Sans être péjorative, conclue-t-elle lors d'une réunion de supervision, [un lieu d'accueil CAF] serait un jardin public dans un lieu fermé ».

Lors des réunions de supervision, Florence apporte son « éclairage de clinicienne » aux « accueillantes » et analyse avec elles les multiples interactions entre mères, entre enfants, entre mères et professionnelles et, surtout, entre les mères et les enfants qu'elles ont observées. Ces séances sont aussi l'occasion de rappeler aux professionnelles investies dans l'animation de *La Pause* la mission du dispositif et la posture qu'elles doivent adopter : « on ne fait pas d'éducatif dans un LAPE mais du soutien à la parentalité ». Il revient alors aux « accueillantes » d'observer « la relation » pour accompagner les parents, en l'occurrence les mères[647]. Dès lors, comme me l'explique Maud, puéricultrice et « accueillante », bien que seules interviennent à *La Pause* des in-

---

646 Voir Sandrine Garcia, *Mères sous influence*, *op. cit.,* pp. 291-300

647 Lors de mes observations, seules des femmes étaient présentes à *La Pause*. Un homme, père d'un enfant, y a fait une brève apparition un matin pour déposer son fils à son assistante maternelle, déjà sur place avec les autres enfants qu'elle avait en charge.

firmières, puéricultrices et assistantes sociales – et non des psychanalystes ou psychologues –, ce lieu d'accueil « n'est pas comme la Maison verte de Dolto mais un peu quand même ».

Chaque vendredi matin, à la maison de quartier, un binôme de professionnelles de la PMI (infirmière ou puéricultrice) et/ou du service social (assistante sociale) ouvre au public une salle d'une trentaine de mètres carré, dans laquelle elles ont préalablement installé du matériel à destination des enfants (de grands tapis colorés en mousse, des chaises, canapés et tables à hauteur d'enfant, un petit toboggan et des jouets) ainsi que deux tables. Sur la première est posé un cahier où sont inscrits les prénoms des enfants à leur arrivée et la seconde matérialise le « coin café » où une bouilloire, du café, des sachets de thé et des gobelets sont à disposition des adultes. Aucune chaise n'est prévue pour les parents ou les assistantes maternelles, leur place étant auprès des enfants.

Pour Florence, qui le répète souvent lors de ses réunions de supervision, un LAPE n'est « pas un lieu de réponse ». Brigitte, pourtant infirmière, m'explique que lorsqu'une mère lui pose une question de puériculture, elle la « renvoie sur [sa] perm » : « là, ce n'est pas lieu ». La psychologue admet que la posture à y adopter n'a rien de confortable pour les professionnelles socio-sanitaires, dans la mesure où elle implique « d'enlever sa casquette habituelle derrière laquelle tu es sécurisée, du style médecin ou puéricultrice, où tu es celle qui répond aux questions ». La supervision proposée par Florence est un espace dans lequel la « bonne » posture de l'accueillante est sans cesse rappelée et discutée.

> « Tu ne peux pas t'appuyer sur tes renforts habituels à propos de la prise de poids ou de l'alimentation [des enfants] par exemple. Tu n'es que dans la relation parent-enfant. On n'a pas de réponse pour la relation. On a des réponses à donner par rapport à la mise sur le pot etc., pas sur la relation. "Pourquoi il pleure tout le temps ?" "Bah là, comme ça, j'en sais rien mais peut-être que si on pensait à deux… Vous avez remarqué quand est-ce qu'il pleurait plutôt ?" » (Entretien Florence, psychologue en PMI)

Pour la psychologue, « accueillante » depuis près de 20 ans dans un autre LAPE de la commune, géré cette fois exclusivement par des psychologues de PMI, il ne s'agit pas de « refuser de répondre aux questions posées » mais d'y répondre par une nouvelle question pour engager une réflexion : « Vous en pensez quoi vous ? », « Et vous à votre avis ? ».

> « Donc, c'est ça qui est compliqué dans les lieux d'accueil pour les collègues, c'est d'arriver dans un lieu où il faut d'abord se dire que je ne sais rien. "Il ne dort pas la nuit", "Vous avez vu ça fait trois fois qu'il mord qu'est-ce que je dois faire ?" "Mais dans quelle situation il fait ça ?" Et voilà et on commence à penser à deux, donc on n'a pas de réponse. On va apporter une réponse mais indirectement et de façon différée. (…) Les gens, ils arrivent avec leur détresse et ils repartent avec. Y a pas de magie de l'instant. On n'est pas dans l'immédiateté. Mais ils reviennent. Donc s'ils reviennent tu te dis qu'il

y a quand même quelque chose qui les a apaisés pour un temps ou bien ouvert une porte » (Entretien Florence, psychologue en PMI).

Les mères sont amenées à réviser leur façon de faire et à engager une réflexion sur leur parentalité au moyen de qualifications et disqualifications euphémisées des pratiques et conduites parentales, d'énonciations qui intègrent une part d'indécision, voire de non-savoir, d'avis jamais énoncés sinon exprimés de manière plus ou moins subtile, en suggérant ou en faisant la démonstration d'un autre registre relationnel à l'enfant[648]. Ainsi, Florence préconise de « montrer qu'on peut faire autrement sans donner des conseils », en « faisant soi même ». En entretien, elle m'explique :

> « Moi par exemple je me mets très volontiers à la hauteur des enfants. Quand je le fais ça veut pas dire : "regardez moi, ce que je fais c'est bien". Non, tu le fais parce que c'est ta façon à toi de faire. Et tu peux entrainer quelque chose chez l'autre, mais ça ne veut pas dire inciter. Donc, par exemple, l'enfant qui arrive tu lui parles, tu lui réponds. Moi les bébés, je leur parle. (…) Je pense qu'il y a des gens qui peuvent te regarder en se disant mais elle est complètement à l'ouest celle-ci, mais d'autres que ça fait réfléchir. Moi je crois plus à cet effet-là. C'est l'effet de ces lieux-là » (Entretien Florence, psychologue en PMI).

Si Florence récuse toute dimension « éducative » aux lieux d'accueil, les interventions qu'elle décrit ont pourtant bien avoir avec une forme de pédagogie douce. Comme l'indique Sandrine Garcia, à partir de ses observations d'un lieu d'accueil, « contrairement au discours sur l' "écoute" des accueillantes et le refus affiché de "faire de l'éducatif", il existe là des stratégies délibérées d'approche des parents, qui aboutissent, au bout d'un certain temps, à les conseiller »[649]. Au cours de mes observations au LAPE, j'ai pu relever à de nombreuses reprises des interventions qui, quoiqu'en dise Florence, semblent ne pas manquer d'« inciter » les mères à adopter les conduites attendues d'elles :

> « Assise sur l'un des petits fauteuils pour enfants, j'échange quelques mots avec une femme d'une trentaine d'années, avenante mais discrète, venue avec sa fille d'environ deux ans, prénommée Yasmine. Elle m'explique venir souvent au LAPE pour "sortir" et "rencontrer les autres mamans et assistantes maternelles" qu'elle croise à d'autres occasions dans le quartier (au parc, au marché, à la ludothèque). Je me rends assez vite compte qu'il s'agit de la mère dont l'équipe des « accueillantes » a parlé lors de l'une des réunions supervision auxquelles j'ai assisté. Celle qui, selon Charlotte, jeune assistante sociale, « se croit au square » et passerait le plus clair de son temps en retrait, à envoyer des messages depuis son téléphone plutôt que de jouer avec son enfant. Depuis sa place, elle s'adresse de loin à sa fille. Je sens que cela crispe Charlotte et Maud, les deux « accueillantes » du jour qui l'observent beaucoup et m'adressent des regards en-

---

[648] Des techniques qui ne sont pas sans rappeler celles identifiées par Lorraine Odier dans son analyse des discours de l'École des parents. *Cf*. Lorraine Odier, *Métamorphoses de la figure parentale. Analyse des discours de l'école des parents de Genève (1950 à 2010)*, Lausanne, Antipodes, 2018.

[649] Sandrine Garcia, *op. cit*., p. 295

tendus exprimant leur désapprobation. Alors que la petite fille monte à quatre pattes sur l'une des tables pour enfants, les « accueillantes » la font descendre. La petite proteste et sa mère la dispute, toujours depuis sa place. Charlotte s'adresse alors à la mère : "Elle veut peut-être que vous dessiniez avec elle ?". Obtempérant à l'injonction à peine voilée de s'occuper de sa fille, la mère de Yasmine se lève, s'assoit à la table où deux autres jeunes enfants sont déjà installés et la fait dessiner pendant un moment. Elle revient ensuite s'assoir à côté de moi et reprend son téléphone pendant que l'enfant se dirige vers le petit toboggan. Yasmine fait mine de ne pouvoir monter toute seule et sollicite sa mère en lui tendant les bras. "Allez monte et glisse", l'encourage sa mère. Les accueillantes observent la scène d'un air amusé. Après quelques secondes, Isabelle se fait le porte-voix de la petite : "Maman, viens jouer avec moi". Une fois encore, la mère se lève et accompagne sa fille dans son jeu. Charlotte, qui se tenait debout non loin de l'entrée de la pièce vient alors s'asseoir à côté de moi, à la place qu'occupait la mère de Yasmine qui, nous tournant le dos, ne le remarque pas tout de suite. Si bien que lorsqu'elle entreprend de regagner la place qu'elle avait laissée vacante, elle esquisse un mouvement de recul puis se ravise et reste debout, à côté du toboggan, auprès de sa fille » (Journal de terrain, LAPE La Pause).

À *La Pause*, les mères ne peuvent pas s'impliquer sur un mode distancié, en ne faisant qu'acte de présence. Il est attendu d'elles un réel engagement auprès de leurs enfants. Les interactions entre mères et enfants ne sont pas seulement observées, elles sont sollicitées. Prendre la place d'une mère, pour l'amener à rester debout et à jouer avec son enfant, est une stratégie dont les professionnelles avaient discuté en réunion de supervision. Mais plus qu'une action cherchant à transformer les conduites maternelles pour les amener à faire correctement la mère, les interventions œuvrant à la « prévention précoce » visent à faire « évoluer » les mères pour qu'elles deviennent, par elles-mêmes, les mères qu'il est attendu qu'elles soient – tout étant « guidées » pour cela. Ainsi que le résume Florence à l'équipe des accueillantes lors d'une réunion de supervision : « On n'est pas là pour faire à la place de, mais pour faire que ça bouge ». D'une semaine sur l'autre, les professionnelles soulignent alors les « progrès » de telle ou telle mère, et leur font remarquer au travers des comportements adoptés par les enfants. Au cours d'une de mes observations, je note que Maud félicite la mère de Yohan, petit garçon d'environ un an et demi :

> « Vous vous souvenez comment c'était la première fois que vous êtes venue ? Il ne décollait pas de vos genoux. Vous avez vu maintenant, il est tout là-bas. Il est rassuré, vous l'avez rassuré. Il sait qu'il peut aller à l'autre bout de la pièce et que vous ne partirez pas. On lui avait expliqué qu'ici les mamans elles restent toujours, elles ne s'en vont pas. Ça l'a sécurisé » (Journal de terrain, *La Pause*).

Lorsque nous quittons la maison de quartier, la puéricultrice m'explique être très satisfaite de cette « évolution » et d'avoir pu la faire remarquer à cette mère :

> « Quelques fois avec ce regard extérieur, elles mesurent les progrès de leur enfant. Parce que quelque fois elles en doutent. Et en leur faisant remarquer, elles se disent finalement, j'ai réussi à gérer cette situation. Je m'en sors pas trop mal » (Journal de terrain, LAPE La Pause).

Que cela soit lors d'un entretien prénatal précoce, en permanence de puériculture ou dans les lieux d'accueil parents-enfants, l'encadrement qui s'exerce sur les mères s'exprime sous la forme d'une technologie où l'assujettissement exercé s'articule à une forme de subjectivation spécifique, où elles sont appelées à se transformer, à évoluer, à développer leur relation à l'enfant à l'aide du soutien qui leur est apporté. Les mères accompagnées sont constamment incitées par les professionnelles à verbaliser leurs difficultés, leurs questionnements et leurs doutes, et à les repenser. Par les mots et, surtout, par le travail constant de réflexivité auquel elles sont appelées, elles sont régulièrement encouragées à se reconsidérer. Jamais pensées comme une contrainte ou une police, mais toujours comme une aide, un accompagnement ou un soutien, la forme de gouvernement qu'adopte le « soutien à la parentalité » se fonde en définitive sur la participation active des gouvernées appelées à « évoluer » pour révéler leurs capacités et devenir par là des sujets de valeur supérieure.

Cette forme particulière d'encadrement s'apparente à ce que Michel Foucault appelle un rapport de direction. Les *Cours au Collège de France* qu'il a prononcés en 1979-1980, intitulés *Du gouvernement des vivants*, accordent une grande place à cette technique de gouvernement. Il explique :

> « Le vrai rapport de direction, je crois, consiste en ceci qu'il se fixe pour but, non pas quelque chose comme la richesse, la santé de celui qui est dirigé, mais quelque chose comme la perfection, la tranquillité de l'âme, ou encore l'absence de passions, la maîtrise de soi, la béatitude, c'est-à-dire un certain rapport de soi à soi. […] [P]ar conséquent, si on appelle subjectivation la formation d'un rapport défini de soi à soi, on peut dire que la direction, c'est une technique qui consiste à lier deux volontés de façon qu'elles restent l'une par rapport à l'autre toujours libres, à les lier de telle façon que l'une veuille ce que veut l'autre, et ceci à des fins de subjectivation, c'est-à-dire d'accès à un certain rapport de soi à soi. »[650]

Le « soutien à la parentalité » s'apparente ainsi à une technique d'harmonisation libre des volontés où, certes, un rapport asymétrique entre profanes et professionnelles sépare le dirigeant du dirigé, mais où l'on cherche qu'une des volontés « veuille ce que veut l'autre », restant soi tout en transformant son « rapport de soi à soi ». Les relations de pouvoir qui se tissent dans la relation entre sujets et institutions oeuvrant au « soutien à la parentalité » invitent les administrées à se penser pour « s'ajuster » et, en cela, progressivement, s'améliorer. Moins qu'une imposition ou une contrainte, le travail déployé au sein de ces espaces cherche à susciter l'accord ou l'adhésion à une idée de l'expérience maternelle, épanouie et réfléchie, et, plus largement, à une certaine représentation de la vie souhaitable – pour soi comme pour ses enfants[651]. Mais il arrive qu'un tel rapport de pouvoir soit refusé par les sujets qu'on cherche à diriger, révélant alors combien cette modalité de

---

[650] Michel Foucault, *Du gouvernement des vivants. Cours au collège de France (1979-1980)*, Paris, Le Seuil, 2012 [1980], p. 227

[651] Sébastien Roux, Anne-Sophie Vozari, « Parents at Their Best: The Ethopolitics of Family Bonding in France », *Ethnography*, Vol. 19, n°1, 2018

gouvernement doit s'adosser sur une volonté intime de réforme de soi pour pouvoir paradoxalement exercer sa contrainte.

B. Indisciplines maternelles

Amélie, « mère célibataire » d'une trentaine d'années, « au RSA », se rend régulièrement à *La Pause* avec sa fille de 15 mois. Ses relations avec les accueillantes sont tendues, voire conflictuelles, et elle fait l'objet, dans l'entre soi professionnel, de nombreuses discussions. Cette mère a en effet tout pour susciter l'interrogation chez les professionnelles. Elle arrive généralement un peu avant la fermeture du LAPE, ouvert de 9h15 à 11h15, si bien qu'il leur est difficile de l'approcher, d'autant qu'elle profite parfois du temps de jeu de sa fille pour téléphoner. Elle s'adresse à sa fille d'une façon que les « accueillantes » considère « brusque », terme également employé pour qualifier le comportement de la petite. Elle sollicite systématiquement les accueillantes en leur demandant de mettre à sa disposition un pot alors qu'elles jugent l'enfant trop jeune pour faire l'apprentissage de la propreté. Les professionnelles ont par ailleurs à plusieurs reprises « questionné » sa pratique : « Mais elle a quel âge ? », « Et ça marche ? », « Vous trouvez qu'elle est prête ? », « Vous ne croyez pas que c'est un peu tôt ? », sans obtenir pour autant la réflexion, ni la révision de la pratique, escomptée. Amélie ne prend en définitive pas part au jeu. Lorsque Maud cherche à engager une discussion sur le sommeil de la petite fille, faisant remarquer un matin qu'elle semble fatiguée – « Elle court partout d'habitude. Elle n'a pas dormi son compte ? » –, les questions fussent – « Elle dort mal ? Elle se réveille ? Elle couche tard ? » – mais ne trouvent que peu de réponse : « On s'est levé trop tôt ! ». Enfin, remarquant qu'Amélie et sa fille arrivent plus tôt qu'à l'accoutumée, Brigitte cherche un matin à la féliciter – « J'ai juste voulu le souligner en lui disant vous avez réussi à vous lever ce matin » –, ce à quoi Amélie répond sèchement : « Je vais finir par prendre mal vos remarques. Oui j'avais une obligation, quand j'ai une obligation je peux me lever ».

Quittant un matin *La Pause* en même temps qu'Amélie, je sollicite un entretien informel et l'accompagne, dictaphone à la main, au square où elle amène sa fille au pied de la cité du quartier de La Tour où elle réside. Elle me raconte se sentir assez mal à l'aise à *La Pause* mais y retourner malgré tout « pour [ma] fille », « pour qu'elle s'habitue à être avec des enfants », « pour qu'elle soit habituée à voir du monde avant l'école » :

> « C'est clair que s'il y avait eu d'autres lieux où il y a des enfants, j'irai sur ces autres lieux. Mais il n'existe pas grand chose pour les mères qui ne travaillent pas. À part le parc ou la piscine, et encore faut voir les horaires, y a pas grand chose pour les enfants.

On tourne vite en rond » (Entretien Amélie, 31 ans, assistante commerciale, sans emploi).

Comme l'ont souligné Gérard Neyrand[652] ou Sandrine Garcia, à partir de leurs enquêtes dans des lieux d'accueil, une partie du public de ces espaces peut en faire un usage complètement autre que celui prévu par le dispositif. « Ces lieux d'accueil peuvent très bien constituer une ressource pour les enfants ou les parents pour de toutes autres raisons que celles invoquées par les psychanalystes »[653]. Amélie ne cherche ainsi aucunement à être « accompagnée » ni « soutenue », à « réfléchir sur » ou à « verbaliser » ses éventuelles « difficultés relationnelles » avec sa fille. Incitée à se rendre à *La Pause* par l'assistante sociale de la CAF qui la suit, Amélie se dit non seulement déçue du service offert – regrettant que les accueillantes ne proposent aucune « activité » encadrée permettant aux enfants de « se mélanger » et de « jouer ensemble » – mais se sent également « jugée » et « observée » :

> « J'aime pas leur façon de faire, j'aime pas. Elles sont trop… trop là dans l'observation, à regarder si on fait bien les choses, trop à me dire l'air de rien comment faut faire. On est quand même observé là bas. Elles n'animent pas pour les enfants, c'est bien qu'elles font autre chose. Moi, je trouve qu'elles sont dans l'observation. Je les ai entendu aller donner des conseils aux autres. Heureusement, ça ne tombe pas que sur moi. Elles ont des petites remarques comme ça. Des fois, elles vont vous poser une question anodine qui n'est pas si anodine que ça quoi. C'est pour derrière vous dire quelque chose. Trop de conseils, trop à rentrer dans la vie, à vouloir chercher des trucs. Ça c'est quelque chose qui me dérange parce que c'est ma fille et j'estime faire correctement avec ma fille donc… » (Amélie, 31 ans, assistante commerciale, sans emploi).

Si les accueillantes ne sont pas, comme le regrette Amélie, « avec les enfants », elle a bien compris que leur attention était centrée sur les interactions mère-enfant « pour derrière dire quelque chose ». Tout ce qu'Amélie cherche à éviter. Elle a d'ailleurs interrompu le suivi médical de sa fille au centre de PMI du quartier pour cette même raison :

> « Quand je venais à la PMI, je venais pour les vaccins de ma fille, pour les visites médicales, je venais pour ça. Je ne venais pas chercher de conseils. Je ne me suis jamais sentie en galère par rapport à ma fille. Je ne me suis jamais sentie une faiblesse à pas pouvoir assurer ou quoi. C'est pour ça que je vous dis je suis pas dans le conseil. Et le conseil justement je le prends un peu mal. Quand même, je suis quelqu'un de responsable. Je sais ce qui est dangereux pour les enfants. Je suis une grande fille » (Amélie, 31 ans, assistante commerciale, sans emploi).

Amélie accorde en fait moins de légitimité aux prescriptions des « dames de la PMI » qu'à l'expérience pratique qu'elle a acquise auprès de jeunes enfants dans le cadre familial. Alors que les pro-

---

[652] Gérard Neyrand, *Sur les pas de la Maison verte. Des lieux d'accueil pour les enfants et leurs parents*, Paris, Syros, 1995.

[653] Sandrine Garcia, *Mères sous influence*, *op. cit.*, p. 293.

fessionnelles considèrent cette mère, comme d'autres, pas assez « cortiquée » – c'est-à-dire pas suffisamment « dans la pensée » ou « dans l'élaboration » –, il est autrement possible d'y voir simplement une femme peu socialement disposée à s'en remettre aux prescriptions savantes. Mais si Amélie considère savoir comment s'occuper de sa fille, pour les professionnelles, elle n'interroge pas assez ses pratiques, ni les attitudes de sa fille ou leurs relations. En ne souscrivant pas à la mise en question de soi, elle récuse l'idéal implicitement prescrit. Face à une telle forme d'évitement, reste aux professionnelles à considérer qu'il s'agit d'une femme « susceptible » car « en souffrance » : « pour moi, me dit Brigitte, elle est dépressive ». Aussi, si Amélie dit savoir « ce qui est dangereux pour les enfants », sa non-adhésion à la direction qu'on lui propose signale malgré tout qu'elle est une mère potentiellement fragile, si ce n'est dangereuse.

On perçoit ici les limites d'une modalité de gouvernement qui cherche à s'asseoir sur des sujets réflexifs et introspectifs considérés capables d'auto-évaluation et d'auto-ajustement, « prolégomènes à un contrôle de soi réussi »[654]. Mais toute la puissance du dispositif repose sur la tension entre reconnaissance des capacités individuelles parentales à se gouverner et suspicion envers celles et ceux trop certains de leurs capacités. « Faut que les gens soient déjà dans la réflexion, qu'ils prennent conscience qu'il se passe des choses pas bien dans leur famille », m'explique Aminata, infirmière en PMI. Un discours qui fonctionne « tout à la fois comme un opérateur de reconnaissance (…) et comme un moyen de contrainte par lequel [les parents] sont faits comptables de ce qu'ils entreprennent (ou pas) auprès de leurs enfants et tenus d'en répondre publiquement »[655]. Aux parents, en l'occurrence ici aux mères, de se saisir de la « chance » que pourrait, pour elles et pour leur(s) enfant(s), représenter la main qui leur est tendue.

Les échecs de la direction n'invalident de fait pas le mode de gouvernement déployé, ni les professionnelles qui le portent : la faiblesse ou la souffrance des gouvernées empêchent simplement le déroulé attendu de l'accompagnement. Au-delà des professionnelles de la PMI chargées du « soutien à la parentalité », ce mode de rationalisation de l'indiscipline maternelle – davantage pensée comme une incapacité que comme un refus d'être dirigé – est également adopté, en pédopsychiatrie, par les professionnel·les en charge du traitement des dépressions maternelles. Les femmes consultant à l'UPSP ne se prêtent en effet pas toutes de la même manière au travail attendu d'elles. Certaines résistent. C'est le cas d'Eloïse qui, un mois après le début de sa prise en charge, ne pleure plus du tout pendant ce qu'elle a décidé être sa dernière consultation. Elle annonce se sentir beaucoup mieux : « Ça ne m'étonne pas d'avoir été comme ça, je suis enceinte et j'angoisse. Je suis en

---

654 Dominique Memmi, « L'autoévaluation, une parenthèse ? … », art. cit., p. 300.

655 Frédérique Giulianni, *Accompagner. Le travail social face à la précarité durable*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, p. 106.

congé parental, loin du travail, isolée, je ne vois pas de collègues ni d'amies : j'avais besoin de parler ». Mais dans l'entre soi, les membres de l'UPSP s'accordent à dire que cette patiente « n'élabore pas assez ». Alors que la psychologue cherche à l'amener à parler de son « histoire », cette patiente ne se prête pas au jeu et ne parle qu'à la marge de ses relations avec ses parents ou sa jeunesse – preuve supplémentaire, pour Margot, qu'« il y a quelque chose à creuser ». Comme le souligne Muriel Darmon à propos du traitement de l'anorexie, le traitement par la parole implique en effet « qu'un type particulier de parole soit tenu » : « Un entretien perçu comme positif […] manifeste l'intériorisation d'un certain type de discours sur soi […] celui le plus à même, selon les médecins, d'avoir des effets thérapeutiques […]. Le traitement par la parole […] consiste en une socialisation à un type particulier de parole sur soi par l'écoute et l'intériorisation de ce que doit être cette parole »[656]. Pour la psychologue qui la suit, l'amélioration dont témoignerait Eloïse serait en réalité un « déni », une marque supplémentaire du mal qui justifie son intervention. Si elle assure à sa patiente que « sa porte sera toujours ouverte si [elle] en ressent le besoin », elle ajoute à mon encontre, une fois Eloïse partie, ne pas s'attendre à la revoir prochainement : le discours de cette patiente est la marque même d'un trouble bien plus profond.

D'une même façon, Sabine, éducatrice de jeunes enfants à l'UPSP, évoque en réunion d'équipe le cas des mères à la « structure psychique rigide » – souvent « enseignantes » ou « ingénieures », précise-t-elle, « à la recherche d'elles-mêmes dans ces métiers là » – qui ne se saisissent pas suffisamment de l'occasion qui leur est offerte de travailler sur elles-mêmes. Pour elle, ces femmes se « contentent » bien souvent de la prise en charge de l'UPSP sans poursuivre par elles-mêmes un « travail » à entreprendre sur la durée. Or, pour Sabine et ses collègues qui approuvent toutes sa réflexion, « quelques entretiens avec Margot [la psychologue] et trois visites à domicile, ça ne suffit pas ! ». L'étayage proposé par l'UPSP permet certes à ces femmes de reprendre pied après s'être « effondrées » au cours de leur grossesse ou à la naissance de leur enfant, mais doit se poursuivre : « Ok elles vont mieux, ça tient. Mais ça tient jusqu'à quand ? ». La prise en charge à l'UPSP est pensée comme une mise au travail devant se poursuivre par une thérapie à l'extérieur du Pôle Femme-Enfant, en CMP ou en libéral.

Certes, comme le montrent les cas d'Amélie ou d'Eloïse, il arrive que l'institution peine à convaincre les sujets du bien-fondé de leur intervention. Mais, même lorsque la prise en charge échoue, son principe et sa raison d'être sont sauvegardés : ce sont les sujets qui n'ont pas su réaliser la force de leur mal-être du fait de leur « rigidité psychique » ou « mécanismes de défense » qui, à eux seuls, justifieraient l'intervention. Six mois après la naissance de son bébé, Eloïse dit d'ailleurs

---

656 Muriel Darmon, *Devenir anorexique*, *op. cit.*, pp. 49-50.

s'être rendue à « l'évidence ». Circonspecte quant au diagnostic qui lui était formulé et hostile au traitement médicamenteux prescrit, cette patiente ne résiste qu'un temps à la pathologisation de son mal-être. Lorsque je la revois un an plus tard, elle m'annonce « avoir craqué » :

> « Au début j'ai dit non aux médicaments, et puis au bout d'un moment faut être réaliste. On a besoin d'aide. Mais c'est pas facile de demander de l'aide. Il m'a fallu vraiment arriver au bout du rouleau pour me dire je n'y arriverai vraiment pas seule. Je ne savais plus comment faire et le traitement [des antidépresseurs prescrits par son généraliste] m'aide à ne plus pleurer et à avancer » (Entretien Eloïse, 37 ans, logisticienne, trois enfants).

Si elle persiste, au cours de cet entretien, à ne pas mobiliser le terme de dépression pour se référer à son état – « J'ai fait le *baby-blues* mais beaucoup plus tard » –, elle estime « pas anodin » ce qu'elle a traversé. Elle envisage dorénavant d'entamer une psychothérapie en libéral pour comprendre « ce qu'il y a derrière » son mal-être, pour elle et pour ses enfants. Indisciplinée, Eloïse devient disciplinable une fois et seulement quand elle adhère au discours expert de l'institution qui cherche à la discipliner : le gouvernement de soi ne se déploie jamais aussi bien que lorsqu'il résulte de la volonté d'être gouverné.

II. Produire la normalité

« Ce qui est dur, conclut Eloïse, c'est de ne pas arriver à être la mère que je veux être. Celle qu'on nous montre tous plus ou moins : la mère épanouie, heureuse, qui s'éclate à s'occuper de ses enfants ». En cours de traitement, Eloïse dit souffrir de ne pas encore parvenir à être la mère conforme qu'elle désire être : « épanouie » et « heureuse » dans son travail parental. C'est précisément ce que d'autres femmes disent être devenues, non sans efforts, une fois « guéries ». En fin de traitement, elles se racontent libérées de ce qui les empêchait d'être enfin de vraies mères. Amélioré car corrigé, le rapport qu'elles entretiennent dorénavant avec leur maternité se veut authentique et naturel. Le traitement est ainsi présenté par les anciennes patientes comme une occasion de renouer avec la maternité en révélant « la maman au fond [d'elles] », selon les termes de Silvia. Par l'introspection, elles auraient su retrouver en elles-mêmes la « vérité » du lien qui les unit à leurs enfants et mettre à distance les attentes normatives de « la société », en opérant un retour à soi. Dès lors naturalisée, la conformité – espérée par les patientes et forgée par la prise en charge institutionnelle – découlerait paradoxalement d'un détachement du carcan normatif.

Mais le côté libérateur du traitement ne masque jamais complètement son action disciplinaire. Et les sujets maternels souhaités et produits demeurent des sujets maternels attendus. La forme que prend l'action institutionnelle n'est pas perçue (jamais) comme une contrainte certes puisqu'elle est curative, surtout parce qu'elle se base sur un discours de révélation de soi à soi. La puissance du

processus normalisateur réside précisément dans l'alignement entre les fins de l'institution – produire des mères apaisées car aimantes et réfléchies – et le sentiment d'être enfin soi.

A. Être soi pour devenir véritablement mère

Les récits rétrospectifs que les patientes de la pédopsychiatrie font de leur dépression et de son traitement prennent la forme d'actes de « proclamation » maternelle, semblables à ces « cérémonies », analysées par Anselm Strauss, lors desquelles les membres d'une institution révèlent les « défis » et « épreuves » qu'elles et ils ont eu à relever pour y appartenir[657]. Elles prennent actes de leur propre changement tout en proclamant être devenues de meilleures mères « grâce » à la dépression. Aussi, tout se passe comme si, comme me l'assure Elizabeth, la « pire » expérience de leur vie avait aussi été la « meilleure chose qui puisse [leur] arriver ». Avoir affronté la dépression donnerait accès à une forme de parentalité moralement supérieure, voire distinctive[658]. C'est à peu de choses près ce qu'affirme Silvia, en se comparant aux femmes qui adoptent, devenues mères à force de volonté et de persévérance, quand d'autres le seraient sans prendre la pleine mesure de l'effort nécessaire à une telle transformation de soi :

> « Je trouve que celles qui passent par des difficultés maternelles, elles méritent leur maternité deux fois plus que les autres parce qu'elles ont lutté pour ça généralement, cherché de l'aide et lutté pour aller mieux. Y a un travail qui a été fait. C'est une lutte. Et après tu as un lien [avec ton enfant] qui est beaucoup plus fort et qui est particulier » (Entretien Silvia, 35 ans, employée dans un magasin de prêt à porter, en congé parental, deux enfants).

Rendue désormais capable d'être pleinement mère, c'est transformée et grandie qu'elle dit être ressortie de cette expérience qui lui aura permis d'accéder à une maternité « supérieure », car « consciente et conscientisée »[659].

---

[657] « Les individus s'imposent eux-mêmes des épreuves cruciales, s'ils en sortent vainqueurs, ils ont pour ainsi dire reçu un baptême psychologique, mais s'ils faillissent, il leur faut prendre une autre voie, élaborer d'autres projets. Naturellement, l'échec n'entraîne pas toujours une transformation immédiate de la personne, mais il peut déboucher sur une préparation plus complète, menant à la victoire ou à l'échec définitifs » *Cf.* Anselm Strauss, *Miroirs et masques*, *op. cit.*, p. 102.

[658] Pour une analyse de la façon dont l'investissement dans le travail parental est susceptible de constituer une ressource culturelle et un levier de distinction sociale pour les femmes de classes classes moyennes et supérieures, voir Julie Landour « La parentalité, une contribution au capital des femmes des classes supérieures ? », *Genre, sexualité & société* [En ligne], n° 16, 2016 ; Julie Landour, Lorraine Odier, « Travail parental et bien être de l'enfant », *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], Vol. 48, n° 2, 2017.

[659] Florence Brunet, Pauline Kertudo, Elsa Ramos, « La parentalité adoptive : une parentalité "supérieure" ? », *in* Claude Martin (dir.), *« Être un bon parent ». Une injonction contemporaine*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2014, p. 74.

(S') assumer

Elsa dit également avoir été « littéralement transformée » par la longue psychanalyse dans laquelle elle s'est engagée suite à son mal-être, « un temps d'élaboration qui [lui a permis] petit à petit d'avancer » et d'entretenir enfin un rapport authentique à soi :

> « En fait je suis rentrée dans un tunnel il y a 10 ans, et là je suis sortie du tunnel. Je suis dans une espèce de champ avec pleins d'horizons. J'ai laissé derrière moi d'autres paysages. Ça m'a transformée à tous points de vue. (…) Je pense que je suis bien moins conne maintenant qu'avant. J'étais très sûre de moi sur des choses éducatives, sur ce que devait être une bonne mère... C'est moins confortable aujourd'hui mais ça m'a permis d'accepter d'avoir une vie particulière, un mode relationnel particulier avec mes enfants que je suis aujourd'hui capable d'assumer » (Elsa, 42 ans, consultante, deux enfants).

Comme d'autres, Elsa décrit la prise en charge dont elle a bénéficié comme une opportunité de devenir enfin elle-même, de « s'assumer », une thérapeutique qui a directement agit sur la manière dont elle se concevait, se pensait alors et se forge depuis.

Au cours des entretiens qu'elles m'accordent, tout comme lors de leurs dernières consultations psychothérapeutiques, les patientes de la pédopsychiatrie portent un regard souvent sans complaisance sur les femmes qu'elles étaient et l'idée de la maternité qu'elles se faisaient auparavant. Alors qu'elle revient sur le choix qu'elle a fait d'accoucher dans une maternité « où on prône la proximité de l'enfant », « où les mamans étaient avec leur bébé H 24 », « où ils défendaient l'allaitement maternel et le portage », Silvia se décrit à l'époque comme aliénée par son désir de se conformer à des attentes qu'elle avait, désormais pense-t-elle, à tort faites siennes :

> « J'étais dans une optique… enfin un peu ce qu'on essaye de te faire faire en fait. Ce qui se fait *a priori* de mieux quoi. Moi j'y croyais. Je trouvais ça sympa. Mais je me rendais pas compte que … Je ne savais pas ce que ça impliquait. Moi j'étais à fond dedans (…) Je sais même pas comment j'ai pu me conditionner à ce point » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

Le discours qu'elle porte sur sa pratique de l'allaitement rend tout particulièrement manifeste la révision depuis opérée de sa définition de la « bonne » maternité :

> « Je ne voulais pas accepter d'être cette vache à lait. Ce côté animal, c'était pas ce que je souhaitais en fait… mais j'ai persisté. Je me disais : "Faut que tu le fasses, faut que tu le fasses". Et pourtant, y a des dames qui sont passées [en suites de couches] et qui m'ont dit : "Vous savez nous des fois, on dit aux mamans si ça vous plaît pas faut arrêter, faut pas vous forcer". Elles avaient vraiment une politique… L'important c'était pas la façon dont on alimentait son bébé, mais comment tu te sentais en le faisant » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

L'accompagnement professionnel dont Silvia a bénéficié, à la maternité puis à l'UMB, l'a conduit à renoncer à l'allaitement et à considérer aujourd'hui grotesque d'avoir cherché à s'y sou-

mettre (« faut que tu le fasses ») au détriment de ce qu'elle désirait réellement (« c'était pas ce que je souhaitais, en fait »). Comme d'autres femmes rencontrées, cette patiente a été conduite à réviser certaines de ses pratiques au profit d'un rapport vécu comme plus authentique à la maternité, le seul véritablement tenable à terme puisqu'il leur serait propre et individuel. Elles disent toutes dorénavant savoir qu'elles auraient dû « [s]'écouter » et « lâcher prise » ; « [se] faire confiance » aussi puisque dans la mesure où c'est en elles que se cachait le problème, c'est aussi là que résidait la solution.

Plus que leurs pratiques, le changement opéré concerne plus largement leur vision de soi. Coralie estime par exemple avoir eu par le passé une « très mauvaise approche » considérant aujourd'hui avoir le droit de prendre soin d'elle-même :

> « A quoi ça sert de parler de ses petits problèmes, de ses petits bobos ? Faut arrêter de se plaindre. J'étais comme ça avant (…) Maintenant, je dirais faut s'écouter. On n'est pas parfaite. On n'est pas surhumaine. (…) Moi je me sens beaucoup plus sereine maintenant pour attaquer les années à venir » (Entretien Coralie, 36 ans, assistante commerciale, deux enfants)

Lors de sa dernière consultation, Johanna raconte à la psychologue avoir « refilé le bébé » à son mari qui rentrait du travail « pour faire un tour » en lui disant – « en rigolant » précise-t-elle toutefois – : « tiens, sinon je la vais jeter par la fenêtre ». « Ces choses-là, explique-t-elle, j'aurais jamais osé les dire avant. Pour moi, il ne fallait pas ». Eloïse comprend, quant à elle, qu'une « maman épanouie » ne peut être qu'« une femme épanouie » : « il faut aussi vivre pour soi, je ne suis pas qu'une mère ». La réforme opérée amène en outre les femmes soignées à aujourd'hui accepter les éventuels affects négatifs éprouvés vis-à-vis de leurs enfants et de leur maternité dans la mesure où, compris comme une manifestation de leur toute naturelle « ambivalence maternelle », ils sont excusables puisque humains.

> « Comme tout le monde des fois, j'en ai marre, j'ai envie de le jeter par la fenêtre, mais ce qui est rassurant c'est que c'est comme tous les parents. Tu as les mêmes sentiments que tous les autres parents. Y a des moments où j'en ai marre mais c'est plus comme avant. Là je sais que ça va passer. (…) Tu commences à avoir les mêmes repères que les autres mamans et là tu te dis : "ouf, je rentre dans une maternité presque conforme" » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

Si la prise en charge leur a appris à prendre du temps pour elles et à réviser leurs pratiques, c'est *in fine* pour recouvrir progressivement le sens de leur individualité. Être enfin soi – y compris dans ses défaillances – importe davantage que l'accession à un idéal dans lequel elles se fourvoyaient. Là réside la puissance du processus normalisateur : dans l'acceptation d'une authenticité

produite et naturalisée. Ainsi, et paradoxalement, le dispositif travaille – par la prise en charge – à « renaturaliser » la maternité, en présupposant que l'attachement maternel est un substrat pulsionnel aliéné à redécouvrir et à laisser s'exprimer. Vécu sur le mode d'une bifurcation biographique, présentée « comme une rupture profonde (sociale, normative et identitaire aussi) », au travers de laquelle « on devient littéralement autre »[660], leur « guérison » n'en demeure pas moins le produit du travail institutionnel.

Un travail de (re)conversion

Si Johanna peine à saisir les ressorts du changement opéré, en le qualifiant de « miraculeux », Elsa considère pour sa part qu'une telle entreprise ne peut faire l'économie d'un travail sur soi, inscrit dans la durée et étayé par des expert·es du psychisme :

> « Il ne suffit pas d'appuyer sur un bouton "lâcher prise". Il faut plutôt un travail pour dénouer tout ça. Il faut du temps. Plutôt que de dire "lâchez prise", le discours ça devrait plutôt être "découvrez vous vous-même", "découvrez ce que vous êtes devenue en passant pas la maternité", "prenez le temps de travailler sur l'arrivée de cet enfant, quel sens il donne à votre vie…" » (Elsa, 42 ans, consultante, deux enfants).

Du temps pour l'introspection et l'élaboration, c'est entre autres ce que propose la prise en charge médico-psychologique pour laquelle prêche Elsa – qui apparaît ici parler en véritable « convertie » – et l'association « Le mal de mère » dont elle est alors présidente. L'usage de la notion de conversion s'avère ici utile à la compréhension de ce qui se joue au cours du traitement du désajustement maternel. Son usage hors des domaines spécifiques du religieux permet en effet de penser les transformations individuelles sans être prisonnier de leurs définitions indigènes[661]. Charles Suaud définit la notion de la façon suivante : « Un processus de conversion [est] un enchaînement de transformations subjectives qui accompagnent et conditionnent, dans l'illusion de la liberté, la transformation du statut social objectif des recrues (…) ». Au-delà de leur seule proclamation, le sociologue invite alors à analyser les « conditions objectives de production de la vocation » en examinant « le travail pédagogique par lequel la vocation a été imposée, et les conditions sociales qui ont rendu ce travail d'inculcation possible et efficace »[662].

---

[660] Marc-Henry Soulet, « Changement identitaire, vulnérabilités et agir faible », *in* Claudine Butron-Jeangros, Christoph Maeder (dir.), *Identité et transformation des modes de vie*, Zürich, Seismo, 2011, p. 92.

[661] Muriel Darmon, « Sociologie de la conversion : socialisation et transformations individuelles », *in* Claudine Butron-Jeangros, Christoph Maeder (dir.), *Identité et transformation des modes de vie*, Seismo, 2011, pp. 64-84.

[662] Charles Suaud, *La Vocation. Conversion et reconversion des prêtres ruraux*, Paris, Minuit, 1978, p. 10-11.

Les conditions d'hospitalisation en Unité mère-bébé rendent encore plus visible le travail sur soi des mères, recherché comme requis par les professionnelles de la santé mentale périnatale. En déchargeant les mères des tâches pratiques et incompressibles de prise en charge de l'enfant dépendant, le séjour en UMB entend leur laisser l'espace et le temps nécessaires pour travailler sur les dimensions affectives de leur engagement parental. Au nombre d'une vingtaine sur le territoire métropolitain français, les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé partagent un même dispositif d'encadrement et de soins : les mères disposent d'une chambre attenante à celle de leur enfant, séparée par une porte, et des infirmières et auxiliaires de puériculture sont présentes en continu auprès d'elles pour s'occuper de leur enfant si elles le souhaitent, notamment la nuit, de manière à ce qu'elles se reposent. L'aide présentielle est le plus souvent adossée à un traitement médicamenteux à base d'anxiolytiques et d'anti-dépresseurs, selon les prescriptions d'un.e (pédo)psychiatre, et à un suivi psychothérapeutique quasi-quotidien, en présence ou non de l'enfant selon le souhait des mères et les préconisations de l'équipe.

Lorsque Silvia ou Marianne reviennent sur leur entrée en UMB, toutes deux soulignent leur étonnement et soulagement d'y découvrir un espace à soi, coupé des contraintes domestiques, où il est permis – et même prescrit – de se désengager temporairement de l'élevage de leur enfant, pour mieux permettre un réengagement au long cours :

> « Tu entres dans une bulle loin de tout. Tu es vraiment protégée de tout ce qui t'agresse à l'extérieur, que ce soit la paperasse, les tâches ménagères et tout. Tu es enfermée là avec ton enfant et tu es sécurisée. Dans ton coton, tu es bien. (…) Comme je ne pouvais pas rentrer en contact avec [mon bébé], quand je suis arrivée j'avais peur qu'on me force à dormir avec lui dans la même chambre. Quand j'ai vu cette chambre immense avec la possibilité de mettre le lit à côté du mien ou dans une autre pièce à côté pour mon fils (*elle soupire de soulagement*) (…) Ça m'a vraiment donné ce sentiment d'un lieu à part, pour apprendre à se connaître en douceur » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

> « En arrivant je me suis dit c'est le club Med'. On me montre ce que je peux faire, ce que je peux regarder, les CD, les DVD, comment me faire à manger dans la cuisine. [Avec les autres patientes], on prenait nos repas toutes ensemble. Les infirmières me disaient de prendre du temps pour moi et qu'elles s'occupaient [du bébé]. Là je me dis c'est génial, un club de vacances ! » (Entretien Marianne, 40 ans, éducatrice de jeunes enfants, deux enfants).

Semblable en partie à d'autres types de prise en charge psychiatrique, où « la perte de contrôle de l'individu sur ses actes et sur sa biographie (…) [constitue] un aspect revendiqué du traitement, un véritable but thérapeutique »[663], le traitement en UMB vise dans un premier temps au renoncement consenti des mères hospitalisées aux aspirations considérées en partie au cœur de leur

663 Muriel Darmon, *Devenir anorexique. op. cit.* p. 213.

mal-être : les tâches de maternage qui les épuisent et la disponibilité temporelle et corporelle qu'elles recouvrent. Cette déprise pratique est opérée notamment *via* le recours aux prescriptions médicamenteuses. Ainsi, Silvia raconte avoir été fortement incitée, à son arrivée à l'UMB, à confier son enfant aux soins des infirmières, pour dormir à l'aide de somnifères.

> « Au début, j'étais assez réfractaire aux médicaments, les premiers jours. Et au fur et à mesure j'y suis venue parce que j'ai très vite compris que c'était un accompagnement à toutes les analyses que j'allais pouvoir faire, à tous les entretiens et que ça allait m'aider. […] Quand je suis arrivée, j'étais épuisée. Ils m'ont fait dormir pendant très longtemps. Ça c'est la chose sur laquelle j'étais le plus récalcitrante, les somnifères, parce que j'avais peur de ne pas pouvoir m'occuper de mon enfant le soir. Les calmants, les anti-anxiolytiques, c'est pareil. J'avais la possibilité, trois fois par jour, d'en prendre, si je sentais arriver une crise. Les infirmières me disaient : "Tu viens à n'importe quel moment nous voir. Si tu sens une crise venir, il ne faut pas d'ailleurs aller jusqu'au point de rupture, tu viens nous chercher avant, tu viens nous parler mais tu ne repars pas sans rien". On prenait le médicament mais on te faisait parler, on te prenait à part, on venait dans ta chambre avec toi. C'était toujours un accompagnement qui allait avec les médicaments » (Entretien Silvia, 35 ans, employée dans un magasin de prêt à porter en congé parental, deux enfants).

Le recours à la médication (somnifères, antidépresseurs, anti-anxiolytiques) est présenté comme un préalable nécessaire au véritable traitement qui opère lui par la parole. « Y a des gens qui se disent c'est une maladie, on donne des médicaments et ça va aller mieux. Alors que non, c'est pas du tout comme ça », m'explique Marianne. À tel point que les demandes d'anxiolytiques – qualifié de « si besoin » dans l'UMB où elle est hospitalisée – ne sont pas systématiquement satisfaites.

> « Parfois j'allais voir les infirmières en leur disant : "Est-ce que je peux avoir un "si besoin" ?». Et elles me disaient "Pourquoi ?" Je fondais en larmes. Elles me disaient "Je ne suis pas sûre que vous en ayez besoin". Et on en parlait. Du coup [quand je suis sortie], je leur ai envoyé un courrier en leur disant « un grand merci pour avoir refusé les "si besoin" » (Entretien Marianne, 40 ans, éducatrice de jeunes enfants, deux enfants).

Les Unités mère-bébé n'ont en fait rien d'un « club de vacances ». Les patientes sont constamment mises au travail au cours d'entretiens répétés et réguliers avec les thérapeutes, puis tout au long de la journée lors d'échanges informels avec le personnel soignant « disponible » et « à disposition » :

> « Tous les matins, tu étais appelée par les thérapeutes. Et ensuite tu avais toujours à disposition les infirmières qui étaient là. Si tu avais la moindre crise d'angoisse, le moindre souci, elles étaient toujours, toujours à disposition. (…) Tu avais les rendez-vous assez réguliers avec la pédiatre pour ton enfant et c'était aussi un lieu où on parlait beaucoup. Ça passait par des choses toutes simples pour me rassurer sur mes capacités. Et ça m'avait fait énormément de bien » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, congé parental, deux enfants).

Si les entretiens psychothérapeutiques sont le lieu d'un « travail très intense », « lourd », selon les termes de Silvia qui se souvient en ressortir « lessivée, des fois en pleurant », la mise au travail de soi est prolongée, en dehors du bureau des psychologues et pédopsychiatres, au cours des soins quotidiens apportés à l'enfant :

> « Je sais que [les psys] faisaient un *debrief* après aux infirmières parce qu'en fonction de ce que tu disais le matin elles avaient un oeil sur nous ou pas, ou elles nous faisaient travailler discrètement certaines choses. (…) Tu étais tout le temps accompagnée en fait. Mais sur des choses que tu sais bien que c'était relié à ce que tu avais parlé le matin [en entretien] » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

Au cours d'interactions *a priori* anodines, ces « choses toutes simples » qu'elle évoque avec moi, Silvia apprend à « entrer en contact » avec son enfant, à *se faire* mère en *faisant* la mère :

> « Au début c'est difficile parce que justement tu veux éviter tous contacts. Et l'idée c'est de t'apprendre à entrer en contact avec ton enfant mais par les choses basiques du quotidien, par les changes, les couchers, les promenades, le fait de devoir te forcer à habiller ton enfant pour faire un tour, à le déshabiller pour les bains, etc. » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

Tout en autorisant les mères à déléguer certaines dimensions pratiques de leur rôle, les professionnelles travaillent activement à leur faire reprendre cette place par un recodage discret mais répété de leurs actions et de celles de leur enfant, leur permettant le développement corporel et émotionnel du « bon » type de lien qui devrait les unir. Marianne me raconte :

> « Tu as énormément d'entretiens. Tu as des entretiens proposés par le pédopsy tous les deux jours, qui durent deux heures/deux heures et demi. Et puis tu as les entretiens informels avec les infirmières. Ça peut être la nuit, le jour. **(…)** Tu as une référente qui te suit dans tes difficultés. Voilà, je suis entrain d'allaiter, j'ai des angoisses, je commence à pleurer. Elle est là : "Qu'est-ce qui se passe ?" "Comment vous vous sentez ?" (…) Enormément de dialogue. (…) Y en avait d'autres avec qui je travaillais le peau à peau. Je mettais [le bébé] contre moi, on mettait une écharpe très moulante autour de moi et puis j'avais l'impression de revivre la grossesse. On faisait ça avec une psychomotricienne. On a travaillé aussi tout ce qui était regards. On t'apprend à masser ton bébé, à lui raconter des histoires. On a fait des bains mère-bébé. Ça c'était en fin de cursus » (Entretien Marianne, 40 ans, éducatrice de jeunes enfants, deux enfants).

Si l'intériorité constitue l'espace d'investissement professionnel revendiqué et le locus du problème que les mères ont à régler, elle est aussi – voire surtout – le point de cristallisation qui permet, sans jamais le dire, le gouvernement des conduites maternelles. Au cours de ce « cursus », Marianne recouvre progressivement confiance en ses capacités maternelles : « J'étais bien, beaucoup plus apte à m'occuper [de ma fille] ». Le recadrage cognitif et émotionnel opéré autorise une nouvelle narration, de l'absence de projection dans le futur à une foi grandissante en l'évolution

promise. « On te dit : “tu es une mère. Tu es une bonne mère. Tu as les capacités en toi. Tu vas y arriver” », raconte Silvia. En attirant leur attention sur des éléments jusqu'alors invisibles (comme les regards que leur porte l'enfant), en donnant l'exemple de la « bonne » manière d'interagir avec lui (peau à peau, portage, massage), en les rassurant à chacun de leurs gestes et sur leur capacité à les accomplir, et en leur assurant sans cesse un avenir meilleur, les professionnelles insufflent de manière incrémentale un nouveau sens aux conduites maternelles. Alors que le traitement médico-psychologique relève d'un dispositif d'assujesttissement[664] visant à faire incorporer des manières de faire, d'agir, de ressentir et de se penser, il ne s'énonce jamais ni n'est décrit comme tel. L'éducation au discours à tenir sur soi que permet la psychothérapie participe à cet escamotage.

Les entretiens cliniques constituent en effet « une façon de former – au double sens de modeler et d'enseigner – le discours adéquat à tenir sur soi »[665]. Les récits des femmes « guéries » que j'ai recueillis portent les traces de leur socialisation à un type particulier de discours sur soi, forgé lors de la prise en charge. Si le « chemin » que Johanna raconte avoir parcouru lui a permis de ne plus être « parfaite » mais seulement « bien dans sa peau », l'a conduite à s'écouter et à « laisser parler [sa] belle-mère », celui en somme qui l'a amenée à se révéler à elle-même et « assumer » qui elle était et pouvait être, c'est que le « travail » qu'elle a entrepris l'a en effet amenée à comprendre, à l'aide des interprétations de la psychologue, les sources inconscientes de son trouble – identifiées, comme souvent, dans son histoire infantile. En mettant en forme l'expérience présente et en y donnant sens, la psychothérapie opère en faisant entendre aux patientes ce qu'elles doivent désormais (se) dire sur elles-mêmes et sur leurs histoires. L'accompagnement thérapeutique vise dès lors non seulement à la mise en question de soi – déjà souvent à l'œuvre – mais aussi à la mise en réponse de son vécu.

> « On ne donne pas de conseils. On essaye de faire, par nos questions ou par nos relances, qu'elles mobilisent leurs propres questionnements et trouvent elles-mêmes des réponses, *par l'introspection*. Elles se remettent à penser à elles quand elles étaient enfant, à comment leurs parents étaient avec eux, etc. On ne donne pas de conseils. Et d'ailleurs ils ne demandent pas trop. Ils savent bien qu'on est là pour parler psy et on parle psy » (Entretien Nathalie, Educatrice spécialisée UPSP).

L'introspection, encouragée par les professionnelles, leur permet de développer les discours réflexifs nécessaires pour devenir les expertes informées d'elles-mêmes. Ce ne sont pas les membres de l'UPSP qui déterminent les problèmes et les solutions, mais les femmes elles-mêmes

---

664 « L'assujettissement est, littéralement, la fabrication d'un sujet, le principe de régulation selon lequel un sujet est formulé ou produit. Pareil assujettissement est un type de pouvoir qui ne se contente pas d'agir unilatéralement, en tant que forme de domination sur un individu donné, mais qui de plus active ou forme le sujet » Cf. Judith Butler, *La vie psychique du pouvoir. L'assujettissement en théories*, Paris, Léo Scheer, 2002, p. 136.

665 Muriel Darmon, *Devenir anorexique, op. cit.*, pp. 46-47.

qui sont amenées, avec leur aide, à les énoncer. En définitive, la prise en charge crée le cadre utile – voire nécessaire – à l'exploration de leur histoire, afin d'y déceler l'origine de leurs difficultés présentes. Les suivis révèlent ainsi leur lot de « relations abandonniques », de « problématiques infantiles », de « deuils non résolus », etc. qui situent le traumatisme – et son empire[666] – au cœur de la dysfonctionalité affective et relationnelle familiale, et bien souvent maternelle. Ainsi, Johanna comprend que l'angoisse qui la saisissait à l'idée de se retrouver seule face à son nouveau-né n'était qu'une réminiscence d'un « vécu abandonnique » passé. Alors qu'elle était toute jeune enfant, sa mère s'est rendue à l'étranger, plusieurs semaines durant, pour prendre soin de ses parents malades – sans que cela ne soit suffisamment expliqué à la petite fille qu'elle était–, ce qu'elle aurait très mal vécu.

Comme pour d'autres, le résultat du traitement qu'elle a reçu à l'UMB est, pour Silvia, à la hauteur des efforts fournis pour accepter le travail hospitalier sur sa personne. Alors qu'elle ne parvenait ni à regarder son enfant, à le nommer ou à l'habiller – niant par là, dit-elle, son existence même – elle ressort de l'UMB au bout de trois mois, intimement convaincue d'aimer et de savoir comment prendre soin de son enfant : en étant véritablement devenue sa mère.

> « Je ne vais pas dire que c'est magique mais je ne comprends toujours pas comment ça marche. Tout ce que je sais c'est que quand tu te rappelles l'état dans lequel tu rentres et l'état dans lequel tu sors, y'a pas photo. Pourquoi un jour tu donnes un biberon tu n'es pas capable de le tenir correctement, tu n'es pas capable de le donner sans stress, tu n'es pas capable d'être crispée, sans l'enlever toutes les cinq minutes de la bouche de ton enfant et pourquoi un ou deux mois après ça va super bien, que tu t'éclates, qu'il y a le regard, le contact visuel, juste par le fait de libérer la parole ? » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

Silvia a de quoi douter car la prise en charge n'opère en fait pas « juste en libérant la parole ». Elle s'adosse sur une entreprise volontariste de conversion pratique et identitaire lors de laquelle les patientes sont amenées à adopter de nouvelles manières de faire, de sentir et de (se) penser. L'action curative peut dès lors être comprise comme un « gouvernement par conversion »[667], un travail sur soi et de soi[668] dirigé par autrui visant à faire incorporer de nouvelles manières de ressentir et de se penser, à inscrire dans la durée.

> « Tu arrives et ils t'expliquent que ta maternité c'est une maison avec des fissures partout. Eux, ils t'aident à combler certaines fissures mais attention tout n'est pas stabilisé. C'est toi qui vas la construire au fur et à mesure, et attention, ça prend longtemps. (…) Il

---

666 Didier Fassin, Richard Rechtman, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007

667 Déborah Guy, Anne-Sophie Vozari, « "Je vois ce bébé et là y a rien !" … », art. cit.

668 Muriel Darmon, *Devenir anorexique, op. cit.*

faut continuer ce suivi. D'autant plus que tu commences sur la maternité mais de la maternité découle la féminité et puis les histoires familiales. Tu ouvres le chemin sur beaucoup d'autres choses ; et ça faut le travailler après. Ils insistent bien là-dessus. La maternité ça ouvre des brèches sur pleins de sujets. Eux travaillent sur la maternité après y a d'autres choses à travailler » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

À l'instar du processus de conversion analysé par Berger et Luckmann, « la guérison » – ou la crise mystique dans le cas de la conversion religieuse – ne produit pas en elle-même le·la converti·e. C'est davantage son inscription dans « une structure de plausibilité »[669] qui, au-delà des murs l'institution, « "confirme" jour après jour les produits de la re-socialisation et qui permet de rester converti […] »[670] (« attention, tout n'est pas stabilisé », « il faut continuer ce suivi », « construire au fur et à mesure »). La prise en charge de la dépression maternelle – et plus largement, bien que de manière certes moins appuyée, le « soutien à la parentalité » – appelle à un « cheminement » qui n'atteint jamais complètement son but et doit toujours être recommencé. Si *avoir un enfant* doit conduire les femmes à produire un certain travail vis-à-vis de leur enfant, *devenir authentiquement mère* doit aussi relever d'un travail, celui d'advenir parent jour après jour. Cette entreprise constitue une dimension, jusqu'ici peu explorée, du travail procréatif auquel sont enjointes prioritairement les femmes. Non pensé comme tel, ce « travail » apparaît naturel, comme inscrit dans la *psyché* et médiatisé par les changements du corps – reproduisant par là une « théorie indigène de la conversion »[671] particulièrement prégnante dans le monde professionnel enquêté – alors qu'il est d'abord le produit d'un projet politique.

B. Un ordre sentimental institué

En recouvrant le sens de leur individualité, les femmes « soignées » ont « retrouvé » la spontanéité valorisée dans leurs rapports à leurs enfants, quittant la figure de la mère « malade » pour celle de la mère « qui trouve la "bonne distance" [en accédant] à une certaine "autonomie psychique" »[672]. À terme, elles ont été amenées à se repenser comme « suffisamment bonnes » – pour reprendre la formule du psychanalyste britannique Donald Winicott, référence devenue incontournable parmi les professionnelles rencontrées – qui, à défaut d'être parfaite, sait et peut dorénavant donner à son enfant ce dont il a besoin : une mère en paix avec ses faiblesses et consciente de ses

669 Peter Berger, Thomas Luckmann, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, 2018, pp. 244-254.

670 Muriel Darmon, « Sociologie de la conversion … », art. cit., p. 78

671 *Ibid.*, p. 75.

672 Coline Cardi, « La construction sexuée des risques familiaux », art. cit., p. 42.

potentialités, apaisée car authentiquement elle-même. Pour ce faire, les patientes ont été invitées à n'écouter personne d'autres qu'elles-mêmes et à se départir des discours culpabilisants. Mais les voies de traverses qu'elles ont empruntées pour se faire mère ne les ont pas éloignées du droit chemin. Leur traitement ne les conduit en aucun cas à renoncer à ou à refuser l'engagement exigé d'elles : au mieux, il permet « d'accepter, selon les dires d'Elsa, d'avoir une vie particulière, un mode relationnel particulier avec [ses] enfants », mais n'autorise pas pour autant d'autres alternatives. Devenir authentiquement mère c'est encore, malgré tout, cultiver l'éthique de la disponibilité et de l'amour maternel comme idéal. Aussi, le côté libérateur du traitement ne masque jamais complètement son action disciplinaire. Le sujet féminin produit demeure un sujet maternel attendu.

Un engagement maternel maintenu

Le « cheminement » laborieux vers la maternité conforme que les patientes de la psychiatrie périnatale ont adopté est en lui-même porteur d'un investissement exigeant qui ne fait bien souvent, en réalité, que prolonger l'engagement que ces femmes étaient disposées à adopter vis-à-vis de la parentalité. Elles se montrent en effet particulièrement réceptives aux normes constitutives de la cause contemporaine du « bien-être » de l'enfant[673] et entendent répondre aux exigences puérocentristes qui la sous-tendent. Silvia et Marianne choisissent ainsi leur lieu d'accouchement en fonction de critères précis. Des maternités réputées pour leur souci de favoriser les relations précoces entre la mère et l'enfant, « où l'on prône la proximité avec l'enfant » explique Silvia, « ce qui se fait de mieux » assure Marianne – qui, à cause de son diabète gestationnel, ne peut pas y prétendre et doit se tourner à regret vers « l'usine à bébé » la plus proche de chez elle. La présence maternelle auprès des jeunes enfants est, en outre, bien souvent inscrite au cœur de leur projet parental. Au cours de sa prise en charge à l'UPSP, Johanna explique à la psychologue redouter le congé parental qu'elle avait initialement prévu de prendre à l'issue de la naissance de son deuxième enfant. Au terme de son suivi, alors qu'elle va mieux, « le congé parental [ne lui] fait plus peur ». Le traitement lui permet ainsi de rejoindre, en toute quiétude, la « carrière d'investissement maternel »[674] qu'elle avait envisagée. Comme Johanna, Coralie avait opté pour un congé parental avant même de chercher, après sa dépression, à « profiter à 200% » du temps avec ses enfants, pour elle en quelque sorte perdu car jusqu'alors malheureux :

> « Pour [mon deuxième enfant] c'est moi qui ai décidé de m'arrêter de travailler pour m'occuper d'elle. (…) Après il y a eu la dépression post-partum qui a fait que de toute façon je ne pouvais pas retourner travailler. Mais là, j'en profite à 200% peut-être aussi

673 Julie Landour, Lorraine Odier, « Travail parental et bien être de l'enfant », art. cit.

674 Séverine Gojard, *Le métier de mère*, *op. cit.*

> parce que je me sens redevable, je me sens coupable de ce qui s'est passé donc je veux rattraper le temps perdu même si c'est pas vraiment un temps perdu » (Entretien Coralie, 36 ans, assistante commerciale, deux enfants).

Et si Silvia reprend son travail de responsable de magasin quelque temps après la fin de son hospitalisation, elle prend un congé parental à la suite de la naissance du deuxième pour, elle aussi, « profiter de sa famille » :

> « J'ai deux enfants, un mari et j'aimerais bien profiter de ma famille, d'autant plus que j'ai eu cette difficulté de maternité. J'ai un travail qui m'impose de faire des horaires qui ne sont pas fixes, de ne jamais avoir mes samedis, parfois de travailler le dimanche, de travailler le soir, d'être mutée n'importe où et qui est très fatigant physiquement et très stressant. (…) Après tout ce qui m'est arrivée, j'ai plutôt envie de choses toutes simples » (Entretien Silvia, 35 ans, responsable de magasin, en congé parental, deux enfants).

Johanna, Coralie et Silvia présentent leur repli sur le foyer comme un retrait volontaire de la vie professionnelle au profit de leur(s) enfant(s). Il n'est jamais présenté comme subi quand bien même leurs conditions de travail s'avèrent parfois peu compatibles avec les contraintes de la « conciliation ». Quand ces contraintes sont évoquées, elles semblent plutôt venir justifier – voire autoriser – un arrêt au moins temporaire de leur activité professionnelle, plutôt qu'elles ne l'imposeraient. De manière similaire, après près de cinq ans de congé parental, Eloïse envisage de reprendre une activité mais cherche un métier dans lequel elle puisse s'épanouir tout en lui permettant de « [s']occuper de [ses] enfants », par exemple pendant les vacances scolaires pour « ne pas les mettre en centre de loisirs ». Lors de notre dernier entretien, elle s'est inscrite au concours externe pour devenir professeure des écoles[675].

A contrario, parce qu'elle occupe un poste depuis peu dans une nouvelle entreprise, Mathilde ne peut légalement pas prendre de congé parental : « J'y avais pensé mais il me fallait un an d'ancienneté donc c'était mort ». Anticipant la reprise à son goût trop précoce de son activité, dix semaines après son accouchement, elle me raconte avoir « retardé au maximum le retour au travail » en reculant le début de son congé prénatal pour reporter ses droits lors de son congé postnatal : « [Pendant ma grossesse], j'ai serré les dents. 90 km en voiture tous les jours jusqu'au bout du bout. J'ai arrêté moins d'un mois avant le terme pour avoir du temps avec le bébé après ». Arrêtée un mois à la fin de son congé postnatal par son médecin généraliste pour cause de dépression du *post-partum*, elle reprend tant bien que mal son travail en « culpabilisant énormément » :

> « J'ai repris en trainant la patte, bien sûr. Il avait 4 mois et demi ! Du jour au lendemain il s'est retrouvé de 7h30 ou 8h45 à 18h15 chez la nounou. 5 jours sur 7. Là, être mère

675 Titulaire d'un Bac professionnel, Eloïse ne dispose pas du niveau de diplôme requis (master). Mais dans la mesure où elle mère est de trois enfants, elle est dispensée de cette condition.

> c'est juste être dans l'organisation. On arrive, on mange, le bain, la douche de la grande et hop au lit. Merde on s'est vu qu'1h30, c'est ça être mère ? Ça ne me plait pas. J'ai pas le choix mais ça me plait pas (…) Je lui impose d'aller chez une assistante maternelle, d'aimer en quelque sorte une femme qu'il ne connaît pas alors qu'un enfant avant un certain âge la seule chose qui compte c'est son cocon familial. Et ça, ça me fait beaucoup culpabiliser dans mon rôle de mère, de ne pas pouvoir l'assumer pleinement » (Entretien Mathilde, 35 ans, chargée d'écoute pour une entreprise de télé-assistance, 2 enfants)

Regrettant d'être dans l'incapacité d'être « pleinement » mère – c'est à dire de la façon qui lui conviendrait le mieux – Mathilde dit envisager de prendre un congé parental pour « le prochain » : « si en fin de compte entre les nounous, l'école, etc., je ne garde que 300 euros, je m'assoirai sur mes 300 euros. Je m'en fous. Je suis mère. Je dois assumer jusqu'au bout ».

Comme de nombreuses mères de jeunes enfants, les femmes rencontrées sont pour la plupart confrontées au dilemme suivant : « continuer, réduire ou interrompre [leur] activité professionnelle »[676] – de manière toutefois d'autant plus aigüe qu'elles estiment avoir été empêchées d'être les mères aimantes et heureuses qu'elles pensaient devenir. Le repli sur le foyer que permet le congé parental est alors l'une des déclinaisons que peut prendre l'éthique de la disponibilité maternelle[677] à laquelle elles semblent plus ou moins fortement toutes souscrire. Et ce d'autant qu'elles bénéficient, pour la plupart, de conditions matérielles favorables à l'application des exigences puérocentristes qui requièrent leur présence. Mathilde peut envisager de prendre un congé parental dans la mesure où son conjoint, qui est informaticien, est cadre d'entreprise et « pourrait assurer ». Coralie est mariée à un ingénieur et le ménage peut, me dit-elle, « vivre sur son salaire même si c'est pas toujours évident ». Le mari d'Eloïse, père de ses deux derniers enfants, est quant lui commandant de l'armée de terre. Elle suit ses affectations pour éviter le « célibat géographique », incompatible pour eux avec la vie de famille qu'ils projetaient d'avoir. Eloïse savait, reconnaît-elle, que cela impliquait de « ne plus avoir de carrière ». La disponibilité de ces mères semble du reste d'autant plus souhaitable qu'elle apparaît nécessaire à l'investissement professionnel de leurs conjoints décrits comme « très pris » par leur travail.

Qu'elles maintiennent ou non leur activité professionnelle, quand le couple recourt à un mode de garde, confier son enfant est compris comme la délégation d'un travail qui devrait revenir en premier lieu aux mères. C'est ce que trahit le discours de Mathilde, pourtant emprunt d'une vision *a priori* égalitaire du travail parental :

---

[676] Karine Briard, « Continuer, réduire ou interrompre son activité professionnelle : le dilemme des mères de jeunes enfants », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2017, pp. 149-168

[677] Séverine Gojard, *Le métier de mère*, *op. cit.*

> « Je me dis que c'est à nous parents, à nous mamans… et aux papas qui vont ouvrir sur le monde extérieur bien entendu (et papa a son rôle à jouer à 1000% hein…) mais je me dis que c'est à moi de renforcer mon bébé, mes enfants, pour qu'ils soient prêt au bon moment. (…) Mon bébé il a 10 mois aujourd'hui. Et il passe bien sûr plus de temps chez sa nourrice, comme tous les petits, alors que chez lui c'est ici, sa vie c'est ici » (Entretien Mathilde, 35 ans, ergonomie, deux enfants).

De nombreux éléments attestent de la faible valeur morale qu'elles attribuent à cette délégation. En parlant de sa mère, très prise par son travail quand elle était enfant, Coralie me dit ne pas avoir eu « la chance » de rester auprès d'elle. Silvia se souvient de sa « mauvaise conscience » en reprenant le travail, confiant son premier enfant à une assistante maternelle. Johanna explique dorénavant « [se] permettre plus facilement de laisser [ses] filles à [son] mari pour sortir avec des copines » alors que « pour [elle] avant il ne fallait pas » : « C'était pas à faire, ça ne devait pas être fait. Vouloir des enfants c'était assumer jusqu'au bout ». Alors qu'elle était au plus mal six mois après la naissance de son troisième enfant, Eloïse me raconte avoir refusé la place à plein temps en crèche que lui propose la directrice de l'établissement qui, la connaissant, « avait vu qu'[elle] n'allai[t] pas bien » : « Je n'allais pas la mettre toute la semaine alors que j'ai pris un congé parental pour m'en occuper. Non, faut être logique ». Et Mathilde évoque la figure repoussoir de la « superwoman qui n'a aucun scrupule à laisser les mômes jusqu'à 23h pour, après le boulot, sortir avec son mari au restaurant, ou laisser ses enfants aux grands-parents le week-end » :

> « Je crois qu'être mère c'est oublier d'être égoïste. Ok pour une *baby-sitter* une soirée mais pas plus. Nos enfants ils ont besoin d'une mère. Bien sûr qu'ils sont contents de voir autre chose mais ils ont besoin de moi » (Entretien Mathilde, 35 ans, ergonomie, deux enfants).

Au principe de la disponibilité qu'il exige, le projet parental de ces femmes accorde une place centrale à la prise en compte des émotions de leur enfant, au respect de leur rythme et de leur bien-être psychologique. C'est ce qui conduit notamment Johanna, enceinte de son deuxième enfant, à s'inquiéter pour son aînée, âgée de deux ans et demi, dont elle craint qu'elle puisse « se sentir abandonnée ». Elle estime d'ailleurs que cette nouvelle grossesse, pourtant bel et bien programmée, est advenue trop rapidement. Le bon moment pour avoir un deuxième enfant est aussi celui où le premier enfant est jugé prêt à ne plus être au centre des attentions parentales. En entretien, elle revient sur son parcours procréatif :

> « Quand [mon mari] m'a demandé : "Quand est-ce qu'on fait le deuxième ?", au début je lui ai dit que je n'étais pas prête. Je voulais que la petite soit prête. Je ne savais pas si c'était le bon moment pour la première. Je voulais encore profiter d'elle bien comme il fallait. (…) Je ne m'attendais pas à ce que ça arrive aussi vite. (…) Dans ma tête, je ne tombais pas enceinte tout de suite. Je ne tombais enceinte que dans quelques mois, je m'étais même dit comme je ne tomberai pas enceinte tout de suite, on pourra partir en

> vacances à tel moment tous les trois » (Entretien Johanna, 31 ans, assistante marketing, enceinte de six mois, un enfant).

Désirable, car à ses yeux moralement supérieure, la disponibilité qu'elle souhaite mettre en œuvre nécessite non seulement du temps et de la présence physique mais aussi un important investissement émotionnel. Au cours de sa grossesse, Johanna – arrêtée depuis un mois et donc potentiellement plus libre pour s'occuper de sa fille – reconnaît, en consultation, tout de même la confier une fois par semaine à ses parents « alors qu'[elle] pourrai[t] la garder ». Alors qu' « [elle] ne se sent pas à la hauteur pour [s'] occuper de sa fille », elle souffre à l'idée de la « délaisser ». Mais laisser sa fille à ses grands-parents s'avère toutefois pour elle un moindre mal : « ça me fait peur d'être toute seule avec elle et qu'elle ressente que je ne suis pas bien avec elle ». Il importe en définitive à Johanna de s'occuper de sa fille « avec cœur », comme le dit Mathilde en évoquant les tensions qu'elle a également traversées en s'efforçant d'être présente pour ses enfants : « si c'est une contrainte les enfants vont le sentir ça va être agréable pour personne ». Après la naissance de son fils, Mathilde entreprend de « profiter » de son congé maternité pour être plus présente pour sa fille aînée, en la faisant déjeuner à la maison plutôt qu'à la cantine :

> « Je me disais c'est génial ! Je suis congé maternité, je vais aller l'emmener à l'école, aller la chercher à midi, la ramener à 13h30 et aller la chercher à 16h30. Parce qu'il y a des femmes qui le font, y a des femmes qui y arrivent. J'ai une amie qui l'a fait avec ses trois enfants, pourquoi moi je le ferai pas ? Sauf que j'aurais pas dû. (…) Je l'ai fait à partir de la naissance et du coup je ne respectais pas ses rythmes [ceux du bébé] non plus. Je voulais être dispo pour ma fille mais j'étais tellement fatiguée, le bébé accroché au sein… J'étais plus dispo en fait : énervée, à cran. Je me sacrifiais pendant une 1h30 pour finalement ne profiter de personne. C'était malsain, c'était mauvais » (Entretien Mathilde, 35 ans, chargée d'écoute pour une entreprise de télé-assistance, deux enfants).

Pour Johanna, Mathilde et ou encore Silvia, la réalisation du travail parental doit engager autre chose la seule réalisation d'une tâche au risque de perdre de sa valeur. Elles récusent ainsi une vision instrumentale des soins aux enfants. La supériorité morale qu'elles attribuaient à certaines tâches de maternage, souvent déjà exigeantes et coûteuses en temps, énergie et engagement, est entachée lorsque les sentiments corolaires font défaut. Et si Silvia renonce à son allaitement, jugé délétère, l'obstination qui fût la sienne – à en avoir « les seins en sang » raconte-t-elle – révèle l'intensité de l'engagement dans cette pratique et les conditions de possibilité de son abandon : sauvegarder la relation mère-enfant qui s'étiolait et préserver le bonheur maternel déjà vacillant.

Le bonheur pour mot d'ordre

Les femmes rencontrées s'en remettent d'abord aux « psys » pour conjurer la menace qu'elles estiment représenter pour leur enfant. Au nom de ce qu'elle pense devoir ressentir pour et exprimer

au bébé *in utero*, Johanna craint, par exemple, qu'« il ne se sente pas aimé », de « [lui] envoyer de mauvaises ondes » et qu'il souffre par la suite d'un quelconque problème d'ordre physique ou affectif dont elle s'imputerait alors la responsabilité : « Je m'en voudrais s'il y avait quelque chose par rapport au bébé. Je saurais que c'est de ma faute ». « Sous influence » du discours de la cause de l'enfant[678], qui tend à faire d'un attachement maternel trop fort ou insuffisant un facteur de risque pour ce dernier, Johanna est convaincue des vertus du juste amour maternel qu'elle cherchera, tout au long de son suivi, à éprouver et à performer sans faux semblants.

L'invocation de la figure maternelle pathogène est récurrente dans les entretiens conduits avec les femmes qui ont sollicité un traitement médico-psychologique. Près de 30 ans après, Elizabeth, assistante sociale à la retraite, dit se souvenir encore très bien de son inquiétude « de le marquer pour toujours avec cette souffrance », lorsque que son fils aîné avait 6 mois.

> « Il est certain qu'il faut que la maman aille bien. Il y a toujours quelque chose qui se passe. Quand tu es triste et que ton bébé ne voit pas ton sourire et ne voit pas ton amour de la vie, tu lui transmets quand même comme un peu de cette tristesse. Il faut faire attention à ça. C'est pour ça qu'il faut absolument que, d'abord pour elle-même, qu'elle puisse être soulagée de cette souffrance qu'elle ressent et de cette façon elle ne va pas transférer cette souffrance sur son bébé mais elle va pouvoir le dégager un peu. Il n'y a rien d'automatique mais on sait bien que l'état de la maman rejaillit sur le bébé » (Entretien Elizabeth, 65 ans, assistante sociale à la retraite, deux enfants).

L'idée du continuum entre la santé mentale maternelle et celle de son enfant est également au cœur de la culpabilité que peut encore ressentir, dix ans plus tard, Elsa, psychologue de formation :

> « Je ne sais pas si j'en sortirai un jour. Surtout qu'en plus c'est un truc qu'on renvoie souvent à la gueule des femmes quand même. Il a fallu qu'on fasse tester mon fils il y a deux ans pour l'école, il s'ennuyait en classe, enfin bref. La psy qu'on a vu était nulle. À part me dire qu'il avait des troubles affectifs profonds, en même temps "avec ce que vous avez vécu". On s'était vu 20 minutes. Mais il me semblait important de lui parler de ma difficulté maternelle » (Entretien Elsa, 42 ans, consultante, deux enfants).

Elizabeth et Elsa sont toutes deux membres du bureau de l'association « Le mal de mère » et ont un long passé de psychanalyse derrière elles. Lorsqu'elles invoquent la figure de la mère pathogène, elles font aussi référence à leur mère et aux conditions de leur propre venue au monde. Selon Elizabeth, « il y a certainement eu quelque chose par rapport à [sa] mère. (...) Elle n'était pas très gaie dans les premiers moments avec ses enfants. Et le bébé qu'[elle était] a certainement absorbé tout ça ». En insistant sur le fait d'être issue d'une famille où les naissances ont été nombreuses et peu espacées, Elsa fait en outre explicitement référence aux implicites émotionnels de la norme procréative contemporaine en resituant sa naissance dans un temps où le « désir d'enfant ne se posait pas dans les mêmes termes qu'aujourd'hui ».

---

678 Sandrine Garcia, *Mères sous influence, op.cit.*

> « Ma mère a eu cinq enfants, dont trois en cinq ans, entre 1970 et 1975. (…) Elle dira la tête sur le billot qu'elle a adoré avoir des bébés, mais moi je me questionne quand même sur la manière dont on a été accueillis. C'est la mémoire corporelle qui me fait dire que… J'ai eu un tel besoin d'être maternée, soutenue, étayée, c'est donc bien que moi bébé je ne l'ai pas reçu. Je ne l'ai pas eu suffisamment pour avoir une sécurité intérieure psychique que l'on acquiert avec sa mère ou une mère de substitution. Moi, j'ai une telle angoisse existentielle, une insécurité psychique colossale que j'ai refilé à mon fils d'une manière ou d'une autre » (Entretien Elsa, 42 ans, consultante, deux enfants).

La honte et la culpabilité, générées chez ces femmes par leur supposée incapacité à aimer convenablement, ne peuvent se comprendre qu'à l'aune de la codification des « sentiments maternels » inadéquats et de leurs conséquences, forgée par les savoirs psychiatriques et psychanalytiques[679]. Force est de constater que le sentiment d'indignité maternelle est aussi tributaire de leur adhésion à la « puériculture psy »[680], particulièrement prégnante parmi les femmes des franges les mieux dotées en capital culturel. Les femmes que j'ai rencontrées semblent en définitive partager une forte attraction pour un style de parentalité justifiant qu'elles s'y consacrent en priorité, si ce n'est entièrement, tout particulièrement autour de la naissance des enfants.

Leur conception du travail parental est en cela proche du modèle de la « maternité intensive », formulé par Sharon Hays pour décrire les pratiques des mères américaines des classes moyennes dans les années 1990. Certes socialement situé, et particulièrement endossé par certaines fractions des classes moyennes et supérieures[681], ce style de parentalité semble être intégrée une morale familiale de plus en plus diffuse dans l'espace social. « Centrée sur les enfants, soutenu par des experts, émotionnellement absorbant, requérant un travail intense et financièrement coûteux »[682], la maternité intensive est en effet loin de ne renvoyer qu'aux seules pratiques de l'allaitement prolongé, du portage ou du co-dodo auxquelles elle est souvent associée[683]. En cherchant à être

---

679 Jean-Sébastien Eideliman, « Aux origines sociales de la culpabilité maternelle », *La revue internationale de l'éducation familiale*, Vol. 37, n° 1, 2010, pp. 8198.

680 Séverine Gojard, *Le métier de mère*, *op. cit.*

681 Julie Landour, « La parentalité, une contribution au capital des femmes des classes supérieures ? », art. cit.

682 Sharon Hays, *The Cultural Contradictions of Motherhood*, Yale, University Press, 1996, p. 8 (ma traduction de « *child- centered, expert-guided, emotionally absorbing, labor-intensive, and financially expensive* »).

683 Charlotte Faircloth, Militant Lactivism? Attachment Parenting and Intensive Motherhood in the UK and France, New York, Berghahn Books, 2013 ; Caroline Chautems, « Quand l'allaitement « fait » la mère », *Anthropologie & Santé* [En ligne], n° 16, 2018 ; Julie Landour, « La parentalité, une contribution au capital des femmes des classes supérieures ? », art. cit.

« accompagnées » ou « soignées » pour être de meilleures mères, le travail de soi dans lequel s'engagent certaines relève aussi de l'intensification du travail parental[684].

Or, si elles s'y soumettent c'est toujours volontairement puisqu'au nom de l'amour nécessaire et du bonheur promis. Aussi, quand bien même elles se disent en paix avec ce qu'elles ont vécu, qui elles étaient et ce qu'elles sont devenues, les femmes « guéries » expriment bien souvent la déception et un profond regret de n'avoir pas vécu « l'heureux événement » en mobilisant le registre du rendez-vous manqué. Elles se décrivent « privées » d'une expérience qu'elles auraient normalement dû connaître si elles avaient été des femmes comme les autres :

> « Quand je vois là ma sœur qui a passé une grossesse tellement zen, je l'envie. Mais bon, je me dis c'est mon histoire qui a fait ça aussi, mais c'est vrai que je ne connais pas ce que c'est qu'une grossesse sereine. Quand j'ai des amies qui me disent "c'est la panacée d'être enceinte", "j'aimerais bien être enceinte tout le temps"… (*Elle soupire*.) J'adorerais, mais pour moi c'était source d'angoisses perpétuelles, c'était très compliqué. Je pense que ça sera toujours mon regret » (Entretien Coralie, 36 ans, assistante commerciale, deux enfants).

S'il n'est pas question ici de juger du bien-fondé pour chacun et chacune de chercher à mener une vie heureuse, il ne s'agit pas pour autant de renoncer à l'analyse du bonheur comme discours moral support de normalisation. Car la félicité maternelle n'a rien d'un fait de nature. Elle est d'abord une promesse – voire une exigence – qui agit comme un puissant instrument de régulation de soi[685]. Elle s'adosse et assoit une vision genrée et située de la femme et de son destin[686]. Et, en pathologisant les conduites de l'âme comme elle a, par le passé, pathologisé les conduites du corps, elle contribue à maintenir et à assurer la continuité de l'engagement parental des femmes.

---

[684] Charlotte Faircloth, « Intensive Parenting and the Expansion of Parenting », *in* Elie Lee, Jennie Bristow, Charlotte Faircloth, Jan Macvarish (dir.), *Parenting Culture Studies, op. cit.,* pp. 22-50.

[685] Je reprends ici la posture – certes hétérodoxe, mais heuristique – adoptée par Sara Ahmed dans ses analyses du bonheur comme projet politique employé pour justifier un certain ordre social. Cf. Sara Ahmed, *The Promise of Happiness*, Durham, Duke University Press, 2010.

[686] Dans une perspective similaire voir Aurore Dupuy, Sébastien Roux, « Sur le chemin de la sérénité. Politique des sentiments dans la planification familiale », *Sociologie* [Online], Vol. 9, n° 3, 2018.

Conclusion

Qu'il s'agisse de soutenir ou de soigner les mères, le gouvernement de la maternité s'exprime sous la forme d'une technologie de pouvoir, liant contrainte et liberté, visant à produire un certain « rapport de soi à soi ». Il s'adosse sur un rapport de direction par lequel les administrées sont appelées à rester elles-mêmes, à faire comme elles le « sentent », tout en devenant les sujets réflexifs qu'il est attendu qu'elles soient. Les relations de pouvoir qui se tissent dans l'accompagnement invitent les administrées à se penser pour « s'ajuster » et, en cela, progressivement, s'améliorer. Moins qu'une imposition ou une contrainte, le travail déployé cherche à susciter l'accord ou l'adhésion à une idée de l'expérience maternelle, épanouie *et* réfléchie, et, plus largement, à une certaine représentation de la vie souhaitable – pour soi comme pour ses enfants. Les mères accompagnées sont incitées à verbaliser leurs difficultés, leurs questionnements, leurs doutes pour se repenser. Car devenir une mère authentiquement bonne nécessite un travail de conversion. À l'instar du processus décrit pas Dominique Memmi à propos du risque encouru à par celles et ceux qui dérogent aux pratiques d' « incarnation » (allaiter, regarder son enfant mort, etc.), refuser le soutien ou le traitement de sa parentalité « c'est manquer un bénéfice, en l'occurence psychique, qui constitue ici un véritable bien de salut » : « la sanction promise à celui qui n'adopte pas le comportement prescrit est moins l'accusation d'être un mauvais père ou une mauvaise mère que d'être un père manqué ou une mère insuffisante (au sens où le statut de l'un ou de l'autre n'atteint pas l'intensité attendue) »[687].

Jamais pensé comme une contrainte ou une police – mais toujours comme une aide à même de révéler un processus naturel médiatisé par le corps et inscrit dans la nature du psychisme – accompagner le « devenir mère » s'appuie sur la participation active des gouvernées appelées à « évoluer » pour révéler leurs capacités et devenir par là des sujets de valeur supérieure. Parce qu'elle s'adosse sur une volonté intime de réforme de soi, cette modalité de gouvernement est toutefois limitée. Mis sur le compte de l'incapacité des gouvernées – toujours comprise comme le signe d'une souffrance psychique –, les échecs de la direction n'invalident néanmoins pas pour autant ce mode de gouvernement. Il s'avère, à l'inverse, particulièrement efficace lorsque des femmes se jugent déviantes et cherchent à se transformer. La prise en charge de la dépression maternelle est à ce titre particulièrement éclairante : la correction du désajustement maternel est explicitement et activement recherchée de part et d'autre de la relation de direction. Vouloir devenir une meilleure mère n'est pour autant pas un choix libre de toutes contraintes. Il s'inscrit dans un contexte où il est moralement impossible de se soustraire à une maternité choisie qui promet le bonheur. Comme mot d'ordre, la félicité maternelle – et sa poursuite – apparaît être à la fois une injonction et un mode

[687] Dominique Memmi, *La revanche de la chair…*, *op. cit.*, p. 228.

d’ordonnancement : une manière de contrôler les sujets féminins en les faisant adhérer à leur propre normalisation et par là assurer la pérennité d’attaches familiales pensées comme naturelles.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Au moment de conclure ce travail, le discours prononcé lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, tenues les 27 et 28 septembre 2021, par le secrétaire d'État en charge de l'enfance et des familles m'offre l'occasion de revenir sur les apports de cette recherche. Alors qu'il lui revient d'introduire une matinée de tables rondes dédiées aux « thématiques prioritaires et évolutions attendues en santé mentale et psychiatrie », Adrien Taquet annonce une série de mesures visant à répondre à la « nécessité […] d'agir dès le plus jeune âge pour la santé mentale *par le soutien à la parentalité* » :

> « Vous le savez, dans le cadre des 1000 premiers jours, nous sommes en train, enfin, de réinvestir le champ de la parentalité dès le plus jeune âge. Nous partons du principe simple que les parents ont besoin d'être mieux accompagnés dans cette période de la vie où tout commence pour leur enfant […] La santé mentale des parents est un élément central de cette période des 1 000 premiers jours. Juste un chiffre […] 100 000 femmes chaque année souffriraient de la dépression du post-partum, soit 15 % d'entre elles. Un chiffre dont la réalité est probablement encore au-delà. […] Nous avons donc besoin d'une mobilisation majeure face à cette problématique de santé publique, face à ce tabou […] Lutter contre la dépression du post-partum, c'est un combat de santé publique […] Nous allons conforter l'offre en psychiatrie périnatale dans le cadre de ce projet des 1 000 premiers jours ouvrant 5 à 10 nouvelles unités de soins conjoints parent-bébé et en créant 15 à 20 nouvelles équipes mobiles. C'est un projet de 10 millions d'euros qui est déjà lancé. Il convient évidemment de souligner le rôle clé des maternités, des PMI, des professionnels libéraux dans le repérage de ces situations de fragilité. Et c'est en ce sens que nous allons instaurer dès 2022 un entretien post-natal systématique à la cinquième semaine après l'accouchement. Pour les femmes à risque, il sera suivi d'un second entretien au cours de la douzième semaine. Et ce sera un jalon supplémentaire dans le parcours des jeunes parents et il permettra je l'espère de mieux assurer le suivi post-natal global. »

Prononcé par un des plus hauts représentants de l'État, ce discours met en évidence le lien entre les différentes dimensions du souci des mères exploré dans cette thèse : politique renouvelée de gestion des risques ciblant le travail procréatif pour garantir la production d'enfants sains ; extension de la médicalisation de l'enfantement à l'expérience maternelle ; gouvernement de la famille par la régulation émotionnelle des liens qui doivent la constituer.

Mater semper certa fuerit

Inscrites dans le cadre de la politique de santé publique visant les « 1 000 premiers jours » – « période cruciale » lors de laquelle se constitue « des liens d'attachement » – les mesures annoncées fortifient le programme visant à « prévenir au plus tôt des difficultés au sein de la relations parents-enfant » pour « éviter des ruptures, de la violence, de l'échec scolaire et parfois une mise en

danger des enfants et des parents »[688], autrement dit l'anomie. Émile Durkheim, inquiet des « considérations personnelles » pouvant affaiblir la « solidarité domestique », soulignait déjà ce qui préoccupe le politique aujourd'hui : « nous ne sommes attachés à notre famille que parce que nous sommes attachés à la personne de notre père, de notre mère, de notre femme, de nos enfants »[689]. Si les débats sur les mutations de la famille suscitent agitations et prises de positions passionnées, la question de *la filiation* n'est pas la seule à préoccuper la puissance publique. L'État s'assure également de régler *l'affiliation* en garantissant la pérennité – voire la production – des attaches familiales. La nécessaire « lutte contre la dépression du post-partum » rend manifeste une ambition jusqu'alors demeurée discrète et circonscrite aux espaces où œuvrent celles et ceux à qui sa mise œuvre est déléguée : les professionnel·les de la grossesse, de l'accouchement et de la santé des nouveau-nés. Son inscription à l'agenda politique et médiatique publicise une régulation à bas bruit majoritairement effectuée par des femmes chargées de prendre soin de femmes. En effet, s'il s'agit d'accompagner « les parents », la préoccupation publique porte d'abord – si ce n'est exclusivement – sur les liens qui devraient unir celles que le droit désigne comme mères aux enfants qu'elles ont mis au monde.

La filiation ne se contente pas de nommer les rapports entre individus. Elle impose l'édification de liens qu'elle prétend ne faire que recenser, instaurant de nouveaux rôles à occuper et relations à tisser, déterminant ce que chacun·e devrait dorénavant être, dire sur soi, ressentir, exprimer et faire. Elle nécessite en somme un « incessant travail d'identification »[690]. Fidèle à l'adage *mater semper certa est* (la maternité est toujours certaine), une femme qui accouche ne peut être qu'une mère. Les résistances légales vis-à-vis de la gestation pour autrui en témoignent, tout comme la singularité de l'accouchement sous X où se fabrique « du lien familial au cœur même du dispositif censé l'empêcher »[691]. Toutefois, quand bien même elles aient porté et accouché de leur enfant, le souci dorénavant accordé à l'expérience subjective que font les femmes de leur maternité indique que la « matérialité de chair », seule, ne suffit plus à fonder la vérité du lien maternel. Car, « l'identité s'éternise et s'essentialise aujourd'hui par le "psychique" et non par le physique »[692]. Aussi,

---

[688] https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2019/09/19/faire-des-1000-premiers-jours-de-lenfant-une-priorite-de-laction-publique.

[689] Émile Durkheim, « La famille conjugale » [1892] , *op. cit.*

[690] Dominique Memmi, *La revanche de la chair…, op. cit.* p.15.

[691] Eva Maginot, Sébastien Roux, « Écrire l'absence. Les liens secrets de l'accouchement sous X », *Terrains & Travaux*, Vol. 39, (*à paraître*).

[692] Dominique Memmi, *La revanche de la chair, op. cit.*, p. 230.

pour que la maternité soit véritablement certaine, encore faut-il que les femmes se fassent mères en développant les sentiments maternels prescrits.

L'attention portée au « for intérieur » féminin n'est certes pas nouvelle et n'a pas attendu la politisation de la dépression du post-partum pour s'exprimer. Elle s'inscrit en effet dans le cadre d'une séquence historique ayant conduit « à la reconnaissance de la souffrance face à l'enfant non désiré » ou « à l'enfant non advenu »[693]. Ne se limitant plus aux seules questions du « refus » ou de l'« attente » d'un enfant, elle emprunte néanmoins dorénavant une voie singulière. Le souci des mères, exprimé de façon dramatisée par Adrien Taquet, répond à l'exigence d'affiliation à partir de laquelle opère l'institution familiale. Elle se déploie au travers d'un dispositif de vigilance visant toutes les mères – toutes potentiellement éprouvées par la « nature » même de la maternité – et s'adosse sur une modalité de gouvernement, alliant contrôle et liberté, visant à les faire advenir tel qu'il est attendu qu'elles soient : heureuses, aimantes et réfléchies. C'est ce que cette thèse a renseigné en analysant ce que soutenir la parentalité voulait dire. Ce faisant, ce travail a examiné comment la question maternelle et ses métamorphoses étaient prises dans le jeu des divisions, hiérarchies et concurrences du champ médical, participant à la construction et aux recompositions de l'espace de périnatalité. Prenant appui sur l'analyse des pratiques de soutien en direction des mères et de la carrière maternelle de femmes dont la déviance émotionnelle a été traitée, cette recherche a également examiné le type de gouvernementalité sous-tendue par l'« accompagnement » de la maternité et les conditions sociales présidant à son efficacité. La suite du propos revient synthétiquement sur ces principaux apports et les pistes de recherche qu'ils ouvrent.

Des causes, des médecins et des mères

À mesure que les exigences de la production d'enfants sains ont été redéfinies, le travail procréatif des femmes a fait l'objet d'un encadrement renouvelé. Si lutter contre la mortalité infantile et la sécurité de la naissance a justifié le renforcement de l'éducation sanitaire des femmes enceintes et des mères ainsi qu'une surveillance obstétricale resserrée de la grossesse et de l'accouchement, l'encadrement de la procréation s'organise dorénavant aussi autour de la régulation du rapport subjectif qu'entretiennent les femmes à leur maternité. Compris hier comme un processus d'ordre biologique à encadrer à des fins populationnelles, l'enfantement est dorénavant également considéré comme une épreuve psychique exposant les femmes à des troubles justifiant, pour leur bien, celui des enfants et celui des familles, de nouvelles modalités de traitement. Adoptant une perspective généalogique, mon travail a distingué des temps successifs, se superposant en partie,

[693] Dominique Memmi, *La seconde vie des bébés morts, op. cit.*, pp. 27-28.

pour penser, en les articulant, les évolutions qui caractérisent la problématisation de la maternité. J'ai mis en évidence non pas l'existence d'événements spécifiques qui fonctionneraient comme rupture d'intelligibilité, mais de « moments », plus ou moins diffus, où se recomposent les opinions, les ressentis et les pratiques autour d'un problème en reformulation. L'ambition était de montrer que les préoccupations en matière de santé maternelle et infantile sont marquées par l'histoire et laissent toujours des traces dont l'anamnèse[694] peut servir la compréhension du présent.

L'examen des métamorphoses de la question maternelle a en particulier montré combien elles étaient liées au processus d'extension et de division du champ médical. Les médecins accoucheurs de la fin du XIX^{ème}, dont la juridiction était limitée à la seule parturition, puis les pédiatres exerçant dans les espaces relégués de la médecine des enfants dans les années 1950, ont contribué, en cherchant à se constituer en spécialistes, à la construction de leur objet d'intervention en problème : mortalité infantile pour les uns, « carences de soins maternels » puis « maternalité » pour les autres. Des « sous-champs spécialisés »[695] émergent et se consolident – de façon plus ou moins pérenne – autour de la prise en charge de la population materno-infantile. L'édification de la protection maternelle et infantile, et des premières politiques périnatales dans la seconde moitié du XX^{ème}, puis celle d'une politique de gestion des risques par la prévention des « troubles de la relation mère-enfant » à partir du milieu des années 2000, trouvent en partie leur genèse dans les stratégies professionnelles des pionnier·es de la puériculture et de la psychiatrie infantile.

Dans un contexte marqué par la politisation de la parentalité[696], une sur-spécialité pédopsychiatrique est en cours de consolidation : la psychiatrie périnatale. Nourrie de ce savoir nouveau, l'action publique élargit son territoire à un domaine d'intervention qui tend à prendre le nom de « périnatalité psychique ». L'annonce de l'ouverture de nouvelles unités d'hospitalisation conjointe « parent-enfant » – institutions jusqu'alors peu investies par l'action publique –, la multiplication des dispositifs de prise en charge en ambulatoire des « troubles psychopathologiques de la grossesse et du post-partum » et l'appel renouvelé à la participation des professionnel·les des maternités, des PMI et du secteur libéral dans le repérage des « situations de fragilité » en sont l'une des dernières manifestations. Les éclairages historiques proposés amènent à porter l'attention sur la « sanitarisation »[697] actuelle de l'absence du bonheur maternel. Car le « combat de santé publique » que l'État

---

694 Pour reprendre l'expression de Pierre Bourdieu et son invite à procéder à « l'anamnèse des constantes cachées », *in* Pierre Bourdieu, *La domination masculine,* Paris, Seuil, 1998.

695 Patrice Pinell, « À propos du champ médical… », *op. cit.*

696 Claude Martin, « "Mais que font les parents ?"… », art. cit.

697 Didier Fassin, « Entre politique du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 24, n° 1, pp. 95-116.

entend aujourd'hui engager ne peut être réduit à une prise en conscience face à un problème préexistant. Contrairement à ce qu'en dit le secrétaire d'État à l'enfance et à la famille, la « dépression maternelle » n'est pas un « tabou ». Elle est bien au contraire le « signifiant dicible »[698] à partir duquel se recompose une « cause de la maternité », prise en tension entre féminisme et familialisme. La « mobilisation » publique annoncée contre ce qui fait office de nouveau fléau semble en effet sanctionner positivement une mobilisation sociale, associant des médecins et des mères, dont les ressorts restent à explorer.

Rappelant que l'émergence de la lutte contre la mortalité infantile est d'abord le produit d'une lutte de définition entre des agents sociaux en relation pour constituer un espace des points de vue au sein duquel ils occupent des positions différentes et hiérarchisées, la démarche adoptée par Patrice Pinell pour examiner la « cause de la petite enfance »[699] apparaît être particulièrement heuristique une fois transposée à la « lutte contre la dépression du post-partum ». Elle invite en effet à analyser les alliances aujourd'hui formées autour de la « maternité heureuse » – déjà au principe de la mobilisation de médecins œuvrant, dans les années 1960, à la légalisation des moyens de contraception[700]. Luttant pour le droit à disposer de son corps et le refus de la maternité, les féministes de la seconde vague ne s'étaient pas alors saisies de cet argumentaire. Il semble en être aujourd'hui autrement. Des travaux historiques nous renseignent sur le rôle joué par les féministes de la première vague, réformistes et radicales, dans l'édification de la politique de protection de la maternité[701]. Des recherches, croisant sociologie et sciences politiques, mériteraient d'être conduites pour examiner les ressorts féministes de la formulation contemporaine de la cause de la maternité heureuse, les trajectoires de celles qui la porte et la position qu'elles occupent dans l'« espace de la cause des femmes »[702].

---

698 Didier Fassin, « Politiques des cours et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique », *in* Didier Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publiques. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, pp. 7-46, 1998, p. 14.

699 Patrice Pinell, *La Bonne Société et la cause de la petite enfance, op. cit.*

700 Sandrine Garcia, *Mères sous influence…, op. cit.*

701 Voir en particulier Anne Cova, *Maternité et droits des femmes …, op. cit.*

702 Laure Bereni, « Penser la transversalité des mobilisations féministes : l'espace de la cause des femmes », *in* Christine Bard, *Les féministes de la deuxième vague*, Presses universitaires de Rennes, pp. 27-41, 2012.

Face à « une médicalisation galopante [qui] a tout submergé » et a « réduit la naissance à sa seule dimension biologique »[703], la critique de l'emprise médicale – et patriarcale – sur le corps des femmes appelle dorénavant à l'« humanisation » de la naissance. Offrant un suivi continu et personnalisé de l'enfantement, son approche « globale » est aujourd'hui énoncée comme un idéal, une alternative à la seule prise en charge obstétricale. L'attention à la prise en compte des dimensions dites « psycho-sociales » de la grossesse, de l'accouchement et de l'élevage d'un nourrisson a été intégrée à la réforme de la politique périnatale. Le titre même du plan de périnatalité 2005-2007, « Humanité, sécurité, proximité, qualité », en est témoin, tout comme la généralisation, en 2013, du programme d'accompagnement de retour à domicile en suites de couches, assuré par les sages-femmes libérales. Toutefois, la forme qu'adopte l'« humanisation » de l'enfantement n'est pas pour autant synonyme d'une démédicalisation. Sa trajectoire reste d'abord organisée autour de l'impératif de sécurisation. Néanmoins, porteuse d'une vision extensive de la naissance nécessitant un élargissement de sa prise en charge, l'exigence d'humanisation n'est pas sans effets sur le travail de médicalisation de l'enfantement et ses divisions. Elle participe à la recomposition partielle de l'espace de la périnatalité et à la segmentation des groupes professionnels qui y participent.

La politique d'humanisation ne peut en effet suffire à elle-seule à expliquer l'investissement des professionnel·les de santé dans la « meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance », mission par ailleurs privilégiée à celle du « soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité ». Dans un contexte marqué par l'exigence d'accroissement de la rentabilité financière des établissements hospitaliers, les maternités hautement technicisées tendent à resserrer leur activité sur le seul traitement de l'accouchement et de la pathologie pour maintenir leur spécialité et par là leur domination. Le désengagement de ces établissements de la préparation à la naissance et à la parentalité et de la prise en charge des suites de couches conduit en retour à consolider la position des segments professionnels constituant leur offre de santé – le *care* – en biens rares. Appliqué à la naissance, l'impératif de « soutien à la parentalité » contribue à brouiller l'échelle de prestige qui hiérarchise les tâches composant le travail périnatal. Il conduit par là à constituer de nouveaux quartiers de noblesse et des espaces de relégation : des établissements « amis » et des professionnelles attentives d'une part, et des « usines à bébé » réservées à la prise en charge de celles qui, pour des raisons médicales ou sociales, ne pourraient les éviter. Participant, par l'humanisation, à l'extension de la médicalisation de l'enfantement à l'expérience de la maternité, sages-femmes libérales et personnels de PMI trouvent à redéfinir et consolider leur territoire profes-

[703] Paul Cesbron, Yvonne Knibiehler, *La naissance en Occident*, Paris, Albin Michel, 2004, pp. 9-10

sionnel. L'investissement déployé par des établissements hospitaliers de moindre technicité pour développer des pratiques susceptibles de les distinguer légitimement est à replacer dans ces relations de concurrences.

Les « réseaux » que forment les institutions et professionnel·les de la périnatalité, occupant des positions inégales tout en étant lié·es par un mandat partagé, constituent un terrain de choix pour examiner les dynamiques professionnelles qui animent le monde de la production d'enfants. L'étude des différents groupes et segments qui le composent ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les rapports de force qui le structurent. Elle implique la mise en œuvre d'un dispositif méthodologique à même de saisir la configuration locale dans laquelle s'inscrivent les pratiques professionnelles et se dessinent des trajectoires de prise en charge. C'est ce que m'a en partie permis de faire l'enquête que j'ai conduite entre les centres de PMI et le Pôle Femme-Enfant, institutions situées en différents pôles du champ médical. Sans jamais chercher l'exhaustivité, la démarche que j'ai adoptée s'est imposée comme une nécessité requise par l'objet et le contexte fragmenté au sein duquel il s'inscrit. Car le « soutien à la parentalité » autour de la naissance n'est pas une activité qu'il m'était possible de documenter par la seule ethnographie des pratiques des professionnel·les de santé de l'une ou l'autre institution. Il est un dispositif formé par un maillage institutionnel organisé autour du repérage des « vulnérabilités psychosociales », de la prévention des « troubles de la relation mère-enfant » et du traitement des « troubles psychologiques et/ou psychiatriques de la grossesse et du post-partum ».

Aussi, l'analyse de l'espace des positions dans la division du travail de médicalisation de l'enfantement n'était pas une ambition première. Elle s'est imposée comme un détour nécessaire, en particulier, à la compréhension de la place occupée par le « soutien à la parentalité » en PMI. L'analyse de la structuration de l'espace de la périnatalité et de ses reconfigurations gagnerait à être complétée en y intégrant pleinement les professionnel·les du secteur libéral (généralistes, gynécologues, obstétricien·nes, et sages-femmes). Elle pourrait en outre être enrichie d'une étude portant sur des configurations locales atypiques, comme celles qui caractérisent les « réseaux de périnatalité » où l'établissement hospitalier dominant cumule les ressources, en offrant des gages de sécurité et d'humanité. Seules quatre maternités de niveau III sont aujourd'hui labélisées « Amie des bébés ». Comment s'organise alors la division du travail et la trajectoire de l'enfantement depuis et autour de ces institutions ? Quelles places trouvent à occuper les autres établissements du territoire ? Comment s'opère, dans ces espaces singuliers, la distribution sociale des patientes ?

L'enquête que j'ai conduite entre, au sein et depuis les institutions en charge de la santé maternelle et infantile, a documenté « par le bas » ce qui s'affirme aujourd'hui explicitement depuis « le haut » : l'extension de la médicalisation de l'enfantement au rapport subjectif qu'entretiennent les femmes avec leur « devenir mère ». Cherchant à appréhender ce que signifiait le « soutien à la parentalité » autour de la naissance d'un enfant, j'ai progressivement été amenée à passer d'une institution et d'un service à l'autre, à observer tout un ensemble de pratiques articulées entre elles, à m'entretenir avec divers·es professionnel·les exerçant en différents pôles du champ médical, puis à rencontrer des mères ayant eu recours à une prise en charge psycho(patho)logique pour soulager leur mal-être. Le maillage institutionnel organisé autour du repérage des « vulnérabilités psychosociales », de la prévention des « troubles de la relation mère-enfant » et du traitement des « troubles psychologiques et/ou psychiatriques de la grossesse et du post-partum » s'est depuis consolidé d'un bout à l'autre de la chaîne d'attention qui le constitue. L'entretien prénatal, hier systématiquement proposé, a été rendu obligatoire depuis le 1er mai 2020. Jusqu'alors réalisé dans les établissements hospitaliers cherchant à se distinguer par des pratiques alternatives au modèle dominant ou par certaines sages-femmes libérales, la généralisation de l'entretien postnatal est annoncée pour 2022. De plus, la psychiatrie périnatale voit ses moyens renforcés, et ce dans un contexte où la rigueur budgétaire caractérise pourtant d'autres secteurs de la psychiatrie.

Multiplier les points de vue pour « pister » le phénomène que je cherchais à renseigner a eu pour effet d'infléchir à plusieurs reprises le cours de l'enquête et l'appréhension que je me faisais de l'objet de ma recherche. Car ce qui s'énonce sous le vocable du « soutien à la parentalité » dans le discours des politiques publiques déborde largement la seule question de la normalisation des pratiques parentales que je me donnais initialement pour ambition d'étudier. Certes, et quoiqu'en disent les professionnelles, les activités que j'ai observées ne sont pas dépourvues de prescriptions normatives. Les conduites procréatives et parentales sont encadrées et leurs transgressions sont sanctionnées. Néanmoins, le gouvernement de la maternité ne s'exprime pas seulement par des impositions normatives qui viseraient à corriger les inconduites maternelles, ni même par une simple pédagogie des savoirs et savoir-faire. Parce qu'ils m'ont donné à voir conjointement le travail sur autrui et le travail de réforme de soi, et par là à penser l'accompagnement des mères comme une forme de technologie où l'encadrement exercé s'articule à une forme de subjectivation spécifique, l'observation des consultations psychothérapeutiques et les entretiens conduits auprès de femmes traitées pour leur dépression maternelle ont été décisifs à la stabilisation des contours de mon objet de recherche.

Surveiller, éduquer ou corriger ne correspond pas au discours des professionnel·les que j'ai rencontrées ni aux registres d'action au travers desquels elles et ils définissent leur mission. Sans désarmer l'analyse d'une perspective critique, j'ai entrepris de prendre au sérieux ce que soutenir, prendre soin ou soigner voulait dire. Alors que les interventions médicales ou médico-sociales en direction des familles ont longtemps été appréhendées par les sciences sociales comme la forme institutionnelle d'une « police », elles se sont révélées faire bien plus que surveiller ou limiter « de l'extérieur ». Elles participent en effet à la mise en ordre du familial par un travail sur les subjectivités, sur l'« intériorité » des sujets, par « le regard réflexif incessant de notre propre auto-examen psychologiquement éduqué »[704], modalité de gouvernement que Nikolas Rose qualifie de « gouvernement des âmes » :

> « Le gouvernement n'agit pas ici par des mécanismes de contrôle social et de subordination de la volonté, mais par la promotion des subjectivités, la construction des plaisirs et des ambitions, et l'activation de la culpabilité, de l'anxiété, de la jalousie et de la désillusion. (...) Les mécanismes nécessaires au gouvernement de la famille ne menacent plus les principes d'une société libérale avancée. La famille autonome et responsable est l'emblème d'un nouveau mode de gouvernement de l'âme. Chaque famille normale s'acquittera le mieux de ses obligations au moment même où elle s'efforcera consciencieusement de réaliser ses rêves les plus intimes. »[705]

Étudier l'accompagnement à la maternité permet en cela de renouveler la compréhension actuelle des formes de gouvernement induites par des politiques euphémisées de contrôle. En les appelant à se réformer volontairement pour se transformer en sujets conformes, les interventions visant à « soutenir » ou « guérir » les mères autour de la naissance n'édictent pas seulement des normes, elles encouragent les femmes à modifier le rapport qu'elles entretiennent à leurs enfants et à elles-mêmes, réajustant leurs croyances, leurs valeurs, leurs comportements et leurs affects. L'aide proposée par des professionnelles para-médicales converties en cliniciennes de la parentalité et le traitement médico-psychologique de mères étiquetées en dépression peuvent dès lors se lire comme les deux faces d'une même médaille, deux volets *a priori* distincts d'une même politique qui se donne pour objet la régulation de soi, autrement dit une ethopolitique.

Emprunté à Nikolas Rose, le concept d'ethopolitique est construit sur le modèle de la notion foucaldienne de biopolitique, définie comme exercice du pouvoir sur la vie. En remplaçant *bios* (la

---

[704] Nikolas Rose, *Governing the soul. The Shaping of the private self*, London, Free Association Books, 1999 [1989], p. 213. Ma traduction de : « the uncreasing reflexive gaze of our own psychologically educated self-scrutiny ».

[705] *Ibid*. Ma traduction de : « government here acts not through mechanisms of social control and subordination of the will, but through the promotion of subjectivities, the construction of pleasures and ambitions, and the activation of guilt, anxiety, envy, and disappointment. (…) No longer will the mechanisms necessary for the government of the family threaten the principles of an advanced liberal society. The autonomous responsible family stands as the emblem of a new mode of government of the soul. Each normal family will fulfil its political obligations best at the very moment it conscientiously strives to realize its most private dreams ».

vie) par *ethos* (la manière d'être d'un individu), Nikolas Rose cherche à caractériser une modalité de gouvernement qui se donne pour objet « l'ethos de l'existence humaine – les sentiments, la nature morale ou les principes directeurs des personnes, des groupes et des institutions »[706]. Mobilisé initialement pour décrire les « techniques de soi par lesquelles les sujets se jugent et agissent sur eux-mêmes pour devenir meilleurs qu'ils ne sont »[707], le concept apparaît particulièrement heuristique pour comprendre certaines des logiques à l'œuvre dans les dispositifs et activités revendiquant « accompagner » les mères autour de la naissance. En invitant ces dernières à s'interroger sur la bonne façon d'être mère, ces actions visent à agir sur les manières d'être (ethos) des (futures) mères qu'elles administrent. Plus que d'édicter des conduites ou des interdits – ce qu'elles font toutefois aussi –, elles cherchent à leur faire adopter de nouveaux principes directeurs dont elles seraient désormais convaincues. Dès lors, ces formes de traitement de la parentalité peuvent être comprises comme des « actions à portée réflexive se donnant pour objectif premier l'autoréforme libre et volontaire du sujet, orientée vers un idéal transformé et partagé. Pour le dire autrement, si, suivant la célèbre formule de Michel Foucault, le pouvoir peut se saisir comme "une action sur les actions", les ethopolitiques, quant à elles, renvoie à l'une de ses formes singulières : une action sur les actions sur soi »[708].

Cette modalité de gouvernement par la conversion s'avère particulièrement efficace lorsqu'elle s'adosse au désir des femmes à être de meilleures mères. Or, l'analyse de la carrière maternelle de celles qui se sont soumises au traitement médico-psychologique pour s'ajuster révèle combien leur « bonne volonté maternelle » s'articule à leur « bonne volonté scolaire » et « sanitaire ». Elle prend appui sur les dispositions de genre et de classe de femmes des classes moyennes dont la trajectoire est en outre souvent marquée par l'ascension sociale. Centrés sur l'expérience de leur déviance émotionnelle et le circuit des agent·es les ayant conduits à rejoindre le cours de la carrière maternelle prescrite, où le bonheur tient lieu de mot d'ordre, les entretiens n'ont pas donné lieu à l'exploration de leurs aspirations familialistes forgées au cours de leur socialisation. Ces dernières sont néanmoins rendues manifestes par le soulagement dont elles témoignent, une fois « guéries », en revenant sur leur désir, disent-elles « heureusement » inassouvi, de se soustraire à la maternité et plus largement à la famille. Là où certaines mères en situation de monoparentalité et de vulnérabili-

---

706 Nikolas Rose, « The Politics of Life Itself », *Theory, Culture & Society*, n° 18, 2001, p. 19.

707 *Ibid.*

708 Sébastien Roux, Anne-Sophie Vozari, « L'ordre des familles », *op. cit.* p. 14.

té sociale trouvent à s'éloigner de l'éthique de l'amour et du dévouement maternel[709], celles que j'ai rencontrées ont au contraire entrepris un important travail émotionnel participant de leur travail procréatif, pour maintenir leur engagement parental et *in fine* parvenir à formuler le « *happy ending* » du script maternel. Ma recherche invite à s'interroger, en contre-point, sur les conditions sociales de possibilité des sorties de rôle[710] radicales que représentent la fuite ou le suicide maternels[711]. Parmi les deux premières causes de mortalité au cours de la grossesse ou de la première année de vie de l'enfant, le suicide tend à être constitué en nouveau problème de santé publique donnant lieu à des études épidémiologiques[712]. Largement laissée à la psychologie ou, plus récemment, confiée aux neurosciences, l'intériorité des sujets est encore aujourd'hui relativement peu étudiée par les sciences sociales. Pourtant, renouant avec le geste fondateur d'Émilie Durkheim, la sociologie pourrait être convoquée pour étudier le suicide maternel. Considérer les dispositions et trajectoire sociales de ces femmes, et examiner la chaîne d'(in)attentions qui caractérise leur trajectoire d'enfantement, pourrait être une démarche éclairante, à condition d'élaborer un dispositif méthodologique en mesure de reconstruire, en leur absence, leurs carrières maternelles.

---

[709] Jessica Pothet, « Déprises et réagencement de la maternité. Regards sur les expériences de femmes ayant fait placer leurs enfants », *Genre, sexualité, société* [En ligne], n° 16, 2016

[710] Helen R. Fuchs-Ebaugh, *Becoming an Ex. The Process of Role Exit*, Chicago, The University of Chicago Press, 1988.

[711] Un parallèle peut ici être fait avec le travail de Julie Ancian et la perspective épistémologique qu'elle adopte pour analyser « les grossesses catastrophiques » et le néonaticide. Cf. Julie Ancian, *Des grossesses catastrophiques. Une sociologie des logiques reproductives dans les mises en récit judiciaires et biographiques de néonaticide,* Thèse de doctorat en Sociologie, EHESS, 2018.

[712] Santé publique France, « Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir », 6ème rapport de l'*Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015*, Janvier 2021.

Bibliographie

ABBOTT Andrew, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

AHMED Sara, *The Promise of Happiness*, Durham, Duke University Press, 2010.

ALBENGA Viviane, *Lecteurs, lectures et trajectoires de genre*, Thèse de doctorat en sociologie, EHESS, 2009.

AMSTRONG Elizabeth M., *Conceiving Risk, Bearing Responsibility: Fetal Alcohol Syndrome and the Diagnosis of Moral Disorder*, Baltimore, John Hopkins University Press, 2003.

ANCIAN Julie, *Des grossesses catastrophiques. Une sociologie des logiques reproductives dans les mises en récit judiciaires et biographiques de néonaticide,* Thèse de doctorat en Sociologie, EHESS, 2018.

ANGUIS Marie et *al*., « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques », *Les dossiers de la DREES*, n° 76, 2021.

ARBORIO Anne-Marie, LECHIEN Marie-Hélène, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, Vol. 10, n° 1, 2019, pp. 91-110.

ARENA Francesca, *« Folles de maternité ». Théories et pratiques d'internement autour du diagnostic de la folie puerpérale, XVII^e^-XX^e^ siècles, France-Italie*, Thèse de doctorat en histoire, Université d'Aix-Marseille, 2012.

ARENA Francesca, *Trouble dans la maternité. Pour une histoire des folies puerpérales XVIII^ème^-XX^ème^ siècle*, Presses Universitaires de Provence, 2020.

ARIÈS Philippe, *L'Enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Plon, 1960.

ARNAL Maud, « Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement », *Genre, sexualité & société* [En ligne], n°16, 2016.

ARNAL Maud, *« Humaniser » les accouchements et leurs douleurs. Risquer l'incertain et expérimenter des maisons de naissance*, Thèse de doctorat en sociologie, 2021.

AVRIL Christelle, CARTIER Marie, SERRE Delphine Serre, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte, 2010.

BACHMANN Laurence, GABEREL Pascal-Eric, MODAK Marianne, *Parentalité : perspectives critiques*, Lausanne, Éditions EESP, 2006.

BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, Vol. 61, n° 1, 2006, pp. 91-117.

BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, « De l'interdiction au contrôle: les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2011, pp. 42-60.

BALLIF Edmée, *Mettre en mots avant de mettre au monde. Modalités temporelles de l'accompagnement psychosocial des femmes enceintes*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lausanne, 2017.

BALLIF Edmée, « Policing the Maternal Mind: Maternal Health, Psychological Government, and Swiss Pregnancy Politics », *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, Vol. 27, n° 1, 2020, pp. 74-96.

BARLET Blandine, « Enjeux de prestige et enjeux de genre en médecine du travail », *La nouvelle revue du travail* [en ligne], n° 10, 2017.

BARRÈRE-MAURISSON Marie-Agnès, « Familialisme, féminisme et parentalisme : trois âges de la régulation sociale », *Documents de travail du Centre d'Économie de la Sorbonne*, Paris, 2007.

BARTHÉLÉMY-STERN Fabienne, BASTARD Benoit, CARDIA-VONÈCHE Laura, « Peut-on décréter le partenariat entre les institutions en charge de la famille? L'exemple des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP) », *Recherches familiales*, n° 1, 2004, pp. 145–146.

BASTARD Benoit, « Une nouvelle police de la parentalité ? », *Enfances, familles, générations*, n° 5, 2006, pp. 11-21.

BATTAGLIOLA Françoise, « Philanthropes et féministes dans le monde réformateur (1890-1910) », *Travail, genre et sociétés*, Vol. 22, n° 2, 2009, pp. 135-154.

BEAUD Stéphane, WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, [1997] 2008.

BEAUVALET-BOUTOUYRIE Scarlett, *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1999.

BECKER Howard, *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métaillé, 1985.

BECKER Howard, « Biographie et mosaïque scientifique », *Actes de la recherche en sciences sociales,* Vol. 62-63, 1986, p. 105-110.

BECKER Howard, « Réflexions sur le travail de terrain et ses problèmes », *Recherches qualitatives*, Vol. 33, n° 1, 2014, pp. 1-8.

BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le "nouveau managment public"*, Paris, La Découverte, 2010.

BENELLI Nathalie et *al*. (dir.), « Sexisme et racisme : le cas français », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 25, n°1, 2006.

BENELLI Nathalie, MODAK Marianne, « Analyser un objet invisible : le travail de *care* », *Revue Française de Sociologie*, Vol. 51, n° 1, 2010, pp. 39-60.

BENSA Alban, FASSIN Didier, *Les politiques de l'enquête : épreuves ethnographiques,* Paris, La Découverte, 2008.

BERENI Laure, « Penser la transversalité des mobilisations féministes : l'espace de la cause des femmes », *in* BARD Christine, *Les féministes de la deuxième vague*, Presses universitaires de Rennes, pp. 27-41, 2012.

BERGER Peter, LUCKMANN Thomas, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, [1966] 2018.

BERLIVET Luc, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », *in* FASSIN Didier, MEMMI Dominique (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, pp. 37-75.

BESSIÈRE Sabine, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2005, pp. 17-33.

BESSIN Marc, « Le travail social est-il féminin ? », *in* ION Jacques (dir.), *Le travail social en débat[s],* Paris, La Découverte, 2005, pp. 152-169.

BESSIN Marc, GAUDART Corinne, « Les temps sexués de l'activité : la temporalité au principe du genre ? », *Temporalités* [En ligne], n° 9, 2009.

BESSIN Marc, LEVILAIN Hervé, *Parents après 40 ans*, Paris, Autrement, 2012.

BESSIN Marc, « Présences sociales : une approche phénoménologique des temporalités sexuées du *care* », *Temporalités* [En ligne], n° 20, 2014.

BETZ Tanja, HONIG Michael-Sebastien, OSTNER Ilona (dir.), « Parents in the Spotlight. Parenting Practices and Support from a Comparative Perspective », *Journal of Family Research*, n° 11, 2017.

BIZEUL Daniel, « Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause », *Revue française de sociologie*, Vol. 39, n° 4, 1998, p. 777-780.

BIZEUL Daniel, « Que faire des expériences d'enquête ? Apports et fragilité de l'observation directe », *Revue française de science politique*, Vol. 57, n° 1, 2007, p. 69-70.

BLANC Anne-Marie, *Les femmes médecins de PMI : Une problématique de la femme dans la société actuell*e, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Provence, 2000.

BLÖSS Thierry, « Devoirs maternels. Reproduction sociale et politique des inégalités sexuées », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 214, n° 4, 2016, p. 46-65.

BOISSON Marine, VERJUS Anne, « La parentalité, une action de citoyenneté: une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004) », *Dossier d'études,* n° 82, CNAF, 2004.

BOLTANSKI Luc, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1984.

BOUAGGA Yasmine, *Humaniser la peine ? Enquête en maison d'arrêt*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2015.

BOUCHAYER Françoise, « Médecins et puéricultrices de Protection maternelle et infantile. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelle », *Revue française de sociologie*, Vol. 25, n° 1, 1984, pp. 67-90.

BOULET Elsa, « Avant que l'enfant paraisse. La grossesse en milieu populaire, entre reconduction et renforcement des rapports de domination », *Genèses*, Vol. 111, n° 2018, pp. 30-49.

BOULET Elsa, *Espaces et temps de la « production d'enfants ». Sociologie des grossesse ordinaires*, Thèse de doctorat en sociologie, EHESS, 2020.

BOURDELAIS Patrice (dir.), *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001.

BOURDIEU Pierre, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales,* Vol. 62-63, 1986, pp. 69-72.

BOURDIEU Pierre, « Le champ littéraire », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 89, n° 4, 1991, pp. 3-46.

BOURDIEU Pierre, « À propos de la famille comme catégorie réalisée », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 100, n° 5, 1993, pp. 32-36.

BOURDIEU Pierre, *La domination masculine,* Paris, Seuil, 1998.

BOURDIEU Pierre, *Sur l'État. Cours au Collège de France 1989-1992*, Paris, Éditions du Seuil, 2012.

BOUVE Catherine, *Les crèches collectives : usagers et représentations sociales. Contribution à une sociologie de la petite enfance*, Paris, L'Harmattan, 2001.

BRIARD Karine, « Continuer, réduire ou interrompre son activité professionnelle: le dilemme des mères de jeunes enfants », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2017, pp. 149-168.

BRUNET Florence, KERTUDO Pauline, RAMOS Elsa Ramos, « La parentalité adoptive: une parentalité "supérieure"? », *in* MARTIN Claude (dir.), *« Être un bon parent ». Une injonction contemporaine*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2014, pp. 73-92.

BUCHER Rue, STRAUSS Anselm, « La dynamique des professions », *in* STRAUSS Anselm, *La trame de la négociation*, *Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 67-86.

BUISSON Guillemette, LE PAPE Marie-Clémence, VIROT Pauline (dir.), « Des parentalités bousculées », *Revue française des affaires sociales*, n°4, 2019.

BUTLER Judith Butler, *La vie psychique du pouvoir. L'assujettissement en théories*, Paris, Léo Scheer, 2002.

CACOUAULT-BITAUD Marlaine, PICOT Geneviève, « Les médecins scolaires : valorisation d'une expertise ou dévalorisation d'une profession « féminine » ? », *in* DEMAZIERE Didier (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009, pp. 413-423.

CAHEN Fabrice, « De l'"efficacité" des politiques publiques : la lutte contre l'avortement "criminel" en France, 1890-1950 », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, Vol. 58, n° 3, 2011, pp. 97-98.

CAHEN Fabrice, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2014/1 (N° 7), pp. 34-57.

CAHEN Fabrice, *Gouverner les mœurs. La lutte contre l'avortement en France, 1890-1950*, Paris, Ined Éditions, 2016.

CAHEN Fabrice, CHILETTI Silvia, « Les ambivalences de la déclaration précoce de grossesse (XVI^{ème}-XX^{ème} siècle) », *Clio. Femmes, genre, histoire*, Vol. 48, n° 2, 2018, pp. 223-241.

CAHEN Fabrice, MINARD Adrien, « Les mobilisations contre les "fléaux sociaux" dans l'entre-deux-guerres. Essai de cartographie sociale », *Histoire & mesure*, Vol. XXXI, n° 2, 2016, pp. 141-170.

CAMUS Jérôme, ORIA Nathalie, « Avoir un premier enfant : un rite d'institution », *Recherches familiales*, n° 9, 2012, pp. 49-59.

CAPUANO Christophe, *Vichy et la famille. Réalité et faux-semblants d'une politique publique,* Rennes, PUR, 2009.

CARDI Coline, « La « mauvaise mère » : figure féminine du danger », *Mouvements*, n° 49, 2007, pp. 27-37.

CARDI Coline, *La déviance des femmes. Délinquantes et mauvaises mères : entre prison, justice et travail social*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 7, 2008.

CARDI Coline, « La construction sexuée des risques familiaux », *Politiques sociales et familiales*, n° 101, 2010, pp. 35-45.

CARDI Coline, « Les habits neufs du familialisme. Ordre social, ordre familial et ordre du genre dans les dispositifs de soutien à la parentalité », *Mouvements*, n° 82, 2015, pp. 11-19.

CARDI Coline, QUADRIAGELLO Chiara « Corps maternel », *in* RENNES Juliette (dir.), *Encyclopédie critique du genre*, Paris, La Découverte, 2021.

CAROL Anne, *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Le Seuil, 1995.

CAROL Anne, « Médecine et eugénisme en France, ou le rêve d'une prophylaxie parfaite (XIX^e-première moitié du XX^e siècle) », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, Vol. 43-4, n° 3, 1996, pp. 618-631.

CARRICABURU Danièle, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », *in* AÏACH Philippe, FASSIN Didier, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, pp. 281-308.

CARRICABURU Danièle, « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et sociétés*, Vol. 39, n° 1, 2007, pp. 123-124.

CARRICABURU Danièle, « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : les cas de la périnatalité et des infections nosocomiales », *in* GILBERT Claude (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. Paris, La Découverte, 2009, pp. 55-71.

CARRIERE Clarisse, Se faire parents à l'hôpital. Interactions et co-élaborations des normes de parentalité dans un service de suivi de grossesse à haut risque, Dossier d'étude n°101, 2008.

CARTIER Marie, « Le caring, un capital culturel populaire ? À propos de *Formations of Class & Gender* de Beverley Skeggs », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 191-192, n° 1-2, 2012, pp. 106-113.

CARTIER Marie, LECHIEN Marie-Hélène, MEURET-CAMPFORT Eve (dir.), « Hiérarchies et conflictualité dans l'accueil des petits enfants », *Sociétés contemporaines*, n° 95, 2014.

CARTIER Marie, LECHIEN Marie-Hélène, « Asseoir sa légitimité professionnelle auprès des parents. Les stratégies de légitimation éducative des assistantes maternelles », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2017, pp. 265-281.

CASTEL Robert, *Le Psychanalysme*, Paris, Flammarion, 1973.

CASTEL Robert, *La Gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit, 1981.

CASTEL Robert, « Penser le changement : le parcours des années 1960-2010 », *in* CASTEL Robert, MARTIN Claude (dir.), *Changements et pensées du changement. Échanges avec Robert Castel*, Paris, La Découverte, 2012, pp. 21-41.

CAVILLON Marie, « La profession de sage-femme : constat démographique et projection d'effectifs », DREES, *Études et* Résultats, n° 791, 2012.

CAZAS Odile, CLANGEAUD-FREUDENTHAL Nine, « Historique de l'émergence d'une nouvelle pratique et état des lieux des unités mère-enfant », *Pluriels. La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*, n°80, novembre 2009, pp. 3-4.

CESBRON Paul, KNIBIEHLER Yvonne, *La naissance en Occident*, Paris, Albin Michel, 2004.

CHAMBOREDON Hélène, PRAVIS Fabienne, SURDEZ Muriel, WILLEMEZ Laurent, « S'imposer aux imposants. À propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, Vol. 16, 1994, pp. 114-132.

CHARRIER Philippe, « Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ? », *Sociétés contemporaines*, Vol. 67, n° 3, 2007, pp. 95-118.

CHARRIER Philippe, « Diversification des lieux de naissance en France : le cas des maisons de naissance », *Recherches familiales*, Vol. 12, n° 1, 2015, pp. 71-83.

CHARRIER Philippe, CLAVANDIER Gaëlle, *Sociologie de la naissance*, Paris, Armand Colin, 2013.

CHAUTEMS Caroline, « Quand l'allaitement « fait » la mère », *Anthropologie & Santé* [En ligne], n° 16, 2018.

CHAUVENET Antoinette, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978.

CHAUVIERE Michel, *L'enfance inadaptée. L'héritage de Vichy. L'efficace des années quarante*, Paris, Éditions de l'Atelier, 1987.

CHAUVIERE Michel, « La parentalité comme catégorie de l'action publique », *Informations sociales*, n° 149, 2008, pp. 16-29.

CLAIR Isabelle, « Le pédé, la pute et l'ordre hétérosexuel », *Agora débats/jeunesses*, Vol. 60, n° 1, 2012, pp. 67-78.

CLAIR Isabelle, « Faire du terrain en féministe », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 213, n° 3, 2016, pp. 66-83.

CLAIR Isabelle, « La sexualité dans la relation d'enquête. Décryptage d'un tabou méthodologique », *Revue française de sociologie*, Vol. 57, n° 1, 2016, pp. 45-70.

COFFIN Jean-Christophe, « La construction d'une identité professionnelle : l'exemple de la psychiatrie de l'enfant dans la France des années 1950 », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* [En ligne], n° 12, 2010.

COMMAILLE Jacques, « Ordre familial, ordre social, ordre légal : Éléments d'une sociologie politique de la famille », *L'Année sociologique*, Vol. 37, 1987.

CONRAD Peter, « The Discovery of Hyperkinesis : Notes on the Medicalization of Deviant Behavior », *Social Problems*, Vol. 23, n°1, 1975, pp. 12-21.

COVA Anne, *Maternité et droits des femmes en France, XIX^e^-XX^e^ siècles*, Paris, Anthropos, 1997.

CRESSON Geneviève, *Le travail domestique de santé : une analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan, 1995.

DAMAMME Aurélie and PAPERMAN Patricia, « Temps du *care* et organisation sociale du travail en famille », *Temporalités* [En ligne], n° 9, 2009.

DARMON Muriel, « Les “entreprises” de la morale familiale », *French Politics, Culture & Society*, Vol. 17, n°3-3, 1999, pp. 1-19.

DARMON Muriel, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère: analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, Vol. 58, n° 1, 2005, pp. 99-112.

DARMON Muriel, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, 2008.

DARMON Muriel, « La notion de carrière : un instrument interactionniste d’objectivation », *Politix*, Vol. 82, n° 2, 2008, pp. 149-167.

DARMON Muriel, « Sociologie de la conversion : socialisation et transformations individuelles », *in* BUTRON-JEANGROS Claudine, MAEDER Christoph (dir.), *Identité et transformation des modes de vie*, Seismo, 2011, pp. 64-84.

DAUNE-RICHARD Anne-Marie, DEVREUX Anne-Marie, « Rapports sociaux de sexe et conceptualisation sociologique », *Recherches féministes*, Vol. 5, n° 2, 1992, pp. 7-30.

DAVIS-FLOYD Robbie, *Birth as an American Rite of Passage*, Berkley, London, University of California Press, 1992.

DE LUCA BARRUSSE Virginie, « Des normes conjugales et parentales en mutation au cours du baby-boom », *Politiques sociales et familiales*, n° 118, 2014, pp. 23-34.

DE LUCA Virginie, ROLLET Catherine, *La Pouponnière de Porchefontaine. L’expérience d’une institution sanitaire et sociale*, Paris, L’Harmattan, 1999.

DE MONTLIBERT Christian, « L'éducation morale des familles. L'extension du métier de puéricultrice », *Actes de la recherche en sciences sociales,* Vol. 32-33, 1980, pp. 65-76.

De SINGLY François, *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris, Armand Colin, [1993], 2010.

DEBEST Charlotte, *Le choix d’une vie sans enfant*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2014.

DECHAUX Jean-Hugues, « Le sacre de l’enfant. Regards sur une passion contemporaine », *Revue française de sociologie*, Vol. 55, n° 3, 2014, pp. 537-561.

DEMAILLY Lise, « Fortunes et ambiguïtés de l'accompagnement », *Empan*, Vol. 74, n° 2, 2009, pp. 21-28

DERBEZ Benjamin, « Négocier un terrain hospitalier. Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale », *Genèses*, Vol. 78, n° 1, 2010, pp. 105-120.

DEVREUX Anne-Marie, *La double production. Les conditions de vie professionnelle des femmes enceintes*, Paris, Cultures et sociétés urbaines, 1988.

DIEBOLT Evelyne, « Les femmes engagées dans le monde associatif et la naissance de l'État providence », *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, n° 53, 1999, pp. 13-26.

DIVAY Sophie, « L'IVG: un droit concédé encore à conquérir », *Travail, genre et sociétés,* Vol. 9, n° 1, 2003, pp. 197-222.

DODIER Nicolas, RABEHARISOA Vololona (dir.), « Expérience et critique du monde psy », *Politix*, n° 73, 2006.

DONATH Orna, *Regretting Motherhood. A study*, Berkley, North Atlantic Books, 2017.

DONZELOT Jacques, *La Police des Familles*, Paris, Editions de Minuit, 1977.

DORLIN Elsa, *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, Paris, La Découverte, 2009 [2006].

DOUGUET Frédérique, VILBROD Alain, *Les sages-femmes libérales. Accompagner des femmes en situation de vulnérabilité et de précarité*, Paris, Seli Arslan, 2017.

DOUYERE-DEMEULENAERE Christiane, « Des auxiliaires de l'action hospitalière : les Gouttes de lait », *in* MREC Yannick (dir.) *Accueillir ou soigner ? L'hôpital et ses alternatives du Moyen-Âge à nos jours*, Mont-Saint-Aignan, Publications des Universités de Rouen et du Havre, 2007, pp. 279-294.

DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland, 2001.

DREES, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale 2010 », *Études et résultats*, n° 775, 2011.

DREES, « Fiche 23. La naissance : les maternités », *in* TOUTLEMONDE Fabien (dir.) Les établissements de santé. Panoramas de la Drees. Santé, 2021, pp. 131-134.

DUBOIS Vincent, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, 1999.

DUPUY Aurore, ROUX Sébastien, « Sur le chemin de la sérénité. Politique des sentiments dans la planification familiale », *Sociologie* [Online], Vol. 9, n° 3, 2018.

DURKHEIM Émile, « La famille conjugale » [1892], *Textes III. Fonctions sociales et institutions*, Paris, Minuit, 1975, pp. 35-49.

EIDELIMAN Jean-Sébastien, « Aux origines sociales de la culpabilité maternelle », *La revue internationale de l'éducation familiale*, Vol. 37, n° 1, 2010, pp. 81-98.

EIDELIMAN Jean-Sébastien, « Qui a peur de la parentalité ? », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°4, 2019, pp. 255-262.

EIDELIMAN Jean-Sébastien, COUTANT Isabelle, BOUAGGA Yasmine, FASSIN Didier, FERNANDEZ Fabrice, FISCHER Nicolas, KOBELINSKY Carolina, MAKAREMI Chowra, MAZOUZ Sarah, ROUX Sébastien, *Juger, Réprimer, Accompagner. Essai sur la morale de l'Etat*, Paris, Seuil, 2013.

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

FAIRCLOTH Charlotte, « Intensive Parenting and the Expansion of Parenting », *in* LEE Elie, BRISTOW Jennie, FAIRCLOTH Charlotte, MACVARISH Jan (dir.), *Parenting Culture Studies*, Londres, Palgrave Macmillan, 2014, pp. 22-50.

FARNARIER Cyril, Les dimensions sociales d'une politique de santé publique. Le cas des consultations de protection infantile, Thèse de sociologie, EHESS, 2009.

FASSIN Didier, « Politiques des cours et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique », *in* FASSIN Didier (dir.), *Les figures urbaines de la santé publiques. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, pp. 7-46, 1998

FASSIN Didier, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 24, n° 1, 2000, pp. 95-116.

FASSIN Didier, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, 2004.

FASSIN Didier, « L'inquiétude ethnographique », *in* BENSA Alban, FASSIN Didier, *Les politiques de l'enquête,* Paris, La Découverte, 2008, pp. 7-15.

FASSIN Didier, BOURDELAIS Patrice, *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2005.

FASSIN Didier, EIDELIMAN Jean-Sébastien (dir.), *Economies morales contemporaines*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2012.

FASSIN Didier, MEMMI Dominique (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004.

FASSIN Didier, RECHTMAN Richard, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007.

FASSIN Éric, « La nature de la maternité. Pour une anthropologie de la reproduction », *Journal des anthropologues*, Vol. 1-2, n°88-89, 2002, pp. 103-122.

FASSIN Éric, « Questions sexuelles, questions raciales. Des articulations problématiques », *in* FASSIN Didier, FASSIN Éric (dir.), *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française,* Paris, La Découverte, 2006.

FASSIN Éric, « La démocratie sexuelle et le conflit des civilisations », *Multitudes*, Vol. 26, n°. 3, 2006, pp. 123-131.

FAYA ROBLES Alfonsina, « La "police amie des mères" : nouvelles modalités de la régulation sanitaire au Brésil contemporain », *Sociologie*, Vol. 4, n° 1, 2013, pp. 63-79.

FAY-SALLOIS Fanny, *Les nourrices à Paris au XIX^e siècle*, Paris, Payot, 1980.

FERRAND Michèle, « Du droit des pères aux pouvoirs des mères », *in* LAUFER Jacqueline (dir.), *Masculin-Féminin questions pour les sciences de l'homme*, Paris, Presses Universitaires de France, 2001, pp. 187-210.

FOOTE-WHITE William, *Street Corner Society : la structure sociale d'un quartier italo-américain*, Paris, La Découverte, 1995.

FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité. La Volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.

FOUCAULT Michel, « Polémique, politique et problématisations », *Dits et écrits*, tome 4, Paris, Gallimard, [1984], 1994, pp. 381-390.

FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 2000 [1963], pp. 115-116.

FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, Seuil, 2004.

FOUCAULT Michel, *Du gouvernement des vivants. Cours au collège de France (1979-1980)*, Paris, Le Seuil, 2012 [1980].

FOURNIER Tristan, JARTY Julie, « Gouverner les "mille premiers jours de vie" », *Revue des sciences sociales*, n°61, Vol. 1, pp. 46-55.

FUCHS Rachel G., *Poor and Pregnant in Paris. Strategies for Survival in the Nineteenth Century,* New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1992.

FUCHS Rachel G., « The Right to Life : Paul Strauss and the Politics of Motherhood », *in* ACCAMPO Elinor A., FUCHS Rachel G., STEWART Mary Lynn (dir.), *Gender and the Politics of Social Reform in France, 1870-1914*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1995, pp. 82-105.

FUCHS-EBAUGH Helen R., *Becoming an Ex. The Process of Role Exit*, Chicago, The University of Chicago Press, 1988.

FUREDI Franck, *Paranoid Parenting. Why Ignoring the Experts May be Best for Your Child*, Chicago, Chicago Review Press, 2002.

FUREDI Franck, « Foreword » *in* LEE Ellie, BRISTOW Jennie, FAIRCLOTH Charlotte, MACVARISH Jan (dir.), *Parenting Culture Studies*, Londres, Palgrave Macmillan, 2014.

GARCIA Anne-Laure, « La protection maternelle. Catégorisations et hiérarchisations du féminin dans les discours juridiques d'après-guerre », *GLAD !* [En ligne], n° 1, 2016.

GARCIA Sandrine, *Mères sous influence. De la cause des mères à la cause des enfants*, Paris, La Découverte, 2011.

GARCIA Sandrine, « Construction de l'autonomie professionnelle et assignation des parents à une position de profanes dans les crèches parentales », *in* MARTIN Claude (dir.), *« Être un bon parent » : une injonction contemporaine*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2014.

GASPAR Jean-François, *Tenir ! Les raisons d'être des travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte, 2012.

GAVARINI Laurence , *La passion de l'enfant. Filiation, procréation et éducation à l'aube du XXIème siècle*, Paris, Denoël, 2001.

GEAY Bertrand, HUMEAU Pierig, « Devenir parents. Les appropriations différenciées de l'impératif de procréation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 214, n° 4, 2016.

GELIS Jacques, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988.

GELLY Maud, CRISTOFALO Paula, GASQUET-BLANCHARD Clélia, « Choisir la césarienne : une pratique où convergent *habitus* de classe et intérêts médicaux », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, 2019, pp. 71-90.

GELLY Maud, CRISTOFALO Paula, GASQUET-BLANCHARD Clélia, « Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : ériger des biens ordinaires en biens rares », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 236-237, n° 1-2, 2021, pp. 72-91.

GELLY Maud, MARIETTE Audrey, PITTI Laure Pitti, « Santé Critique. Inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 236-237, n° 1-2, pp. 4-19.

GELLY Maud, PITTI Laure Pitti « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, Vol. 58, n° 1, pp. 7-18.

GIAMI Alain , « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », *in* BLOY Géraldine (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale,* Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, pp. 147-168.

GIAMI Alain *et al*., « Enquêter sur la sexualité et le sida : les enquêteurs de l'ACSF », *in* BAJOS Nathalie *et al*. (dir.), *La sexualité aux temps du sida*, Paris, Presses universitaires de France, 1998, pp. 66-116.

GIAMI Alain, « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », *in* BLOY Géraldine, SCHWEYER François-Xavier (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, pp. 147-168.

GILBERT Claude, HENRY Emmanuel (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, Éditions La Découverte, 2009.

GIRAUD Anne-Sophie, « Les "péri-parents" : à la recherche d'un statut spécifique après une mort périnatale », *Recherches familiales*, Vol. 12, n° 1, 2015 pp. 85-97.

GIULIANI Frédérique, « Éduquer les parents ? Les pratiques de soutien à la parentalité auprès des familles socialement disqualifiées », *Revue française de pédagogie*, n°168, 2009.

GIULIANI Frédérique, « La valeur des mauvais parents. Bien faire institutionnel, dépréciation sociale et reconnaissance locale », *in* BONNY Yves, DEMAILLY Louise (dir.), *L'institution plurielle*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2012, pp. 83-103.

GIULIANNI Frédérique, *Accompagner. Le travail social face à la précarité durable*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013.

GIULIANI Frédérique, « Mères "à l'essai" : analyse des processus de catégorisation dans un dispositif de soutien à la parentalité de l'ASE », *in* MARTIN Claude (dir.), *« Être un bon parent » : une injonction contemporaine*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2014.

GOFFMAN Erving, *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1968.

GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne I. La présentation de soi*, Paris, Éditions de Minuit, 1973.

GOFFMAN Erving, *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1975.

GOJARD Séverine, *Le métier de mère*, Paris, La Dispute, 2010.

GOLSE Bernard, MISSONNIER Sylvain, « Hommage à Michel Soulé », *Le Carnet PSY*, Vol. 161, n° 3, 2012, pp. 12-30.

GOURDEAU Camille, « Le contrat d'accueil et d'intégration : un racisme institutionnel teinté de bienveillance ? », *Migrations Société*, Vol. 163, n° 1, 2016, pp. 109-120.

GOYON Marie, « La relation ethnographique : une affaire de genres », *Socio-anthropologie* [En ligne], n° 16, 2005.

GUILLAUMIN Colette, *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*, Paris, Éditions Côté-femmes, 1992.

GUY Déborah, VOZARI Anne-Sophie, « "Je vois ce bébé et là, rien !" L'encadrement des sentiments maternels autour de la naissance », *Sextant*, Vol. 36, pp. 85-105.

HAMELIN-BRABANT Louise, « L'enfance sous le regard de l'expertise médicale : 1930-1970 », *Recherches sociographiques*, Vol. 4, n° 2, pp. 277-298.

HARAWAY Donna, *Manifeste cyborg et autres essais. Sciences, Fictions, Féminismes,* Paris, Exils, 2007 [1984].

HARDY Anne-Chantal et *al.* « Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux », *Recherches familiales*, Vol. 12, n° 1, 2015, pp. 57-70.

HAYS Sharon, *The Cultural Contradictions of Motherhood*, Yale, University Press, 1996.

HERMAN Elisa, « La bonne distance. Légitimer l'idéologie de la complémentarité entre animatrices et animateurs en centres de loisirs maternels », *Les cahiers du Genre*, n° 42, 2007, pp. 121-139.

HOCHSCHILD Arlie R., « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, n° 9, 2003, pp. 19-49.

HOCHSCHILD Arlie R., *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte, 2017.

HOUZEL Didier, « Les enjeux de la parentalité », *in* SOLIS-PONTON Leticia (dir.), *La parentalité. Défi pour le troisième millénaire*, Presses Universitaires de France, 2002, pp. 61-70.

HUGHES Everett, « Le drame social du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 115, 1996, pp. 94-99.

IACUB Marcela, *L'empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*, Fayard, 2004.

INSERM DREES, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016 - Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*, Paris, Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère du Travail, Ministère de l'Action et des Comptes publics, 2017.

JACQUEMET Gérard, *Belleville au XIX^e siècle. Du faubourg à la ville,* Paris, Éditions de l'EHESS, 1984.

JACQUES Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF, 2007.

JARTY Julie, FOURNIER Tristan, « "Healthy children, healthy nations." Discipliner les corps reproducteurs pour la santé de qui ? », *Enfances Familles Générations* [En ligne], 33 | 2019, mis en ligne le 30 septembre 2019, consulté le 03 février 2020. URL : http://journals.openedition.org/efg/8936.

JEGAT Lucie, « Ce que perdre un·e enfant fait à la famille. Le deuil comme marge et frontière de la parentalité », *Émulations*, n° 32, 2020, pp. 47-61.

JORDAN Brigitte, *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland Sweden and the United States*, Long Grove, Waveland Press, 1993.

JOSEPH Isaac, FRITSCH Philippe, *Disciplines à domiciles: l'édification de la famille*, Fontenay-sous-bois, Éditions Recherches, 1977.

KANIESKI Mary Ann, « Securing Attachment : The Shifting Medicalisation of Attachment and Attachment Disorders », *Health, Risk & Society,* Vol. 12, n° 4, 2010, pp. 335–344.

KERGOAT Danièle, « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », *in* HIRATA Helena, LABORIE Françoise, LE DOARE Hélène, SENOTIER Danièle (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, Presses universitaires de France, 2000

KNIBHIELER Yvonne, *Nous les assistantes sociales. Naissance d'une profession,* Paris, Aubier, 1980.

KNIBHIELER Yvonne, *La révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997, pp. 60-63.

KNIBHIELER Yvonne, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris, PUF, 2000.

KNIBHIELER Yvonne, *Accoucher: Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^e siècle*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2016

LAHAYE Marie-Hélène, *Accouchement : les femmes méritent mieux*, Paris, Editions Michalon, 2018.

LANDOUR Julie, *S'engager en parentalité et créer son activité : L'entreprise paradoxale des Mompreneurs en France (2008-2014)*, Thèse de sociologie, EHESS, 2015.

LANDOUR Julie « La parentalité, une contribution au capital des femmes des classes supérieures ? », *Genre, sexualité & société* [En ligne], n° 16, 2016.

LANDOUR Julie, ODIER Lorraine, « Travail parental et bien être de l'enfant », *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], Vol. 48, n° 2, 2017.

LAPEYRE Nathalie, LE FEUVRE Nicky, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 59-81.

LAUFER Jacqueline (dir.), *Masculin-Féminin questions pour les sciences de l'homme*, Paris, Presses Universitaires de France, 2001.

LE DÛ Maï, « Synthèse entre *cure* et *care* : les sages-femmes déboussolent le genre », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, Vol. 49, n° 1, 2019, pp. 141-142.

LE FEUVRE Nicky, « La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre » ? », *in* AÏACH Pierre (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*. Presses de l'EHESP, 2001, pp. 197-228.

LE NAOUR Jean-Yves, VALENTI Catherine, *Histoire de l'avortement, XIX^ème-XX^ème siècles*, Paris, Le Seuil, 2003.

LE PAPE Marie-Clémence, « Être parent dans les milieux populaires : entre valeurs familiales traditionnelles et nouvelles normes éducatives », *Informations sociales*, Vol. 154, n° 45, 2009, pp. 88-95.

LE PAPE Marie-Clémence, « Qu'est-ce qu'un « bon » parent ? Analyse des images véhiculées par les affiches et brochures des campagnes de santé publique », *in* MARTIN Claude (dir.), *« Être un bon parent » : une injonction contemporaine*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2014.

LE RENARD Amélie, « Partager des contraintes de genre avec les enquêtées. Quelques réflexions à partir du cas saoudien », *Genèses*, Vol. 81, n° 4, 2010, pp. 128-141.

LECHIEN Marie-Hélène, « Aider les autres : trajectoires professionnelles reconversions militantes et valorisation de la "personne" », *in* COLLOVALD Annie (dir.), *L'humanitaire ou le management des dévouements. Enquête sur un militantisme de "solidarité internationale" en faveur du Tiers Monde*, Rennes, PUR, 2002, pp. 79-131.

LEE Ellie, *Abortion, Motherhood, and Mental Health: Medicalizing Reproduction in the United States and Great Britain*, New York, Aldine de Gruyter, 2003.

LEE Ellie, BRISTOW Jennie, FAIRCLOTH Charlotte, MACVARISH Jan (dir.), *Parenting Culture Studies*, Londres, Palgrave Macmillan, 2014.

LEFAUCHEUR Nadine, « La résistible création des accoucheurs des hôpitaux », *Sociologie du travail*, Vol. 30, n° 2, 1988, pp. 323-352.

LEFAUCHEUR Nadine, *Les accoucheurs des hôpitaux de l'Assistance publique à Paris et la genèse de la protection maternelle et infantile*, Paris, Iresco, 1989.

LEFAUCHEUR Nadine, « La Puériculture d'Adolphe Pinard : une voie française de l'eugénisme », *in* RAIMBAULT Ginette, MANCIAUX Michel (dir.), *Enfance menacée*, Éditions de l'INSERM, 1992, pp. 19-43.

LEFAUCHEUR Nadine, « L'article 9 de la loi de 1892 et la question de l'assistance aux femmes en couches », *in* AUSLANDER Leora, ZANCARINI-FOURNEL Michelle (dir.), *Différence des sexes et protection sociale (XIX^{e}-XX^{e} siècles)*, Paris, Presses Universitaires de Paris 8, 1995.

LEFAUCHEUR Nadine, « Psychiatrie infantile et délinquance juvénile. Georges Heuyer et la question de la genèse "familiale" de la délinquance », *in* MUCCHIELLI Laurent (dir.), *Histoire de la criminologie française*, Paris, L'Harmattan, 1995, pp. 313-332.

LENOIR Rémi, « La notion de contrôle social », *Sociétés & Représentations*, Vol. 2, n° 5, 1997, pp. 308-309.

LENOIR Rémi, *Généalogie de la morale familiale*, Paris, Seuil, 2003.

LENOIR Rémi, « La famille conjugale : une catégorie d'Etat selon Durkheim », *Revue internationale de philosophie*, Vol. 280, n° 2, 2017, pp. 141-155.

LEVERT Florence, « La Goutte de lait de Fécamp (1894-1928) » *in* MAREC Yannick, *Accueillir ou soigner ? L'hôpital et ses alternatives du Moyen-Âge à nos jours*, Mont-Saint-Aignan, Publications des Universités de Rouen et du Havre, 2007, pp. 296 -318.

LÉZÉ Samuel, « Résister à l'enquête ? Le chercheur face à l'autorité des psychanalystes », *in* BENSA Alban, FASSIN Didier (dir.), *Les politiques de l'enquête,* La Découverte, 2008, pp. 261-276.

LÉZÉ Samuel, *L'autorité des psychanalystes*, Presses Universitaires de France, 2010.

LIPSKY Michael, *Street Level Bureaucracy : Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russel Sage Foundation, 1980.

LÖWY Illana, ROSEE Virginie et TAIN Laurence (dir.), Dossier « Biotechnologies et travail reproductif. Une perspective transnationale », *Cahiers du genre*, n°56, 2014.

LUC Jean-Noël, *L'invention du jeune enfant au XIX^e^. De la salle d'asile à l'école maternelle*, Paris, Belin, 1997.

LUPTON Deborah, « Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment », *in* LUPTON Deborah (ed.), *Risk and Sociocultural Theory : New directions and perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, pp. 59-85.

LUPTON Deborah, « "Precious Cargo": Foetal Subjects, Risk and Reproductive Citizenship», *Critical Public Health*, Vol. 22, n° 3, 2012, pp. 329–340.

MAGINOT Eva, ROUX Sébastien, « Écrire l'absence. Les liens secrets de l'accouchement sous X », *Terrains & Travaux*, Vol. 39, (*à paraître*).

MAINSANT Gwénaëlle, *Sur le trottoir, l'État. La police face à la prostitution*, Paris, Le Seuil, 2021.

MARCUS Georges, « Au-delà de Malinowski et après Writing Culture : à propos du futur de l'anthropologie culturelle et du malaise de l'ethnographie », *ethnographiques.org*, n° 1, 2002 [en ligne].

MARTIN Claude, *La parentalité en questions. Perspectives sociologiques, Rapport pour le Haut conseil de la population et de la famille*, Paris, La Documentation française, 2003.

MARTIN Claude « La parentalité, controverses autour d'un problème public », *in* NEYRAND Gérard, KNIBIEHLER Yvonne (dir.), *Maternité et parentalité*, ENSP, 2004.

MARTIN Claude, « "Mais que font les parents ?" Construction d'un problème public », *in* MARTIN Claude (dir.), *« Être un bon parent » : une injonction contemporaine*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2014.

MARTIN Claude, « Des styles éducatifs des parents aux *Parenting Cultures* : un champ de recherche en développement », *L'Année sociologique*, Vol. 68, n° 2, 2018, pp. 455-472.

MARTIN Claude, « Collectiviser la question parentale : les apports des *parenting cultures studies* », Lien social et Politiques, n° 85, 2020, pp. 252-259.

MARTIN Claude, LELOUP Xavier, « La parentalisation du social », *Lien social et Politiques*, n°85, 2020.

MARTUCCELLI Danielo, *Forgé par l'épreuve*, Paris, Armand Colin, 2006, pp. 5-18.

MATHIEU Marie, RUAULT Lucile (dir.), « Le travail procréatif. Contrôle de la fécondité, engendrement et parentalité », *Recherches sociologiques et anthropologique*, Vol. 2, N° 48, 2017.

MATHIEU Marie, RUAULT Lucile, « Une incursion collective sur un terrain éclaté pour une approche matérialiste des activités liées à la production des êtres humains », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, Vol. 2, n° 48, 2017, pp. 1-27.

MATHIEU Nicole-Claude, « Paternité biologique, maternité sociale... De l'avortement et de l'infanticide comme signes non reconnus du caractère culturel de la maternité » *in* MATHIEU Nicole-Claude (dir.), *L'Anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Paris, Côté- femmes, 1991 [1977], pp. 63-73.

MAUSS Marcel, « L'expression obligatoire des sentiments (rituels oraux funéraires australiens) », *Journal de psychologie*, n°18, 1921, pp. 425-435.

MAUSS Marcel, « Les techniques du corps », *Journal de psychologie*, Vol. 32, n° 3-4, 1934.

MAZUY Magali, « Avoir un enfant : être prêts ensemble ? », *Revue des sciences sociales*, Vol. 41, 2009, p. 30-41.

MEMMI Dominique, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte, 2003.

MEMMI Dominique, « Administrer une matière sensible. Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort », *in* FASSIN Didier, MEMMI Dominique (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, pp. 135- 154.

MEMMI Dominique, « Administration du vivant et sacralité », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, Vol. 87, n° 3, 2005, pp. 143-157.

MEMMI Dominique, « L'autoévaluation, une parenthèse ? Les hésitations de la biopolitique », *Cahiers internationaux de sociologie*, Vol. 128-129, n° 1, 2010, pp. 299-314.

MEMMI Dominique, *La seconde vie des bébés morts*, Éditions de l'EHESS, Paris, 2011.

MEMMI Dominique, *La revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*, Paris, Seuil, 2014.

MEMMI Dominique, « Une discrète naturalisation de la maternité : le for intérieur féminin face aux aléas de la reproduction », *Sociologie*, Vol. 7, n°. 4, 2016, pp. 413-422.

MEMMI Dominique, « *Care*, stigmatisation sociale et femmes : un lien inexorable ? », *Sociétés contemporaines*, Vol. 105, n° 1, 2017, pp. 5-29.

MENUEL Julie, « Devenir enceinte. Socialisation et normalisation pendant la grossesse : processus, réceptions, effets », *Dossier d'études*, n°148, CNAF, 2012.

MESSU Michel, « Du familialisme au parentalisme : quels nouveaux enjeux pour la politique familiale française ? », Colloque « Le nouveau contrat familial », INRS Montréal, 28-29 février 2008.

MEYER Michaël, PERROT Adeline, ZINN Isabelle, « Entre ambition "tout terrain" et impossible ubiquité : les ethnographies en mouvement », *SociologieS* [en ligne], La recherche en actes, mis en ligne le 13 novembre 2017, consulté le 19 avril 2021, URL: http://journals.openedition.org/sociologies/6521.

MEYER Philippe, *L'Enfant et la raison d'Etat*, Paris, Seuil, 1977.

MOREL Stanislas, *L'échec scolaire en France (1960 - 2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle*, Thèse de sociologie EHESS, 2010.

MOSE BROWN Tamara, DREBY Joanna (dir.), *Family and work in everyday ethnography*, Philadelphia, Temple University Press, 2013.

MOSE BROWN Tamara, DREBY Joanna (dir.), *Family and work in everyday ethnography*, Philadelphia, Temple University Press, 2013.

MOSE BROWN Tamara, MASI DI CASANOVA Erynn, « Mothers *in* the field », *Women's Studies Quarterly*, Vol. 37, n° 3/4, 2009, pp. 42-57.

MOSE BROWN Tamara, MASI DI CASANOVA Erynn, « Mothers *in* the field », *Women's Studies Quarterly*, Vol. 37, n° 3-4, 2009, pp. 42-57.

MOYSE Danielle, DIEDRICH Nicole, *Vers un droit à l'enfant normal ? L'arrêt Perruche et l'impact de la judiciarisation sur le dépistage prénatal*, Toulouse, ERES, 2006.

MOZERE Liane, *Le printemps des crèches. Histoire et analyse d'un mouvement*, Paris, L'Harmattan, 1992.

MOZERE Liane, « La prévention ou comment préserver une place à l'anomalie. L'exemple de la crèche », *Dialogue*, Vol. 157, n° 3, 2002, pp. 15-27.

MUEL-DREYFUS Francine, *Vichy et l'éternel féminin. Contribution à une sociologie politique de l'ordre des corps,* Paris, Seuil, 1996.

MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrice, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée, 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996.

MURCIER Nicolas, « Le loup dans la bergerie. Prime éducation et rapports sociaux de sexe », *Recherches et Prévisions*, n° 80, 2005, pp. 67-75.

MURPHY Elizabeth, « "Breast is best": infant feeding decisions and maternal deviance », *Sociology of Health & Illness*, Vol. 21, n° 2, 1999, pp. 187-208.

MURPHY Elizabeth, « Expertise and forms of knowledge *in* the government of families », *The Sociological Review*, Vol. 51, n° 4, 2003, pp. 433-462.

NACU Alexandre, « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du travail*, Vol. 53, n° 1, 2011, pp. 109-130.

NAUDIER Delphine, SIMONET Maud (dir.), *Des sociologues sans qualités ? Pratiques de recherche et engagements*, Paris, La Découverte, 2011, pp. 5-21.

NEYRAND Gérard, *Sur les pas de la Maison verte. Des lieux d'accueil pour les enfants et leurs parents*, Paris, Syros, 1995.

NEYRAND Gérard, *Soutenir et contrôler les parents. Le dispositif de parentalité*, Toulouse, Érès, 2011.

NORVEZ Alain, *De la naissance à l'école. Santé, modes de garde et préscolarité dans la France contemporaine*, INED, Cahier n° 126, Paris, PUF, 1991, pp. 105-111.

OAKLEY Ann, *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford, Basil Blackwell, 1984.

ODIER Lorraine Odier, *Métamorphoses de la figure parentale. Analyse des discours de l'école des parents de Genève (1950 à 2010)*, Lausanne, Antipodes, 2018.

ODUL-ASOREY Isabel, « Congé maternité, droit des femmes ? », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], n° 3, 2013.

PAILLET Anne, *Sauver la vie donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, 2007.

PAVARD Bibia, *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2012.

PAVARD Bibia, « Du *Birth Control* au Planning familial (1955-1960) : un transfert militant », *Histoire@Politique*, Vol. 18, n°3, 2012.

PELAGE Agnès, BRACHET Sara, BRUGEILLES Carole, PAILLET Anne, ROLLET Catherine, SAMUEL Olivier, « Alors c'est quoi, une fille ou un garçon ? ». Travail de préparation autour du

genre pendant la grossesse », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 214, n° 4, 2016, pp. 30-45.

PIERRU Frédérique, « La santé au régime néolibéral », *Savoir/Agir*, Vol. 5, n° 3, 2008, pp. 13-24.

PINELL Patrice, « Médicalisation », *in* HAURAY, Boris, FASSIN Didier (dir.), *Santé publique. L'État des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, pp. 425-434.

PINELL Patrice, ZAFIROPOULOS Markos, « La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 24, 1978, pp. 23-49.

PINELL Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 156-157, n°1-2, 2005, pp. 4-36.

PINELL Patrice, « À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ », *in* LEBARON Frédérique, MAUGER Gérard (dir.), *Lectures de Bourdieu*, Paris, Ellipses, 2012, pp. 305-318.

PIOLI David, « Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle », *Sociétés et jeunesses en difficulté* [En ligne], n°1 | Printemps 2006, mis en ligne le 23 octobre 2006, consulté le 20 janvier 2020. URL : http://journals.openedition.org/sejed/106.

POTHET Jessica, « Déprises et réagencement de la maternité. Regards sur les expériences de femmes ayant fait placer leurs enfants », *Genre, sexualité, société* [En ligne], n° 16, 2016.

PRAZ Anne-Françoise, MODAK Marianne, MESSANT Françoise, « "Produire des enfants" aujourd'hui : un défi pour l'analyse féministe », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 30, n° 1, 2011, p. 4-10.

PREARO Massimo, *Le moment politique de l'homosexualité. Mouvements, identités et communautés en France,* Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 2014.

PRUD'HOMME Dorothée, « Du "soin global" au traitement discriminatoire. La prise en charge des patientes identifiées comme roms dans un service de gynéco-obstétrique parisien », *Terrains & travau*x, n° 29, 2016, pp. 85-104.

PRUVOST Geneviève, « Le hors-travail au travail dans la police et l'intérim. Approche interactionniste des coulisses », *Communications*, 2011, Vol. 2 n° 89, pp. 159-192.

PRUVOST Geneviève, « Qui accouche qui ? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile », *Genre, sexualité & société* [En ligne], n° 16, 2016

QUENIART Anne, « Prévention des risques et contrôle social : l'exemple de la maternité », *Déviance et société*, Vol. 13, n° 4, 1989, pp. 327-337.

QUESSADA Dominique, « De la sousveillance. La surveillance globale, un nouveau mode de gouvernementalité », *Multitudes*, n° 40, 2010, pp. 54-59.

REGNIER-LOILIER Arnaud, *Avoir des enfants en France. Désirs et réalités*, Paris, INED, 2007, pp. 37-43.

RICH Adrienne, *Naître d'une femme. La maternité en tant qu'expérience et institution*, Paris, Denoël-Gonthier, 1980.

RICO BERROCAL Raquel, *En quête de soins en contexte de précarité. Suivis ethnographiques de femmes enceintes en Île-de-France*, Thèse de sociologie, EHESS, 2021.

RICO BERROCAL Raquel, LE MENER, *La grossesse et ses malentendus. Rapport du volet anthropologique du projet RéMI (Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis)*, Paris, Observatoire du Samu social de Paris, 2015.

RIVIERES-PIGEAON (DES) Catherine, GAGNE Caroline, VINCENT Diane, *Les paradoxes de l'information sur la dépression postnatale. Mères dépressives mais pimpantes,* Montréal, Éditions Nota Bene, 2012.

ROLLET Catherine, « Nourrices et nourrissons dans le département de la Seine et en France de 1880 à 1940 », *Population*, Vol. 37, n° 3, 1982, pp. 573-604.

ROLLET Catherine, *La Politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e^ République*, Paris, PUF-INED, 1990.

ROLLET Catherine, « La santé et la protection de l'enfant vues à travers les Congrès internationaux (1880-1920) », *Annales de démographie historique*, 2001/1 (n° 101), pp. 97-116.

ROLLET Catherine, « Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ? », *Revue française des affaires sociales*, 2005, pp. 129-156.

ROMITO Patricia, *La naissance du premier enfant. Étude psycho-sociale de l'expérience de la maternité et de la dépression post-partum*, Paris, Delachaux & Niestlé, 1990.

ROSE Nikolas, *Governing the soul. The shaping of the private self*, Londres, Free Association Books, 1999.

ROSE Nikolas, « The Politics of Life Itself », *Theory, Culture & Society*, n° 18, 2001, pp. 1-30.

ROUX Sébastien, « Les meilleurs choix possibles. Savoirs professionnels, allocation d'enfants et hiérarchies sociales dans l'adoption », *in* ROUX Sébastien, VOZARI Anne-Sophie, *Familles : nouvelle génération*, Paris, PUF, 2020.

ROUX Sébastien, *Sang d'encre. Essai sur la fin de l'adoption internationale*, Paris, Vandémiaire, (à paraître).

ROUX Sébastien, VOZARI Anne-Sophie Vozari, « Parents at Their Best: The Ethopolitics of Family Bonding in France », *Ethnography*, Vol. 19, n° 1, 2018, pp. 17-29.

ROUX Sébastien, VOZARI Anne-Sophie, « L'ordre des familles », *in* ROUX Sébastien, VOZARI Anne-Sophie, *Familles : nouvelle génération*, Paris, PUF, 2020.

ROZEE-GOMEZ Virginie, « Les normes de la maternité en France à l'épreuve du recours transnational de l'assistance médicale à la procréation », *Recherches familiales*, 2015, pp. 43-55.

RUHL Lealle, « Liberal Governance and Prenatal Care : Risk and Regulation in Pregnancy », *Economy and Society*, Vol. 28, n° 1, 1999, pp. 95–117.

SAGE-PRANCHERE Nathalie, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle) », *Annales de démographie historique*, Vol. 127, 2014, n° 1, pp. 181-208.

SAGE-PRANCHERE Nathalie, *L'École des sages-femmes. Naissance du corps professionnel, 1786-1917*, Tours, Presses universitaires François Rabelais, 2017.

SÄNGER Eva, « Obstetrical care as a matter of time : ultrasound screening, temporality, and prevention », *History and philosophy of the life sciences*, 2015, Vol. 37, n° 1, pp. 105-120.

SAUTERAU Manuelle, « Aux origines de la pédiatrie moderne : le Docteur Léon Dufour et l'oeuvre de la "Goutte de lait" (1894-1928) », *Annales de Normandie*, Vol. 41, n° 3, 1991, pp. 217-233.

SAUVEGRAIN Priscille, « La santé maternelle des "Africaines" en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales [en ligne]*, Vol. 28, n° 2, 2012, pp. 81-100.

SCHWARTZ Olivier, « L'empirisme irréductible », *in* ANDERSON Nels, *Le Hobo, sociologie du sans-abri*, Paris, Armand Colin, 2011 [1993], pp. 335-384.

SCHWARTZ Olivier, « La pénétration de la "culture psychologique de masse" dans un groupe populaire : paroles de conducteurs de bus », *Sociologie*, Vol. 2, n° 4, 2011, pp. 345-361.

SERRE Delphine, « Le "bébé superbe" : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *Sociétés contemporaines*, Vol. 31, n° 3, 1998, pp. 107-127.

SERRE Delphine, *Les coulisses de l'État social: enquête sur les signalement d'enfant en danger*, Paris, Raisons d'agir, 2009.

SERRE Delphine, « Les assistantes sociales face à leur mandat de surveillance des familles. Des professionnelles divisées », *Déviance & Société*, Vol. 34, n°2, 2010, pp. 149-162.

SKEGGS Beverly, *Des femmes respectables. Classe et genre en milieu populaire*, Marseille, Agone, 2015.

SOULET Marc-Henry, « Changement identitaire, vulnérabilité et agir faible », *in* BUTRON-JEANGROS Claudine, MAEDER Christoph (dir.), *Identité et transformation des modes de vie*, Zürich, Seismo, 2011, pp. 85-99.

SPIRE Alexis, *Accueillir ou reconduire : enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, 2008.

STOLER Ann Laura, *La chair de l'empire. Savoirs intimes et pouvoirs raciaux en régime colonial*, Paris, La Découverte, 2013.

STRAUSS Anselm, *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Éditions Métaillié, 1992.

STRAUSS Anselm et *al*., « Maladie et trajectoires », *in* STRAUSS Anselm, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, Éditions L'Harmattan, 1992, pp. 143-175.

SUAUD Charles, *La Vocation. Conversion et reconversion des prêtres ruraux*, Paris, Éditions de Minuit, 1978

SUSSMAN Georges, *Selling Mothers' milk. The Wet-Nursing Business in France, 1715-1914*, Urbana, University of Illinois Press, 1982.

TABET Paola, « Fertilité naturelle, reproduction forcée », *in* MATHIEU Nicole-Claude (dir.), *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1985, pp. 61-131.

TABET Paola, *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*, Paris, L'Harmattan, 1998.

TAGUIEFF Pierre-André, « L'introduction de l'eugénisme en France du mot à l'idée », *Mots. Les langages du politique*, n° 26, 1991, pp. 23-45.

TAIN Laurence, *Le Corps reproducteur*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2014.

TAYLOR Verta, « Self-labeling and women's mental health : postpartum illness and the reconstruction of motherhood », *Sociological focus*, Vol. 28, n° 1, 1995, pp. 23-47.

THEBAUD Françoise, *Quand nos grands-mères donnaient la vie : la maternité en France dans l'Entre-deux guerres*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1986.

THIAUDIERE Claude, « La protection maternelle et infantile : politique de santé publique et spécialisation médicale », *Regards sociologiques*, n° 29, 2004, pp. 23-34.

THOITS Peggy A., « Self-labelling Process in Mental Illness: The Role of Emotional Deviance », *American Journal of Sociology*, Vol. 91, n° 2, 1985, pp. 221-249.

THOITS Peggy A., « The Sociology of Emotions », *Annual Review of Sociology*, Vol. 15, 1989, pp. 317-342.

THOITS Peggy A., « Emotional Deviance: Research Agendas », *in* KEMPER Theodor D. (dir.), *Research Agendas in the Sociology of Emotions*, 1990, pp. 180-203.

TOPALOV Christian (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France (1880-1914)*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1999.

VALENTINI Hélène, « De quoi parle-t-on dans les rencontres prénatales ? », *in* SAILLANT Francine, O'NEIL Michèle (dir.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1987, pp. 343-365

VERBA Daniel, *Le métier d'éducateur de jeunes enfants. Un certain regard sur l'enfant*, Paris, La Découverte, 2014.

VIGARELLO Georges, « L'intolérable de la maltraitance infantile. Genèse de la loi sur la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés en France », *in* FASSIN Didier, BOURDELAIS Patrice (dir.), *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte, 2005, pp. 111-127.

VILAIN Annick et SCHEIDEGGER Suzanne, « Disparités sociales et surveillance de grossesse », *Études et résultats*, n° 552, 2007.

VILLAC Michel, STROBEL Pierre, COMMAILLE Jacques, *La politique de la famille*, Paris, La Découverte, 2002.

VILLE Isabelle, LOTTE Lynda, « Les politiques de prévention des handicaps à la naissance en France : regards historiques », *Recherches familiales*, Vol. 12, n° 1, 2015, pp. 27-41.

VIROLE Louise, *Grossesse et Reconnaissance du sujet. Parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes en France*, Thèse de doctorat en sociologie, EHESS, 2018.

VOLDMAN Danièle, WIEVIORKA Annette, *Tristes grossesses. L'affaire des époux Bac (1953-1956)*, Paris, Seuil, 2019.

VOZARI Anne-Sophie, « Les ambivalences de l'intervention sociale en direction des familles. La Protection Maternelle et Infantile, entre "protection de l'enfance" et "soutien à la parentalité" », *Dossier d'études*, n° 136, CNAF, 2010.

VOZARI Anne-Sophie, « "Surveiller" pour "veiller sur" en Protection maternelle et infantile », *in* KNIBIEHLER Yvonne, ARENA Francesca, CID LOPEZ Maria, *La maternité à l'épreuve du genre. Métamorphoses et permanences de la maternité dans l'aire méditerranéenne,* Rennes, Presses de l'EHESP, 2012, pp. 109-116.

VOZARI Anne-Sophie, « Recruter de "bonnes" assistantes maternelles. La sélection à l'entrée d'un emploi féminin non qualifié », *Sociétés contemporaines*, Vol. 95, n° 3, 2014, pp. 29-54.

VUILLE Marilène, « L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980 », *Travail, genre et sociétés*, Vol. 34, n° 2, 2015, pp. 39-56.

WEBER Florence, *Penser la parenté aujourd'hui. La force du quotidien,* Paris, Éditions Rue d'Ulm, 2013.

WELLER Jean-Marc, *L'État au guichet : sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.

Rapports, documents, textes de lois

BASSET Christiane, « La protection maternelle et infantile », *Les avis du Conseil Économique, Social et Environnemental*, Octobre 2014.

BLONDEL Béatrice et *al*., *Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998*, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 2005.

BLONDEL Béatrice, KERMARREC Morgane, *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011.

BRÉART Gérard, PUECH Francis, ROZÉ Jean-Christophe, *Vingt propositions pour une politique périnatale*, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003.

CIANE, « Les usagers s'organisent pour contribuer à améliorer les conditions de naissance en France - Présentation et propositions du CIANE », *Document de travail*, 2003.

COLLET Marc, « Satisfaction des usagers des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », *Études et résultats*, n° 660, 2008.

COMMISSION DES 1000 PREMIERS JOURS, « Les 1000 premiers jours. Là où tout commence », Ministère des Solidarités et de la Santé, Septembre 2020.

COUR DES COMPTES, *Les maternités. Cahier 1 : Analyse générale*, 2014

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, « Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) », Recommandations professionnelles, Novembre 2005.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés », *Recommandation de bonne pratique*, Mars 2014.

HERMANGE Marie-Thérèse, *Périnatalité et parentalité*, Ministère de la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 2006.

INSERM-DREES, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016 - Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*, Paris, Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère du Travail, Ministère de l'Action et des Comptes publics, 2017.

JOURNAL OFFICIEL, *Circulaire du 29 novembre 1985 Relative à la sensibilisation des personnels de maternité à l'accueil des enfants nés avec un handicap et de leur famille*

LOPEZ Alain et *al*., *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*, IGAS, 2011.

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, « Humanité, proximité, sécurité, qualité », *Plan Périnatalité 2005-2007,* Novembre 2004.

PEYRON Michèle, « Pour sauver le PMI, agissons maintenant ! », Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019.

PLANÈTE PUBLIQUE. CONSEIL EN POLITIQUES PUBLIQUES, *Évaluation du plan périnatalité 2005-2007*, Direction Générale de la Santé, Ministère de la santé de des sports, 2010.

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, « Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir », 6ème rapport de l'*Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015*, Janvier 2021.

SNMPMI, *Enquête sur le statut, le recrutement et les effectifs des médecins de PMI*, 2011.

UNAF, « Regards de femmes sur leur maternité », Enquête périnatalité, 2010.

Littérature professionnelle

DAVID Myriam, APPELL Geneviève, « La relation mère-enfant. Étude de cinq "pattern" d'interaction entre mère et enfant à l'âge de un an », *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. IX, n° 2, 1966, pp. 445-531.

DAVID Myriam, APPELL Geneviève Appell, *Lóczy ou le maternage insolite*, Toulouse, ERES, 2008 [1973].

DAVID Myriam, *Prendre soin de l'enfance. Textes et commentaires recueillis par Marie-Laure Cadart*, Toulouse, ERES, 2014.

DAVIDSON Françoise, « Introduction », *Enfance*, Vol. 20, n° 5, 1967.

LEBOVICI Serge, DIATKINE René, SOULE Michel, « Préface de la 1ère édition », *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 4 volumes*. Paris, Presses Universitaires de France, 2004, p. XXI.

LELONG Marcel, LEBOVICI Serge, « Problèmes psychologiques et psychopathologiques posés par l'enfant à l'hôpital », *Archives françaises de pédiatrie*, 1955, Vol. 12, n° 2, pp. 349-367.

LEZINE Irène, « Le devenir de l'ancien prématuré », *in* KESTEMBERG Évelyne (dir.)., *Le devenir de la prématurité,* Paris, Presses Universitaires Françaises, pp. 59-77.

MINKOWSKI Alexandre, *Pour un nouveau-né sans risque*, Paris, Stock, 1976.

MISSIONNIER Sylvain, « Entretien avec Michel Soulé. Son œuvre, sa vie », *in* MISSONNIER Sylvain (dir.), *Michel Soulé. De la psychiatrie de l'enfant à la psychiatrie fœtale, Toulouse,* ERES, 2015.

MOLENAT Françoise, *Mères vulnérables. Les maternités s'interrogent*, Paris, Stock, 1992.

NETECHINE Serge, « Rôle de la psychologue dans la crèche », *Enfance*, Vol. 20, n° 5, 1967, pp. 387-413.

NEZLOF Sylvie, RAINELLI Christine, « Y a-t-il une spécificité des soins en unité mère-enfant temps plein ? », *Pluriels. La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*, n° 80, novembre 2009.

OATES Margareth, « Perinatal psychiatric disorders : a leading cause of maternal morbidity ans mortality », *British Medical Bulletin*, n° 63, 2003, pp. 219-229.

RACAMIER Paul-Claude, « La mère et l'enfant dans les psychoses du postpartum », *L'évolution psychiatrique*, Vol. 26, n° 4, 1961, pp. 525-557.

RACAMIER Paul-Claude, « À propos des psychoses de la maternalité », *in* SOULE Michel (dir.), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, Paris, ESF, 1978, pp. 42-51.

SOULÉ Michel (dir.), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, Paris, ESF, 1978.

SOULÉ Michel, « La rencontre des pédopsychiatres avec l'accueil familial », *in* ROTTMAN Hana, RICHARD Pascal (dir.), *Se construire quand même. L'accueil familial : un soin psychique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009.

WEILL-HALLÉ Benjamin, *La puériculture et son évolution. Leçon faite à l'Ecole de puériculture*, le 15 janvier 1929

Annexes

Annexe 1 : Synthèse du déroulement de l'enquête

Annexe 2 : Les entretiens auprès des professionnel·les

Annexe 3 : Le discours de l'association « Le mal de mère »

Annexe 4 : Propriétés des patientes rencontrées

Annexe 5 : Publications et formations de la psychiatrie périnatale

Annexe 6 : Exemples de dispositifs de la psychiatrie périnatale

PMI (février 2011 - mai 2012)

- Observations de l'activité de l'équipe de PMI de Souchet.

  En particulier : permanence de puériculture (n≈100), consultations (n≈40), entretien prénatal précoce (n= 9), réunions (n≈20), *La Pause* (n= 6 matinées), « actions collectives » (n= 4), bilan de santé en école maternelle (n = 2), « tournée maternité » (n=3), « Journées annuelles de formation à la psychopathologie périnatale » (n= 4)

- Entretiens semi-directifs auprès de 27 professionnel·les de PMI.

Pôle Femme-Enfant (janvier 2012 - juin 2013)

Service de gynéco-obstétrique-maternité & Service de psychiatrie infanto-juvénile

- Observations, en particulier : staff (n=12), entretien prénatal (n=27), gardes en suites de couches (n=3), consultations des psychologues (n≈50, visites dans les services comprises)
- Entretiens semi-directifs auprès de 9 professionnel·les du Pôle Femme-Enfant
- Entretiens semi-directifs auprès de 5 patientes suivies pour une « dépression »

Association « Le mal de mère » (octobre - décembre 2014)

- « Journée d'information et de sensibilisation à la difficulté maternelle »
- Entretiens semi-directifs auprès de 5 femmes, membres de l'association, ayant été traitées pour une « dépression »

Annexe 2 : Entretiens auprès des professionnel·les

J'ai conduit des entretiens semi-directifs (parfois répétés) auprès de **37 professionnel·les** :

- **27 professionnel·les de PMI** sur le département enquêté

Six médecins, trois psychologues, deux sages-femmes, sept puéricultrices, quatre infirmières, une auxiliaire de puériculture, quatre secrétaires.

- **8 professionnel·les du Pôle Femme-Enfan**t :

Deux pédopsychiatres, deux psychologues (dont l'une est la retraite), un infirmier cadre de santé, une infirmière en psychiatrie, une éducatrice spécialisée, une éducatrice de jeunes enfants. À ces entretiens s'ajoutent les conversations informelles au cours des observations au Pôle Femme-Enfant avec (entre autres) : les deux sages-femmes en charge des EPP (Odile et Laurence), une sage-femme cadre de santé, trois psychologues (Margot, Emma, Raphaëlle), l'interne en psychiatrie infanto-juvénile (Charles)

- Entretiens complémentaires auprès de **2 pédopsychiatres, spécialisées en périnatalité**, n'exerçant pas sur le terrain (Dr Molénat, Dr Leblanc)

Si l'ensemble des entretiens a été mobilisé pour l'analyse tableau ci-dessous répertorie les personnes

Professionnel·les de PMI		
Pseudonyme	*Âge*	*Profession (et ancienneté)*
Sages-femmes		
Fabienne	57 ans	Sage-femme en PMI (depuis 36 ans)
Sylvaine	58 ans	Sage-femme en PMI (depuis 14 ans) – 2 entretiens
Puéricultrices		
Blandine	50 ans	Puéricultrice encadrante en PMI (depuis 4 ans)
Constance	43 ans	Puéricultrice en PMI (depuis 18 ans)
Evelyne	56 ans	Puéricultrice en PMI (depuis 33 ans)
Fanny	34 ans	Puéricultrice en PMI (depuis 5 ans)
Maud	32 ans	Puéricultrice en PMI (depuis 4 ans)
Sophie	40 ans	Puericultrice en PMI (depuis 3 ans)
Infirmières		
Aminata	40 ans	Infirmière en PMI (depuis 7 ans)
Brigitte	54 ans	Infirmière en PMI (depuis 9 ans) – 2 entretiens

Édith	51 ans	Infirmière en PMI (depuis 9 ans) En cours de reconversion : conseillère conjugale et familiale
Secrétaire		
Pauline	33 ans	Secrétaire en PMI (depuis 5 ans)
Psychologues		
Aline	46 ans	Psychologue en PMI (depuis 22 ans)
Florence	54 ans	Psychologue en PMI (depuis 3 ans) Anciennement puéricultrice en PMI pendant 26 ans – 2 entretiens
Maïté	58 ans	Psychologue en PMI (depuis 38 ans)
Médecins		
Dr Amadeo	57 ans	Médecin généraliste en PMI (depuis 20 ans)
Dr Ballière	52 ans	Médecin généraliste en PMI (depuis 25 ans)
Dr Beachelen	64 ans	Médecin généraliste en PMI (depuis 27 ans)
Dr Deckens	52 ans	Cheffe de service Médecin généraliste en PMI (en PMI depuis 25 ans)
Dr Pichard	66 ans	Médecin-pédiatre en PMI (depuis 40 ans) – 2 entretiens
Dr Zined	42 ans	Médecin généraliste en PMI (exercice mixte près de 20 ans)
Professionnel·les du Pôle Femme-Enfant		
Psychologues		
Antoinette	68 ans	Psychologue en gynéco-obstétrique au Pôle Femme-Enfant (pendant 11 ans, à la retraite)
Élise	55 ans	Psychologue en gynéco-obstétrique au Pôle Femme-Enfant (depuis 3 ans) Anciennement éducatrice spécialisée pendant 27 ans
Membres de l'équipe de l'UPSP		
Mickaël	40 aine	Infirmier cadre de santé en psychiatrie infanto-juvénile
Sabine	47 ans	Éducatrice de jeunes enfants à l'UPSP
Marie	50 ans	Infirmière en psychiatrie à l'UPSP
Nathalie	51 ans	Éducatrice spécialisée à l'UPSP
Pédopsychiatres		
Dr Denis	50 aine	Pédopsychiatre au service de psychiatrie infanto-infante-juvénile
Dr Bouraya	50 aine	Pédopsychiatre. Cheffe du service de psychiatrie infanto-juvénile

Annexe 3 : Le discours de l'association « Le mal de mère »

L'association, que j'ai renommé « Le mal de mère », est née en 2006 d'un forum de discussion entre mères ouvert en 2003 par une ancienne patiente d'une unité mère-bébé. Le discours de l'association est très emprunt des savoirs de la psychiatrie périnatale – elle même nourrie de psychanalyse – et ce quand bien même elle cherche à se dégager de la nosographie psychiatrique pour désigner la souffrance psychique des mères. Les extraits suivants sont issus du site internet de l'association. Leur présentation vise à donner à voir le discours porté par l'association.

Une définition de la maternité comme d'un processus psychique naturel potentiellement bouleversant et nécessitant un « accompagnement thérapeutique spécifique » :

> « "On ne naît pas mère, On le devient… C'est un long parcours qui retrouve un trésor laissé de côté depuis l'enfance, constitué pendant l'enfance : la mère est un secret d'enfance." Jean-Marie Delassus [pédopsychiatre qui fût l'interne de Paul Claude-Racamier].
>
> La maternité humaine est un temps de remaniements psychiques majeurs, nécessaires et incontournables, pour pouvoir accueillir et donner naissance à son enfant. Devenir mère s'apparente alors à un voyage intérieur, véritable retour sur soi et en soi, où, comme pour toute aventure humaine, peuvent surgir des moments inattendus, déstabilisants, incompréhensibles à soi et à autrui et extrêmement douloureux. Ces états de la maternité sont encore aujourd'hui largement sous-estimés et relégués au second plan dans la surveillance médicale de la naissance.
>
> De surcroit, parents ou futurs parents n'en sont pas suffisamment prévenus et informés. Pourtant plus d'une femme sur 10 en France, soit plus de 85 000 personnes chaque année, peut se retrouver en souffrance psychique pendant sa grossesse, après la naissance ou bien encore après l'accueil de son enfant dans le cadre d'une maternité adoptive.
>
> Il nous a semblé en effet important de rappeler que le sentiment maternel […] peut prendre du temps et nécessiter un accompagnement thérapeutique spécifique. »

La « difficulté maternelle », une définition de la souffrance psychique des mères :

> « L'expression "difficulté maternelle" recouvre l'ensemble des manifestations émotionnelles, psychiques et somatiques, douloureuses et pathologiques, qui surgissent pendant une grossesse ou après une naissance et qui découlent des achoppements ou blocages dans le processus psychique de maternité. Les effets et/ou conséquences peuvent être perceptibles tant chez la mère que chez l'enfant.
> Pourquoi ce choix ? Cette expression :
> - suggère qu'il ne s'agit pas seulement de maladie ou de symptômes dépressifs mais aussi d'émotions, de bouleversements, de pensées et de questionnements multiples.
> - replace ce problème de santé dans son contexte/milieu « naturel » à savoir la maternité psychique.
> - est plus respectueuse de l'identité et de l'histoire des mères (ne les épingle pas d'office comme étant des mères « à part », des mères malades ou déprimées).
> - ne doit pas être confondue avec les difficultés des mères au quotidien sur le plan matériel, physique et émotionnel : lassitude, énervement, ras le bol, solitude, éducation, défaut d'autorité ... Toutes émotions ou situations dicibles parce que la maternité en cours va relativement bien. La difficulté maternelle ce n'est pas « l'envie de jeter le bébé par la fenêtre » mais plutôt celle de se jeter soi-même par la fenêtre, parce que plus rien ne va depuis cette naissance.
> - parce que ce terme ne fait pas référence à une quelconque nosographie psychiatrique, beaucoup de mères s'y retrouvent et osent/s'autorisent à en parler. »

Le genre de la souffrance parentale :

> « Pourquoi avoir choisi le nom [le mal de mère] et le parti pris d'évoquer essentiellement des souffrances maternelles ?
> Il nous a été parfois reproché de ne pas avoir choisi un autre nom tel que [le mal des parents] et de ne pas mentionner également/égalitairement les souffrances psychiques des hommes devenant pères. Il est curieux de constater qu'on ne puisse pas évoquer la maternité, les mères, la naissance de leur bébé sans être quasi systématiquement ramenée (rappelée à l'ordre ?) à l'obligation d'évoquer en parallèle les pères, leur paternité, leur rôle, leur présence et leur importance « aussi ».
>
> […]
>
> Même si les symptômes ou troubles peuvent être semblables, et qu'il convient d'écarter la tentation stérile de vouloir comparer les souffrances des mères et des pères, nous pensons au sein de [l'association Le mal de mère] que les modalités psychiques qui mènent ou pas à la paternité ou la maternité sont différentes et que cette différence jusque dans les dysfonctionnements éventuels reste encore à préciser. Comme le formule encore Monique Bydlowski [psychanalyste] : « La naissance est une épreuve pour chacun du couple, mais là encore, à la mesure de ce que la différence des sexes impose. »
>
> Nous sommes bien conscientes que l'accès à la paternité pour un homme peut se révéler problématique voire dramatique. Nous le savons d'autant mieux que cette difficulté peut venir creuser celle de sa compagne et même – ce que l'on sait un peu moins - venir concurrencer la maternité fragile d'une mère quand le père dénie sa propre souffrance en se « posant » comme étant la seule bonne mère possible pour l'enfant.
>
> [L'association Le mal de mère] est donc dédiée à la part de maternité qui n'appartient qu'aux femmes : cette part qui peut les déstabiliser, faire qu'elles doutent au point de s'effondrer, qui peut les amener à faire mal comme à se faire du mal.
>
> Voilà pourquoi le nom de [Le mal de mère] demeure tel que depuis 10 ans et persiste à ne pas se parentaliser.
>
> Ce qui n'empêche pas notre association de rappeler, à chaque occasion donnée, qu'il existe aussi une difficulté paternelle, peut-être même encore plus tabou et interdite d'expression pour le moment. Elle ne peut qu'inviter les hommes et les pères à s'en ouvrir eux-même ».

La promotion des dispositifs de la psychiatrie périnatale :

> « Les unités mère-enfant (UME) constituent dans le cadre du soin et de l'accompagnement des difficultés maternelles, l'un des moyens thérapeutiques les plus adéquats. Leur structure hospitalière offre tout à la fois un cadre protecteur et valorisant mais surtout contenant et continu, qui permet de recueillir tout effondrement maternel et même de favoriser sa survenue, afin que les possibilités du transfert maternel puissent se mettre en place. Hélas leur qualité thérapeutique compense insuffisamment leur déficit en nombre. Si elles diffèrent quelque peu, les unes des autres, dans la conduite des soins qu'elles proposent, et dans leur manière de concevoir les troubles du post-partum et de la maternité, elles poursuivent néanmoins un même but : celui de permettre à une mère - en aménageant un lieu et un espace-temps protégés - de lâcher prise, de s'effondrer en quelque sorte pour se retrouver soi-même. […] S'il ne nous appartient pas ici d'entrer dans des divergences et des querelles de clinique - qui, si elles existent, n'ont pas eu jusqu'à présent et à notre connaissance, de répercussions sur l'accueil et la prise en charge des mères et de leurs bébés, nous regrettons cependant le manque de fédération et de concertation entre ces différents professionnels. Fédération et concertation qui pourraient peut-être obtenir du Ministère de la santé (entre autres) davantage d'unités mère-enfant en France et en Belgique et/ou de moyens humains et financiers dans ce domaine de santé publique ».

Pseudonyme (lieu de recrutement)	Âge	Diplôme	Profession	Profession du conjoint	Enfants (nombre et âges)	Profession des parents	Prise en charge
Aurélie (UPSP)	**37 ans**	DESS	Consultante en organisation et management (en congé parental)	Ouvrier qualifié dans le BTP (chef d'équipe)	Deux enfants 6 ans 1 ans	Père : gérant d'une chaîne de magasin Mère : enseignante (au foyer depuis la naissance de son premier enfant)	Psychologue + pédopsychiatre de l'UPSP au cours de sa deuxième grossesse Suivi à domicile de l'UPSP suite à la naissance de son deuxième enfant Suivi psychologique en CMP depuis
Coralie (UPSP)	**36 ans**	Licence LEA	Assistante commerciale (en arrêt longue maladie)	Ingénieur	Deux enfants 6 ans 2 ans	« Travaillaient dans une OPAC »	Psychologue + pédopsychiatre de l'UPSP depuis la naissance de son deuxième enfant
Elizabeth (association)	**65 ans**	Diplôme d'assistante sociale	Assistante sociale (à la retraite)	Responsable d'une maison de quartier (animateur socio-culturel)	Deux enfants 30 ans (master sciences de l'éducation) 24 ans (ingénieur)	Agriculteurs	Psychanalyse pendant 12 ans suite à la naissance de son premier enfant

Pseudonyme (lieu de recrutement)	Âge	Diplôme	Profession	Profession du conjoint	Enfants (nombre et âges)	Profession des parents	Prise en charge
Eloise **(UPSP)**	**37 ans**	Bac Pro « Sciences et Technologies Tertiaires » Bac Pro « Logistique »	Service national (2 ans) Secrétaire médicale (7 ans) Logisticienne (4 ans) En congé parental Reconversion en cours : professeure des écoles	Commandant Armée de terre	Deux enfants 11 ans 19 mois Enceinte au cours de sa première consultation	Ouvriers agricoles devenus exploitants	4 consultations avec la psychologue de l'UPSP au cours de sa 3ème grossesse Prescription d'antidépresseurs par son généraliste 6 mois après la naissance de son 3ème enfant Cherche une psychologue en libéral au cours de notre deuxième entretien, un an après la naissance de son 3ème enfant

Pseudonyme (lieu de recrutement)	Âge	Diplôme	Profession	Profession du conjoint	Enfants (nombre et âges)	Profession des parents	Prise en charge
Elsa (association)	**42 ans**	Diplôme de psychologue	Consultante	Cadre en entreprise (au chômage)	Deux enfants 11 ans 7 ans	Père : directeur d'établissement scolaire « Après il a dégringolé socialement, il a foutu sa carrière par terre et il a repris une maison de la presse, après il a vécu du RSA et maintenant il est à la retraite » Mère : au foyer puis reprise d'études à 25 ans, après la naissance de son dernier enfant, depuis conseillère d'orientation	6 ans de psychanalyse

Pseudonyme (lieu de recrutement)	Âge	Diplôme	Profession	Profession du conjoint	Enfants (nombre et âges)	Profession des parents	Prise en charge
Hélène (association)	**35 ans**	NR	Documentaliste	NR	Deux enfants	NR	Hospitalisée pendant deux mois en psychiatrie pour une dépression du post-partum après la naissance de son premier enfant + Prise en charge en hôpital de jour
Johanna **(UPSP)**	**31 ans**	DESS Langes étrangères	Consultante marketing	Contrôleur de gestion	Un enfant 2 ans et demi Enceinte de son deuxième enfant au cours de sa première consultation	Père : technicien électronique à la retraite (après 8 ans de chômage) Mère : au foyer	5 consultations avec la psychologue de l'UPSP + 1 consultation avec l'interne + 3 visites à domicile de l'équipe de l'UPSP

Pseudonyme (lieu de recrutement)	Âge	Diplôme	Profession	Profession du conjoint	Enfants (nombre et âges)	Profession des parents	Prise en charge
Mathilde (gynéco-obstétrique)	**35 ans**	DESS d'ergonomie	« Chargée d'écoute et d'assistance » dans une entreprise de télé-assistance	Informaticien (Diplômé d'un DUT)	Deux enfants 7ans 10 mois	Père : agent EDF, « a fini avec un statut cadre) Mère : Secrétaire (au foyer après la naissance de son deuxième enfant)	4 consultations avec la psychologue de gynéco-obstétrique pendant sa deuxième grossesse. Suivie par une psychologue en libéral depuis la naissance
Marianne (association)	**40 ans**	Diplôme d'éducatrice de jeunes enfants Veut suivre un DU en psychopathologie périnatale	Educatrice de jeunes enfants	Conseiller pôle emploi	2 enfants 3 ans et demi 16 mois	Père : ingénieur Mère : au foyer Frères : chercheur au CNRS, ingénieur en informatique, chirurgien	Pédopsychiatre suite à la naissance de son premier enfant Psychologue à la maternité au cours de sa seconde grossesse Hospitalisation 5 mois en UMB Psychanalyse + pédopsychiatre

Annexe 5 : Publications et formations de la psychiatrie périnatale

Les premières publications faisant mention de la « psychiatrie périnatale » apparaissent, en France, à la fin des années 1990.

- Anne-Laure Sutter, Marc Bourgeois (dir.), *Les unités mère enfant en psychiatrie périnatale*, Paris, PUF, 1996.

Descriptif de l'éditeur : « Dans le cadre de la psychiatrie périnatale, se sont progressivement développés, depuis près de cinquante ans, des réseaux et des unités mère-enfant permettant des soins et des hospitalisations conjointes protégeant l'installation du lien mère-bébé, en Grande-Bretagne surtout, mais aussi en France, avec des bases théoriques, des finalités et des pratiques différentes qu'il est intéressant de comparer. Cet ouvrage aborde les troubles psychiatriques gravido-puerpéraux et les vicissitudes de la maternalité, leurs éventuelles conséquences sur l'attachement et le développement de l'enfant, et les modalités thérapeutiques propres à cette situation. Sont présentés les divers types d'unités, ainsi qu'une synthèse des travaux scientifiques actuels ».

- Philippe Mazet, Serge Lebovici (dir.), *Psychiatrie périnatale. Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie*, Paris, PUF, 1998.

Cet ouvrage est issu du « Premier Congrès international de psychiatrie périnatale », tenu à Monacao en janvier 1998.

Descriptif de l'éditeur : « Cet ouvrage est le premier en langue française qui soit entièrement consacré à ce champ. Celui-ci concerne, outre les psychiatres proprement dits, les psychologues et les psychanalystes, tous les médecins, sages-femmes, infirmières, puéricultrices et professionnels qui sont confrontés à des difficultés, voire à des troubles psychologiques dans cette période périnatale, qui s'étend de la conception de l'enfant aux premières semaines et mois de sa vie. L'ouvrage est ainsi amené à aborder dans une perspective de santé globale à la fois curative et préventive - à travers les périodes respectives concernant l'avant et l'au-delà de la conception, la grossesse, l'accouchement et la naissance, la période postnatale - tout ce qui concerne la mise en place et l'évolution des processus de parentalité, de développement psychique de l'enfant et des premières relations entre celui-ci et ses parents. La dernière partie est centrée sur l'abord des aspects sociaux et culturels, tant ce qui concerne la venue d'un bébé est au cœur non seulement du contexte familial mais aussi social dans ses différentes composantes économique et culturelle. Nous pensons que cet ouvrage peut réellement aider tous les professionnels travaillant dans ce champ de la périnatalité. »

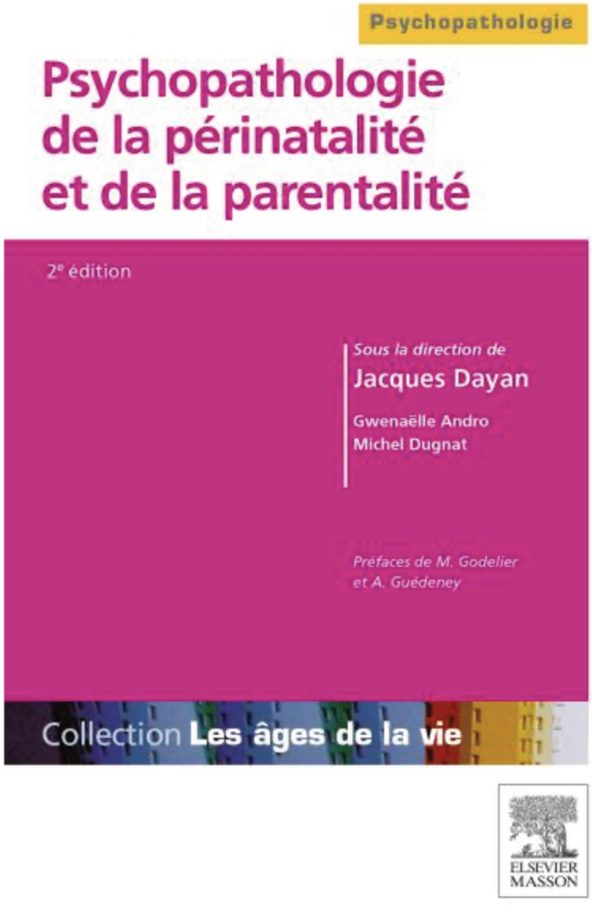
Depuis plusieurs « manuels » ont été édités au cours des années 2000-2010, signe de la progressive formalisation d'une spécialité et de l'existence d'un marché. Attestant de l'extension du domaine d'intervention de la psychiatrie périnatale, les deuxièmes éditions intègrent des questions jusqu'alors laissées à la marge de cette clinique comme l'adoption, l'AMP, l'homoparentalité ou la place des pères.

Le premier date de 2003 et a été réédité en 2014.

- Jacques Dayan, Gwenaelle Andro, Michel Dugnat (dir.), *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*, Paris, Masson, 2014 [2003]

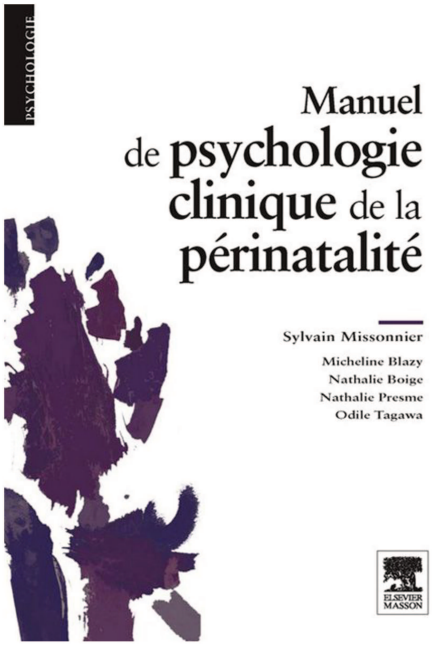
Descriptif de l'éditeur en 2014 :
« La psychiatrie périnatale, discipline en plein essor, trouve dans cet ouvrage la première synthèse des travaux internationaux sur le sujet, abordée dans les dimensions clinique, épidémiologique et psychodynamiques. Les principaux troubles psychiques contemporains de la grossesse et du post-partum sont analysés avec précision. Les conséquences sur le développement de l'enfant, ainsi que le retentissement maternel des principales complications obstétricales ou néonatales sont ensuite examinés. L'auteur expose les nouveaux concepts utilisés en psychiatrie (dépression du post-partum, parentalité, etc.), les récentes méthodes de travail (unités d'hospitalisation mère-enfant, psychiatrie de liaison périnatale, etc.) et les principales options thérapeutiques. Un grand nombre de vignettes cliniques complètent le livre ».

Descriptif de l'éditeur en 2014 (qui dénote d'un élargissement du domaine d'intervention de la spécialité) :



« Cet ouvrage rassemble les éléments essentiels à l'approche de la psychopathologie périnatale. Cette deuxième édition, actualisée et remaniée, présente les différents troubles dans une perspective clinique. La psychopathologie est éclairée d'études provenant de disciplines connexes dont, notamment, la biologie mais également la sociologie et l'anthropologie, indispensables aujourd'hui à l'étude de la parentalité. Les hypothèses théoriques sont rapportées aux recherches qui les sous-tendent avec près de mille références bibliographiques. La première partie s'attache à l'étude de la parentalité et notamment à la formation des couples, aux séparations, au désir et projet d'enfant, à l'abandon et à l'adoption, à l'homoparentalité et aux grossesses à l'adolescence. La deuxième partie a pour objet la psychopathologie périnatale proprement dite. Les questions classiques de la dépression périnatale et des psychoses puerpérales sont actualisées. D'autres thèmes sont approfondis ou réexaminés : l'addiction et la maternité, les troubles anxieux, le deuil et sa prise en charge, l'infanticide et le déni de grossesse, les troubles du comportement alimentaire, la schizophrénie. Le chapitre sur les troubles de la paternalité est profondément remanié. Les conséquences physiologiques et psychologiques sur l'enfant des différents troubles sont exposées et discutées. Le dernier chapitre porte sur les thérapeutiques - psychotropes, psychothérapies et soins institutionnels - avec de nombreuses références pour une aide à la décision. »

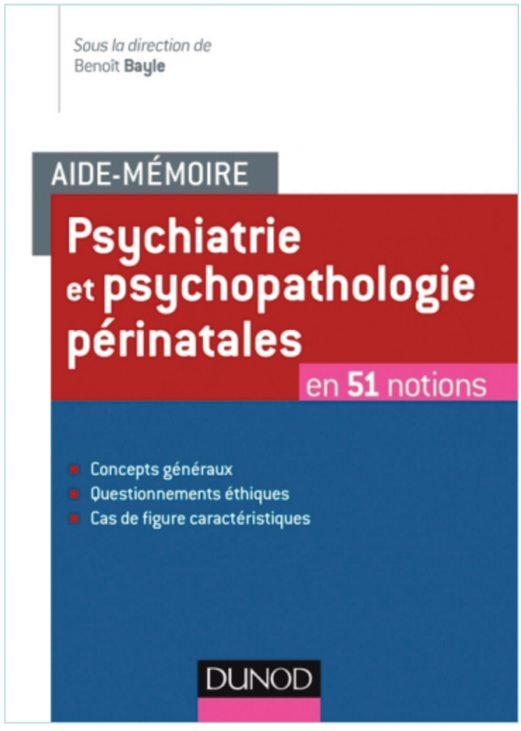
• Sylvain Missonnier (dir.) *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Paris, Elsevier Masson, 2021 [2012]



Descriptif de l'éditeur en 2021 : « La psychologie clinique périnatale occupe une place privilégiée au sein d'une clinique contemporaine riche de sa diversité, à la fois parce qu'elle s'intéresse aux multiples variations psychologiques et psychopathologiques de la rencontre fondatrice du « devenir parent » et du « naître humain », et parce qu'elle est à l'œuvre dans différents cadres, libéraux et institutionnels, indissociables des stratégies préventives en réseau. Enfin, au cœur de la rencontre interdisciplinaire, elle représente une interface fédératrice dans un objectif de construction mutuelle innovante. Ainsi, la psychologie clinique périnatale apporte simultanément des outils pertinents pour comprendre les dysharmonies relationnelles parents/ embryon/fœtus/bébé, les souffrances familiales, mais aussi pour engager une réflexion clinique et éthique essentielle sur les conditions d'existence d'une fonction soignante bientraitante.

Cette deuxième édition, entièrement revue et actualisée par une équipe interdisciplinaire de praticiens de la périnatalité, s'est enrichie de nouveaux chapitres. Elle propose une vision critique unifiée du champ, respectueuse de la diversité des situations et qui tient compte des contextes médicosociaux, psychopathologiques et thérapeutiques actuels, qu'il s'agisse du dossier médical partagé, de l'AMP, de l'homoparentalité, de la parentalité en situation précaire, du déni de grossesse, de la maternité dans un contexte migratoire, de la maltraitance périnatale et ses conséquences, de la place des pères à la maternité, de la diversification des approches thérapeutiques, etc.

• Benoit Bayle (dir.), *Aide-Mémoire. Psychiatrie et psychopathologie périnatales en 51 notions*, Paris, Dunod, 2017



Descriptif de l'éditeur : « La psychopathologie périnatale concerne toutes les difficultés liées à l'arrivée (ou non) d'un enfant dans une famille, depuis le désir d'enfant jusqu'aux deux ou trois premières années de celui-ci, en passant par la conception, la grossesse, la naissance, les premiers mois et les premières relations parents-enfants.

Cet aide-mémoire a pour objectif de transmettre un savoir à la fois spécialisé et accessible à tous les professionnels concernés par ce champ. Il s'agit non seulement d'acquérir ou de consolider les connaissances dans ce domaine, mais de pouvoir les mettre en pratique. […] »

Liste non exhaustive des Diplômes Universitaires proposés dans différentes UFR de médecine (recensés sur les site de la *Société Marcé Francophone)* :

• D.U. « Psychisme et périnatalité »
Université Paris Saclay

• D.U. « Psychiatrie périnatale »
Université Bordeaux 2

• D.U. « Psychopathologie périnatale et pratique de réseau »
Université de Lille

• « D.U. Psychologie et psychopathologie de la périnatalité et du très jeune enfant »
Université Paris Descartes

• D.U. « Développement précoce et psychopathologie périnatale »
Université Denis Diderot

• D.U. « Psycho-périnatalité «
Université de Lyon

• D. U. « Périnatalité : Approche médico-psychologique et médico-légale et anthropologique en périnatalité »
Universités de Caen et Rennes

• D.U. « Psychopathologie et prévention auprès du bébé et de sa famille »
Université C. Bernard, Lyon 1/ Université Lumière, Lyon 2

• D.U. « Psychopathologie du bébé »
Université Paris 13

• D.U. « Psychopathologie du bébé et de sa famille »
Université de Bourgogne

Exemple d'un descriptif de formation

« DU Développement précoce et psychopathologie périnatale », Université de Paris
Programme 2021-2022

Objectifs :

- Définir le champ de la psychiatrie et de la psychopathologie périnatales et, plus généralement, de toutes les situations nouvelles créées par la naissance de l'enfant.
- Réfléchir sur les concepts théoriques qui traversent ce champ (attachement, parentalité, prévention) qu'il s'agisse de la périnatalité ou du développement précoce (Interactions précoces, synchronisation, maturation, épigénétique).
- Informer et mettre à jour l'état de l'art sur l'abord des diverses situations spécifiques (psychoses du post-partum, déni de grossesse, dépression post-natales etc…).
- Réfléchir sur les pratiques (entretien du 4ème mois) et sur leur évolutions. Une journée entière est consacrée à la sensibilisation à la thérapie Interpersonnelle, outil thérapeutique spécifique du champ et utilisable par les « non psy »

Contenus pédagogiques

- Historique et épidémiologie
- Concepts de base de la psychopathologie périnatale
- Transmission intergénérationnelle
- Attachement
- Entre deux et applications cliniques
- Parentalités particulières
- Aspects psychologiques de la médecine foetale
- Aspects psychologiques des PMA et FIV, Accouchement, IVG, IMG
- Dépression post-natale
- Psychose post-partum
- Psychopathologie pendant la grossesse
- Post-partum blues
- Transmission trans-générationnelle, attachement
- Interventions précoces en PMI
- Examen de Brazelton
- Ethnopsychiatrie et maternalité
- Hospitalisation mère-enfant
- Mort périnatale
- Infanticide
- Recherche en périnatalité
- Prématurité
- Prévention
- Réseau de soins
- Adolescence et grossesse
- Grossesse et Sida, toxicomanie, alcool et tabac
- Exclusion et grossesse
- Parents malades mentaux, troubles limites.

Présentation de l'« Unité de psychopathologie périnatale » (UPPN) du Centre Hospitalier de la Savoie

CHS DE LA SAVOIE

CENTRE HOSPITALIER MÉTROPOLE SAVOIE

L'Unité de psychopathologie périnatale (UPPN)

« Un bébé ne peut pas exister seul, il fait essentiellement partie d'une relation »

DW. Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique

Centre hospitalier Métropole Savoie – CHS de la Savoie

L'Unité de psychopathologie périnatale (UPPN) : une équipe pluridisciplinaire à votre service

- Pédopsychiatres
- Psychologues
- Psychomotriciens
- Infirmiers

Les missions de l'UPPN

- Travail autour du lien parents / bébé
- Consultations thérapeutiques
- Prévention des troubles de l'attachement
- Massage bébé
- Eveil psychomoteur
- Guidance parentale, psychothérapie
- Dépistage précoce et accompagnement au diagnostic de retard de développement de l'enfant

Le travail avec...

Les parents

- Difficultés psychologiques ou psychiatriques pendant la grossesse, de la période néonatale jusqu'aux deux ans de l'enfant
- Dépression, angoisse, anxiété

Le bébé

- Troubles fonctionnels : troubles du sommeil, de l'alimentation, pleurs incessants ou récurrents
- Troubles du développement
- Retentissement psychologique de problèmes somatiques

Mais aussi le travail sur les difficultés relationnelles mère / père / bébé.

Les modalités d'intervention

En intra-hospitalier avec l'équipe de psychopathologie périnatale, intervenant dans les services de la maternité, de néonatalogie, de réanimation néonatale et de pédiatrie (enfant de moins de deux ans).

En consultations externes par :

- des demandes spontanées des patient(e)s,
- des demandes de professionnels : sages-femmes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, psychiatres ou pédopsychiatres, Protection maternelle infantile (PMI).

En centre de jour par :

- des groupes thérapeutiques mère-bébé.

Présentation l'« Unité de Soins Précoces à Domicile » de l'Établissement Public de Santé mentale de l'agglomération lilloise

Unité de périnatalité 59i04 - USPPAD

Devenir mère, devenir père n'est pas toujours facile

En fonction de son histoire personnelle, de sa personnalité, de ses événements de vie, l'arrivée du bébé peut être source d'anxiété, de tristesse, de conflit avec ses proches (conjoint, parents). Il faut du temps pour s'adapter à la situation, pour comprendre et découvrir son bébé, pour se sentir conforté dans ses capacités parentales.
Il ne faut pas rester seul(e) avec ses doutes et ses difficultés.

L'équipe de l'USPPAD (Unité de Soins Psychothérapiques Précoces à Domicile) se déplace à votre domicile, au cœur de votre environnement familier pour vous soutenir dans la rencontre avec votre bébé.

L'USPPAD est une équipe pluridisciplinaire
L'équipe se réunit chaque semaine lors d'une synthèse afin de réfléchir ensemble sur les situations prises en charge et d'adapter au mieux les soins au bébé et sa famille. L'équipe travaille en réseau avec les autres professionnels de la mère et du bébé dans le respect de la confidentialité (médecin généraliste, pédiatre, sage femme, professionnels des PMI...).

L'unité de psychiatrie périnatale est présente pour :
- Accueillir
- Accompagner
- Soutenir les parents en souffrance psychique dans la rencontre avec leur bébé
- Prendre soin et soutenir l'éveil et le développement du bébé
- Dès la grossesse et de la naissance du bébé jusqu'à ses 3 ans

En France, on estime que 15 à 20% des femmes présentent une dépression post-natale (DPN). Pour répondre à ce besoin, le service de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, du pôle femmes-parents-enfants, a développé l'Unité Périnatalité Petite Enfance (UPPE). La création de cette unité structure l'offre de soins et permet d'étendre son action d'accompagnement des parents dans leur parentalité, pendant la grossesse et après la naissance.

L'UPPE vise prioritairement à améliorer l'accompagnement de la parentalité, prendre en charge les mères présentant des troubles psychiques liées à la maternité et à prévenir des répercussions éventuelles, que les difficultés dans les interactions précoces mère-bébé peuvent induire chez les enfants.

Objectifs

- Développement et bien-être de l'enfant
- Préservation de la relation parents enfants

Il est primordial de prévenir des troubles qui pourraient impacter l'ensemble du développement de l'enfant et de sa future vie d'adulte.

Traitement de la dépression post-partum

Les troubles psychiques liés à la grossesse et à la maternité ne sont pas un phénomène rare. La dépression post-natale est un état dépressif chez la mère, qui survient en post-partum. Son apparition connaît un pic de fréquence vers la 6ème semaine. Elle est différenciée du baby blues, qui survient entre le 3ème et le 10ème jour, et qui, même sévère, est rapidement résolutif et bénin, quasi physiologique, alors que la DPN est durable et pathologique.

Le nombre d'entretiens individuels, de séances de groupes et de visites à domicile a ainsi été augmenté. Désormais l'équipe pluri professionnelle se mobilise pour la création d'une unité mobile de liaison périnatale. Elle permettra d'intervenir dans des délais courts aussi bien dans les différentes maternités partenaires et celle du CHU de Reims qu'au domicile des familles concernées.

L'UPPE en quelques chiffres

- 800 familles suivies
- 5 030 actes (entretiens individuels, ateliers de groupe, visites à domicile)

Exemple de dispositif constitué en « filière » associant « Unité Mère-Bébé à temps plein » et « Unité Mère-Bébé de jour ». Les soins proposés en ambulatoire correspondent à ce que proposent les équipes du type de celles présentées au-dessus et de l'« Unité de Périnatalité et Soins Précoces » enquêtée.

U.M.B. TEMPS PLEIN

Batiment 4
15 Rue du Dr Marcland 87025 LIMOGES
☎ 05.55.43.11.34.

Dr Christine RAINELLI (PH Responsable)
Marie-Françoise CLAUX (Cadre de Santé)

Capacité : 4 dyades mère-bébé et 2 femmes enceintes

U.M.B. Temps plein

INDICATIONS

- **Etats aigus** chez la mère (dépression du post-partum, troubles anxieux et phobiques, psychose puerpérale)
- **Troubles de la relation** mère-bébé
- **Observation évaluative** de la relation

SOINS ADRESSES A LA MERE

- **Traitements** médicamenteux
- **Entretiens** thérapeutiques individuels, familiaux
- **Outils** diagnostics et thérapeutiques : relaxation, groupe de parole
- **Soutien**, réconfort, repos, réassurance, écoute
- **Ateliers thérapeutiques**
- **Accompagnement** social et médico-social

SOINS ADRESSES A LA DYADE MERE-BEBE ET PRISE EN COMPT DE L'ENTOURAGE

- **Observation fine** des interactions mère-bébé et repérage des signes de souffrance du bébé
- **Outils** diagnostics et thérapeutiques : tests de Brazelton, Brunet Lézine, vidéo mère-enfant
- **Soutien** de la dyade et de l'identification maternelle au bébé
- **Guidance parentale** encouragement de la fonction paternelle
- **Accueil et soutien de l'entourage**

U.M.B. DE JOUR

Unité Petite Enfance
39 Rue J.B. Ruchaud 87025 LIMOGES
☎ 05.55.43.13.92.

Dr Emilie FRACHET (PH responsable)
Marie-Françoise CLAUX (Cadre de Santé)

Capacité : 2 à 3 dyades mère-bébé par jour
Ouverture de 9h00 à 16h40 du lundi au vendredi

U.M.B. de Jour

INDICATIONS

- **Signes de souffrance** du bébé, accueil jusqu'au 3 ans pour troubles de l'alimentation, du sommeil, du tonus, troubles interactifs précoces, retrait relationnel, retard de développement du bébé

SOINS CENTRES SUR LE BEBE

- **Outils d'évaluation** du développement psychomoteur (tests, vidéo)
- **Observations** contenantes et maternage
- **Soins d'éveil** selon l'âge
- **Soins spécifiques** en psychomotricité
- **Accompagnement** de la vie psychique

SOINS PARENTS-BEBE

- **Entretiens** thérapeutiques
- **Observations fines** des interactions
- **Guidance parentale** encouragement de la fonction paternelle
- **Activités thérapeutiques** proposées aux mères

Activité clinique ambulatoire

CONSULTATIONS ET SOINS PSYCHIQUES

En pré et post-partum jusqu'aux 30 mois de l'enfant

- **Avis spécialisé**
- **Thérapies** individuelles et mère-bébé
- **Traitements,** soutien, bilans

SOINS A DOMICILE ou sur les lieux de vie des bébés, par des infirmières formées à la méthode d'observation du bébé

- **Soutien de la dyade mère-enfant**
- **Ecoute et guidance de la parentalité**
- **Observation du développement du nourrisson**

ENTRETIENS **en Maternité et en Néonatologie**

- **Soutien et dépistage** des troubles psychiques périnataux nécessitant une prise en charge

Secrétariat : 05.555.43.13.88.

Filière de psychiatrie périnatale du Limousin

ACTIONS DE FORMATION

- **Formation** aux troubles psychiques du pré et post-partum
- **Formation** à l'échelle de Brazelton
- **Journées annuelles** « d'Etudes de cas »

ARTICULATION

Avec les 8 maternités de la région, le service du **Diagnostic Anté-Natal (DAN),** les services de **pédiatrie et les secteurs médico-sociaux**

COORDINATION

- **Réunion régionale trimestrielle** des équipes de psychiatrie périnatale et des psychologues de périnatalité
- **Synthèses et réunions selon les besoins**

ACTIONS DE RECHERCHE ET D'ANALYSE DES PRATIQUES

- **Journées nationales** des UMB
- **Présentation de travaux** de recherches cliniques
- **Communications** lors de congrès