



HAL
open science

”Si maman va bien, bébé va bien”. La gestion des risques psychiques autour de la naissance.

Anne-Sophie Vozari

► To cite this version:

Anne-Sophie Vozari. ”Si maman va bien, bébé va bien”. La gestion des risques psychiques autour de la naissance.. Recherches familiales, 2015, 1 (12), 10.3917/rf.012.0153 . hal-01576110

HAL Id: hal-01576110

<https://hal.science/hal-01576110>

Submitted on 22 Aug 2017

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

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

« *SI MAMAN VA BIEN, BÉBÉ VA BIEN.* » LA GESTION DES RISQUES
PSYCHIQUES AUTOUR DE LA NAISSANCE

Anne-Sophie Vozari

Union nationale des associations familiales (UNAF) | « [Recherches familiales](#) »

2015/1 n° 12 | pages 153 à 163

ISSN 1763-718X

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-153.htm>

Pour citer cet article :

Anne-Sophie Vozari, « « *Si maman va bien, bébé va bien.* » La gestion des risques
psychiques autour de la naissance », *Recherches familiales* 2015/1 (n° 12),
p. 153-163.

DOI 10.3917/rf.012.0153

Distribution électronique Cairn.info pour Union nationale des associations familiales (UNAF).

© Union nationale des associations familiales (UNAF). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

« SI MAMAN VA BIEN, BÉBÉ VA BIEN. »

LA GESTION DES RISQUES PSYCHIQUES AUTOUR DE LA NAISSANCE

Anne-Sophie Vozari

Période saturée d'émotions, l'enfantement n'est pas qu'un « heureux événement ». La souffrance psychique des femmes enceintes et des jeunes mères concentre aujourd'hui l'attention des pouvoirs publics et des professionnel(le)s de la périnatalité, s'adossant sur un savoir expert visant à prévenir et soigner les « troubles de la relation mère-enfant », de manière à protéger l'enfant à naître des « risques » susceptibles de contrarier son bon développement psychique et affectif. La régulation des risques autour de la naissance tend à se recomposer autour du rapport subjectif qu'entretiennent les femmes avec leur maternité. Mobilisant des matériaux ethnographiques recueillis au sein d'une structure hospitalière et d'un service de protection maternelle et infantile, cet article examine le poids de la psychologisation de l'enfantement dans les transformations contemporaines de l'encadrement du devenir mère.

« Avenue des jeunes mamans. Commune des gens heureux. » Ces mots inscrits sur une pancarte, à la façon des plaques de rues parisiennes, indiquent l'entrée dans le service des suites de couches d'un grand centre hospitalier d'Île-de-France. Comme si le bonheur signait d'emblée l'entrée dans la maternité, au sens propre comme au figuré. C'est Élise, l'une des trois psychologues du Pôle Femme-Enfant enquêté, qui me la signale, non sans ironie, alors que nous traversons les couloirs pour rejoindre la chambre d'une jeune accouchée qui, lui a-t-on signalé, « ne va pas bien ». Si la loi du bonheur obligatoire s'impose toujours avec force aux femmes désignées comme mères – ou en passe d'être désignées comme telles –, la naissance n'est plus seulement comprise par les spécialistes de la période périnatale^[1] comme un « heureux événement ». Tristesse, colère, haine et désarroi sont autant de ressentis encore socialement interdits pourtant susceptibles d'être éprouvés, comme en témoigne la pratique quotidienne des équipes soignantes pendant et après la grossesse. Ces émotions, non seulement devenues audibles, se doivent aujourd'hui d'être scrutées, au sein des institutions ayant en charge la naissance, au nom de la « sécurité émotionnelle » des femmes enceintes et plus largement de « l'intérêt de l'enfant ». En effet, du fait de la diffusion des savoirs d'inspiration psychologique relatifs à l'importance de « la relation mère-bébé » et des « interactions précoces », la souffrance psychique des femmes enceintes et des jeunes mères

[1] La délimitation de la période périnatale est mouvante selon les acceptions disciplinaires de la périnatalité. D'abord bornée à la vie fœtale et à une définition stricte du nouveau-né (de la 28^e semaine de vie intra-utérine au septième jour de vie postnatale), cette première définition aux mains des pédiatres néonatalogistes s'est élargie avec la psychologie clinique à l'ensemble de la gestation et se poursuit généralement jusqu'à la première voire la deuxième année de vie de l'enfant.

concentre l'attention des sages-femmes, puéricultrices, psychologues, pédopsychiatres de manière à prévenir et soigner chez la mère les troubles susceptibles de contrarier le bon développement physique, psychique et affectif du nourrisson. Cet impératif de prévention, qui mobilise des pédopsychiatres dès les années 1980, a récemment pris corps dans la loi réformant la protection de l'enfance du 5 mars 2007 faisant de la « prévention précoce » un impératif et de « l'entretien prénatal précoce »^[2] un de ses instruments. La régulation du venir au monde n'est certes pas chose nouvelle, mais sa dimension sanitaire se double aujourd'hui de l'impérieuse nécessité de garantir l'attachement mère-enfant. Avant et après la naissance, il n'est plus alors seulement question d'agir sur des corps, ceux des femmes puis des enfants, mais aussi sur des consciences, en l'occurrence celles de parents et plus spécifiquement de mères en devenir.

Expérience *a priori* privée et intime, la maternité fait l'objet d'une prise en charge sanitaire^[3] et sociale^[4], bien documentée en sciences sociales. Prenant acte des transformations de « la police des familles »^[5] qui se déploie aujourd'hui autour des relations parents-enfants, ces travaux ont notamment montré le poids des savoirs du psychisme sur les attentes normatives à l'égard des mères^[6]. D'autres ont davantage contribué à mettre en évidence le rôle de socialisation au « métier de mère » endossé par les professionnel(le)s de la petite enfance et de la santé^[7]. Toutefois, l'administration de la maternité ne se réduit pas à une imposition de savoir-faire et savoir-être ou à une normalisation des conduites, elle se donne aussi pour objet la régulation des affects maternels. Croisant analyse documentaire et matériaux ethnographiques, cet article vise à comprendre comment l'appropriation et les applications concrètes de savoirs psychologiques d'inspiration psychanalytique par les professionnel(le)s de la périnatalité^[8] transforment l'encadrement de la naissance en plaçant le rapport subjectif qu'entretiennent les femmes avec leur maternité au cœur d'un dispositif renouvelé de gestion des risques.

[2] Également appelé « *entretien du 4^e mois de grossesse* », cet entretien d'abord introduit par le Plan périnatalité 2005-2007 occupe une place de choix parmi les activités préventives inscrites au sein de la loi du 5 mars 2007 reformant la protection de l'enfance. Réalisé par des médecins ou, le plus souvent, des sages-femmes – hospitalières, libérales ou de PMI –, cet entretien dit « *psychosocial* » doit être systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, de manière à repérer les facteurs de vulnérabilités maternelles et assurer un accompagnement le plus ajusté aux besoins exprimés par les femmes ou bien souvent ressentis par les professionnel(le)s. Il ne s'agit pas d'un entretien obligatoire.

[3] Béatrice JACQUES, *Sociologie de l'accouchement*, PUF, Paris, 2007.

[4] Coline CARDI, *La déviance des femmes. Délinquantes et mauvaises mères : entre prison, justice et travail social*, Thèse de doctorat, Université Diderot-Paris 7 ; Frédérique GIULIANI, « Éduquer les parents ? Les pratiques de soutien à la parentalité auprès des familles socialement désqualifiées », *Revue française de pédagogie*, 168 | 2009, pp. 83-92 ; Delphine SERRE, « Le bébé : superbe la construction de la déviance corporelle par les professionnelles de la petite enfance », *Sociétés contemporaines*, n° 31, 1998 ; Delphine SERRE, *Les coulisses de l'État social. Enquête sur le signalement d'enfants en danger*, Raison d'agir, Paris, 2009.

[5] Jacques DONZÉLOT, *La police des familles*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1977.

[6] Pour une analyse socio-historique de la production de ces normes et de leur diffusion, voir Sandrine GARCIA, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, La Découverte, Paris, 2011.

[7] Jérôme CAMUS, Nathalie ORIA, « Apprendre à être parent à la maternité : transmission et concurrence des savoirs », *Revue française de pédagogie*, n° 176, 2011, pp. 73-82 ; Séverine GOJARD, *Le métier de mère*, La Dispute, Paris, 2010.

[8] Regroupant des professionnel(le)s aussi divers que les obstétriciens, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, psychologues cliniciens et pédopsychiatres, l'usage homogénéisant de la catégorie « *professionnel(le)s de la naissance* » (ou « *professionnel(le)s de la périnatalité* ») employée dans la suite de l'article se justifie ici par la volonté de mettre en évidence ce qui les réunit au-delà de leurs différences en termes de positions professionnelles et sociales : une expertise partagée qui fonde la distinction entre profanes et professionnel(le)s. Une analyse microsociologique permettrait de montrer combien le registre psychologique est sujet à des appropriations hétérogènes entre ces différents groupes professionnels et parfois au sein d'une même profession. Tous ne sont en effet pas pareillement dotés en matière de compétences psychologiques. Il est toutefois possible de distinguer les professionnel(le)s autorisés faisant un usage explicite et pointu des savoirs experts (psychologues et psychiatres) des autres professionnel(le)s de santé préférant des connaissances hybrides mobilisables en pratique à la pureté des modèles théoriques, par ailleurs parfois mal connus. Ces distinctions, qui mériteraient une analyse fine, ne feront pas l'objet ici de plus amples développements.

◀ Présentation de l'enquête

Fondé sur une enquête de type ethnographique menée dans le cadre d'une recherche doctorale portant sur l'encadrement institutionnel du devenir mère, cet article mobilise des matériaux empiriques recueillis dans deux institutions distinctes : d'une part, une importante structure hospitalière d'Île-de-France, implantée en grande couronne parisienne, regroupant des services de gynéco-obstétrique, de néonatalogie, de pédiatrie, de pédopsychiatrie et une maternité de niveau III (environ 4 500 naissances par an) et d'autre part le service de protection maternelle et infantile d'une commune voisine de ce « Pôle Femme-enfant ».

Les observations *in situ* réalisées à l'hôpital entre 2011 et 2013 se sont essentiellement portées sur les entretiens du 4^e mois de grossesse effectués par les sages-femmes hospitalières en charge de ce dispositif et sur les « *staffs* médico-psycho-sociaux » réunissant une fois par mois, autour des situations problématiques, ces mêmes sages-femmes, leurs collègues exerçant dans les centres de PMI du bassin de population de l'hôpital, les psychologues de la maternité, une assistante sociale et les pédopsychiatre et psychologue du dispositif périnatal de pédopsychiatrie spécialisé dans la prise en charge des troubles psychologiques et/ou psychiatriques des femmes enceintes et du *post-partum*. L'enquête s'est par la suite recentrée autour de l'activité de cette équipe de psychiatrie infanto-juvénile dans laquelle exercent, aux côtés des « *psys* » (une psychologue clinicienne, deux pédopsychiatres et un(e) interne en psychiatrie), trois « *soignantes* » (éducatrice de jeune enfant, éducatrice spécialisée et infirmière de service psychiatrique). Leur travail de prise en charge de la santé mentale maternelle en ante et post-natal a été notamment approché par l'observation des consultations psychothérapeutiques de la psychologue clinicienne ainsi qu'au moyen de conversations informelles et entretiens approfondis avec les professionnel(le)s de l'équipe.

L'enquête de longue durée réalisée en PMI de 2010 à 2012 a essentiellement concerné les activités menées par les puéricultrices et sages-femmes dans et à l'extérieur des différents centres de PMI de la commune enquêtée (suivi de grossesse, permanence de puériculture, animation de lieux d'accueil parents-enfants, formations à l'initiative du Réseau périnatal, etc.) Les entretiens auprès des autres professionnel(le)s ainsi qu'une présence bihebdomadaire dans les centres et systématique lors des réunions institutionnelles ont permis de renseigner les activités qui n'ont pas – ou trop peu – pu être observées directement (consultations médicales et psychothérapeutiques notamment). Notons que le territoire d'action de cette équipe de PMI est une commune d'un peu moins de 60 000 habitants, située dans la métropole parisienne et relativement diversifiée dans son recrutement social^[9].

[9] On note néanmoins une forte spécialisation sociale à l'échelle des quartiers. Chacun des 6 centres enquêtés, implantés au sein de différents quartiers de la commune, comporte ainsi des spécificités. C'est particulièrement le cas de l'un d'entre eux situé en zone urbaine sensible (ZUS). Il est important de souligner ici les caractéristiques du cadre socio-spatial de l'enquête car cette dernière révèle que la PMI n'est pas, contrairement à ce que l'on pourrait croire, uniquement fréquentée par des familles de classes populaires. L'encadrement de la maternité qui s'y déploie concerne aussi, bien que de façon distincte, des femmes de classes moyennes.

◀ Le tournant affectif des politiques de l'enfance et de la naissance : entre psychologisation et médicalisation

Si l'histoire de la naissance est d'abord celle de sa médicalisation et d'une technicisation accrue, sa psychologisation dessine aujourd'hui les contours d'une nouvelle modalité d'intervention centrée autour de l'expérience subjective de celles qui ne sont plus seulement des parturientes mais déjà des mères. La « nouvelle culture psychologique », identifiée par Robert Castel dans les années soixante-dix, qui voit s'imposer le psychologique comme grille de lecture en dernière instance de la réalité sociale et les techniques de la psychologie comme instrument pour la transformer^[10], sature aujourd'hui le champ de la naissance, sans pour autant, loin s'en faut, conduire à cette démedicalisation tant souhaitée par les tenants d'une « humanisation » et d'une prise en charge « globale » de cette dernière. À mesure que l'on clame que la grossesse n'est pas une maladie, on ne peut en effet que s'étonner du nombre croissant de ses spécialistes, parmi lesquels on retrouve un certain nombre de professionnel(le)s du psychisme qui occupent aujourd'hui une place de choix en périnatalité. Psychologues et (pédo)psychiatres sont en effet progressivement entrés dans les maternités^[11] au bénéfice de l'institutionnalisation des apports de la psychanalyse en pédiatrie, dans le courant des années 1980. La diffusion en France, à partir des années 1950, des travaux anglo-saxons des psychiatres et psychanalystes John Bowlby et René Spitz sur l'affectivité des jeunes enfants et les effets pathogènes des « carences de soins maternels », a signé l'émergence d'une importante tradition psychanalytique s'intéressant aux interactions entre la mère et son enfant et à la santé psychique du bébé^[12]. Comme le souligne Sandrine Garcia, ces recherches ont contribué à imposer, dans les institutions en charge de la petite enfance, le « risque psychologique » comme paradigme concurrent à celui du risque sanitaire. Nombreuses sont les institutions relatives à l'enfance qui se sont vues durablement impactées par ces savoirs bien que de façon toutefois relativement tardive selon les domaines d'intervention. La psychologisation de l'enfantement et de l'engendrement ne prend ainsi forme qu'au début des années 2000.

Les décrets d'application de 1998 du second plan de Périnatalité 1994-2000, davantage connu pour sa hiérarchisation des niveaux de maternités, font certes mention du nécessaire concours, si besoin, de psychologues ou psychiatres en services d'obstétrique et de néonatalogie, mais il faudra attendre le Plan de 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 pour que la politique périnatale française s'engage durablement dans la prise en compte et l'amélioration de l'environnement émotionnel de la naissance. Cette nouvelle législation pose notamment le principe d'un entretien de début de grossesse destiné à « mettre

[10] Robert CASTEL, *La gestion des risques*, Les Éditions de Minuit, 1981.

[11] Notons que toutes les maternités françaises ne disposent pas de « psy ». Ce que décrit cet article n'est pas nécessairement pour autant à circonscrire uniquement aux spécificités locales du terrain enquêté. Il rend compte plus largement d'un mouvement de psychologisation de la naissance porté par les pouvoirs publics qui prend toutefois plus ou moins corps selon la taille et les capacités budgétaires des structures hospitalières.

[12] À titre indicatif on peut citer, parmi les plus connus, les auteurs suivants : Noémie Klein, Françoise Dolto, Serge Lebovici, Michel Soulé, Myriam David, et pour les plus contemporains de ce courant Françoise Molénat, Bernard Golse, Michel Dugnat, Sylvain Missonnier.

en place de manière précoce les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents ». Le rapport de la « Mission périnatalité » piloté par un épidémiologiste, un néonatalogue et un gynécologue-obstétricien, à la demande du ministère de la Santé en 2003, dont les vingt propositions serviront de base au dernier Plan de périnatalité, énonce l'importance d'assurer « une prise en charge psychosociale » de la grossesse en ces termes : « *L'organisation des soins doit dépasser les soins purement médicaux pour s'ouvrir au psychosocial. La consultation du 4^e mois, qui est en réalité un entretien, est un outil de dépistage majeur car il est une ouverture du dialogue, il crée un climat de confiance et ainsi permet de dépister toute forme d'insécurité pouvant entraîner des complications sur le « lien parent-enfant » mais aussi sur la pathologie de la grossesse. Les sages-femmes sont les mieux préparées à cet entretien. [...] Cette consultation permet de préparer et d'organiser le post-partum. La plupart des problèmes survenant dans le post-partum peuvent être anticipés par la connaissance des facteurs d'insécurité présents dès l'anténatal.* » La psychologisation de la naissance reste en cela « *pleinement en phase avec la gestion des risques puisqu'elle s'inscrit dans une reconnaissance de la vulnérabilité. [...] 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* »^[13]. S'il convient de « garantir la sécurité émotionnelle » des femmes enceintes, c'est que la naissance demeure pensée comme potentiellement dangereuse, pour les femmes, pour la construction du « lien parent-enfant » et, en dernière instance, pour le bébé. On comprend alors mieux la curieuse présence du fœtus, à travers l'entretien du 4^e mois de grossesse institué dans la réforme de 2007, 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.

Alors que les critiques et insatisfactions des usagères et usagers de la périnatalité, à l'encontre d'une prise en charge hyper techniciste ne faisant pas suffisamment preuve de psychologie et d'écoute^[14], ont conduit les pouvoirs publics à engager une « humanisation » de la périnatalité attentive aux aspects physiologiques et psychologiques de la mise au monde, cette volonté de personnalisation des soins n'est pas sans effets en retour sur la médicalisation de l'affectivité maternelle. En effet, compte tenu de l'enjeu que représente la préservation du « lien parent-enfant », c'est autour des troubles de la « maternalité » – ce processus psycho-affectif identifié par le psychiatre psychanalyste Paul-Claude Racamier qui fait de la femme une mère – que se cristallisent les savoirs du psychisme pour donner naissance, au bénéfice d'une politisation de la parentalité à la fin des années 1990, à un nouveau champ d'intervention à la croisée de la santé mentale, de la périnatalité et de la protection de l'enfance : la « périnatalité psychique »^[15]. Cette dernière se fonde sur une démarche préventive précoce adossée sur les acquis de la « psychopathologie périnatale », nouvelle branche de la psychiatrie visant à faire reconnaître et à traiter les troubles psychiques de la grossesse et du *post-partum* (*baby-blues*, dépressions en ante et post-natal, psychose puerpérale). La nouvelle gestion des risques en périnatalité s'organise alors autour

[13] Philippe CHARRIER, Gaëlle CLAVANDIER, *Sociologie de la naissance*, Armand Colin, 2013, p. 93.

[14] Ces critiques récurrentes ont notamment été formulées lors des États Généraux de la naissance en 2003 et ont fédéré plusieurs associations autour du CIANE (Collectif interassociatif autour de la naissance).

[15] Gérard NEYRAND, *Préserver le lien parental. Pour une prévention psychique précoce*, PUF, Paris, 2004.

d'un « psychologisme »^[16] dont les maîtres mots peuvent se résumer par deux formules souvent employées, en PMI comme en maternité : « si maman va bien, bébé va bien » et « autour de la naissance, tout le monde peut décompenser ».

La vulnérabilité psychique des femmes enceintes et des jeunes mères est en effet pensée comme une condition de la maternité. « *Tout ce qui a été théorisé et constaté autour de la dépression maternelle est en lien avec le phénomène de transparence de la grossesse et de la naissance, c'est-à-dire qu'à ce moment-là on est fragilisé parce qu'il y a tout notre transgénérationnel qui revient et ça ne fait pas toujours du bien. On devient mère et du coup, je te schématise, on redevient la petite fille de sa mère donc il y a quelque chose qui s'ouvre. On est fragilisé à cette période-là.* » Lors de l'entretien duquel est extrait ce propos, Marie, infirmière de service psychiatrique^[17] forte d'une expérience de près de 30 ans en pédopsychiatrie, fait état, par un usage explicite et maîtrisé de références savantes, de ses compétences psychologiques et de ses influences psychanalytiques. Ici, elle témoigne, sous une forme vulgarisée, de son appropriation des notions de « *transparence psychique* » de la psychiatre et psychanalyste Monique Bydlowski^[18] et de « *mandant transgénérationnel* » de Serge Lebovici – auteurs dont on retrouve d'ailleurs les ouvrages sur les quelques étagères qui font office de bibliothèque à l'équipe dans la salle du service. Parce que la grossesse serait un moment de crise maturative nécessaire au changement de génération, une étape d'intenses remaniements psychiques réactivant des expériences douloureuses de rupture et des conflits infantiles non résolus (de la femme enceinte ou transmis inconsciemment par ses ascendants), il devient nécessaire de prêter attention aux émotions de la mère en devenir. Très largement partagée au sein de l'équipe de psychiatrie périnatale enquêtée, cette conceptualisation fait en définitive du devenir mère un état psychopathologique normal qui rend les femmes naturellement vulnérables. Elle rappelle en cela, tout en l'élargissant à la période anténatale, la notion winnicottienne, désormais incontournable chez les professionnelles de la prime enfance, de « *préoccupation maternelle primaire* » qui désigne une situation lors de laquelle la mère serait entièrement et tout naturellement dévouée à l'enfant. Comme le montrent les travaux de l'historienne Francesca Arena, le pédiatre et psychanalyste anglais Donald Winnicott offre « *une définition de la folie maternelle normale soutenant que cet état presque pathologique, mais physiologique, serait indispensable à la relation mère-enfant et au bon développement de l'enfant. Grâce à la psychanalyse, il arrive à imposer dans les sciences médicales une idée assez ancienne : l'idée que l'anxiété et l'angoisse font partie des sentiments physiologiques de la mère pour être à l'écoute de son nourrisson* »^[19].

Diffusés au-delà des seules sphères habilitées à détenir le savoir psychologique, la circulation des savoirs est par ailleurs impulsée par le « *réseau périnatal* » du département à l'occasion des « *journées de formation à la psychopathologie périnatale* » adressées à l'ensemble des acteurs et

[16] J'emploie ici ce terme tel que le comprend et le mobilise Dominique Memmi dans son analyse critique du « *deuil périnatal* ». « *Si les années 1960 représentent bien un moment où s'accélère la contestation de la nature comme référence incontournable pour penser le social et agir sur lui, les vingt dernières années traduiraient au contraire une revanche d'un naturalisme doublement prudent : en ce qu'il mobilise comme argumentaire la nature psychique des individus – et non leur nature physique, même s'il utilise le corps comme moyen de son action. Cet argumentaire est un "psychologisme" : une version médicalisée, rendue concrète et désintellectualisée, de la théorie psychanalytique.* » Dominique MEMMI, *La seconde vie des bébés morts*, Éditions de l'EHESS, Paris, 2001, p. 198.

[17] Le diplôme et la formation spécifique d'infirmier de service psychiatrique (ISP) ont été supprimés en 1992.

[18] Monique BYDLOWSKI, *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, coll. : « Le fil rouge », 1997 ; Monique BYDLOWSKI, *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*, Paris, Odile Jacob, 2000.

[19] 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 de doctorat, Université Aix-Marseille, 2012, p. 394.

actrices de la naissance du territoire et lors desquelles se réunissent notamment en grand nombre sages-femmes et puéricultrices hospitalières et de PMI^[20]. L'action publique en matière d'enfance est également fortement influencée par le registre psychologique. Le rapport Hermange de 2006, un des trois documents préalables à l'élaboration de la réforme de la protection de l'enfance, accorde ainsi une large place, dans une rubrique intitulée « *Quand la relation est en danger* », à la présentation des résultats d'une multitude de recherches cliniques qui assoient une corrélation entre santé mentale maternelle et santé mentale du bébé. Ce continuum entre psychopathologie maternelle et infantile se donne par ailleurs très clairement à voir dans l'organisation même de la filière des « petits » (0-3 ans) du service de psychiatrie infanto-juvénile étudié. L'équipe de psychiatrie périnatale 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 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 plus considérée comme l'unique et exclusive figure de soin nécessaire à l'enfant^[21], les théories de l'attachement ont contribué à assoier avec force une corrélation entre santé mentale maternelle et bien-être de l'enfant d'où la nécessité, pour que « bébé aille bien », de s'assurer du bien-être psychoaffectif des mères.

◀ L'examen de « la vulnérabilité » maternelle

Dans un contexte de quasi disparition de la mortalité materno-infantile, la naissance est de plus en plus comprise par les pouvoirs publics, et les professionnels qui œuvrent à cette reconnaissance, comme un processus d'ordre biologique qui provoque nécessairement un basculement psychique exposant davantage les femmes que les hommes à des épreuves affectives et des troubles justifiant alors une prise en charge médico-psychologique adéquate. Si la plupart des pédopsychiatres et professionnel(le)s de la petite enfance sont convaincus que la grossesse et les premiers temps de la maternité constituent un moment propice à la prévention, c'est que la vulnérabilité ontologique de l'enfant se double en définitive d'une vulnérabilité naturelle de la femme devenant mère. À la faveur d'une recomposition de la figure du danger féminin, on assiste ainsi à une nouvelle manière de prendre en charge le devenir mère aussi bien à la maternité que dans le cadre extrahospitalier^[22].

■ La permanence de puériculture : examiner pour étayer « la relation mère-enfant »

Les centres de protection maternelle et infantile, et particulièrement les permanences de puériculture, constituent en cela un terrain de choix pour examiner les usages pratiques d'une conception psychologisante de la naissance et des besoins de l'enfant. Activité traditionnelle

[20] Le développement de « réseaux de santé périnatal » est l'une des mesures du Plan de périnatalité 2005-2007 répondant à l'objectif de « proximité » porté par le plan.

[21] Gérard NEYRAND, *L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*, Paris, PUF, 2000.

[22] La figure de la « mère vulnérable » n'éclipse pas pour autant celle de la « mauvaise mère » étudiée par Coline Cardi, les deux s'entremêlant bien souvent. L'observation des *staffs* médico-psycho-sociaux révèle la présence de ces deux figures parmi les multiples « situations » problématiques exposées : les premières sont à soutenir et à accompagner quand les secondes sont à discipliner.

de la PMI à visée hygiéniste, la « pesée » des nourrissons est devenue un espace d'examen de « la relation mère-enfant » ; son observation permet en cela d'identifier une application en actes de la psychologisation de la naissance. Attentives aux désordres susceptibles d'être engendrés chez l'enfant par la perturbation du lien qui l'unit à l'adulte et surtout à sa mère, l'approche « *psycho-relationnelle* »^[23] endossée par la plupart des puéricultrices de PMI satisfait l'impératif de prévention psychique. Tenues une à plusieurs demi-journées par semaine dans les centres par des puéricultrices, les permanences se présentent comme un espace-temps où sont « accueillis » les « parents » qui peuvent s'y rendre spontanément, sans rendez-vous, après y avoir éventuellement été invités par les professionnelles du service de maternité et/ou par un courrier systématique de « *mise à disposition* » émanant du service départemental de PMI^[24]. Peser l'enfant ne constitue en fait qu'une très courte séquence de cette activité lors de laquelle il convient davantage pour les professionnelles de se montrer à l'écoute, de délivrer des informations en matière de puériculture, d'en recueillir un certain nombre concernant l'alimentation et le sommeil de l'enfant, mais aussi de faire parler des mères « *fatiguées* », « *dépassées* », « *paumées* » pour les « *soulager* ». Le bien-être psychologique et affectif de l'enfant est bien souvent mesuré à l'aune de la qualité de la relation qu'il entretient avec sa mère et à celle du bien-être de cette dernière. Les enfants étant des « *éponges* » – pour reprendre les termes d'un médecin de PMI –, il n'est ainsi pas rare que l'origine des affections dites psychosomatiques comme d'importants reflux gastrocœsophagiens, des coliques persistantes ou des troubles du sommeil inexplicables soit imputée aux émotions maternelles (inquiétude, tristesse, peur, anxiété). Les professionnelles se gardent bien toutefois de formuler systématiquement leur diagnostic aux mères pour « *ne pas les culpabiliser* ». Potentiellement dangereuses, ces émotions doivent tout de même être « *contenues* » par une écoute bienveillante et/ou une orientation éventuelle vers la psychologue de l'équipe. Les puéricultrices rencontrées sont également particulièrement attentives à la façon dont la mère porte son enfant, le regarde, lui parle mais aussi à la manière dont l'enfant regarde sa mère, lui sourit, lui répond. Lors de l'examen de ces premières interactions, il s'agit moins d'observer le respect de règles d'hygiène, d'alimentation et de soins corporels que la manière dont le maternage est vécu par les femmes. « *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.* »^[25] Comment les interactions entre la mère et son bébé se déroulent-elles ? La mère prend-elle plaisir à s'occuper de son nourrisson ou bien le fait-elle mécaniquement au nom du respect de prescriptions normatives ? Telles sont les interrogations qui préoccupent les professionnel(les). La question sensible et récurrente de l'allaitement maternel est ici particulièrement significative. En dépit des préconisations des instances publiques^[26] et des dits bienfaits du lait maternel, les puéricultrices ne cherchent pas à promouvoir à tout prix l'allaitement maternel et interviennent parfois au contraire pour convaincre les femmes de l'interrompre

[23] Françoise BOUCHAYER, « Médecins et puéricultrices de protection maternelle et infantile. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelles », *Revue française de sociologie*, XXV, 1984, pp. 67-90.

[24] Dans le département enquêté, selon les chiffres du service de PMI, 60 % des enfants sont vus au moins une fois en permanence.

[25] Frédérique GIULIANI, « Éduquer les parents ? Les pratiques de soutien à la parentalité auprès des familles socialement désqualifiées », *Revue française de pédagogie* [En ligne], 168 | juillet-septembre 2009, mis en ligne le 1^{er} juillet 2013, consulté le 10 mai 2014. URL : <http://rfrp.revues.org/1769>.

[26] 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 1^{er} âge dans les médias grand public autant de pratiques ne contribuant pas à inciter l'allaitement maternel.

quand elles estiment le « lien mère-enfant » en danger. Entre deux consultations de puériculture, la secrétaire du centre interpelle la puéricultrice en charge de la permanence pour lui faire part d'une de ses observations en salle d'attente. Une mère allaite son nourrisson en ne le tenant que d'une main, occupée à consulter longuement son téléphone de l'autre. Le détachement apparent de cette femme interpelle les professionnelles et le face-à-face qui s'ensuit entre la puéricultrice et la mère se centrera autour du vécu de cet allaitement. En effet, si l'allaitement est important c'est aussi, voire surtout, parce que ce corps à corps doit être vecteur d'émotions. D'une même manière, une sage-femme de PMI me raconte le travail entrepris avec une de ses collègues puéricultrice pour conduire une mère à interrompre un allaitement jugé pathogène : « *Quand le bébé était au sein, elle faisait une réaction épidermique.* » Selon ses dires, sa poitrine se couvrait de plaques rouges et le bébé semblait répondre en retour à cet inconfort 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 inconsciemment non désiré lui offre un registre de rationalisation efficace et opérant pour prendre en charge une femme qu'elle perçoit en difficulté dans le rapport subjectif qu'elle entretient avec sa maternité. L'examen de « la relation mère-enfant » n'a pas ici vocation à repérer, dans une perspective coercitive, d'éventuelles défaillances parentales, mais devient davantage le support d'un travail de réassurance. La gestion du risque psychique se comprend moins alors comme une « correction » des conduites maternelles, que comme une action sur l'expérience même, ici d'un allaitement, et plus largement de la maternité.

Les savoirs relatifs à l'attachement et à « la relation mère-enfant » ont largement pénétré l'univers des professions intermédiaires de la petite enfance et de la santé, à plus forte raison celui des puéricultrices et des sages-femmes. Concurrencées pour les premières par les travailleurs sociaux dans leur mandat d'éducation des familles et dominées pour les secondes par les obstétriciens, les nouvelles préoccupations concernant le petit enfant et une définition toujours plus étendue de la santé ont opéré pour ces deux professions comme une ressource dans leur quête d'autonomie professionnelle^[27]. Libérées d'une prise en charge proprement sanitaire, ces professionnelles de la santé se sont vues convertir à partir des années 1980 en spécialistes de la prise en charge « médico-psycho-sociale » de la naissance et de la petite enfance. Pendant la grossesse, c'est aux sages-femmes, spécialistes de l'accouchement physiologique et des douleurs de l'enfantement, qu'est revenue la tâche de (pré)sentir la souffrance des femmes et leurs besoins sous-jacents, parfois non encore exprimés, lors des entretiens du 4^e mois de grossesse.

■ L'entretien prénatal précoce : un dispositif de sollicitation de la parole

D'une durée qui varie de 45 minutes à une heure, les entretiens se présentent 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 une sage-femme au couple qu'elle reçoit : « *C'est un entretien médico-psycho-social pour faire le point en début de*

[27] Stanislas MOREL, « Les professeurs des écoles et la psychologie. Les usages sociaux d'une science appliquée », *Sociétés contemporaines*, n° 85, 2012/1, pp. 133-159. L'auteur met en évidence combien l'appropriation du registre psychologique, mobilisé comme outil de professionnalisation dans une stratégie distinctive par les enseignants, renvoie à des enjeux professionnels.

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'entretien avec une sage-femme doit conduire les femmes à parler de leur vécu de la grossesse et notamment de leurs inquiétudes relatives à l'arrivée de l'enfant. Ce récit peut permettre en retour aux professionnelles d'identifier un certain nombre de maux qui ne pourraient se dire lors des consultations obstétricales 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.* » 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. « *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. 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, qui me le confiera plus tard, cette prise de parole n'a rien d'anodin. « *Bon parent, bon parent* [elle marque un silence]. *Mais qu'est-ce que ça veut dire pour vous ?* » L'entretien s'adosse en effet pour beaucoup sur une pédagogie réflexive qui entend encourager les futurs parents à interroger le rapport subjectif qu'ils entretiennent à leur parentalité en train d'advenir. « *Ce n'est pas parce qu'on accouche qu'on devient mère* », m'indiquait une puéricultrice de PMI. Effectivement, ce qui se donne à voir dans cette forme de prise en charge de la grossesse relève moins de la maïeutique à proprement parler que d'un « *travail de soi* »^[28] sollicité et encadré par l'institution qui enrôle les femmes dans une « *carrière* » maternelle.

Dispositif de sollicitation de la parole, l'entretien prénatal précoce semble participer plus largement de cette « *biopolitique déléguée* » identifiée par Dominique Memmi. Les travaux de la sociologue ont mis en évidence combien l'administration publique des décisions individuelles concernant le début et la fin de vie s'était transformée depuis les années 1970. L'autorité étatique traite ses populations de plus en plus par la parole via une « *surveillance discursive* ». « *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.* »^[29] Avec l'entretien prénatal précoce, qui se pratique après les

[28] Muriel Darmon propose dans sa thèse la notion de « *travail de soi* » pour rendre compte du travail de transformation de soi entrepris par des jeunes femmes devenant anorexiques. Elle décrit et analyse ce processus et les différentes étapes de la « *carrière* » anorexique, de l'entrée à la sortie dans Muriel DARMON, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, 2003.

[29] 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*, Éditions de l'EHESS, Paris, 2004, p. 136.

délais légaux d'IVG et le plus tardivement possible au cours du 4^e mois de grossesse afin d'éviter de possibles fausses couches tardives, il n'est pas question d'examiner les motifs d'une prestation demandée ou d'arbitrer entre « faire vivre » ou « laisser mourir ». L'enfant est *a priori* voué à naître et à vivre. Néanmoins, il y a ici d'évidentes similitudes avec ce régime de régulation qui délègue l'administration de la vie aux individus concernés et aux professionnels chargés d'accompagner « les variations du "désir" et les vicissitudes du projet. On a affaire ici à un gouvernement rapproché des désirs, dans lequel, à la main droite de l'État (celle qui interdit et punit) s'est substituée sa main gauche (celle qui incite et « accompagne »). »^[30] Pour analyser avec justesse cette nouvelle gouvernementalité, il convient toutefois de ne pas négliger les appartenances sociales des femmes prises en charge : certaines étant plus ou moins disposées à répondre à cet accompagnement^[31]. Les sages-femmes semblent l'avoir bien compris et regrettent souvent que « ce ne soient pas celles qui en ont le plus besoin qui viennent ». Entretien psycho-social, le dispositif a en effet aussi pour objectif de repérer les femmes en situation de désaffiliation. Pourtant, lors des *staffs* où les professionnelles en charge de cet entretien sont censées présenter les situations de femmes nécessitant un suivi « rapproché », les migrantes sans papiers, les femmes seules et isolées, les femmes sans domicile ou les toxicomanes dont elles évoquent le cas n'ont pas été rencontrées lors de l'entretien mais souvent plus tard, au cours de l'une des sept consultations prénatales obligatoires. En faisant de la maternité une expérience nécessairement planifiée et désirée, la norme procréative en vigueur depuis la diffusion, au nom d'une « maternité heureuse », de la contraception et de la possibilité d'interrompre une grossesse non prévue et/ou non souhaitée^[32], a établi un script émotionnel contraignant qu'il convient aux individus, et d'autant plus aux femmes, de respecter. Si les savoirs du psychisme, et particulièrement la psychanalyse, permettent d'armer la critique contre le réductionnisme biologique de « l'instinct maternel », ils peuvent également toutefois conduire, au nom du bien-être physique et psychoaffectif de l'enfant, à renforcer indirectement l'injonction à bien vivre sa grossesse et sa maternité. Quand les sentiments d'épanouissement et de contentement attendus à l'arrivée d'un enfant font défaut, il convient alors, aussi bien pour les professionnel(le)s de la périnatalité rencontrés que pour les pouvoirs publics, de prendre soin de ces mères en devenir, « naturellement » vulnérables autour de la naissance. Plutôt que de punir des mères dénaturées, l'encadrement de la maternité alors mis en œuvre dans les institutions enquêtées vise davantage à « accompagner » ces femmes au travers de leur « maternalité ». Les usages pratiques des « savoirs psy » dans la gestion des risques autour de la naissance semblent alors dessiner les contours d'une nouvelle forme de gouvernementalité, un gouvernement des âmes^[33], où primerait le rapport subjectif qu'entretiennent les femmes avec leur maternité.

[30] Dominique MEMMI, *La seconde vie des bébés morts*, Éditions de l'EHESS, Paris, 2001, p. 178.

[31] Mise en garde formulée en ces termes par Lise Demailly : « Les descriptions qui insistent sur le caractère obligé de la parole dans les lieux d'écoute, l'organisation des confessions et aveux obligatoires, manquent une partie de la scène, à savoir qu'il existe bien des individus qui cherchent des lieux pour parler et trouver là le moyen de se subjectiver » (Lise DEMAILLY, *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Presses universitaires du Septentrion, Lille, 2008, p. 52) ; Dominique MEMMI consacre une part importante de l'analyse à cette question « Parler du « corps » : une disposition sociale ? » in Dominique MEMMI, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, La Découverte, Paris, 2003, pp. 241-270.

[32] Nathalie BAJOS, Michèle FERRAND, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, n° 61, 2006, pp. 91-117.

[33] Nikolas ROSE, *Governing the Soul : The Shaping the Private Self*, New York, Routledge, 1990.