



HAL
open science

**Corps maternant, corps enfantant, corps contraint.
Représentations de la maternité dans l'émission Baby
Boom**

Sarah Lécossais, Stéphanie Kunert

► **To cite this version:**

Sarah Lécossais, Stéphanie Kunert. Corps maternant, corps enfantant, corps contraint. Représentations de la maternité dans l'émission Baby Boom. Éprouver le corps. Corps appris, corps apprenant, 2016, 10.3917/eres.delor.2016.01.0163 . hal-01612252

HAL Id: hal-01612252

<https://hal.science/hal-01612252>

Submitted on 6 Oct 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.

« Corps maternant, corps enfantant, corps contraint. Représentations de la maternité dans l'émission *Baby Boom* »,

Lécossais Sarah, Kunert Stéphanie,

in *Éprouver le corps. Corps appris, corps apprenant*.

Toulouse, ERES, « Questions de société », 2016, p. 163-176.

DOI : 10.3917/eres.delor.2016.01.0163.

URL : <https://www.cairn.info/eprouver-le-corps--9782749249988-page-163.htm>

« Nous vous montrons tout », telle est la promesse de l'émission *Baby Boom* (TF1/Shine France, 2011-...) ¹, adaptée du programme britannique *One Born Every Minute* (Channel Four/Shine Group, depuis 2010). À travers l'œil de quarante caméras placées dans les salles de travail, couloirs et lieux de vie d'une maternité de Poissy, puis de Montreuil et de Marseille, l'émission prétend donner à voir les émotions ordinaires de l'accouchement et de la naissance chez les parents et les membres de l'équipe obstétricale qui les accompagnent.

Présentée par le dossier de presse de TF1 comme un « docu-réalité », l'émission s'inscrit dans la continuité des autres programmes de télé-réalité de la chaîne, avec son dispositif panoptique alliant observation, surveillance et contrôle (Aïm, 2004), rendu visible au spectateur à travers les gros plans sur l'œil de la caméra, son *split screen* récurrent montrant simultanément les lieux clé de la maternité ou encore la voix *over* qui ponctue le récit de commentaires, mais également la multiplicité d'interviews des participant.e.s.

Si l'émission soulève des enjeux divers, liés par exemple à la division du travail hospitalier ou aux conceptions socioculturelles du soin, on se concentrera sur les représentations de la maternité en questionnant le pouvoir d'agir (ou *agency*²) des parturientes dans un contexte normatif, celui de la médicalisation du corps féminin et des procédures (tacites ou explicites) régulant l'accueil des parturientes et des nouveau-nés. On interrogera la conception de l'identité féminine telle qu'elle nous est montrée, c'est-à-dire comme étant « naturellement » enchâssée dans l'expérience de la maternité. Ce faisant on mettra au jour les

¹ L'analyse porte sur les trois premières saisons de l'émission. Lorsque nous citons un épisode, la référence se fait de la manière suivante : (1-1) pour saison 1, épisode 1.

² Le concept d'*agency* (diversement traduit en français par agentivité, pouvoir d'agir, puissance d'agir), désigne ici les marges de manœuvre des acteurs sociaux en contexte normatif.

conceptions du genre³ à l'œuvre dans le discours des participant.e.s comme dans la mise en images du « réel » tel qu'il est scénarisé par le dispositif télévisuel.

Rituel et médicalisation des corps

Le récit des accouchements par l'émission suit un ordre chronologique : arrivée de la parturiente, premier examen, *monitoring*, attente de l'ouverture optimale du col de l'utérus (examiné toutes les heures), pose de la péridurale (le plus souvent implicite), descente du bébé, efforts expulsifs (épisiotomie implicite), expulsion, soins au nouveau-né puis mise en contact corporel avec la mère. L'accouchement « normal » (c'est-à-dire sans complications ni intervention d'un médecin) est donc extrêmement ritualisé.

Des corps contraints

Les demandes sortant de ce processus ou de ce cadre sont peu appréciées par le corps médical. Ainsi July, qui a élaboré avec son mari un « projet de naissance », expose ses souhaits à Leïla, la sage-femme, à savoir : « aller le plus loin sans “péri” » et « rester mobile le plus possible » (2-4). Eugénie, aide-soignante, explique que les couples ayant fait un projet de naissance sont « des gens qui font des complications » et que ce type de comportement est « relou ». Les rappels à l'ordre sont lisibles dans les séquences para-textuelles qui entourent les moment-clés des séquences en salle de naissance : *interviews* des professionnels ou des parents, mais aussi scènes entre professionnels et commentaires en voix *over*. Leïla dit bien qu'il faut « faire en sorte que chacun reste à sa place » tandis que la voix *over* ironise à propos de « ces mamans volontaires qui essaient, jusqu'au dernier moment, de tout contrôler », ajoutant que « toutes finissent par oublier que c'est Dame Nature qui a toujours le dernier mot ». En l'occurrence, il s'agirait plutôt du personnel médical que de « Dame Nature ». La meilleure parturiente est donc celle qui se laisse entièrement prendre en charge par l'institution tout en suivant scrupuleusement les prescriptions du corps médical. B. Jacques considère en effet que :

« Alors qu'on aurait pu penser que dans les services de maternité plus qu'ailleurs, sous l'influence des courants de l'humanisation de la naissance, les femmes disposaient aujourd'hui d'un large espace de négociation et pouvaient plus facilement faire des choix et les imposer, on constate au contraire que la pesanteur du système et de

³ Le concept de *genre* nous sert ici à décrire les rapports sociaux au travers desquels émergent des rôles et fonctions différenciés et asymétriques liées aux catégories de sexe « homme » et « femme ».

l'idéologie biomédicale limite la capacité des femmes à maîtriser totalement leur expérience. » (Jacques, 2007, p. 159-160)

Elle ajoute que « le protocole laisse peu de place, dans cet épisode défini à haut risque par les médecins, aux demandes et à l'initiative personnelle, et ce jusqu'à la sortie de la femme de l'institution » (Jacques, 2007, p. 6). Pendant le travail, l'« expertise » de la femme enceinte n'est valorisée que lorsqu'elle accouche de manière « naturelle », c'est-à-dire avec une intervention minimale de la technique, et donc du corps médical.

Une promotion paradoxale de « l'accouchement naturel »

Les discours sur « l'accouchement naturel » dans l'émission sont intéressants en ce qu'ils témoignent d'une conception spécifique de la maternité (et de la parentalité en général) mais présentée comme universelle car « allant de soi ». La majorité des femmes filmées dans l'émission énoncent leur désir d'accoucher par voie basse, c'est-à-dire de vivre un « accouchement naturel⁴ », et certaines supportent mal la césarienne. Virginie par exemple est très vindicative : « je trouve ça injuste d'avoir mené la grossesse à terme et d'accoucher de cette façon » ou encore : « j'ai pas accouché d'un bébé, j'ai été opérée d'un bébé » (2-3). Ces commentaires confortent un discours plus général de l'émission selon lequel le devenir-mère passerait par l'accouchement par voie basse. Le générique martèle cette conception en repassant les extraits dans lesquels des sages-femmes déclarent : « c'est là où, en fait, on passe de femme à mère » ou encore « de voir une femme qui devient mère, la magie reste intacte ». Cette valorisation de l'accouchement par voie basse renvoie à une conception très essentialiste de la maternité, comme si l'être-mère était avant tout l'œuvre de la nature ou du biologique, refusant la conception sociale de la maternité et de la parentalité.

La promotion de l'accouchement naturel se double d'un discours sur la péridurale qui renvoie à la question plus générale de la maîtrise par les femmes de leur corps. Ainsi, celles qui accouchent sans péridurale paraissent plus libres et autonomes. Karène, sage-femme explique face caméra :

« J'adore m'occuper des patientes qui accouchent sans péridurale. J'aime bien parce que je trouve que les femmes sont autonomes, l'accouchement leur appartient en fait. J'ai l'impression que comme l'accouchement est naturel, je n'ai pas à intervenir, j'ai juste à surveiller que tout se déroule bien, et si la patiente a besoin de moi, je suis là et j'essaye de la guider. » (1-2)

⁴ L'accouchement « naturel » renvoie, dans le discours de *Baby Boom*, essentiellement à l'accouchement par voie basse, avec ou sans péridurale.

De même, Sophie (sage-femme) dit à Aude (parturiente) : « c'est vous qui allez nous guider. » Elle raconte par la suite à ses collègues que « la patiente a fait comme elle sentait » (2-4). L'accouchement sans péridurale semble relever d'une demande explicite et très forte de la part de certaines femmes, demande qui semble rompre avec les habitudes de l'institution⁵. Dans le montage des épisodes, le moment de la pose de l'épidurale n'est pas toujours montré ni évoqué. Cependant, au vu des différences entre les femmes qui n'en ont explicitement pas bénéficié et les autres, les spécificités des deux cas apparaissent fortement. Les femmes ayant des positions « originales », qui expriment le plus leur douleur et qui sont les plus actives dans le travail sont celles qui accouchent sans péridurale. La gestion de la douleur sans analgésique semble autoriser ces femmes à avoir des demandes particulières, à sortir des chemins extrêmement balisés du rituel de l'accouchement. Les savoirs des corps ne sont acceptables que lorsque la technique est absente. Dès lors que la technique analgésique se déploie, l'expertise revient au corps médical et la parturiente devient patiente, plus passive – en exécutant les ordres qui lui sont transmis – qu'active – en décidant de sa position, par exemple.

Des corps déjà appris ?

Les femmes ayant déjà accouché d'un ou plusieurs enfants ont également davantage l'opportunité de montrer leurs compétences et témoignent d'un certain savoir sur le processus de l'accouchement tout comme d'une maîtrise du vocabulaire médical. Ainsi de Laura qui rompt la poche des eaux avec un mois et demi d'avance sur son terme, et qui a déjà deux enfants (3-4). Elle s'assoit sur un ballon de yoga pour mouvoir son bassin en expliquant à son conjoint que c'est afin que le bébé descende, que son col (de l'utérus) est ouvert à deux centimètres, et qu'il doit atteindre dix centimètres d'ouverture pour permettre la naissance par voie basse. Une transmission hiérarchique des savoirs sur le corps enfantant se traduit ainsi : du corps médical (qui en sait le plus), au corps des parturientes (qui sont évaluées par les sages-femmes comme étant ou non des « bonnes pares » – terme dérivé du suffixe « pare » dans nullipare/primipare/multipare⁶) jusqu'aux pères des enfants à naître.

⁵ Selon un article paru dans *Libération* en 2011 : « en 1995, seules 48,6 % des accouchées avaient bénéficié d'une péridurale. Elles étaient 70 % en 2010. Au total, 81 % des femmes ont accouché avec une péridurale ou une rachianesthésie ». Charlotte Rotman, « 70% d'accouchements avec péridurale », *Libération*, 18 octobre 2011.

⁶ On entend dans les discussions entre sages-femmes d'autres exemples de cet usage dérivé et oral, par exemple : « c'est une troisième pare » (dit une sage-femme au sujet de Valery, saison 3, épisode 6).

Toutes les femmes accouchant n'ont pas les mêmes compétences ni la même connaissance de leur corps et de l'accouchement. Les représentations des corps enfantant mettent au jour les politiques du vivant qui entourent l'accouchement et le contrôle médical normatif mis en place avec le consentement – parfois obtenu par injonction – des parturientes.

Un savoir-faire circonscrit au corps médical ?

La répartition des savoirs sur les corps enfantant est donc distincte : d'un côté le corps médical qui possède ce savoir et de l'autre le corps des parturientes, le plus souvent montrées comme apprenantes. Le fait de « ne pas savoir » comment le corps est censé réagir ou comment se passe le « travail » de l'accouchement est une thématique récurrente. Ainsi de Sonia (3-2) enceinte de jumeaux, venue à l'hôpital pour cause de contractions à trente et une semaines de grossesse, qui réalise qu'elle va accoucher prématurément. À propos de ses contractions, dont elle doit énoncer la fréquence et l'intensité, elle dit à la sage-femme qui l'examine : « je ne sais pas, c'est une première grossesse », avant de préciser que ces contractions sont inhabituelles au sens où elle n'en a jamais ressenti de telles. En salle de travail, la sage-femme lui demande « vous êtes prête, vous êtes motivée ? » ce à quoi Sonia répond de façon hésitante « ouais, je sais pas du tout comment faire... ». Elle commente cette séquence ensuite en interview post-naissance : « je n'avais pas eu le temps de faire mes cours de préparation à l'accouchement, donc étant donné que c'était une première grossesse je ne savais pas du tout comment faire, donc elle (la sage-femme) elle essayait de m'expliquer ». Durant son accouchement lorsqu'on lui demande de pousser elle exprime ses doutes sur son savoir-faire au médecin et à la sage-femme « je sais pas si je le fais bien ? ».

Il semble que ce n'est pas tant la peur de la douleur qui est à l'origine des angoisses des parturientes sur leur savoir-faire en matière de « travail », que celle de mettre leur bébé en danger en ne faisant pas les bons gestes. Ainsi, Estelle confie à la caméra : « j'avais vraiment peur de ne pas être à la hauteur, de ne pas arriver à expulser mes bébés, ça c'était ma crainte, je me disais : je vais pas y arriver » (1-1). Ces craintes sont explicables par l'importance accordée au fœtus, la femme enceinte devenant le contenant d'un bien précieux au plus haut point. Elle doit alors se vouer tout entière au bien-être de cet être à venir, devenu prioritaire et allant jusqu'à la déposséder de son corps (Duden, 1996). Cette priorité donnée à l'enfant relègue ainsi les douleurs de l'accouchement dans un passé oublié à partir du moment où l'enfant est né. M. Vuille évoque ainsi « la “logique participative” qui veut que le bonheur de mettre au monde un enfant contamine la souffrance pour la métamorphoser en “mal joli” » (Vuille, 1998, p. 134). La gestion de la douleur, qui est centrale dans l'accouchement, renvoie

ainsi à une conception tout à fait particulière du corps de la femme enceinte puis de la mère, à savoir celle d'un corps à disposition.

Le corps maternel, un corps à disposition

Gestion de la souffrance et discipline des corps

La majorité des femmes accouchent dans une position similaire, allongées sur le dos ou légèrement assises, positions qui facilitent le travail des sages-femmes et des médecins lorsqu'ils ont à intervenir, mais qui ne vont guère dans le sens d'une autonomie de la patiente. Les sages-femmes expliquent aux parturientes comment se comporter, respirer ou pousser au moment de la contraction. La majorité ayant eu une péridurale, elles ne ressentent pas les contractions de la même manière que les femmes accouchant sans analgésie et le travail des sages-femmes est plus important (Carricaburu, 1994). Ce sont alors ces dernières qui, grâce au monitoring, annoncent à la femme l'approche de la contraction et la nécessité de pousser. Ces explications se font sur le mode de l'injonction et le mode impératif est de rigueur (« poussez », « soufflez », « fâchez-vous », etc.). Les sages-femmes demandent aux parturientes d'effectuer un travail sur leur corps et les félicitent lorsque les prescriptions ont été appliquées. Mélodie, une sage-femme, complimente ainsi Sophie après la pose de la péridurale : « bravo, vous avez été drôlement disciplinée » ou encore « vous avez bien bossé » (2-1). Pascale, une aide-soignante commente un accouchement sans péridurale : « madame Leonde elle souffre en silence, pourtant les contractions sont hyper douloureuses, et elle, voilà, a tout fait pour mettre au monde son bébé mais dans le silence. C'était magnifique » et la sage-femme de féliciter la parturiente en question après l'accouchement : « à dilatation complète, avec la tête de bébé telle qu'elle était dans votre bassin, chapeau ! » (3-6).

À l'inverse, le fait de déroger au contrôle sur son corps ou le fait d'exprimer haut et fort la douleur n'est pas valorisé, voire est stigmatisé. Les cris de Mathilde, qui accouche volontairement sans péridurale, se font entendre jusque dans la salle de repos du personnel. Entendant ces hurlements, une aide-soignante raconte que lorsqu'elle accouchait de son deuxième enfant, une femme à côté hurlait. Elle ajoute : « et mon mari me dit : “tu vas pas te mettre à hurler, hein ?”, j'ai dit : “t'inquiète pas, je peux garder ma dignité jusqu'au bout” » (1-2). Les cris au moment du travail sont donc la marque d'une incapacité de la femme à « prendre sur elle », à gérer sa douleur et donc à discipliner son corps. Ainsi, Coralie, « maman célibataire », supporte extrêmement mal la douleur des contractions, qu'elle qualifie de dix sur une échelle de douleur allant de un à dix. L'anesthésiste (un homme d'une

cinquantaine d'années) se fâche et dit à la jeune femme : « Arrêtez de répéter ça en boucle, ça changera rien » puis « vous m'aidez pas du tout, là », l'enjoignant à prendre en charge sa douleur et à respecter les consignes du corps médical (2-1). Est également lisible ici la nécessité pour les parturientes de discipliner leur corps et de garder la face (Goffman, 1974). Dans cet épisode, la pose de l'épidurale des deux femmes (Sophie et Coralie) est filmée, mettant en opposition le calme de Sophie (issue des classes supérieures, organisatrice de salons, accompagnée de son mari journaliste) et les cris et pleurs de Coralie (17 ans, sans profession, accouchant seule). À travers leur opposition, c'est aussi une distinction de classe qui est mise en scène et une stigmatisation de la seconde.

Discipliner le langage

Le corps est également contrôlé dans le langage ; le degré de maîtrise de la langue française de la parturiente est montré comme pouvant impacter le « bon déroulement » d'un accouchement. Certaines femmes maîtrisent plus que d'autres le vocabulaire médical et/ou la langue française. Même si ce n'est pas sur ces critères particuliers qu'elles sont jugées des « bonnes paires » (mais plutôt sur leur capacité à obéir aux demandes des sages-femmes et médecins au moment voulu), le corps médical attend des parturientes qu'elles « sachent communiquer ». Ainsi, la parturiente du début de l'épisode 2 de la saison 3, une femme noire anonyme qui subit une césarienne, est décrite par une sage-femme comme peu communicative ce qui ne facilite pas son travail. Dans l'épisode (3-5) où Meriem est prise en charge par l'aide-soignante Naima et la sage-femme Adeline, cette dernière demande à Meriem et Naima de cesser de parler en arabe (« eh moi faut me parler français les filles, hein, j'ai envie d'être là »), ce à quoi Naima réagit en traduisant les propos de Meriem en français, montrant qu'il s'agit d'un échange en langue maternelle à but de réconfort pour cette parturiente dont le mari est absent et dont la mère est en Algérie. La pratique de la langue française (que la parturiente parle aussi) est alors explicitement mise au rang des conditions nécessaires au bon déroulement de l'accouchement. La sage-femme Adeline proposera ensuite à l'aide-soignante Naima de couper le cordon ombilical, en un geste symbolique de reconnaissance du rôle particulier qu'elle a joué auprès de cette parturiente dont elle parle la langue maternelle. C'est dans ce cadre que la solidarité féminine entre deux femmes partageant une même langue (et par extension une même culture, comme le formule implicitement la narration) est présentée comme une forme d'agentivité – dans un cadre contraint puisque les deux femmes doivent s'exprimer en français et non dans la langue

maternelle de Meriem. À la fin de son accouchement néanmoins, Meriem contrevient à la demande de la sage-femme et prononce quelques mots en arabe auxquels Naima répond.

Le corps à corps différentiel avec l'enfant

Si les pères sont présents et mis en valeur dans l'émission⁷, une asymétrie se fait jour entre les deux parents lorsqu'il s'agit d'accueillir le bébé. Dans la majorité des cas – qui semblent faire office de règle – la sage-femme, juste après l'expulsion, pose le bébé sur sa mère, et lorsqu'il va bien, il est placé à même la peau de la femme afin de permettre un contact « peau à peau ». Ce corps à corps est extrêmement privilégié, l'objectif énoncé étant d'instaurer un lien entre le bébé et son parent via le contact physique. Cependant, lorsque la femme accouche par césarienne, il n'est pas toujours possible de créer ce moment. C'est alors le père qui a le privilège de nouer le premier lien avec l'enfant. Comme l'écrit G. Truc, « libéré pour un court mais crucial instant de la concurrence maternelle, le père est considéré par les puéricultrices comme le parent le plus à même de s'occuper du bébé. Elles ont dès lors pour lui (presque) autant d'égards que pour les autres mères » (Truc, 2006, p. 347). Le père est alors torse nu, et une aide-soignante installe le bébé contre lui, avant de le couvrir d'un champ. Les seuls pères ayant « droit » à ce moment sont ceux dont la compagne n'est pas en état physique de le faire. Le peau à peau n'est jamais proposé à un père si la mère va bien (sauf en cas de jumeaux, chaque parent ayant un enfant contre soi). Une asymétrie implicite se construit ici. La voix *over* a beau affirmer que faire de l'accouchement une affaire de femmes est un cliché, la seule présence du père en salle de naissance ne suffit guère à le briser. G. Truc rappelle ainsi que la maternité est une institution matrifocalisée et que la place des pères est loin d'y être évidente. Dans son enquête par observation, il remarque que le premier rôle du père est de soutenir la mère, d'être auprès d'elle, de l'accompagner (Truc, 2006). L'émission a beau insister sur la qualité des pères, elle montre tout de même que l'établissement du lien père-enfant vient après celle du lien entre mère et enfant.

L'injonction à l'allaitement

La primauté de la mère est également lisible dans l'incitation à l'allaitement maternel. Ainsi la sage-femme Yannick propose à Aurélie, qui a distinctement annoncé qu'elle ne souhaitait pas allaiter son enfant, de faire « une tétée d'accueil », sans prendre en compte le désir explicite du père, Alexandre, de nourrir leur enfant au biberon. La mère serait donc seule

⁷ Ils sont encouragés à être présents lors de l'accouchement et à participer, que ce soit en soutenant leur compagne ou en coupant le cordon ombilical.

décisionnaire du mode de nourrissage de son enfant. Ce type de scène nous dit également que l'allaitement est fortement encouragé par le personnel médical. Il y a donc une forme d'injonction, ou du moins d'encouragement très fort à l'allaitement. En effet, comme le rappelle l'historienne Y. Knibiehler :

« L'allaitement maternel ne va pas de soi. [...]. Il ne dépend jamais du seul désir de la mère : celle-ci est soumise, en la matière, à des normes et à des codes qui varient selon les lieux, les milieux et les moments. L'allaitement maternel, fonction féminine réputée naturelle, relation spécifique qui s'engage entre la femme et le nouveau-né, se révèle donc aussi comme un remarquable analyseur des liens sociaux : rapports de « genre » entre le père et la mère, rapports de classe entre la mère et la nourrice, rapports de savoir entre la mère et le médecin » (Cesbron, Knibiehler, 2004, p. 32).

La mise en scène de la naissance et de l'accès à la parentalité *via* cet événement dans l'émission est le révélateur – mais aussi l'outil de reproduction – d'une vision genrée de la parentalité. Les femmes sont réaffirmées dans leur fonction de reproductrices, et c'est la grossesse, mais plus encore l'accouchement par voie basse qui font la mère. Nadine dit ainsi (2-5) : « C'est notre nature, on est des femmes, on fabrique des enfants ». Le privilège des mères d'établir le premier lien avec leur enfant ou de choisir son mode de nourrissage est une manière d'insister sur le caractère genré de la parentalité et sur une distinction très forte entre mère et père.

Le rappel à la Nature

Ces exemples montrent que le corps maternel devient un corps à disposition : il doit être régulé pendant la grossesse pour permettre la bonne croissance du fœtus ; régulé pendant l'accouchement de façon à éviter au maximum la souffrance fœtale tout en acceptant la douleur ; régulé après la naissance puisqu'il doit accueillir contre lui l'enfant né et le nourrir dans la foulée. L'appel régulier à la « Nature » dans l'évocation d'un accouchement somme toute hyper-médicalisé demeure révélatrice des conceptions du corps féminin comme « naturel » et témoigne de tout l'appareil idéologique qui se déploie autour de ce corps féminin/maternel, rappelant aux femmes leur « proximité » (toute idéologique) avec cette « Nature » (Guillaumin, 1978). La nature est cependant fortement disciplinée, régulée, soumise à un pouvoir supérieur et expert. Les rappels à l'ordre, les réticences du personnel médical vis-à-vis des demandes spécifiques des parturientes, le cadrage du langage ou de l'expression de la douleur, tous ces éléments peuvent être compris comme participant de politiques de la vie (Foucault, 1978) contraignant le corps maternel. Les savoirs des corps des

femmes se plient au savoir-faire expert du personnel soignant. Les femmes ne sont pas maîtresses de leur accouchement, mais sont ici des patientes disciplinées et félicitées pour leur docilité.

Conclusion

Baby Boom promet dans son générique de nous « montrer tout », cependant la mise en image des corps de femmes au travail dans le processus du devenir-mère reste assez pudique (les entrejambes sont floutés et les parties dénudées telles que les poitrines et les cuisses aussi), et les positions des corps sont peu variées car contraintes, l'accouchement étant ritualisé selon un protocole médical obligeant les parturientes à des postures prédéfinies et le personnel médical à certains gestes. Ce que l'émission donne à voir c'est donc avant tout les normes en vigueur dans les hôpitaux publics français en matière d'accouchement et l'idéal-type de la « bonne parturiente » en travail.

L'émission déploie une idéologie naturaliste selon laquelle « la grossesse reste le seul et unique fondement de la maternité » (Iacub, 2004, p. 239). Le programme valorise de bout en bout cet « empire du ventre » qu'est la maternité biologique. La promotion d'un « accouchement naturel » rappelle et réaffirme les frontières symboliques de la « différence des sexes », dans une France travaillée par un profond conflit idéologique en matière d'union et de parentalité (cf. les polémiques violentes autour du mariage des couples de même sexe et de l'homoparentalité soulevés par la Loi Taubira). Les rapports sociaux de sexe, de race et de classe, et la médicalisation du corps des femmes se voient naturalisés et renforcés par l'émission, qui met l'accent sur les choix individuels des parturientes sans souligner le degré de contrainte qui pèse sur elles. Le format singulier du programme, qui joue sur l'illusion de la « réalité », permet aux représentations véhiculées d'être les opérateurs d'une reproduction idéologique, en faisant passer pour naturelles et comme relevant du « sens commun » des pratiques culturelles (Barthes, 1957, p. 9) dont l'historicité n'est pas évoquée⁸. La répétition liée à la structure narrative du format fait ainsi écho à la répétition anxieuse des performances corporelles par lesquelles le genre est incessamment produit (Butler, 2005). Les corps maternels sont des corps contraints, disciplinés, apprenant grâce au pouvoir médical plutôt qu'à travers l'expérience subjective et individuelle de la maternité.

⁸ Il en va ainsi de la valorisation de la présence des pères (qui n'assistaient pas aux accouchements en France jusque dans les années 1970), de la péridurale (qui n'est proposée aux femmes que depuis les années 1970), de la position allongée durant l'accouchement (qui ne favorise pas l'autonomie de la patiente), de l'injonction à l'allaitement (qui n'a pas toujours été encouragé dans les maternités françaises comme il l'est aujourd'hui...).

Références bibliographiques

- AÏM, O. 2004. « Une télévision sous surveillance. Enjeux du panoptisme dans les dispositifs de télé-réalité », *Communication et langages*, 141, p. 49-59.
- BARTHES, R. 1957. *Mythologies*, Paris, Seuil.
- BUTLER, J. 2005. *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*, Paris, La Découverte.
- CARRICABURU, D. 1994. « Les sages-femmes face à l'innovation technique », dans P. Aïch, D. Fassin (sous la direction de), *Les Métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica, p. 281-308.
- CESBRON, P. ; KNIBIEHLER, Y. 2004. *La naissance en Occident*, Paris, Albin Michel.
- DUDEN, B. 1996. *L'invention du fœtus. Le corps féminin comme lieu public*, Paris, Descartes et Compagnie.
- FOUCAULT, M. 1978. *Histoire de la sexualité. Tome 1 : La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- GOFFMAN, E. 1974. *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- GUILLAUMIN, C. 1978. « Pratique du pouvoir et idée de Nature. (2) Le discours de la Nature », *Questions féministes*, 3, p. 5-28.
- IACUB, M. 2004. *L'empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*, Paris, Fayard.
- JACQUES, B. 2007. *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF.
- TRUC, G. 2006. « La paternité en Maternité. Une étude par observation », *Ethnologie française*, vol. 36, p. 341-349.
- VUILLE, M. 1998. *Accouchement et douleur. Une étude sociologique*, Lausanne, Éditions Antipodes.