

Accompagnement des mères pendant la grossesse : des discours différenciés

Jérôme Camus,

maître de conférences en sociologie, université François-Rabelais, Cités, territoires, environnement et sociétés - Construction politique et sociale des territoires (CITERES-COST) - UMR 7324, Tours,

Nathalie Oria,

professeure agrégée, université de Cergy, Centre universitaire de recherche sur l'action publique et le politique (CURAPP) - UMR 7319.

Dans le cadre du suivi ordinaire d'une grossesse, les femmes se voient adresser un ensemble de messages visant à leur prescrire, de façon plus ou moins explicite, des comportements, attitudes¹ ou habitudes¹ sept visites prénatales, 98,9 % passent au moins trois échographies (et 62 % quatre ou plus²), la quasi-totalité des naissances se déroule aujourd'hui dans un établissement de santé.

Entre médecine et accompagnement

Ce traitement médical de la grossesse et de l'accouchement s'impose ainsi aujourd'hui avec la force de l'évidence ; il ne doit pourtant pas manquer d'étonner : sans même revenir sur l'histoire de la naissance et de l'appropriation progressive de l'accouchement et de la grossesse par la médecine [3], on peut simplement remarquer qu'il s'agit la plupart du temps d'une médecine sans maladie. Le rôle de l'institution médicale consiste donc à accompagner les processus physiologiques (non pathologiques), ce qui la place dans une position de prévention des risques. C'est donc une logique rationnelle, scientifique, qui fonde le discours de dévoilement des mystères du corps humain et d'éventuelles pathologies qui surviennent ; tout l'objet de l'accompagnement consistant à prévenir leur apparition, selon un raisonnement probabiliste, en conduisant les femmes à réduire leurs « facteurs de risques ».

Si par exemple l'allaitement au sein est aujourd'hui décrit, de ce point de vue, comme souhaitable, c'est parce que la connaissance scientifique justifie cette prescription : le lait maternel permet la transmission des anticorps de la mère vers son enfant ; sa composition s'adapte au besoin physiologique de l'organisme du bébé et, donc, permet de réduire l'apparition de pathologies chez le nouveau-né.

À côté de ces prescriptions rationnelles, on peut identifier des conseils relevant d'une logique plus relationnelle et qui regroupent une partie très importante des discours destinés aux mères. Ils s'opposent le plus souvent au premier groupe en ce qu'ils visent le « bien-être » (plus que la « bonne santé ») de la mère et de son enfant. Dans les médias, on trouve ces conseils marqués par des contenus d'inspiration psychologique notamment lorsqu'ils adoptent le ton des magazines féminins, insistant sur la construction du lien mère-enfant. Ils abordent la dimension psychologique de la maternité ou ils font état, voire ils promeuvent des positions anti-médicales : accouchement « naturel », « respect des choix » de la mère en matière d'accompagnement de la grossesse, de déroulement de l'accouchement, etc. L'ensemble de ces conseils repose sur les sensations ou, mieux, sur le « ressenti » ; son expression, par les femmes, et son « respect », par les accompagnants, permettant d'atteindre une sorte d'authentique bien-être.

Les différences entre ces discours se jouent certes sur les pratiques qu'ils promeuvent, mais surtout sur les façons de les soutenir. Pour reprendre l'exemple de l'allaitement au sein, discours rationnel et relationnel s'accordent sur sa promotion. Mais là où le discours médical agit au nom de la prévention sanitaire, le discours relationnel y voit une façon d'atteindre le bien-être de la mère et de son enfant par la constitution d'une relation perçue comme « naturelle » car non médiée par le biberon, comme une formidable opportunité de créer une intimité authentique (« les yeux dans les yeux »).

[1 ; 2]. Ces prescriptions sont la plupart du temps formulées de façon non autoritaire, sur le mode du conseil, de l'évidence bienveillante ou du bon sens, et visent ainsi à susciter l'adhésion spontanée des femmes.

Mais à y regarder de plus près, cet accompagnement n'est pas homogène. On peut en effet distinguer deux ensembles de prescriptions qui diffèrent moins du point de vue de leurs finalités (convergentes ou contradictoires selon le sujet) que sur le plan de la logique qu'elles mobilisent.

D'une part, on peut repérer les conseils mettant en action le savoir médical. Portés en premier lieu par les personnels de santé, on les retrouve également dans les médias s'adressant aux futures mères, notamment lorsqu'ils donnent la parole à un médecin ou à une sage-femme. L'exposition à ce discours est d'autant plus forte qu'elle s'opère à l'occasion d'un suivi médical qui, aujourd'hui, scande le déroulement des grossesses : 94 % des grossesses sont déclarées dès le premier semestre, 98 % sont suivies par un.e professionnel.le de santé, 89 % des femmes déclarent au moins

Dans la situation de concurrence des deux discours, on peut percevoir deux visions du processus par lequel on accède au statut de mère, étant entendu que le discours médical prévaut puisqu'il se positionne comme le seul à même de déterminer ce qui relève ou non du pathologique. Ainsi, ces deux discours – rationnel et relationnel – définissent une sorte d'offre de pratiques et de façons de les envisager dont les mères vont se saisir, non au hasard, mais selon leurs représentations et leur statut social. Le niveau de diplôme des femmes peut être considéré comme un indicateur des connaissances qu'elles ont à leur disposition, tout comme leur niveau de recours aux professionnels et autres ressources (médecins, médias, famille d'origine, école, espaces militants...). Le rôle social de la mère et des parents va être façonné par ces influences. Ainsi les pratiques lors de la grossesse ou juste après la naissance varient selon le niveau de diplôme : par exemple la probabilité d'allaiter (au sein) augmente [4] et le nombre de séances de préparation à la naissance suit la même logique³. La probabilité d'être suivie par un gynécologue ou un obstétricien (plutôt qu'un généraliste, une sage-femme, ou aucun.e de ces professionnel.le.s) augmente également, tout comme le niveau de lecture de magazines ou d'ouvrages.

Ainsi, il apparaît que les choix et les pratiques en matière de santé et de prévention sont dépendants de la trajectoire sociale, elle-même liée au parcours scolaire et au niveau de diplôme. Et ce qu'il s'agisse des habitudes

de lecture, du niveau de recours à des informations médicales vulgarisées, et aussi des habitudes dans le suivi de la santé (consulter ou non le médecin, le gynécologue...).

Des conseils modulés selon l'appartenance sociale

Par ailleurs, on pourrait croire que plus les femmes sont diplômées, plus elles adhèrent au discours médical rationnel. Or, ce n'est pas forcément le cas. Pour le comprendre, il faut considérer que l'institution médicale et ses professionnels traitent différemment les mères : plus ils ont affaire à une femme de milieu supérieur, moins les femmes seront suspectées d'adopter des comportements « à risque ». Le discours médical le plus prescriptif, globalement dominant dans l'institution médicale, tend donc à disparaître pour laisser la place soit au discours relationnel, notamment pour les femmes de classes moyennes, soit, pour celles qui appartiennent aux milieux supérieurs, à une réduction du discours, le suivi s'opérant à travers sa dimension technique (examens, actes médicaux) et moins par des conseils. À l'opposé, les femmes de milieux modestes font l'objet des prescriptions rationnelles les plus explicites, voire dans certains cas injonctives. Le discours de vulgarisation médicale semble alors avoir pour objectif d'imposer un ensemble de pratiques visant à prévenir les « risques » qu'un déficit supposé d'éducation, et notamment sanitaire, tendrait à faire croître. L'allaitement au sein (« naturel ») laisse ainsi par exemple la place au

très rationnel nourrissage au biberon (et ses nombreuses mesures de quantités d'eau, de poudre ou de durée entre chaque biberon).

Suspicion d'incompétence maternelle

L'institution médicale ne limite pas son action à la santé des patientes. Elle vise également à contrôler la capacité des femmes à être mères. Assimilant la maternité à un ensemble de façons de faire et d'être liées aux compétences relationnelles, elle l'associe au genre, aux qualités envisagées comme féminines : douceur, souci de l'autre, sensibilité, écoute de ses propres sensations et empathie permettant de sentir les sensations du nouveau-né... C'est en quelque sorte une vision naturalisante du genre. Comme précisé plus haut, dans certains cas, les professionnels de l'institution médicale adaptent leurs prescriptions selon le statut social des mères : le discours d'accompagnement relationnel s'adresse à celles qui, s'adaptant grâce à leurs ressources sociales (appréhendées par le diplôme), manifestent des attitudes repérées comme maternelles. Pour les autres, socialement plus modestes, la suspicion d'incompétence maternelle – qui renvoie à une sorte de défaut de féminité – conduit les professionnels à tenir un discours d'encadrement rationnel visant à prévenir, depuis le point de vue de la médecine, des « risques » autant sanitaires que sociaux. ■

Contact : jerome.camus@univ-tours.fr

1. On ne considérera ici que les femmes. Malgré l'inflation récente de discours visant à ménager une « place aux pères » (d'autant plus s'ils sont « nouveaux »), la place des hommes comme destinataires des discours d'accompagnement reste marginale, comparativement aux femmes.

2. Les données utilisées dans cet article sont issues de l'enquête *Étude longitudinale française depuis l'enfance* (ELFE) en maternité (2011). Cette enquête est réalisée, notamment, par l'Institut national d'études démographiques (INED) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et est financée par l'Agence nationale de la recherche au titre du programme Investissements d'avenir (ANR-11-EQPX-0038).

3. Parmi les femmes qui déclarent avoir suivi des séances de préparation à la naissance, environ 75 % sont titulaires d'un diplôme de niveau supérieur au baccalauréat (niveau I, II et III) et leur part augmente avec le nombre de séances suivies : deux séances ou moins : 64 %, trois séances : 67 % ; quatre séances : 71 % ; cinq séances : 72 % ; six séances : 75 % ; sept séances : 77 % ; huit séances : 79 % ; neuf et plus : 76,6 %.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Truc G. La paternité en maternité. Une étude par observation, *Ethnologie française*, 2006, vol. 36, n° 2 : p. 341-349. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2006-2-page-341.htm>

[2] Camus J. Une féminité instituée : tensions normatives et encadrement des femmes à la maternité, in Knibiehler Y., Arena F., Cid Lopez R.M. (dir.). *La Maternité à l'épreuve du genre. Métamorphoses et permanences de la maternité dans l'aire méditerranéenne*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2012 : p. 85-90.

[3] Cesbron P., Knibiehler Y. *La Naissance en Occident*, Paris : Albin Michel, 2004 : 368 p.

[4] Kersuzan C., Gojard S., Tichit C., Thierry X., Wagner S., Nicklaus S. *et al.* Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'enquête ELFE maternité, France métropolitaine, 2011, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, octobre 2014, n° 27 : p. 440-449. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/pdf/2014_27_1.pdf