APPRENDRE A ÊTRE PARENT : AJUSTEMENT ET CONCURRENCE DES SAVOIRS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MATERNITE

Jérôme Camus, Bertrand Geay, Nathalie Oria

Université de Picardie Jules Verne
CURAPP – CNRS (UMR 6054)
je.camus@wanadoo.fr
bertrand.geay@u-picardie.fr
nathalie.oria@u-picardie.fr

Mots-clés : *maternité, institution, concurrence des savoirs, transmission des savoirs.*

Résumé. *L'encadrement de la grossesse et de la naissance s'opère en France grâce à un dispositif institutionnel traversé par des normes contrastées. Si le savoir médical domine, il est concurrencé depuis les années 1970 par les discours d'inspiration psychanalytique. Portée par différent corps professionnels (médecins, sages-femmes, auxiliaires de puériculture), cette tension se retraduit dans la division du travail d'encadrement et dans l'adaptation des pratiques des professionnelles aux différents catégories de mère. En analysant ces pratiques, et les discours qui les entourent, au sein de deux maternités de Picardie, il apparait que le type de normes qui sont transmises et l'intensité du contrôle varient en fonction de la plus ou moins grande distance sociale qui, dans l'interaction, sépare les jeunes parents des savoirs promus par l'institution. Entre soumission silencieuse, adhésion et remise en cause, l'action institutionnelle produit des effets contrastés sur des femmes inégalement préparées à s'occuper d'un nouveau-né.*

En France, le moment de la naissance fait l'objet d'un encadrement institutionnel intense, depuis l'annonce de la grossesse (visites prénatales), pendant l'accouchement (prise en charge par les sages-femmes, médecins obstétriciens), lors du séjour en maternité, mais aussi lors du suivi post-maternité (sages-femmes, PMI, médecins pédiatres). Cet encadrement est particulièrement codifié (jusque dans le droit) et justifié par des discours médicaux, ce qui n'est pas le cas dans tous les pays européens, par exemple aux Pays-Bas, où près de 40% des mères accouchent à domicile (Bréart et Rozé, 2003). Au-delà de sa vocation proprement sanitaire, l'enjeu de cet encadrement consiste à identifier et à transmettre des techniques et des principes d'action qui vont circonscrire les manières légitimes selon lesquelles il convient de s'occuper d'un enfant jeune ou très jeune. En tentant de les faire intérioriser, l'institution se voit chargée de définir et de transformer les pratiques associées au statut de parent (Donzelot, 1977).

En prenant appui sur les enquêtes réalisées dans le cadre du projet « PIC-ENFAN : les conditions sociales et politiques de la naissance » (dirigé par Bertrand Geay et financé par la région Picardie), il s'agit ici de s'interroger plus spécifiquement sur les modalités selon lesquelles s'opère cette transmission et les effets qu'elle peut entrainer sur les façons d'être parent. Mais il faut sans doute noter, dès l'abord, que cette action institutionnelle, en s'exerçant sur une large majorité des parents ou futurs parents, est marquée par une certaine hétérogénéité, tant du point de vue de l'intensité du contrôle que des savoirs qu'elle tend à leur transmettre. En effet, bien que s'incarnant dans des dispositifs relativement stabilisés, elle est traversée par les débats qui entourent le nouveau-né et le jeune enfant (Delaisi de Parseval et Lallemand, 1979): la montée des normes pastoriennes promues par les médecins qui, depuis la fin du XIXe siècle, se donnait pour but de lutter contre la mortalité infantile (Boltanski, 1969) se voit, depuis les années 1970, remise en cause par les tenants d'une vision psychologique et psychanalytique visant la préservation du « bon » développement de

l'enfant par la mise à distance de prescriptions trop rigides[1]. Cette tension se retrouve aujourd'hui au sein même de l'institution, et plus particulièrement dans l'hôpital à l'intérieur duquel cohabitent différents corps professionnels plus ou moins enclins à s'approprier et à promouvoir des savoirs de type rationnel s'adossant aux connaissances médicales, ou bien de type relationnel d'inspiration psychanalytique ou mobilisant l'idée d'une « nature » maternelle. L'encadrement des parents apparaît alors aujourd'hui marqué par cette tension qui, pour reprendre les analyses proposées par Cl. Grignon à propos de l'enseignement professionnel (Grignon, 1971), génère une action institutionnelle dédoublée sous forme d'un « discours fort » rationaliste et médical et un « discours faible » qui promeut le « bien être » et l' « épanouissement » des parents et du « nouveau-né ».

Poser la question des modes de transmission des façons légitimes d'être parents, c'est donc tenter de repérer les différents modes de découpage, de classement et de hiérarchisation des savoirs à l'intérieur même de l'institution, d'en interroger la ou les incompatibilités. Mais il s'agit également d'analyser les conditions d'agencement et de mise en cohérence de registres de savoirs différents ainsi que les « stratégies » mises en œuvre par les acteurs, professionnels ou parents, pour permettre, au niveau individuel ou au niveau collectif, la coexistence, alternée ou conjointe, de logiques résolument contradictoires. Après avoir présenté le dispositif de suivi des parents et la division des savoirs qui l'organise à travers la hiérarchie des corps professionnels, on tentera d'analyser la manière dont les nouveaux parents, et plus particulièrement les jeunes mères, sont soumis de façon contrastée, à l'imposition de normes éducatives à la maternité. Pour comprendre les variations qu'entraînent sur eux l'action de l'institution, on envisagera enfin les résistances ou, au contraire, les apprentissages ou les réagencements de l'expérience qu'elle entraîne chez des parents très inégalement pourvus des dispositions sociales sollicitées par l'institution.

Parmi les enquêtes réalisées dans le cadre du projet PIC-ENFAN, on s'appuiera ici sur celle réalisée dans deux maternités de Picardie, l'une de niveau 1 située à Amiens, l'autre de niveau 3 se trouvant dans une ville de moyenne importance de l'Oise. Cette étude comporte deux volets. Le premier regroupe des observations du travail quotidien des personnels assurant le suivi post-natal, notamment celui des sages-femmes et des auxiliaires de puériculture. Le second est constitué d'une trentaine d'entretiens semi-directif réalisés à la maternité auprès de femmes (et plus rarement d'homme) venant d'avoir un enfant. Si la collecte des matériaux est grande partie terminée, les analyses et le croisement avec les autres enquêtes (150 entretiens, investigations quantitatives, approche d'autres disciplines) sont actuellement en cours.

I. L'encadrement institutionnel de la maternité : hiérarchie des professions et concurrence des savoirs

L'un des enjeux du suivi des familles pendant la grossesse et pendant le séjour à la maternité consiste à transmettre des savoirs jugés par l'institution nécessaires au bien-être et au bon développement de l'enfant. Et en ce sens, cette prise en charge des familles constitue un moment d'éducation pendant lequel des professionnels de la santé endossent le rôle de formateurs.

La grossesse fait ainsi l'objet d'un contrôle et ce d'autant plus facilement que la quasi-totalité des femmes françaises choisit d'accoucher en milieu hospitalier[2]. Elles sont alors confrontées à une institution, y sont totalement prises en charge, physiquement, mais aussi socialement. Les femmes accueillies dans les Maternités françaises pendant leur grossesse bénéficient d'un suivi, ainsi que de cours de préparation à la naissance. Lors de la première visite prénatale, tous les futurs parents reçoivent systématiquement un « livre bleu[3] » édité par le Comité national de l'Enfance pour les « guider » dans l'éducation de leur enfant, opuscule censé servir de référence afin de répondre de

[1] Pour une illustration récente et retentissante de ces débats, cf. les échanges parfois vifs qui ont entouré la publication de dernier ouvrage d'E. Badinter.
[2] 99% selon le rapport pour la MIRE *Dispositifs d'offres de soins obstétrico-pédiatriques : filières, trajectoires, usagers. rédigé par* Akrich M., Develay A., Naiditch M., Pasveer B.en 2000.
[3]www.lelivrebleu.fr

manière scientifique aux questions qu'ils pourraient se poser. Par ailleurs, tout au long de la grossesse, depuis sa découverte jusqu'à l'accouchement et lors des nombreux examens médicaux qui jalonnent la vie des parturientes, l'encadrement médical et paramédical est l'occasion de transmettre à la mère les « bons comportements » à adopter lorsqu'elle est enceinte. Ainsi, dès le premier rendez-vous gynécologique, la mère se voit proposer les normes de vie des futures mères (ne pas fumer, ne pas boire d'alcool, limiter les « comportements à risques »), normes justifiées par des arguments médicaux portants sur la santé de l'embryon et son développement. Béatrice Jacques remarque dans son ouvrage que « la première consultation chez le gynécologue permet un premier rappel ou apprentissage des règles socialement prescrites, reprises par la suite par les magazines et ouvrages spécialisés et par l'entourage » (Jacques, 2007).

A côté de cette prise en charge institutionnelle, le discours public propose lui-aussi un ensemble de manières de faire. En effet, aujourd'hui, la presse de vulgarisation ne manque pas et les parturientes sont abreuvées de connaissances savantes vulgarisées. Que ce soit par les ouvrages, les revues, les émissions de télévision, les émissions radiophoniques ou encore les sites Internet, les futures mères sont sans cesse apostrophées par la conduite exemplaire qu'elles doivent tenir. Cette littérature de vulgarisation prétend se faire l'intermédiaire entre les parents et les connaissances scientifiques (quelles soient d'origine médicale ou psychologique), mais elle est généralement prescriptive de comportements à adopter, la diffusion d'informations savantes restant le propre de l'institution médicale.

Dès le début de leur grossesse, puis de façon régulière jusqu'à l'accouchement, les femmes enceintes sont ainsi mises en situation d'apprentissage. Celui-ci a lieu de façon institutionnalisé lors des « cours de préparation » à l'accouchement qui, dans certains hôpitaux, sont présentés comme quasi-obligatoires.

Ce moment de formation joue un rôle dans la familiarisation des femmes – et de leur conjoint- avec l'institution hospitalière. Loin de se contenter d'une approche technique, il semble que l'objectif visé consiste aussi à préparer ces femmes à devenir de « bonnes » patientes lors de leur séjour à l'hôpital, mais aussi de « bonnes » mères, aptes à assurer le bon développement de leur bébé. En effet, ces cours, qui se déroulent souvent au sein même de l'hôpital, peuvent être illustrés de films pédagogiques et utiliser des mannequins ou des planches anatomiques pour illustrer les propos des intervenants à propos du fonctionnement institutionnel de l'hôpital ou des différentes étapes techniques de l'accouchement. Ces cours délivrent aussi des informations sur l'évolution du fœtus pendant la grossesse et mettent l'accent sur l'acquisition par la future accouchée des techniques respiratoires et de concentration présentées comme nécessaires au bon déroulement de l'accouchement. Le vocabulaire utilisé pour présenter les différentes techniques, l'accent mis sur les savoirs scientifiques ne laisse planer aucun doute sur la validité des savoirs transmis. Parallèlement, ces cours sont l'occasion de mobiliser des savoirs de type relationnel visant à promouvoir le « bien être » de la futur mère (et, le cas échéant de son conjoint) : mise en avant du « ressenti », de la « relation mère enfant » dans laquelle est parfois rappeler l'importance du père, séquence d'expression des « demandes », des « angoisses », moment de « relaxation » s'inspirant de la sophrologie. Certains « cours », dispensés le plus souvent hors de l'hôpital, mettent davantage l'accent sur ces aspects : préparation en piscine, haptonomie, élaboration d'un « projet de naissance ».

En dehors des formes d'encadrement les moins institutionnalisés (qui ne concernent qu'une faible partie de la population et qui, souvent, se construise selon une opposition assez ferme à l'institution médicale), l'un des effets principal de ces cours reste cependant la transmission et l'intériorisation par les futurs parents des normes de comportement au sein de l'institution. L'usage de ces savoirs, leur présentation vulgarisée, s'inscrivant dans l'expérience, a pour effet d'encourager les femmes à adopter des comportements facilitant le travail des équipes médicales. Les futures mères et leurs conjoints y apprennent ainsi la place qui leur est dévolue lors de l'accouchement et après, ainsi que les limites à ne pas dépasser. Selon Béatrice Jacques, ces séances permettent de préparer les femmes à un évènement médical et ainsi à éviter les questions

et les comportements inadéquats qui risqueraient de gêner le travail des accoucheurs (Jacques, 2007).

La promotion institutionnalisée de ces savoirs, qu'ils soient d'inspiration médicale ou psychologique, rationnelle ou relationnelle, est le fait de professionnels qui, par leur formation et leur recrutement social, vont être enclins à promouvoir une partie de ces normes.
Située au sommet de la hiérarchie des professions de santé intervenant dans le champ de l'encadrement de la maternité, la profession de gynécologue a beaucoup évolué depuis trente ans et cette évolution retentit sur les relations patientes-médecin. Longtemps située en bas de la hiérarchie médicale, la spécialisation gynécologie a progressivement conquis ses lettres de noblesse grâce au développement de la recherche dans le domaine de l'embryologie, des progrès techniques en matière d'imagerie et d'anesthésie (Dagnaud et Mehl, 1988) (Jaisson, 2002). Les gynécologues-obstétriciens se chargent généralement du suivi des grossesses pathologiques, laissant aux sages-femmes le soin d'accompagner les grossesses « normales ». Comme en témoignent les entretiens réalisés, les médecins se montrent souvent distants avec leurs patientes, asseyant leur autorité sur leur pouvoir social et sur leur compétence technique, utilisant un vocabulaire médical pointu, rechignant à donner des explications aux profanes, décourageant souvent les questions des patientes les plus angoissées. « En fait, tu lui demandes des trucs et tout ça, mais après le médecin, il t'houspille un peu, c'est un quart d'heure pis après tu vires. Le médecin il t'explique pas, il s'occupe du médical quoi » (Jeune mère de 29 ans, un enfant de 10 mois, licence de sociologie, employée).

En cela, les médecins se différencient des sages-femmes qui mettent plus souvent l'accent sur le coté « relationnel » du suivi des grossesses. Ces dernières, en effet, occupent une place particulière dans l'institution. Profession médicale à compétences limitées, elles doivent, selon leur référenciel de formation, assurer la surveillance clinique et para-clinique de la grossesse, mais aussi dépister les situations à risque médical, psychique ou social et orienter alors les patientes vers un niveau de soin adapté[4]. Si cet objectif est primordial, elles doivent aussi participer à la sécurité physique et psychologique de la mère et du nouveau-né à la naissance, assurer leur prise en charge globale et favoriser la relation mère-enfant. Elles interviennent avant l'accouchement (en dispensant des cours de préparation et en assurant le suivi des grossesses non-pathologiques), pendant l'accouchement et ensuite, pour les suites de couches, mais aussi par exemple en dispensant des cours d'allaitement. Ces professionnelles se spécialisent en effet traditionnellement dans le versant relationnel du suivi des femmes enceintes et des jeunes mères, remplissant en cela quelques uns des objectifs de leur formation : accueillir et assurer les soins des nouveau-nés, participer à la sécurité physique et psychologique de la mère et du nouveau-né à la naissance, assurer la prise en charge globale de la mère et de l'enfant et favoriser la relation mère-père-enfant. Elles mettent alors en place des relations différenciées en fonction des femmes accueillies. Ce positionnement dans le registre relationnel s'éclaire donc lorsque l'on replace cette profession dans le champ de la maternité au sein de l'institution hospitalière. Dominées par des médecins qui sont parvenus à construire en peu d'années une spécificité professionnelle quasiment idéal-typique, les sages-femmes luttent pour conserver une place légitime, oscillant entre hyper-technicité et valorisation du « bien être ». Par exemple, les observations en salle d'accouchement mettent en évidence la volonté des sages-femmes de procéder aux accouchements sans intervention des médecins. Lorsqu'une difficulté se présente lors du travail, le recours à l'obstétricien n'intervient qu'en dernière extrémité. Il s'agit alors bien de protéger son espace de travail en utilisant sa capacité de définir le normal et le pathologique. Ce processus de redéfinition du métier et de sa spécificité n'est pas encore abouti, malgré la création en 1995 d'un ordre national des sages-femmes et plus récemment de l'intégration à la première année de médecine des élèves sages-femmes. Les savoirs qu'elles dispensent donc aux femmes enceintes se présentent comme scientifiques, mais elles le transmettent de façon plus dialoguée que les médecins, n'hésitant pas à interroger les femmes pour s'assurer qu'elles ont bien compris certains points

[4] La formation des sages femmes, site internet de l'ordre des sages-femmes.

jugés importants et répondant aux questions posées afin d'établir une relation de confiance avec leurs patientes[5].

Après l'accouchement, un troisième type de professionnelles intervient d'ailleurs pour les aider à atteindre ce but : les auxiliaires de puériculture. Situés dans les positions les plus dominées de la hiérarchie professionnelle, elles se voient confiées les tâches de gestion du quotidien des nouveau-nés. On note dans leur référentiel de formation la compétence suivante : accompagner l'enfant dans les activités d'éveil et de la vie quotidienne et les parents dans leur rôle éducatif. L'école de puériculture de l'hôpital Trousseau par exemple insiste dans ses cours sur la place accordée à l'enfant dans la famille, sur les évolutions liées aux transformations du travail des femmes, sur la difficulté pour ces dernières à concilier vie professionnelle et vie privée. En conséquence, l'auxiliaire de puériculture doit, en complémentarité avec les parents, apporter à l'enfant des « repères », une « sécurité affective et physique » qui va l'encourager « à grandir et à être autonome ». Donc, ces professionnelles doivent être aptes à « identifier les besoins essentiels » de l'enfant, à repérer ses « capacités psychomotrices et psychoaffectives ». Elles doivent apporter leur aide pour la toilette, l'habillage, le repas, l'élimination et la mobilité. Elles jouent aussi un rôle éducateur en faisant respecter « les règles d'hygiène, de pudeur et de sécurité ». Enfin, elles doivent accompagner et conforter les parents dans leur rôle éducatif, les associer aux soins et développer leurs capacités dans ce domaine, bref, les mettre sur « la voie de l'autonomie » pour préparer le retour à la maison. Toutes ces tâches s'effectuent en fait sous forme de travaux pratiques, en plusieurs phases, les auxiliaires effectuant elles-mêmes, sous le regard des nouvelles mères, les soins aux nouveaux nés les premiers jours, puis les observant les nouvelles mères, les encourageant et au besoin les corrigeant les jours suivants.

II. Le contexte de transmission des normes entourant le nouveau-né à la maternité : des prescriptions ajustées

Si tout au long de la grossesse, la division des savoirs et du travail de transmission de ceux-ci est ainsi soutenue par les hiérarchies professionnelles, c'est au moment de la naissance et dans les jours qui suivent, alors que les femmes se trouvent à l'intérieur de l'institution qu'elle se donne à voir le plus clairement. Parce qu'il s'exerce de façon continue et avec plus de force qu'à aucun autre moment, le séjour à la maternité permet d'analyser ce travail d'imposition des normes entourant le nouveau-né.

De façon complémentaire à la normativité induite par les aspects matériels (organisation de l'espace, décoration, équipements mis à disposition), tous les personnels contribuent à cette transmission. Mais, pour comprendre comment elle se réalise, il faut sans doute remarquer, d'une part, que les différents types de savoirs mobilisés ainsi que la façon de les transmettre varient en fonction de la position occupée dans la hiérarchie du service et d'autre part, que cette tâche spécifique qui consiste à inculquer les façons légitimes de prendre soin d'un nouveau-né incombe d'abord aux professionnelles situées au plus bas de cette hiérarchie, les auxiliaires de puériculture. De ce point de vue, les interactions entre auxiliaires de puériculture et les jeunes mères qui, ici, constituent l'élément central de nos analyses, ne peuvent être comprises que si on les resitue dans l'ensemble des logiques qui organisent les interactions entre l'institution et ses usagers. Parce que les catégorisations, jugements plus ou moins conscients, stratégies, injonctions… constitutives du dispositif de transmission des savoirs qu'adoptent ces professionnelles renvoient tout autant à l'éthos professionnel intériorisé au cours de la formation qu'aux rapports ordinaires au monde de ces femmes, leur logique repose à la fois sur les spécificités de cette profession dans le champ des professions médicales intervenant dans le service et sur la légitimité sociale à user de certains types de savoirs. C'est bien parce que la hiérarchie des professionnels travaillant au sein de la maternité se fonde à la fois sur la hiérarchie des professions de santé (médecin, sage-femme,

[5] Sur l'histoire de cette différenciation entre médecin et sage-femme à travers laquelle on retrouve les oppositions entre savoirs techniques et savoirs relationnels, mais aussi, et plus largement, entre sphère publique et privée, masculin et féminin, cf. (Gélis 1988) et (Schlumbohm, 2002).

infirmière, auxiliaire de puériculture) que sur celles qui organisent le monde social (féminisation, origine sociale) que l'on peut comprendre les différents types de rapports qui s'établissent entre professionnel(le)s et usagers, tout comme la propension à recourir à différents types de savoirs et à différents modes de transmission.

L'un des moments au cours duquel s'observe sans doute le mieux ces logiques de transmission mobilisées par les auxiliaires de puériculture est le moment du bain. Si les auxiliaires de puériculture sont également chargées d'encadrer les opérations de change, de nourrissage et plus largement, de toutes les actions parentales sur le nourrisson, le bain constitue une séquence particulièrement intéressante pour nous. L'apprentissage de la façon dont on lave un nouveau-né constitue en effet une des tâches les plus complexes que les nouveaux parents doivent s'approprier. Cette complexité réside dans le fait que le bain regroupe une succession de séquences qui suppose, pour chacune, la maîtrise de gestes, de techniques, mais aussi de façons d'interagir avec le nouveau-né.
Les difficultés liées à cette phase se voient redoublées par l'attention particulière qu'y porte l'institution. Le bain, donné tous les jours, est l'objet sur lequel s'exerce un dispositif d'apprentissage explicite. Dans le cadre d'un séjour ordinaire de cinq jours, le nouveau-né va prendre trois à quatre bains : le premier, deux jours après la naissance, est réalisé, dans la majorité des cas, par l'auxiliaire de puériculture ; le second est effectué par la mère assistée, de façon étroite, par la professionnelle qui, les jours suivant s'effacera plus ou moins selon les acquisitions de la mère. Le bain apparaît alors, du point de vue de l'institution, comme l'un des moments où se donne à voir et s'évalue les manières d'être et de faire des nouveaux parents. Ce caractère évaluatif n'échappe bien sûr pas aux parents eux-mêmes et contribue, comme on le verra, à renforcer la difficulté de la tâche.

Le dispositif d'apprentissage du bain (et on pourrait en dire autant des autres tâches prises en charge par les auxiliaires de puériculture) consiste donc en une mise en situation progressive des parents. Par-là, l'institution tend à transmettre un dispositif technique visant à garantir la bonne santé quotidienne du nourrisson, mais aussi à vérifier moins la maîtrise effective de ces techniques par les parents que leur capacité pratique à les acquérir et à les mettre en œuvre. Cette technicité selon laquelle se présente le bain permet ainsi la mise en œuvre de façons de faire qui renvoient à l'expérience ordinaire des mères. La maîtrise de l'utilisation du matériel, des procédures de savonnage, d'immersion, de rinçage, de séchage, d'habillage, de nettoyage des yeux, des oreilles, du nez, du cordon ombilical et de toutes celles qui assurent la continuité de la séquence, manières de prendre ou de contraindre le corps du nouveau-né tout en gérant, dans le même temps, le matériel nécessaire (serviettes sèches et humides, positionnement des produits, organisation du propre et du sale) permettent aux auxiliaires de puériculture d'évaluer la possession de savoirs pratiques *ad hoc*.

Si la répétition quotidienne de la séquence rend possible l'appropriation de sa dimension technique, l'utilisation d'un discours d'accompagnement permet d'en souligner les principes. S'il s'agit bien d'imiter l'auxiliaire, de reproduire ces gestes et attitudes, c'est aussi la maîtrise par les mères des logiques qui les organisent que cherchent à repérer les professionnelles. Or, si l'on n'a constaté que des variations marginales dans les pratiques des auxiliaires de puériculture (et qui renvoient sans doute à des différences entre générations), les discours d'accompagnement, quant à eux, sont très différents, y compris chez une même professionnelle. Ainsi, alors que le dispositif demeure relativement stable, il fait l'objet de justifications contrastées, voire opposées, qui varient en fonction de l'idée que les professionnelles se font de leur interlocutrice. En saisissant dans l'interaction même les milles et un signe (façons de parler, de se tenir, de se vêtir, d'occuper l'espace de la chambre, d'entrer en relation avec le nouveau-né ou le personnel) qui trahissent la position sociale de la mère et, par conséquent, le rapport social qui s'établie alors, les auxiliaires de puériculture vont mobiliser différents discours. Sans complètement en rendre raison, elles le signalent d'ailleurs lorsqu'elles disent « s'adapter en fonction de la dame », « tenir compte de ses capacités ».

D'une mère à l'autre, ce qui, dans la quotidienneté du travail dans le service peut signifier d'une chambre à l'autre, d'un instant à l'autre, les discours qui accompagnent le moment du bain vont ainsi, en retrouvant l'articulation des savoirs sur le nouveau-né, d'une explicitation prolixe et techniciste à une quasi-absence de commentaires en passant par une sorte de relativisation du dispositif au profit du « bien être ».

Ce sont les mères les plus modestes qui font l'objet des prescriptions les plus explicites. Ces femmes, que les professionnelles, entre elles, peuvent nommer les « jeunettes », les « cas soc » (« cas sociaux »), les « dames d'origine immigrée », font l'objet de « conseils » explicites, de remarques normatives, qui accompagnent la réalisation des différentes étapes du bain. Les auxiliaires de puériculture insistent fortement sur la maîtrise technique de la procédure. Pour ce faire, elles ont le plus souvent recours à de supposées évidences : « *il faut* que l'eau soit à 37° *parce que* c'est la température du corps », « *retirez* la serviette pour habiller bébé *sinon* ses vêtements vont être humides », « *vous devez bien* nettoyer le cordon à chaque change *autrement*, ça risque de s'infecter »). La plupart des gestes sont ainsi commentés, y compris ceux qui relèvent des interactions entre la mère et son enfant : elles indiquent ainsi par exemple, lorsque le bébé est immergé, qu'il s'agit d'un bon moment pour lui parler « parce que ça le rassure », « parce que c'est important ». Empruntant parfois la forme scolaire, le discours d'accompagnement peut se muer en interrogations dont on ne sait si elles ont pour but de souligner par la violence qu'elles recèlent l'importance de la phase ou le déficit de maîtrise (supposé) des mères : « Alors, est-ce que vous savez ce que c'est le lait qu'il y a dans les biberons ? », « comment, à votre avis, on peut faire pour bien nettoyer le nez de bébé ? »

A l'opposé, toutes ces formes de discours tendent à se réduire lorsque leur interlocutrice présente les signes d'une appartenance aux catégories les plus socialement élevées qui les placent dans une position dominée dans l'interaction. Leur attitude consiste alors à faire la démonstration des pratiques et, le cas échéant, à répondre aux questions. Les jugements officieux qui circulent alors à propos de ces mères trahissent la dimension sociale qui sous-tend cette relation : entre les membres du personnel, ces mères sont souvent décrites comme ne suivant pas les conseils, telle femme sera désignée comme faisant « un peu ce qu'elle veut », ou comme appartenant à la catégorie des « chieuses ». Enfin l'ajustement le plus immédiat semble être le fait des femmes se situant dans des positions intermédiaires, décrites comme des « gentilles dames », des « dames sympa », notamment par les sages-femmes et les infirmières, même si les auxiliaires de puériculture, tout en appréciant leur bonne volonté à suivre les « conseils », leur reprochent parfois de « poser beaucoup de questions », de « couper les cheveux en quatre ». Dans leur cas, notamment lorsque la proximité sociale entraîne une certaine forme de sympathie, les auxiliaires de puériculture peuvent s'autoriser à assouplir le dispositif. Celle-ci, s'adressant à une mère qu'elle perçoit comme « voulant trop bien faire » (elle pose beaucoup de question, tremble lorsqu'elle doit agir), lui indique : « après nous, on vous montre, et puis, bon, quand vous serez rentré chez vous, vous allez adapter » et, un peu plus tard « il faut aussi faire en fonction de comment vous le sentez ».

Les logiques qui entourent le bain du nouveau-né se déclinent ainsi par les discours, en fonction du rapport social qui se noue, dans l'interaction, entre la professionnelle et la mère. S'il s'agit, à chaque fois, de transmettre les « bonnes » façons de baigner le nouveau-né, les auxiliaires de puériculture, en s'« adaptant », modulent les prescriptions de l'institution. Non seulement l'action normative de la maternité s'exerce avec d'autant plus de force à mesure qu'elle s'adresse à des mères socialement modestes, mais les principes d'action qu'elle tend à valoriser et à transmettre diffèrent en prenant appui sur la hiérarchie des savoirs qui organisent l'institution.

L'action de l'institution qui consiste à la fois à prescrire avec plus ou moins de force un dispositif technique et à transmettre les principes d'action qui en rendent raison se décline donc, d'une part, en fonction de l'idée que se font les professionnelles de la plus ou moins grande distance qui sépare les mères de ces pratiques et de ces normes, et d'autre part, se décline selon la hiérarchie des savoirs à propos du nourrisson. A chaque catégorie de femme sont discours : au plus modestes,

les prescriptions techniques s'adossant à une rationalité se voulant de « bon sens ». A l'opposé, pour celles qui paraissent à la fois sûres d'elles-mêmes et en mesure d'échapper à l'autorité institutionnelle, le caractère normatif s'efface, faisant apparaître le dispositif comme une pratique issue d'une expérience qu'il s'agit d'acquérir. Dans les cas intermédiaires, le rapport de proximité qui s'établit rend possible la mise en œuvre d'une normativité plus diffuse qui convoque des savoirs de type relationnels d'inspiration psychanalytique.

Si cette variation de l'action de l'institution sur ces usagers s'observe, ici dans le cas du bain, de façon privilégiée dans le travail des agents situées dans les positions les plus basses de la division du travail, c'est-à-dire aussi, dans la hiérarchie des savoirs, on le remarque également dans les autres tâches qui incombent aux auxiliaires de puériculture (alimentation, change) mais aussi, dans la division des modalités d'interactions des différent corps professionnels à l'intérieur du service. Le contexte de transmission des normes entourant les façons légitimes d'être parent se décline ainsi en fonction des types d'usagers que l'institution tend à circonscrire et se module en transposant les hiérarchies qui organisent la division du travail d'encadrement.

III. Resistances et soumissions à l'action institutionnelle

Si les savoirs transmis dépendent des contextes dans lesquels ils s'énoncent, il reste que l'on peut s'interroger sur la façon dont l'action de l'institution va être reçue par celles à qui elle s'adresse avec plus ou moins de force et selon des modalités différentes. L'appropriation des techniques et de leurs principes suppose en effet une activation progressive de dispositions à agir qui discriminent les pratiques ordinaires des mères : en se mettant peu à peu à la place de l'auxiliaire de puériculture, et sous son contrôle, les mères mobilisent des façons de faire antérieurement acquises tout en en réprimant d'autres. Cet apprentissage (et ses résistances) des « bonnes » façons d'être parent peut être appréhendé à deux niveaux : sur le plan des pratiques maternelles dans le service, en s'appuyant sur nos observations, mais aussi dans les discours des mères à propos de celles-ci et que l'on a recueilli par des entretiens à la maternité[6].

Dans les interactions qui ont lieu au moment du bain, les mères adoptent des comportements qui, d'une part, semblent s'organiser en fonction des ressources dont elles disposent[7] et d'autre part, s'ajustent à ceux qu'endossent les professionnelles.

Les femmes qui occupent des positions élevées dans la hiérarchie sociale et pour lesquelles les prescriptions des professionnelles sont les moins explicites, présentent les signes qui témoignent d'une certaine distance par rapport à l'institution, telles cette universitaire (maître de conférence en psychologie) qui ne souhaite pas donner le bain à son (second) fils parce qu'elle se dit « fatiguée », ou cette cadre du privé qui, s'en complètement s'en apercevoir sans doute, déstabilise la sage-femme en lui déclarant, malgré ses « conseils », qu'elle « n'est pas convaincue » de l'utilité d'une rééducation périnéale réalisée par un kinésithérapeute. Ce type de comportements introduit une tension d'autant plus forte dans le cours ordinaire des interactions entre personnel et patiente qu'il semble imposer aux représentants de l'institution une légitimité alternative qui repose sur le fait que le rapport qui s'établit en situation est socialement dissymétrique. Il semble d'ailleurs que ces situations surviennent d'autant plus fréquemment que la professionnelle occupe une position dominée dans la hiérarchie des postes, comme les auxiliaires de puériculture, alors qu'il est plus rare lorsque la relation s'équilibre (elles sont très rares en présence des médecins). On peut donc

[6] Il est prévu, au cours de la seconde phase de l'enquête, de rencontrer de nouveau une partie des parents interviewés, à leur domicile cette fois, pour tenter, entre autre, de mesurer l'appropriation effective des normes transmises pendant le séjour à la maternité.

[7] Tout en observant le travail quotidien des auxiliaires de puériculture et de sages-femmes, on a pu recueillir des informations minimales sur les mères observées : profession (et parfois celle du conjoint), nombre d'enfant, nom et rang de naissance du nouveau-né, type d'alimentation (au biberon ou au sein).

penser que la transmission des pratiques parentales promues par la maternité soit, dans ce cas, assez peu efficiente.

Ce fondement social des interactions à l'intérieur de l'institution apparaît plus nettement encore si l'on considère le cas des femmes qui, à l'opposé, n'ont que peu de ressources à leur disposition. Le rapport se renversant, il leur est impossible, et bien souvent presque impensable, de manifester une quelconque résistance face aux prescriptions institutionnelles. En situation, elles font souvent montre d'obéissance, voire d'une certaine docilité alors que le discours des professionnelles devient explicitement (et parfois, on l'a vu, avec une certaine violence) normatif. Cette soumission à l'institution qui, le plus souvent, passe par une apparente volonté de reproduire à l'identique l'exemple fourni par l'auxiliaire de puériculture et de donner les « bonnes réponses » aux questions posées, peut également engendrer des comportements qui vont à l'encontre de la logique ordinaire. C'est le cas, par exemple, lorsque cette mère baigne son enfant dans une eau à 46° parce que, abandonnant sa pratique ordinaire consistant, sans doute, à apprécier de la main la température de l'eau, elle obéit à l'injonction d'utiliser un thermomètre mais ne parvient pas à le lire correctement (elle n'a pas lu les chiffres en pensant que la juste température se situait au niveau d'un dessin, à vocation décorative, figurant, au côté d'un poisson et d'un petit bateau, le visage d'un enfant souriant).

Mais contrairement aux femmes situées dans des positions intermédiaires, elles font souvent preuve d'une certaine aisance lorsqu'il s'agit de manipuler le nourrisson. Chez ces dernières, c'est souvent cette sorte de crainte de mal faire que l'on détecte dans leurs gestes et surtout dans la fréquence de leurs questions. Moins qu'une soumission, c'est une envie de bien faire, une « bonne volonté » parfois anxieuse qu'elles manifestent ainsi et qui conduit les professionnelles à tenter de les « rassurer » et à euphémiser leurs injonctions : les discussions prennent plus souvent qu'avec les autres femmes le ton du « conseil », de l'échange d'expérience, les auxiliaires de puériculture évoquant, comme confirmation, leurs propres comportements maternels. Si les aspects techniques ou médicaux ne disparaissent pas pour autant, ils sont évoqués de façon plus nuancés, dans le détail : on discute de l'importance du « soin du cordon » en précisant que « ça ne fait pas mal », que « ça peut faire peur » mais qu' « il faut le faire » et que toutes les mères « en sont passées par-là ». L'importance accordée au « bien être » de la mère et de son enfant, à la « qualité » de leur relation, conduit également à de nombreuses interactions avec le nouveau-né. Le plus souvent, les mères en viennent à adopter rapidement les pratiques et les principes qui les sous-tendent. C'est avec elles que l'on a constaté, en fin de séjour, à la fois une mise en application méticuleuse des savoirs techniques et la manifestation de manières de faire renvoyant à l'intimité : baisers, caresses, mots d'affection, exprimés sans retenue apparente devant les professionnelles (et l'enquêteur)[8].

Si l'ajustement réciproque que produit une situation d'interaction se déroulant dans un contexte fortement institutionnalisé explique en partie ces comportements, le fondement social sur lequel il prend appui conduit à considérer également les propriétés sociales des mères et notamment, les éléments qui permettent de rendre compte, d'une part, de leur rapport aux institutions et d'autre part, des ressources qu'elles mobilisent et qui participent de l'élaboration de l'idée qu'elles peuvent se faire de ce qu'il convient ou non d'accomplir en tant que parent. Autant que leur volume, c'est le type et l'origine des savoirs dont elles sont porteuses avant leur séjour à la maternité qui contribuent à expliquer leur plus ou moins grande proximité aux normes que l'institution tend à leur transmettre et leur capacité à se les approprier.

Notre enquête retrouve là les analyses développées par Séverine Gojard à propos des pratiques alimentaires parentales : plus les mères disposent d'une position sociale élevée, plus leurs

[8] Il faut préciser que, dans certains cas, ces injonctions à l'expression d'une nature maternelle plonge les mères dans une grande perplexité. On pense par exemple à cette sage-femme, venant d'avoir son première enfant, qui, selon ses collègues, « n'arrêtait pas de pleurer » ou cette infirmière qui au cours de l'entretien explique que malgré son assurance dans la réalisation des soins, ne « ressent rien », ne comprend pas ce que peut bien vouloir dire « faire comme on le sent » et en vient à en éprouver une « vraie panique ».

ressources culturelles sont mobilisées pour s'occuper du nouveau-né et ce de façon d'autant plus autonome par rapport à la maternité que ces ressources sont importantes. A l'opposée, chez les femmes qui en sont le plus dépourvues, on constate une transmission familiale des normes entourant le nourrisson (Gojard, 2000). Pour celles-ci la docilité souvent constatée dans les observations semble relever davantage d'un rapport de soumission à l'institution hospitalière qui peut dissimuler une stratégie d'évitement des conflits tout en préservant un certain « quant-à-soi ». C'est ce qu'exprime par exemple cette interviewée (18 ans, BEP, au foyer) : « (enquêteur) *et à la maternité, tu as bien aimé le personnel.* (Interviewée) Nan, tu te sens jugée. C'est dans leur attitude. Tu sais, faut pas les contrarier. Admettons ton chtio y grossit pas, c'est pas de ta faute, mais y vont te juger, te dire que tu lui donnes pas le biberon comme y faut. […] Mais moi, j'fais comme je veux. Ma mère elle est nourrice, elle a 10 enfants à garder, donc je sais faire avec les bébés. Je fais comme je veux, j'm'en fous de c'qu'y disent ».

Cette opposition aux manières de faire promues par la maternité qui, associant le travail maternel à la sphère du privé, prend appui sur une transmission familiale des manières de s'occuper de « ses enfants » se voit tempéré par l'acquisition d'un petit capital culturelle, par l'école bien souvent. C'est ce que l'on constate dans le cas de cette interviewée rencontrée à la maternité (20 ans, demandeuse d'emploi, bac pro secrétariat, père : menuisier (sans diplôme), conjoint : 21 ans, maçon en CDI) qui tout en se disant « coachée » par sa belle-sœur, dont elle s'occupe parfois des enfants, s'oppose moins qu'elle se soumet aux injonctions des professionnelles : « (Enquêteur) *Et alors ici, du coup, on vous explique aussi un peu comment on fait ?* (Interviewée) Ouais, ouais mais bon comme là je voulais la faire toute seule la toilette, mais bon elle a voulu m'aider, bon... j'aurais voulu faire toute seule, mais bon c'est rien, je le ferai demain. Ouais, surtout que hier on m'avait déjà aidée quoi. *[…] Vous auriez voulu faire le premier bain toute seule ?* Le premier, on me l'a demandé mais non, j'ai pas voulu. *D'accord. Pourquoi?* Ben la peur de mal faire en fait. Puis quand on nous regarde c'est pas pareil. Quand on nous regarde, "il faut faire ci, il faut faire ça!" je préfère que... oui la femme elle l'a fait, je préfère, oui. *C'est... vous pensez, quand vous allez rentrer chez vous, vous aurez plus le personnel avec vous... tout ça, ça sera pas pareil ?* Ça ira mieux, ouais non, ouais si. Je vais faire pareil. J'ai écouté de toute façon, tous les conseils, comment il fallait le porter, pour le mettre dans l'eau. Ouais, ouais, mais je pense que je serais plus à l'aise parce que là quand ils nous regardent c'est pas évident, on est un peu... »

IV. Conclusion

Les séquences institutionnelles de transmission des pratiques parentales, si elles se présentent le plus souvent comme des mises en situation des nouveaux parents visant l'intériorisation d'un ensemble de savoirs techniques, ne paraissent produire les effets d'incorporation qu'elles visent que lorsque les femmes auxquelles elles s'adressent reconnaissent la légitimité de l'institution et disposent des ressources sociales et d'une expérience qu'elles vont pouvoir mobiliser ou, tout du moins, au sein desquelles elles vont opérer, de façon pratique, une sélection. Dans l'ajustement qui se réalise entre l'institution, par l'intermédiaire notamment des professionnels qui en sont les agents, et l'usager, se donne à voir les effets de positionnement relatif qui révèlent l'existence des styles parentaux socialement distribués et plus ou moins éloignés des normes dominantes portées par l'institution ou le discours public.

L'opposition entre savoirs rationnels s'adossant au médical, savoirs relationnel d'inspiration psychanalytique, et savoirs pratiques issus de l'expérience, qui recouvre les divisions institutionnelles entre médecins, sages-femmes et auxiliaires de puériculture, ne peut ainsi manquer de renvoyer à la hiérarchie sociale des savoirs et des modes de transmission. En reprenant les analyses de G. Mauger et Cl. Poliak sur la lecture (Mauger et Poliak, 2000), on peut remarquer que les déclinaisons des prescriptions institutionnelles, que ce soit du point de vue de l'intensité du contrôle exercé que des types de savoirs mobilisés, obéissent à une logique sociale plus générale. Le travail de soin du médecin, dont la noblesse se fonde sur une connaissance théorique, s'oppose ainsi à celui des auxiliaires de puériculture qui ont la charge les tâches de « nursing », travail de gestion du quotidien des mères et surtout des nouveau-nés et qui mobilisent des savoirs techniques, fruits d'une mise en forme de l'expérience ordinaire. Les infirmières et surtout les

sages-femmes qui occupent une position intermédiaire, au sein de cette division verticale des professions, du travail et des savoirs, sont par ailleurs, selon une opposition plus horizontale, porteuse de savoirs relationnels qui, de la même façon que « le monde des choses humaines », éminemment féminin, s'oppose au « monde des chose matériel », s'affrontent à ceux des médecins en ce qu'elles mettent l'accent sur le « bien être » de la mère et de son enfant.
Et cette distribution renvoie aussi à la hiérarchie des modes de transmission : malgré l'intensité du contrôle institutionnel exercé sur les femmes des classes populaires, on peut penser que ces effets restent limités chez celles pour qui s'occuper d'un nouveau-né s'apprend avant même d'être mère, de façon pratique, au sein de la famille. A mesure que la scolarisation se prolonge, et avec elle, la propension à reconnaitre la légitimité des institutions, à rechercher des informations sur différents supports ou encore, à cultiver les formes contemporaines de « bien être », plus les prescriptions des professionnelles de la maternité font échos aux manières d'être ordinaires[9]. Ce n'est que lorsque la distance qui sépare l'institution de ces usagers se réduit que le « discours fort » peut laisser progressivement la place au « discours faible ».

V. Bibliographie :

Boltanski, L. (1969). *Prime éducation et morale de classe*. Paris : Ed. de l'EHESS, Cahiers du centre de sociologie européenne, 5.

Bréart, G., Puech, F. & Rozé, J.C. (2003) *Conclusions. Vingt propositions pour une politique périnatale. Mission périnatalité, septembre.*

Dagnaud, M. & Mehl, D. (1988). Les gynécologues 2 : une profession influente, Sociologie du travail, n° 2-88,

Delaisi de Parseval, G. & Lallemand, S. (1979). L'art d'accommoder les bébés, 100 ans de recettes françaises de puériculture. Paris : Seuil.

Delbos, G. & Jorion, P. (1990). La Transmission des savoirs. Paris : éd. de la MSH, Ethnologie de la France

Donzelot, J. (1977). La police des familles. Paris : Minuit.

Gélis, J. (1988). La sage-femme ou le médecin, Une nouvelle conception de la vie. Paris : Fayard.

Gojard, S. (2000). L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture. Revue française de sociologie, 41-3, 475-512.

Grignon, C. (1971). L'ordre des choses, les fonctions sociales de l'enseignement technique. Paris : Minuit, Le sens commun.

Jacques, B. (2007). Sociologie de l'accouchement, Paris : PUF.

Jaisson, M. (2002). La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale. Actes de la recherche en sciences sociales, 143, 44-52.

Mauger, G. & Poliak F. C. (2000). Lectures : masculin/féminin. Regards sociologiques, 19, 115-140.

MIRE, (2000). Dispositifs d'offres de soins obstétrico-pédiatriques : filières, trajectoires, usagers. rédigé par Akrich, M. Develay, A. Naiditch, M. Pasveer, B.

Schlumbohm, J. (2002). Comment l'obstétrique est devenue une science. La maternité de l'université de Göttingen, 1751-1830. Actes de la recherche en sciences sociales, 143, 18-30.

[9] Sur la question des modes de transmission, cf. (Delbos et Jorion, 1990)