Sextant

Revue de recherche interdisciplinaire sur le genre et la sexualité

36 | 2019

No children, no cry

« Je vois ce bébé et là, rien ! ». L'encadrement des sentiments maternels autour de la naissance

Déborah Guy et Anne-Sophie Vozari

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/sextant/389>

DOI : 10.4000/sextant.389

ISSN : 2795-8736

Éditeur

Éditions de l'Université de Bruxelles

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2019

Pagination : 91-111

ISBN : 978-2-8004-1705-9

ISSN : 1370-267X

Référence électronique

Déborah Guy et Anne-Sophie Vozari, « « Je vois ce bébé et là, rien ! ». L'encadrement des sentiments maternels autour de la naissance », *Sextant* [En ligne], 36 | 2019, mis en ligne le 01 novembre 2021, consulté le 08 décembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/sextant/389> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sextant.389>

La revue *Sextant* est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

« Je vois ce bébé et là, rien ! »

L'encadrement des sentiments maternels autour de la naissance

Déborah GUY et Anne-Sophie VOZARI

Résumé :

En faisant de la maternité une expérience planifiée et désirée, la norme procréative établit un script émotionnel autour de la naissance qu'il convient aux individus, et plus particulièrement aux femmes, de respecter. Davantage que les pères, les mères sont implicitement appelées à « bien vivre » leur parentalité, à se sentir intensément attachées à leur enfant et à s'épanouir à son contact. Pourtant, toutes ne vivent pas la naissance comme un « heureux évènement ». Au cours de la grossesse ou en post-partum, alarmées par la distance séparant leur expérience intime de leur idéal de maternité, certaines se sentent profondément désajustées. Malheureuses, honteuses, inquiètes, elles s'en remettent à des professionnel-le-s du psychisme pour comprendre et sortir de cette dissonance émotionnelle. Elles s'engagent dans un important travail de réforme de leurs sentiments, de leurs conduites et de leurs manières « d'être femme », pour parvenir à devenir, in fine, les sujets féminins attendus. Mobilisant la sociologie interactionniste des émotions pour analyser les entretiens conduits avec 21 de ces femmes, cet article interroge la codification et la régulation socialement instituées des « sentiments maternels », pour examiner les conséquences éthiques et subjectives d'une norme procréative qui n'enjoint pas seulement les femmes à enfanter, mais aussi à se travailler pour accepter et endosser sereinement un nouveau rapport à soi et aux autres, ainsi que ses contraintes.

Abstract:

By making motherhood a planned and desired experience, the reproductive norm establishes an emotional script around birth that individuals, and especially women, are expected to abide by. More than fathers, mothers are implicitly expected to embrace parenthood, experience instant and intense bonding with their newborn baby and achieve personal fulfilment through this relationship. Yet, not all mothers experience the birth of a child as a "happy event". During pregnancy or post-partum, alarmed by the discrepancy between their intimate experience and their idealized vision of motherhood, some of them feel deviant and defective. Distressed, ashamed, worried, they turn to mental health professionals to understand and work their way out of this emotional disorder. They embark on an emotional journey to transform their feelings, behaviours, and lifestyles, in order to finally become the women they were expected to be. Drawing on interviews conducted with 21 of these women and interactionist sociology of emotions, this article questions the socially institutionalized codification and regulation of "maternal feelings". As such, it explores the ethical and subjective outcomes of a reproductive norm which requires women not only to give birth, but also to do major emotional work in order to calmly comply with and commit to their new role and its pressures.

Je vois un truc, dans une boîte, avec plein de fils partout, une sonde dans le nez, à côté de la bouche, des capteurs partout... C'est un truc tout cassé. Je vois ce bébé et là, rien ! Je le vois et j'ai juste envie de partir. Deuxième jour, pareil, je ne ressens rien. J'ai envie de m'enfuir. En même temps je me dis : « Mince, je suis sa mère et je n'y arrive pas ». Et troisième jour, on retourne en néonatalogie ; j'essaie de faire un peu semblant que tout va bien. Je joue la mère heureuse à peu près et puis un moment on nous dit : « Vous pouvez le récupérer maintenant ». Et là je joue la maman heureuse : « C'est génial ! » Je récupère ce bébé et je ne sais pas comment je vais m'en occuper, alors que de profession je suis éducatrice de jeunes enfants et que j'adore les bébés. Et là je me retrouve avec un truc étranger à moi. On redescend [en service de suites de couches] et je propose à [mon conjoint] de dormir [à la maternité] : « Non, non, non, je vais te laisser te reposer. » Et il me laisse. Je récupère le bébé à 20h et lui part à 20h15. Et qu'est-ce que je vais faire avec ce bébé ?

(Marianne, 40 ans, éducatrice de jeunes enfants, deux enfants de 3 ans et demi et de 16 mois)

En France, l'adage romain *mater semper certa est* (« la maternité est toujours certaine ») règle toujours la filiation : une femme qui donne naissance à un enfant ne peut en être que la mère¹. Dès lors, l'enfantement ne produit pas que des enfants² mais consacre aussi des femmes en mères. Or, en édifiant des liens, la filiation ne se contente pas de nommer les nouveaux rapports entre individus. Elle instaure aussi de nouvelles identités, rôles à occuper et relations à tisser, déterminant ce que chacun·e devrait dorénavant être, dire de soi, ressentir et exprimer³. La mécanique du droit laisse toutefois dans l'ombre ce que ces changements de statut ont de processuel, voire de potentiellement inefficace : accoucher d'un enfant ne signifie pas nécessairement se « sentir » mère. C'est ce dont témoigne Marianne. À la naissance de son premier enfant, elle raconte n'avoir « rien » ressenti à la vue de son bébé, ou du moins « rien » des sentiments attendus. L'amour dont elle pensait être instantanément submergée se fait attendre et lui vient plutôt une furieuse envie de s'éloigner à tout prix de cet enfant, pourtant « très désiré » précise-t-elle, et attendu depuis trois ans ; il lui reste étranger quand elle sait devoir le faire sien. Inquiète et honteuse devant son incapacité à éprouver les émotions à ses yeux nécessaires pour se sentir *véritablement* mère, elle tait son mal-être à son entourage des mois durant et ne se confie qu'à sa « psy » auprès de qui elle cherche à s'ajuster. Il lui faudra près d'un an pour enfin, dit-elle, « adopter » son fils.

Bien que singulier, ce parcours rappelle pour beaucoup celui d'autres femmes que nous avons rencontrées dans le cadre de nos recherches respectives [voir encadré méthodologique]. Au cours de la grossesse ou en *post-partum*, alarmées par la distance

¹ En France, l'accouchement sous X dissocie la maternité biologique de la maternité légale : le caractère *maternel* du lien entre la personne accouchant et l'enfant mis au monde peut donc être circonscrit, mais n'est jamais absent. F. WEBER, *Penser la parenté aujourd'hui. La force du quotidien*. Paris, Éditions Rue d'Ulm, 2013.

² A.-Fr. PRAZ, M. MODAK et F. MESSANT. « “Produire des enfants” aujourd'hui : un défi pour l'analyse féministe », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 30, n° 1, 2011, p. 4-10.

³ S. ROUX et A.-S. VOZARI, « Parents at Their Best: The Ethopolitics of Family Bonding in France », *Ethnography*, vol. 19, n° 1, 2018, p. 3-24.

qui séparait leur expérience intime d'une conception idéalisée et nécessairement épanouie de la maternité, elles se sont senties profondément désajustées. Devant l'impossibilité de ressentir l'élan maternel attendu et l'immense culpabilité qu'elle génère, elles sont nombreuses à reconnaître avoir envisagé la fuite voire le suicide. Toutefois, plutôt que d'emprunter un chemin les conduisant vers une radicale sortie de rôle, elles se sont employées, bien souvent dirigées pour cela par des professionnel·le·s du psychisme, à mettre en ordre leurs désirs et leurs affects pour maintenir leur engagement parental. Les traitements (médico)psychologiques auxquels elles se sont astreintes, leur ont permis de renouer avec la narration promise : le bonheur maternel.

Porter un regard sociologique sur leurs parcours s'avère un détour heuristique pour penser à nouveaux frais l'injonction contemporaine à la maternité, peu souvent examinée autrement que par la seule perspective de celles qui y résistent en refusant d'enfanter⁴. Adoptant un chemin de traverse, l'analyse de récits de femmes ayant eu recours à l'expertise « psy »⁵ pour traiter leur désajustement signale que l'accomplissement de la potentialité procréative des femmes ne suspend pas l'assignation au devoir être mère : une fois les enfants conçus puis nés, l'injonction se décline non seulement en pratiques et savoir-faire mais aussi en savoir-être et savoir-ressembler considérés comme maternels. Devoir « devenir mère » n'enjoint pas seulement les femmes à se reproduire, et à ne le faire qu'à condition de pouvoir garantir à leur(s) enfant(s) les meilleures conditions matérielles et relationnelles d'« accueil »⁶. Cela les contraint aussi à se transformer pour endosser avec bonheur et sérénité un nouveau rapport à soi et aux autres⁷.

Le mal-être maternel, compris en France métropolitaine comme une question d'ordre psychopathologique depuis les années 1960, fait surtout l'objet de recherches épidémiologiques pour identifier les causes de ce qui est considéré comme un trouble. Notre démarche entend rompre avec une telle perspective pour interroger non tant les déterminants possibles d'affects maternels pathologisés, que la régulation sociale qui préside à leur pathologisation. Dégager les règles de sentiments qui régissent le travail parental au féminin, auxquelles nos enquêtées ont été confrontées, et considérer les efforts qu'elles ont déployés pour s'y conformer, revient en définitive à prendre pour objet l'encadrement émotionnel de la maternité, soit le double processus de *cadrage*

⁴ Ch. DEBEST, *Le choix d'une vie sans enfant*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2014 ; A. GOTMAN et C. LEMARCHANT (dir.), « Dossier : Sans enfant. Le point de vue des femmes », *Travail Genre et Sociétés*, vol. 37, n° 1, 2017, p. 33-89.

⁵ Cf. « Dossier : Expérience et critique du monde psy », *Politix*, vol. 73, n° 1, 2006. Nous reprendrons ici leur définition du monde « psy » : « [la] nébuleuse de spécialistes qui interviennent, avec des statuts divers, sur le psychisme et le mental : médecins spécialisés en psychiatrie, psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes notamment », *ibid.*, p. 4.

⁶ N. BAJOS et M. FERRAND, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, vol. 61, n° 1, 2006, p. 91-117.

⁷ A. DUPUY et S. ROUX, « Sur le chemin de la sérénité. Politique des sentiments dans la planification familiale », *Sociologie*, 2018, vol. 9, n° 3, p. 269-284.

et de *gouvernement*⁸, au principe de la production de sujets féminins ajustés aux exigences de la maternité.

Encadré méthodologique

Les matériaux de cet article ont été recueillis au cours de deux recherches doctorales distinctes mais complémentaires : l'une portant sur les déterminants sociaux du mal-être maternel et l'autre sur l'encadrement institutionnel de la maternité autour de la naissance.

Dans le cadre d'un dispositif d'enquête plus large sur les contextes sociaux des souffrances psychiques maternelles, Deborah Guy mène depuis février 2018 une enquête par entretiens auprès de femmes témoignant avoir souffert de mal-être en *post-partum*. Les enquêtées ont été recrutées par le biais d'un appel à témoin diffusé sur les réseaux sociaux d'une association de mères œuvrant à la reconnaissance des « troubles maternels » comme problème de santé publique.

Au cours d'une recherche portant sur les pratiques de « soutien à la parentalité » en périnatalité, Anne-Sophie Vozari a notamment conduit, en 2013, une enquête ethnographique, pendant six mois, auprès des pédopsychiatres, psychologues et soignantes œuvrant, au sein d'une importante maternité de région parisienne, à la prise en charge de la santé mentale des femmes enceintes et des jeunes mères. Si l'analyse proposée ici se nourrit aussi de l'observation des consultations psychothérapeutiques proposées aux femmes touchées par ce qu'elles ressentent au cours de leur grossesse ou après la naissance de leur enfant (des récits qu'elles y livrent et du traitement qu'elles reçoivent), seuls les entretiens conduits avec des patientes de la pédopsychiatrie sont ici mobilisés.

Les 21 entretiens qui forment notre corpus ont cela de commun d'avoir été conduits avec des femmes qui définissaient leur expérience maternelle comme difficile et douloureuse, et ont accepté de se livrer là où pour certaines elles ne l'avaient alors fait qu'auprès de professionnel·le·s du psychisme, parfois de paires, rarement de proches. En entretien, l'ordre négocié de l'interaction a momentanément suspendu le maintien des « apparences normales »⁹ et rendu possible l'expression d'affects autrement prohibés. Elles ont été suivies par un·e (pédo)psychiatre et/ou une psychologue qu'elles ont consulté·e en libéral, en CMPP (Centre médico-psycho-pédagogique), en PMI (Protection Maternelle et Infantile) et/ou à la maternité. Cinq d'entre elles ont été hospitalisées à plein temps, et ce pendant plusieurs mois, au sein d'une unité mère-bébé (UMB).

⁸ Empruntant respectivement les notions de cadrage et de gouvernement à Erving Goffman et Michel Foucault, Delphine Serre souligne et analyse conjointement les deux aspects du travail d'encadrement des désordres familiaux conduit par les assistantes sociales auprès desquelles elle a enquêté. Nous lui empruntons cette conceptualisation de l'encadrement social de la famille : « d'une part, l'encadrement comme « activité cognitive et normative de *cadrage*, de classification », ici, des savoir-être et savoir-ressembler maternels, et « d'autre part le travail de *gouvernement*, d'orientation des comportements parentaux ». D. SERRE, *Dans les coulisses de l'État social. Enquête sur les signalements d'enfants en danger*, Paris, Raisons d'Agir, 2009, p. 150.

⁹ E. GOFFMAN, *Les rites d'interaction*, Paris, Éditions de Minuit, 1974.

Trouble dans la maternité. Les règles de sentiments de « l'heureux événement »

Si peu de travaux en sciences sociales s'intéressent à la régulation sociale du mal-être maternel, la contribution de la sociologue et politiste Verta Taylor mérite, parmi elles¹⁰, d'être soulignée. Dans son enquête sur les groupes d'auto-support (*self help*) de mères diagnostiquées comme souffrant de dépression *post-partum* aux États-Unis, à la fin des années 1990¹¹, elle identifie deux processus à l'œuvre dans la régulation sociale de ces vécus maternels : « l'auto-labellisation » par les femmes de leur expérience maternelle comme problématique, et l'entreprise de dissimulation dans laquelle elles s'engagent dans un premier temps. Les femmes qu'elle rencontre vivent et perçoivent en effet la peur, la colère, ou la profonde tristesse ressenties à l'arrivée de leur enfant comme de véritables « déviances émotionnelles »¹² qu'il convient de masquer en neutralisant l'expression. Mobilisant le cadre analytique de la sociologie des émotions proposée par Arlie Russel Hochschild, Verta Taylor ouvre la voie à une sociologie de l'encadrement émotionnel de la maternité. L'affectivité maternelle gagne à être pensée à partir des « règles de sentiments » qui cadrent, comme l'indique Arlie R. Hochschild, « l'évaluation de l'adéquation ou de la non-adéquation entre sentiment et situation »¹³. Elles définissent la juste ampleur, teneur et durée des émotions attendues relativement à l'interaction en cours, et permettent d'en sanctionner les transgressions. Les respecter sous-tend un important travail de gestion de ses affects, relevant d'un travail superficiel d'affichage, qui entend moins changer l'émotion que d'en contrôler la perception, et/ou d'un travail profond, dit « travail émotionnel », qui se caractérise par un « essai, conscient, intentionnel, afin de modifier ses sentiments »¹⁴.

¹⁰ Il y est toutefois moins question de la régulation sociale que des déterminants sociaux de la détresse maternelle : voir notamment pour le contexte français l'étude de la psychosociologue P. ROMITO, *La naissance du premier enfant. Étude psycho-sociale de l'expérience de la maternité et de la dépression postpartum*, Paris, Éditions Delachaux et Niestlé, 1990, et plus largement, la théorisation et distinction de la maternité comme « expérience » et comme « institution » par la théoricienne féministe américaine Adrienne Rich suite à sa propre expérience du mal-être maternel ; cadre analytique largement repris dans les travaux subséquents sur la maternité. Cf. A. RICH, *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*, New York, Norton, 1976. Plus proche de notre sujet, la sociologue israélienne Orna Donath aborde quant à elle le regret d'être mère. Elle ne sélectionne cependant pour son enquête que des femmes faisant explicitement mention de ce sentiment, que nous n'avons pas entendu, ou du moins pas en des termes aussi définitifs, dans le cadre des nôtres cf. O. DONATH, *Regretting Motherhood. A Study*, Berkeley, North Atlantic Press, 2017.

¹¹ V. TAYLOR, *Rock-a-bye-baby. Feminism, Self-Help and Post Partum Depression*, New York, Routledge, 1996 ; V. TAYLOR, « Self-labeling and women's mental health : postpartum illness and the reconstruction of motherhood », *Sociological focus*, vol. 28, n° 1, 1995, p. 23-47.

¹² P. A. THOITS, « Self-labelling process in Mental Illness: The Role of Emotionnal Deviance », *American Journal of Sociology*, Vol. 91, n° 2, 1985, 221-249.

¹³ A. R. HOCHSCHILD, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, vol. 9, n° 1, 2003, p. 39.

¹⁴ *Ibid.*, p. 32. Une différenciation majeure est en effet à opérer entre le travail émotionnel, et un travail plus superficiel, d'*affichage*, dont les techniques peuvent se rejoindre : « dans la

« Tu ne pleureras point »

La qualification par les mères elles-mêmes de leur vécu maternel comme déviant est un résultat que nous partageons avec Verta Taylor, et ce malgré les spécificités des contextes socio-historiques enquêtés. Un constat qui dit la force d'un script émotionnel de « l'heureux événement » qui interdit, tout autant qu'il occulte, d'autres possibles. Les mères peuvent ainsi être les premières régulatrices de leur mal-être. Parmi les femmes rencontrées, nombreuses sont celles qui disent avoir d'abord vécu leur « dépression » dans le secret. Après la naissance de sa première fille, Coralie (36 ans, titulaire d'une licence de langues étrangères appliquées, assistante commerciale en congé maladie, mère de deux enfants de 2 ans et 6 ans) raconte avoir « fait semblant » des années durant. Lors de sa grossesse déjà, et alors que son père vient de décéder, elle se voit rappeler les émotions opportunes à ressentir et exprimer lorsqu'on attend un enfant :

[Une amie] m'a dit : « Tu ne devrais pas être triste, tu es enceinte donc arrête ». Ça m'a fait un électrochoc. J'étais perdue... Il ne faut pas que je pleure ? Mais attendez je viens de perdre mon père. Maintenant je sais que c'était n'importe quoi mais à l'époque j'écoutais. Je me disais après tout elle a peut-être raison. Elle me disait que le bébé percevait tout ça. Je pense que c'est de ce fait là que je me suis dit tu n'as pas le droit de pleurer. Il faut que je sois joyeuse tout le temps. Il ne faut pas que... Et j'ai fait tout le temps ça pendant 4 ans. Je faisais semblant.

D'une même manière, Éloïse (37 ans, titulaire d'un baccalauréat professionnel, logisticienne en congé parental, mère de 3 enfants de 13 ans, 3 ans et 1 an et demi), mariée à un officier de l'armée « très pris par son travail », refuse dans un premier temps de lui faire part de sa souffrance pour, dit-elle, « ne pas lui rajouter ça en plus ». Si elle justifie son silence par le soutien émotionnel et domestique qu'elle épargne à son conjoint, et plus largement à ses proches, elle se sait aussi muselée, et ce encore aujourd'hui, par les « règles de sentiments » de la maternité.

On se dit qu'on va les embêter avec nos soucis. Tout le monde a l'image de la mère épanouie. [...] Je suis allée voir une ancienne collègue de bureau : je suis arrivée au resto heureuse et tout. Ce n'était pas moi. Une heure avant je pleurais. Je me dis que je joue très bien la comédie, et ça me fait mal. Mais on est obligé. Sinon on passe pour une mauvaise mère, pour une mégère.

Pour sa part, Johanna (30 ans, titulaire d'un DESS en langues étrangères appliquées, consultante en marketing, mère d'une petite fille de deux ans et enceinte de 6 mois) raconte avoir très mal vécu ses « très longues journées seule avec bébé qui pleurait » pendant les six mois qu'ont duré son congé maternité puis parental. Honteuse, elle ose toutefois se confier, pour voir son ressenti disqualifié :

perspective de la gestion des sentiments, on place l'attention sur la façon dont les gens essaient de ressentir, et non, comme c'est le cas pour Goffman, sur la façon dont les gens essaient de présenter aux autres ce qu'ils ressentent ». Ainsi, la gestion de l'expression comportementale ne s'apparente à du travail émotionnel *qu'à condition* que l'objectif soit de modifier son sentiment, et non simplement de donner l'impression du sentiment à son entourage direct.

Pour eux [ses proches], j'avais tout pour être heureuse, je dramatisais. [...] Au tout début, quand ça n'allait pas et que je commençais à expliquer que je me sentais bizarre, j'avais des remarques : « Mais tu viens d'accoucher, ton bébé est en parfaite santé, tout se passe bien, pourquoi tu es dans cet état ? » Donc pour moi, ce n'était pas normal ce que je ressentais donc j'ai essayé de le cacher. Une fois, j'ai craqué devant ma mère. Elle m'a dit qu'il ne fallait pas que je sois faible, qu'il fallait que je me ressaisisse. « Il faut être forte, c'est la vie ! » [...] Mon mari, il me disait : « Oui c'est rien, ça va passer. C'est rien du tout, c'est la fatigue », alors que tous les soirs je m'isolais au moins une heure et je pleurais, je pleurais sous la douche.

Les récits de Coralie, Éloïse ou Johanna mettent en évidence l'omniprésence d'une règle du bonheur maternel obligatoire, intégrée et réassénée dans leur environnement proche comme en leur for intérieur. Le désarroi maternel acceptable est défini en creux comme nécessairement peu intense, de nature physiologique (hormones de l'accouchement, fatigue...) et fugace (« ça va passer »), à l'image du *baby-blues*¹⁵ qui ne rencontre pas les jugements moraux auxquels elles ont été confrontées¹⁶. Face à leur tristesse, les réactions sont doubles : certaines leur rappellent une assignation à un travail parental supposé leur apporter du plaisir et de l'épanouissement, mais d'autres également à un travail qui les enjoint à répondre aux besoins aussi bien émotionnels que physiques de leurs enfants. Comme le constate Éloïse, ne pas performer les sentiments attendus peut la « faire passer » tant pour une « mégère », qui se plaint d'une situation pourtant supposée réjouissante (« j'avais tout pour être heureuse » entend Johanna), que pour une « mauvaise mère », dont l'affectivité déviante peut avoir une influence délétère sur son enfant (« le bébé percevait tout ça » dit son amie à Coralie).

Sous le joug de ces règles de sentiments, leur maternité se trouve doublement affectée : qu'il soit ressenti personnellement ou sanctionné par leurs pairs, le décalage entre leurs émotions et les exigences de la grossesse et du *post-partum* prolonge leur mal-être premier par un profond désarroi et une grande solitude. Convaincues du besoin et des vertus de ressentir les sentiments maternels attendus, elles vivent honteuses leur incapacité à se satisfaire de leur situation et mettent en œuvre un important travail d'affichage pour faire « bonne figure » : se cacher pour pleurer, ne plus en parler, paraître heureuse en interaction... Au cours des entretiens, elles soulignent la culpabilité, parfois encore tenace, de ne pas avoir éprouvé la force du « lien mère-enfant » et/ou la satisfaction attendue. Par là, elles mettent aussi au jour

¹⁵ Défini comme un état dépressif normal et temporaire touchant près de 80% des femmes trois jours après l'accouchement. Pour une analyse historique, dans une perspective de genre, de la nosologie psychiatrique en matière de « folie maternelle » voir les travaux de Francesca Arena, notamment sa thèse. F. ARENA, « *Folles de maternité* ». *Théories et pratiques d'internement autour du diagnostic de la folie puerpérale, XVII^e-XX^e siècles, France-Italie*, Thèse d'histoire soutenue le 11 octobre 2012, Aix-Marseille Université.

¹⁶ C. DES RIVIÈRES-PIGEON, C. GAGNÉ et D. VINCENT, *Les paradoxes de l'information sur la dépression postnatale. Mères dépressives mais pimpantes*, Montréal, Éditions Nota Bene, 2012.

la force de l'« injonction contemporaine à être de bon parents »¹⁷ et des obligations morales sexuées contenues dans une définition puérocriste de la parentalité qui se conjugue d'abord au féminin.

Mères coupables

En accordant aux enfants de grandes capacités perceptives, et ce dès la gestation, les savoirs psychologiques mobilisés en direction des parents leur prescrivent, en plus des pratiques matérielles d'élevage, des tâches affectives et cognitives. La présence parentale¹⁸ requise est certes physique mais surtout sensible, et cela d'autant plus qu'elle est le fait de femmes. Loin d'être neutre du point de vue du genre, ce discours contemporain de la parentalité érige un prisme interprétatif dans le cadre duquel chacun des comportements enfantins peut être imputé aux conduites et affects maternels. En donnant une place prédominante aux sentiments, ils lient dans un même geste le bien-être des enfants à celui de leurs mères, établissant dès lors un script émotionnel autour de la naissance qu'il convient plus particulièrement aux femmes de respecter. Davantage que les pères, elles sont implicitement appelées à « bien vivre » leur parentalité, à se sentir intensément attachées à leurs enfants et à s'épanouir à leurs contacts au risque de compromettre leurs futurs. L'invocation de la figure maternelle pathogène¹⁹ est ainsi récurrente dans les récits des femmes qui s'en remettent aux « pys » pour conjurer la menace qu'elles pensent représenter pour leur enfant. Si Johanna se décide à consulter, c'est non seulement car son quotidien lui est de moins en moins supportable mais aussi car elle craint d'affecter ses enfants. À l'occasion de sa première consultation, elle révèle en pleurs regretter cette deuxième grossesse et s'inquiète de ne pas parvenir à l'investir :

Je n'arrive pas à être heureuse, je n'y arrive pas. Par moment je pense (*Elle hésite un moment et lâche entre deux sanglots*) J'aurais voulu ne pas être enceinte. J'ai honte. J'ai tellement honte. J'ai honte que ma fille me voie ne pas arrêter de pleurer. Je ne comprends pas ce qu'il m'arrive. Je ne comprends pas pourquoi je suis comme ça. Ma fille est en bonne santé. On va déménager. On a acheté une maison. J'ai un travail. J'ai un mari. On vit plutôt bien. Et on le voulait ce bébé, je le voulais.

Elle explique avec émotion ne pas avoir envie de parler à son enfant *in utero*, être dégoûtée par les mouvements fœtaux, ne caresser son ventre que « par réflexe » sans chercher par là à établir un quelconque lien avec lui et avoue, entre deux sanglots « ne pas [savoir] comment l'aimer », tout en cherchant ardemment à ressentir l'attachement maternel attendu. Au nom de ce qu'elle pense devoir ressentir pour et exprimer au fœtus, elle craint qu'« il ne se sente pas aimé », de « [lui] envoyer de mauvaises ondes » et qu'il souffre par la suite d'un quelconque problème d'ordre physique ou affectif dont elle s'imputerait la faute. Sous influence du discours de la

¹⁷ C. MARTIN (dir.), *Être un bon parent. Une injonction contemporaine*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2014.

¹⁸ M. BESSIN, « Présences sociales : une approche phénoménologique des temporalités sexuées du *care* », *Temporalités* [En ligne], n° 20, 2014, mis en ligne le 26 février 2014.

¹⁹ N. CARPENTIER, « Le long voyage des familles. La relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XX^e siècle », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 1, 2001, p. 79-106.

cause de l'enfant, qui tend à faire d'un attachement maternel trop fort ou insuffisant un facteur de risque pour ce dernier²⁰, elle est convaincue des vertus du juste amour maternel qu'elle cherchera, tout au long de son suivi, à éprouver et à exprimer sans faux semblants.

Si « cette conception de “ce qu'on doit” à un enfant qu'on va mettre au monde, en matière d'éducation et de conditions de vie, semble effectivement être partagée aujourd'hui par le plus grand nombre »²¹, elle s'impose et s'approprie différemment selon les configurations. Sur nos terrains, le rapport des mères rencontrées à la norme et leur parcours subséquent ne peut se comprendre sans prendre en compte certaines caractéristiques de leurs positions et dispositions sociales, à la fois explicatives de, et travaillées par, la force de ces règles de sentiments.

Femmes responsables

Le mal-être maternel semble en effet d'autant moins bien vécu qu'il touche des femmes en tous points conformes aux attentes de la norme procréative. Parmi nos enquêtées, les naissances surviennent le plus souvent à l'issue d'un projet parental, et s'inscrivent « au bon moment »²² de leur carrière conjugale et professionnelle : au sein d'un couple de longue date et aux revenus suffisants pour garantir les meilleures conditions matérielles et relationnelles attendues pour un enfant. Marianne ne dit pas autre chose lorsqu'elle explique rétrospectivement ne pas avoir compris pourquoi « [elle a] eu envie de [s'] enfuir » en découvrant son enfant à la maternité puis « de [se] jeter par la fenêtre du 28^e étage » une fois rentrée chez elle : « pour [elle], ceux qui avaient du mal c'était les cas sociaux ». Ne parvenant pas à « [se] sentir heureuse », ni à donner des preuves d'amour à ses enfants, le désarroi de Johanna peut aussi se comprendre de la façon suivante : regretter sa maternité met en péril la cohérence de son parcours procréatif voire biographique. Tous les ingrédients étaient *a priori* réunis pour permettre de faire de cette prochaine naissance un heureux événement : la sécurité affective, financière, ou encore le désir commun d'agrandir la famille qui motive l'acquisition d'un nouveau logement. La honte et la culpabilité qu'elle exprime à l'idée de souffrir d'être mère sont autant de traces sensibles d'une norme procréative qui charrie des implicites émotionnels.

Si les affects générés chez ces femmes par leur supposée incapacité à aimer convenablement ne peuvent se comprendre qu'à l'aune de la codification des « sentiments maternels » inadéquats et de leurs conséquences, forgée par les savoirs psychiatriques et psychanalytiques²³, force est de constater qu'ils sont aussi tributaires de leur adhésion à la « puériculture psy »²⁴ particulièrement prégnante parmi les femmes

²⁰ S. GARCIA, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris, La Découverte, 2011.

²¹ N. BAJOS et M. FERRAND, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *loc. cit.*, p. 92.

²² *Ibid.*

²³ J.-S. EIDELIMAN, « Aux origines sociales de la culpabilité maternelle », *La revue internationale de l'éducation familiale*, vol. 37, n° 1, 2010, p. 81-98.

²⁴ S. GOJARD, *Le métier de mère*, Paris, La Dispute, 2010 ; voir également S. GARCIA, *op. cit.*, p. 185-275.

des franges les mieux dotées en capital culturel, s'inscrivant plus largement dans une « culture parentale » distinctive²⁵. Vivre la maternité comme la simple mise en œuvre pratique d'un rôle à occuper va à l'encontre de leurs aspirations parentales. Leurs récits donnent à voir en creux leur adhésion première aux normes de la « maternité intensive », soit d'un style de parentalité « centré sur les enfants, soutenu par des experts, émotionnellement absorbant, requérant un travail intense et financièrement coûteux »²⁶. Disposées à entrer dans une « carrière d'investissement maternel »²⁷, on retrouve ainsi chez nos enquêtées des projets parentaux particulièrement prenants, dont elles sont les principales actrices, et qui se manifestent souvent dès la grossesse²⁸. Toutefois, la réalisation des tâches de maternage doit engager autre chose que leur seule production au risque de perdre de la valeur. Lorsque Sylvaine (31 ans, titulaire d'une licence professionnelle en informatique, webmaster, mère d'une enfant de 2 ans) décrit, non sans dérision, l'inquiétude qui était la sienne alors qu'elle prenait soin de sa fille, elle l'inscrit moins dans les gestes à prodiguer que dans le rapport à adopter :

En fait ce qui me stressait, je me souviens... (*rires*) Ce qui me stressait ce n'était pas l'acte en lui-même, parce que changer une couche ma foi, une fois que tu l'as fait deux fois après ça va. Mais par contre, je me demandais toujours comment il fallait que je sois avec elle pendant que je faisais ces actes, tu vois ? Est-ce que je dois lui parler ? Comment je dois lui parler ? Est-ce que je lui parle trop ? Est-ce que je ne lui parle pas assez ? Est-ce que mes mots sont... ? [...] Tout était compliqué. [...] L'allaitement c'était symptomatique parce que ça focalisait tout ce que j'aurais voulu être, que je n'étais pas, que je n'arrivais pas à être. Moi je voulais... Je *pensais devoir* plutôt (*rires*) être une maman proximale, et je n'ai jamais réussi.

La supériorité morale qu'elle attribuait à certaines tâches de maternage (l'allaitement, le portage, etc.), déjà exigeantes et coûteuses, était entachée lorsque les sentiments corolaires faisaient défaut. Comme pour d'autres mères, les tensions rencontrées se sont particulièrement cristallisées sur son allaitement, emblématique d'un style de parentalité soutenu par une définition de la maternité incarnée, sensuelle et sensible, particulièrement portée par les femmes des classes moyennes et supérieures.

²⁵ J. LANDOUR, « La parentalité, une contribution au capital des femmes des classes supérieures ? », *Genre, sexualité & société* [en ligne], n° 16, 2016, mis en ligne le 20 décembre 2016.

²⁶ S. HAYS, *The Cultural Contradictions of Motherhood*, New Haven, Yale University Press, 1996, p. 8 (notre traduction de « *child-centered, expert-guided, emotionally absorbing, labor-intensive, and financially expensive* »).

²⁷ S. GOJARD, *op. cit.*, p. 177-186.

²⁸ La plupart adoptent un suivi de grossesse qui déborde le seul cadre du suivi obstétrical prescrit *via* le recours à l'haptonomie, au yoga prénatal, à de l'hypnothérapie, de la sophrologie, etc. L'une d'entre elle accouche notamment en maison de naissance pour son première enfant quand plusieurs regrettent de n'avoir pas pu aller au bout de leur projet de naissance physiologique. De nombreux éléments témoignent en entretien de leur grande attention à l'éducation de leurs enfants, certaines allant même jusqu'à revendiquer des projets éducatifs alternatifs (parentalité positive, etc.).

Les femmes que nous avons rencontrées comprennent la maternité non pas tant comme un rôle à occuper mais comme un projet réfléchi, et une nouvelle subjectivité à incarner. Leurs positions et dispositions de genre²⁹, de classe, et de race³⁰, dessinent les frontières de l'espace social de l'inquiétude parentale conduisant à sa prise en charge médicale.

Quand elles n'ont pu éprouver ce qu'elles auraient dû selon elles « instinctivement » ressentir, « faire semblant » s'est révélé être un recours possible mais à l'efficacité limitée. « Faire bonne figure », « jouer un rôle », « porter un masque » sont autant d'expressions qui ponctuent leurs récits pour qualifier la posture qu'elles ont initialement occupée, à défaut de mieux, en vue de « tenir » leur engagement maternel pourtant difficilement soutenable. Le regard rétrospectif qu'elles portent sur cette « maternité » de façade atteste du peu de valeur qu'elles lui accordent aujourd'hui et signale aussi qu'elles ne pouvaient déjà pas à l'époque s'en contenter. Quand le travail d'affichage n'a plus suffi ni tenu, elles ont entamé un travail émotionnel pour enfin ressentir, et non uniquement présenter, les sentiments attendus : elles s'en sont remises à l'institution « psy ».

Éprouver sa maternité. Un travail de conversion³¹ émotionnelle

Si la loi du bonheur maternel s'impose avec force aux femmes désignées comme mères, et particulièrement à celles qui sont les plus disposées à le vivre, la naissance tend cependant à ne plus être seulement comprise comme un « heureux événement ». On ne compte en effet plus le nombre de témoignages, signés par des anonymes ou des célébrités, qui révèlent dans la presse féminine, parentale ou dans leurs autobiographies leur « baby-blues », leur « dépression » ou leur « burn-out maternel »³². Bandes-dessinées, romans³³, séries-télévisées, films, *one-woman show*, autant de productions et supports culturels qui préfèrent traiter, le plus souvent avec humour et dérision, des

²⁹ Sexualité incluse, voir I. CLAIR, « Pourquoi penser la sexualité pour penser le genre en sociologie ? Retour sur quarante ans de réticences », *Cahiers du Genre*, vol. 54, n° 1, 2013, p. 93-120.

³⁰ Toutes les femmes rencontrées sont blanches. Pour décentrer le regard : P. H. COLLINS, « Shifting the Center: Race, Class, and Feminist Theorizing About Motherhood », in A. O'REILLY (éd.), *Maternal Theory: Essential Readings*, Bradford, Demeter Press, 2007, p. 311-330.

³¹ M. DARMON, « Sociologie de la conversion : socialisation et transformations individuelles », in C. BUTRON-JEANGROS et C. MAEDER (dir.), *Identité et transformation des modes de vie*, Paris, Seismo, 2011, p. 64-84.

³² En 2005, l'actrice américaine Brooke Shields rend publique sa « dépression postpartum » dans *Down Came the Rain: My Journey through Postpartum Depression*, livre au retentissement important (New York, Hyperion). Un an plus tard, Gwyneth Paltrow témoigne d'une expérience similaire dans le magazine *Vogue*. En France, le sujet ne connaît pas un tel emballement médiatique mais la publication par la présentatrice A. Sublet de *T'as le blues, baby ?*, est toutefois remarquée (Paris, Flammarion, 2013).

³³ Pour les bandes-dessinées et les romans, signalons parmi d'autres : M. DARRIEUSSECQ, *Le mal de mer*, Paris, P.O.L., 1999 ; E. ABÉCASSIS, *Un heureux événement*, Paris, Albin Michel, 2007 ; E. SHAFAK, *Lait noir (Siyah süt)*, Paris, Phébus, 2009 ; J. LÉVY, *La Gaieté*, Paris, Stock, 2015.

affaires de la grossesse et de la maternité plutôt que de diffuser les stéréotypes idylliques accolés au maternage.

Alors qu'on pourrait les croire socialement interdits, tristesse, ennui, lassitude, peur, colère sont autant de ressentis communs, susceptibles d'être éprouvés à l'arrivée d'un enfant, devenus non seulement audibles mais également désormais scrutés par les expert·e·s de la naissance.

Adoptant le contre-pied du réductionnisme biologique de l'instinct maternel, professionnel·le·s de santé et de la petite enfance fustigent dorénavant les discours enchantés sur la maternité, tout en médicalisant le désarroi maternel³⁴. Dans la mesure où les risques de la naissance ne sont plus seulement perçus comme somatiques mais aussi psychiques, l'encadrement de la naissance s'organise pour une grande partie autour de la régulation du rapport subjectif qu'entretiennent les femmes avec leur maternité, devenue un outil de surveillance sanitaire et politique³⁵. L'identification par les mères de leur expérience comme problématique se double de fait de dispositifs institutionnels de repérage et de traitement des vulnérabilités maternelles qui les invitent à se reformer³⁶. Les unités d'hospitalisation mère-bébé en font partie. Composées de psychologues, de pédopsychiatres et de soignant·e·s (sages-femmes, éducateurs/trices spécialisé·e·s, infirmier·e·s, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, éducateur/trices de jeunes enfants et/ou psychomotricien·ne·s), ces structures assurent la prise en charge des dits « troubles psychopathologiques » après la naissance. Prêter attention aux récits des femmes qui en ont été les patientes permet d'appréhender la conversion qu'elles s'emploient à opérer, qu'elle soit effective ou non. Les matériaux rassemblés donnent dès lors prise à une analyse du traitement médico-psychologique comme appareil à former et transformer les femmes, dont les modalités sont d'autant plus visibles que la prise en charge est totale. Les unités mère-bébé partagent les mêmes objectifs avec d'autres dispositifs de la « psychiatrie périnatale », aux suivis davantage ponctuels et ambulatoires, et visent aux mêmes résultats. Les récits d'hospitalisation permettent de saisir le type de gouvernement

Pour les séries : la série australienne *The Letdown*, accessible depuis 2018 sur Netflix (T. O'DONNELL (real.), S. SCHELLER, A. BELL (sc.), diffusée pour la première fois sur ABC (Australie) en 2016).

Pour les films, signalons parmi d'autres : le drame français *Le lait de la tendresse humaine*, D. Cabrera (real.), 2001 ; le film dramatique franco-belge *Post-Partum*, D. NOELS (real. et sc.), 2013 ; la comédie américaine *Ce qui vous attend si vous attendez un enfant*, tirée d'un ouvrage éponyme, K. JONES (real.), 2012 ; la comédie chorale française, *La fête des mères*, M.-C. MENTION-SCHAAR (real.), 2018 ; ou encore le drame américain *Tully*, J. REITMAN (real.), 2018.

Pour le *one-woman show*, nous pouvons ici citer le spectacle de Florence Foresti *Mother Fucker* (2009).

³⁴ E. LEE, *Abortion, Motherhood, and Mental Health: Medicalizing Reproduction in the United States and Great Britain*, New York, Aldine de Gruyter, 2003.

³⁵ D. MEMMI, « Une discrète naturalisation de la maternité : le for intérieur féminin face aux aléas de la reproduction », *Sociologie*, vol. 7, n° 4, 2016, p. 413-422 ; A.-S. VOZARI, « “Si maman va bien, bébé va bien.” La gestion des risques psychiques autour de la naissance », *Recherches familiales*, vol. 12, n° 1, 2015, p. 153-163.

³⁶ S. ROUX et A.-S. VOZARI, « Parents at their best », *loc. cit.*

à l'œuvre : un gouvernement par conversion, entendu comme un travail de soi³⁷ et sur soi, dont les mères sont désignées à la fois comme les seules cibles et les actrices principales.

Matrice maternelle

C'est vraiment... (*Elle hésite*) J'allais dire un utérus mais c'est un peu ça en fait. [...] Je ne vais pas dire que c'est magique mais c'est vrai que je ne comprends toujours pas comment ça marche. Tout ce que je sais c'est que quand tu te rappelles l'état dans lequel tu rentres et l'état dans lequel tu sors, il n'y a pas photo. Pourquoi un jour tu donnes un biberon, tu n'es pas capable de le tenir correctement, tu n'es pas capable de le donner sans stress, tu n'es pas capable de ne pas être crispée et pourquoi un ou deux mois après ça va super bien, que tu t'éclates, qu'il y a le regard, le contact visuel ? Tout ça juste en libérant la parole ?

En comparant l'unité mère-bébé dans laquelle elle a été hospitalisée à un « utérus » où s'amorce véritablement sa gestation maternelle et une première phase du « travail » qui se poursuivra hors les murs jusqu'à lui permettre d'« accoucher de [sa] maternité », Silvia (35 ans, Titulaire d'un DESS en commerce international, responsable de magasin d'une chaîne de prêt à porter féminin, en congé parental, deux enfants d'un 1 et demi et 4 ans) décrit un dispositif qui opère comme une matrice. Rendue désormais capable de mater et d'aimer correctement, elle se compare aux mères adoptantes, devenues mères à force de volonté et de persévérance, quand d'autres le seraient « tout naturellement » et sans prendre la pleine mesure de l'effort nécessaire à une telle transformation identitaire. Rien de cela n'aurait été possible, insiste-t-elle, sans « l'accompagnement » dont elle a bénéficié. C'est grandie et transformée qu'elle dit ressortir de cette expérience. Son séjour est ici vécu comme une chance offerte de devenir elle-même, un traitement qui a transformé la manière dont elle se concevait alors et se forge depuis, et qui aura, bien plus que son accouchement, fait d'elle une mère.

L'hospitalisation en unité mère-bébé est en effet rétrospectivement présentée par les anciennes patientes que nous avons rencontrées comme une occasion de renouer avec la maternité en révélant « la maman au fond [d'elles] », selon les termes de Silvia. *A contrario*, ces unités peuvent se comprendre comme des institutions socialisatrices, davantage productrices que révélatrices de techniques relationnelles et corporelles visant à terme à faire incorporer des manières de faire, d'agir, et de ressentir. Les conditions d'hospitalisation rendent visible le travail sur soi des mères recherché comme requis par les professionnel·le·s de la santé mentale périnatale. Elles sont entièrement tournées vers un objectif principal : décharger les mères des tâches pratiques et incompressibles de prise en charge de l'enfant dépendant, pour leur laisser l'espace et le temps nécessaires pour travailler sur les dimensions affectives de leur engagement³⁸. Cette déprise pratique recherchée fait écho à d'autres traitements

³⁷ M. DARMON, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Dispute, 2003.

³⁸ Au nombre de 15 sur le territoire métropolitain français, les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé partagent un même dispositif d'encadrement et de soins. Les mères disposent d'une chambre attenante à celle de leur enfant, séparée par une porte. Des infirmières

institutionnels de pathologies mentales, où « la perte de contrôle de l'individu sur ses actes et sur sa biographie [constitue] un aspect revendiqué du traitement, un véritable but thérapeutique »³⁹. Pour suivre au mieux les mères diagnostiquées comme dépressives, les professionnel·le·s encadrent et encouragent une véritable conversion de leur part, en recherchant la production de nouvelles habitudes pratiques et identitaires. Les mères se doivent d'abandonner leur engagement maternel premier, source de souffrances, pour apprendre de nouvelles manières de (ré)investir ce rôle.

Renouer avec la maternité : un travail sur soi

Par son caractère rétrospectif, le témoignage de Valérie (40 ans, titulaire d'un DESS en droit public, juriste dans une collectivité territoriale, mère d'un enfant de 9 ans) est paradigmatique des techniques de « déculturation et reculturation »⁴⁰ mobilisées dans le traitement. Le récit de son parcours de trois mois en unité laisse entrevoir des moments de tension, où elle reçoit les demandes des soignantes⁴¹ comme contraires à sa définition de la « bonne maternité », avant de rendre les armes et reconnaître aujourd'hui combien « elles avaient raison ».

Le premier mouvement recherché par le personnel soignant est en effet le renoncement consenti des mères hospitalisées aux aspirations considérées comme au cœur de leur mal-être : les tâches liées à la maternité intensive, et la disponibilité temporelle et corporelle qu'elle recouvre. Valérie est fortement incitée à laisser son enfant durant la nuit aux soins des professionnelles de soutien. Son sentiment de malaise, presque douloureux, témoigne combien cette délégation partielle de la prise en charge contrevient à sa définition première du rôle qui lui incombe, lui faisant courir le risque d'être une mauvaise mère :

C'était dur d'accepter mais ils disaient : « Madame, la nuit, on s'occupe de votre bébé, on le prend en charge, on lui donne ses biberons, vous la nuit vous dormez ». Donc là encore, on vous fait bien comprendre : « Arrêtez de culpabiliser, c'est une chance pour vous, c'est une chance pour votre fils ».

Elle identifie plus largement des « phases » dans son suivi, révélatrices de l'ampleur du travail qu'elle se doit d'effectuer sur ses dispositions premières. La description détaillée de ces moments marquants souligne le désengagement qui lui a été nécessaire, avant de pouvoir et devoir se réengager de manière adéquate :

et auxiliaires de puériculture sont présentes en continu auprès d'elles pour s'occuper de leurs enfants si elles le souhaitent, notamment la nuit, de manière à ce qu'elles se reposent. L'aide présente est le plus souvent adossée à un traitement médicamenteux à base d'anxiolytiques et d'anti-dépresseurs, selon les prescriptions d'un·e (pédo)psychiatre, et à un suivi psychothérapeutique quasi-quotidien, en présence ou non de l'enfant selon le souhait des mères et les préconisations de l'équipe.

³⁹ M. DARMON, *Devenir anorexique, op. cit.*, p. 213, d'après le travail d'E. GOFFMAN, *Asiles*, Paris, Éditions de Minuit, 1968, où il décrit cette perte de contrôle des individus comme l'effet principal de l'institution totale.

⁴⁰ P. BOURDIEU et J.-Cl. PASSERON, *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Éditions de Minuit, 1970, p. 59.

⁴¹ L'équipe (para)médicale au sein de cette unité est composée exclusivement de femmes.

Ça a été par phases. C'est-à-dire qu'au début, ça a été fulgurant. Après j'ai décidé que j'étais trop faible, qu'il fallait que j'arrête de prendre des anti-dépresseurs et des anxiolytiques, qu'il fallait que je sois forte, et ça allait de nouveau très mal... On m'a fait comprendre que c'était pour mon bien, pour lâcher prise, que la thérapie allait mieux progresser comme ça, et ils avaient raison. J'ai accepté de reprendre le traitement. [...]. Il y a eu une phase où j'avais l'impression que je n'en sortirais jamais, et même où une des psychothérapeutes m'a dit : « On est inquiète, parce qu'on voit le temps qui passe et on se demande si on est l'unité adaptée pour vous ». J'ai éprouvé une terreur terrible ! Mais parallèlement à ça, mon lien avec mon fils évoluait.

Le compte rendu du déroulé de la thérapie voit ainsi se succéder des logiques de résistance et de « lâcher prise », ce lâcher prise pouvant être obtenu par une persuasion bienveillante (« c'est une chance pour vous »), des traitements médicamenteux (« la thérapie allait mieux progresser comme ça »), voire une menace d'exclusion du dispositif lorsque sa progression n'est pas jugée suffisante (« on se demande si l'unité est adaptée pour vous »).

La prise en charge est également un lieu d'apprentissage, soit d'évaluation des progrès. Tout en autorisant les mères à déléguer certaines dimensions pratiques de leur rôle, les professionnelles travaillent activement à leur faire reprendre cette place par un recodage discret mais répété de leurs actions et de celles de leur enfant, leur permettant le développement corporel et émotionnel du « bon » type de lien qui devrait les unir. Valérie raconte avoir appris comment communiquer de manière authentique avec son fils, elle qui, « bloquée », faisait « semblant » :

[La psychiatre] me dit : « Vous voyez là, il vous regarde. Dites-lui que vous allez le confier pendant la séance ». Je me suis sentie un peu prise en défaut mais elle avait raison, je l'ai fait. Ça aussi ça vous apprend des choses [...] Moi j'étais complètement bloquée, je ne lui parlais pas. Je faisais semblant de « gouzigouzi », mais je ne lui *parlais* pas. À partir de ce moment-là, j'ai compris qu'il fallait que je lui dise des choses, tout simplement : « Là maman, elle va faire ci, elle va faire ça ».

Elle recouvre confiance en ses capacités maternelles, en réhabilitant progressivement des actions qu'elle n'avait pourtant jamais cessé d'accomplir. Ce recadrage cognitif et émotionnel autorise une nouvelle narration, de l'absence de projection dans le futur à une foi grandissante en l'évolution promise :

On m'a beaucoup encouragée [...]. Ce qui est fou c'est que dans les gestes je savais parfaitement m'occuper de mon fils. C'était à un autre niveau. Ça m'a donné confiance. [...] Il y avait cette infirmière géniale, qui m'a dit : « Vous allez voir Valérie, aujourd'hui vous êtes en difficulté mais vous verrez, dans quelques temps, vous vous direz que vous ne pouvez plus vivre sans votre fils ». À l'époque... j'avais du mal à admettre ça, c'était très dur de me dire « Ah je ne le ressens pas, donc c'est terrible ». Mais elle avait raison... Tellement raison.

En attirant son attention sur des éléments jusqu'alors invisibles comme les regards de l'enfant, tout en donnant l'exemple de la « bonne » manière d'interagir avec lui, en la rassurant à chacun de ses gestes quant à son bien-fondé et sa capacité à les accomplir, en lui assurant sans cesse un « avenir meilleur », les professionnelles ont insufflé de manière incrémentale un nouveau sens aux pratiques de maternage. Elles ont permis à Valérie d'investir sa maternité « à un autre niveau », en développant de

nouvelles compétences interactionnelles, identitaires et temporelles, pour adjoindre à son engagement pratique l'engagement émotionnel attendu.

Le résultat est à la hauteur de ses efforts fournis pour souscrire aux dimensions du travail hospitalier sur sa personne : l'abandon de ses investissements premiers, et l'ancrage de nouvelles dispositions. Aujourd'hui, elle réalise, dit-elle, combien l'infirmière avait dit vrai : « Après on ne sait même pas comment on a pu faire pour vivre autrement. Le processus est totalement inversé, c'est rigolo. » Comme Silvia, elle ressort de l'unité au bout de trois mois, intimement convaincue d'aimer et de savoir comment prendre soin de son enfant : en étant devenue sa mère.

Renouer avec sa maternité : un nouveau souci de soi

Le récit de la prise en charge de Sylvaine témoigne de ce même mouvement pendulaire et bientôt sans retour en arrière, entre d'anciennes aspirations et un nouveau régime d'intelligibilité : « ça a été au fur et à mesure des jours, avec beaucoup de temps pour me mettre *au centre du dispositif* aussi », « tu es persuadée que c'est ton bébé qui passe avant tout, là on m'a beaucoup dit et répété : non, le bébé va bien, donc c'est *vous* qui passez avant tout ». Comme celui de Valérie, son discours décrit la manière dont la réitération permanente des principes du « bon engagement » maternel, doublée de sa coopération en tant que patiente, a participé à construire l'efficace de ce « système d'enveloppement continu »⁴² qui n'a dès lors « rien de magique » : « beaucoup parler, beaucoup être entourée, ne jamais être seule, y'a rien eu de magique ! » Aujourd'hui, elle applique même ce principe de recentrage à sa vie de tous les jours, consolidant les nouvelles dispositions apprises, pour un changement qu'elle qualifie de « radical » :

Ça a changé tout dans la manière de voir qui j'étais. Cette histoire de se mettre au centre, je l'applique aujourd'hui... Enfin, je m'*efforce* de l'appliquer, pour tous les aspects de ma vie. De me dire : c'est toi l'important, ce n'est pas ta fille, ce n'est pas ton mec, vis pour toi, c'est toi le plus important ! Voilà, c'est ça : avoir le droit de ne pas aller bien, avoir des jours de déprimés, et de le dire... [...] [M]oi j'ai toujours fait tout pour les autres ! Même des décisions que j'ai prises en premier lieu pour ma fille je les ai prises pour d'autres. Pour ma mère, pour ma sœur, pour être dans la lignée, pour être ce qu'on attendait de moi... Jamais pour moi. Donc là, j'ai commencé à vivre, à 30 ans (*rires*) !

Au sein de l'unité, accepter ce recentrage lui aura été nécessaire pour s'investir dans le suivi : pour valoriser cet espace à soi coupé des contraintes familiales, et justifier un désengagement temporaire seul à même de permettre un (ré)engagement au long cours. Nous pouvons relier le caractère difficile comme « radical » de l'appropriation de cette norme à une socialisation de genre fondée sur un altruisme et souci des autres portés au point du sacrifice, et s'exprimant tout particulièrement lors de l'entrée en parentalité. De manière plus générale, les mères entendues ont été conduites à réviser leur style de parentalité au profit d'un rapport vécu comme plus

⁴² E. DURKHEIM, *L'évolution pédagogique en France*, Paris, Presses universitaires de France, 1990 [1938], p. 297. Voir l'usage que propose Muriel Darmon dans *Classes préparatoires. La fabrique d'une jeunesse dominante*, Paris, La Découverte, 2013, p. 27-84.

authentique à elles-mêmes, le seul véritablement tenable à terme, se reconstruisant selon un nouveau répertoire normatif tourné vers le « souci de soi »⁴³.

Cependant, le côté libérateur ne masque jamais complètement son action disciplinaire. Le sujet féminin produit demeure un sujet maternel attendu. En recouvrant un sens de ses besoins propres, Sylvaine a retrouvé une spontanéité valorisée dans ses rapports avec sa fille, quittant la figure de la mère pathogène pour celle de la mère « qui trouve la “bonne distance” [en accédant] à une certaine “autonomie psychique” »⁴⁴. Plus encore, elle dit avoir compris qu'« un tout petit bébé qui vient de naître a besoin de sa maman, qu'on le veuille ou non ». Pourtant, aux débuts de son hospitalisation, elle s'interroge :

Je ne comprenais pas pourquoi on focalisait tout sur la mère, j'étais là : « Non mais en fait les pères c'est bien aussi ! Donc moi ce que je vais faire c'est... me barrer » ! (*rires*) Mais personne ne voulait que je fasse ça. Et le fait qu'on veuille absolument préserver ce lien mère-enfant, au début... [...] C'était lourd. C'est qu'à aucun moment ils ne veulent te déposséder de quoi que ce soit, donc ils insistent, ils insistent, ils insistent, mais il y a des moments où tu as envie de fuir, donc c'est un peu... oppressant. C'est nécessaire hein, mais c'est oppressant.

Si le discours médico-psychologique met à distance la naturalisation d'un instinct maternel, la primauté du lien mère-enfant marque la limite de cette déconstruction. Comme l'explicite Sylvaine, en déchargeant les mères hospitalisées des activités pratiques de soin de l'enfant, les professionnel·le·s ne cherchent pas à « déposséder » les femmes de ces dernières, en proposant par exemple un modèle de prise en charge collective à rebours d'une prise en charge exclusive. Leur rôle est bien davantage de leur donner le temps et les compétences pour (ré)occuper cette fonction maternelle au cadre normatif inchangé.

Nous pouvons même nous demander jusqu'à quel point le modèle de la maternité intensive est remis en cause. Suite à leur hospitalisation, les mères renoncent certes à certaines de leurs pratiques, en jugeant rétrospectivement grotesque le sens qu'elles y accordaient⁴⁵, mais ne semblent toutefois pas renoncer, ni résister, à l'intensification du travail parental des femmes⁴⁶ et à la définition qui lui est corolaire. Ce dernier trouverait plutôt une de ses actualisations dans le traitement médico-psychologique dans lequel elles s'engagent. L'adhésion à la prise en charge, à son caractère astreignant, chronophage, parfois pénible et lourd, voire total quand elle prend la forme d'une hospitalisation à plein temps sur plusieurs mois, peut en effet se comprendre à l'aune de cet engagement parental qu'elles aspirent à maintenir. Le travail émotionnel qui s'y

⁴³ M. FOUCAULT, *Histoire de la sexualité III. Le souci de soi*, Paris, Gallimard, 1984.

⁴⁴ C. CARDI, « La construction sexuée des risques familiaux », *Politiques sociales et familiales*, n° 101, 2010, p. 42.

⁴⁵ Sylvaine conclut ainsi la narration de ses tentatives d'être une « mère proximale » : « en définitive, j'ai arrêté d'allaiter, je n'ai plus jamais porté, je n'ai jamais fait de peau à peau... et (*rires*) on ne s'en porte pas plus mal ! »

⁴⁶ C. FAIRCLOTH, « Intensive Parenting and the Expansion of Parenting », in E. LEE, J. BRISTOW, C. FAIRCLOTH et J. MACVARISH (eds.), *Parenting Culture Studies*, New York, Palgrave Macmillan, 2013, p. 25-50.

déploie – visant à leur faire ressentir, et non uniquement à présenter, les sentiments attendus – devient dès lors la condition de leur pleine et entière conversion maternelle.

Conclusion

Selon « une théorie indigène de la conversion »⁴⁷ aux fondements naturalistes, avoir un enfant, et qui plus est lui donner naissance, devrait radicalement et instantanément transformer les femmes qui en font l'expérience. C'est ce dont témoignent celles qui, adhérant à cette « anticipation normalisée »⁴⁸, ont souffert, et souffrent parfois encore, de ne pas parvenir à devenir la femme qu'elles pensaient devoir être. Parce qu'elle diverge profondément des cadres moraux de la maternité, la souffrance psychique des mères pourrait, *a minima*, conduire à vivre la maternité sous le sceau du regret ou à chercher une sortie de rôle. Les femmes que nous avons rencontrées aspirent au contraire, lorsqu'elles n'y sont pas encore parvenues, à faire de ce vécu douloureux une expérience salutaire. Si ces femmes se disent transformées, et même améliorées, c'est parce qu'elles ont été enrôlées et se sont engagées dans un processus de conversion identitaire et pratique dirigé par l'institution médico-psychologique. Leur parcours témoigne d'une adhésion maintenue au cadrage de la maternité comme expérience épanouissante et émotionnellement engagée, les poussant à s'astreindre au gouvernement par conversion proposé par les savoirs et pratiques « psy » suite au vécu d'un désajustement.

La réponse apportée à la souffrance des mères demeure ici individualisée, alors même que leur trouble semble pour beaucoup tenir à une adhésion socialement située à un modèle de parentalité, mais également à un contexte matériel qu'il nous reste à préciser. Notre attention à la régulation des affects maternels dans cet article ne doit pas faire perdre de vue les conditions sociales d'exercice de la maternité, dont les femmes nous ont également fait part : leur solitude au retour de l'hôpital, quand l'organisation genrée des congés en *post-partum* leur confie l'entière responsabilité d'un nouveau-né dépendant ; leur fatigue croissante et persistante, n'arrivant plus à dormir des semaines entières ; les conseils incessants et contradictoires quant aux « bonnes » pratiques, dont les mères sont la cible première, les laissant sans repères ni confiance en leurs capacités... Alors qu'avoir un enfant est supposé n'être plus aujourd'hui que le produit d'un véritable « projet parental »⁴⁹, qui devrait dès lors soumettre mères et pères à un important engagement vis-à-vis de leur(s) enfant(s), toutes et tous n'y sont pas assigné-e-s de la même manière. Face à l'extrême dépendance du nouveau-né et du jeune enfant, les femmes sont placées en première ligne et maintenues à cette place, particulièrement dans les couples hétérosexuels,

⁴⁷ M. DARMON, « Sociologie de la conversion », *loc. cit.*

⁴⁸ A. L. STRAUSS, « Les transformations de l'identité », *Miroirs et Masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Métailié, 1992, p. 95-138.

⁴⁹ L. BOLTANSKI, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004 ; H. LERIDON, *Les enfants du désir. Une révolution démographique*, [1995] 1998, Paris, Hachette.

par les politiques familiales et natalistes⁵⁰, les modalités des « congés » maternité, paternité et parental⁵¹, et l'offre de modes de garde⁵².

Au cours de ces parcours de conversion, force est de constater que ce contexte n'est que peu questionné. Si les règles de sentiment du « bonheur maternel » sont momentanément suspendues lors de la prise en charge de leur trouble, la division sexuée du travail, dans ses acceptions tant matérielles qu'émotionnelles, n'est pas envisagée comme un véritable levier de prévention, voire de résolution, de ce qui demeure considéré comme une pathologie.

Bibliographie

- ARENA F., « *Folles de maternité* ». *Théories et pratiques d'internement autour du diagnostic de la folie puerpérale, XVII^e-XX^e siècles, France-Italie*, Thèse d'histoire soutenue le 11 octobre 2012, Aix-Marseille Université.
- BAJOS N. et FERRAND M., « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, vol. 61, n° 1, 2006, p. 91-117.
- BESSIN M., « Présences sociales : une approche phénoménologique des temporalités sexuées du care », *Temporalités* [En ligne], n° 20, 2014, mis en ligne le 26 février 2014.
- BOLTANSKI L., *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004.
- BOYER D. et CÉROUX B., « Les limites des politiques publiques de soutien à la paternité », *Travail, genre et sociétés*, vol. 24, n° 2, 2010, p. 47-62.
- CARDI C., « La construction sexuée des risques familiaux », *Politiques sociales et familiales*, n° 101, 2010, p. 35-45.
- CARPENTIER C., « Le long voyage des familles. La relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XX^e siècle », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 1, 2001, p. 79-106.
- CLAIR I., « Pourquoi penser la sexualité pour penser le genre en sociologie ? Retour sur quarante ans de réticences », *Cahiers du Genre*, vol. 54, n° 1, 2013, p. 93-120.
- COLLINS, P. H., « Shifting the Center : Race, Class, and Feminist Theorizing About Motherhood », in A. O'REILLY (éd.), *Maternal Theory: Essential Readings*, Bradford, Demeter Press, 2007, p. 311-330.
- DAMON J., *Les politiques familiales*, Paris, Presses universitaires de France, 2006.

⁵⁰ A. GAUTHIER, O. THEVENON, « Variation de la fécondité dans les pays développés : disparités et influences des politiques d'aide aux familles », *Politiques sociales et familiales*, n° 100, 2010, p. 7-21 ; J. DAMON, *Les politiques familiales*. Paris, Presses universitaires de France, 2006.

⁵¹ D. BOYER et B. CÉROUX, « Les limites des politiques publiques de soutien à la paternité », *Travail, Genre Et Sociétés*, vol. 24, n° 2, 2010, p. 47-62.

⁵² J. FAGNANI, « La politique d'accueil de la petite enfance en France : ombres et lumières », *Travail, Genre et Sociétés*, 6/2, 2001, p. 105-119.

- DARMON M., « Sociologie de la conversion : socialisation et transformations individuelles », in BUTRON-JEANGROS C., MAEDER C. (dir.), *Identité et transformation des modes de vie*, Paris, Seismo, 2011, p. 64-84.
- DARMON M., *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, 2008 [2003].
- DARMON M., *Classes préparatoires. La fabrique d'une jeunesse dominante*, Paris, La Découverte, 2013.
- DEBEST Ch., *Le choix d'une vie sans enfant*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2014.
- DONATH O., *Regretting Motherhood: A Study*, Berkeley, North Atlantic Press, 2017.
- DUPUY A. et ROUX S., « Sur le chemin de la sérénité. Politique des sentiments dans la planification familiale », *Sociologie*, 2018, vol. 9, n° 3, p. 269-284.
- EIDELIMAN J.-S., « Aux origines sociales de la culpabilité maternelle », *La revue internationale de l'éducation familiale*, vol. 27, n° 1, 2010, p. 81-98.
- FAIRCLOTH C., « Intensive Parenting and the Expansion of Parenting », in E. LEE, J. BRISTOW, C. FAIRCLOTH et J. MACVARISH (eds.), *Parenting Culture Studies*, New York, Palgrave Macmillan, 2013, p. 25-50.
- FAGNANI J., « La politique d'accueil de la petite enfance en France : ombres et lumières », *Travail, Genre et Sociétés*, vol. 6, n° 2, 2001, p. 105-119.
- FOUCAULT M., *Histoire de la sexualité III. Le souci de soi*, Paris, Gallimard, 1984.
- GARCIA S., *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris, La Découverte, 2011.
- GAUTHIER A. et THEVENON O., « Variation de la fécondité dans les pays développés : disparités et influences des politiques d'aide aux familles », *Politiques sociales et familiales*, n° 100, 2010, p. 7-21.
- GOJARD S., *Le métier de mère*, Paris, La Dispute, 2010.
- GOFFMAN E., *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit, 1974.
- GOTMAN A. et LEMARCHANT C., « Dossier : Sans enfant. Le point de vue des femmes », *Travail, Genre et Sociétés*, vol. 37, n° 1, 2017, p. 33-89.
- HAYS S., *The Cultural Contradictions of Motherhood*, Yale, University Press, 1996.
- HOCHSCHILD A. R., « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, vol. 9, n° 1, 2003, p. 19-49.
- LANDOUR J., « La parentalité, une contribution au capital des femmes des classes supérieures ? », *Genre, sexualité & société* [en ligne], n°16, 2016, mis en ligne le 20 décembre 2016 : <http://journals.openedition.org/gss/3886>.
- LEE E., *Abortion, Motherhood, and Mental Health: Medicalizing Reproduction in the United States and Great Britain*, New York, Aldine de Gruyter, 2003.
- LERIDON H., *Les enfants du désir. Une révolution démographique*, Paris, Hachette, 1998 [1995].
- MARTIN C., *Être un bon parent. Une injonction contemporaine*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2014.
- MEMMI D., « Une discrète naturalisation de la maternité : le for intérieur féminin face aux aléas de la reproduction », *Sociologie*, vol. 7, n° 4, p. 413-422.

- PRAZ A.-FR., MODAK M. et MESSANT F., « “Produire des enfants” aujourd’hui : un défi pour l’analyse féministe », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 30, n° 1, 2011, p. 4-10.
- RAMOS E., KERTUDO P., « La réception des normes par les parents : le cas de l’adoption », *Politiques sociales et familiales*, n° 118, 2014, p. 45-54.
- RIVIÈRES-PIGEON (DES) C., GAGNÉ C. et VINCENT D., *Les paradoxes de l’information sur la dépression postnatale. Mères dépressives mais pimpantes*, Montréal, Éditions Nota Bene, 2012.
- RICH, A., *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*, New York, Norton, 1976.
- ROMITO P., *La naissance du premier enfant. Étude psycho-sociale de l’expérience de la maternité et de la dépression postpartum*, Paris, Éditions Delachaux et Niestlé, 1990.
- ROUX S. et VOZARI A.-S., « Parents at Their Best: The Ethopolitics of Family Bonding in France », *Ethnography*, vol. 19, n° 1, 2018, p. 3-24.
- SERRE D., *Dans les coulisses de l’État social. Enquête sur les signalements d’enfants en danger*, Paris, Raisons d’Agir, 2009.
- STRAUSS A. L., *Miroirs et Masques. Une introduction à l’interactionnisme*, Paris, Métailié, 1992.
- TAYLOR V., « Self-labeling and women’s mental health: postpartum illness and the reconstruction of motherhood », *Sociological focus*, vol. 28, n° 1, 1995, p. 23-47.
- TAYLOR V., *Rock-a-by-baby. Feminism, self-help and post-partum depression*, New-York, Routledge, 1996.
- THOITS P. A., « Self-labelling process in Mental Illness: The Role of Emotionnal Deviance », *American Journal of Sociology*, Vol. 91, n° 2, 1985, 221-249.
- VOZARI A.-S., « “Si maman va bien, bébé va bien.” La gestion des risques psychiques autour de la naissance », *Recherches familiales*, vol. 12, n° 1, 2015, p. 153-163.
- WEBER F., *Penser la parenté aujourd’hui. La force du quotidien*, Paris, Éditions Rue d’Ulm, 2013.