

1952, les cliniques d'accouchement accueillent 532 % des parturientes, en 1962, 855 %, en 1974, 985 %; les accouchements à domicile se réduisent en proportion : 456 % en 1952, 139 % en 1962, 10 % en 1974. Pour justifier ce grand démenagement, les médecins invoquaient la sécurité. Il est vrai que le taux de mortalité maternelle (couches et suites de couches) a reculé de plus en plus vite : pour 100 000 naissances vivantes, ce taux est de 81 en 1951, 54,7 en 1959, 31,9 en 1967. Et la mortalité infantile (de la naissance à la fin de la première année) tombe de 110 % en 1945 à 50 % en 1950 à 27 % en 1960 et 18,2 % en 1970.

Ces chiffres triomphants appellent quelques commentaires. D'abord, les progrès se manifestent pendant les Trente Glorieuses, au moment où les conditions de vie s'améliorent. Si une grave crise économique avait sévi, si les gens avaient souffert de la faim, du froid, du stress, le taux de mortalité n'aurait pas autant diminué. En même temps, les femmes s'efforcent déjà de programmer les naissances : elles attendent pour « commander un bébé » d'être en bonne santé, physique et morale; le bébé en profite. On l'oublie trop : la contraception a été un facteur essentiel du recul des mortalités. Les médecins gagnent sur des marges : il faut estimer, non pas surestimer, la portée de leurs interventions. Soulignons aussi que la mortalité est restée plus élevée en France qu'aux Pays-Bas (jusqu'à la fin des années 80). Or, aux Pays-Bas, l'accouchement à domicile a toujours été encouragé : en 1980, encore 35 % des parturientes accouchaient chez elles¹. Les autres passaient rarement plus de vingt-quatre heures en clinique. Les Néerlandais n'ont jamais consenti à traiter la grossesse et l'accouchement comme des maladies; ils ont voulu conserver à la naissance son caractère d'événement intime, familial, naturel. La femme enceinte

Dans l'euphorie du baby-boom, tout accouchement aurait dû être une fête, tout maternage une idylle. Ce fut rarement le cas.

Il faut dire que le baby-boom a imposé un énorme surcroît de travail dans les maternités; le renouvellement incessant des parturientes, jour et nuit, banalisait la naissance et surmenait les soignants. Ceux-ci avaient pour objectif essentiel de réduire la mortalité infantile, très élevée aux lendemains de la Libération. La mère n'était à leurs yeux qu'un instrument, parfois malaisant, dont ils se méfiaient.

Dans le sillage des médecins, de nouveaux spécialistes, les psy, sont venus se pencher sur le tout-petit. Leurs observations ont remis en question certaines pratiques médicales; mais elles tendaient aussi à alourdir la responsabilité maternelle.

L'EMPRISE MÉDICALE : L'INDUSTRIE DE LA NAISSANCE

En un demi-siècle, des années 20 aux années 70, toutes les Françaises ont pris l'habitude d'accoucher hors de chez elles, le foyer familial a cessé d'être le lieu où les bébés venaient au monde. Après la Libération, ce phénomène s'accéléra : en

1. Ce pourcentage tend à augmenter. On peut trouver dans *l'Écho des pôlders* tout un débat sur ce sujet (n° 6, hiver 1983-1984; n° 9, février 1985; n° 10, mai 1985). Je remercie chaleureusement Michèle Clerx-Maison-neuve, Karin de Koning, Paul et Petra Arredondo, Berber Dornseiffen-Santema et Liliane van Kaaij, qui m'ont informée avec tant de précision et de gentillesse.

était (est toujours) suivie non pas par un gynécologue, mais par une sage-femme ou un médecin généraliste.

La médicalisation à la française n'était donc pas une fatalité. Or, elle n'a pas eu que des effets positifs. Auparavant, dans les ménages, dans les anciennes communautés, chaque accouchement constituait un moment fort, où les femmes se rassemblaient autour de l'accouchée et de la sage-femme, comme pour retremper leur identité de sexe. Une suite cohérente de gestes et de rites permettaient d'accueillir le nouveau-né comme une personne et de l'intégrer parmi les siens¹. Les premiers accoucheurs venus à domicile participaient à la fête et se sentaient au service de la famille consultante. Alors qu'une femme qui entre en clinique quitte les siens, elle se met entre les mains des médecins, à leurs ordres sinon à leur merci. Le rapport entre soignants et soignées en est totalement transformé, non sans dommage pour celles-ci.

Les accouchements à la chaîne

Les rites sont indispensables : ils permettent de gérer les émotions, de canaliser la sensibilité, de traverser les moments les plus bouleversants de la vie en société. Et quoi de plus bouleversant que l'arrivée au monde d'un nouvel être humain ? Dès que la clinique médicale s'en est emparée, elle a créé des rites nouveaux. Ceux de l'ère pasteurienne, inspirés par la phobie des microbes, avaient transformé la naissance en ascèse rigoureuse ; ils avaient exalté les disciplines d'hygiène plutôt que la joie d'enfanter. Ils avaient beaucoup augmenté l'autorité et le prestige des accoucheurs. En revanche, ils humiliaient les patientes, ils les dépossédaient d'elles-mêmes et de leur bébé. Mais, au temps du baby-boom, aucune femme n'osait se plaindre. La pression sociale, qui plus que jamais glorifiait la maternité, interdisait les doléances. « Tu enfanteras dans la douleur », l'antique malé-

1. Cf. Françoise Loux, *Traditions et Soins d'aujourd'hui*, Paris, Inter-Éditions, 1983, et Jacques Gelis, *op. cit.*

diction autorisait la brutalité éventuelle des accoucheurs. D'ailleurs, toute femme ressent l'enfant qu'elle met au monde comme l'enjeu d'un chantage médical. Si je ne fais pas tout ce qu'ils m'ordonnent, mon enfant en souffrira¹.

Les témoins déplorent l'accueil froid et revêche, le manque d'égards. « L'accouchement pratiqué en série est ramené à la dimension d'une extraction dentaire [...] le mépris, la déconsidération de cet événement, qui représente pour la femme le moment d'une épreuve extrême et cruciale de la vie, n'est autre que le mépris de la femme en général », proteste Annie Leclerc². La romancière Hortense Dufour a mis au monde son premier enfant dans une clinique chic de la banlieue sud-ouest de Paris. « Bellevue, dit-elle, restera toujours pour moi la poubelle de mes désirs. » A son arrivée, faute de chambre libre, on la remise dans un vestiaire. Les soignants qui entrent et sortent ne lui adressent ni un sourire ni un bonjour. Un docteur lui demande en passant si elle est sa cliente... ? « J'ai eu envie de pleurer. Muflerie du monde médical. Abominable impolitesse : mon petit enfant si mal accueilli, pas même salué [...] Nié. Et moi avec. » « A des centaines d'exemplaires, c'est la sage-femme. La multiplicité des allées et venues la multiplie elle aussi par mille, lui enlève son identité, son visage, son humanité [...] l'univers obstétrical en a fait ce robot ganté de caoutchouc³. »

Les rites pasteuriens les plus désagréables sont maintenus sans nécessité : lavement, rasage du pubis, immobilisation à plat dos sur une table étroite, dure, haute à faire peur, pieds engagés dans des étriers. Humiliation extrême : « les jambes en l'air, écartées, le sexe chauve, à l'air et dilaté », piqure de glucose pour accélérer les contractions... « On me cassait le travail, s'indigne Annie Leclerc, on m'abîmait tout, on me rabaisait à moins que rien. »

Dans les hôpitaux c'est pire. Tel médecin entre dans une

1. Les témoignages cités ci-après, d'Annie Leclerc et d'Hortense Dufour, datent d'après la fin du baby-boom. Ce qu'elles disent était vrai dès les années 50 et 60 ; mais personne n'osait en parler.

2. *Parole de femme*, Denoël/Gonthier, 1974, p. 93. Sur cette auteur(e), voir chapitre VI.

3. *La guenon qui pleure*, Grasset, 1980, p. 21, 47, 52.

salle commune pour sa visite matinale, en ordonnant paternellement : « Les papattes en l'air ! » Les jeunes femmes se mettent en position gynécologique sans protester. Tel autre voudrait qu'on lui présente ses patientes sur un plateau tournant... Les sages-femmes adoptent ces façons grossières. A une parturiente qui se plaint, une sage-femme répond : « Vous vous êtes bien amusée quand vous l'avez fait ! Il est entré il faut qu'il sorte ! » Une autre : « Qu'elle se grouille celle-là ou on va lui faire un forceps ! » Certains médecins sensibles ressentent le scandale. Bernard This dénonce « le martyre de la parturiente... elle attend son tour comme à l'abattoir de Chicago ¹ ! ». Paul-Claude Racamier dit à propos des « milieux d'accouchement » : « On ne sait pas à quel point ils peuvent être saturés d'un monstrueux sadisme ². »

La relation maman-nouveau-né est soumise elle aussi à des rites rigoureux. On laisse jeûner bébé vingt-quatre heures ; on ne l'apporte que toutes les trois heures pour une tétée d'un quart d'heure, pas plus. Or l'espacement des tétées ne se justifie que si l'enfant est nourri au biberon : le lait de vache, même maternisé, est plus difficile à digérer que le lait maternel. Il est obligatoire d'allaiter assise, avec bébé dans les bras. « Un jour j'étais allongée avec mon petit couché contre moi. La sage-femme - un dragon - m'a engueulée ! elle m'a méchamment pincé le mamelon pour me faire lever, en me disant : " Vous voulez le tuer, votre gosse ? " Comme si je risquais de m'endormir sur lui et de l'étouffer ³. » D'ailleurs, en dépit des dogmes officiels, l'allaitement au sein n'était nullement encouragé dans les cliniques du baby-boom. Pour des soignantes toujours pressées et surmenées, il était plus facile de donner un biberon dosé selon les règles que d'initier une primipare, car cette initiation est pleine d'aléas : abcès au

1. Bernard This, « La psychologie des femmes enceintes », *Entretiens psychiatriques*, 1954.

2. Ce médecin fut l'un des premiers en France à s'intéresser aux dépressions post-partum. Les « brutalités institutionnelles » sont un des facteurs de la dépression. Cf. P.-C. Racamier, C. Sens, L. Carretier, « La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum », *L'évolution psychiatrique*, 1961, IV, p. 535.

3. Enquête personnelle.

sein, crevasses, douleurs utérines, bébé qui ne prend pas assez de poids, etc. En 1960, la firme Nestlé lance une vaste offensive de marketing ; le prestige du biberon augmente, celle qui donne le sein fait un peu arriérée. Les puéricultrices de leur côté se chargeaient entièrement des toilettes des bébés, les mères restant à l'écart.

Et pour finir, « la polka du carnet de chèques » : « Commission complète. Ces gens-là accouchent comme ils vendraient des selles de vélo. Ça rapporte ¹. »

L'accouchement dit sans douleur

Dans cette ambiance contrainte et désenchantée survient, au cours des années 50, une innovation bouleversante : l'accouchement sans douleur. Là où il a pu s'imposer, il a rendu aux femmes le souci de leur dignité.

Les douleurs n'ont jamais été perçues comme naturelles : elles ont toujours fait l'objet de justifications symboliques. Pour les juifs et les chrétiens, elles représentent le châtimement infligé à Ève qui a croqué le fruit défendu. Toutefois, en chrétienté, leur signification n'est pas purement négative : offertes à Dieu avec soumission, elles contribuent au rachat des péchés et entrent ainsi dans l'économie du salut ; celle qui les endure trouve dans cette croyance la force de les mieux supporter. Bien des gens pensaient aussi que les douleurs favorisaient l'éclosion de l'amour maternel. Et, pour d'autres, elles constituaient une composante originale et précieuse de l'expérience féminine ². Pourtant, quand elles paraissent excessives, insupportables, on essayait de les atténuer : depuis le milieu du XIX^e siècle, on avait recours aux anesthésiques.

Ce qui se passe durant les années 50 est tout différent : l'accouchement sans douleur (ASD) est présenté par ses partisans comme révolutionnaire. Certains médecins, fiers à juste

1. Hortense Dufour, *op. cit.*, p. 117.

2. C'est l'avis d'Hélène Deutsch et de tous les adversaires de l'anesthésie obstétricale ; cf. Hélène Deutsch, *La psychologie des femmes*, t. II, traduction française PUF 1995.

titre d'avoir dominé les risques physiologiques de la parturition, et sans doute excédés par les hurlements qui de jour et de nuit emplissaient les salles de travail, ont voulu triompher aussi de la douleur. Beaucoup, bien sûr, éprouvaient une compassion sincère pour les femmes en travail. Mais d'autres enjeux les stimulaient.

Un enjeu scientifique : la toute jeune médecine psychosomatique (le terme date, en France, de 1946), cherchait à s'affirmer¹; or l'accouchement, qui met en action des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, est le phénomène psychosomatique par excellence, d'ailleurs aisément observable. Certains médecins ont acquis alors la conviction naïve et outrecuidante que si les femmes souffraient c'était parce qu'elles ne savaient pas accoucher : eux leur apprendraient.

Un enjeu politique aussi. La méthode introduite en 1951 avait été mise au point en URSS et le parti communiste lui faisait une publicité tapageuse. Le docteur Fernand Lamaze, accoucheur à la maternité des Bluets (clinique CGT des métallurgistes à Paris), était revenu enthousiasmé d'un voyage à Leningrad : « Rien d'approchant ne m'avait jamais été enseigné [...] Je n'imaginai pas que cela pût être [...] La femme apprend à accoucher comme elle apprendrait à nager, comme elle a appris à lire et à écrire. » Il a vu une parturiente mettre son enfant au monde en toute sérénité. Bien entendu, il s'institua le champion zélé de la méthode soviétique, avec le concours de son confrère Pierre Vellay. L'association France-URSS lui accorda tout son soutien. L'UFF l'invita à son cinquième congrès et l'applaudit avec chaleur. Colette Jeanson écrivit un ouvrage de propagande à l'usage des femmes².

Cette campagne se heurta d'abord à l'opposition sarcastique et méprisante de nombreux médecins anticommunistes,

1. Cf. Docteur Léon Chertok et collaborateurs, *Féminité et Maternité. Étude clinique et expérimentale sur l'accouchement sans douleur*, Desclée De Brouwer, 1966.

2. *Principes et Pratiques de l'accouchement sans douleur*, déjà cité au chapitre premier. Docteur Fernand Lamaze, *Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur?*, Savoir et connaître, Paris, 1956. Les pays anglo-saxons adoptaient plutôt la méthode de l'Anglais Grantly Dick Read. L'école des sages-femmes d'Amsterdam enseignait la méthode de Read depuis 1949.

que soutenait l'Ordre des médecins. Au contraire, après quelques années de réflexion, le pape accepta la méthode en janvier 1956, bien qu'elle vînt d'un pays matérialiste. Et l'Assemblée nationale décréta en juillet 1956 le remboursement de six séances de préparation.

Dès lors, le succès fut assuré. A gauche, accoucheurs et parturientes se voyaient comme les pionniers d'un monde nouveau, où seraient refusées la souffrance inutile et la sexualité honteuse, où triompheraient la science et la libre volonté de l'individu. De leur côté, chrétiens et chrétiennes voyaient dans l'accouchement dit sans douleur une belle application de la morale personnaliste : humanisation des fonctions naturelles, dignité de l'effort et maîtrise de soi, valorisation de la condition féminine et de la maternité. Les psy, de leur côté, louaient la réconciliation de la femme avec son corps; ils approuvaient la constitution d'un « incomparable ensemble relationnel » unissant la femme à l'équipe de préparation, aux autres femmes enceintes, au père de l'enfant, et surtout à l'enfant lui-même, accueilli par tous dans la joie. Les liens anciens semblaient en voie de réparation. Il faut toutefois mentionner les différences locales : alors que la maternité de Jallieu (Isère) s'affirme comme pionnière, les médecins de Saint-Nazaire ont refusé l'ASD jusqu'à la fin des années 60, tant à la clinique qu'à l'hôpital¹.

La pédagogie a beaucoup évolué. Au début, elle consistait essentiellement à informer et à éduquer la femme enceinte : au cours de quelques séances, dirigées soit par un accoucheur, soit par un ou une psy, soit par une sage-femme (rivalités et conflits n'ont pas manqué entre spécialistes), on faisait visiter à la gestante les lieux où elle serait accueillie, en lui expliquant l'utilité des divers équipements; on lui enseignait sommairement l'anatomie et la physiologie de la grossesse et de l'accouchement; on lui expliquait comment devenir la « collaboratrice du médecin » (!) en coopérant efficacement aux diverses phases de l'accouchement, acte normalement indolore.

1. Dominique Loiseau, *Femmes et Militantisme, Saint-Nazaire et sa région 1930-1980. op. cit., p. 412-414.*

Certaines cliniques ajoutaient des exercices physiques de relaxation, de respiration, etc. C'était à qui sophistiquerait davantage pour mettre en valeur l'importance de la révolution qui s'accomplissait. Cours et exercices avaient lieu en groupe : les femmes enceintes faisaient connaissance et pouvaient échanger leurs impressions. Une psychologue, Claude Revault d'Allonnes, montre que les bienfaits s'étendent à toute la famille¹. La mère ose parler aux siens des phénomènes obstétricaux et même sexuels ; elle répond avec naturel aux questions des enfants. D'ailleurs, elle devient moins possessive à l'égard de sa progéniture, car elle apprend à vivre l'accouchement comme une séparation volontaire : dans certaines maternités on installe un miroir, face à la table d'accouchement. Le père, s'il a participé à la préparation, n'est plus écarté par l'équipe obstétricale, il trouve sa place. Bref, l'hygiène mentale est améliorée pour toute la famille.

A la gloire de ces innovations, un film de fiction : *Le cas du docteur Laurent*, fut réalisé en 1957-1958 par Jean-Paul Le Chanois avec des comédiens très populaires, Nicole Courcel et Jean Gabin. Mais les centres de préparation ont préféré des films plus documentaires, qui expliquaient la méthode en idéalisant ses résultats. Les plus utilisés ont été celui du docteur Chadeyron et celui du docteur Vellay. Ce dernier médecin a aussi composé un recueil de témoignages, et un ouvrage édité par *Elle*².

Bien des femmes en effet ont exprimé leur satisfaction. Mais en vérité, c'était rarement des primipares. Chacune sait que le deuxième enfant « passe » presque toujours mieux... Tout compte fait, l'indolorisation était rarement au rendez-vous. D'ailleurs, en dépit d'observations sophistiquées, per

1. Cf. Claude Revault d'Allonnes, « L'accouchement sans douleur », *École des parents*, mars 1960, p. 17-24. Du même auteur, « Une pré-enquête sur l'ASD », *Revue française de sociologie* n° 1, 1960. Je remercie vivement Claude Revault d'Allonnes qui m'a aidée de ses précieux conseils.

2. Cf. P. Vellay et A. Vellay, *Témoignages sur l'accouchement par la méthode psychoprophylactique*, Seuil, 1956 ; et P. Vellay, *L'accouchement sans douleur ?*, *Elle-encyclopédie*, Fayard, 1960.

sonne ne savait mesurer l'intensité de la douleur¹. Trop souvent la coordination manquait : préparée par une équipe amicale, la future mère retrouvait au moment d'accoucher une autre équipe, froidement technique. Celles qui arrivaient joyeuses, pleines d'illusions, éprouvaient de cruelles surprises et gardaient rancune. L'ASD eut aussi quelques effets pervers. Sous prétexte qu'une parturiente était « préparée », les soignants la laissaient seule pendant la phase de dilatation, si souvent longue et pénible : seule avec ses douleurs et son angoisse. Si elle se plaignait, si elle appelait, on lui criait de loin : « Mais enfin vous avez appris à accoucher, oui ou non ? Faites ce qu'on vous a appris ! Respirez ! Parlez à votre bébé ! Vivez votre accouchement ! Et taisez-vous. J'ai autre chose à faire que de vous tenir la main ! » Si bien que les mieux préparées étaient parfois les moins assistées. Bientôt dénoncé comme une escroquerie², l'ASD perdit peu à peu son prestige à la fin des années 60.

La femelle humaine était décidément moins docile que le chien de Pavlov. Peut-être faudrait-il admettre une explication finaliste de ces douleurs opiniâtres. Si la femme ne souffrait pas, elle accoucherait seule, sans appeler à l'aide : or le petit d'homme est très fragile, il a besoin d'être accueilli et soigné dès les premiers instants ; autour de sa naissance, les gémissements de sa mère attirent des secours.

En dépit de ce demi-échec, les effets positifs de l'ASD ont été considérables. Le plus immédiat, ce fut l'apaisement des salles de travail. Les parturientes préparées étaient dans l'ensemble plus calmes, plus confiantes.

Un second résultat notable fut l'entrée des psy. Au cours des préparations, ils ont vite perçu l'angoisse profonde qui aggravait la douleur physique et compliquait l'accouchement ; pour atténuer cette angoisse il fallait en connaître les racines, remonter à l'inconscient. D'où une attention toute nouvelle accordée à la femme qui enfante, à l'expérience singulière

1. Claude Revault d'Allonnes, *Le mal joli*, Union générale d'éditions 1976. Deuxième édition, Plon, 1991. Cet auteur essaie de construire un « schéma d'analgésie ».

2. Voir Marie-José Jaubert, *Les bateleurs du mal joli*, Balland, 1979.

qu'elle traverse, à la transformation de sa personnalité, à la manière dont elle investit – ou non – son bébé. Mais le résultat le plus important, ce fut une réelle poussée d'émancipation. En effet, chaque femme était invitée, non seulement à savoir et à comprendre, mais aussi à ne plus *subir* l'accouchement, à *y participer* de manière active et volontaire : à s'accoucher elle-même. Ainsi était posée devant l'opinion publique une revendication nouvelle de liberté et de responsabilité féminines. La demande de contraception devenait plus facile à formuler. C'est Andrée Lagroua Weill-Hallé qui le dit : l'accouchement sans douleur est tout proche du contrôle des naissances¹.

L'EMPRISE MÉDICALE : LES SOINS AUX ENFANTS, PRINCIPES ET RÉALITÉS

Au moment de sa création, en novembre 1945, la Protection maternelle et infantile (PMI) fut présentée comme « une mesure de salut public ». En effet, le taux de mortalité infantile ne cessait de croître : 78 % en 1944, 110 % en 1945. Les bébés étaient mal nourris. Les restrictions et les pénuries de toutes sortes avaient affaibli les mères qui allaitaient peu et mal ; le lait animal manquait, et il était trop souvent de mauvaise qualité ; les nourrissons souffraient de diarrhée, de gastro-entérite ; fragilisés, ils se défendaient mal contre les maladies infectieuses : diphtérie, rougeole, coqueluche. La tuberculose progressait. Un nouveau système de protection fut alors conçu, avec passion, par de véritables apôtres. Les « puériculteurs » – c'est ainsi qu'ils se nomment eux-mêmes – sont hommes d'action autant qu'hommes de science : professeurs de médecine (Robert Debré, Henri Roueche, Émile Lesné, I. Huber), ils ont l'appui d'Alfred Sauvy, démographe

1. Communication au 5^e congrès de la Société française de psychoprophylaxie obstétricale, Strasbourg, mai 1963. Voir aussi le plaidoyer d'Évelyne Sullerot, *La vie des femmes*, Gonthier, 1965, p. 62-65.

militant, et de Pierre Laroque, grand organisateur de la Sécurité sociale. Leur énergie est mise au service d'une haute ambition nationale : conserver en bonne santé *tous* les enfants de France, depuis la conception jusqu'à la fin de l'obligation scolaire. D'où le caractère très élaboré des nouvelles institutions : l'ordonnance du 2 novembre 1945 fut une véritable charte de la protection maternelle et infantile¹. Elle imposait dans chaque circonscription territoriale l'ouverture d'un centre de consultations gratuites et obligatoires, pour les mères (consultations pré et post-natales) et pour les enfants du premier et du deuxième âge.

Malheureusement, les pouvoirs publics ont reculé devant la dépense. Le plan Monnet de modernisation et d'équipement qui, de 1947 à 1952, sélectionnait les objectifs prioritaires, a privilégié la relance industrielle plutôt que la PMI. Les investissements sont restés modestes, le personnel insuffisant ; des décalages déplorables sont apparus entre régions, entre les zones urbaines et les zones rurales. Un nouveau décret, en juillet 1962, a permis d'améliorer la situation. Mais le contraste restait choquant entre l'éloquence des discours² et la modestie des réalisations. En dépit de la valeur des enfants, proclamée à tous les échos, la PMI est demeurée la parente pauvre du service public.

Nouveaux partenaires

Son objectif – réduire la mortalité infantile – impliquait la prise en charge des populations à risques, c'est-à-dire démunies. De nouveaux corps professionnels furent créés à cette fin. Chaque secteur de PMI (des secteurs de 6 000 à 9 000 habitants) fut confié à une assistante sociale « polyvalente ». Cette assistante, informée (par l'état civil) d'une naissance

1. Alain Norvez, *De la naissance à l'école. Santé, modes de garde et préscolarité dans la France contemporaine*, Puf, et Ined, Cahier n° 126, 1990.

2. De puissantes associations comme la Croix-Rouge, l'Unaf, le Centre international de l'enfance, relayées par la presse et la radio, animaient de grandes manifestations : Mois de l'enfance, Assises nationales de l'enfance, Semaine nationale de l'enfance, etc. (cf. Alain Norvez, *op. cit.*).

dans son secteur, devait effectuer une visite à domicile, dès que la mère et l'enfant étaient sortis de clinique. Cette visite restait unique si la visiteuse estimait l'enfant en bonne santé et en bonnes mains ; sinon, le service social devait dépêcher une puéricultrice. Le diplôme d'État de puéricultrice, créé en 1947, sanctionnait trois années d'études dans des écoles agrées. Mais en réalité les premières diplômées ont servi surtout dans les hôpitaux et les maternités : en 1961, il n'y avait encore pour toute la France que 77 puéricultrices chargées de surveiller les nourrissons à domicile.

Les véritables interlocutrices des mères modestes furent donc les assistantes sociales : la clé de voûte de la PMI, c'était le service social. Pour lui, un gros effort a été accompli : en 1951, déjà 4 450 assistantes travaillaient dans ce secteur. Leur mission était fort délicate : entrer dans les familles et les suivre ; renseigner le médecin sur les conditions de vie de chaque enfant examiné, veiller ensuite au respect des prescriptions et aux vaccinations, tenir à jour le carnet de santé ; éclairer la mère sur le véritable intérêt de l'enfant, l'inciter sans la contraindre, la faire évoluer dans la bonne direction ; combattre éventuellement l'influence des grand-mères et des voisines. Travail de patience au service d'une discrète normalisation. Les assistantes sociales ont joué le rôle d'intermédiaires culturels¹.

Quelques témoignages évoquent les difficultés qu'elles ont rencontrées. Les assistantes de la Mutualité sociale agricole qui, à la fin des années 40, parcouraient les campagnes (à vélo car les autos coûtaient trop cher), étaient assez souvent mal reçues, dans des logis d'une rusticité ancestrale, par des femmes qui ignoraient leurs droits et refusaient parfois d'y croire. Mais pendant l'occupation, beaucoup de paysans s'étaient enrichis ; leurs épouses commençaient à réclamer l'équipement et la modernisation de leur habitation. En même temps, la Jeunesse agricole chrétienne féminine

1. Cf. *Nous les assistantes sociales*. Témoignages présentés par Yvonne Knibiehler, Aubier, 1980. Voir aussi Roger-Henri Guerrand et Marie-Antoinette Rupp, *Breve histoire du service social en France*, Toulouse, Privat, 1978.

(JACF) encourageait les jeunes mères à faire passer les soins aux enfants avant le travail agricole. Au cours des années 50, l'après-guerre étant dépassé, les différences entre rurales et citadines se sont effacées de plus en plus vite. Au seuil des années 60, tous les observateurs sont frappés par le changement¹ : les paysannes lisent *Elle*, conduisent leur voiture, vont souvent en ville, suivent des stages sur l'accouchement sans douleur et des formations professionnelles.

En milieu ouvrier, les militantes familiales se plaignaient de ces assistantes, trop directives, trop autoritaires, bourgeoises arrogantes ou fonctionnaires à dossier, qui se permettaient de juger et de critiquer une mère de famille sans tenir compte de ses difficultés. Les visites à domicile à l'improviste étaient vécues comme une ingérence insupportable. Les consultations de nourrissons étaient mal organisées : attente trop longue, promiscuité malsaine, impression d'être traitée en numéro matricule². Dans un HLM de Villiers-le-Bel, la consultation avait lieu (au début des années 50) dans un camion ambulancier : les mères faisaient la queue dehors avec leur enfant malade...

A partir de 1952, les assistantes sociales ont été formées au *case work*, méthode américaine qui met l'accent sur le respect de l'autre. Elles ont recherché l'aide, « la supervision », de leurs aînées, plus expérimentées ; elles ont aussi consulté des spécialistes en sciences humaines, au premier rang desquels les Parisiennes citent la pédopsychiatre Myriam David, ainsi que les sociologues Paul-Henri Chombart de Lauwe et Gilbert Mury. Ces influences ont fait reculer le moralisme et la directivité. Les visites à domicile sont devenues plus rares et moins inquisitrices. Les centres sociaux qui abritaient une consultation de PMI ont fonctionné comme lieux de ren-

1. Marie Moscovici, « Les paysannes et la modernisation », *La Nef*, oct.-déc., 1960, p. 65-73. Henri Mendras, *Sociologie de la campagne française*, Puf, 1960. Voir aussi *Histoire de la France rurale*, sous la direction de Georges Duby et Armand Vallon, t. IV, Seuil, 1976, p. 263-274.

2. Voir le congrès organisé par la Fédération des familles de France (FFF) à Fontainebleau en 1956. Les *Actes* ont été publiés dans le périodique *Action familiale* n° 24, décembre 1956. Sur les militantes familiales de milieu populaire, voir chapitre suivant.

contre, où les femmes venaient parler d'elles-mêmes, notamment s'informer en matière de contraception, bien avant que la loi le permette.

La PMI a donc augmenté le nombre des spécialistes de la petite enfance, femmes habilitées à surveiller et à conseiller les mères. Grâce à elles, la médicalisation du maternage progressait à pas de géant. La culture savante parvenait-elle à convertir les femmes des milieux populaires? Les ethnologues (Françoise Loux, Luc Boltanski¹) ont montré que la docilité des jeunes mères n'avait rien de passif. Elles ne rompaient pas avec la culture traditionnelle de leur milieu, elles y intégraient les nouvelles modes, en les interprétant, en les adaptant, pour maintenir une cohérence symbolique. Les comportements maternels conservent toujours une part irréductible d'autonomie et de créativité personnelle.

Les mères appartenant aux couches sociales moyennes et supérieures ne recouraient pas à la PMI : elles consultaient leur médecin, de plus en plus souvent. « Le médecin de famille, c'est le second père de l'enfant et le second mari de la mère », dit l'un d'eux en plaisantant à peine. A côté du médecin de famille, le pédiatre commence à s'imposer.

En tout cas, la vigilance accrue du corps médical et des pouvoirs publics donne de plus en plus d'importance au petit enfant, donc à sa mère, qui peut se croire autorisée à toutes les exigences.

L'évolution des normes

Est-ce une simple coïncidence? Vers la fin du baby-boom, les pratiques de puériculture se transforment : les normes pasteurienne deviennent moins rigides, le plaisir de pouponner s'exprime plus librement ; mais le changement des modes de vie, les progrès de la société de consommation imposent de nouvelles servitudes.

1. Cf. Luc Boltanski, *Prime éducation et Morale de classe*, La Haye, Mouton, 1969. Françoise Loux, *Traditions et Soins d'aujourd'hui*, *op. cit.*

Les normes de puériculture, on les trouve dans les dictionnaires et les encyclopédies, dans les programmes d'enseignement (ceux des écoles de puériculture, ceux des classes de troisième de l'enseignement secondaire), et aussi dans de nombreux manuels, guides et conseils : au moins trente titres publiés entre 1940 et 1970¹, ouvrages rédigés ou cautionnés par des médecins. Trois méritent une mention spéciale. D'abord, la brochure éditée pour les organismes de Sécurité sociale en 1952 : elle a un caractère officiel ; remise à jour et rééditée plusieurs fois, elle est distribuée gratuitement aux jeunes mères : c'est le catéchisme de base². Ensuite, *J'attends un enfant* de Laurence Pernoud³. Ce livre est nouveau. D'abord parce que celle qui l'a écrit n'est ni médecin ni sage-femme. Ce n'est pas du haut de sa compétence qu'elle s'adresse aux femmes, mais simplement pour faire partager son expérience personnelle : ce qu'elle a appris étant enceinte, toute femme peut et même *doit* le savoir pour que son corps lui appartienne. Une autre nouveauté consiste à traiter de la grossesse du point de vue de la mère. Le narcissisme féminin s'étale ici sans complexe, légitimé par le baby-boom, et sans doute aussi par la préparation à l'accouchement. La grossesse n'est plus tabou, même si les vêtements doivent encore la dissimuler.

Tout le monde connaît le célèbre ouvrage du docteur Spock, un des tout premiers best-sellers dans ce domaine⁴. Traduit en français en 1960, il a marqué un seuil. Avant lui, la rigueur pasteurienne conserve encore toute sa force ; après lui, elle s'adoucit.

Les manuels les plus anciens (années 40 et 50) étaient

1. Une analyse minutieuse de cette littérature a été réalisée par Geneviève Delaisi de Parseval et Suzanne Lallemand, *L'art d'accueillir les bébés. Cent ans de recettes françaises de puériculture*, Seuil, 1980. On trouve là une importante liste d'ouvrages. Ce livre présente aussi une réflexion théorique tout à fait caractéristique de la génération du refus.

2. *L'enfant du premier âge, de la conception à la naissance et les deux premières années*, 1^{re} édition 1952. Préface du président de l'Académie de médecine. L'ouvrage contient une abondante publicité.

3. Horay, 1956.

4. Docteur B. Spock, *Comment soigner et éduquer son enfant*, Verviers, Gérard et Cie, 1960. Rééditions chez Marabout, 1967, 1972.

souvent autoritaires, comminatoires : « Il faut... » « Vous devez... » Ils diffusaient des références précises : courbes de poids et de taille, âges pour la dentition, la marche, la propreté ; autant de repères invitant fermement les mères à consulter si leur enfant n'était pas conforme. Les auteurs, hantés par la mortalité infantile, s'adressaient à des masses supposées ignorantes et rétives. Le bébé apparaissait comme un être fragile et malléable qu'il fallait protéger des maladies et dresser au plus tôt à de bonnes habitudes. Au seuil des années 60, la forme s'adoucit : « Vous pourriez... » « On conseille... » Les courbes sont remplacées par des bandes. Comme le déclin démographique semble alors conjuré, les médecins peuvent rendre aux mères plus de liberté et de sérénité. D'ailleurs, il ne s'agit plus de discipliner des bataillons ignares, mais de conseiller amicalement des personnes dociles. Bébé, de son côté, déploie une séduction irrésistible et maman exécute ses tâches dans la jubilation. Ce que confirment des illustrations photographiques, de plus en plus nombreuses, de plus en plus charmeuses. L'euphorie s'ins-talle. La maternité n'est plus une suite d'obligations, c'est une source de joie.

Au quotidien qu'est-ce qui change ? De nouveaux rituels s'imposent aisément et définitivement : le bain, la promenade au jardin public.

Par contre, des conflits éclatent dans les familles à propos de la sucette, à propos du dressage sphinctérien. Les mères qui ont intériorisé les consignes pasteurienne ne veulent pas de sucette. Si bébé suce ses doigts, elles enferment ses mains dans les manches de sa brassière et le laissent hurler, parfois à leur cœur défendant : elles croient devoir refuser tout plaisir inutile, de crainte de rendre l'enfant exigeant et capricieux. Mais le bon docteur Spock réhabilite la sucette, qui console le petit d'être seul dans son berceau. L'éducation à la propreté avait été aussi une des plus fermes exigences de la puériculture pasteurienne. Mais elle a fait l'objet d'une interprétation psychanalytique dévalorisante (la fixation anale est un facteur de névrose). Et surtout, on s'est aperçu que bébé n'est jamais propre avant deux ans, même si on le tient au-

dessus du pot dès l'âge de trois mois. D'ailleurs, les couches jetables apparaissent durant les années 60. Auparavant, il fallait décoller à la main, sous le robinet, les selles adhérant aux langes ; les « bonnes mères » auraient craint de se déconsidérer en avouant leur répugnance. Mais dans les milieux riches, la maman la plus tendre ne torche presque jamais elle-même. Et les couches jetables ont connu un succès immédiat.

Autre débat : faut-il habiller bébé à la mode française ou à la mode anglaise ? La mode anglaise libère les jambes, vêtues de culottes, pantalons, grenouillères. La mode française conserve le maillotage : fixés au tronc par des bandes de tissu, le lange et le molleton empaquetent les jambes pour que l'enfant puisse bouger sans avoir froid ; le haut du corps est couvert par des brassières superposées (chemise de toile fine et tricot de laine). Les manuels des années 50 décrivent encore les quelque 80 ou 90 pièces que comporte une layette digne de ce nom. La maman est supposée prendre plaisir à les fabriquer elle-même, en achetant les matériaux avec l'argent des allocations prénatales.

Le maillot français a résisté jusqu'au milieu des années 60, peut-être à cause des mauvaises conditions de chauffage. Ensuite, le tricot extensible (Babygros) a donné l'avantage à la mode anglaise. Des trousseaux complets ont été présentés tout faits sur catalogue. La « mode bébé » submergeait les traditions ; elle n'a pas tardé à devenir aussi tyrannique et dispendieuse que la mode adulte.

Pour ce qui est de l'alimentation, les nouvelles règles s'organisent en fonction des modes de vie et des savoirs en diététique infantile. Ainsi l'allaitement au sein, pour celles qui le souhaitent, dure rarement plus de trois à cinq mois : le temps du congé de maternité. Au-delà, les aliments sont diversifiés de plus en plus tôt. Le menu pasteurien ne comportait guère que lait et Blédine jusqu'à un an ; on y ajoutait des jus de fruits dès les années 30. Pendant les années 50, le jaune d'œuf, le poisson blanc, la viande sont proposés au bébé de huit à dix mois ; vers 1965, le bébé de quatre mois y a droit lui aussi. Ce n'est plus pour l'habituer à « manger de tout », mais pour faciliter la transition du sevrage, surtout si bébé est au sein.

Maman loue ou achète les ustensiles accompagnant le biberon : stérilisateur, chauffe-biberon, tétines diverses. Elle achète des robots électriques pour hacher, mixer, presser les jus de fruits. Et comment résisterait-elle aux innombrables gadgets qui envahissent les étalages : assiettes chauffantes, tasse en biseau, anneau de dentition, thermomètre canard, mallette garnie pour les déplacements, meubles adorables pour la chambre d'enfant... Abel Bretonneau, dans *Le mari-moine*¹, assiste, fasciné, à la transformation de Mariette, son épouse, envahie, dévorée par les soins maternels. A cette époque encore (fin des années 50), papa reste réduit à l'état de spectateur : il est dit-on trop maladroit pour manipuler un bébé, il trouve les odeurs infantiles plutôt répugnantes, il est jaloux quand sa femme allaite.

Le deuxième ouvrage de Laurence Pernoud, *J'éleve mon enfant*², autre best-seller publié à la fin du baby-boom (1965), laisse voir les tendances de la nouvelle puériculture : la psychologie s'insinue. On prend en compte le développement psychique autant que le développement physique du tout-petit : on se met à l'écoute de ses besoins, de ses désirs, de ses progrès. La prime éducation s'en trouve dédramatisée, on l'a vu pour la sucette et pour le pot. La relation maman-bébé se libère de toute sévérité, au profit de la tendresse ; et ce bonheur-là, le père pourra s'y associer. Mais en contrepartie, la présence, la vigilance, le dévouement de la mère paraissent plus nécessaires que jamais.

L'AVANCÉE DES PSY

Pendant le baby-boom, la recherche « psy » concernant la relation mère-enfant a connu un renouvellement remar-

1. Hervé Bazin, *Le mari-moine*, Seuil, 1967. C'est un roman, les personnages sont fictifs, mais nourris d'éléments autobiographiques. Les lectrices s'y reconnaissent.

2. Les deux ouvrages de Laurence Pernoud, constamment remis à jour

quable. Sous l'influence de l'empirisme anglo-saxon, chercheurs scientifiques et cliniciens, parmi lesquels de nombreuses femmes, étendent leurs méthodes d'investigation. Au lieu de reconstituer le développement psychique du petit enfant à partir de la psychanalyse des adultes (ainsi procédait Freud), ils recourent à l'observation directe et à l'expérimentation. Ils en tirent une définition assez astreignante du rôle maternel : la mère, souvent malaisante, est pourtant absolument indispensable, affirment-ils.

L'amour maternel

Hélène Deutsch haïssait sa mère, elle éprouva quelques difficultés au moment d'être mère elle-même. Elle a voulu devenir psychiatre et psychanalyste pour tenter d'élucider cette pénible relation¹. Son livre pionnier, intitulé *La psychologie des femmes*², est centré sur la maternité : relation de la fille à sa mère dans le tome I, relation de la mère à son enfant dans le tome II. Il est nourri de très nombreux exemples que l'auteur puise surtout dans son expérience clinique, parfois dans la littérature (Balzac, Tolstoï, George Sand). Est mise en valeur l'extrême complexité de l'esprit maternel, expression préférée à amour maternel, sans doute pour prendre en compte l'ambivalence. Parmi les composantes des émotions maternelles, les unes dépendent des conditions immédiates : situation économique et milieu social, rapports avec le père de l'enfant. D'autres, plus profondes, se sont formées pendant l'enfance : événements traumatisants, relations avec les frères et sœurs, avec les parents, et, par-dessus tout, relation mal résolue avec la mère, sentiment de culpabilité vis-à-vis d'elle. D'autres encore, souvent insaisissables, gisent dans l'inconscient. Il s'ensuit que l'esprit maternel est souvent pétri

et réédités, ont été traduits en plus de vingt langues, et leur succès n'est pas épuisé.

1. Janet Sayers, *Les mères de la psychanalyse. Hélène Deutsch, Karen Horney, Anna Freud, Melanie Klein*. Traduction française, Puf, 1995.

2. Traduction française Puf, 1945.