



HAL
open science

Naissance et rite de passage

Bernadette Tillard

► **To cite this version:**

| Bernadette Tillard. Naissance et rite de passage. 2012. hal-01955423

HAL Id: hal-01955423

<https://hal.univ-lille.fr/hal-01955423v1>

Preprint submitted on 14 Dec 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Naissance et rite de passage ?

Bernadette TILLARD, Professeure de sociologie, CLERSÉ, Université de Lille1.

Avertissement aux lecteurs et lectrices

Ce texte est un document de travail préalable à une publication plus aboutie en italien :

Tillard, B., (2013) « La nascita come rito di passaggio ? ». In Cadei L., Simeone D. (dir.) *L'attesa. un tempo per nascere genitori*, Roma, Unicopli, pp. 15-32.

Introduction

Les conditions de la naissance ont considérablement changé durant le XX^e siècle. La mortalité maternelle a diminué de même que la mortalité périnatale (Rollet-Echalier, 1990). Cette diminution du risque vital à l'occasion de la naissance s'est accompagnée d'une médicalisation de la naissance qui en France s'est traduite par un changement fondamental. Autrefois l'accouchement avait lieu dans l'univers domestique, entouré des proches et des compétences de la femme-qui-aide, de la sage-femme ou du médecin de famille selon l'époque et selon les situations (Verdier 1979 ; Loux, 1990). Aujourd'hui elle se produit pour tous dans l'univers hospitalier au bloc obstétrical, lieu dont le niveau de technicité varie selon les risques évalués durant le suivi médical de la grossesse. Dans l'enceinte ultime du bloc obstétrical, une personne peut accompagner la femme enceinte, le plus souvent il s'agit du père depuis les années 70.

Si l'accouchement à la maison s'accompagnait d'une ritualisation de la naissance depuis les premières douleurs jusqu'au sevrage de l'enfant, qu'en est-il des rites contemporains autour de la naissance en milieu hospitalier ? Peut-on considérer que la médicalisation de la naissance constitue une nouvelle forme de rite de passage ? Pour la mère ? Pour l'enfant ? Pour le père ? Pour tenter de répondre à cette question, la première partie de ce chapitre va s'attacher à définir les rites et plus particulièrement les rites de Passage et leurs caractéristiques. Ensuite, dans une seconde partie, nous examinerons les conditions de la naissance au regard de ces définitions afin de déceler l'existence d'une ritualisation persistante sous le manteau scientifique et technique.

Le contexte de la naissance en France

Comme le souligne les historiens de la naissance en France, la question en 1875 n'était pas celle de la médicalisation. Au contraire, face au taux de mortalité plus élevé dans les maternités que dans les lieux de proximité comme les maisons communales de naissance ou le domicile, les autorités sanitaires se demandaient s'il ne fallait pas supprimer les maternités pour mieux protéger femme et enfant (Beauvalet-Boutourye, 1999). Les découvertes de Sommelweiss sur le rôle des médecins dans la dissémination des germes de la salle de dissection (où les leçons d'anatomie se tenaient) à la salle de soins, puis celles de Pasteur (1875) ont contribué à imposer les pratiques nouvelles d'asepsie. Dès lors, avec la diminution des maladies engendrées par l'hospitalisation, la question du lieu d'accouchement s'est présentée sous un autre jour. Au début du XXe siècle, l'hôpital abritait majoritairement les grossesses non désirées. Après la seconde guerre mondiale une femme sur deux accouchait en milieu hospitalier, puis petit à petit, ce sont quasiment toutes les femmes qui s'y sont rendues, rejoignant secondairement la maternité quand l'accouchement survenait inopinément à domicile ou sur le trajet. La surveillance de la manière dont le fœtus supporte les contractions utérines, les césariennes en cas de souffrance fœtale ou de difficulté d'expulsion, la surveillance des hémorragies de la délivrance ont été autant de points qui ont permis l'amélioration des indicateurs épidémiologiques et qui ont contribué à asseoir l'évidence d'une médicalisation importante et tout son cortège de mise en scène auquel se plient les parents.

Méthodologie

L'objectif de cette recherche ethnographique était de décrire comment les familles d'un quartier populaire de la ville de Lille préparaient l'arrivée de l'enfant de sa conception au retour à domicile après le séjour en maternité dans une perspective d'une anthropologie de la naissance (Belmont, 1989) appliquée à un terrain proche. L'étude a porté sur soixante-quinze femmes interviewées à trois moments différents : durant la grossesse, pendant le séjour en service de suites de couches, puis à domicile trois mois plus tard (Tillard, 2002). Après le travail de DEA achevé en 1993, ces rencontres se sont déroulées en plusieurs phases de 1995 à 1999. Les différents moments de ces rencontres ont permis de créer des occasions d'observation participante, tant au domicile des familles qu'en milieu hospitalier où elles étaient rencontrées pendant la grossesse et en service de suites de couche. Avec deux d'entre elles, des relations ont été établies de manière plus durable. Elles se sont poursuivies au-delà de ces trois rencontres, permettant de prolonger un

dialogue avec un petit nombre d'informatrices privilégiées et de leur entourage. Si le terrain permettait d'aborder de nombreuses questions relatives au mode de vie l'exploration ethnographique portait essentiellement sur deux axes :

- la conjugaison entre la préparation familiale de la naissance et son suivi médico-social (Tillard, 2002, 2004, 2005)

- la préparation de la naissance et l'accueil de l'enfant en rapport avec la nomination de l'enfant. (Tillard, 2001, 2002).

Deux points caractérisent les parents de notre étude et les différencient de la situation moyenne observable chez les parents donnant naissance à un enfant en France : la précarité économique et le jeune âge de la mère au moment de la naissance du premier enfant. (Tillard, 2007).

Les réflexions développées dans ce texte doivent également beaucoup aux contacts directs avec les étudiant(e)s sage-femmes durant les années où j'assurais auprès d'eux les cours d'anthropologie de la naissance, aux discussions avec leurs formatrices, au tutorat des travaux d'étudiant(e)s cadres de santé, ainsi qu'aux rencontres qui m'ont permises de la présentation des premières étapes de ces réflexions'.

Approche socio-anthropologique du rite

Rite

Pour Daniel Arsenault, le rite est un « Système codifié de pratiques, de savoirs et d'objets, qui relève d'un domaine de la vie sociale que l'on peut associer soit au sacré et à "l'extra-ordinaire", soit au "religieux", soit à tout cela à la fois, selon les contextes. » (Arsenault, 1999). Cette définition qui prend en compte la dimension du « sacré » est aujourd'hui moins parlante pour la plupart de nos concitoyens que celle de Jean Cazeneuve qui présente la composante du rite non vérifiable par l'expérience : « Le rite se présente alors comme une action conforme à un usage collectif et dont l'efficacité est, au moins en partie, d'ordre extra-empirique » (Cazeneuve, Encyclopédie universalis, article Rites). De même la notion de rite profane de Claude Rivière qui élude l'aspect religieux permet d'interroger des réalités diverses dont celles de l'univers médical : « *les rites sont toujours à considérer comme ensemble de conduites individuelles ou collectives, relativement codifiées, ayant un support corporel (verbal, gestuel, postural),*

¹ Je remercie particulièrement Jean-Philippe Cassar, Chiara Sità, Anne Dubos et Livia Cadeï.

à caractères plus ou moins répétitifs, à forte charge symbolique pour leurs acteurs et habituellement pour leurs témoins, fondé sur une adhésion mentale, éventuellement non conscientisée, à des valeurs relatives à des choix sociaux jugés importants, et dont l'efficacité attendue ne relève pas d'une logique purement empirique [...] Cette définition ne préjuge en rien du contenu des croyances, de la force des adhésions, des rythmes de reproduction des conduites, ni du degré de coloration mystérieuse, fascinante ou terrible, des valeurs donnant sens à la vie » (p. 11).

Les références partagées et la codification ancienne du rite rendent son enchaînement prévisible. « Le rite s'inscrit dans la vie sociale par le retour des circonstances appelant la répétition de son effectuation. » (Smith, 1991, p. 630). Il concerne notre vie sociale, même lorsqu'il se pratique individuellement. Le rite comprend donc un ensemble organisé de gestes et de paroles qui en engageant le corps, « se propose d'accomplir une tâche et de produire un effet en jouant de certaines pratiques pour capturer la pensée, mener ainsi à « y croire » plutôt qu'à en analyser le sens » (Smith, 1991, p. 630). Obéissant à des règles de déroulement fixées par la tradition, il se caractérise par une « procédure rituelle ». Cependant, sans cesse réactualisé par les circonstances de son effectuation, il varie et en cela se renouvelle à chaque « prestation rituelle ». En se répétant dans la vie de l'individu et dans l'histoire de la société, le rite confère aux événements, fussent-ils inattendus, inexplicables ou simplement déroutants, l'impression de s'intégrer dans un ensemble prévisible qui ne remet pas en cause l'ensemble de la communauté. Si l'individu est surpris, la collectivité gère selon des modalités rituelles. Face aux ruptures, à l'inattendu de nos vies individuelles, il propose un déroulement connu et en cela, il se propose de faire du continu avec du discontinu.

Se demander dans quelle mesure, la médicalisation de la naissance serait un nouveau rite de passage, c'est porter un regard particulier sur les pratiques médicales et tenter de discerner les pratiques obéissant à une logique rationnelle fondée sur l'expérience scientifique, de celles qui sous le masque de la routine cachent une face profane mais non rationnelle de l'activité médicale. S'interroger sur ce qui différencie d'une part une procédure de soin et d'autre part un acte rituel, c'est se demander quelles valeurs communes ou quelles nouvelles mythologies y sont à l'œuvre, c'est s'interroger sur la légitimité des acteurs-officiants impliqués dans ce nouveau rite.

Rite de passage

Excluant les rites saisonniers qui rythment notre vie sociale (fêtes de fin d'année, trêve estivale, etc.), Arnold Van Gennep considère que « la vie individuelle consiste en une succession d'étapes ». Il souligne que malgré la

variété des situations, la transition d'une étape à l'autre, est marquée par un rite de passage [...] dont « l'objet est identique : faire passer l'individu d'une situation déterminée à une autre situation tout aussi déterminée » (Arnold Van Gennep, 1909, p. 4). Naissance, initiation, mariage, funérailles... chacun de ces moments se situe à la charnière entre deux états. Cette transition confère à l'individu un statut confus. Ces individus franchissant une étape de leur vie sont perçus comme étant à la fois en danger et dangereux pour leur entourage. Aussi le rite s'articule-t-il autour d'un temps qui consiste à tenir à l'écart ces personnes dans des lieux appropriés aux passages. Il comprend trois phases ordonnées : la séparation ou phase pré-liminaire, la marge ou mise en l'écart ou phase liminaire, l'agrégation ou phase post-liminaire. « Etant donné, l'importance de ces passages, je crois légitime de distinguer une catégorie spéciale de Rites de Passage, lesquels se décomposent à l'analyse en Rites de séparation, Rites de marge et Rites d'agrégation. etc. » (Arnold Van Gennep, p.)

Faire l'hypothèse que la médicalisation de la naissance crée un nouveau rite de passage, c'est se demander dans quelle mesure les trois phases du rite sont respectés et toutes trois investies par les professionnels et les familles.

Du rite de passage au rite d'institution

Reprenant la notion de rite de passage, Pierre Bourdieu insiste sur deux points essentiels pour notre questionnement à propos de la naissance. Pour lui, la principale fonction du rite est avant tout de séparer ceux qui en font l'objet de ceux qui n'en font pas l'objet. Le service militaire qui séparait le destin des hommes et des femmes ou l'ordination des prêtres qui institue l'acteur principal des relations au divin, le distinguant des simples participants à l'office et l'obligeant à tenir son rang. « Instituer, assigner une essence, une compétence, c'est imposer un droit d'être qui est un devoir être (ou d'être). C'est signifier à quelqu'un ce qu'il est et lui signifier qu'il a à se conduire en conséquence » (p. 60)

D'autre part, il insiste sur le fait que la superposition des registres biologique et social tend à imposer le rite avec d'autant plus de force, à investir celui qui en est l' élu d'une plus grande légitimité. Ainsi en est-il des conduites maternelles auprès de l'enfant qui s'appuient sur la différence biologique entre les sexes et qui, à la manière des rites d'institution, peuvent être « assignées, imposées, comme des devoirs, à travers des renforcements, des encouragements et des rappels à l'ordre incessants » (p. 60)

D'une certaine façon se demander si la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement constitue un nouveau rite de passage, c'est aussi s'interroger sur

notre société qui tout en affirmant le statut paritaire des parents, peut néanmoins tenter des assignations particulières à l'égard de chacun des protagonistes, leur octroyant une place particulière dans la naissance et les soins aux nouveaux-nés.

Du rite de passage à l'épreuve rituelle

Dans un livre faisant dialoguer plusieurs disciplines (sciences de l'éducation, sociologie, éthique, sexologie) et s'interrogeant sur les rites de passage à l'adolescence, Denis Jeffrey revient sur la notion de rite de passage et examine la manière dont se fait le passage à l'âge adulte dans les sociétés contemporaines. Il se pose une question analogue à la nôtre : « Existe-t-il des expériences de vie, vécues au cours de la période juvénile, pouvant être traduites en termes de rite de passage ? » (Jeffrey, 2005, p. 49). A la notion de Rite de passage, il préfère celle d'épreuve rituelle. « *Pour acquérir une valeur rituelle, une épreuve doit répondre à deux conditions incontournables. La première concerne sa dimension symbolique.* » (p. 53). Celle-ci renvoie à la rencontre de situations et d'émotions fortes appelant à un dépassement à la fois physique et moral pouvant être rattaché à des figures et des histoires exemplaires. Les dimensions individuelle et subjective de l'épreuve font que sa nature est très variable. Dans tous les cas, le moment est l'occasion de faire « l'expérience éprouvante de la fragilité humaine » (p. 52) Par la seconde condition, l'auteur introduit la présence d'un adulte interlocuteur, révélateur et témoin de l'épreuve, en quelque sorte maïeuticien auprès du jeune : « *La seconde condition renvoie au désir fondamental de l'être humain d'être reconnu et accepté avec ses forces et malgré ses fragilités. L'épreuve initie au passage à la vie adulte lorsque des aînés, des passeurs, accordent une reconnaissance à un jeune.* » (p. 54).

Se demander si la médicalisation de la grossesse et de la naissance remplit les conditions d'une épreuve rituelle, c'est se demander si pour un certain nombre de jeunes femmes et de jeunes hommes, le fait de devenir parents n'est pas une voie pour passer à l'âge adulte. C'est aussi s'interroger sur la fonction soignante qui énonce les raisons de la souffrance et la situe dans le déroulement de l'accouchement, rappelant ainsi son sens.

Ayant dressé les grands traits des rites de passage tels qu'ils ont été élaborés à leur origine, puis ayant présenté les inflexions que certains auteurs leur ont apporté, nous allons maintenant nous demander à partir de l'observation ethnographique de la naissance en milieu hospitalier, quels sont les éléments qui évoquent l'existence d'un rite. D'autres ont déjà travaillé sur la proximité entre Rite et Soins (Bonnet & Pourchez, 2007). Nous nous situons dans une « ethnologie du présent » (Althabe, Fabre & Lenclud, 1992). Dans ce

cas, l'ethnologue est immergé dans la même société que ses sujets d'observation. Il participe au présent des scènes qu'il décrit et son extériorité doit être cultivée par les outils de la discipline. Il lui revient d'utiliser les moyens élaborés par ses pairs d'une part pour rendre étrange ce qui est familier, et d'autre part pour analyser son implication pour en faire un outil d'analyse. C'est ce que nous nous efforçons de faire, tirant profit d'une connaissance interne de l'activité médicale et point de vue externe de l'ethnologie.

Les conditions de la naissance médicalisée

Le déroulement des séquences suivies par la mère

L'organisation de la naissance à l'hôpital épouse le rythme à trois temps du rite de passage. Ceci est particulièrement manifeste lorsqu'on prend l'agenda maternel en exemple. En effet, la mère connaît au cours de la grossesse et de la naissance, une **séparation** progressive des activités ordinaires par arrêt de travail, la séparant de l'univers professionnel puis par le départ de la maison, le jour de l'accouchement, par son admission ultime au bloc obstétrical (le plus souvent accompagnée de son conjoint).

Le séjour en milieu hospitalier marque la période de **marge**, sorte de mise à l'écart de sa vie quotidienne, moment de protection et de surveillance intense. Le séjour au bloc obstétrical en constitue la phase centrale marquée par le seuil physique de l'expulsion du fœtus hors du corps maternel. Ensuite, le séjour en service de « suites de couche » au cours duquel c'est vers elle que ses proches viennent.

A l'issue de cette hospitalisation, la **réintégration** progressive dans les activités ordinaires commence par le retour à la maison, plus tard suivie par la reprise du travail.

Ce déroulement habituel souligne la chronologie respectée du rite de passage.

Le sentiment d'épreuve

A chaque naissance, une épreuve biologique se joue tant pour la mère que pour l'enfant. C'est cette épreuve vitale qui justifie aux yeux de la société, le suivi médical au cours de la grossesse et le séjour en milieu hospitalier.

Ce risque physique et vital se double du sentiment d'une épreuve personnelle qui se traduit particulièrement au travers de l'expérience de la douleur.

Les paroles à propos du moment où est ressentie la douleur conduisent à penser que celle-ci est inéluctable malgré les nouveaux moyens pour la soulager : ce qui est modifié c'est sa nature, son intensité et son moment de survenue, ce qui est constant c'est qu'elle est présente au moins à un des temps du déroulement de la naissance. Cette constatation est si nette que lorsque le dernier accouchement est peu douloureux, la femme rappelle les souffrances antérieures lors du précédent accouchement. Le rappel des douleurs antérieures semble remplir le rôle de cette inéluctable douleur. Dans un contexte où l'effort de suppression de la douleur dans le déroulement de l'accouchement est particulièrement soutenu, les « fausses contractions », contractions inefficaces d'un travail qui hésite à commencer, provoquent de « vraies douleurs » auxquelles les femmes trouvent que les soignants prêtent peu d'attention. Le terme même de « fausses contractions » leur renvoie une image en décalage avec leur perception. Certaines, anesthésiées pour les besoins de la réalisation d'une césarienne en urgence, expriment le caractère différé de la douleur en cas de césarienne : « Un accouchement, ça fait mal mais après on est tranquille. Une césarienne, on sent rien sur le coup mais après on déguste ! »

Au total, l'évocation de la douleur reste centrale dans les propos. Des expressions populaires comme « j'ai failli y passer » ou « j'ai cru que j'allais y rester » évoque l'association entre douleur et limite du supportable. Parfois, à l'occasion de l'analgésie, c'est la douleur « avant la pique » ou la peur mêlée à la douleur de la pique, ou encore les douleurs au moment de la délivrance du placenta qui permettent à la mère de faire valoir l'existence de la souffrance, malgré le travail de l'anesthésiste, comme si, malgré l'attention du personnel et les moyens mis à disposition, la douleur s'immisçait dans les interstices de temps.

Il ne faudrait pas voir cette épreuve liminaire uniquement du côté maternel. Les connaissances de l'obstétrique et de la néonatalogie nous permettent d'imaginer l'épreuve de l'enfant passant le cap de l'accouchement.

Du côté paternel, certains sont témoins de la douleur maternelle et cela peut être une véritable épreuve. Quand bien même l'analgésie soulage la mère de la souffrance, il reste que l'homme présent accepte de regarder le corps féminin sous un autre jour que celui de l'érotisme, cette transformation peut être également une épreuve pour lui.

Enfin, avec la présence de l'homme en salle de naissance, il nous faut aussi parler de l'expérience vécue par le couple. Quand la souffrance n'est pas maîtrisée par l'analgésie péridurale, que le travail se prolonge, que la peur de l'imminence du cap à franchir déstabilise la mère, il n'est pas rare que

l'accouchement se transforme en épreuve pour le couple. La femme qui souffre peut s'exprimer avec violence et se révéler sous un jour que le conjoint ne connaît pas. L'homme passant de longues heures au bloc obstétrical peut se sentir mal, quitter le bloc et y laisser sa conjointe accomplir seule le passage. Outre les interviews menées auprès des familles, ces constatations sont aussi celles recueillies auprès des sages-femmes qui expriment parfois cette incidence de l'événement sur le couple.

La limitation des déplacements de la mère et de l'enfant

Une fois l'accouchement terminé, la mère rejoint le service de « suites de couche » dans lequel, nous pouvons observer une limitation des déplacements. Ainsi, le texte ci-dessous correspond à une affiche posée entre les ascenseurs, s'adressant essentiellement à toutes les mères, mais certainement davantage aux mères souhaitant descendre à l'entrée de l'hôpital pour fumer une cigarette.

« Mesdames,

Votre bébé pourra être gardé en nurserie entre 15h et 16h30. En dehors de cette plage horaire, il n'est pas souhaitable que vous quittiez votre chambre. Si vous le faites, il est indispensable que vous preniez votre enfant, avec vous dans son berceau et que vous ne le quittiez à aucun moment. Sachez que dans ce cas, il est sous votre entière responsabilité. »

Pour l'anthropologue, cette affiche vient confirmer que la femme en période de post-partum se voit limitée dans ses mouvements. Cette restriction est une caractéristique de la situation de phase de marge des rites de passage. Car, outre la portée médico-légale que comporte peut-être cette consigne, implicitement, il semble que la réduction de mobilité de la mère est liée au maintien de la présence de la mère aux côtés de l'enfant. Ceci se traduit par une forme d'aménagement de cette contrainte : emmener le berceau en cas de sortie de la chambre. L'autre aménagement concerne la délégation de la surveillance de l'enfant au personnel de la nurserie.

Du côté des soignants, il semble néanmoins que s'ajoute le sentiment d'être à la disposition de tous les bébés mais non disponible pour un bébé précis. Être contrainte de rester de manière permanente à la nurserie auprès d'un seul enfant alors que le rôle de l'auxiliaire de puériculture consiste en un ensemble de tâches qui sont réalisées de chambre en chambre est mal accepté. Les contraintes dues aux effectifs de personnel sont mises en avant pour objecter qu'il n'est pas envisageable de maintenir une présence permanente en nurserie. Au-delà de ces pressions de charge de travail, le maintien d'une soignante en nurserie consisterait probablement, dans les représentations du personnel, à inverser les prérogatives des femmes en présence. Que l'enfant

soit gardé à la nurserie et voilà l'auxiliaire de puériculture qui ne peut plus en bouger, tandis que la femme peut à son gré, aller visiter une compagne, descendre prendre un café ou sortir fumer une cigarette.

D'une part, la femme en période de post-partum se repose, évite les déplacements et reste auprès de son enfant, d'autre part, à l'intérieur de la structure hospitalière, les soignants vont et viennent, se déplacent au chevet des parturientes qui restent dans leur chambre, exception faite de la mère se rendant en pédiatrie. La circulation des mères dans l'établissement tend donc à être réduite. Cependant, leurs déplacements sont encouragés en ce qui concerne leurs allées et venues entre le service obstétrical et le service de pédiatrie, en cas de transfert du nouveau-né. Cet objectif de proximité a été à la base de la construction de l'hôpital mère-enfant. Certes, ce sont les nécessités médicales qui ont prévalu dans les décisions de la construction, conformes au plan gouvernemental périnatalité (HCSP, 1994), mais la proximité physique entre la mère et l'enfant a également été prise en considération dans l'architecture du bâtiment.

Les réunions d'information et d'éducation maternelle ont lieu dans le service de suites de couches deux fois par semaine : l'une au deuxième étage, l'autre au troisième étage. Elles n'occasionnent donc pas de sortie du service mais le déplacement d'un étage à l'autre pour la moitié des participantes.

Le confinement limite la circulation, mais ne brise pas les liens grâce aux visites, certes, mais également grâce à l'accès à une ligne téléphonique. De plus, les habitudes télévisuelles sont respectées, voire même encouragées par le fait de garder la chambre. Pour certaines, la sensation d'enfermement motivera la « sortie contre avis médical ». Pour d'autres, après quelques jours d'hospitalisation, la peur initiale est vaincue et elles goûtent au plaisir de se reposer. La mère est donc ici, partiellement retirée de sa vie ordinaire. Les membres de son entourage viennent vers elle et vers l'enfant. Si les portes des chambres sont closes, aucune, cependant, ne ferme à clé. La limitation des mouvements se fait par le regard des soignants qui circulent de chambre en chambre et par les lieux de leur présence (salle de garde, salle de pause, bureau de la surveillante...) qui se situent en des points stratégiques, à la fois au cœur du service et à proximité des ascenseurs et des escaliers.

Cette limitation explicite des déplacements, s'accompagne également les restrictions implicites de l'activité sexuelle pendant le séjour en suites de couche. Autrefois, il existait une première cérémonie qui marquait la réintégration de la mère à l'église, les « relevailles », cependant que l'interdit sexuel était très étendu puisqu'il couvrait toute la période de l'allaitement, période dont le terme était également marqué par une cérémonie du sevrage.

L'attention ambivalente : protéger la mère, se protéger de la mère

La construction symbolique de cette période de marge est signifiée par des précautions qui évoquent celles prises ailleurs ou autrefois dans les rituels de naissance. Certes la femme ayant accouché bénéficie de soins dont l'objectif est de veiller à sa santé et à son rétablissement, mais elle est également l'objet de précautions particulières afin d'éviter la contamination de l'entourage, de l'environnement hospitalier et extra-hospitalier. C'est une protection réciproque qui est mise en place par ce dispositif médical à l'occasion de la naissance. Ainsi, les pertes de sang durant le séjour en maternité font l'objet d'attentions particulières du personnel soignant. Leur tarissement progressif va être le signe d'un organe féminin reprenant lentement sa taille d'utérus non gravide. La palpation abdominale à la recherche de cette régression est systématiquement effectuée. Dans cette activité clinique, il est question de la santé maternelle. De plus, les « garnitures » – que je ne qualifierais pas de périodiques étant donné ce moment particulier du post-partum – encore nommées « pansements vulvaires » que les femmes utilisent pour protéger le linge et la literie des pertes sanguines sont traitées à part. Elles sont considérées comme faisant partie des déchets hospitaliers contaminés. Ce détail est d'autant plus frappant que les serviettes périodiques du personnel féminin de la maternité sont traitées comme déchets « hôteliers » c'est-à-dire non contaminés. Considérant que ce type de déchets (serviettes du personnel féminin) est traité à domicile par le personnel comme toutes les ordures ménagères, il emprunte le même circuit d'élimination tandis que les motifs invoqués pour le traitement particulier des lochies sont d'une part l'abondance du sang et, d'autre part la présence éventuelle de germes pouvant être à l'origine d'infections nosocomiales.

S'il est commun de dire que le monde hospitalier prend soin de la mère et de l'enfant, cette observation montre que réciproquement l'hôpital protège son personnel et indirectement l'ensemble de la société du danger potentiel que représente la mère dans cette phase transitoire.

L'acquisition d'un nouveau statut

L'acquisition des statuts de nouveau-né, de père et de mère, n'est pas une réalité biologique. Elle se réalise dans l'acte d'Etat-civil de la reconnaissance de l'enfant. Les géniteurs deviennent père et mère, l'enfant acquiert une identité et un statut. Ceci constitue la seconde fonction parentale décrite par Esther Goody dans son livre *Parenthood and social reproduction. Fostering and occupational roles in West Africa* (1982)². Celle-ci identifie cinq

² Le terme "Parenthood" est celui qui a été traduit par l'anglicisme "parentalité"

rôles parentaux regroupés sous le terme parentalité. « *For the present the clear candidates for universal problems of social replacement appear to be: i. bearing and begetting, ii. endowment with civil and kinship status, iii., nurturance, iv. training and, v. sponsorship into adulthood* » (p. 8), c'est-à-dire : « a. Procréer et engendrer, b. Nommer et établir le statut de l'enfant dans la société civile et la parenté, c. Remplir un ensemble de tâches quotidiennes (élever, nourrir et protéger), d. Assurer une formation, e. Être tuteur de l'enfant jusqu'à l'âge adulte (droits, devoirs, responsabilité) »

Si la surveillance de la grossesse et accouchement relève du point a, dans nos sociétés, la déclaration à l'Etat-civil et la nomination de l'enfant prennent en compte le point b. Lors de la naissance du premier-né d'un homme et/ou d'une femme, les nouveaux statuts de père et/ou mère viennent s'ajouter à ceux antérieurement acquis. Pour l'enfant, il s'agit d'établir son identité et sa filiation. L'établissement de la filiation conformément à la loi transforme la naissance biologique en naissance sociale, transforme les géniteurs en parents. L'expérience physique de la grossesse et de l'accouchement ne peut à elle-seule transformer la femme en mère. En France, la possibilité de « naissance sous X », c'est-à-dire de non reconnaissance de l'enfant par la mère souligne cette distinction entre accoucher et devenir mère.

Durant mon observation, la maternité a déménagé et un bureau d'Etat-civil a été créé au sein même de la maternité. Ce point souligne le rôle de la structure hospitalière dans les procédures civiles. D'un certain sens Le médical « mange » le civil. Disons plus conventionnellement que le champ médical englobe le champ civil, et ce faisant transforme les rôles parentaux. En effet, dans la précédente maternité, c'était le père qui déclarait la naissance se rendant seul à la Mairie. Aujourd'hui, le père a perdu cette prérogative. Les parents déclarent l'enfant durant le séjour à la maternité, le plus souvent ensemble.

Des professionnels investis d'un rôle social

Depuis la fin du XIXe siècle, les politiques sociales à l'égard de la petite enfance ont été très importantes. En 1945, cette implication s'est traduite par la création du service de Protection Maternelle et Infantile qui assure un suivi de la grossesse et de la petite enfance, s'assurant du suivi médical, puis de la capacité des parents à satisfaire les besoins élémentaires de l'enfant jusqu'à l'âge de 5 (?) ans. Durant cette recherche, le service de PMI travaillait en collaboration avec les services médicaux. Ces liens étroits étaient facilités par l'existence d'une antenne de la PMI au sein de la structure hospitalière. Les assistantes de service sociale y visitaient les mères à la demande des services territoriaux, mais aussi à la demande des soignants leur signalant les

grossesses non suivies ou les difficultés diverses dont ils pouvaient être avertis à l'occasion des visites médicales.

Parallèlement, les différents plans périnatalité qui en France fixent les objectifs sanitaires à atteindre, les structures et les moyens à mettre en œuvre attribuent des rôles aux soignants quant aux questions de parentalité. Ce point montre que l'enjeu de la naissance médicalisée ne peut pas être résumé à l'objectif de préserver la vie de la mère et de favoriser la naissance d'enfants en bonne santé. Par-delà le rôle biologique et médical qui leur est officiellement reconnu par tous, des rôles psychologiques et sociologiques leur échoient aux professions médicales : ils sont chargés de faire advenir les père et mère et de s'assurer qu'ils présentent les premières compétences parentales dès la sortie de l'établissement hospitalier en matière de besoins alimentaires et de gestes de la toilette. Cette préoccupation commence par l'entretien, dit du 4^e mois de grossesse, institué par le plan périnatalité 2005-2007 : « Un entretien individuel et/ou en couple sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4^{ème} mois. [...] Il sera réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance » (plan périnatalité 2005-2007). Aussi ne sera-t-on pas surpris qu'en réponse à cette responsabilité, il est dorénavant fait mention dans le référentiel de compétence de la nécessité : « Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la **parentalité** » et que les recommandations pour les grossesses physiologiques comprennent l'objectif explicite de « favoriser le lien mère-enfant. » (grossesses physiologiques). Ceci n'est pas nouveau (Tillard, 2007), mais se réactualise dans ces recommandations récentes. Ces divers éléments complètent les missions médicales par des missions de santé publique qui mettent les soignants dans une position qui dépasse largement leurs rôles techniques pour embrasser des rôles psychosociologiques.

Conclusion

Au terme de ce regard ethnographique sur le suivi médical de la grossesse et de l'accouchement hospitalier, nous constatons que la naissance remplit bien les conditions énoncées par Denis Jeffrey pour définir ce qu'est une épreuve rituelle. En effet, l'expérience des femmes et des parents fait mention d'un risque vital, de la souffrance, d'émotions vives durant le travail et juste après l'expulsion de l'enfant. Cette composante émotionnelle est accompagnée par les professionnels auxquels la société attribue un rôle particulier dans le suivi et le contrôle de leurs compétences.

La mère était présente en permanence durant le séjour hospitalier, c'est elle l'interlocutrice principale des professionnelles du service de suites de couche. Elle reçoit prioritairement les apprentissages des gestes concernant la toilette et l'alimentation du nouveau-né. A ce titre, malgré l'association du couple dans l'accouchement et le partage des tâches autrefois réservées au père (déclaration de la naissance), l'imposition du rôle maternel à la femme qui vient d'accoucher s'opère avec l'évidence d'un rite d'institution qui associe élection et réalité biologique, combinaison dont Pierre Bourdieu soulignait l'efficacité dans les « rites d'institution ».

Cependant est-il possible de conclure à l'existence d'un nouveau rite de passage ? Cette question est différente de celle que se posait Michelle Fellous (Fellous, 2001) lorsqu'elle indentifiait de nouvelles pratiques rituelles dans les milieux néo-païens (cérémonies familiales et communautaires de grossesse ou d'accueil de l'enfant) ou de nouveaux rites réservés à certaines situations (décès néonataux ou décès du Sida) (Broca & Loux, 1999). Au contraire, il s'agit de se demander si l'activité médicale ordinaire concernant le plus grand nombre fait office de rite de passage. Nous avons volontairement écarté les situations atypiques analysées dans des publications plus exhaustive (Tillard 2002) ou centrées sur les cas particuliers (Tillard, 2007) pour nous centrer sur les situations les plus simples.

Nous avons montré ici que la médicalisation de la naissance s'organise la naissance comme un rite de passage, qu'elle en reproduit les phases, qu'elle tend à protéger la mère tout en se protégeant d'elle, mettant en place des restrictions de ses activités et profitant de cette courte réclusion pour exercer un contrôle social des aptitudes parentales, plus particulièrement maternelles à l'égard de l'enfant.

Cependant, si les soignants ont conscience d'exercer un rôle social, ils ne se reconnaissent pas comme ayant une fonction rituelle. Pourtant, ils sont dépositaires d'attentes et de « *valeurs relatives à des choix sociaux jugés importants* », telles que le fait de favoriser la naissance de bébés en bonne santé, de promouvoir l'hygiène, de prévenir la maltraitance, d'initier les parents à leurs rôles et de favoriser le lien mère-enfant.

Théoriquement, les protocoles médicaux qui sont adoptés de manière consensuelle, relèvent d'une logique empirique, et en cela, ils diffèrent de la dernière partie de la définition du rite profane donnée par Claude Rivière : « *l'efficacité attendue ne relève pas d'une logique purement empirique* ». Il nous faut cependant prendre en compte qu'au-delà de l'efficacité médicale s'opère en même temps une efficacité symbolique qui échappe à l'analyse empirique. D'une part, c'est du côté des relations entre professionnels et parents,

relations qui dépassent le cadre strictement protocolaire, que se constitue un « plus » transformant le protocole de naissance en rite de naissance. D'autre part, la délégation de notre société aux professions de santé d'un rôle d'apprentissage et de contrôle assoie la légitimité des professionnels (Dubar & Tripier, 1998). De plus, l'intrication de l'activité médicale et de l'état-civil dans le contexte hospitalier contribue à l'officialisation du changement de statut.

Références bibliographiques

- Althabe G., Fabre D., Lenclud G. (1992). *Vers une ethnologie du présent*. Paris, La maison des sciences de l'homme.
- Arsenault D. (1999). Présentation. Rites et pouvoirs. Perspectives anthropologiques et archéologiques. *Anthropologie et sociétés*, 23, 1, p. 5-19.
- Beauvalet-Boutourye S. (1999). *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*. Paris, Belin.
- Belmont N. (1989). Propositions pour une anthropologie de la naissance. *Topique*, 1989, 43, p. 7-18.
- Bonnet, D., Pourchez L. (dir.) (2007). *Du soin au rite dans l'enfance*. Ramonville-Sainte-Agne, Érès, IRD.
- Bourdieu P. (1982). Les rites comme actes d'institution. *Les Actes de la recherche en sciences sociales*, 42, 1, p. 58-63.
- Broqua C., Loux F. (1999). Soins et lien social. A propos du pathwork des noms. *Anthropologie et sociétés*, 23, 2, p. 79-99.
- Cazeneuve J. Encyclopédie Universalis, article Rites
- Conseil national de l'ordre des sages-femmes, Référentiel, métier et compétences des sages-femmes, Janvier 2010.
- Conseil National des Sages-femmes, Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens français, Ministère du travail, de l'emploi et de la solidarité, Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités.
- Dubar C., Tripier P., (1998). *Sociologie des professions*. Paris, Armand Colin.
- Fellous M. (2001). *A la recherche de nouveaux rites. Rites de passage et modernité avancée*. Paris, L'Harmattan.
- Goody E. (1982). *Parenthood and social reproduction. Fostering and occupational roles in West Africa*. Cambridge University Press.
- Haut Comité de Santé Publique, (1994). La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité.

- Jeffrey D. (2005). Conduites à risque et rites de passage à l'adolescence. In Jeffrey D., Le Breton D., Lévy J. J. (2005). *Jeunesse à risque. Rite et passage*. Québec, PU de l'université Laval, p. 45-56.
- Loux F. (1990). *Traditions et soins d'aujourd'hui*. Paris, InterEditions.
- Ministre de la Santé et de la Protection sociale, Plan « Périnatalité 2005-2007 », Humanité, proximité, sécurité, qualité.
- Rivière C. (1995). *Les rites profanes*. PUF, 1995.
- Rollet-Echalier C. (1990). *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e république*. Paris, INED, PUF.
- Smith, X. (1991), Bonte P., Izard M. (1991). *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris, PUF, p. XX. (à vérifier chez moi)
- Tillard B. (2001). Filiation et nomination de l'enfant à la naissance, *Les Sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, vol 34, n°1, p. 85-109.
- Tillard B. (2002). *Des Familles face à la naissance*. Paris, L'Harmattan.
- Tillard B. (2004). Le placenta : entre oubli familial et investissement médical, Face à Face (revue du laboratoire Société, Santé, Développement, UMR 5185 ADES, n°6 [en ligne www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf]).
- Tillard B. (2005). L'anticipation de la naissance. Suivi médico-social et évolution du regard sur le fœtus et les parents. In G. Bergonnier-Dupuy, *L'enfant acteur et/ou sujet au sein de la famille*, Ramonville Saint-Agne, Érès, p. 139-148.
- Tillard B. (2007). Marginalité ou stigmatisation ? Étude ethnographique sur la naissance en milieu urbain, *Tsantsa. Revue de la Société Suisse d'Ethnologie*, 12, p. 41-52.
- Tillard B. (2007). Quand la prévention sanitaire s'adresse aux parents et aux futurs parents, *ethnographiques.org*, Numéro 14, Octobre 2007 [en ligne <http://www.ethnographiques.org/2007/Tillard.html>].
- Van Gennep A. (1909), (réédition 1981). *Les rites de passage*. Paris, Picard.
- Verdier Y. (1979). *Façons de dire, façons de faire, La laveuse, la couturière, la cuisinière*. Paris, Gallimard.