



**HAL**  
open science

**“ C’est pour le bébé ”. Moralisation des femmes,  
individualisation de la responsabilité et disparités de  
classe dans le travail de soins pendant la grossesse**

Elsa Boulet

► **To cite this version:**

Elsa Boulet. “ C’est pour le bébé ”. Moralisation des femmes, individualisation de la responsabilité et disparités de classe dans le travail de soins pendant la grossesse. *Terrains/Théories*, 2022, 16, 10.4000/teth.5014 . halshs-03980616

**HAL Id: halshs-03980616**

**<https://shs.hal.science/halshs-03980616>**

Submitted on 9 Feb 2023

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

---

## « C'est pour le bébé ». Moralisation des femmes, individualisation de la responsabilité et disparités de classe dans le travail de soins pendant la grossesse

Elsa Boulet

---



### Electronic version

URL: <https://journals.openedition.org/teth/5014>

DOI: 10.4000/teth.5014

ISSN: 2427-9188

### Publisher

Presses universitaires de Paris Nanterre

Brought to you by Nantes Université



### Electronic reference

Elsa Boulet, "« C'est pour le bébé ». Moralisation des femmes, individualisation de la responsabilité et disparités de classe dans le travail de soins pendant la grossesse", *Terrains/Théories* [Online], 16 | 2022, Online since 20 December 2022, connection on 09 February 2023. URL: <http://journals.openedition.org/teth/5014> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/teth.5014>

---

This text was automatically generated on 8 February 2023.



Creative Commons - Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

---

# « C'est pour le bébé ». Moralisation des femmes, individualisation de la responsabilité et disparités de classe dans le travail de soins pendant la grossesse

Elsa Boulet

---

## Introduction

- 1 « Il faut que tu t'inscrives à la maternité [...] il y a tellement de monde qu'il faut absolument s'inscrire [dès le début de la grossesse]<sup>1</sup> » : c'est ainsi qu'une des femmes rencontrées au fil de mon enquête restituait un échange qu'elle avait eu avec des proches au moment de leur annoncer sa grossesse. Pour elle, comme pour toutes les autres femmes interrogées, le recours aux professionnel.le.s de santé et à l'hôpital est une évidence : la grossesse nécessite une surveillance médicale spécifique et l'accouchement se déroule à l'hôpital, un lieu qui permet de multiples interventions techniques (épisiotomie, monitoring...) et chimiques (péridurale, injection d'ocytocine...) sur les corps des parturientes et des nouveau-nés. Cette évidence est toutefois récente : elle s'est construite au fil du xx<sup>e</sup> siècle<sup>2</sup>, et est le produit d'un processus de médicalisation. La médicalisation, telle que la définit Peter Conrad<sup>3</sup>, signifie que des processus corporels ou psychiques sont pensés au prisme de discours médicaux, en termes de pathologies et de risques, et font l'objet d'interventions professionnelles dans des institutions dédiées<sup>4</sup>. En ce qui concerne la grossesse et l'accouchement, la médicalisation s'est accompagnée d'un processus d'hospitalisation<sup>5</sup>. A l'heure actuelle, en France, 98 % des naissances ont lieu à l'hôpital ou en clinique<sup>6</sup>, 92 % des femmes réalisent au moins les sept consultations prénatales obligatoires, et ces consultations sont en partie ou totalement effectuées à l'hôpital ou en clinique<sup>7</sup>.

- 2 La médicalisation des grossesses et des accouchements est justifiée dans les politiques publiques et dans les discours médicaux par un bénéfice en termes de prévention des risques pour les fœtus et les personnes gestantes ou parturientes. Le Code de la santé publique définit ainsi une obligation de soins pour les femmes enceintes afin de garantir à « [le] bon déroulement de la grossesse et de la croissance fœtale<sup>8</sup> ». Or, les travaux de sciences sociales apportent un éclairage critique sur les mesures de santé publique en général et sur les dispositifs concernant la santé périnatale en particulier. La santé publique redéfinit le rôle de la médecine : celle-ci n'est plus cantonnée à traiter la maladie, mais elle doit également surveiller la santé et prévenir les risques<sup>9</sup>. Tous les individus sont alors susceptibles d'être surveillés et leurs comportements peuvent faire l'objet de mesures contraignantes ou incitatives (campagnes de préventions, « éducation à la santé », etc.). Dans le cas de la grossesse et de l'accouchement, la lecture en termes de risque conduit à la pathologisation des corps féminins. Stéphanie St-Aman relève que les grossesses sont systématiquement catégorisées selon un niveau de risque, que « l'événement de l'enfantement est d'emblée situé à l'intérieur du paradigme du risque et déterminé par lui », et que l'accouchement n'est considéré du point de vue médical comme normal qu'a posteriori, « on considère donc toutes les femmes enceintes et tous les fœtus à risque jusqu'à preuve du contraire<sup>10</sup> ».
- 3 Comme le relève Béatrice Jacques, « [le] corps médical joue [...] le double rôle de l'offre et de la demande : il participe au sentiment de risque et à sa définition et met en même temps à la disposition des solutions pour l'éviter ou l'annuler<sup>11</sup>. » La prééminence du risque en matière de santé est décrite par certaines auteur·ices comme l'illustration de l'avènement d'une « société du risque » néolibérale, dans laquelle individualisation et moralisation vont de pair<sup>12</sup>. Ces travaux critiques se sont avant tout intéressés aux discours : littérature médicale, conseils adressés aux femmes enceintes, campagnes de santé publique. Or, comme le souligne Didier Fassin, il ne faut pas « suppos[er] qu'un énoncé produit nécessairement ce qu'il énonce<sup>13</sup> ». L'observation des pratiques concrètes révèle que la santé publique « se distingue plus par son impuissance que par ses excès de pouvoir<sup>14</sup> ».
- 4 En plus d'avoir été médicalisées, les grossesses ont également été, et continuent d'être, sanitarisées. Je reprends ici la notion proposée par Peter Conrad<sup>15</sup> de sanitarisation (*healthicization*), qui renvoie à « une présence des questionnements de santé à tous les niveaux de la vie quotidienne (alimentation, activité physique, etc.)<sup>16</sup> ». La sanitarisation « transforme la santé en morale<sup>17</sup> ». Elle implique une mobilisation des femmes « qui se doivent de devenir des sujets "actifs" de leur propre santé, par une autodiscipline du soin<sup>18</sup> ». Dans cet article, je propose d'étudier la sanitarisation des grossesses à partir des pratiques, en considérant que la sanitarisation repose sur un double travail : le travail des professionnel·les qui consiste à influencer et surveiller le comportement des patientes, et le travail des femmes enceintes qui sont engagées dans une production domestique de soins. À la suite de Cresson et Bungener<sup>19</sup>, je définis le travail domestique de santé comme l'ensemble des préoccupations et actions qui visent l'entretien ou le rétablissement de la santé, des gestes les plus techniques aux tâches les moins visibles (par exemple surveiller les manifestations corporelles, les sensations). Dans les travaux sociologiques, le travail domestique de santé est généralement abordé comme un travail effectué pour autrui, dans le cas de la grossesse, les femmes enceintes effectuent un travail sanitaire sur elles-mêmes. Je mobilise une enquête par

observations et entretiens réalisée en Île-de-France entre 2014 et 2017, combinée à l'étude de documents recueillis sur le terrain (voir l'encadré méthodologique ci-dessous). L'analyse de ce double travail de sanitarisat on permet d'interroger les limites du gouvernement des corps et des conduites autour de la grossesse, au double sens des contours de ce gouvernement et des tensions à l'œuvre. Alors que de nombreux travaux insistent sur l'emprise apparemment homogène de la santé publique et du discours du risque, je mets ici en lumière les implicites de classe des préconisations sanitaires et les variations sociales du gouvernement des conduites.

#### Encadré méthodologique

Cet article est basé sur une enquête qualitative men e en  le-de-France entre 2014 et 2017. Une enquête exploratoire a été men e dans une maternité publique situ e en banlieue Nord-Ouest de Paris (rebaptis e maternité Tarnier), l'enquête principale a été conduite dans une maternité publique parisienne (rebaptis e maternité Mauriceau). Des observations ont été r alis es à diverses étapes de la prise en charge hospitalière des grossesses : inscription, prise de rendez-vous, consultations pré- et post-natales, cours de préparation à la naissance, consultations de diététique, explorations fonctionnelles. La maternité Mauriceau avait la particularité, au moment de l'enquête, de réaliser le suivi de grossesse de presque toutes les patientes, alors que la maternité Tarnier proposait à la plupart des femmes des consultations à partir du 7  mois de grossesse, les consultations précédentes devant être r alis es en ville. En parallèle des observations, trente femmes ont été interrogées pendant leur grossesse, un tiers d'entre elles à plusieurs reprises. Ces femmes ont le plus souvent été rencontr es dans les maternités à l'occasion de leur inscription ou d'une consultation, quelques-unes ont été contact es par interconnaissance. Cinq conjoints ont été interrogés, quatre d'entre eux l'ont été pendant un entretien de couple.

Vingt-huit des femmes interrogées sont en couple cohabitant avec un homme, deux l'étaient avant une rupture survenue à l'initiative de leur ex-conjoint pendant la grossesse. Les femmes interrogées ont des profils et des trajectoires vari es. Elles sont  g es de 20 à 41 ans. Les primipares, c'est-à-dire les femmes qui attendent leur premier enfant, représentent deux tiers des personnes interrogées. Neuf femmes sur les trente sont n es à l'étranger, certaines sont arriv es en France afin de poursuivre des études, d'autres y ont rejoint ou suivi leur conjoint. Toutes sont francophones.

Vingt-trois femmes sur trente sont en emploi au moment de la grossesse, la moitié d'entre elles occupent un emploi de cadre. Au total, un tiers des femmes appartient aux classes populaires du fait des caractéristiques de leur emploi, de leurs revenus, et leur niveau de diplôme<sup>20</sup>. La catégorisation socio-professionnelle des enqu t es, à partir de leurs déclarations en entretien, s'appuie sur la grille des PCS 2003 établie par l'Insee. Les femmes employ es ou inactives en couple avec un conjoint ouvrier ou employé sont consid r es comme faisant partie des classes populaires ; les femmes occupant des professions intermédiaires sont consid r es comme faisant partie des classes moyennes ; les femmes cadres sont consid r es comme faisant partie des classes supérieures.

Les caractéristiques des femmes rencontr es et de leur conjoint sont indiqu es quand elles sont connues, la nationalité n'est indiqu e que quand elle a été explicit e par l'interview e, dans les autres cas elle n'est pas pr cis e.

## Surveiller les femmes au nom de la protection des fœtus : la « mystique de la bonne mère » au cœur de suivi médical de grossesse

- 5 L'encadrement des grossesses n'est pas une application impartiale de connaissances biologiques ou médicales : il s'agit de contrôler les femmes et d'orienter leurs comportements selon une norme de la « bonne maternité ». Cette norme articule l'institution du fœtus comme personne et sujet des soins, la prédominance du risque, et l'injonction au dévouement maternel. Le fœtus est défini comme un être fragile et menacé par une multitude de risques, risques que la femme enceinte a la responsabilité d'éviter ou de limiter par la compliance envers les consignes médicales et la modification de son hygiène quotidienne. Comme l'écrit Anne Quéniart, « [en] définissant les femmes comme les principales responsables de la "santé" du fœtus, les discours sur le risque [...] renforcent [...] la mystique de la "bonne mère", dont les intérêts et les besoins propres doivent passer après ceux de sa progéniture<sup>21</sup>. » La moralisation des conduites des femmes n'est pas qu'une représentation désincarnée : elle s'inscrit dans des pratiques concrètes, quotidiennes, dans des interactions et des outils. Le gouvernement des corps, soulignent Didier Fassin et Dominique Memmi, est fait de « dispositifs et procédures diffus et quotidiens, souvent banals et familiers » et donc « moins facilement perçus ou énoncés en termes de politiques<sup>22</sup> » alors qu'ils participent à reconduire des assignations et des rapports de pouvoir.

### « Le bébé est en pleine forme » : la centralité du patient-fœtus dans la surveillance médicale routinière

- 6 La constitution du fœtus comme patient et la subordination des intérêts des femmes à ceux du fœtus, tels qu'ils sont définis par les professionnel·les de santé, sont ancrées dans l'organisation concrète des soins. Le parcours de soins type – tel qu'il est formalisé en France par le Code de la santé publique et les recommandations de la Haute autorité de santé – est organisé selon « l'âge fœtal » : c'est le développement de l'embryon puis du fœtus qui est normalisé et surveillé. Le calendrier des soins est calculé à partir de la date estimée de début de grossesse et de la date présumée d'accouchement, cette dernière déterminant un délai maximal à partir duquel l'accouchement sera déclenché artificiellement par l'équipe médicale, au nom de l'intérêt du fœtus. Dans les hôpitaux enquêtés, un dossier médical équivaut à une grossesse, c'est-à-dire à un fœtus (deux fœtus dans les cas de grossesses gémellaires), et non à une patiente. Une femme qui accouche plusieurs fois dans la même maternité se verra donc attribuer plusieurs dossiers médicaux.
- 7 À l'échelle de la pratique quotidienne des médecins et sage-femmes rencontrées<sup>23</sup>, la consultation de routine, dans le cas des grossesses sans pathologie diagnostiquée, consiste en une série de questions et un examen clinique qui servent à vérifier la vitalité du fœtus et sa croissance, ainsi qu'en une surveillance de risques pouvant affecter le fœtus ou la femme enceinte. Les sage-femmes et médecins ne parlent pas de « fœtus » mais de « bébé » ou parfois d'« enfant », les patientes recourent aux mêmes termes. Les professionnel·les ponctuent leurs gestes de phrases rituelles de réassurance

telles que « Le bébé est en pleine forme ». Le fœtus est ainsi doté, dans l'interaction, du statut de personne dont on surveille et protège la santé, voire le bien-être.

- 8 Le « sujet fœtal » est constitué à travers les interactions langagières, mais aussi à travers la manière d'utiliser certains outils (doppler, monitoring, échographie) et le sens octroyé aux productions (sonores, visuelles) de ces outils. L'écoute des battements cardiaques fœtaux – routinière dans les consultations observées à la maternité Mauriceau – joue un rôle particulier dans la matérialisation anticipée de « l'enfant à naître ». Réalisée à l'aide d'une machine appelée doppler – qui capte et amplifie les battements du cœur – cette écoute a la particularité d'être publique : le son est diffusé dans le bureau où se déroule la consultation, audible aussi bien par le ou la professionnel·le que par la patiente et une éventuelle accompagnant·e. D'autres dispositifs tels que le doppler de poche, doté d'écouteurs, ou le stéthoscope obstétrical permettent aux professionnel·les d'écouter le cœur fœtal, mais ils ne sont pas utilisés dans les consultations observées. L'écoute publique du cœur apparaît comme une mise en scène du patient-fœtus : celui-ci surgit en occupant l'espace sonore, le son est décodé par la sage-femme ou la médecin qui indique qu'il s'agit du « cœur de votre bébé ». Des travaux historiques et sociologiques ont montré que les technologies biomédicales, à l'instar de l'échographie, ont joué un rôle déterminant dans l'émergence et la consolidation du « sujet fœtal<sup>24</sup> » depuis le milieu du xx<sup>e</sup> siècle. Il convient toutefois de souligner que les technologies ne produisent pas en elles-mêmes ce sujet : c'est bien l'interprétation qui est faite des productions et l'usage en situation de ces technologies qui contribuent à produire le patient-fœtus. Dans le suivi de grossesse, la constitution du fœtus comme objet des soins est indissociable de l'assignation des femmes enceintes au maternage, défini par le dévouement et la disponibilité.
- 9 La constitution du fœtus comme objet de soins et d'attention sert de support à la mise au travail sanitaire des patientes et au contrôle par les professionnel·les de la régularité et de la qualité de ce travail. L'intérêt du « bébé » est souvent implicite, professionnel·les et femmes enceintes s'accordant généralement sur les moyens de garantir le bon développement du fœtus. Il est parfois explicitement convoqué par les praticiennes qui cherchent à modifier le comportement d'une patiente. Par exemple, une diététicienne de la maternité Mauriceau invite une patiente souffrant de diabète gestationnel à manger davantage pour « donner de l'énergie au bébé » (notes d'observation, consultations diététicienne). Exceptionnellement, l'encadrement des conduites par les professionnel·les de santé peut prendre une forme autoritaire, comme lorsqu'une obstétricienne, manifestement insensible à l'état de détresse d'une patiente, insiste sur l'importance de contrôler le diabète chronique dont celle-ci est atteinte depuis plusieurs années. La médecin affirme qu'il faut « reprendre les choses en main » et que « le bébé est en danger de mort ». Elle conclut la consultation en fixant un rendez-vous la semaine suivante : « je vous laisse une chance. Si la glycémie n'est pas mieux la semaine prochaine, je vous fais hospitaliser ». Une fois la patiente partie, la médecin se tourne vers moi et me confie qu'elle doute que la patiente revienne. Cette interaction constitue un « cas critique<sup>25</sup> » qui exacerbe et explicite la logique qui préside à la surveillance médicale des grossesses. L'attitude de la médecin prend sens au regard de la priorité accordée à la santé du fœtus ici définie par le maintien d'un indicateur biologique (la glycémie) entre des bornes standardisées<sup>26</sup>. L'issue de la grossesse est attribuée par la praticienne au comportement individuel de la patiente. Le ton d'abord paternaliste puis menaçant est sans doute permis par la distance sociale

qui sépare l'obstétricienne de la patiente, tandis que le mal-être de la femme n'est pas pris en compte ni même discuté. Cette approche autoritaire risque toutefois, de l'aveu même de la médecin, d'échouer à atteindre son but si la patiente renonce à poursuivre le suivi médical. Le passage d'un gouvernement par l'auto-contrôle et l'incitation à un gouvernement disciplinaire relève alors plus d'un échec que d'une emprise réelle sur les corps et les conduites.

### « Être une bonne mère » : la santé sous l'angle du mode de vie

- 10 Dès le début de la grossesse, y compris en l'absence de pathologies ou d'antécédents, de multiples recommandations et interdictions sanitaires sont transmises aux femmes enceintes. La modification de l'hygiène quotidienne sert de principe de jugement quant au dévouement des femmes envers le fœtus. Comme le résume une des femmes interrogées : « les codes, c'est que une femme elle boit pas, elle fume pas, t'es une mère quoi, tu dois être une bonne mère » (Lucie Morot, 33 ans, éducatrice spécialisée, attend son premier enfant, conjoint travailleur social<sup>27</sup>). Tout en questionnant les injonctions sanitaires qu'elle décrit comme une « pression », cette femme témoigne de l'intériorisation des normes : « je sais que je vais culpabiliser [si je ne les respecte pas] ». Cette intériorisation procède non seulement des discours tenus par les professionnel·les de santé, mais aussi plus généralement par la valorisation du respect des recommandations et par la sanction des écarts de la part de l'entourage (familial, amical, professionnel). Lucie Morot rapporte ainsi la réprobation dont une de ses collègues a fait l'objet : « une nana [enceinte] qui se planquait pour fumer une clope [au travail], et que certains aperçoivent, et ça parle donc... Moi j'ai pas trop envie qu'on me juge et qu'on parle de moi ». Comme le souligne Claudine Burton-Jeangros à partir d'une enquête auprès de femmes suisses, « les femmes enceintes sont susceptibles de modifier leur comportement en anticipation des réactions sociales » et « la notion de "sacrifice maternel" n'est pas seulement véhiculée par la médecine, elle est aussi réaffirmée par des interpellations des femmes dans l'espace public<sup>28</sup> ».
- 11 Au-delà de la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation fait l'objet d'une surveillance particulière : au nom de la prévention d'infections (listériose ou toxoplasmose notamment), certains aliments sont proscrits et des règles de préparation sont édictées (nettoyage des légumes, cuisson de la viande et des œufs). Les règles alimentaires font partie des premières informations transmises par les professionnel·les et figurent en bonne place dans les documents distribués aux patientes. Le *Carnet de santé maternité*, publié par les pouvoirs publics et transmis aux usagères de la maternité Mauriceau comporte ainsi une fiche intitulée « Bien manger, bien bouger » (en écho à la campagne nutritionnelle lancée par l'INPES – devenu Santé publique France) qui détaille les conseils en huit rubriques. Les termes utilisés dépeignent un régime alimentaire de restriction : « limiter », « ne consommer que », « est déconseillée », « ne pas saler », « supprimer ». L'illustration qui accompagne ces recommandations témoigne de l'individualisation de la consommation alimentaire, et de la potentielle culpabilisation des femmes enceintes : le dessin représente une jeune femme attablée qui lève des yeux surpris vers la lectrice au moment où elle s'apprête à avaler une bouchée du plat posé devant elle. Sur la table sont disposés une assiette comportant ce qui semble être de la viande accompagnée de légumes, des tranches de pain, du fromage, une généreuse part d'un gâteau au chocolat et un verre de soda. Le dessin de la table est recouvert d'un panneau de signalisation triangulaire signalant un



danger, et la femme représentée semble être prise en « flagrant délit ». Déroger aux consignes sanitaires est ici assimilé à un risque pris en connaissance de cause par les femmes enceintes<sup>29</sup>, assignées à un travail de « care alimentaire<sup>30</sup> », c'est-à-dire à un contrôle de leur alimentation, réduite à son caractère nutritionnel (au détriment des dimensions sociales, relationnelles, symboliques), orienté vers l'optimisation de la santé fœtale ou infantile.

- 12 Les injonctions à l'autodiscipline reposent implicitement sur l'idée que la femme est un individu isolé et autonome, selon la fiction néolibérale de l'individu-calculateur<sup>31</sup>. L'individualisation de la responsabilité évacue l'interdépendance avec les autres membres du ménage qui joue pourtant un rôle central au quotidien, typiquement dans le cas de l'alimentation : la composition des repas dépend des préférences et habitudes des membres du foyer, qui ont donc un effet sur les possibilités de suivre strictement un régime médical<sup>32</sup>. Certaines patientes ne manquent d'ailleurs pas de souligner cette interdépendance face aux diététiciennes de la maternité Mauriceau. Autre exemple, celui du repos : le *Carnet de santé maternité* distribué aux patientes comporte une section dont le titre est « Organisez votre vie de façon à vous ménager ». Or, pouvoir se reposer suppose certaines conditions : pouvoir compter sur un conjoint ou d'autres proches afin de déléguer une partie du travail ménager et parental, avoir des horaires et des conditions de travail qui permettent ce repos.
- 13 L'idéal d'auto-régulation des comportements tel qu'il transparait dans les écrits et discours médicaux repose sur une « mystique de la bonne mère » qui constitue les femmes enceintes comme déjà-mères et leur enjoint de suivre un parcours de soin, des traitements éventuels, et de modifier leur vie quotidienne dans l'objectif de garantir les intérêts du fœtus. La santé est bien transformée en morale, et en morale genrée : la sanitarisation des grossesses met en jeu non seulement une définition de la bonne santé, mais aussi une définition de la bonne maternité. De plus, les préconisations sanitaires sont à la fois individualisées, dans la mesure où elles s'appliquent à l'individu pensé comme libre de toute contrainte et responsable de ses choix, et universalisées dans la mesure où elles sont censées être les mêmes pour toutes les femmes quels que soient leurs conditions de vie, leur culture, leur entourage. Les consignes de prévention transmettent le message implicite que l'état de santé de la femme enceinte, et le déroulement de la grossesse, sont déterminés par les attitudes et choix de la femme elle-même, alors que la santé périnatale, comme on va le voir par la suite, est fortement influencée par les ressources, les conditions de vie et les conditions de travail, qui échappent à la seule capacité d'agir individuelle.

## Surveillances et résistances : un travail domestique de santé structuré par les rapports de genre et de classe

- 14 L'extension des préoccupations de santé et la focalisation sur le mode de vie impliquent, pour les femmes enceintes, un travail sanitaire au quotidien qui se déploie notamment dans le cadre domestique. Il y a ici privatisation du soin au sens où des préoccupations et actions (surveillance du corps, réflexion sur et modification du régime alimentaire, etc.) sont prises en charge par les patientes et leurs proches. Comme le souligne Martine Bungener dans le cas des proches-aidants, la délégation du travail de soins pose la question des inégalités de classe et de genre : toutes les patientes et toutes les proches n'ont pas les mêmes ressources pour mener à bien ce

travail sanitaire, et les femmes se retrouvent bien plus souvent que les hommes en position de pourvoyeuses de soins, parfois au détriment de leur propre santé<sup>33</sup>. Dans le cas du travail domestique de santé pendant la grossesse, les rapports sociaux de genre et de classe façonnent la division, la nature et le déroulement des tâches.

## Discipline féminine, surveillance masculine

- 15 La modification de l'hygiène quotidienne et l'autosurveillance reposent sur un ensemble de tâches physiques et cognitives : réorganiser sa journée ou sa semaine pour prendre des moments de pause ou répartir des tâches domestiques, cuisiner davantage pour s'assurer de manger équilibré, etc. Adèle Quermin, âgée de 30 ans, qui travaille comme urbaniste, témoigne par exemple de la charge mentale de l'évitement des risques alimentaires.

« Adèle Quermin : C'est le truc le plus prenant [l'alimentation] [...] Entre les crudités, les légumes, que du coup je mange pas au restaurant parce qu'on sait pas si c'est bien lavé ou pas, ni viande crue ni poisson cru, le bœuf, faut que ça soit hyper bien cuit [...] [Au] début du coup je maîtrisais pas encore très bien la liste très longue de tout ce que je devais pas prendre [...] Mais, après une fois que j'ai [appris], on était rodés. »

(30 ans, attend son 1<sup>er</sup> enfant, 4<sup>e</sup> mois de grossesse, chargée d'étude en urbanisme ; conjoint 30 ans, psychologue salarié)

- 16 Les propos d'Adèle Quermin montrent que la modification du mode de vie repose sur l'incorporation d'une disposition à la vigilance et sur la mise en œuvre de nouvelles habitudes. En plus du travail sur elle-même et des tâches concrètes (organisation, cuisine...), cette femme, comme d'autres interrogées au fil de l'enquête, réalise un travail d'information auprès de leur conjoint. Notons le passage de la première personne du singulier pour référer à l'apprentissage (« je ne maîtrisais pas encore très bien ») à la troisième personne collective pour affirmer une organisation du quotidien efficace (« on était rodés »), comme si le conjoint avait spontanément intégré les préoccupations sanitaires. D'autres femmes jouent ce rôle de relai, en sélectionnant et transmettant des informations à leur compagnon, à l'instar de Dela Abalo : « je lui ai dit en fait [quelles sont les aliments interdits], et du coup... il a assez bien intégré » (27 ans, attend son 1<sup>er</sup> enfant, 4<sup>e</sup> mois de grossesse, assistante d'édition ; conjoint 31 ans, comédien).

- 17 Du côté des hommes, la seule consigne sanitaire qui leur est explicitement destinée de la part des professionnelles observées est celle d'éviter de fumer en présence de leur conjointe. Alors que les couples rencontrés sont cohabitants et partagent leurs repas, ce sont les femmes qui sont systématiquement ciblées par les consignes sanitaires, et qui s'assurent de leur mise en œuvre au quotidien. Certaines informatrices relèvent d'ailleurs cette asymétrie en entretien, comme Éléonore Bogossian qui se plaint que son conjoint « sort[e] tous les soirs » (33 ans, attend son 1<sup>er</sup> enfant, 8<sup>e</sup> mois de grossesse, décoratrice pour le cinéma ; conjoint 36 ans, décorateur pour le cinéma).

« Elsa Boulet : Et ton conjoint il n'a pas décidé d'arrêter de fumer ?

Lucie Morot : Pas du tout non [nous sourions], eh non... [...] je pense qu'il a eu besoin aussi de se saouler un peu la gueule, donc bon il a fallu faire avec même si il a ses limites hein. Du coup, lui, je pense qu'il a plus envie de sortir, plus envie de, bah d'en profiter, et je le comprends, sauf qu'on est dans deux, deux logiques différentes, donc c'est aussi essayer de faire en sorte que ces logiques elles s'imbriquent et que ça crée pas trop de conflit, en ce moment ça en crée. »

(33 ans, attend son 1<sup>er</sup> enfant, 2<sup>e</sup> mois de grossesse, éducatrice spécialisée, nationalité française ; conjoint 36 ans, travailleur social)

18 Dans les récits de ces femmes, tout se passe comme si la grossesse était l'occasion pour leur conjoint de « profiter » au maximum avant l'arrivée d'un enfant qui apparaît comme une menace sur des pratiques de sociabilité et de consommation (soirées, consommation d'alcool), alors qu'elles doivent de leur côté réduire, voire supprimer (dans le cas de l'alcool), ces mêmes pratiques.

19 Plus largement, les conjoints jouent un rôle ambivalent. Ils sont souvent décrits par les femmes interrogées comme attentionnés, « aux petits soins », mais il semble qu'il s'agisse plus de manifestations verbales d'intérêt que d'une transformation des pratiques notamment ménagères. Les entretiens montrent que la division du travail domestique reste très asymétrique au détriment des femmes, même si des variations importantes existent. L'attitude des conjoints peut parfois prendre l'allure d'une véritable surveillance au sens répressif du terme, exercée implicitement ou explicitement au nom de la santé du fœtus. Cécile Loiseau rapporte ainsi les propos de son conjoint, qui travaille comme elle dans un hôpital psychiatrique.

« Cécile Loiseau : On échange beaucoup [avec une amie, également enceinte], mais bon on a tendance à se monter le bourrichon ensemble : “Ah t'as ça, moi aussi...”  
Donc des fois Raphaël, il me dit : “Arrête d'appeler Amélie ! Vous allez somatiser toutes les deux, avec vos trucs !” »

(32 ans, attend son 1<sup>er</sup> enfant, 2<sup>e</sup> mois de grossesse, psychomotricienne, nationalité française ; conjoint 33 ans, infirmier en psychiatrie)

20 Ce qui constitue, pour Cécile Loiseau, un moyen de réassurance et de partage d'une expérience inédite avec une amie proche apparaît, dans les propos de son conjoint qui mobilise un vocabulaire psychologique, comme un risque à éviter par une modification des pratiques de sociabilité. Dans le cas de Fatima Belkacem, qui travaille comme informaticienne et attend son premier enfant, la surveillance exercée par son mari concerne les gestes du quotidien : « Dès qu'on veut faire un effort, se baisser pour ramasser un truc, mon mari m'engueule “te baisse pas, ramasse-le pas ! Vas-y laisse, je vais le faire” [...] Parfois, c'est comme si on était malade ». Elle conteste les ordres de son mari et répond à cette surveillance qu'elle juge excessive par une mise en scène de sa propre responsabilité : « Moi j'en fais pas trop, je sais [m'arrêter], quand j'ai mal, je m'arrête » (28 ans, attend son premier enfant, 3<sup>e</sup> mois de grossesse, ingénieure informaticienne, nationalité tunisienne ; mari 35 ans, technicien aéronautique, nationalité tunisienne).

21 Emma Alphonse, âgée de 20 ans, qui travaille comme esthéticienne, rapporte les remontrances de son mari et y répond là encore par l'affirmation de sa responsabilité.

« Emma Alphonse : Il y a un moment... où il m'a vraiment soûlée parce qu'en fait, il me surveillait comme si j'étais une petite fille. [...] il était venu [à la consultation], donc quand le monsieur [le médecin] il a dit il faut manger moins de sucre, manger plus de ci, manger plus de ça, lui il a tout enregistré, et à la maison il fallait que je mange comme ça quoi. J'ai pas du tout l'habitude de manger comme ça, donc ça m'avait vite soûlée. Même un yaourt, hein, un petit yaourt, genre je prends un petit yaourt alors que toute la journée j'ai bu de l'eau et j'ai essayé de faire gaffe, manger de la salade, etc. manger des légumes et tout, alors un yaourt, “non mange pas de yaourt”, non il était trop sur moi en fait. Enfin après, c'est mignon hein, c'est pour le bébé et tout, mais lui il faisait comme si moi je m'en foutais, je pensais qu'à moi, etc. »

(20 ans, attend son premier enfant, 7<sup>e</sup> mois de grossesse, esthéticienne, nationalité française ; conjoint 25 ans, animateur périscolaire et chanteur)

- 22 L'implication de son conjoint est ici à double-tranchant pour Emma Alphonse : il l'accompagne aux consultations, mais se fait le relai zélé des consignes alimentaires, jusqu'à adopter une attitude qu'Emma Alphonse juge infantilisante et accusatrice. Comme les femmes citées plus haut, Emma Alphonse est *a priori* taxée d'irresponsabilité dès lors qu'elle suivrait ses envies ou simplement ses habitudes. Les conjoints des informatrices citées ci-dessus sont peu investis dans l'anticipation et la réalisation des tâches domestiques, il s'agit donc davantage de contrôler le travail ménager et le travail de santé réalisés par leur compagne au nom de l'intérêt du fœtus plutôt que d'y prendre une part active.
- 23 Cette présomption d'irresponsabilité avait déjà été relevée par Lealle Ruhl qui pointait l'ambiguïté de l'individualisation du risque autour de la grossesse en Amérique du Nord : les femmes enceintes sont décrites, dans les écrits médicaux, comme les principaux agents du soin et elles sont en mêmes temps toujours soupçonnées de mettre en danger leur santé et celle du fœtus<sup>34</sup>. On a vu qu'en France le même processus d'individualisation est à l'œuvre, avec le risque de la culpabilisation des femmes. Au niveau institutionnel, certaines campagnes de santé publique reconduisent cette suspicion d'irresponsabilité. L'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament) a récemment diffusé une campagne intitulée « Enceinte, les médicaments, c'est pas n'importe comment ! » qui enjoint les femmes enceintes ou souhaitant l'être à ne pas prendre de décisions concernant la médication par elles-mêmes : ni automédication, ni arrêt d'un traitement<sup>35</sup>. Le slogan renvoie l'idée que les femmes consommeraient *a priori* des médicaments « n'importe comment » et qu'il faudrait les informer des risques afin qu'elles renoncent à certaines pratiques.

### Leur morale et la nôtre ? Des cadres normatifs socialement situés

- 24 L'individualisation de la responsabilité sanitaire évacue non seulement la question de la division du travail ménager, parental et de santé au sein des couples de sexe différent – division qui a pourtant bien des répercussions sur les possibilités de suivre ou non certaines préconisations – mais aussi celle des inégalités de classe. Les normes sanitaires véhiculées par les professionnel·les et les institutions médicales reposent implicitement sur des dispositions inégalement réparties dans l'espace sociales et sur des conditions matérielles de vie favorables<sup>36</sup>. Toutes les femmes ne sont pas également armées pour correspondre à l'idéal de responsabilité maternelle. Le *Carnet de santé maternité* recommande par exemple « un temps de sommeil d'au moins huit heures par nuit » et enjoint les femmes à « [s'] accorder à plusieurs moments dans la journée des temps de repos, en position allongée ou semi-assise » et à éviter « de rester en position assise prolongée (plus de deux à trois heures) ». Or, les conditions du travail salarié sont déterminantes quant à la possibilité ou l'impossibilité de se ménager des temps de pause, de changer de posture etc. Elles échappent bien sûr à la seule volonté des femmes enceintes : horaires longs et/ou contraignants, temps de trajet important, cadence et/ou locaux qui ne permettent pas de se reposer, etc. Comme l'a montré l'étude épidémiologique menée par Solène Vigoureux, les femmes occupant les postes les moins qualifiées et les plus précaires sont sur-représentées parmi celles qui sont en arrêt maladie de longue durée pendant la grossesse (dit « arrêt précoce », c'est-à-dire avant le congé prénatal), quel que soit leur état de santé. Cela signifie que l'arrêt maladie vient pallier des conditions de travail inadaptées. En d'autres termes, les

salariées les plus exposées se retrouvent prises entre une poursuite de leur activité au détriment de leur santé, ou un arrêt de travail précoce susceptible d'entraîner une perte de revenus et un isolement social<sup>37</sup>. Plus généralement, la focalisation des consignes préventives sur le mode de vie (alimentation, sommeil) contraste avec les résultats des études sociologiques et épidémiologiques qui se penchent sur les inégalités sociales de santé périnatale. Ces recherches montrent que plus les femmes sont défavorisées, plus les probabilités de complications sévères, de mortalité maternelle et de mortalité néonatales sont élevées<sup>38</sup>.

- 25 L'effet des conditions de vie et de travail sont certes prises en compte par les professionnelles de santé, mais de manière marginale : les conditions de vie sont avant tout abordées comme des obstacles au bon déroulement du travail sanitaire, elles ne viennent pas remettre en cause la logique même de l'encadrement médical des grossesses. À la maternité Mauriceau, la diététicienne explique ainsi s'adapter à certaines patientes : elle espace les autotests de la glycémie car le matériel n'est pas systématiquement remboursé en-deçà d'un stade de gravité de la maladie. Elle me confie également, entre deux rendez-vous, que le travail salarié rend parfois compliqué la réalisation des autotests et l'adoption d'un régime strict en termes de contenus et d'horaires des repas. La conscience de ces limites ne l'amène toutefois pas à proposer un suivi différent. On retrouve là encore un implicite de classe dans le fait de poser un rythme spécifique de repas comme la norme à suivre<sup>39</sup>. Pour les professionnelles hospitalières rencontrées, la grossesse est pensée à la fois comme un état rendant nécessaire une modification du mode de vie, et comme une occasion d'influencer le comportement des femmes rendues plus réceptives par l'injonction à prendre soin de leur « enfant ». En cours de préparation à la naissance à la maternité Mauriceau, une sage-femme parle ainsi de « recadrer les comportements alimentaires » en expliquant : « C'est notre rôle aussi de réapprendre à certaines patientes à bien manger » (notes d'observation). La grossesse serait donc une opportunité de discipliner les comportements alimentaires, en d'autres termes de faire adhérer les femmes enceintes à des recommandations nutritionnelles standardisées.
- 26 Du côté des femmes enceintes, leurs propos concernant les prescriptions sanitaires font ressortir des disparités de classe dans l'adhésion au principe de précaution. Si toutes celles qui consommaient de l'alcool ou du tabac disent avoir arrêté ou cherché à réduire au minimum cette consommation, la modification du régime alimentaire est beaucoup moins systématique. Les femmes de classe moyenne, encore plus celles qui attendent leur premier enfant, mettent en œuvre des transformations de leurs habitudes au nom de la prévention des risques. Adèle Quermin, urbaniste, qui vit en couple avec un psychologue, affirme ainsi : « je suis strictement ce qu'on m'a dit ». La modification du mode de vie au nom de la protection de la santé rencontre des dispositions de classe et des revenus qui permettent des consommations relativement onéreuses (produits biologiques, fruits et légumes frais). L'évolution des pratiques alimentaires peut d'ailleurs précéder la grossesse, comme dans le cas d'Adèle Quermin : « on s'était dit que de toute façon fallait que, voilà, qu'on mange un peu plus sainement, donc en fait ça faisait plusieurs mois que déjà on mangeait vachement de légumes, on se faisait nos trucs [maison] » (30 ans, attend son premier enfant, 4<sup>e</sup> mois de grossesse, chargée d'étude en urbanisme ; conjoint 30 ans, psychologue salarié). Pour des femmes appartenant aux milieux populaires, dont les pratiques semblent conformes aux recommandations, préparer des repas maison, par exemple, n'est pas formulé comme

une pratique de préservation de la santé. En l'absence de pathologie avérée, les femmes de classe populaire rencontrées se positionnent plutôt à distance de l'injonction à la prévention<sup>40</sup>.

- 27 L'écart aux prescriptions sanitaires ne doit toutefois pas être vu comme une opposition à la médecine ni comme une absence de préoccupation pour la santé. Il faut plutôt l'aborder sous l'angle de la pluralité normative, comme l'expression d'une définition socialement située de la responsabilité maternelle. Pour les femmes de milieu populaire rencontrées, le soin de soi peut prendre différentes formes, notamment celui de suivre ses envies alimentaires, comme l'exprime par exemple Marine Elfassi. Cette hôtesse d'accueil âgée de 26 ans attend son premier enfant.

« Marine Elfassi : Après sur le fait de... ce qu'il faut manger, pas manger, faire attention à ceci, cela. [...] finalement j'ai tellement eu une grossesse facile et... simple [...] j'ai pas eu de vomissements, j'ai pas eu de nausées [...]. La petite se portait hyper bien, enfin on était en pleine santé toutes les deux, donc... finalement ... ma mère et ma sœur [me disaient] "vis ta grossesse, fais comme t'as envie, mais prends soin de toi quand même, fais attention, ménage-toi mais, si t'as envie de faire des choses ou si t'as envie de manger des choses, si t'as envies, fais-les quoi, enfin, te rebute pas". »

(28 ans, attend son premier enfant, 7<sup>e</sup> mois de grossesse, hôtesse d'accueil en entreprise, de nationalité française ; mari 33 ans, agent de sécurité en entreprise, nationalité marocaine)

- 28 Les propos de Marine Elfassi font ressortir plusieurs éléments. D'une part, un changement du mode de vie n'apparaît pas nécessaire en l'absence de troubles avérés : comme chez d'autres informatrices appartenant aux milieux populaires, c'est une logique curative qui prévaut, plutôt qu'une logique préventive. D'autre part, ce qui serait interprété comme une prise de risque dans une logique de santé publique est pensé comme un moyen de garantir le bon déroulement de la grossesse : prendre soin de soi, c'est agir selon ses envies, se faire plaisir. Enfin, comme d'autres femmes des milieux populaires interrogées, Marine Elfassi mobilise un « modèle familial » de soins, différent du « modèle savant » véhiculé par les professionnel·les de santé et auquel adhèrent davantage les femmes de classe moyenne. Je reprends ici deux pôles de la typologie proposée par Séverine Gojard concernant les soins aux nourrissons<sup>41</sup>, en la transposant aux normes sanitaires pendant la grossesse : les femmes de milieux populaires s'en remettent plus fréquemment à l'expérience et aux conseils de femmes de leur entourage, plutôt qu'à des sources professionnelles ou de vulgarisation (médecins, puéricultrices, livres etc.). Comme dans le cas des cours de préparation à la naissance, étudiés par Carolyn Sargent et Nancy Stark, qui « ont davantage renforcé des prédispositions à accepter les interventions [médicales] construites auprès de la famille et des ami·es, que transformé ces orientations<sup>42</sup> », les normes sanitaires véhiculées par les institutions et professionnel·les de santé semblent plutôt renforcer des dispositions que transformer durablement les pratiques.
- 29 Le travail sanitaire déployé au quotidien par les femmes enceintes, dans ses dimensions cognitives (se renseigner, réorganiser, prévoir...) et pratiques (cuisiner, modifier son emploi du temps, se rendre en consultation...), prend ainsi des formes différentes selon leur position sociale. Il s'inscrit dans les rapports de classe à plusieurs niveaux. D'une part, la position sociale détermine des conditions de vie, de travail, et des ressources disponibles qui ont un effet sur la santé et qui délimitent ce qui est possible ou pas en matière de modification de la vie quotidienne. D'autre part, la position sociale va de pair avec une appréhension située de la santé et de la responsabilité maternelle. Enfin,

ce travail sanitaire est indissociable des rapports de genre qui façonnent l'organisation du travail domestique (division inégalitaire des tâches et des responsabilités) et rémunéré (conditions de travail et horaires plus contraignantes dans les secteurs à majorité féminine).

## Conclusion

- 30 La sanitarisaiton des grossesses s'inscrit dans le prolongement de leur médicalisation. Cette extension des préoccupations sanitaires dans la vie quotidienne prend racine dans l'encadrement médical des grossesses. Dans les interactions avec l'institution hospitalière et avec les professionnel·les de santé, les femmes enceintes sont instituées comme déjà-mères et chargées de préserver la santé du fœtus par l'adoption d'un ensemble de pratiques de prévention. La constitution du fœtus comme objet des soins et la « mystique de la bonne mère » sont ancrés non seulement dans des discours des soignantes et dans les écrits transmis aux patientes (brochures etc.), mais aussi dans l'organisation concrète des soins et dans les pratiques médicales routinières mises en œuvre par les professionnel·les. La modification du mode de vie est instituée en principe de jugement pour évaluer le dévouement des femmes enceintes envers le fœtus, or toutes les femmes ne disposent pas des mêmes ressources pour ce faire et elles ne sont pas également disposées à se conformer à cette définition située de la responsabilité maternelle. En effet, les consignes adressées aux femmes enceintes supposent un individu libre et autonome, responsable de ses choix, ce qui invisibilise les inégalités sociales de santé, les disparités de condition de vie et de travail, et les mécanismes d'interdépendance avec les membres du foyer. Dans la pratique, les femmes assument l'essentiel du travail domestique de soin, qui va de la surveillance de leur propre corps à la préparation de repas équilibrés, en passant par la modification de leur emploi du temps. Elles incorporent une disposition à la vigilance, tout en effectuant un travail d'information auprès de leur conjoint. Ceux-ci adoptent parfois une attitude autoritaire au nom de l'intérêt du « bébé ». Les consignes médicales reposent implicitement sur un mode de vie de classe moyenne. Les femmes des classes moyennes et supérieures sont d'ailleurs celles qui adhèrent le plus au principe de prévention tel qu'il est défini par les institutions et professionnel·les de santé. Les femmes de classe populaire se montrent plus distantes du modèle préventif biomédicale, mais elles mettent en œuvre d'autres principes normatifs pour assurer le bon déroulement de la grossesse. Les préconisations et les jugements sur le mode de vie émis par les professionnel·les de santé risquent alors de reproduire les inégalités de classe et de genre individualisant et en naturalisant au nom de la maternité le travail sanitaire.

---

## BIBLIOGRAPHY

- AKRICH Madeleine et PASVEER Bernike, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Le Plessis-Robinson, Les empêcheurs de penser en rond, 1996.
- ARBORIO Anne-Marie, LECHEN Marie-Hélène et LE PAPE Marie-Clémence, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, 2019, n° 1/10, p. 91-110.
- ARMSTRONG David, « The Rise of Surveillance Medicine », *Sociology of Health & Illness*, 1995, n° 3/17, p. 393-404.
- BLONDEL Béatrice, GONZALEZ Lucie et RAYNAUD Philippe, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016 - Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*, Paris, Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère du Travail, Ministère de l'Action et des Comptes publics, 2017.
- BOULET Elsa, « Avant que l'enfant paraisse. La grossesse en milieu populaire, entre reconduction et renforcement des rapports de domination », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, 2018, n° 111/2, p. 30-49.
- BUNGENER Martine, « Une gestion des corps malades et vieillissants. Le transfert domestique des activités de soins », in FASSIN Didier et MEMMI Dominique (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, p. 109-134.
- BUNGENER Martine, « Logique et statut de la production familiale de santé », *Sciences sociales et santé*, 1987, n° 2/5, p. 45-59.
- BURTON-JEANGROS Claudine, « Surveillance of risks in everyday life: The agency of pregnant women and its limitations », *Social Theory and Health*, 2011, n° 4/9, p. 419-436.
- CAHEN Fabrice, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2014, n° 7/1, p. 34-57.
- CONRAD Peter, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, 1992, n° 1/18, p. 209-232.
- COPELTON Denise A., « "You are what you eat": Nutritional norms, Maternal Deviance and neutralization of Women's prenatal diets », *Deviant Behaviour*, 2007, n° 5/28, p. 467-494.
- CRESSON Geneviève, « Les rôles et tâches multiples de l'entourage des patients (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, 2014, n° 1/32, p. 65-70.
- CRESSON Geneviève, « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », in AÏACH Pierre, CÈBE Dominique, CRESSON Geneviève et PHILIPPE Claudine (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, Presses de l'EHESS, 2001, p. 303-328.
- DARDOT Pierre et LAVAL Christian, *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte, 2010 [2009]
- EL KOTNI Mounia et FAYA ROBLES Alfonsina, « Politiques de santé materno-infantile au Brésil et au Mexique », *Cahiers des Amériques latines*, 2018, n° 88-89/2-3, p. 61-78.



- FASSIN Didier, « Biopouvoir ou biolégitimité ? Splendeurs et misères de la santé publique », in GRANJON Marie-Christine (dir.), *Penser avec Michel Foucault. Théorie critique et pratiques politiques*, Karthala, 2005, p. 161-182.
- FASSIN Didier et MEMMI Dominique (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004.
- FOURNIER Tristan, « Suivre ou s'écarter de la prescription diététique. Les effets du "manger ensemble" et du "vivre ensemble" chez des personnes hypercholestérolémiques en France », *Sciences sociales et santé*, 2012, n°2/30, p. 35-60.
- FOURNIER Tristan et JARTY Julie, « Gouverner les "mille premiers jours de vie" », *Revue des sciences sociales*, 2019, n° 1/61, p. 46-55.
- GILLBORN David, « The micro-politics of macro reform », *British Journal of Sociology of Education*, 1994, n° 2/15, p. 147-164.
- GOJARD Séverine, *Le Métier de mère*, Paris, La Dispute, 2010.
- KAMINSKI Monique, BLONDEL Béatrice et SAUREL-CUBIZOLLES Marie-Josèphe, « La santé périnatale » dans *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, p. 173-192.
- KNIBIEHLER Yvonne, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Rennes, Presses de l'EHESS, 2016.
- LE PAPE Marie-Clémence et PLESSZ Marie, « C'est l'heure du petit-déjeuner ? Rythme des repas, incorporation et classe sociale », *L'Année sociologique*, 2017, n° 1/67, p. 73-106.
- MORGAN Lynn M. et MICHAELS Meredith W. (eds), *Fetal Subjects, Feminist Positions*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1999.
- OAKLEY Ann, *Women Confined. Towards a Sociology of Childbirth*, Oxford, Martin Robertson, 1980.
- PERETTI-WATEL Patrick, SEROR Valérie, DU ROSCOËT Enguerrand et BECK François, *La prévention en question : Attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes*, Paris, INPES, 2009.
- PETERSON Alan et LUPTON Deborah, *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*, London, Thousand Oaks & New Delhi, Sage, 1996.
- QUÉNIART Anne, « Prévention des risques et contrôle social : L'exemple de la maternité », *Déviance et Société*, 1989, n° 4/13, p. 327-337.
- RACIOPPI Aurélie, *La mise en œuvre de l'observance dans le diabète de grossesse. Analyse des rapports sociaux inégalitaires en maternité*, Thèse de Doctorat de Sociologie sous la direction de Mahamet TIMERA, Université Paris Cité, Paris, 2022.
- REY Sylvie, DANET Sandrine et BENREKASSA Judith, *Santé périnatale : Des inégalités sociales et territoriales en France*, Paris, Institut de veille sanitaire, 2015.
- RUHL Lealle, « Liberal governance and prenatal care: risk and regulation in pregnancy », *Economy and Society*, 1999, n° 1/28, p. 95-117.
- SARGENT Carolyn F. et STARK Nancy, « Childbirth Education and Childbirth Models: Parental Perspectives on Control, Anesthesia, and Technological Intervention in the Birth Process », *Medical Anthropology Quarterly*, 1989, n° 1/3, p. 36-51.
- SAUVEGRAIN Priscille, CARAYOL Marion, EGO Anne, CRENN-HERBERT Catherine, BUCOURT Martine et ZEITLIN Jennifer, « Comment comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans

une zone géographique ? L'exemple de la situation en Seine-Saint-Denis », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, février 2015, n° 6-7, p. 116-122.

SCHWARTZ Olivier, « Peut-on parler des classes populaires ? », *La vie des idées* [en ligne], 13 septembre 2011. URL : <https://lavedesidees.fr/Peut-on-parler-des-classes.html>

ST-AMAN Stéphanie, *Déconstruire l'accouchement : Épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique, et praxis technomédicale*, Thèse de Doctorat de Sémiologie sous la direction de Simon HAREL, Université du Québec à Montréal, Montréal, 2013.

THÉBAUD Françoise, « Du soin et rien d'autre ? Les logiques sociales du grand déménagement », *Spirale*, 2010, n° 2/54, p. 31-37.

THÉBAUD Françoise, *Quand nos grands-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1986.

VIGOUREUX Solène, *Évolution de l'activité professionnelle des femmes pendant la grossesse en France. Enquêtes nationales périnatales de 1972 à 2016*, Thèse de Doctorat d'Épidémiologie sous la direction de Virginie RINGA et Marie-Josèphe SAUREL-CUBIZOLLES, Université Paris Sud, Kremlin-Bicêtre, 2018.

ZEITLIN Jennifer, PILKINGTON Hugo, CHARREIRE Hélène, AMAT-ROZE Jeanne-Marie, LE VAILLANT Marc, COMBIER Evelynne et BLONDEL Béatrice, « Surveillance des inégalités sociales de santé périnatale au niveau national à partir des caractéristiques sociales de la commune de résidence des mères », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, février 2015, n° 6-7, p. 110-115.

## NOTES

1. Melissa Carloti, 32 ans, attend son premier enfant, 7<sup>e</sup> mois de grossesse, cadre administrative dans un organisme public de recherche ; conjoint 34 ans, cadre dans une compagnie d'assurance. Tous les prénoms et noms des personnes interrogées ou observées sont des pseudonymes.
2. Françoise Thébaud souligne le recours à des médecins ou sage-femmes pendant la grossesse était rare au début du XX<sup>e</sup> siècle (THÉBAUD Françoise, « Du soin et rien d'autre ? Les logiques sociales du grand déménagement », *Spirale*, 2010, n° 2/54, p. 31-37). Fabrice Cahen souligne l'importance de la Sécurité sociale, à partir de 1945, dans la généralisation des soins médicaux pré et postnataux (CAHEN Fabrice, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2014, n° 7/1, p. 34-57).
3. CONRAD Peter, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, 1992, n° 1/18, p. 209-232.
4. Voir : OAKLEY Ann, *Women Confined. Towards a Sociology of Childbirth*, Oxford, Martin Robertson, 1980 ; AKRICH Madeleine et PASVEER Bernike, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Le Plessis-Robinson, Les empêcheurs de penser en rond, 1996 ; KNIBIEHLER Yvonne, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du xxe siècle*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2016.
5. THÉBAUD Françoise, « Du soin et rien d'autre ? », art. cit.
6. D'après l'Insee, 98 % des naissances ont lieu en hôpital ou clinique et 0,5 % ont lieu à domicile. Pour 1,5 % des naissances, le lieu d'accouchement n'est pas déclaré. Calculs de l'autrice, d'après l'Insee, Données d'état civil, « Tableau 64 : Nés vivants selon la condition de l'accouchement et le groupe d'âges de la mère. Année 2017 ». Champ : France métropolitaine.
7. BLONDEL Béatrice, GONZALEZ Lucie et RAYNAUD Philippe, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016 - Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*, Paris, Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère du Travail, Ministère de l'Action et des Comptes publics, 2017.

8. Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de la santé publique. Source : <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 20/08/2018.
9. ARMSTRONG David, « The Rise of Surveillance Medicine », *Sociology of Health & Illness*, 1995, n° 3/17, p. 393-404.
10. ST-AMAN Stéphanie, *Déconstruire l'accouchement : Épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique, et praxis technomédicale*, Thèse de Doctorat de Sémiologie sous la direction de Simon HAREL, Université du Québec à Montréal, Montréal, 2013, p. 52.
11. JACQUES Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Presses universitaires de France, 2007, p. 19.
12. RUHL Lealle, « Liberal governance and prenatal care : risk and regulation in pregnancy », *Economy and Society*, 1999, n° 1/28, p. 95-117 ; PETERSON Alan et LUPTON Deborah, *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*, London, Thousand Oaks & New Delhi, Sage, 1996.
13. FASSIN Didier, « Biopouvoir ou biolégitimité ? Splendeurs et misères de la santé publique » dans Marie-Christine GRANJON (dir.), *Penser avec Michel Foucault. Théorie critique et pratiques politiques*, Karthala, 2005, p. 166.
14. *Ibid.*, p. 171.
15. CONRAD Peter, « Medicalization and Social Control », art. cit.
16. EL KOTNI Mounia et FAYA ROBLES Alfonsina, « Politiques de santé materno-infantile au Brésil et au Mexique », *Cahiers des Amériques latines*, 2018, n° 88-89/2-3, p. 69.
17. CONRAD Peter, « Medicalization and Social Control », art. cit., p. 223.
18. EL KOTNI Mounia et FAYA ROBLES Alfonsina, « Politiques de santé materno-infantile au Brésil et au Mexique », art. cit., p. 69.
19. CRESSON Geneviève, « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », in AÏACH Pierre et al. (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2001, p. 303-328 ; CRESSON Geneviève, « Les rôles et tâches multiples de l'entourage des patients (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, 2014, n° 1/32 ; BUNGENER Martine, « Logique et statut de la production familiale de santé », *Sciences sociales et santé*, 1987, n° 2/5, p. 45-59.
20. SCHWARTZ Olivier, « Peut-on parler des classes populaires ? », La vie des idées [en ligne], 13 septembre 2011. URL : <https://laviedesidees.fr/Peut-on-parler-des-classes.html>
21. QUÉNIART Anne, « Prévention des risques et contrôle social : l'exemple de la maternité », *Déviance et Société*, 1989, vol. 13, n° 4, p. 331.
22. FASSIN Didier et MEMMI Dominique (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, p. 10.
23. Les noms de métiers sont genrés en fonction des personnes observées sur le terrain : à l'exception d'un diététicien, toutes les soignantes rencontrées étaient des femmes (infirmières, aides-soignantes, sage-femmes, médecins).
24. MORGAN Lynn M. et MICHAELS Meredith W. (eds), *Fetal Subjects, Feminist Positions*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1999.
25. GILLBORN David, « The micro-politics of macro reform », *British Journal of Sociology of Education*, 1994, n° 2/15, p. 147-164.
26. Dans le cas du diabète gestationnel, Aurélie Racioppi montre que l'observance constitue un enjeu des relations entre professions au sein de l'hôpital, et que les professionnel·les de santé déploient des stratégies variées (des plus compréhensives aux plus autoritaires) pour s'assurer de l'observance des patientes (surveillance de la glycémie, régime) : RACIOPPI Aurélie, *La mise en œuvre de l'observance dans le diabète de grossesse. Analyse des rapports sociaux inégaux en maternité*, Thèse de Doctorat de Sociologie sous la direction de Mahamet TIMERA, Université Paris Cité, Paris, 2022.

27. Les caractéristiques des personnes interrogées (âge, profession, situation conjugale, etc.) et de leur conjoint·e sont indiquées quand elles sont connues.
28. BURTON-JEANGROS Claudine, « Surveillance of risks in everyday life : The agency of pregnant women and its limitations », *Social Theory and Health*, 2011, n° 4/9, p. 432.
29. Voir : COPELTON Denise A., « “You are what you eat” : Nutritional norms, Maternal Deviance and neutralization of Women’s prenatal diets », *Deviant Behaviour*, 2007, n° 5/28, p. 467-494.
30. FOURNIER Tristan et JARTY Julie, « Gouverner les “mille premiers jours de vie” », *Revue des sciences sociales*, 2019, n° 1/61, p. 46-55.
31. DARDOT Pierre et LAVAL Christian, *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte, 2010 [2009].
32. FOURNIER Tristan, « Suivre ou s’écarter de la prescription diététique. Les effets du “manger ensemble” et du “vivre ensemble” chez des personnes hypercholestérolémiques en France », *Sciences sociales et santé*, 2012, n° 2/30, p. 35-60.
33. BUNGENER Martine, « Une gestion des corps malades et vieillissants. Le transfert domestique des activités de soins », in FASSIN Didier et MEMMI Dominique (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l’EHESS, 2004, p. 109-134.
34. RUHL Lealle, « Liberal governance and prenatal care », art. cit.
35. <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/medicaments-et-grossesse>, consulté le 30/05/2022.
36. PERETTI-WATEL Patrick et al., *La prévention en question : attitudes à l’égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes*, Paris, INPES, 2009 ; ARBORIO Anne-Marie, LECHEN Marie-Hélène et LE PAPE Marie-Clémence, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, 2019, vol. 10, n° 1, p. 91-110.
37. VIGOUREUX Solène, *Évolution de l’activité professionnelle des femmes pendant la grossesse en France. Enquêtes nationales périnatales de 1972 à 2016*, Thèse de Doctorat d’Épidémiologie sous la direction de Virginie RINGA et Marie-Josèphe SAUREL-CUBIZOLLES, Université Paris Sud, Kremlin-Bicêtre, 2018.
38. KAMINSKI Monique, BLONDEL Béatrice et SAUREL-CUBIZOLLES Marie-Josèphe, « La santé périnatale » dans *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, p. 173-192 ; REY Sylvie, DANET Sandrine et BENREKASSA Judith, *Santé périnatale : des inégalités sociales et territoriales en France*, Paris, Institut de veille sanitaire, 2015 ; ZEITLIN Jennifer et al., « Surveillance des inégalités sociales de santé périnatale au niveau national à partir des caractéristiques sociales de la commune de résidence des mères », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, février 2015, n° 6-7, p. 110-115 ; SAUVEGRAIN Priscille et al., « Comment comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique ? L’exemple de la situation en Seine-Saint-Denis », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, février 2015, n° 6-7, p. 116-122.
39. Le Pape Marie-Clémence et Plessz Marie montrent que l’adoption d’un rythme régulier des repas résulte d’un processus d’incorporation de normes de classe moyenne et renvoie à la recherche de distinction de la part de parents appartenant aux classes populaires stabilisées (LE PAPE Marie-Clémence et PLESSZ Marie, « C’est l’heure du petit-déjeuner ? Rythme des repas, incorporation et classe sociale », *L’Année sociologique*, 2017, n° 1/67, p. 73-106).
40. Voir : BOULET Elsa, « Avant que l’enfant paraisse. La grossesse en milieu populaire, entre reconduction et renforcement des rapports de domination », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, 2018, n° 111/2, p. 30-49.
41. Des formes d’hybridation existent entre ces deux pôles, les conseils transmis par les proches pouvant par exemple être mis à l’épreuve des recommandations des professionnelles. GOJARD Séverine, *Le Métier de mère*, Paris, La Dispute, 2010. Parmi mes enquêtées de classe moyenne ou supérieure, une autre hybridation était repérable : certaines de leurs proches étaient des

professionnelles de santé, ils ou elles pouvaient ainsi jouer le rôle d'informateur-ices privilégiées, garantes de la fiabilité scientifique des conseils donnés.

42. SARGENT Carolyn F. et STARK Nancy, « Childbirth Education and Childbirth Models: Parental Perspectives on Control, Anesthesia, and Technological Intervention in the Birth Process », *Medical Anthropology Quarterly*, 1989, n° 1/3, p. 49.

---

## ABSTRACTS

Based on a field survey conducted in the Île-de-France region between 2014 and 2017, this article examines the limits of the government of bodies and behaviours around pregnancy, in the dual sense of the contours of this government and the tensions at work. The sanitarianisation of pregnancies is approached from the point of view of the work on which it is based: the work of professionals, which consists of influencing and monitoring the behaviour of patients, and the work of pregnant women engaged in the domestic production of care. Pregnancy management is not an impartial application of biological or medical knowledge: it is about controlling women and orienting their behaviour according to a norm of 'good motherhood'. This norm articulates the institution of the foetus as a person and subject of care, the predominance of risk, and the injunction to maternal devotion. It is not merely a discourse but is anchored in the concrete organisation of healthcare and in the routine practices of care providers. Lifestyle modification appears to be the standard for evaluating maternal value. The individualisation of health responsibility conceals the weight of gender and class relations. The preservation of health appears to be a female prerogative, which perpetuates an unequal division of tasks and responsibilities within different-sex couples. Moreover, class determines the living and working conditions and the resources available, which have an effect on health, and which delimit what is possible or not in terms of changes of habits. Class also implies a situated understanding of health and of maternal responsibility.

À partir d'une enquête de terrain réalisée en Île-de-France entre 2014 et 2017, cet article interroge les limites du gouvernement des corps et des conduites autour de la grossesse, au double sens des contours de ce gouvernement et des tensions à l'œuvre. La sanitarisation des grossesses est abordée à partir du travail sur lequel elle repose : le travail des professionnel·les qui consiste à influencer et surveiller le comportement des patientes, et le travail des femmes enceintes engagées dans une production domestique de soins. L'encadrement des grossesses n'est pas une application impartiale de connaissances biologiques ou médicales : il s'agit de contrôler les femmes et d'orienter leurs comportements selon une norme de la « bonne maternité ». Cette norme articule l'institution du fœtus comme personne et sujet des soins, la prédominance du risque, et l'injonction au dévouement maternel. Elle n'est pas qu'un discours, mais elle est ancrée dans l'organisation concrète du parcours de soin et dans les pratiques routinières des professionnel·les. La modification du mode de vie apparaît comme le critère d'évaluation de la valeur maternelle. L'individualisation de la responsabilité sanitaire occulte le poids des rapports de genre et de classe. La préservation de la santé apparaît comme une prérogative féminine ce qui reconduit une division inégalitaire des tâches et des responsabilités au sein des couples de sexe différent. De plus, la position sociale détermine des conditions de vie, de travail, et des ressources disponibles qui ont un effet sur la santé et qui délimitent ce qui est possible ou pas en

matière de modification de la vie quotidienne. La position sociale va également de pair avec une appréhension située de la santé et de la responsabilité maternelle.

## INDEX

**Mots-clés:** Médecine ; alimentation ; maternité ; travail domestique ; fœtus ; risque

**Keywords:** Medicine; food; motherhood; domestic labour; fetus; risk

## AUTHOR

### ELSA BOULET

Elsa Boulet (Centre nantais de sociologie (UMR 6025), Nantes Université – CNRS, Nantes Université, 44312 NANTES Cedex 3) est docteure en sociologie, postdoctorante au Centre nantais de sociologie (Nantes) et chercheuse associée au Centre Max Weber (Lyon – Saint Etienne). Sa thèse de doctorat porte sur la grossesse analysée comme un travail des femmes, encadré par les rapports sociaux de genre, de classe et de race. Ses recherches actuelles, dans le cadre de l'ANR Pulwar, sont consacrées aux inégalités dans les carrières des jeunes médecins.  
elsa.boulet@univ-nantes.fr