

Créer du lien avec le (futur) enfant : une évolution entre psychologisation et médicalisation (1945-1990)

Margaux Roberti-Lintermans (UCLouvain)

margaux.roberti@uclouvain.be

Pour citer cet article : Roberti-Lintermans M (2025) Créer du lien avec le (futur) enfant : une évolution entre psychologisation et médicalisation (1945-1990). *Périnatalité* 17 : 31-37. doi 10.3166/rmp-2025-0238

« La future maman coud, brode ou tricote, et pendant que, joyeux et alertes, points ou mailles s'alignent sur son ouvrage, son imagination se donne libre cours : un petit corps potelé s'agite dans la brassière, une mignonne tête blonde creuse à peine l'oreiller, des bras dodus se tendent, des mains menues jouent avec la lumière... Et le rêve chemine... mais une question l'arrête : "Aurais-je une fille ou un garçon ? " Cette question en amène d'autres : "Vêtirais-je mon bébé de rose ou de bleu ?" » [1].

Cet extrait issu de la revue féminine belge *Femmes d'Aujourd'hui* permet de souligner que la projection de l'enfant se fait sur le bébé après la naissance. Il ne s'agit pas de réfléchir à la constitution actuelle du futur enfant ou de l'embryon, terme au demeurant jamais utilisé dans les années 1950. La journaliste insiste néanmoins sur l'accueil joyeux qui sera réservé à l'enfant, ainsi que les soins et l'amour qu'il recevra peu importe le sexe de l'enfant et donc la couleur de la layette. La grossesse est perçue comme une période d'attente avec une préparation de la layette...

Étudier l'encadrement de la grossesse sur un temps long, de 1945 à 1990, permet de comprendre le regard posé sur le futur enfant par les parents en devenir. À partir des processus de médicalisation et de psychologisation, sur lesquels nous reviendrons, ainsi que leur mise en tension, nous proposons de revenir sur le développement d'un lien que la mère, les discours étant principalement à leur intention, est amenée à construire avec son (futur) enfant.

La recherche doctorale dans laquelle s'inscrit cet article traite des transformations des rôles parentaux et de la régulation de leur exercice de 1945 à 2005 en Belgique francophone [2]. Nous y mobilisons le cadre théorique de l'analyse de discours. Celui-ci est influencé et façonné par le contexte social, et contribue à son tour à façonner la réalité [3]. Cette approche permet d'intégrer les pratiques des parents à travers leur problématisation pour traiter des normes des rôles parentaux et s'intéresser à leur régulation [4]. Dès lors, il ne s'agit pas seulement d'étudier une imposition des normes, mais bien de comprendre les dynamiques de pouvoir et leurs interrelations car il existe une variabilité dans la mise en conformité des mères vis-à-vis des normes de puériculture [5] ou qui entourent la grossesse.

Pour rendre compte de la circulation des discours et de leur influence réciproque, ceux-ci ont été classés en trois catégories : les discours émanant du champ de l'intervention médico-

sociale, les discours médiatiques et les discours experts. Les sources étudiées illustrent cette typologie des discours avec les archives de l'Œuvre nationale de l'Enfance (ONE), les revues *Femmes d'Aujourd'hui* et *La Femme prévoyante*, ainsi que les archives de centres d'études et d'écoles. De plus, dans une approche inductive, les théories des grandes figures scientifiques émanant des sources ont été recontextualisées à partir de la littérature scientifique. Pour compléter ces sources, certains textes législatifs, comme la protection autour de la maternité, et des mesures politiques entourant la grossesse ont été mobilisés.

À travers cette analyse de discours nous mettons à jour deux processus dans lesquels s'intègre l'encadrement de la grossesse et de l'accouchement. Tout d'abord, la médicalisation qui désigne l'action de médicaliser, d'interpréter sous le prisme médical certains états. Il s'agit d'un phénomène caractéristique des sociétés occidentales contemporaines qui transparaît particulièrement dans le suivi médical de la grossesse et de l'accouchement [6]. Il permet aux médecins de revendiquer toutes les activités gravitant autour de la surveillance prénatale. Ces procédures d'intervention médicale se déploient et révèlent une biopolitique qui impose aux individus des gestes, des pratiques, des usages, mais aussi des répartitions dans l'espace qui permettent de coordonner la société et sous-tend son organisation sociale [7]. Ensuite, la psychologisation qui est le fait de soumettre à l'analyse psychologique. Le processus est une tendance à rabattre la culture psychologique sur la culture sociale. Il s'agit de l'importation d'un langage, de représentations et de chaînes d'interprétation de la psychologie dans des univers dont les pratiques étaient auparavant énoncées et analysées selon un autre schéma [8]. Ce phénomène n'est néanmoins pas unilatéral.

Une médicalisation progressive de la grossesse et de l'accouchement (1945-1970)

La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement débute à partir de l'entre-deux-guerres lorsqu'un lien est fait entre la survie de l'enfant et la santé de la mère durant la grossesse [9]. En 1928, les premières consultations prénatales sont mises en place par l'ONE principalement dans les zones rurales afin de compléter l'offre existante dans les hôpitaux [10]. En 1939, environ 6 % des grossesses sont surveillées, alors qu'en 1950 cette proportion passe à 15 %. Ce chiffre reste néanmoins relativement faible comparativement aux 60 % des enfants de moins d'un an qui sont surveillés à travers les consultations de nourrisson [11]. La surveillance de la grossesse et l'accouchement ne sont donc pas des nouveautés mais bénéficient d'un regain d'intérêt après 1945. Les consultations prénatales sont réorganisées et se spécialisent au moment où l'accouchement et la grossesse deviennent des événements majeurs pour le corps médical. Une chute drastique dans la mortalité maternelle s'observe et s'explique par plusieurs facteurs qui s'insèrent dans un processus général d'amélioration des conditions sociales et économiques [11]. L'avènement de la sécurité sociale en 1944 permet la généralisation de l'hospitalisation de l'accouchement dans toutes les classes de la population [12]. 80 % des accouchements sont réalisés à domicile en 1945 alors que cette proportion passe à environ 33 % en 1955 et à moins de 5 % en 1970 [13]. Un autre facteur qui contribue à cette diminution de la mortalité est la diffusion des règles d'hygiène [14].

Les préoccupations de l'ONE autour de la mortalité périnatale : réorganiser les consultations prénatales, éduquer les futures mères et réaménager les hôpitaux

En 1948, l'ONE met en place une commission chargée de produire un rapport sur les consultations prénatales qui revient sur leur rôle, leur organisation et les modifications à apporter. En 1949, l'examen de la future mère, pratiqué dans une consultation prénatale de l'ONE, comprend en théorie : un examen général complet (comprenant le cœur et les poumons), une pesée, un examen obstétrical (y compris une pelvimétrie qui permet de vérifier les dimensions du bassin), une mesure de la pression sanguine, une analyse du sang, une analyse d'urine, une radioscopie des poumons et potentiellement une radiographie du bassin [15]. Dans un souci de lutter contre la mortalité périnatale, la mortalité néonatale, la mortalité maternelle, et de manière plus soutenue la mortalité maternelle, les consultations sont réorganisées avec l'instauration de nouveaux examens, comme l'examen cytologique, et la spécialisation du personnel. La direction de l'ONE se réjouit alors de ces modifications qui entraînent une fréquentation accrue des consultations : « *Nos efforts ont porté sur l'amélioration de l'installation, de l'équipement, de l'organisation et du fonctionnement technique des consultations prénatales. La quasi-totalité de celles-ci est maintenant desservie par un ou plusieurs médecins spécialisés en gynécologie et obstétrique. La valeur du service médical s'en trouve accrue, comme le prestige auprès des futures mères.* » [16].

L'ONE encourage également la fréquentation des consultations prénatales par les futures mères en diffusant des brochures. Ainsi Colette, future maman [17] décrit le déroulé étape par étape de la consultation avec l'accueil, la prise en charge, la récolte d'informations et les manipulations exercées sur le corps des futures mères. L'objectif de ces brochures est d'informer les mères pour les rassurer afin de les encourager à fréquenter les consultations prénatales, tout en leur fournissant quelques conseils d'hygiène et d'alimentation. Ces consultations prénatales servent également de lieux d'éducation pour les mères et visent principalement une population ouvrière. L'ONE met ainsi à disposition une variété de brochures, tandis que les infirmières et médecins sont chargés de les informer sur les différents stades de leur grossesse lors d'entretiens ou de leur dispenser des cours de préparation à l'accouchement.

En plus de la réorganisation des consultations et de la diffusion de brochures pour encadrer et éduquer les mères, l'ONE propose un règlement d'agrégation des maternités au milieu des années 1950 avec de nouvelles exigences. Celles-ci portent « *non seulement sur l'équipement matériel mais également sur le fonctionnement, et en particulier sur la haute qualification et sur les effectifs du personnel tant médical que paramédical* » [18]. Le premier point concerne la professionnalisation du personnel hospitalier avec la présence obligatoire de médecins, de pédiatres, d'infirmières-chefs, d'infirmières hospitalières ou d'accoucheuses et de personnel affecté à la salle d'accouchement [19]. Les sages-femmes voient leur rôle diminuer dans la structure hospitalière, alors qu'il était primordial pour les accouchements à domicile. Pour les médecins titulaires des maternités, le règlement propose un renforcement des critères de sélection : la nécessité d'avoir exercé pendant 4 ans avec comme spécialité principale la gynécologie et l'obstétrique, et d'avoir été assistant d'un médecin universitaire. La seconde grande thématique de cette nouvelle réglementation proposée par l'ONE concerne la structure hospitalière en tant qu'espace. Les bâtiments doivent être équipés d'une salle d'opération, posséder une installation de radiographie ou être en liaison avec l'une d'entre elles, disposer d'un service de laboratoire, être capable d'effectuer de jour et de nuit et dans les plus brefs délais des transfusions de sang. Une salle de soins et de

réanimation pour les nouveau-nés doit être disponible à côté de la salle d'accouchement. Ces modifications participent d'un mouvement d'aménagement des hôpitaux [20]. Les nouvelles structures ne sont désormais plus conçues sur un mode pavillonnaire, mais compact avec la construction de tours verticales. L'hôpital est également une opportunité pour éduquer les mères ainsi que les visiteurs et visiteuses avec des campagnes d'affichage.

L'accouchement sans douleur par psychoprophylaxie (1955)

Alors que les accouchements en milieu hospitalier deviennent la norme dans les années 1950, la parturition et l'accompagnement en amont sont repensés par l'arrivée d'une nouvelle méthode d'accouchement au milieu des années 1950 : l'accouchement sans douleur par psychoprophylaxie. Comme en France, la méthode se répand d'abord grâce à des militants communistes avant d'être progressivement institutionnalisée [21,22]. En Belgique, Jo Boute, assistant en gynécologie-obstétrique à la maternité Saint-Pierre à Bruxelles, parvient à convaincre Jean Snoeck, directeur de l'hôpital et futur président du Comité médical supérieur de l'ONE, de la pratiquer. Ce type d'accouchement consiste en une préparation physique et morale de la future mère, et de son mari. La préparation physique contient des exercices de contrôle de la respiration, tandis que la préparation morale comprend surtout une information de la future mère sur son propre corps, sur le fœtus et sur le déroulement de l'accouchement. L'objectif de ce type d'accouchement est de prévenir l'apparition de la douleur plutôt que la prendre en charge avec des produits pharmacologiques [23]. L'ONE l'instaure progressivement dans ses consultations prénatales, ce qu'atteste la brochure *Colette, future maman*, à travers notamment la promotion des cours de préparation à la maternité : « Vous y apprendrez comment bébé se forme et se développe en vous, comment vous allez le mettre au monde et une foule d'autres choses aussi intéressantes qu'utiles pour vous. Les cours de préparation à l'accouchement vous entraînent, comme le nom l'indique, par des leçons et des séances de gymnastique spéciale à mettre facilement votre bébé au monde. Vous apprendrez aussi quelques exercices simples qui vous permettront de retrouver rapidement après l'accouchement votre plat taille fine, sens bien soutenu. » [24].

L'objectif de cette méthode d'accouchement est également que la mère soit active durant l'accouchement, qu'elle soit consciente de celui-ci pour qu'elle puisse mieux le vivre. Une médiatisation de la méthode passe à travers les revues féminines *Femmes d'Aujourd'hui* et *La Femme prévoyante*. La première, revue la plus vendue en Belgique et d'obédience catholique, vante la méthode en s'appuyant sur son fondement scientifique, ainsi que sur l'approbation par l'Église catholique [25]. Les femmes prévoyantes socialistes, à travers la seconde revue, se prononcent également en faveur de cette méthode d'accouchement [26]. Lorsque celle-ci échoue, il en incombe souvent à la responsabilité de la mère qui a mal suivi les cours de préparation à l'accouchement, ou parce que l'entourage n'est pas suffisamment enthousiaste. Des critiques émergent de la part de mouvements féministes un peu plus tardivement. Elles dénoncent la discipline qui est à l'oeuvre sur la manifestation des douleurs, les mères devant rester calmes pendant l'accouchement, même si elles ressentent de la douleur [27].

Le développement de la protection sociale autour de la maternité

En 1971, une loi sur la protection de la maternité permet de rassembler et d'uniformiser les textes législatifs existants. Liée à la fois au droit du travail et de la sécurité sociale, elle résulte de longues négociations et n'aurait pu voir le jour sans le concours des mouvements féminins et féministes depuis le 19^e siècle [28]. Après la Seconde Guerre mondiale, un arrêté du Régent du 21 mars 1945 [29] rend l'assurance maladie d'invalidité obligatoire, ce qui introduit le remboursement des frais médicaux liés à la grossesse et l'accouchement. Il met en place une indemnité de maternité couvrant des congés de six semaines avant et la même durée après l'accouchement. Le 17 mars 1948, une loi rend ce congé effectif et obligatoire pour les employées et ouvrières. En 1963, un arrêté loi du 28 février organise la protection des femmes enceintes ou allaitantes sur leur lieu de travail. En 1967, le congé maternité est porté à 14 semaines (dont 8 semaines postnatales obligatoires). L'employeur a désormais pour interdiction de licencier la travailleuse en raison de sa grossesse, pratique courante dans les décennies précédentes [30], et doit soustraire son employée aux risques encourus en raison de son métier. Finalement, la loi du 16 mars 1971 coordonne l'ensemble de la législation existante et l'organise autour de trois thèmes ; la protection contre le licenciement, le congé de maternité et les travaux interdits [31]. L'obtention de certains de ses droits va être soumise à l'obligation de présenter un certificat médical, qui contraint le passage par un médecin pour prouver la grossesse.

Au plus proche du fœtus : de la technique à la relation affective (1970-1990)

La médicalisation de la grossesse et l'accouchement se poursuit avec un encadrement grandissant des futures mères dans les années 1970. Cette surveillance se fait de plus en plus précise avec l'essor de l'imagerie médicale. Utilisée pour la première fois dans le domaine de la gynécologie aux États-Unis à la fin des années 1950, l'échographie se diffuse ensuite en Europe. Le perfectionnement de l'amniocentèse, le développement de l'étude de la génétique des cellules et l'application de nouvelles approches biochimiques aux fluides amniotiques des femmes enceintes installe le diagnostic prénatal dans le suivi des grossesses [32]. Désormais, il est possible de montrer, images à l'appui, les différents stades de développement de l'embryon puis du fœtus. La réalité de la grossesse est confirmée par un fait scientifique, apporté par l'expertise médicale à travers l'échographie dont l'utilisation augmente, mais aussi grâce à la diffusion de tests de grossesse vendus librement dans les années 1970 [33].

En parallèle, les discours psychologiques, cantonnés jusque-là dans les milieux experts de langue anglaise, percolent progressivement dans le discours médiatique. En 1959, le pédiatre et psychanalyste Donald Winnicott définit la folie maternelle normale en soutenant que cet état presque pathologique serait indispensable à la relation mère-enfant et au bon développement de l'enfant. Grâce à la psychanalyse, il parvient à imposer dans les sciences médicales une idée assez ancienne : l'anxiété et l'angoisse font partie des sentiments physiologiques de la mère qui sont nécessaires pour être à l'écoute de son nourrisson [34].

L'action de l'ONE à travers campagne et brochures : une mise à disposition des femmes enceintes

L'action de l'ONE dans l'encadrement de la santé des futures mères s'accroît avec le développement de campagnes de prévention autour de la prématurité, notamment en 1978.

La sociologue, Elsa Boulet a théorisé la triple disponibilité qui est attendue de la part des mères enceintes : temporelle par un parcours de soins standardisé et intensif, corporelle par la soumission aux multiples observations et interventions du corps médical sur leur corps, et subjective par l'intériorisation des injonctions liées à la surveillance de leur état physique [35]. Cette triple disponibilité est mise en place notamment à travers les campagnes et les brochures de l'ONE [36], tandis que la presse féminine se fait le relais des conseils [37] et appelle à développer la prévention autour de la grossesse [38]. Les femmes enceintes sont enjointes à se reposer, à arrêter de fumer, à manger correctement, à éviter une série de loisirs ou de pratiques pour prévenir une éventuelle prématurité de leur nouveau-né. Les arguments mobilisés concernent le bien-être de l'enfant à venir alors que les actions visent le quotidien des femmes enceintes.

L'essor de l'imagerie médicale

En parallèle de cet encadrement de la santé des futures mères, une humanisation du fœtus est à l'oeuvre à travers l'essor de l'imagerie médicale. Le fœtus, ainsi que son évolution, est désormais visible dans la presse à travers des photographies, ce qui permet de représenter le futur enfant [39]. Il devient le centre de l'attention alors que la mère n'est plus visible qu'à travers le liquide amniotique. Elle est perçue principalement comme un potentiel danger à travers les campagnes de prévention. Trois échographies sont alors demandées : durant les premières semaines, autour de la 20^e semaine et au dernier mois. L'échographie a une fonction avant tout de surveillance médicale, mais permet aussi de penser l'enfant par sa représentation visuelle qui lui donne une individualité [40], tout en donnant l'opportunité au moment même de pouvoir espérer une réaction [41]. Dès lors que cette individualité est créée, elle rend possible une connexion entre la mère et l'enfant. De plus, elle fait préexister le fœtus avec une photo de l'échographie qui sert de preuve scientifique auprès de l'entourage de la famille [42] et engendre également la sexuation de l'enfant à venir [43]. Il est alors nécessaire de créer un lien avec une entité à part qui est humanisée. Le corps de la mère disparaît et acte la séparation entre les besoins de l'enfant à naître et de la femme enceinte [44].

Une diffusion de l'expertise psychologique dans les médias

Cette représentation visuelle du futur enfant par l'imagerie médicale s'accompagne d'une diffusion de théories en psychologie dans la presse féminine. En 1980, le couple formé par Monique, professeure de puériculture, et Gérard Bonnet, docteur en psychologie, débute une nouvelle rubrique dans *Femmes d'Aujourd'hui* intitulée « Connaître son enfant ». Le premier article publié s'intitule : *Choisir son prénom* [45]. À partir de leur pratique quotidienne, ils développent un argumentaire sur l'importance du choix du prénom pour éviter des traumatismes futurs à l'enfant. Ils brandissent ainsi des cas d'enfants ou d'adultes qui sont agoraphobes, délinquants, pour justifier l'importance du choix du prénom considéré comme le fondement de la vie du futur enfant. Cette rubrique plus largement leur permet de diffuser les recherches récentes en psychologie, comme les travaux de Donald Winnicott. Ils encouragent également l'encadrement psychologique durant la grossesse qui est perçue comme une période de crise, de modification psychique durant laquelle la future mère doit être prise en charge [46]. En parallèle, le couple fait la promotion de techniques telle que l'haptonomie [47], insiste sur le fait que l'environnement de la mère est très important pour

le futur enfant [48], et sur la nécessité de construire un lien entre le fœtus et la mère. Ils encouragent ainsi les parents à communiquer avec le fœtus par la parole, le toucher [49], et éventuellement le chant [50]. Gérard et Monique Bonnet défendent l'idée que le fœtus ressent tout ce que la mère ressent, et le comparent à un satellite espion [51]. Ils contribuent donc plus largement à diffuser un discours psychologique à travers un grand média, tout en venant appuyer le discours médical, en encourageant à ce que la mère prenne soin de sa santé, de son hygiène, de son mode de vie [52]. Par cette volonté de vulgarisation, ils contribuent à la « proto-professionnalisation » des parents qui s'emparent des notions diffusées par les spécialistes et y recourent dans leur quotidien. Les problèmes que les parents rencontrent sont redéfinis en fonction des termes empruntés au vocabulaire professionnel [53].

Mise en tension entre médicalisation et psychologisation autour de l'accouchement

Majoritairement, les discours psychologique et médical s'entendent et se renforcent l'un et l'autre [54]. Il n'y a pas de rupture de pensées entre psychologues et médecins dans les discours dominants [55]. Néanmoins, des tensions apparaissent dans les années 1970 avec l'accouchement sans douleur et la naissance sans violence. En 1974, Frédéric Leboyer publie l'ouvrage *Pour une naissance sans violence* [56] qui apporte une nouvelle vision de l'accouchement, défendue par Jo Boute en Belgique. L'enfant est au centre du processus alors que la naissance est perçue comme un potentiel traumatisme avec des conséquences à long terme qu'il faut éviter. La salle d'accouchement doit être dans la pénombre pour éviter toute agression de la lumière, le bruit doit être restreint et l'entourage est responsabilisé vis-à-vis de leur comportement pour que tout se déroule en douceur. L'accouchement est présenté comme une rupture qui doit faire place rapidement à un rassemblement de l'enfant et de sa mère par le contact physique [57]. L'aspect médicalisé n'est pas complètement mis de côté, mais il est restreint jusqu'à ce qu'il soit nécessaire.

Des avis contradictoires apparaissent dans les médias avec des critiques qui mettent en avant la mise de côté de la mère ou l'importance de la place du psychologique au détriment du médical [58]. Toutefois, il n'y a pas de remise en question de la médicalisation globalement et chaque titre de presse s'appuie en cohérence avec son objectif. Les femmes prévoyantes socialistes défendent la dimension politique d'une naissance en accord avec des principes d'égalité [59]. Pour *Femmes d'Aujourd'hui*, les avis sont plus nuancés en fonction des journalistes [60], tandis que le couple Bonnet s'appuie sur le registre psychologique [61]. Ce dernier considère que la naissance est un traumatisme et qu'il y a une nécessité pour la mère aussi de renaître à travers l'accouchement s'alignant ainsi sur une psychopathologisation de la grossesse.

La vision de la naissance comme un traumatisme est également partagée par le mouvement *Rebirth*. Pour pouvoir se départir de ces traumatismes, le mouvement propose de revivre sa naissance en utilisant une technique de régénération par le souffle comprenant des exercices qui mobilisent la respiration pour mener à une hyperventilation. L'objectif alors est de revivre la naissance pour s'en donner une nouvelle et se libérer du traumatisme [62]. Ce principe de renaissance s'appuie sur des théories en psychologies qui mobilisent de figures de la psychanalyse comme Melanie Klein, John Bowlby ou encore Donald Winnicott. Ce

mouvement, qui reste minoritaire, fait ressurgir un point de tension avec le corps médical. Celui-ci va supplanter ce mouvement qui ne parviendra jamais à s'étendre et à se généraliser.

Progressivement, l'anesthésie par péridurale se généralise dans la presse féminine. Elle cohabite avec l'accouchement sans douleur par psychoprophylaxie dont quelques exercices de préparation à l'accouchement sont maintenus. Toutefois, l'anesthésie péridurale fait l'unanimité dans les revues et le sujet finit par ne plus être traité. Ces tensions autour des méthodes d'accouchement indiquent que l'accouchement est considéré comme un moment important. Il cristallise les opinions et rend compte du développement de tensions entre différents types de discours, mouvements et professions.

Conclusion

Le processus de médicalisation de la grossesse et de l'accouchement débute durant l'entre-deux-guerres et s'accroît après la Seconde Guerre mondiale. L'ONE contribue largement à ce phénomène à travers l'augmentation du nombre de consultations prénatales, ainsi que leur spécialisation. En parallèle, la diffusion de brochures encourage leur fréquentation tout en dispensant des conseils. Ce mouvement de spécialisation touche également les maternités. Il est attendu des futures mères de se détacher des savoirs populaires et d'adhérer à cette médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Elles doivent fréquenter une consultation prénatale, ou du moins un médecin privé, et accoucher à l'hôpital. Le cadre législatif contribue à ce processus en subordonnant l'indemnité d'accouchement à l'introduction d'un certificat médical de grossesse qui oblige dès lors l'examen par un médecin.

Dans un second temps, la médicalisation s'accroît ainsi que la surveillance de la santé des futures mères. La prévention autour de la prématurité intensifie cet encadrement et la disponibilité des femmes enceintes pour se soumettre au contrôle de leur corps, dégager du temps et intégrer les injonctions. En parallèle, le développement de l'imagerie médicale ainsi que la diffusion de théories en psychologie donnent une individualité au futur enfant tout en séparant ontologiquement les besoins de la mère et du futur enfant. La majorité du temps, ces processus de médicalisation et de psychologisation s'entendent. Dans de rares occasions, ils entrent en confrontation comme pour l'accouchement sans douleur ou la naissance sans violence démontrant l'importance accordée à l'accouchement.

L'étude de ces évolutions permet de saisir les normes qui sous-tendent ces discours. Les futures mères sont de plus en plus responsabilisées dans le devenir de leur enfant. Les pères restent majoritairement en retrait alors que cette responsabilité devient de plus en plus précoce. Le lien qui unit la mère à l'enfant doit se construire dès lors qu'il est représenté.

Cette vision se construit au croisement de la médicalisation et la psychologisation de la grossesse et de l'accouchement durant la seconde moitié du 20^e siècle. La possibilité, aujourd'hui, de créer un avatar d'un fœtus sur une application, et que celui-ci adresse ses besoins à sa future mère par des notifications, est révélatrice de l'évolution de la conceptualisation du lien.

Références

- 1 • A L (1952) Aurai-je une fille ou un garçon ? Femmes d'Aujourd'hui 357:20
- 2 • Roberti-Lintermans M (2024) Être de « bons » parents. Les transformations des rôles parentaux et de la régulation de leur exercice en Belgique francophone. Thèse de doctorat. Université Catholique de Louvain
- 3 • Darmon M (1999) Les entreprises de la morale familiale. Fr Politics Cult Soc 17:5
- 4 • Odier Da Cruz L (2018) Métamorphoses de la figure parentale. Analyse des discours de l'École des parents de Genève (1950 - 2010). Antipodes, Lausanne, p. 28
- 5 • Gojard S (2010) Le métier de mère. La dispute, Paris
- 6 • Knibiehler Y, Fouquet C (1983) La femme et les médecins : analyse historique. Paris, Hachette, 333 p
- 7 • Conrad P (1992) Medicalization and Social Control. Annu Rev Sociol 18:209
- 8 • Bresson M (2012) La psychologisation de l'intervention sociale : paradoxes et enjeux. Informations sociales 169-1:6875
- 9 • Gijbels J, Wils K (2021) Medicine, health and gender. In: Vandendriessche J, Majerus B (dir.) Medical histories of Belgium: New narratives on health, care and citizenship in the nineteenth and twentieth centuries. Manchester, Manchester University Press, p. 45
- 10 • Humblet P, Masuy-Stroobant G (2004) Mères et nourrissons. De la bienfaisance à la protection médico-sociale (1830-1945). Labor, Bruxelles, p. 211
- 11 • Masuy-Stroobant G (1983) Les déterminants individuels et régionaux de la mortalité infantile : la Belgique d'hier et d'aujourd'hui. CIACO, Louvain-la-Neuve, p. 485
- 12 • Humblet P, Masuy-Stroobant G (2004) Mères et nourrissons. De la bienfaisance à la protection médico-sociale (1830-1945). Labor, Bruxelles, p. 220
- 13 • Masuy-Stroobant G (1983) Les déterminants individuels et régionaux de la mortalité infantile : la Belgique d'hier et d'aujourd'hui. CIACO, Louvain-la-Neuve, 2557
- 14 • Knibiehler Y, Fouquet C (1977) Histoire des mères : du Moyen-Âge à nos jours. Éd. Montalba, Paris, p. 325
- 15 • Procès Verbal (PV) du Comité Médical Supérieur (CMS), Procès Verbaux(PV) Organes de direction de l'oeuvre Nationale de Enfance (ONE), 108, oeuvre Nationale de l'Enfance (ONE), Centre d'Archives et de Recherches pour l'Histoire des femmes (CARHIF) , 09/04/1949, p. 1-2
- 16 • Annexe 18e séance 1954, PV organes de direction, ONE, CARHIF, 09/11/1954, p. 4
- 17 • Consignes aux travailleuses sociales attachées aux oeuvres. 152, Colette future maman, ONE, CARHIF, (s.d.)
- 18 • 16e séance 1955 du Bureau, PV organes de direction, 48, ONE, CARHIF, 25/10/1955, p.4
- 19 • Annexe 17e séance 1955 du Bureau : Règlement d'agrégation des maternités, PV organes de direction, 48, ONE, CARHIF, 08/11/1955
- 20 • Leclercq V, Leblon V (2021) The material culture of caring and curing. In: Vandendriessche J, Majerus B (dir.) Medical histories of Belgium: new narratives on health, care and citizenship in the nineteenth and twentieth centuries. Manchester University Press, Manchester, p. 24480
- 21 • Vuille M (2017) L'obstétrique sous influence : émergence de l'accouchement sans douleur en France et en Suisse dans les années 1950. Revue Hist Mod Contemp 64-1:116-49
- 22 • Caron-Leulliez M, George J (2004) L'accouchement sans douleur : histoire d'une révolution oubliée. Éditions de l'Atelier, Paris, 288 p
- 23 • Vuille M (2015) L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950- 1980. Trav Genre Soc 34:39-56

- 24 •** « Colette future maman », Consignes aux travailleuses sociales attachées aux oeuvres (s.d.) 152, ONE, CARHIF, p. 19
- 25 •** Neve D (1960) L'accouchement sans douleur. FA 775: 24-25 et 54
- 26 •** (1956) J'ai vu naître mon Bébé ! Femme prévoyante 1:26
- 27 •** « Mères femmes ». Les Cahiers du GRIF 17-18 (1977)
- 28 •** Marissal C, Peemans-Poullet H (2018) Protection de la mère travailleuse. In: Gubin E, Jacques C, Marissal C (dir.), Encyclopédie d'histoire des femmes : Belgique, XIXe-XXe siècles. Racine, Bruxelles, p. 47679
- 29 •** Arrêté loi du 21 mars 1945 concernant l'organisation de l'assurance obligatoire en cas de maladie ou d'invalidité, *Moniteur belge*, 28/03/1945. Pour davantage d'informations sur sa mise en place, voir : Carlier M (1980) La genèse de l'assurance maladie-invalidité obligatoire en Belgique. In: Courrier hebdomadaire du CRISP 872-873-7-8:148
- 30 •** Marissal C (2019) Mères et pères : le défi de l'égalité (Belgique, 19e-21^e siècle). IEHF, Bruxelles, p. 103
- 31 •** Jacqumain J (2019) Protection de la maternité. Kluwer, Waterloo, p. 1
- 32 •** Löwy I (2018) Tangled Diagnoses. Prenatal testing, women, and risk. The university of Chicago Press, Chicago
- 33 •** D'Hooge V (2013) Spéculum, miroir et identités : Le self help gynécologique à Bruxelles dans les années soixante-dix. In: Sextant 30: 155
- 34 •** Arena F (2020) Trouble dans la maternité : pour une histoire des folies puerpérales, XVIIIe-XXe siècle. Presses universitaires de Provence, Aix-en- Provence, p. 125
- 35 •** Boulet E (2021) La triple journée des femmes enceintes. In: Enfances, Familles, Générations 38: 6
- 36 •** Milis M (1978) Support audiovisuels destinés à appuyer la campagne de prévention de la prématurité menée par l'ONE. L'Enfant 6:435-48
- 37 •** Ullin C (1975) Vous attendez un bébé... Voici comment assurer son « bien naître ». FA 1552:35
- 38 •** Par exemple : (1981) Attendre un enfant. In: FP 5: 12 ou Jarry M (1979) À quand des mesures préventives obligatoires ? FA 22:12-7
- 39 •** Ullin C (1971) La merveilleuse histoire du bébé avant sa naissance. FA 1361:57-60
- 40 •** Delvaux C (1992) L'enfant imaginaire. FA 3:16
- 41 •** (1996) Se préparer à l'échographie. FA 22:36
- 42 •** Jacques B (2007) Sociologie de l'accouchement. PUF, Paris. p. 13
- 43 •** Larrieu G (2021) Naître déjà fille ou garçon. Processus d'humanisation et de sexuation du fœtus pendant la grossesse. Terrains & travaux 39-2:241266
- 44 •** Lupton D (2012) Configuring maternal, preborn and infant embodiment. Sydney Health & Society Group Working Paper 2: 5
- 45 •** Bonnet M, Bonnet G (1980) Choisir son prénom. FA 46:25
- 46 •** Vozari A-S (2015) Si maman va bien, bébé va bien. La gestion des risques psychiques autour de la naissance. Recherches familiales 12-1:158
- 47 •** Bonnet M, Bonnet G (1982) Avant la naissance. Communiquer par le toucher. FA 43:45
- 48 •** Bonnet M, Bonnet G (1982) Avant la naissance. Il a besoin de paix et de tranquillité. In: FA 39:29
- 49 •** Bonnet M, Bonnet G (1982) Avant la naissance. Communiquer par le toucher. In: FA 43: 45

- 50 •** Bonnet M, Bonnet G (1982) Avant la naissance. Il préfère les voix graves. In : FA 41 :49 ;
Bonnet M, Bonnet G (1982) Avant la naissance. De la musique avant toute chose. In: FA 42:
31
- 51 •** Bonnet M, Bonnet G (1982) Avant la naissance. Il participe à votre vie la plus intime. In:
FA 40: 42-43
- 52 •** Bonnet M, Bonnet G (1980) Attendre un enfant aujourd'hui. In: FA 47: 25
- 53 •** Vandenbroeck M (2004) In verzekerde bewaring: honderd vijftig jaar kinderen, ouders
en kinderopvang. SWP, Amsterdam. p. 154
- 54 •** Camus J, Oria N (2011) Apprendre à être parent à la maternité : transmission et
concurrence des savoirs. Revue Fr Pedagog 176: 11
- 55 •** Vandenbroeck M (2018) De staat van het kind - Het kind van de staat: Naar een
pedagogiek van de voorschoolse voorzieningen. Gompel & Svacina, Oud- Turnhout, p. 70-71
- 56 •** Leboyer F (1974) Pour une naissance sans violence. Seuil, Paris
- 57 •** Bonnet M, Bonnet G (1980) Accueillir le nouveau-né. In: FA 53: 15
- 58 •** Lannoy J (1977) De l'accouchement naturel à l'accouchement électronique. Lequel
choisir ? In: FA 43: 14.
- 59 •** Muson M C (1983) Une douce aventure. In: FP 3: 9
- 60 •** Jarry M (1978) Autour de la naissance sans violence. In: FA 24: 10-12 ; Lannoy J (1977)
De l'accouchement naturel à l'accouchement électronique. Lequel choisir ? In: FA 43: 14
- 61 •** Bonnet M, Bonnet G (1982) Que voit-il à la naissance ? In: FA 8: 26
- 62 •** Leblanc-Joris M [s.d.] Mon chemin vers le prénatal. In: Renaître Rebirthérapie. Vers le
prénatal, le périnatal en psychothérapie