

DES GROSSESSES ENTRE « TROUILLE FOLLE » ET « BULLE DE BONHEUR ». LE DISCOURS DU RISQUE DE PROFESSIONNELLES DE L'ACCOMPAGNEMENT DES GROSSESSES

Edmée Ballif

in Claudine Burton-Jeangros *et al.*, *Accompagner la naissance*

BSN Press | « A contrario Campus »

2014 | pages 115 à 132

ISBN 9782940516148

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/accompagner-la-naissance--9782940516148-page-115.htm>

Pour citer cet article :

Edmée Ballif, « Des grossesses entre « trouille folle » et « bulle de bonheur ». Le discours du risque de professionnelles de l'accompagnement des grossesses », in Claudine Burton-Jeangros *et al.*, *Accompagner la naissance*, BSN Press « A contrario Campus », 2014 (), p. 115-132.

Distribution électronique Cairn.info pour BSN Press.

© BSN Press. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Des grossesses entre « trouille folle » et « bulle de bonheur ». Le discours du risque de professionnelles de l'accompagnement des grossesses

EDMÉE BALLIF

« Maintenant on est dans un monde hyper médicalisé. On voit tout en facteurs de risque. » Par ces mots, Cécile¹, sage-femme conseillère dans un service d'accompagnement des grossesses dans lequel je mène ma recherche, m'a exprimé sa critique à l'égard de la médicalisation et de l'expansion de la notion de risque autour de la grossesse. Pour elle comme pour ses collègues (le service regroupe une vingtaine de sages-femmes et d'assistantes sociales), les entretiens et le suivi qu'elles proposent aux futurs parents se différencient clairement d'un accompagnement « médical ». Elles, elles sont « dans le psychosocial », selon leur expression. Dans le même temps et paradoxalement, mon insertion dans leur service m'a permis d'apprendre que certaines informations doivent être, selon les protocoles, toujours transmises aux futurs parents – les risques liés à la dépression post-partum, à la violence conjugale et aux dépendances – faisant ainsi des professionnelles des transmettrices de discours qu'elles-mêmes qualifient de médicaux. Entre le rejet du discours du risque médical et sa reproduction, je me propose d'explorer les différentes nuances et définitions des risques dans l'accompagnement psychosocial des grossesses.

Dans ce qui suit, je commencerai par présenter la manière dont la notion de risque est apparue comme pertinente dans le cadre de l'enquête de terrain. Ensuite, je développerai trois aspects du discours du risque dans l'accompagnement des grossesses.

¹ Tous les prénoms cités sont des pseudonymes.

Accompagnement des grossesses et risque

Le service d'accompagnement des grossesses² auquel je me suis intéressée a été créé en 1986 dans un canton romand, au sein d'une fondation privée. La raison de cette initiative est une loi fédérale de 1981 qui exige que soient offertes dans chaque canton des consultations gratuites en cas de grossesse³. La première collaboratrice du service a été une sage-femme qui a rapidement été rejointe par une assistante sociale. Convaincues par leur collaboration, ces deux pionnières ont fait du « travail en tandem » entre une sage-femme et une assistante sociale le modèle structurel du service. À ce jour, des « tandems » offrent des consultations gratuites pour les futurs parents dans neuf centres régionaux (entièrement financés par le canton). Une dizaine de sages-femmes conseillères et une demi-douzaine d'assistantes sociales travaillent dans le service, ainsi qu'une cheffe de service ; l'équipe est exclusivement féminine. Les consultations se veulent ouvertes aux femmes comme aux hommes, mais dans les faits seul un tiers d'entre elles a lieu en présence du conjoint ou père du futur enfant.

La recherche ethnographique

J'ai mené entre 2011 et 2013 une recherche ethnographique auprès de ces professionnelles. Pendant cette période, j'ai assisté à une trentaine de réunions du service, mené des entretiens individuels avec la plupart des sages-femmes et assistantes sociales, assisté à une quinzaine de consultations et réuni des documents officiels du service (*guidelines*, protocoles de collaborations, profils de postes, etc.). Dans ce chapitre, je m'appuierai essentiellement sur des écrits (documents) et des dits (extraits d'entretiens menés avec les sages-femmes et les assistantes sociales), ces deux types de discours

² La notion d'« accompagnement des grossesses » est la mienne et je l'utilise faute de mieux pour désigner l'activité du service étudié. Pour des raisons pratiques, j'ai emprunté cette expression à Bettoli (2003) et à Méan *et al.* (2005) qui l'ont utilisée pour le contexte romand. Les collaboratrices elles-mêmes n'ont pas de terme clair pour désigner leur travail : elles se réfèrent soit à l'intitulé de leur poste (« je fais un travail de sage-femme conseillère »), soit à des termes plus vagues comme « information », « conseil » ou « soutien ».

³ « [1] En cas de grossesse, les personnes directement intéressées ont droit à des consultations gratuites et à une aide. [2] Elles seront informées de l'assistance privée et publique sur laquelle elles peuvent compter pour mener la grossesse à terme, sur les conséquences médicales d'une interruption et sur la prévention de la grossesse. [3] Les cantons instituent des centres de consultation pour tous les problèmes relatifs à la grossesse. Ils peuvent en créer en commun, reconnaître ceux qui existent déjà et faire appel à des organismes privés pour en assurer l'aménagement et le fonctionnement. [4] Les centres de consultation doivent disposer de collaborateurs et de ressources financières qui leur permettent d'accorder sans retard les consultations gratuites et l'aide nécessaire aux personnes intéressées » (Loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse). Dans la plupart des cantons, cette tâche a été attribuée aux centres de planning familial. Dans le cas qui m'intéresse, c'est un nouveau service qui a été créé.

se référant les uns aux autres, en s'opposant ou se corroborant. Je ne considère pas que les documents officiels soient prééminents ou cadrants pour les pratiques professionnelles, mais je m'intéresse à la manière dont s'articulent dits et écrits. Plus précisément, je me référerai ici à deux documents particulièrement importants en ce qui concerne la notion de risque : un document interne, *Concepts et activités*, qui décrit les objectifs du service et la prise en charge des futurs parents, et un *Programme cantonal* qui décrit l'entier du dispositif de promotion de la santé et de prévention enfants-parents dans lequel est inclus le service⁴. Ces références sont bien connues par les collaboratrices : elles les citent pour appuyer leurs propos et parfois les contestent. En ce qui concerne les extraits d'entretiens, la plupart des propos cités ici sont ceux de sages-femmes conseillères : la division des tâches au sein du service (aux sages-femmes le déroulement de la grossesse, aux assistantes sociales les questions financières) les rend plus promptes à se saisir de la question des risques.

Cherchant à comprendre les normes et représentations de la grossesse transmises par les professionnelles, la notion de risque n'était pas présente à mon esprit lorsque j'ai débuté mon travail de terrain, mais est apparue comme l'une des dimensions centrales dans la manière dont elles donnent sens à leur métier. Il s'agit pour elles principalement d'informer sur certains risques et d'identifier des facteurs de vulnérabilité. C'est notamment suite à une anecdote que la thématique du risque m'est apparue comme une interrogation à poursuivre. En juin 2012, je rencontre Catherine (assistante sociale) pour un entretien. Je la connaissais avant de débiter cette recherche, nous entretenions une relation complice et féconde en réflexions sur son métier et sur ma thèse. Je l'interroge sur le fait que le service se veuille ouvert à « tout le monde », mais qu'il se profile aussi comme une ressource pour des personnes jugées plus vulnérables. Elle me répond en m'expliquant que certains futurs parents ont en fait moins besoin de ses services que d'autres : « C'est aussi une question d'éducation. » Elle me prend alors pour exemple : « Quand tu seras enceinte, toi t'auras pas forcément besoin de me voir ! Tu seras très contente, je vais sûrement t'apprendre des choses, mais tu vas aussi pouvoir les trouver ailleurs ! T'as quand même une possibilité, une réflexion, d'autres ressources, je suis pas ton unique ressource » (notes de terrain, 12.06.2012).

⁴ Ce programme cantonal concerne la santé et la prévention primaire pour la petite enfance et les parents. Il inclut des prestations sous forme de consultations (accompagnement des grossesses et infirmières petite enfance), de lieux d'accueil enfants-parents et d'information. Les parties de ce document daté de 2006 qui concernent le service d'accompagnement des grossesses ont été rédigées en collaboration entre le service et la santé publique cantonale.

Je suis frappée à cet instant de réaliser qu'elle voit en moi une future mère, et donc une future cliente potentielle. Et surtout de constater que ma formation, mon « éducation », est un indice des ressources à ma disposition : je parais ne pas appartenir à la catégorie des personnes à risque. C'est au moment où je suis moi-même prise, à la manière de Favret-Saada (1977), dans le jeu de classifications proposé par Catherine que je prends conscience de l'importance qu'il y a pour moi de réfléchir au « discours du risque ».

Discours du risque et grossesse

J'emprunte la notion de « discours du risque » à Lupton (1995), qui s'inscrit dans une approche foucauldienne du risque en santé publique⁵. Dans cette perspective constructionniste, le risque est considéré comme une construction discursive et non comme une donnée naturelle : « Rien n'est en soi à risque ; le risque n'existe pas en réalité » (Ewald 1991 : 199, ma traduction). Le risque est à comprendre de manière contextualisée. « Un risque [...] n'est pas un phénomène statique ni objectif, mais est en permanence construit et négocié dans le cadre du réseau d'interactions sociales et de la production de sens » (Lupton 1999b : 29, ma traduction). La définition des risques en termes de santé est donc un processus social et culturel.

Le discours du risque en lien avec la grossesse a été analysé de différents points de vue. C'est premièrement la médicalisation de la naissance qui a fait l'objet d'études critiques. D'un événement « domestique », certes chargé d'incertitudes et de dangers, la naissance serait devenue un événement médicalisé et à risque depuis le XVII^e siècle (Laget 1977 ; Gélis 1977 ; Gélis 1984 ; Davis-Floyd 1992). À propos du cas français, Carricaburu affirme que « historiquement l'obstétrique française s'est structurée à partir d'une conception de l'accouchement comme situation à risque vital pour la mère et l'enfant » (2007 : 123). Le risque médical est aujourd'hui omniprésent et repose sur un déplacement des frontières entre le « normal » et le « pathologique ». Carricaburu (2010) montre par exemple comment le regard médical sur l'accouchement « par le siècle » a évolué pour transformer cet événement d'une situation occasionnelle certes incertaine à une situation à risque, soit comment on passe du physiologique (ou du « normal ») au pathologique.

⁵ Lupton (1999a, 1999b) distingue cette approche de deux autres visions de la notion de risque en sciences sociales : l'approche « culturelle/symbolique » initiée par les travaux de Douglas (1970[1966], 1992 ; Douglas et Wildavski 1982), et qui s'intéresse à la manière dont la notion de risque permet de maintenir des frontières culturelles ; et l'approche sociologique de la « société du risque » (Beck 1986 ; Giddens 1990 et 1991) qui se concentre plutôt sur les processus macro-sociaux qui ont mené à une attention accrue pour les risques dans la modernité tardive.

Deuxièmement, le discours du risque est marqué par une attention prioritaire accordée à la santé du fœtus, devenu le « patient principal » (Saxell 2004). Dans ses travaux auprès de femmes enceintes, Quéniart (1987, 1988 et 1989) critique l'assignation à ces dernières d'un « nouveau rôle social, celui d'une femme déjà mère, auquel est attachée une responsabilité, celle de produire un enfant normal et en bonne santé et même un enfant "parfait" » (1989 : 331). Les femmes enceintes seraient tenues de modifier leurs habitudes de vie (par exemple leur consommation d'alcool ou de tabac) en fonction de la santé du fœtus, « c'est-à-dire d'oublier [leurs] propres besoins » (1989 : 331). Lupton (1995) fait écho à cette idée en remarquant que la femme enceinte « est construite comme le "contenant" du fœtus » (1995 : 90, ma traduction). Valentini (1987), dans son analyse de cours de préparation à la naissance au Québec, relève la responsabilité qui pèse dès lors sur les futures mères : l'importance portée par les animatrices des cours aux prescriptions alimentaires induit « une certaine culpabilisation de la mère, qui apparaît comme la principale responsable des handicaps physique et mental non seulement du bébé mais de l'individu, de l'être humain adulte » (1987 : 348)⁶. Ces propos font écho aux travaux historiques (Ariès 1960) et sociologiques (Segalen 2000 ; Neyrand 2011 ; Praz 2005) qui montrent comment l'enfant a été investi d'un intérêt grandissant depuis le XVIII^e siècle, le plaçant au cœur des interventions sociales sur la famille⁷.

Troisièmement, le discours du risque a conduit à désigner des populations à risque par le biais d'une nouvelle discipline : l'épidémiologie. Une logique statistique y préside : l'épidémiologie peut désigner un individu sain comme « à risque » en fonction de caractéristiques sociales et indépendamment de son état de santé ou de son comportement. Lupton (1995 : 91) relève que ces groupes à risque se confondent souvent avec des populations déjà stigmatisées socialement en termes de race, d'ethnicité ou de classe sociale.

Dans le reste de ce chapitre, je propose d'explorer les questions de la médicalisation de la naissance, de la responsabilisation des futures mères et de la stigmatisation de groupes à risque en lien avec la notion de risque dans l'accompagnement des grossesses.

⁶ Sur la confrontation des femmes enceintes au discours du risque, voir aussi Burton-Jeangros (2010).

⁷ Pour une vision globale de la recherche sur ces questions, voir le dossier de Dasen *et al.* (2001) qui résume « une décennie de recherche » sur l'enfance.

Le discours du risque entre médical et psychosocial

Dans le cadre du service d'accompagnement des grossesses étudié, le discours du risque repose sur une distinction entre les risques médicaux et psychosociaux.

Les risques médicaux

En ce qui concerne les risques médicaux, les gynécologues sont la cible de critiques virulentes de la part des professionnelles du service (bien qu'ils soient aussi considérés comme des partenaires indispensables, puisqu'ils leur adressent de nombreuses patientes). Certaines leur reprochent de générer une grande inquiétude chez les futurs parents en énumérant dans leurs consultations les risques liés à la grossesse ou à l'accouchement. Plusieurs se sont plaintes à moi d'avoir été confrontées à des femmes auxquelles un médecin avait « fichu une trouille folle » ; cette « trouille » aurait été provoquée par la remise d'un document de type « consentement éclairé » avant un accouchement en hôpital, ou par la description de certains risques médicaux (fausse couche ou grossesse extra-utérine par exemple). Ces collaboratrices se sentaient en devoir de rassurer les femmes enceintes, comme Cécile, sage-femme conseillère déjà citée pour sa critique de l'omniprésence du discours du risque :

« Cécile : D'ailleurs elles doivent signer maintenant, les femmes, un document avec tout ce qu'elles risquent. [...]

» Edmée : À l'hôpital, elles signent ça ?

» Cécile : Oui, chez le gynéco. Qu'elles peuvent faire une hémorragie, qu'elles peuvent faire ci, qu'elles peuvent faire ça, puis elles doivent signer. [...] Donc après quand on [les sages-femmes] leur dit "Allez, laissez les choses se faire, depuis la nuit des temps les bébés naissent et tout", ben elles nous disent "Ben attendez, vous voulez lire le document qu'on a dû signer ?!". »

(entretien avec Cécile, 10.07.2012)

Cécile décrit sa position comme un effort pour aller à contre-courant des discours transmis par les médecins en permettant aux futurs parents de relativiser les risques médicaux. Sa critique fait écho à celle émise par les recherches sur la médicalisation de la naissance, en particulier sur les risques médicaux : les fausses-couches et les malformations (Lupton 1999c ; Quéniart 1987 et 1989), les pathologies maternelles et fœtales

(Carricaburu 2007) ou le poids du bébé à la naissance (Valentini 1987). Or, les discours des professionnelles que j'ai analysés montrent que la situation est plus complexe : ne voir le discours du risque sur la naissance que sous l'angle du médical est trop étroit. Si elles se distancient bien des discours des médecins, elles font usage d'un discours du risque portant sur des aspects parfois non médicaux.

Le « psychosocial »

Les sages-femmes et assistantes sociales du service font une distinction claire entre « médical » et « psychosocial ». La notion de psychosocial est très répandue dans le champ de l'intervention sociale ; elle dérive sans doute du « modèle bio-psycho-social » issu de la psychiatrie, qui désigne par cette trilogie trois sphères déterminantes dans la définition de la santé⁸. En se défaisant du « bio » et en gardant le « psychosocial », les professionnelles se distinguent clairement du volet biologique de la grossesse. Des travaux sur les sages-femmes en général ont montré leur tendance à se démarquer des gynécologues (Jacques 2007 ; Carricaburu 1994 ; Gouilhers 2009 et 2010)⁹. Mais les sages-femmes du service qui m'occupe se différencient aussi de leurs collègues sages-femmes indépendantes ou hospitalières : elles se perçoivent comme spécialisées dans une dimension particulière du métier, le psychosocial, au détriment de tout acte de soin (suivi de la grossesse dans sa dimension corporelle par le monitoring, les analyses, etc.)¹⁰. C'est la raison pour laquelle elles se dénomment sages-femmes *conseillères*¹¹. La création d'une telle spécialisation du métier de sage-femme aurait été rendue nécessaire par le fait que les autres professionnel-le-s n'auraient « plus le temps » de

⁸ Le modèle bio-psycho-social émerge en psychologie dans les années 1970 dans les écrits du psychiatre Engel (1977) avec pour objectif de prendre en compte les déterminants psychologiques et sociaux de la santé, en particulier mentale (voir Pilgrim 2002).

⁹ Cette opposition historique des sages-femmes aux médecins est liée à la division des tâches mise en place entre les professions : aux médecins revient le pathologique, aux sages-femmes le « physiologique », le « normal ». L'étude de Gouilhers sur des sages-femmes indépendantes et hospitalières nuance pourtant ce propos, en montrant que les sages-femmes ne sont pas toutes farouchement opposées à la technique et à la médicalisation, particulièrement lorsqu'elles travaillent en milieu hospitalier.

¹⁰ Les sages-femmes, en particulier les indépendantes, revendiquent habituellement un suivi « global », comme l'ont montré Gouilhers (2009) et Vuille (2000). Cette globalité inclut le corps et le psychosocial. Cet enjeu de différenciation est bien moindre pour les assistantes sociales qui, elles, ont une formation très différente du médical. Pour elles, il est clair qu'elles travaillent « dans le social ».

¹¹ En Suisse romande, des postes de sage-femme conseillère existent dans le canton de Vaud, à Fribourg, en Valais et à Genève. C'est au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) qu'a été créé en 1983 le premier poste de ce type. Dans tous les cas, le travail de sage-femme conseillère se concentre sur la parole et l'échange.

s'intéresser au psychosocial. Dans le discours du risque des sages-femmes et assistantes sociales cependant, les registres médicaux et psychosociaux sont sans cesse mêlés, entrechoqués, situant les professionnelles dans un entre-deux permanent.

Le discours du risque comme entreprise morale

L'une des dimensions du discours du risque illustre bien cette tension entre médical et psychosocial : il s'agit de la définition de la situation souhaitable et du danger à éviter. Définir un risque est une pratique normative et morale en ce sens que se trouvent nommés dans le même temps un idéal (par exemple la santé, le bien-être) et un péril (par exemple la maladie, le handicap). Dans le document définissant les *Concepts et activités* du service, il apparaît que le but de l'accompagnement des parents est de « favoriser le bon déroulement de la maternité, la création et le développement des liens parents-enfants et les compétences des futurs parents ». Premièrement, la connotation normative et floue de la notion de « bon déroulement de la maternité » m'a poussée à interroger les collaboratrices sur leur définition. Cécile m'a répondu que pour elle ça tenait

« à ce qu'une femme elle soit paisible. Et tranquille, et elle a réussi à diminuer les facteurs de stress, vraiment qu'elle nage dans sa bulle de bonheur » (entretien avec Cécile, 10.07.2012).

Dans la même idée, d'autres citent la « sérénité » ou l'« harmonie ». Cette vision de la grossesse idéale se démarque fortement d'une conception médicale. Ici, c'est plutôt une vision psychologisante de la grossesse qui transparaît, avec une claire dimension morale : la future mère idéale rayonne de bonheur. Deuxièmement, l'objectif du service de favoriser les « liens parents-enfants » et les « compétences » parentales signale l'influence qu'ont les théories de l'attachement et de la psychanalyse sur la manière de concevoir la petite enfance (Neyrand 2011).

Un autre document de référence pour le service définit le danger qui serait à éviter en des termes bien plus médicaux. Il s'agit de l'argumentaire du *Programme cantonal de promotion de la santé* dans lequel est intégré le service, dont le premier objectif est énoncé comme suit :

« Agir en terme de prévention, dans les domaines de la santé maternelle et infantile (tabac, alcool, autres dépendances, stress,

conditions de travail, précarité), de la pré-maturité et les faibles poids à la naissance, de la dépression pré- et post-natale. »

Le vocabulaire est ici principalement d'ordre sanitaire et médical. Mais ces problématiques ne sont pas toutes abordées par les collaboratrices dans leurs discussions entre elles ou avec moi ni en consultation, signe qu'il s'agirait là en partie d'un argument à l'égard des pouvoirs publics pourvoyeurs de fonds. Par contre, elles font un usage quotidien des thématiques de la dépression post-partum, des dépendances et de la violence conjugale, qui semblent bien plus opérantes dans leurs pratiques professionnelles. Une information concernant leur dépistage est systématiquement transmise aux futurs parents. Il s'agit là de risques considérés par les professionnelles comme psychosociaux. Chacune de ces thématiques mériterait un développement, mais relevons simplement que la mise en exergue de ces situations à éviter – une mère dépressive, dépendante ou victime de violence – peut être lue dans sa dimension normative : c'est une hygiène des familles qui est construite. Mais une hygiène qui est à la fois de l'ordre du médical et du psychosocial. Une analyse du discours du risque contemporain autour de la naissance gagne donc à être découplée de la question de la médicalisation, car les discours du risque produits par les sages-femmes et assistantes sociales englobent d'autres dimensions. Cette multidimensionnalité du risque engendre une responsabilisation accrue des futures mères.

La grossesse comme risque et la responsabilité des femmes enceintes

Les *Concepts et activités* ainsi que le *Programme cantonal* tendent à mettre en avant des préoccupations concernant le futur bébé (favoriser les « liens parents-enfants » ou éviter les « faibles poids à la naissance »). Cependant, les entretiens menés avec les collaboratrices du service laissent apparaître une plus grande importance accordée à la future mère et moins au fœtus. Ce point est particulièrement intéressant car il va à contre-courant de la tendance à mettre l'enfant au centre, relevée si nettement par Quéniart (1987) et par Lupton (1995). Le fœtus n'est pas la cible prioritaire de l'intérêt ; la grossesse est avant tout vue comme une étape de la vie de la femme enceinte.

Se focalisant sur le parcours de vie de la femme enceinte, les professionnelles considèrent la grossesse comme un risque pour son équilibre puisque cette période serait favorable à un certain trouble psychologique et

aux conflits conjugaux. Caroline (sage-femme conseillère) prend appui sur des données statistiques pour décrire le phénomène :

« Pour les femmes, au niveau psychologique elles ont leur inconscient qui travaille beaucoup, qui est vraiment là à fleur de peau, qui va leur soulever peut-être des fois des moments d'angoisse, qui va les obliger un petit peu à faire le point sur qui elles sont, leur rapport à leur mère, quitter la petite fille, se projeter comme mère, donc elles peuvent tout à coup se sentir angoissées, stressées, impulsives et pas comprendre pourquoi, donc essayer de mettre des mots sur ce qu'elles vivent. Elles savent qu'il va y avoir un grand changement qui les attend, surtout aussi au niveau du couple, donc une insécurité : "qu'est-ce que ça va faire à mon couple, comment est-ce qu'on peut travailler aussi sur mettre les choses en place pour que le couple tienne le coup dans cette épreuve", voilà les statistiques nous montrent qu'un couple sur deux se sépare [dans la région], et c'est beaucoup dans la première période, dans les premières années des enfants, donc c'est vrai que c'est la venue des enfants aussi qui déstabilise beaucoup. » (entretien avec Caroline, 03.04.2012)

De plus, en se basant sur des études montrant la corrélation statistique entre la période de la grossesse et l'apparition ou l'aggravation d'épisodes de violence (Devries *et al.* 2010), les collaboratrices partagent l'idée qu'il est important d'interroger chaque femme pour déceler d'éventuelles violences conjugales. Dans la même idée, une information est systématiquement transmise sur les symptômes de la dépression post-partum. Une telle vision mène à voir le risque partout : la grossesse étant elle-même le facteur de risque, être enceinte devient une condition « naturelle » de vulnérabilité en termes psychologiques et sociaux. La grossesse normale, celle que Cécile décrivait comme une « bulle de bonheur », serait toujours menacée, voire impossible.

Cet aspect du discours du risque dans l'accompagnement des grossesses révèle l'ambiguïté profonde des risques définis comme psychosociaux : l'individu se trouve à la fois victime et responsable. La femme enceinte est inéluctablement soumise à des risques pour son équilibre personnel mais elle est dans le même temps responsable de les anticiper et d'y faire face – c'est le rôle même des sages-femmes et assistantes sociales de les y aider.

Des facteurs de risque aux groupes à risque

Tout en affirmant que la grossesse serait une condition de vulnérabilité universelle, les professionnelles évoquent fréquemment des groupes de la population qui seraient « à risque ».

Facteurs de risque

Le document *Concept et activités*, qui définit les objectifs et modalités de l'intervention des professionnelles, nomme certaines « particularités que présentent la femme enceinte ou les futurs parents » qui nécessitent un « soutien plus approfondi » :

« [...] *adolescence, solitude, conflit de couple, violences, abus sexuels, difficultés liées à la migration, troubles psychiques, dépendances, antécédents gynéco-obstétricaux, PMA [procréation médicalement assistée], don en adoption.* »¹²

Cette liste constitue un recueil de facteurs de risque. La première chose qui frappe, c'est la diversité des registres évoqués : le risque est évalué à l'aune d'indicateurs liés au parcours médical des futurs parents (troubles psychiques, dépendances, antécédents gynéco-obstétricaux), au réseau social (solitude, conflit de couple), au parcours de vie (abus sexuels, migration), au projet parental (PMA, don en adoption) et à l'âge (adolescence). Cette diversité est corroborée par les discussions menées avec les collaboratrices. La plupart ont en tête les documents officiels du service, et citent donc les mêmes facteurs de risque que ceux nommés ci-dessus, ou en ajoutent d'autres. Par exemple, Julia (sage-femme conseillère) cite des indicateurs d'ordre relationnel, professionnel, financier et médical :

« *C'est juste de pouvoir repérer, de se dire "Tiens, comment ça se passe entre eux ?" Est-ce que ça a l'air d'aller, ou c'est conflictuel ? Au niveau social, bon ils ont l'air d'avoir les deux un job, elle a un congé mat[ernité] correct, financièrement ça va, ils ont un réseau familial qui est présent, il y a un bon réseau social. Finalement je vais avoir ces repères-là, elle est en bonne santé, il y a pas de soucis à ce niveau-là, il y a un bon relais qui va se passer, ils ont pensé à un certain nombre de choses.* » (entretien avec Julia, 23.06.2012)

¹² La notion de « don en adoption » désigne dans ce contexte le projet fait par une future mère ou des futurs parents de donner le bébé en adoption à sa naissance.

De manière plus inattendue, un autre type de facteurs de risque est évoqué régulièrement par les professionnelles : la formation ou la profession. Dans l'anecdote présentée en introduction, Catherine base son opinion sur mes ressources en tant que potentielle future mère sur le critère de l'« éducation ». En outre, des réunions sont régulièrement prévues dans le service pour discuter de cas dans lesquels les professionnelles ont trouvé leur intervention difficile. L'une d'elles présente alors de manière succincte la situation et les futurs parents. Des informations sont données presque systématiquement : l'âge, la situation relationnelle (couple parental, couple actuel, famille), la profession, souvent la nationalité. À plusieurs reprises, j'ai pu noter que parmi ces informations, la profession semblait jouer plus que les autres le rôle de facteur de risque : une profession universitaire est associée à une plus grande capacité à « se débrouiller ». D'une femme cadre dans la communication, dont le conjoint exerce une profession libérale, une sage-femme a dit lors de l'une de ces réunions :

« Je me dis lui il [a une profession libérale], elle [est cadre], c'est des gens euh [...]. Je peux les prendre comme des adultes, j'ai pas à faire toutes les démarches pour eux, tu vois. »

Une autre, très critique sur les préjugés que ses collègues partagent, les parodie pendant un entretien avec moi : « Si [la mère] a quand même un certain niveau d'études ça craint moins que quelqu'un qui a pas de formation » (notes de terrain, 31.05.2012). L'idée même que la profession puisse être un indicateur de degré d'autonomie et de ressources est contestée par certaines, qui en regrettent le potentiel stigmatisant.

Groupes à risque et stigmatisation

On observe un glissement dans ces listes de facteurs de risque. Certains des termes évoqués ne désignent pas simplement une caractéristique qui causerait une situation défavorable, mais des groupes de personnes : les adolescent-e-s, les migrant-e-s, les cadres. Le risque est ainsi généralisé à toute une catégorie. Dans une telle vision, c'est bien la prévalence statistique qui prend le pas sur les pratiques individuelles concrètes. En outre, une causalité est inférée dans l'idée même de facteur de risque : proposer un accompagnement particulier aux femmes migrantes, par exemple, c'est supposer que ce trait de leur parcours aura une influence négative sur le déroulement de la grossesse. Le potentiel stigmatisant de tels discours n'échappe pas aux

professionnelles du service. Déployant une réflexivité critique, certaines expriment une volonté de signaler que toutes et tous sont susceptibles de rencontrer des difficultés pendant la grossesse. Il s'agit d'un type de discours récurrent, affirmé avec force et conviction. Par exemple, Charlotte (sage-femme conseillère) affirme que certaines difficultés ne dépendent pas des facteurs sociaux :

« Tout le monde n'est pas assez au courant de ses droits, et tout le monde peut bénéficier de ça [des consultations dans le service], les situations de dépression ça touche tout le monde, il y a pas de catégorie particulière, ça touche tout le monde, les situations de violence conjugale c'est dans toutes les strates de la société, les accouchements traumatiques précédents, etc., ça touche tout le monde. » (entretien avec Charlotte, 06.03.2012)

Cécile, en prenant pour exemple sa propre expérience de mère, affirme que le risque de maltraitance est omniprésent :

« Mais moi j'ai deux enfants, mais j'ai cru que c'est là que j'ai découvert que j'étais une fausse calme [rit]. Et que j'ai compris que l'enfant secoué c'est vraiment pour tous. [...] Parce que tu sais, t'as passé une nuit à pas dormir du tout, puis ça crie tout le temps, etc., tu as vite fait, quand tu es à bout de nerfs. Alors déjà cette information, de pouvoir la donner à tous, que quand vous vous sentez un peu énervé, vous posez votre bébé dans le lit, de toute façon vous pourrez rien faire pour lui parce qu'il pleure dans vos bras, etc., et je pense que ça ça touche toute la population. Vraiment. » (entretien avec Cécile, 10.07.2012)

Chacune des collaboratrices sans exception a adopté cette idée directrice du service : les prestations s'adressent « à tout le monde ». On peut voir bien sûr dans cette affirmation un argument adressé aux autorités cantonales pourvoyeuses de fonds, qui financent le service précisément pour son caractère « universel ». Mais au-delà de l'argument politique, Charlotte pense qu'il y va de la survie du service :

« On veut pas stigmatiser, on veut pas que cette consultation elle soit une consultation que pour les gens à problème, parce qu'à ce

moment-là ils vont pas venir, ou bien les gens vont se sentir stigmatisés. » (entretien avec Charlotte, 06.03.2012)

Il faut encore relever que ces deux discours – « certaines populations sont plus à risque » et « tout le monde est à risque » – peuvent être utilisés simultanément par certaines. La complexité et l'enchevêtrement des discours sont particulièrement forts dans les propos de Cécile :

« Je veux pas émettre des profils [de personnes à risque], parce qu'on a des représentations. Mais bon, si on parle de la toxicomanie, quelqu'un qui est sous méthadone et puis avec un conjoint qui est encore toxicomane, eh bien là c'est un profil quand même hautement à risque. [...] En tout cas dans le métier, on est conscients que devenir maman ça bouscule toutes les couches de la population. Je me dis, un bébé, ils ont pas tous les mêmes chances au départ. Franchement. Parce que quand tu vois que parfois ils arrivent, un couple où ils sont quand même les deux à l'aide sociale, ils se bougent pas, ils regardent la télé toute la journée, ils fument clope sur clope, etc., et puis que peut-être tu vois des gens un peu plus aisés et puis qui s'intéressent à beaucoup de choses, tu dis que leurs vies vont être différentes. Mais en même temps, quand tu as des enfants, des familles qui ont 3-4 enfants et tout, tu vois que chaque enfant est différent ! Pourquoi est-ce que dans une famille d'universitaires, il y a tout d'un coup un enfant qui va pas, qui est toxicomane, là-dedans. » (entretien avec Cécile, 10.07.2012)

Oscillant entre une prise en compte d'inégalités qu'elle présente comme réelles (« ils ont pas tous les mêmes chances au départ ») et le refus de la stigmatisation, elle exprime la tension qui est au fondement même de leur métier, comme des métiers de l'intervention sociale en général : prendre en compte les inégalités sociales sans les reproduire. La réflexivité dont font preuve les sages-femmes conseillères ne leur permet pourtant pas de résoudre cette tension.

Remarques conclusives

Revenons sur un silence assourdissant qui traverse les propos rapportés jusque-là : qu'en est-il des pères ? Ils sont les grands absents du discours du risque : leur rôle dans les risques liés à la grossesse est pratiquement invisible

(pas complètement tout de même, puisque la thématization de la violence conjugale les fait apparaître comme une menace potentielle). Le corps qui porte la grossesse porte aussi les risques liés à la grossesse : plus que le futur père, c'est tout l'entourage de ce corps qui est omis par le discours du risque. La consommation de drogues par le père, le ou la conjoint-e de la femme enceinte n'est par exemple pas abordée systématiquement par les professionnelles. Même si elles insistent sur leur ouverture aux pères et aux conjoint-e-s, dans le discours du risque le corps de la femme enceinte est au premier plan. Ces remarques semblent corroborer l'absence largement décriée des hommes dans la littérature et les politiques de reproduction (Andro et Desgrées du Lou 2009). Mais il faut nuancer ce constat dans le cas qui m'intéresse, puisqu'en dehors des questions de risque les professionnelles de l'accompagnement des grossesses sont par ailleurs très soucieuses d'accueillir les pères et conjoints.

Le discours du risque des collaboratrices du service se caractérise par un métissage. Si, dans une optique de différenciation d'avec d'autres groupes professionnels, elles se situent « dans le psychosocial », leur notion du risque donne à voir un mélange de registres variés. Les risques sont définis par elles à partir de l'événement qu'est la grossesse, qui mobilise non seulement le corps mais l'équilibre psychologique et l'entourage social. On peut relever qu'en définissant la grossesse elle-même comme un risque, ces professionnelles se profilent comme des championnes du discours du risque, prolongeant dans la sphère du psychosocial le discours médical. Si cet argument est pertinent, il ne met en avant qu'une seule face de la médaille. Ce métissage des registres peut aussi être considéré comme la condition *sine qua non* des pratiques de ces professionnelles. Dans un champ de la grossesse saturé de discours experts émanant des sphères psychiatriques et médicales, ces sages-femmes conseillères et ces assistantes sociales jouent les équilibristes en usant de références diverses, ce qui leur permet d'affirmer leur spécificité. En mettant l'accent sur la vulnérabilité induite par la grossesse, elles ouvrent l'espace même pour une intervention sociale. Trouver un équilibre entre « trouille folle » et « bulle de bonheur », c'est le défi posé par la transmission de l'information par les sages-femmes conseillères et les assistantes sociales.

Références

- ANDRO** Armelle *et al.* (2009), « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés », *Autrepart*, vol. 52, N° 4, pp. 3-12.
- ARIÈS** Philippe (1960), *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Plon.
- BECK** Ulrich (1986), *Risikogesellschaft : auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- BETTOLI** Lorenza (2003), « Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? Quels risques comporte-t-elle ? Quel accompagnement à Genève ? », *Thérapie Familiale*, vol. 24, N° 2, pp. 179-191.
- BURTON-JEANGROS** Claudine (2010), « Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques », in *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales*, D. Manai *et al.* (éds), Berne et Bruxelles, Stämpfli et Bruylant, pp. 177-212.
- CARRICABURU** Danièle (1994), « Les sages-femmes face à l'innovation technique », in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, P. Aiach et D. Fassin (éds), Paris, Anthropos, pp. 281-308.
- CARRICABURU** Danièle (2007), « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, N° 1, pp. 123-144.
- CARRICABURU** Danièle (2010), « Entre incertitude et risque, les professionnels de l'obstétrique face à l'accouchement podalique », in *Risque et pratiques médicales*, D. Carricaburu *et al.* (éds), Paris, Presses de l'École des hautes études en santé publique, pp. 35-47.
- DASEN** Véronique *et al.* (2001), « Dix ans de travaux sur l'enfance », *Annales de démographie historique*, vol. 2, pp. 47-100.
- DAVIS-FLOYD** Robbie (1992), *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley, University of California Press.
- DEVRIES** Karen M. *et al.* (2010), « Intimate Partner Violence during Pregnancy : Analysis of Prevalence Data from 19 Countries », *Reproductive Health Matters*, vol. 18, N° 36, pp. 158-170.
- DOUGLAS** Mary (1970), *Purity and Danger : An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*, London, Routledge & Keagan Paul, 1^{re} édition 1966.
- DOUGLAS** Mary (1992), *Risk and Blame : Essays in Cultural Theory*, London, Routledge.
- DOUGLAS** Mary et Aaron **WILDAVSKY** (1982), *Risk and Culture : An Essay on the Selection of Technological and Environmental Danger*, Berkeley, University of California Press.
- ENGEL** George L. (1977), « The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine », *Science*, vol. 196, N° 4286, pp. 129-136.
- EWALD** François (1991), « Insurance and Risk » in *The Foucault Effect : Studies in Governmentality*, G. Burchell *et al.* (éds), London, Harvester Wheatsheaf, pp. 197-210.
- FAVRET-SAADA** Jeanne (1977), *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard.
- GÉLIS** Jacques (1977), « Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVII^e et XVIII^e siècles », *Annales, économies, sociétés, civilisations*, vol. 32, N° 5, pp. 927-957.

- GÉLIS** Jacques (1984), *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne (XVI^e-XIX^e siècles)*, Paris, Fayard.
- GIDDENS** Anthony (1990), *The Consequences of Modernity*, Cambridge, Polity Press.
- GIDDENS** Anthony (1991), *Modernity and Self-identity*, Cambridge, Polity Press.
- GOUILHERS** Solène (2009), « *Le bébé c'est pas un code-barres ! On ne peut pas voir tout ce qu'il y a dedans* ». *Enjeux identitaires pour les sages-femmes autour du suivi de la grossesse*, Mémoire de Master en sociologie, Université de Genève
- GOUILHERS** Solène (2010), « *Le suivi de la grossesse par les sages-femmes : vers une « autonomie raisonnée » des femmes enceintes* », in *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales*, D. Manaï et al. (éds), Berne et Bruxelles, Stämpfli et Bruylant, pp. 213-43.
- JACQUES** Béatrice (2007), *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF.
- LAGET** Mireille (1977), « *La naissance aux siècles classiques* », *Annales, économies, sociétés, civilisations*, vol. 32, N° 5, pp. 958-92.
- LUPTON** Deborah (1995), *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*, London, Sage.
- LUPTON** Deborah (1999a), « *Introduction : Risk and Sociocultural Theory* », in *Risk and Sociocultural Theory. New Directions and Perspectives*, D. Lupton (éd.), Cambridge, Cambridge University Press, pp. 1-11.
- LUPTON** Deborah (1999b), *Risk*, London, Routledge.
- LUPTON** Deborah (1999c), « *Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment* », in *Risk and Sociocultural Theory. New Directions and Perspectives*, D. Lupton (éd.), Cambridge, Cambridge University Press, pp. 59-85.
- MÉAN** Françoise et al. (2005), « *Planning familial. Regard sur les prestations de la Fondation Profa et de l'Espace Prévention Morges-Aubonne* », *Raisons de santé*, N° 111.
- NEYRAND** Gérard (2011), *L'enfant, la mère et la question du père : un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*, Paris, PUF.
- PILGRIM** David (2002), « *The Biopsychosocial Model in Anglo-American Psychiatry : Past, Present and Future?* », *Journal of Mental Health*, vol. 11, N° 6, pp. 585-94.
- PRAZ** Anne-Françoise (2005), *De l'enfant utile à l'enfant précieux : filles et garçons dans les cantons de Vaud et Fribourg (1860 et 1930)*, Lausanne, Antipodes.
- QUÉNIART** Anne (1987), « *La technologie : une réponse à l'insécurité des femmes ?* », in *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, F. Saillant et M. O'Neill (éds), Montréal, Éditions Saint-Martin, pp. 213-235.
- QUÉNIART** Anne (1988), *Le corps paradoxal. Regards de femmes sur la maternité*, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- QUÉNIART** Anne (1989), « *Prévention des risques et contrôle social : l'exemple de la maternité* », *Déviance et société*, vol. 13, N° 4, pp. 327-337.
- SAXELL** Lee (2004 [2000]), « *Risque : théorique ou réel ?* » in *Le nouvel art de la sage-femme. Science et écoute mises en pratique*, L. A. Page (éd.), Paris, Elsevier, pp. 85-103.

SEGALEN Martine (2000), « La famille et l'État : entre le contrôle social et la production de normes » in *Sociologie de la famille*, M. Segalen (éd.), Paris, Armand Colin, pp. 261–276.

VALENTINI Hélène (1987), « De quoi parle-t-on dans les rencontres prénatales ? » in *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, F. Saillant et M. O'Neill (éds), Montréal, Éditions Saint-Martin, pp. 343–365.

VUILLE Marilène (2000), « Les sages-femmes face à "l'accompagnement global" : quels enjeux professionnels et sociaux ? », *Perspective soignante*, vol. 7, pp. 125-143.