

Être enceinte et vulnérable : définition des états de vulnérabilité et modes d'intervention de professionnels du sanitaire dans un territoire dit défavorisé

Béatrice JACQUES^{1,2}, Sonia PURGUES²

¹ Université Bordeaux Segalen

² UMR 5116 Centre Émile Durkheim

De façon générale, notre thématique de recherche a porté sur la question des inégalités sociales de santé. Plusieurs actions et dispositifs publics ont été mis en place depuis maintenant une trentaine d'années, avec pour objectif principal de réduire les inégalités en matière d'accès aux soins et de diminuer les écarts sociaux en termes de morbidité et de mortalité. L'enquête de terrain réalisée, à partir de laquelle nous présentons des résultats¹ dans la présente communication, porte plus précisément sur l'accès aux soins en santé génésique et reproductive. Ce sont les femmes dites « précaires et/ou migrantes » d'un territoire rural d'Aquitaine qui ont constitué notre public cible.

La santé génésique et reproductive, bien qu'étant un sujet déjà exploré, a fait l'objet de peu d'études auprès des populations qui nous intéressent ici. S'il existe quelques travaux sur l'IVG, la contraception, la grossesse..., peu l'approchent dans sa globalité en s'intéressant à la fois aux parcours de vie et aux itinéraires thérapeutiques. En choisissant de l'appréhender à travers les situations de précarité et/ou de migration rencontrées par les femmes, nous avons voulu comprendre comment les contextes de vulnérabilité pouvaient constituer des éléments explicatifs des choix de recours, de non-recours et de renoncement aux soins tout au long d'une histoire de vie génésique. Ce travail a ainsi permis de croiser les dimensions classiques du genre et de la précarité, tout en superposant la question de la ruralité.

Le projet de l'enquête était double. Dans un premier temps, il s'agissait d'appréhender et de mesurer de quelle façon les dispositifs existants en matière de santé génésique et reproductive intervenaient dans l'expérience des femmes. Dans un deuxième temps, nous avons voulu comprendre comment les professionnels de terrain qui travaillent avec ces publics répondent à leurs besoins et intègrent dans leur prise en charge les éléments d'ordres sociaux, culturels, propres aux populations rencontrées. Nous avons choisi de mener une enquête de type qualitatif. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de

¹ Cette étude a reçu un financement de l'Iresp-Inserm et a été menée conjointement avec une équipe d'anthropologues composée de L. Anton et L. Kotobi (Ades UMR 5185). Nous ne présenterons dans cette communication que les terrains et les résultats menés par l'équipe sociologique.

professionnels médicaux et d'intervenants sociaux (23) et auprès de femmes en situation de précarité (30). De nombreuses observations (170) auprès de professionnels des structures socio-sanitaires du territoire (sages-femmes, gynécologues, puéricultrices, cadres de santé, travailleurs sociaux, institutionnels au sein du service de maternité de l'unique structure hospitalière du territoire, mais aussi au sein des services de Maisons départementales de la solidarité et de l'insertion (MDSI), de Protection maternelle et infantile (PMI), du centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) ont complété le dispositif d'enquête.

Le territoire étudié est situé en milieu rural et est très vaste¹. Il regroupe six communautés de communes marquées par une double problématique sanitaire et sociale. On fait le constat d'une population fortement précarisée et d'une faible couverture médicale en termes de structures et de professionnels de santé, avec une forte sous-médicalisation dans certaines communes qui se traduit, par exemple, par une très faible densité de professionnels de santé/habitants. Ajoutons à cela une forte désaffection de l'exercice médical en milieu rural de manière générale en France et sur ce territoire en particulier, car il fait l'objet, dans le département concerné, d'une stigmatisation relative de la population liée notamment à la consommation d'alcool, aux déclarations de violences conjugales, au taux d'analphabétisme et à la précarité.

Les résultats présentés résulteront des observations et des entretiens (professionnels et usagers) que nous avons menés au sein des centres de PMI de trois communes et du service de maternité de la clinique du territoire étudié.

Premièrement, nous montrerons que les femmes suivies répondent à des critères précis de sélection, qui renvoient à une définition, par les professionnels, de la vulnérabilité. Nous verrons que le lieu et le mode d'exercice amènent ces derniers à concevoir leur intervention auprès du public de façon différente et engendrent une séparation assez nette entre le travail de *cure* et de *care*. Dans un second temps, nous verrons que le travail de soins en santé génésique et reproductive dépasse le champ de la santé et peut prendre des aspects moralisants lorsqu'il s'agit d'intervenir sur des comportements et attitudes parentales. Nous montrerons que les pères n'en sont pas moins soumis aujourd'hui à un ensemble de rôles attendus, prescrits, alors qu'ils doivent faire face à une situation de précarité. Pour terminer, nous mettrons en évidence le fait que l'usage des structures de santé et du social par les familles, répond aussi à des stratégies de contrôle de l'intervention de l'institution.

Travailler avec un public « vulnérable »

Lors des premières observations, nous avons été rapidement confrontées à la notion de la vulnérabilité et, plus précisément, aux catégories d'analyses qu'elle implique. Si retenir une définition de la vulnérabilité s'est révélé important dans un premier temps, nous avons choisi de ne pas sélectionner notre population d'enquête à partir de critères préétablis (comme le revenu, dont le seuil aurait été équivalent ou sinon inférieur au seuil de pauvreté par exemple,

¹ Sa superficie est de 2 400 km² et sa population avoisine les 90 000 habitants.

être bénéficiaire des *minima* sociaux...) mais de partir de la façon dont les professionnels identifiaient les individus comme étant dans une situation de précarité/vulnérabilité.

Des femmes en situation de vulnérabilité donc « difficiles »

Nous avons constaté qu'un vocabulaire spécifique peut être mobilisé par les professionnels observés pour désigner la population et, plus précisément, les femmes dites précaires. Comme dit plus haut, le territoire fait l'objet, dans le département, d'une forte stigmatisation relative aux comportements de la population. Ce territoire est donc traditionnellement l'objet de multiples formes de stéréotypes qui participent à créer la représentation d'un espace géographique relégué, dans lequel « il ne faut pas aller » ou « qu'il faut quitter ». Par ailleurs, le niveau de précarité de la population joue également sur la manière dont les professionnels appréhendent les patientes et leur environnement social. Les entretiens mais surtout les nombreuses observations menées sur le terrain au quotidien ont permis de relever un certain nombre d'éléments qui contribuent à une forme d'étiquetage des femmes et de leurs modes de vie (Goffman, 1975). Par exemple, le manque de régularité des femmes dans leur suivi gynécologique/obstétrical, dans la prise des traitements ou encore dans la réalisation des examens de contrôle, a souvent été souligné par les professionnels comme un problème qui serait spécifique aux populations vulnérables.

Par ailleurs, nous avons pu relever que les professionnels¹ retiennent un certain nombre de critères pour identifier les femmes les plus vulnérables : leur jeune âge, un écart d'âge important avec le conjoint, un parcours professionnel chaotique ou absent, plusieurs unions maritales, un nombre important de grossesses (ou d'IVG) ou encore le manque d'hygiène, une présence trop « bruyante » des familles. Ainsi, ces femmes ont pu être qualifiées comme « *n'arrivant à rien* », « *toujours en retard ou absentes au rendez-vous* », « *ne sachant pas prendre la pilule* », « *trop grosses* », « *qui puent* », « *chiantes* », « *ne comprenant pas* », « *un peu limitées* ». Enfin, la mention « femme ou famille connue » sur un dossier ou d'autres éléments (comme une adresse dans un quartier défavorisé, le type d'habitat, les relations téléphoniques antérieures à la consultation) peuvent amener le professionnel à avoir un jugement dépréciatif, avant-même que la patiente ne soit rencontrée. Cette catégorisation des femmes peut parfois prendre la forme d'une violence symbolique et peut être ressentie comme telle par les patientes. Ce n'est pas sans conséquence sur la prise en charge des femmes et leur perception des soins et du soignant. M^{me} C. (27 ans, sans emploi, appartient à la communauté des gens du voyage, 6^{ème} grossesse, 4^{ème} enfant) fait le récit d'une prise en charge pour une IVG, à la clinique du territoire. « *J'étais à la clinique, j'ai rencontré le docteur C., qui m'avait pris rendez-vous avec l'anesthésiste assez rapidement pour l'avortement parce que c'était déjà juste le temps. Il m'a traité de cas sociaux !* Devant vous ? *Ah oui ! Et devant ma belle-sœur ! Et puis, ma belle-sœur, c'est quelqu'un de très nerveux, donc elle voulait lui sauter au cou. Je lui ai dit : "Calme-toi", parce qu'on sait jamais. Ils vont faire venir la sécurité et nous envoyer chez les fous, là-bas ! Et elle n'a pas apprécié qu'il me traite comme*

¹ Nous parlons ici plus spécifiquement des professionnels de la clinique.

ça.... Qu'est-ce qui s'est passé ? En fait, il nous a demandé nos papiers, donc j'ai amené mon attestation où je reçois les allocations, la CMU, plus la CMU complémentaire que j'ai. Et, quand il a vu que je n'avais pas de mutuelle, et que j'avais pas de bulletin de salaire, pour lui, j'étais un cas sociaux. C'était quelqu'un [elle parle d'elle] qui a trois enfants qui se fait avorter, donc c'est que... Moi, j'ai pas apprécié. Et, carrément, il m'a dit : "Qu'est-ce que c'est ça ?". Il était ravi de m'avoir rencontrée ! »

La distance sociale entre les soignants et les femmes est souvent à l'origine d'une communication difficile. Les attentes des uns ne renvoient pas à celles des autres et induisent des incompréhensions et malentendus.

Faire du *care* quand le *cure* domine

Alors même que la problématique sociale est forte sur le territoire, nous avons constaté, par exemple dans le service de la maternité, que les liens de l'équipe soignante avec les professionnels du social sont plutôt faibles. Le service de la Pass¹ est peu mobilisé par les sages-femmes et les médecins. De même, les femmes qui pourraient avoir besoin de consultations psychologiques sont peu ou pas orientées vers le spécialiste. Pourtant, les professionnels eux-mêmes semblent bien constater les situations de vie fragiles des femmes fréquentant la structure. Une sage-femme employée à la clinique depuis 1998 raconte : « *C'est particulier, ici ! Avec quand même, alors je ne connais pas les pourcentages, mais je crois qu'ici on est très très riches en jeunes femmes, voir en femmes très jeunes. [...] Il y a beaucoup de femmes qui ne travaillent pas ou qui travaillent dans les vignes, ouf, c'est dur, la vigne. C'est une population particulière quand même* ». Un médecin présent dans la structure depuis une dizaine d'années ajoute : « *Nous avons des gens culturellement assez pauvres. [...] Nous, d'un point de vue social, on n'a pas grand-chose à voir effectivement, à part signaler [...]. Mais ça vient plus souvent dans le sens de l'assistant social vers nous, effectivement. [...] Avec la PMI, très souvent, on suit les mêmes personnes. D'un point de vue social, pour eux, et d'un point de vue médical, pour nous* ». L'accompagnement à la naissance et le suivi *post-partum* apparaissent davantage guidés par la technique, le soin et le bio-médical. Si le social est présent dans le discours soignant, il est plutôt utilisé comme critère négatif pour définir les publics, aussi parce qu'il peut mettre en difficulté l'activité de soins et le bon fonctionnement de l'organisation du travail. La relégation des problématiques sociales par les professionnels de la maternité vers l'extérieur, peut aussi en partie s'expliquer par la crainte d'une déqualification et le refus d'une assimilation ou d'une identification au public.

Notons cependant qu'il y a malgré tout un espace pour le *care*. Les séances de préparation à la naissance mises en place par la sage-femme libérale qui exerce au sein du service, ont cette vocation. Elles permettent aux femmes de pouvoir parler librement de leurs craintes, de se confier sur leurs difficultés personnelles ou de poser des questions quant à la

¹ La Permanence d'accès aux soins de santé a pour mission de permettre au public d'accéder gratuitement aux soins, aux médicaments et de bénéficier de la présence de travailleurs sociaux qui doivent l'aider à recouvrer ses droits.

venue de leur enfant. L'entretien prénatal précoce du 4^{ème} mois, mis en place en 2007, vient en complément des sept séances remboursées par la Sécurité sociale. C'est l'occasion pour la sage-femme de repérer les femmes en difficultés et, ainsi, de les orienter vers des spécialistes (psychologues, spécialistes en addictologie, travailleurs sociaux) si c'est nécessaire. Cependant, le travail proposé par cette sage-femme trouve deux principales limites : d'une part, il s'adresse aux femmes qui font le choix de venir aux séances de préparation à la naissance. Or on sait que ce sont essentiellement celles qui sont déjà les mieux informées et qui rencontrent le moins de difficultés¹. Ainsi, une grande partie du public en situation de vulnérabilité échappe à ce dispositif. D'autre part, la sage-femme se plaint des difficultés qu'elle rencontre à travailler avec ses collègues « de salle », qui sont parfois « réfractaires » à certaines demandes des patientes. Ainsi, elle transmet rarement la fiche de liaison issue de l'entretien prénatal précoce, afin d'éviter des difficultés relationnelles avec ses collègues.

Des professionnels de la vulnérabilité : les sages-femmes de la PMI

Les professionnels de la PMI réalisent une « sélection » des parturientes à qui ils vont proposer un suivi, à partir d'une définition qu'ils se font de la vulnérabilité. Les observations, les entretiens et, plus précisément, un *focus group* réalisé sur cette thématique avec des sages-femmes de la PMI, ont permis de mettre en évidence le fait que cette notion renvoie pour elles à plusieurs éléments : 1/ Si cet état est réversible, il peut entraîner des privations en termes de sécurité qui empêcheraient les individus d'assumer pleinement leurs « responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux ». 2/ Les notions de vulnérabilité, de précarité, de pauvreté, de fragilité et d'exclusion sont confondues. 3/ Leur discours s'appuie sur l'idée fondamentale, mise en avant par S. Paugam (2008), que la précarité est un ensemble de superpositions de situations difficiles. « La notion de précarité renvoie à une accumulation de conditions de vie instables, génératrices de plusieurs types de difficultés, qui ont en commun le risque d'une rupture progressive des liens sociaux qui apportent soutien et reconnaissance dans différentes sphères de la socialisation : la famille, le travail, le réseau amical... ». 4/ Les professionnels refusent d'associer cet état à la seule présence de dispositifs d'aide, c'est à dire que l'individu dit vulnérable ne peut en rien être défini comme tel parce qu'il bénéficie à un moment donné d'une assistance financière ou autre. Ce point semble être particulièrement important pour eux, alors même qu'ils peuvent être les promoteurs de ces dispositifs.

Cette définition de l'état de vulnérabilité d'une femme enceinte est un préalable à la décision de suivi. Nous avons pu remarquer que les modes de sélection et d'entrée des femmes dans la PMI reposent sur des critères peu stabilisés, non construits en amont par l'institution², et peuvent donc différer d'un professionnel à l'autre. Ils identifient leur

¹ Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, *Enquête nationale périnatale 2003*, février 2005.

² Il faut préciser que le Conseil général étudié souhaite que les professionnels de santé s'adressent à tous les publics sans critères sociaux. Cependant, le territoire choisi et ses particularités socio-démographiques

population cible de deux manières. Premièrement, le procédé le plus courant est le « repérage » d'une femme par un collègue. Les travailleurs sociaux de la PMI/MDSI (assistantes sociales, conseillères conjugales) et, plus rarement, le médecin gynécologue du CPEF, peuvent signaler le cas de femmes enceintes vues en rendez-vous ou qu'ils ont identifiées lors de visites à domicile. Les *staffs* qui ont lieu mensuellement dans le service de la maternité permettent aussi à la sage-femme de la PMI de prendre connaissance des dossiers des patientes qui sortent du service Suite de couches. La présence de la sage-femme de la PMI est importante à la maternité, car le travail d'accompagnement social des populations en situation de vulnérabilité est, nous venons de le voir, limité.

Les sages-femmes font aussi une sélection des parturientes à partir des déclarations de grossesses que la Caisse d'allocations familiales envoie au Conseil général. Les dossiers qui rassemblent un certain nombre d'éléments considérés comme des « facteurs de risque » seront plus attentivement examinés. Par exemple, si la déclaration de grossesse d'une femme a été réalisée par un médecin généraliste, c'est le signe pour la sage-femme de l'absence d'un suivi spécialisé en gynécologie. D'autres critères, comme l'âge de la femme (elle est soit trop âgée – plus de 40 ans –, soit, au contraire, trop jeune – mineure ou jeune majeure) et du conjoint, vont aussi faire l'objet d'une attention particulière de la part du professionnel. Un écart d'âge trop important entre le futur père et la future mère peut être jugé comme le reflet d'une union potentiellement instable. Enfin, d'autres critères sont aussi utilisés, comme la déclaration ou non d'une couverture sociale. L'orthographe ou la typographie des informations consignées par écrit peuvent témoigner, pour la sage-femme, de difficultés cognitives. À partir de tous ces éléments, elle choisit un certain nombre de patientes à qui elle propose un rendez-vous à domicile.

2. Faire la preuve de capacités parentales

Les observations ont permis de relever les caractéristiques utilisées par les professionnels pour soutenir l'entrée dans la parentalité. Le rapport au corps, l'alimentation, la connaissance du corps sont autant de dispositions comportementales (elles sont analysées de cette façon par les professionnels) qui doivent être questionnées chez les parturientes et sur lesquelles il faut avoir un rôle éducatif. D'autres facteurs renvoient à la part plus subjective de l'interaction avec l'enfant à venir. Ici, les professionnels vont chercher à appréhender le type de « relation gestationnelle » que la future mère a établi de façon précoce avec son enfant. Pour cela, ils vont observer la façon dont la future mère parle de son enfant, de son rapport à lui, la façon dont elle se projette dans son rôle de parent. Certaines femmes rencontrées peuvent être en difficultés face à ces attentes. Si, pour certaines, l'expression orale peut être un obstacle, c'est surtout la possibilité de parler de ses craintes face à un représentant de l'institution qui est limitée, car potentiellement « dangereuse ». Pour les femmes suivies, il

expliquent en partie pourquoi l'action des professionnels est plutôt orientée vers les populations en situation de précarité.

n'existe aucune ambiguïté sur l'action de placement que peut mener la PMI. Confier des difficultés d'ordre conjugal (séparation du couple, violences), familial (situation d'échec scolaire rencontrée par les aînés, problème éducatif), comportemental (consommation d'alcool, de drogues...) ou encore économique, c'est, d'une certaine façon, s'exposer à cette menace.

Si les femmes font l'objet d'une attention particulière dans l'accomplissement du rôle de mère, les pères n'échappent plus non plus au regard des professionnels. En effet, aujourd'hui, on attend du père qu'il partage les soins, qu'il joue avec l'enfant, qu'il intervienne dans les décisions éducatives, et, cela, de façon très précoce. Désormais, pendant la grossesse, il doit assister aux échographies et aider sa compagne à préparer l'arrivée de l'enfant. Sa présence à l'accouchement est devenue une norme, toute défaillance attirerait l'opprobre de la femme, de la famille et des professionnels de santé (Jacques, 2007). Si le rôle traditionnel du père sévère n'a pas complètement disparu, on parle plus, désormais, d'une autorité négociée (Castelain-Meunier, 2005). Pourtant, les études sur la répartition des tâches montrent bien que le temps consacré au travail de *care* reste plus important chez les femmes, et, ce, quelle que soit l'activité professionnelle occupée (en termes de statut, de rémunération ou encore de temps passé sur le lieu de travail – Régnier-Loilier, 2009). Il faut d'autant plus nuancer la portée de ces transformations que nos données de terrain nous amènent à rencontrer des pères ou à prendre connaissance de récits sur eux, qui semblent très éloignés du type idéal précédemment décrit. Les familles en situation de vulnérabilité que nous avons rencontrées, renvoient, selon nous, à un modèle de la paternité plus traditionnel, plus « bricolé » au gré de la mouvance des liens familiaux (Jamoulle, 2005) et des obstacles socio-économiques et biographiques rencontrés. Nous avons bien affaire à une paternité populaire qui se distingue en tout point du modèle « bourgeois » énoncé ci-dessus. On retrouve un partage des rôles traditionnels : l'homme pourvoit aux besoins économiques de la famille, il a le rôle de l'autorité/la femme s'occupe de l'éducation des enfants, elle est dans le relationnel. Dans la situation étudiée, ce modèle est d'autant plus présent que, dans la plupart des familles, seul l'homme occupe un emploi, le plus souvent précaire (emploi atypique, contrat à durée déterminée, travail saisonnier dans les vignes ou pendant la saison estivale, intérim...). Ainsi, la femme est « disponible » pour se consacrer au travail ménager et familial. On remarque également, chez ces familles, que ce modèle est peu contesté ou interrogé, par les femmes elles-mêmes. Elles justifient leur absence du marché du travail par le contexte économique défavorable (et, ce, d'autant qu'elles sont sans diplôme) mais aussi par une incompétence des hommes à pouvoir prendre en charge les enfants. M^{me} H. (22 ans, première grossesse, sans emploi, son conjoint est en apprentissage) explique « *que les hommes ne savent pas faire. J'ai jamais vu, autour de moi, des hommes qui se lèvent pour donner le biberon ou pour changer une couche. C'est normal... Lui [son conjoint], il rentre tard du travail, je vais pas lui demander de se lever la nuit, non plus. Les enfants, je sais que c'est moi [qui vais en avoir la charge]* ». Si les caractéristiques du père traditionnel sont bien présentes ici, on peut aussi peut-être y voir une autre explication. Nous avons affaire à des femmes qui, dans leur grande

majorité, sont sans emploi¹, et, lorsqu'elles ont une activité rémunérée, elle est précaire et impose des conditions d'exercice difficiles (c'est le cas des emplois saisonniers comme ceux de la restauration, de l'hôtellerie ou le travail dans la vigne). Le rôle de mère est donc le seul qui peut leur fournir encore un statut reconnu par la société.

Par ailleurs, il faut souligner que les professionnels observés développent un discours ambivalent sur le rôle paternel et à l'égard des pères. Si l'homme est absent du foyer lors de la visite, la sage-femme questionne la femme sur son implication dans la grossesse, dans l'éducation des autres enfants. Lorsque des séances de préparation à l'accouchement sont proposées, le père est systématiquement invité. La sage-femme peut proposer un rendez-vous tard le soir pour s'adapter à des horaires de travail ou à un mode de vie. Mais, bien souvent, la proposition du soignant ne reçoit pas l'écho attendu. Les pères en situation de précarité y voient peu d'intérêt.

Lorsqu'il est présent, l'homme est décrit selon trois grandes situations : tout d'abord, il peut s'enfuir à l'arrivée de la représentante de l'institution (c'est une situation fréquemment observée sur notre terrain), ce qui témoigne pour la sage-femme d'un désintérêt pour le rôle de père. P. Jamouille montre bien, dans son étude sur l'identité masculine en milieu précaire, comment « les pères éprouvent des difficultés (avec) les services d'aide. Ce rôle est traditionnellement dévolu aux femmes. Leur fierté est blessée par les questions des professionnels. Ils sont "gênés" et veulent protéger leur vie privée » (2005 : 185). Le deuxième type de père est celui qui est physiquement proche de sa femme mais qui n'accorde aucune importance à l'entretien entre la professionnelle et la mère. Il fait autre chose, le plus souvent, il regarde la télévision ou est assis devant un ordinateur. Dans le troisième modèle, le père est paradoxalement trop présent. Souvent, les sages-femmes avouent qu'elles préfèrent l'absence des hommes pour pouvoir plus facilement interroger les femmes sur leur vie sexuelle et reproductive (notamment sur la prise de contraceptifs).

Cette situation de mise à l'épreuve des rôles familiaux est souvent bien identifiée par le public qui peut avoir recours à des stratégies pour ignorer le conseil « institutionnel » ou pour mieux renvoyer une image de normalisation (d'acculturation). Ainsi, plusieurs observations nous permettent de montrer que, selon leur origine sociale et les expériences déjà acquises de soins aux enfants, les futures mères et mères rencontrées reçoivent les normes des différents « intermédiaires de diffusion des normes » (PMI, hôpital... mais aussi mères, sœurs ou amies) de façon très différente. Le modèle, plutôt présent parmi les classes populaires, repose essentiellement sur des savoir-faire familiaux qui vont permettre aux mères de prendre de la distance avec le discours savant. Ici, la réussite du modèle passe par l'expression d'une maîtrise empirique des règles des pairs. Notamment, l'expérience avec les aînés constitue un socle de connaissances qui permet à la fois de s'affranchir des conseils médicaux ou de changer de prescripteurs (Gojard, 2010). Par ailleurs, nous avons aussi pu constater que les

¹ 18 femmes dans notre échantillon (femmes qui se déclarent au chômage, sans emploi, au RSA ou femmes au foyer).

familles rencontrées ont souvent bien compris qu'elles ne correspondaient pas parfaitement au modèle de l'institution. D'aucunes peuvent choisir stratégiquement de se conformer à certaines pratiques de la puériculture – le temps de la visite des professionnels – pour échapper au contrôle. Ainsi, la relation de confiance repose sur une certaine forme de duplicité de la part des deux parties.

Conclusion

Cette étude met en évidence le travail des institutions médicales et socio-sanitaires pour prendre en charge des individus ou des familles identifiés comme présentant des « facteurs de risque ». La participation de plus en plus grande d'acteurs médico-sociaux mandatés pour intervenir dans les situations de vulnérabilité montre l'étendue du dispositif d'observation et de normalisation qui dépasse largement le cadre de la santé. En intervenant dans l'espace privé, les professionnels mettent en place une relation de confiance, de proximité qui repose sur des compétences d'empathie. Le travail « doux et invisible » du *care* apparaît donc d'autant plus efficace qu'il peut parfois aussi se transformer en contrôle social.

Le suivi des femmes met en scène des rapports sociaux de classe. Le modèle savant incarné par les professionnels renvoie à un modèle de classe qui vient se heurter à des pratiques de soins ou éducatives et des savoirs profanes, parfois éloignés, voire en contradiction avec un modèle de pensée expert (Farnarier, 2009). Le facteur culturel est souvent mis en avant par les professionnels pour expliquer le non-respect des bons comportements et tend à faire oublier l'importance du facteur économique par exemple. Par ailleurs, un autre constat a pu émerger. Les professionnels ont souvent tendance à « personnaliser les causes des déviations ». Depuis plus d'une trentaine d'années, l'influence des théories psychologiques a été très forte dans la formation des intervenants sociaux et médicaux et donc sur leur façon de concevoir notamment la famille et les rôles parentaux. Si ces normes permettent de classer les individus dans un niveau de risque, les termes de savoir-faire parentaux, de compétences ont aussi pour effet de personnaliser les erreurs éducatives, les causes des déviations, qui sont, pour les professionnels, à mettre en lien avec des caractéristiques individuelles, biographiques. La subjectivité est placée au cœur de l'interprétation, « la précarité et la pauvreté, la déviance et la violence, les drames personnels et les tragédies collectives [sont] réinterprétés au prisme de l'intériorité » (Fassin, Memmi, 2004 : 35).

BIBLIOGRAPHIE

CASTELAIN-MEUNIER CH., 2005, *Les métamorphoses du masculin*, Paris, Puf.

Enquête nationale périnatale 2003, 2005, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

FARNARIER C., 2009, « Les dimensions sociales d'une politique de santé publique. Le cas des consultations de protection infantile », thèse de doctorat, EHESS Marseille.

FASSIN D. et MEMMI D., 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS.

GOFFMAN E., 1975, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun » (éd. originale : 1963).

GOJARD S., 2010, *Le métier de mère*, Paris, La Dispute.

JACQUES B., 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Puf-Le Monde.

JAMOULLE P., 2005, *Des hommes sur le fil. La construction de l'identité masculine en milieux précaires*, Paris, La Découverte.

PAUGAM S., 2008, *Le lien social*, Paris, Puf, coll. « Que sais-je ? ».

RÉGNIER-LOILIER A., 2009, « L'arrivée d'un enfant modifie-t-elle la répartition des tâches domestiques au sein du couple ? », *Population et sociétés*, n° 461.