



GRAAT On-Line #21 - July 2019

Responsabilité maternelle et risques durant la grossesse : Les couples face aux enjeux de la consommation de tabac et d'alcool en Suisse romande

Raphaël Hammer, Yvonne Meyer, Stéphanie Pfister Boulenaz, Céline Schnegg
Haute École de Santé Vaud (HESAV)
Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO)

Sophie Inglin
Cheffe de projet indépendante

Introduction

La responsabilité de la future mère à l'égard du bébé qu'elle porte n'est pas une caractéristique contemporaine comme en témoignent les travaux historiques et ethnologiques¹. À la fin du Moyen Âge, la culture populaire abonde en mises en garde maternelles pour contrer les dangers qui menacent la grossesse et la santé de l'enfant². Les femmes enceintes devaient par exemple éviter les émotions fortes et l'agitation excessive du corps. Au XVIII^e siècle, elles se voient recommander de suivre toute une série de restrictions qui favorisent le bon déroulement de la grossesse et le développement de l'enfant, notamment de « faire preuve de modération, de tempérer leurs passions et leur comportement »³. Prévenir les chocs émotionnels et empêcher les envies inassouvies de la femme enceinte constituent des précautions encore vivaces dans la France rurale du début du XX^e siècle⁴.

Si certains affirment que le comportement de la future mère a toujours fait l'objet d'un contrôle social⁵, la responsabilité de la femme enceinte a connu une évolution majeure au cours du XX^e siècle à la faveur de l'autorité renforcée des médecins. Le processus de médicalisation a transformé la grossesse et la naissance en événements ou états physiques dangereux qui nécessitent d'être contrôlés et gérés par le corps médical⁶. Les précautions et restrictions relatives aux comportements maternels relèvent de manière croissante de l'expertise des médecins et des connaissances scientifiques⁷. Il est alors attendu des femmes enceintes qu'elles prennent une part active dans leur suivi en se conformant aux recommandations médicales, en étant attentives à leur santé et aux symptômes de la grossesse, et en consultant un médecin en cas de problème ou de suspicion de problème⁸. On trouve ainsi déjà trace des contours « médico-moraux » de la responsabilité maternelle contemporaine dans les manuels de grossesse du début du XX^e siècle.

La montée en puissance depuis quelques décennies des techniques de visualisation du fœtus, de la médecine de surveillance et de la nouvelle santé publique a contribué à renforcer la norme de responsabilité maternelle pour la santé du bébé⁹. L'importance acquise par le concept de risque dans le langage médical et par le thème de la prévention dans les politiques sanitaires donne lieu à une nouvelle forme de médicalisation et de moralisation des comportements en lien avec la santé qui touche particulièrement les femmes enceintes et leur rôle de (future) mère. La gynécologie-obstétrique est largement fondée sur une représentation de la grossesse comme situation à risque pour la mère et l'enfant. De nombreux travaux s'accordent sur le fait que les femmes enceintes sont aujourd'hui incitées à surveiller leur grossesse en suivant les consignes des experts et en se soumettant à divers examens de contrôle¹⁰. Elles sont également, davantage qu'hier, soumises à toute une série d'injonctions professionnelles et sociales qui les enjoignent à modifier leurs habitudes et à éviter tout risque par l'adoption d'un comportement irréprochable dans la vie quotidienne. Il leur est ainsi recommandé de faire attention à leur alimentation, à la prise de poids, à la consommation de café ou encore à l'utilisation de produits chimiques (ménagers et cosmétiques)¹¹. La multiplication des discours sur les risques intensifie l'individualisation de la responsabilité des femmes enceintes¹². Dans un contexte politico-sanitaire largement empreint d'une philosophie néolibérale, la figure de la

mère responsable est aujourd'hui fortement définie par le principe de précaution et d'évitement des risques au nom du bien-être prioritaire du bébé¹³. En d'autres termes, la manière de « gérer » les risques médicaux (ou sociaux) associés à la grossesse fait partie intégrante de la norme contemporaine de « bonne mère »¹⁴.

Tabac et alcool : l'expérience de la responsabilité maternelle

Les consommations de tabac et d'alcool durant la grossesse constituent aujourd'hui des problèmes de santé publique reconnus¹⁵. Au nom du principe de précaution, il est préconisé que les femmes enceintes s'en abstiennent totalement¹⁶. Les deux types de consommation sont considérés comme des risques évitables relevant avant tout de la capacité des femmes à changer leur comportement et illustrent l'idéologie d'incitation des futures mères à s'autocontrôler et à assumer la responsabilité personnelle de la santé du fœtus¹⁷. Il faut également souligner qu'il s'agit là de deux produits dont l'usage, en dehors du contexte de la maternité, s'inscrit dans les pratiques sociales courantes. En tant que risques « ordinaires », le tabac et l'alcool font par conséquent partie des révélateurs privilégiés pour interroger la manière dont les femmes enceintes vivent et perçoivent la norme de responsabilité maternelle. L'intérêt analytique du tabac et de l'alcool réside aussi dans le fait qu'il ne s'agit pas de risques calculables et dans l'incertitude scientifique des effets induits par une consommation faible ou modérée d'alcool¹⁸. En outre, les femmes enceintes font fréquemment état d'un contexte normatif officiel peu homogène sur ces risques, qu'il s'agisse de l'information reçue par leur gynécologue ou leur sage-femme qu'elles considèrent comme insuffisante, ou de la variabilité des recommandations données par les professionnels de santé (certains étant stricts par rapport à l'abstinence, d'autres tolérants par rapport à une consommation faible d'alcool ou de cigarette).

La présente étude empirique menée auprès de couples en attente d'un enfant dans le contexte helvétique¹⁹ (voir ci-après) s'inscrit dans une approche socioculturelle des risques qui vise à saisir la complexité et les nuances de la perception et de la gestion profanes des risques dans la vie quotidienne, dans un contexte normatif pluriel. Cette approche met l'accent sur la signification du risque pour les individus et la diversité

de leurs réponses face aux risques²⁰. De nombreux travaux soulignent que les femmes enceintes intériorisent et assument dans une large mesure la norme de responsabilité maternelle dans leur manière de vivre leur grossesse au quotidien²¹. Pour autant, d'autres normes ou logiques sociales peuvent être à l'œuvre et produire des tensions ou des incertitudes morales ou cognitives quant à la définition du bon comportement maternel, ou donner lieu à des attitudes de relativisation du risque ou de résistance aux injonctions prénatales. Loin d'être passives, les femmes enceintes sont souvent décrites comme actives, voire critiques à l'égard des discours experts et des normes sociales ambiantes²².

Dans le cadre de cet article, la responsabilité maternelle sera abordée en suivant deux questions peu explorées dans la littérature. En premier lieu, il s'agira de se demander si les deux types de consommation (alcool et tabac) sont perçus comme des risques équivalents en regard de la norme de « bonne mère ». Il convient de rappeler en effet, à la suite de l'anthropologue Mary Douglas, qu'un risque (médical) n'a pas seulement une dimension cognitive mais également morale, distinguant entre les « bons » et les « mauvais » comportements et signalant une échelle de valeurs²³. En second lieu, il s'agira d'examiner comment la gestion de ces risques se présente comme un enjeu de couple. Alors que la littérature sur la responsabilité maternelle en matière de santé tend à mettre l'accent sur l'individu et l'auto-surveillance, le cas de la grossesse amène à s'interroger sur l'implication de l'homme par rapport à l'abstinence ou la modération de sa partenaire.

Données et méthodes

Pour explorer ces questions, des entretiens semi-directifs ont été menés en 2014 auprès d'un échantillon à choix raisonné²⁴ de 30 couples dans deux cantons suisses (Vaud et Genève)²⁵. Les entretiens conjoints (les deux partenaires étaient interrogés ensemble) permettent de produire des données riches pour comprendre la dynamique de couple par l'analyse des interactions entre la femme et l'homme, tant du point de vue de la construction du « nous-couple » que des tensions ou divergences qu'ils peuvent exprimer²⁶.

Les femmes et hommes rencontrés, âgés de 23 à 45 ans, attendaient leur premier enfant dans le cadre d'une grossesse sans complications médicales. Les entretiens, d'une durée moyenne d'une heure, ont été réalisés à partir du 5^{ème} mois de grossesse²⁷. Deux tiers des couples étaient mariés et présentaient un niveau de formation similaire (degré tertiaire en majorité)²⁸. Le protocole de la recherche a été approuvé par les commissions d'éthique des deux cantons concernés.

La recherche portait principalement sur l'expérience et la gestion du risque lié à l'alcool durant la grossesse au sein du couple, en tant qu'exemple du changement des habitudes de vie dans le contexte de la transition vers la parentalité²⁹. Le guide d'entretien abordait la définition d'une ligne de conduite en matière de consommation d'alcool, les représentations et informations relatives au risque, ainsi que les modes d'implication des futurs pères dans la grossesse et leur rôle vis-à-vis de leur partenaire. Bien que le thème de l'alcool fût l'objet principal des entretiens, la question du tabac occupait souvent une place notable et, pour plusieurs couples, elle est apparue comme un enjeu plus significatif que celui de la consommation d'alcool. Tant l'alcool que le tabac constituent dans ce corpus de données des entrées suffisamment riches pour explorer au sein des couples certaines facettes de construction de la maternité, en particulier la responsabilité maternelle autour de la gestion des risques durant la grossesse. Les entretiens, enregistrés puis transcrits *verbatim*, ont fait l'objet d'une analyse thématique³⁰ à l'aide du logiciel Atlas.ti. Les prénoms des participants ont été remplacés par des pseudonymes afin de préserver leur anonymat.

Résultats

Abstinence et responsabilité maternelle

Toutes les femmes de l'étude soutenaient le principe d'une incompatibilité entre l'état de grossesse et la consommation de tabac et d'alcool. S'agissant de l'alcool, les changements d'habitudes qu'elles rapportaient prennent trois formes dès lors qu'elles se savaient enceintes : l'abstinence stricte, l'abstinence accompagnée de rares exceptions et la consommation fortement réduite (un verre de vin ou de bière de

manière occasionnelle)³¹. L'échantillon compte environ une moitié de fumeuses : quelques-unes avaient décidé d'arrêter la cigarette avant la grossesse dans la perspective d'avoir un enfant, plusieurs ont cessé de fumer une fois enceintes, et huit ont continué à fumer tout en ayant réduit le nombre de cigarettes. Dans les deux types de consommation, l'affirmation d'avoir « arrêté » ne signifiait pas toujours dans l'esprit des participantes l'absence totale de cigarettes ou d'alcool mais plutôt une modification significative des habitudes répondant aux nécessités imposées par le fait d'attendre un enfant, ou par la moindre envie de fumer ou de boire liée aux désagréments de la grossesse (nausée, sentiment de dégoût...). Les propos de Sandrine (29 ans) illustrent cet aspect :

J'ai vraiment arrêté de boire et fumer car ce sont vraiment de grosses contre-indications... En fait, c'est pas difficile, car au début tu as mal au cœur donc pas vraiment envie, bon maintenant je bois un petit verre de vin de temps en temps pour faire comme tout le monde si je fête quelque chose³².

Il convient donc de souligner que la notion même d'abstinence (d'alcool ou de tabac) peut varier d'un individu à l'autre³³ et peut être un enjeu de discussion entre les deux partenaires, voire de tensions, comme il sera montré plus loin.

Si l'abstinence en matière de consommation d'alcool représentait une évidence pour la plupart des couples rencontrés, elle apparaît davantage sous les traits d'une norme sociale générale que d'un choix calculé en réponse à une donnée médicale ou que du suivi d'une recommandation professionnelle particulière. Le fait de cesser de boire de l'alcool en tant que stratégie de précaution face à l'absence de preuves scientifiques d'un niveau de consommation sans danger ne concerne qu'une minorité des femmes interrogées. Le plus souvent, le renoncement au tabac et à l'alcool correspond avant tout à un comportement socialement attendu, relevant d'un savoir commun :

Je pense que de manière générale tout le monde sait qu'il ne faut pas boire quand tu es enceinte, [pour moi] c'était simplement « je suis enceinte, je ne bois pas », ça s'est passé comme ça (Cécilia, 30 ans).

Les propos des conjoints allaient dans le même sens, à l'instar de Sergio (33 ans) :

C'est entre guillemets la culture générale... je savais que les femmes enceintes ne doivent pas boire et pas fumer, que ça fait mal, que ça peut causer vraiment des malformations.

Louis (36 ans) évoque quant à lui une « croyance populaire » qu'il ne remet pas en question :

Je crois savoir que c'est pas bon pour l'enfant parce que tu l'entends à la télé, si la femme fume trop l'enfant peut être tout tordu, des trucs comme ça... J'ai jamais vérifié très franchement j'en sais rien, c'est ce que j'ai entendu.

Qu'elle renvoie à une recommandation de santé publique ou à une proscription sociale, l'abstinence ou la modération en matière d'alcool ou de tabac s'avèrent fortement associées à la notion de responsabilité maternelle. Nombre de futures mères mentionnent en effet explicitement le « poids » pesant sur leurs épaules d'assurer, dans la mesure du possible, la santé du bébé qu'elles portent en évitant ou minimisant les risques, qu'il s'agisse de surmenage professionnel, d'efforts physiques excessifs, de consommation de café ou d'aliments présentant un danger spécifique (listériose, toxoplasmose). Les références au « devoir de protection du bébé en tant que mère » (Stéphanie, 29 ans) et à la nécessité de préserver le fœtus sont fréquentes dans le corpus :

On fait très attention à ce qu'on mange, enfin on le protège quand même ce bébé donc c'est vrai que quand même toutes les substances, style médicament, alcool, cigarette...
Moi je fais au mieux pour qu'il soit préservé de ça (Judith, 33 ans).

Cette responsabilité assumée s'exprime ainsi par la priorité donnée au bon développement de l'enfant *in utero* et au fait de lui offrir le meilleur environnement possible. Les propos de Séverine (30 ans) et de son conjoint Giuliano (36 ans) illustrent bien la centralité de la santé du bébé qui signifie l'adoption de bons comportements par la mère :

- Giuliano : Pour moi actuellement la préoccupation principale c'est maman, ça c'est sûr ! Éviter les sources de stress, faire en sorte que tout se passe bien, l'alléger le maximum, que ce soit dans les tâches ménagères ou autres... Le bien-être de bébé passe par le bien-être de maman aussi, donc c'est plutôt là-dessus que j'essaie de mettre un petit point d'honneur actuellement.

- Séverine : Moi c'est d'essayer de mettre le plus de chances de son côté par une bonne hygiène, par le fait d'arrêter de fumer, par le fait de boire qu'un café par jour, par toutes ces petites choses, manger plus équilibré, j'essaie finalement à mon niveau de lui apporter une petite santé.

- Giuliano : Un bon départ.

- Séverine : Oui voilà.

L'abstinence (ou la modération) comme moyen de gérer les risques internes est au cœur des discours sur la responsabilité maternelle et prend toute sa signification dans l'idée d'un contrôle personnel maximal :

Sachant qu'il pouvait déjà y avoir tellement d'autres causes que je ne pouvais pas contrôler qui pouvaient avoir un impact sur son développement, je me suis dit : « Ce que je peux contrôler, je contrôle »... L'alcool fait partie des choses que je souhaitais contrôler (Manuella, 32 ans).

Le désir de faire tout son possible pour favoriser la santé du bébé à venir et pour lui éviter tout risque peut ainsi se présenter comme le marqueur privilégié de la construction de l'identité de mère :

Je me sens très responsable, je dois faire attention à beaucoup de choses, je dois vraiment protéger l'enfant. C'est assez fort ce sentiment de responsabilité déjà, de protection (Lilian, 33 ans).

Contrôle de soi et culpabilité

L'expression de la responsabilité de la femme durant la grossesse ne se limite pas à la conscience des risques, à l'importance de les éviter ou à la priorité donnée à la

santé du futur bébé. Les discours des couples rencontrés concernant l'abstinence ou la modération en matière d'alcool ou de tabac soulignent deux autres enjeux majeurs : le contrôle de soi et le sentiment de culpabilité. Ces deux aspects définissent les contours de la moralité inhérente à la notion de risque et à la responsabilité maternelle contemporaine. Être acteur de sa santé constitue aujourd'hui un élément essentiel des conceptions profanes et politiques de la santé. Si cette dimension transparaît de manière plus ou moins explicite dans les discours institutionnels et les messages de santé publique³⁴, elle se reflète également dans les propos des participants. En substance, du point de vue de bon nombre des femmes interrogées, une bonne mère est celle qui est dotée d'une force de caractère et d'une capacité à adopter les comportements requis, quelles que puissent être les difficultés. Dans cette logique, la santé du bébé devrait constituer un bien suffisamment grand pour balayer toute faiblesse de la volonté ou surmonter les préoccupations ou les désirs personnels de la mère :

Je trouve qu'on peut quand même... on peut aimer boire un verre mais on peut aussi faire l'effort pendant quelques mois, pour le petit, d'arrêter de boire, quand même, à moins qu'il y ait un problème d'addiction derrière, mais sinon... (Cécile, 36 ans).

Si plusieurs répondantes assumaient la responsabilité maternelle avec sérénité, d'autres la vivaient davantage sur fond de peurs et d'inquiétudes vis-à-vis des risques durant la grossesse. L'intériorisation de cette responsabilité personnelle à l'égard du devenir du bébé s'accompagnait souvent d'un sentiment de culpabilisation anticipée qui constituait alors un puissant moteur des conduites d'abstinence et de minimisation des risques :

Te dire qu'en continuant à boire ou à fumer tu puisses infliger une malformation ou j'en sais rien, c'est juste terrible [...] Je pense que je m'en serais beaucoup voulu, j'aurais pas pu vivre avec en fait, je pense (Adeline, 36 ans).

L'anticipation des conséquences négatives et leur attribution à un mauvais comportement personnel façonnent ainsi la volonté de faire le mieux en suivant les recommandations expertes relatives à toute une série de précautions. Comme

l'indiquaient Root et Browner en 2001, le sentiment de culpabilité est un mécanisme efficace de conformité aux normes³⁵.

Les questions de l'alcool et du tabac s'inscrivent globalement dans une interprétation commune des risques, fondée sur le principe de modération ou d'abstinence et sur la responsabilité personnelle de la femme enceinte vis-à-vis du fœtus. À y regarder de plus près, les deux risques ne relèvent cependant pas d'une représentation identique pour les couples rencontrés. Il ressort de la comparaison que la consommation de tabac durant la grossesse fait l'objet d'une moralisation plus prononcée que la consommation d'alcool, comme observé dans une enquête précédente³⁶. Fumer pendant la grossesse apparaît comme une transgression plus forte du devoir maternel à en juger par sa dimension publique. L'analyse des entretiens montre que si la figure d'une femme enceinte un verre à la main choque certains et certaines, celle d'une femme enceinte cigarette à la bouche heurte davantage les sensibilités des participantes :

Ça me choque moins une femme qui boira un petit verre que – toujours de rouge ou quelque chose comme ça – qu'une femme avec le gros ventre et puis qui fume (Cécile, 36 ans).

La cigarette ça me choque mille fois plus et puis ça je vois souvent, enfin souvent, y'en a quand même pas mal de femmes enceintes qui fument (Marie, 35 ans).

Dans l'ensemble, les réactions des conjoints sont similaires, à l'image de Marco (37 ans) :

Quand je vois une femme enceinte fumer je suis toujours un petit peu : « Whaou, c'est fou quoi »... Enfin je trouve cette image choquante, ça me choque.

Différents facteurs peuvent expliquer cette différence de cadrage moral entre les deux comportements. Alors que boire un verre en général s'apparente à une pratique sociale légitime³⁷, fumer renvoie aujourd'hui davantage au registre des comportements néfastes pour la santé et fait l'objet d'une stratégie politique de « dénormalisation » qui s'accompagne d'une stigmatisation accrue³⁸. Dans les entretiens, la consommation de

tabac est couramment associée à une habitude et engage à ce titre plus fortement la tension entre la dépendance au produit et le choix individuel, entre le manque de volonté et la force de caractère ou le contrôle de soi. En l'absence de dépendance manifeste à la cigarette, le fait de continuer à fumer questionne la responsabilité individuelle. C'est ce qu'expriment les propos critiques de Léandre (34 ans) au sujet de Nora (30 ans), fumeuse occasionnelle :

Quand on n'est pas dépendant je trouve que c'est bête de fumer en fait... Les dépendants qui ont du mal à arrêter je peux concevoir que s'ils veulent arrêter ils doivent suivre un traitement tout ça, mais quand elle, elle en fume une ou deux alors qu'elle peut ne pas en fumer pendant deux semaines, là pour le bébé je me dis : « Arrête ! ».

La consommation de tabac durant la grossesse est ainsi volontiers assimilée à un manque de maîtrise dans la gestion du risque, alors qu'un verre d'alcool est généralement associé à une consommation modérée et contrôlée, et donc à un comportement raisonnable, comme l'illustrent les propos de Judith (33 ans) :

Évidemment je sais que l'alcool c'est mauvais, etc., mais disons que je me gâche pas mes petits plaisirs... Si je veux boire une goutte de vin rouge, je bois une goutte de vin rouge. Mais bon, j'arrive toujours à être dans le contrôle.

Ces discours mettant l'accent sur l'autonomie et sur la capacité à se prendre en charge peuvent être rapprochés de la conception de « santé-contrôle » qui privilégie la volonté personnelle, la force morale comme instance de régulation des comportements de santé³⁹.

Cette moralisation de la cigarette, qui ne s'appuie pas nécessairement sur la perception de conséquences plus graves sur le fœtus, est clairement exprimée par plusieurs femmes interrogées directement concernées. Pour Séverine (30 ans), qui se décrivait comme une « grosse fumeuse » avant de tomber enceinte, l'objectif d'abstinence conjugué au sentiment d'un échec de la volonté fut une épreuve douloureuse qu'elle a finalement surmontée grâce à l'aide d'un psychiatre et d'une hypnotiseuse :

C'est vrai que là c'était assez perturbant parce qu'il y avait un fort sentiment de culpabilité mais une incapacité à arrêter. On sait qu'on fait du mal, on sait que c'est pas bien, on peut pas s'empêcher de le faire. Et c'est une espèce de cercle vicieux et maintenant que j'en suis sortie, j'en suis assez fière. Assez fière pour moi et assez fière pour le bébé en fait.

Dans l'échange suivant, l'ironie manifestée par José (41 ans) et Clara (37 ans) révèle la mauvaise conscience de celle-ci et l'existence d'un conflit conjugal sur la manière dont elle assume son rôle maternel :

- Clara : J'ai pas arrêté de fumer, je fume deux cigarettes par jour, j'ai pas réussi à arrêter... j'ai pas d'excuse, et je sais que José il n'est pas trop d'accord...
- José : Je l'aime quand même hein (ton badin).
- Clara : On en a discuté... Ouais, c'est un vice que j'ai, je suis aussi un petit peu une mauvaise mère.

De même, la gêne ressentie par certaines futures mères à l'idée de fumer au vu et au su de tous témoigne de cette moralisation plus forte de la consommation de tabac. Là encore, le besoin de se justifier n'est pas absent lorsqu'il est question d'un verre d'alcool, mais il s'avère plus marqué à propos de la cigarette, révélant l'intériorisation d'un comportement perçu comme transgressif. Fumer durant la grossesse fait l'objet d'une stigmatisation latente qui oblige à s'expliquer et à défendre son identité de « bonne mère »⁴⁰ :

Ça m'a gênée à l'anniversaire d'Alexandre par exemple, j'ai fumé une clope mais je me suis dit : « Qu'est-ce qu'ils vont penser ? » [...] J'ai besoin de faire en sorte que les gens entendent et comprennent que c'est exceptionnel, tu dois un peu te justifier quand même (Céline, 29 ans).

Le poids du regard social impose de gérer chaque situation en fonction des personnes en présence et d'anticiper leur réaction, comme l'indique Nora (30 ans) :

Je ne m'autorise pas de fumer devant n'importe qui... par exemple devant les parents de Léandre, depuis que je suis enceinte je fume pas, alors que devant mes parents je pourrais fumer une cigarette mais devant les siens non [...] Devant certains amis je peux le faire mais si je me retrouve dans un lieu public je vais pas forcément le faire... je vais pas fumer en étant en pleine rue.

La stratégie d'autres répondantes fumeuses occasionnelles qui ont l'impression de faire du mal à leur bébé et d'être des mauvaises mères consiste à se dérober au regard d'autrui et à opter pour le « tabagisme clandestin »⁴¹ :

Moi je me cache bien pour fumer mes cigarettes si je suis dans la rue, je vais me planquer parce que je sais très bien qu'on va vous zieuter avec des yeux comme ça (Alecia, 32 ans).

Ces différents propos illustrent non seulement la « double déviance »⁴² associée socialement à la figure de la femme enceinte fumeuse – transgression de l'injonction néolibérale à prendre soin de soi d'une part, mise en danger de la santé d'un innocent enfant à venir d'autre part – mais également la surveillance publique de la responsabilité maternelle.

Responsabilité maternelle et implication du partenaire

La grande majorité des femmes interrogées ont arrêté de fumer et/ou ont réduit fortement leur consommation d'alcool « naturellement » ou l'ont décidé seules, sans que cela ait fait l'objet d'une discussion explicite avec le partenaire masculin. Les entretiens montrent que la dimension conjugale de la question du tabac ou de l'alcool durant la grossesse est bien souvent latente. L'implication active et manifeste de l'homme apparaît comme superflue, inappropriée ou suspendue dans la mesure où les femmes affirment leur adhésion à l'idée de responsabilité maternelle en adoptant un comportement d'abstinence ou de modération. Pour autant, le partenaire masculin n'est pas absent ou exclu de la gestion des risques durant la grossesse.

L'engagement du conjoint prend de multiples formes, par exemple quand il loue sa partenaire qui est parvenue à renoncer à toute goutte d'alcool du jour au lendemain, quand il valorise ses efforts de limitation du nombre de cigarettes, ou encore quand lui-même s'abstient de boire du vin à la maison ou de fumer en sa présence pour éviter toute tentation. Le conjoint est également partie prenante de la gestion des risques lorsqu'il souligne parfois le côté excessif des messages de tolérance-zéro ou lorsqu'il tente de dédramatiser la consommation occasionnelle d'alcool ou de cigarettes. Ainsi, Jérôme (32 ans), estimant qu'il faut savoir lâcher du lest, propose de temps en temps à Lara (28 ans) de goûter le vin dans son verre – offre qu'elle décline généralement.

Le conjoint affiche par conséquent habituellement une posture de soutien des efforts de modération ou d'abstinence de sa partenaire. Et même s'il s'efforce aussi de veiller à son bien-être émotionnel en essayant de réduire l'anxiété que produisent tant la multiplicité des précautions et des recommandations à suivre que le devoir ou la volonté de faire le maximum pour la santé de l'enfant à venir, l'homme valorise, pratiquement et moralement, la responsabilité maternelle et l'évitement des risques. Il n'est pas rare qu'un rappel de la norme et de son droit de regard se glisse dans les compliments que le partenaire adressait à sa conjointe :

Je trouve que par rapport à ce qu'il faut faire... par rapport à la cigarette, tu as déjà consenti des gros gros efforts... donc je suis moi déjà satisfait et content de ce qu'elle a entrepris... Après c'est vrai que si je la vois fumer une clope de temps en temps, ben je vais dire que cela ne me plaît pas, mais je ne vais pas non plus... on ne peut pas demander non plus des trucs trop grands et puis être hyper... Moi je suis déjà content de tout ce que tu as entrepris, après... (Ben, 30 ans).

Même si leur conjointe adopte un comportement abstinent ou particulièrement prudent, les hommes expriment régulièrement leur droit d'intervenir en cas de manquement, de leur point de vue, à la norme de « bonne mère », que ce soit de manière rétrospective ou pour la suite de la grossesse :

Franchement, je pense que si t'avais continué à fumer comme tu fumais ou boire comme tu buvais, je t'aurais dit quelque chose... Je pense que j'aurais quand même essayé de te

convaincre qu'il fallait peut-être soit diminuer soit arrêter soit essayer de faire quelque chose pour éviter... (Marco, 37 ans).

Dans la gestion des risques, plusieurs partenaires masculins jugent avoir un rôle complémentaire à celui de leur compagne, prenant notamment la forme d'une surveillance douce de leur consommation d'alcool ou de tabac. C'est le cas d'Albin (35 ans) qui indique avoir « un grand rôle [à jouer] parce que moi j'aurais pas aimé qu'elle boive enceinte, ça c'est sûr et certain [...] J'aurais pas voulu, ça ou la cigarette, c'était exclu ». Confirmant ses propos, sa conjointe Mélissa (35 ans) ajoute qu'il a « un rôle de prévention » à son égard. D'autres hommes revendiquent clairement une mission de garde-fou afin d'éviter ou de minimiser les prises de risques de leur partenaire :

Moi je peux influencer le comportement, par exemple niveau cigarette et alcool ça c'est clair je suis complètement contre ! Bon si elle mangeait de la viande crue je ferais tout pour l'en dissuader par le dialogue mais je me verrais mal le prendre et le foutre à la poubelle ! Enfin j'aurais rien à faire avec une fille comme ça (Alexandre, 34 ans).

La légitimité du contrôle de l'homme n'est que rarement contestée par la femme. Ce contrôle – effectif ou hypothétique – est la plupart du temps souhaité et perçu comme le prolongement « naturel » de la responsabilité maternelle et comme la part attendue de l'implication du futur père dans le projet parental. C'est le cas d'Éline (30 ans) qui tient à informer son conjoint Louis (36 ans) de sa consommation de tabac :

- Éline : Je lui dis quand je fume ma cigarette parce que je me sens coupable si je lui dis pas.
- Louis : Au début tu as fait justement rien [arrêté de fumer] et si je t'avais vue en train de continuer à fumer, j'aurais dit quelque chose.
- Éline : Pour moi c'était normal donc on n'a pas eu vraiment besoin d'en parler, je trouverais normal aussi qu'il me fasse des reproches si je faisais l'un ou l'autre, il a son mot à dire.

L'accomplissement du rôle maternel de protection du fœtus s'accompagne dès lors d'attentes plus ou moins fortes de participation masculine à la gestion générale des risques, que le manquement du partenaire met en lumière :

On devait se rendre chez la gynécologue, on était assez pressé, et puis il avait parlé [au téléphone] en conduisant ! Ça m'avait vachement énervée ! Moi je prends toutes les précautions pour faire en sorte que le bébé aille bien, j'arrête de boire, de fumer, je mange plus ci et ça et toi tu te permets de répondre au téléphone au volant ! On s'était énervés là (Léonie, 33 ans).

Bon nombre des femmes de l'étude apprécient l'implication de leur partenaire qu'elles perçoivent comme relevant d'une attitude de protection, de soutien ou de partage des responsabilités. Néanmoins, l'engagement du conjoint dans la surveillance des risques peut être source de disputes. Ainsi, notamment quand l'homme se fait le porte-parole d'une abstinence stricte et que sa partenaire n'a pas réussi à abandonner complètement la cigarette, des tensions peuvent émerger. Nora (30 ans) a arrêté toute consommation d'alcool dès qu'elle a su attendre un enfant mais elle regrette de ne pas avoir réussi à cesser de fumer. Dans l'entretien, son conjoint Léandre (34 ans) désapprouve cette situation tout en se défendant de lui faire des reproches au quotidien, ce que Nora conteste fermement :

- Léandre : Moi j'ai envie d'un bébé joli donc... la cigarette ça m'énerve un peu [...] c'est ça qui me dérange ! C'est pas une grande fumeuse et même en temps normal elle peut réussir à fumer deux cigarettes dans la journée... c'est un plaisir mais je me dis : « Pourquoi tu arrêtes pas complètement ? ». [...]

- Nora : Il y a des fois où j'ai pas du tout fumé de cigarettes... et je pense que c'est ça qui l'agace dans le sens où...

- Léandre (coupe) : Je te fais pas des scènes non plus.

- Nora : T'en fais quand même... [...] À chaque fois tu me demandes : « Combien ça fait ? Combien de cigarettes t'as fumées ? » [...] Si j'en fume deux [la même soirée] il me dira : « Nora c'est pas très bon », il viendra faire sa petite remarque.

Si l'impératif pour nombre des couples interrogés de suivre les recommandations sanitaires a partie liée avec la volonté de ne pas exposer le fœtus à un danger physique et de ne pas prendre de risques inutiles, ils connaissent souvent mal les conséquences concrètes de la consommation de tabac ou d'alcool durant la grossesse. Il faut aussi relever que l'insistance de certains conjoints sur l'abstinence maternelle ou sur une prudence généralisée découle également de la dimension morale de la femme enceinte comme future mère responsable, dont il est attendu qu'elle fasse preuve de contrôle de soi, de sérieux et de discipline. La nécessité du respect d'une ligne de conduite stricte tient alors moins directement aux effets possibles sur la santé de l'enfant qu'à certaines normes définissant une bonne mère – réfléchie, droite, constante et raisonnable. Les deux partenaires peuvent s'accorder sur l'idée que boire un verre de temps en temps n'est probablement pas dommageable pour le bébé, mais l'éventualité même que la femme renonce à l'abstinence peut susciter une réaction négative du conjoint. L'abstinence en matière d'alcool ou de tabac exprime parfois moins la signification médicale de cette norme que son enjeu moral qui renvoie en grande partie à un « risque identitaire »⁴³.

Conclusion

Dans un contexte influencé par des conceptions néolibérales de la santé et par la prolifération des discours du risque, la figure normative de la mère fait l'objet d'une riche littérature dans les sciences sociales. Le rôle culturel contemporain de la femme enceinte se caractérise par la norme de responsabilité individuelle qu'elle doit assumer en respectant les précautions formulées par des experts médico-scientifiques, afin d'assurer le meilleur développement et la meilleure santé possibles du bébé. Cette responsabilité personnelle s'inscrit particulièrement dans la « culture du risque »⁴⁴ quand les femmes enceintes redéfinissent et évaluent leurs comportements et style de vie en anticipant les conséquences négatives possibles de leurs actions présentes de même que le sentiment de culpabilité.

Dans cet article, l'accent a été mis sur deux points négligés par la recherche sur la responsabilité maternelle et la gestion des risques. Premièrement, alors que l'alcool

et le tabac durant la grossesse font l'objet de recommandations similaires (à savoir l'abstinence), les résultats suggèrent que ces deux risques ne sont pas équivalents aux yeux des futurs parents. La cigarette apparaît comme plus chargée sur le plan moral et comme un enjeu plus « sensible » pour l'identité de « bonne mère », alors que l'usage modéré d'alcool peut être associé à un comportement raisonnable parce que sujet au contrôle personnel et donc aisément modifiable. Pour une partie des couples de l'étude, la consommation de tabac durant la grossesse est plus difficile à assumer et semble plus volontiers assimilée à un sentiment de transgression du rôle maternel.

Deuxièmement, la réalisation d'entretiens avec les couples permet de montrer que l'homme n'est pas absent de la gestion des risques durant la grossesse et qu'il est aussi porteur de la norme de responsabilité maternelle. Dès lors que la femme présente tous les gages de « bonne mère » en évitant les risques et en veillant à la bonne santé du bébé, l'implication de l'homme au quotidien est discrète, subtile et souvent latente. Pour autant, certains conjoints ont leur propre perception du risque et leur idée du seuil d'alcool ou de cigarettes qu'il ne faut pas dépasser⁴⁵, auquel cas – généralement hypothétique – ils revendiquent un droit de regard et d'intervention en tant que futur père. Le tabac et l'alcool durant la grossesse sont dès lors aussi une affaire de couple et constituent des enjeux de pouvoir entre les partenaires⁴⁶. L'individualisation de la responsabilité maternelle ne signifie donc pas que le regard d'autrui, en particulier du conjoint, soit indifférent ou illégitime, bien au contraire.

La portée de ces résultats doit tenir compte du profil social et démographique des couples rencontrés : ils vivent ensemble, appartiennent aux catégories sociales moyennes et supérieures, ont une activité professionnelle, leur moyenne d'âge se situe dans la trentaine et tous envisageaient d'avoir un enfant. L'analyse de la responsabilité maternelle présentée ici ne peut guère être appliquée à d'autres situations spécifiques, à l'instar des couples issus de milieux défavorisés, des femmes enceintes seules, des grossesses chez les adolescentes ou des contextes de violence domestique, situations dans lesquelles les enjeux moraux et politiques de la « bonne mère » et des risques ne peuvent être tenus pour identiques⁴⁷.

Si la relation conjugale est un lieu majeur de façonnement, de concrétisation et de négociation de la norme maternelle, il convient de resituer le couple dans son environnement plus large, notamment en lien avec les discours et les attitudes des

spécialistes en obstétrique et des sages-femmes qui participent aussi à la définition de la « bonne » ou « mauvaise » mère. À cet égard, le statut du risque dans le monde professionnel et la manière dont il est abordé et communiqué dans les interactions avec les futurs parents constituent des pistes à creuser. Schnegg montre ainsi que le statut du risque « alcool et grossesse » varie selon les contextes nationaux et qu'il se caractérise en Suisse romande par une « double instabilité publique et ontologique »⁴⁸, alors que ce risque a davantage de visibilité, en France, par exemple. La comparaison des risques, des politiques de santé publique et des attitudes des couples ne peut qu'éclairer la compréhension de la responsabilité maternelle et ses nuances.

NOTES

¹ Voir par exemple Hanson Clare, *A Cultural History of Pregnancy: Pregnancy, Medicine and Culture 1750-2000*, Basingstoke et New York, Palgrave MacMillan, 2004, et Gélis Jacques, *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne, XVI^e-XIX^e siècle*, Paris, Fayard, 1984.

² Muchembled Robert, *Culture populaire et culture des élites dans la France moderne (XV^e-XVIII^e siècle)*, Paris, Champs-Flammarion, 1991.

³ Hanafi Nahema, « Le fruit de nos entrailles : la maternité dans les écrits des nobles toulousains du siècle des Lumières », *Annales du Midi*, 122/269, 2010, p. 52.

⁴ Verdier Yvonne, *Façons de dire, façons de faire*, Paris, Gallimard, 1979.

⁵ Markens Susan, Browner C.H., Press Nancy, « Feeding the fetus: On interrogating the notion of maternal-fetal conflict », *Feminist Studies*, 23/2, 1997, p. 351-372.

⁶ Oakley Ann, *The captured womb: A history of the medical care of pregnant women*, New York, Basil Blackwell, 1984.

⁷ Barker Kristin K., « A ship upon a stormy sea: The medicalization of pregnancy », *Social Science & Medicine*, 47/8, 1998, p. 1067-76.

⁸ Hallgrimsdottir Helga Kristin, Benner Bryan Eric, « "Knowledge is power": Risk and the moral responsibilities of the expectant mother at the turn of the twentieth century », *Health, Risk & Society*, 16/1, 2014, p. 7-21.

⁹ Voir Armstrong David, « The Rise of surveillance medicine », *Sociology of Health & Illness*, 17/3, 1995, p. 393-404, et Nettleton Sarah, « Women and the New Paradigm of Health and Medicine », *Critical Social Policy*, 16/48, 1996, p. 33-53.

¹⁰ Bessett Danielle, « Negotiating normalization: The perils of producing pregnancy symptoms in prenatal care », *Social Science & Medicine*, 71/2, 2010, p. 370-377.

¹¹ Voir Fox Rebekah, Heffernan Kristin, Nicolson Paula, « "I don't think it was such an issue back then": changing experiences of pregnancy across two generations of women in south-east England », *Gender, Place & Culture*, 16/5, 2009, p. 553-568, et Harper Emma Amanda, Rail Geneviève, « "Gaining the right amount for my baby": Young pregnant women's discursive constructions of health », *Health Sociology Review*, 21/1, 2012, p. 69-81.

¹² Lupton Deborah, « Risk and the ontology of pregnant embodiment », dans *Risk and Sociocultural Theory: New directions and Perspectives*, édité par D. Lupton, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, p. 59-85.

¹³ Petersen Alan, Lupton Deborah, *The New Public Health: Discourses, Knowledges, Strategies*, Thousand Oaks, Sage Publications, 1996.

¹⁴ Lee Ellie, « Policing Pregnancy: The Pregnant Woman Who Drinks », dans *Parenting Culture Studies*, édité par E. Lee, J. Bristow, C. Faircloth et J. Macvarish, London, Palgrave MacMillan, 2014, p. 129-146.

¹⁵ Voir Oaks Laury, *Smoking and Pregnancy: The Politics of Fetal Protection*, New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2001, et Armstrong Elisabeth, *Conceiving Risk, Bearing Responsibility*, Baltimore, The John Hopkins University Press, 2003.

¹⁶ Voir Hammer Raphaël, Inglin Sophie, « “I don’t think it’s risky, but...” : Pregnant women’s risk perceptions of maternal drinking and smoking », *Health, Risk & Society*, 16/1, 2014, p. 22-35.

¹⁷ Voir Armstrong E., *Conceiving Risk...*, *op. cit.*, et Oakley Ann, « Smoking in pregnancy: smokescreen or risk factor? Towards a materialist analysis », *Sociology of Health & Illness*, 11/4, 1989, p. 311-335. L’un des aspects critiques de ces travaux réside dans le fait que l’orientation individualiste des modèles de santé dans les politiques publiques tend à négliger les contraintes structurelles, les inégalités de classe et les conditions matérielles d’existence qui pèsent sur l’état de santé et les comportements de santé.

¹⁸ Plusieurs travaux montrent que les médias jouent un rôle significatif dans la diffusion des normes en la matière. La presse écrite tend à mettre l’accent sur le risque et à simplifier le message d’abstinence en éludant les éléments d’incertitude scientifique (voir Lee Ellie, Sutton Robbie M., Hartley Bonny L., « From scientific article to press release to media coverage: advocating alcohol abstinence and democratising risk in a story about alcohol and pregnancy », *Health, Risk & Society*, 18/5-6, 2016, p. 247-269).

¹⁹ En Suisse comme dans de nombreux autres pays, les recommandations officielles prônent l’abstinence en matière de consommation d’alcool et de tabac durant la grossesse. Selon une étude menée à l’hôpital universitaire du canton de Vaud, environ 4 femmes sur 10 consomment, à des degrés variables, de l’alcool durant la grossesse (voir Meyer-Leu Yvonne, Lemola Sakari, Daepfen Jean-Bernard, Deriaz Olivier, Gerber Stefan, « Association of moderate alcohol use and binge drinking during pregnancy with neonatal health », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35/9, 2011, p. 1669-1677). S’agissant de la consommation de tabac en Suisse, 13% des femmes enceintes déclarent continuer à fumer durant leur grossesse (voir Keller Roger, Radtke Theda, Fülleman Désirée, Krebs Hans, Hornung Rainer, *Tabagisme et grossesse : monitoring sur le tabac – Enquête suisse sur le tabagisme*, Zürich, Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie, 2009).

²⁰ Tulloch John, Lupton Deborah, *Risk and Everyday Life*, London, Sage, 2003.

²¹ Lupton D., « *Risk and the ontology...* », art. cit.

²² Baxter Leslie A., Hirokawa Randy, Lowe John B., Nathan Peter, Pearce Liz, « Dialogic voices in talk about drinking and pregnancy », *Journal of Applied Communication Research*, 32/3, 2004, p. 224-248 ; Root Robin, Browner C.H., « Practices of the pregnant self: Compliance with and resistance to prenatal norms », *Culture, Medicine & Psychiatry*, 25, 2001, p. 195-223 ; Holland Kate, McCallum Kerry, Walton Alexandra, « “I’m not clear on what the risk is”: women’s reflexive negotiations of uncertainty about alcohol during pregnancy », *Health, Risk & Society*, 18/1-2, 2016, p. 38-58.

²³ Douglas Mary, *Risk Acceptability According to the Social Sciences*, New York, Russell Sage Foundation, 1985.

²⁴ Ce type d’échantillon non probabiliste, propre à la démarche qualitative, vise à sélectionner les participants aptes à fournir des données riches et adéquates par rapport aux buts de la recherche, et non selon une procédure statistique consistant à tirer des individus au hasard au sein d’une population. Voir Palys Ted, « Purposive sampling », dans *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*, édité par L. Given, Sage Publications Inc., Thousand Oaks, California, 2008, p. 697-698.

²⁵ Conduite par une équipe de recherche pluridisciplinaire (Yvonne Meyer et Stéphanie Pfister Boulenaz sont sages-femmes, Raphaël Hammer, Sophie Inglin et Céline Schnegg sont

sociologues), cette étude a été financée par le domaine Santé de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO).

²⁶ Polak Louisa, Green Judith, « Using joint interviews to add analytic value », *Qualitative Health Research*, 26/12, 2016, p. 1638-1648.

²⁷ Les entretiens ont été menés par Sophie Inglin, Céline Schnegg et Stéphanie Pfister Boulenaz.

²⁸ Bien que tous les couples ne soient pas mariés, par commodité les termes « conjointes / conjoints », « partenaires féminines / partenaires masculins » et « femmes interrogées / hommes interrogés » seront utilisés de manière synonyme.

²⁹ L'abstinence totale en matière d'alcool avant la grossesse et une dépendance à l'alcool constituaient des critères d'exclusion de la population d'enquête.

³⁰ Robson Colin, *Real World Research*, London, Blackwell Publishing, 2011.

³¹ La représentation d'une consommation acceptable d'alcool pendant la grossesse, c'est-à-dire perçue comme sans danger ou très peu risquée, renvoie à des critères multiples, comme la quantité ingérée, la fréquence de consommation, le type d'alcool ou encore le stade de la grossesse. Voir par exemple Hammer R., Inglin S., « "I don't think..." », art. cit.

³² Dans les extraits d'entretiens, les conventions suivantes sont utilisées : les parenthèses signalent des indices paratextuels ; les points de suspension rendent les silences, les hésitations, les pauses dans le discours du locuteur ainsi que les interruptions de phrases ; les points de suspension placés entre crochets indiquent des coupures dans la reproduction de l'entretien ; les implicites du discours sont indiqués entre crochets lorsqu'ils sont nécessaires à la bonne compréhension des propos rapportés. Voir Rioufreyt Thibaut, *La transcription d'entretiens en sciences sociales : Enjeux, conseils et manières de faire*, 2016 [En ligne] <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01339474> (consulté le 24 juillet 2018).

³³ L'abstinence peut exprimer le fait de n'ingérer aucune goutte d'alcool ou de ne fumer aucune cigarette, mais aussi de boire un verre ou un fond de verre quelques fois, ou de fumer une cigarette de manière exceptionnelle ou lors d'occasions spéciales.

³⁴ Petersen A., Lupton D., *The New Public Health...*, op. cit.

³⁵ Root R., Browner C.H., « *Practices of the pregnant self...* », art. cit., p. 211.

³⁶ Hammer R., Inglin S., « "I don't think..." », art. cit.

³⁷ Gaussoit Ludovic, *Modération et sobriété. Etudes sur les usages sociaux de l'alcool*, Paris, L'Harmattan, 2004.

³⁸ Bell Kirsten, McCullough Lucy, Salmon Amy, Bell Jennifer, « "Every space is claimed": smokers' experiences of tobacco denormalisation », *Sociology of Health & Illness*, 32/6, 2010, p. 914-929.

³⁹ Crawford Robert, « A cultural account of "health": control, release, and the social body », dans *Issues in the Political Economy of Health Care*, édité par J.B. McKinlay, London, Tavistock Publications, 1984, p. 60-103.

⁴⁰ Wigginton Britta, Lee Christina, « A story of stigma: Australian women's accounts of smoking during pregnancy », *Critical Public Health*, 23/4, 2013, p. 466-481.

⁴¹ Guyon Louise, Audet Chantale, April Nicole, De Koninck Maria, « Tabagisme et grossesse. Représentations sociales chez des mères québécoises », *Drogues, santé et société*, 6/1, 2007, p. 105-142.

⁴² Hookway Nicholas, Elmer Shandell, Frandsen Mai, « Risk, morality and emotion: social media responses to pregnant women who smoke », *Health, Risk & Society*, 19/5-6, 2017, p. 246-259.

⁴³ Brahic Julie, Thomas Olivier, Dany Lionel, « Alcool et grossesse : une recherche qualitative auprès de femmes enceintes », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 3/107, 2015, p. 403-434.

⁴⁴ Giddens Anthony, *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, 1994.

⁴⁵ Par exemple, les répondants qui ne prônent pas une abstinence stricte en matière d'alcool se réfèrent à un seuil de non-dangerosité exprimé en terme de quantité plus ou moins bien définie (« une demi-gorgée », « un demi verre de rouge chaque deux semaines », « un petit verre à

certaines occasions », « un fond de verre de temps en temps », « trois gorgées de rouge pendant un repas »).

⁴⁶ Greaves Lorraine, Kalaw Cecilia, Bottorff Joan L., « Case studies of power and control related to tobacco use during pregnancy », *Women's Health Issues*, 17, 2007, p. 325-332.

⁴⁷ Voir par exemple Portier-Le Cocq (dir.), *Fertility, Health and Lone Parenting. European Contexts*, London, Routledge Studies in the Sociology of Health and Illness, 2018.

⁴⁸ Schnegg Céline, « Les épreuves du risque liés à l'alcoolisation fœtale : le cas suisse romand en contrechamp », dans Douguet Florence, Fillaut Thierry (dir.), *Grossesse et alcool. Représentations et appropriations d'une priorité de santé*, Paris, L'Harmattan, 2017, p. 94.

©2019 Raphaël Hammer, Yvonne Meyer, Stéphanie Pfister Boulenaz, Céline Schnegg,
Sophie Inglin & Graat On-Line