

**Zeitschrift:** Tsantsa : Zeitschrift der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft  
= revue de la Société suisse d'ethnologie = rivista della Società svizzera  
d'etnologia

**Herausgeber:** Schweizerische Ethnologische Gesellschaft

**Band:** 12 (2007)

**Artikel:** Marginalité ou stigmatisation? : Étude ethnographique sur la naissance  
en milieu urbain

**Autor:** Tillard, Bernadette

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1007368>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 29.11.2024

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Mots-clés: Naissance · Parenté · Stigmatisation · Pauvreté

# MARGINALITE OU STIGMATISATION?

## ETUDE ETHNOGRAPHIQUE SUR LA NAISSANCE EN MILIEU URBAIN

ABSTRACT: MARGINALIZATION OR STIGMATIZATION? ETHNOGRAPHIC RESEARCH ON BIRTH IN URBAN CONTEXTS

After an ethnographic study about birth in an urban environment, we note the characteristics of the women we met in this popular district. These young women are mainly living in economic precariousness. In spite of the diversity of personal situations, certain features are shared between them, particularly in connection with kinship links and questions of body and health. Focusing on the cases of two women in particular, we investigate how the mechanisms of stigmatization are constructed.

### BERNADETTE TILLARD

Médecin de santé publique participant au Comité consultatif régional de la naissance du Nord - Pas-de-Calais, j'entendais régulièrement les plaintes des soignant·e·s en direction des femmes de milieu défavorisé aux grossesses «non suivies» et «non déclarées». Par ailleurs s'exprimaient également les inquiétudes des médecins des services de promotion de la santé en faveur des élèves sur la recrudescence des grossesses chez les adolescentes.

A côté de ces discours professionnels, le déficit de la sécurité sociale et les propos sur la fin de l'Etat providence rendaient perceptible au début des années 1990 que l'amélioration de la situation sanitaire ne passerait pas par la planification d'une augmentation des dépenses de santé. Certes la région Nord - Pas-de-Calais pouvait espérer bénéficier encore quelque temps du rattrapage de son équipement par rapport aux autres régions françaises. De bonnes raisons permettaient de réclamer cette égalité de traitement comme d'une part la baisse de la natalité moins perceptible dans la région que dans d'autres territoires et d'autre part le principe d'égalité de traitement en tout point du pays. Cependant, cette compensation aurait des limites et ne permettrait pas de répondre à tous les besoins de la population perçus par les professionnel·le·s de santé au contact quotidien avec des réalités sociales auxquelles ils sont sensibles, même si leur profession les tient à l'abri de ces mêmes besoins. La conjonction de ces deux pans du contexte régional: population défavorisée présentée

comme peu conciliante et limite aux investissements nationaux en matière sanitaire m'a amenée à penser que l'amélioration de l'état sanitaire passait par une meilleure compréhension des raisons qui faisaient qu'une partie de la population se tenait à l'écart de structures de soins. Ces idées faisant leur chemin, j'y puisais peu à peu la motivation pour une exploration anthropologique de la naissance dans un quartier de la ville de Lille (Moulines) considéré comme défavorisé.

Dans cet article, j'interrogerai le statut de ces grossesses et de ces naissances en les rapportant à la question de la norme. Peut-on considérer ces naissances comme des naissances marginales? En effet, le terme marginalité «emprunte cette image spatiale de la périphérie par rapport au centre pour caractériser le degré d'appartenance et d'intégration sociale» (Barreyre *et al.* 1995: 235). Il nous faut donc en même temps considérer les frontières de la société et ce qui se situe en son cœur, c'est-à-dire le phénomène qui s'y rencontre le plus fréquemment, «celui qui paraît convenable dans une société et dans un groupe et dont la non-observance entraîne une sanction ou une désapprobation» (1995: 257). La métaphore du centre illustrant l'intégration sociale et de la périphérie marginale parce que ne partageant pas les mêmes modes de vie est une première approche de la marge utilisée dans cet article. A propos de l'exclusion, Emmanuel Didier souligne que trois aspects la décrivent: «l'espace où se trouvent les

exclus [...], la marginalité et la pauvreté. [...] la première est géographique, proprement spatiale; la deuxième est sociale, au sens faible où cette notion est d'abord travaillée par la sociologie; et la troisième économique, dans la mesure où elle est instrumentalisée par des mesures» (1996: 25). En dehors de cette présentation générale de la marginalité, nous pouvons aborder d'autres éléments et exprimer ce que n'est pas la marge. Ainsi, si le quartier urbain se réfère à un espace géographique, cet espace délimité par des frontières administratives ne suffit pas à définir norme et marge. En effet, Lille-Moulins est un espace proche du centre ville où cohabitent des personnes de niveaux socio-économiques différents et une proportion importante de la population vit de manière parfaitement intégrée et jouit des attributs des classes moyennes, voire supérieures. Si les rues et les habitations ne sont pas équivalentes, ici la notion de marginalité ne peut cependant pas se référer à un espace où la ségrégation serait matérialisée par des limites palpables, contrairement à la marginalité à laquelle font référence Fernanda Bittencourt Ribeiro dans l'article de ce présent numéro et Catherine Le Grand-Sébille (1996) lorsqu'elles décrivent les pratiques d'institutions closes et/ou éloignées. Il ne s'agit pas non plus de naissances d'enfants porteurs d'un handicap physique visible: pas de stigmatisme «immédiatement perceptible» en raison de «monstruosité du corps» (Goffman 1975: 14). Les femmes dont il est question ne sont pas porteuses de maladies qui les obligeraient à se soumettre à un éloignement, mode d'expression d'une «contrainte profane» (Dozon 2001: 33).

Le statut des femmes dont il sera question fait écho aux écrits de Goffman (1975: 15) sur le stigmatisme présenté comme «une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontrent, et nous détourner de lui, détruisant ainsi les droits qu'il a vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs. Il possède un stigmatisme, une différence fâcheuse d'avec ce à quoi nous nous attendions». Le plus souvent il s'agira de plusieurs caractéristiques socio-économiques et/ou d'absence de bifiliation pour l'enfant à naître, ou encore de critères esthétiques ou de modalités particulières de rapport au corps ou la parenté. Poursuivant, Goffman illustre la normalité par rapport à cette frange stigmatisée: «Quant à nous, ceux qui ne divergent pas négativement de ces attentes particulières, je nous appellerai les *normaux*.»

Je tenterai donc de mettre en lumière les critères qui distinguent ces naissances et ces femmes rencontrées des naissances et des maternités considérées comme

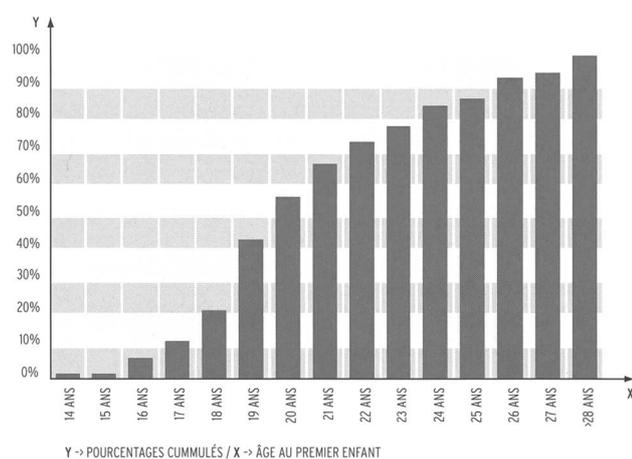
«normales» et peuvent en conséquence les désigner comme objet de stigmatisation. J'aborderai ces questions en présentant dans un premier temps les aspects socio-démographiques, puis je réfléchirai à partir de deux portraits. À des degrés différents, chacune de ces femmes peut être repérée comme porteuse d'une «différence fâcheuse». Ces portraits permettent d'évoquer des questions communes maintes fois évoquées à propos de la naissance dans ce quartier populaire.

## PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

À l'occasion de cette recherche ethnographique sur la naissance préparée, vécue et commentée par les familles du quartier de Lille-Moulins, soixante-quinze femmes ont été interviewées à différents moments: durant la grossesse, pendant le séjour en service de suites de couches, puis à domicile trois mois plus tard (Tillard 2002a). Après le travail de DEA achevé en 1993, ces rencontres se sont déroulées en plusieurs phases de 1995 à 1999. Les différents moments de ces rencontres ont permis de créer des occasions d'observation participante, tant au domicile des familles qu'en milieu hospitalier où elles étaient rencontrées pendant la grossesse et en service de suites de couche. Avec deux d'entre elles, des relations ont été établies de manière plus durable. Elles se sont poursuivies au-delà de ces trois rencontres, permettant de continuer un dialogue complémentaire avec un petit nombre d'informatrices privilégiées faisant partie de leur entourage. Les relations avec ces informatrices ont également été le support d'échanges qui dépassent l'objet de la naissance et permettent d'observer des familles dans leur vie quotidienne, répondant à des sollicitations diverses, ayant fréquemment pour support la disponibilité de mon véhicule. Si le terrain offrait l'occasion d'aborder de nombreuses questions relatives au mode de vie, l'exploration ethnographique portait essentiellement sur deux axes: d'une part la conjugaison entre la préparation familiale de la naissance et son suivi médico-social, et d'autre part la préparation de la naissance et l'accueil de l'enfant en rapport avec la nomination de ce dernier. Deux points caractérisent les parents de notre étude et les différencient de la situation moyenne observable chez les parents donnant naissance à un enfant en France: la précarité économique et le jeune âge de la mère. Ces deux critères sont largement répandus dans l'échantillon des femmes interrogées, signalant ces femmes aux soignants·e·s qui les reçoivent.

## Jeunes mères

Durant les premières rencontres avec les femmes du quartier de Lille-Moulins, mon attention s'est portée sur les caractéristiques socio-démographiques des femmes. Je souhaitais rencontrer toutes les femmes de ce quartier présentes dans l'établissement à chacun de mes passages, sans établir de sélection préalable. La relative précocité de la procréation apparaît dans l'ensemble des femmes interrogées. Sur le schéma ci-dessous, les pourcentages cumulés des femmes en fonction de l'âge auquel elles sont devenues mères montrent que l'âge médian des femmes au moment de la naissance de leur premier enfant est 19 ans. C'est-à-dire qu'une majorité des femmes ont donné naissance à leur premier enfant avant 20 ans. 13 % avaient plus de 24 ans au moment de leur première maternité. Toutes étaient mères avant 28 ans.



Or nous savons qu'au niveau national les femmes donnent naissance à leur premier enfant de plus en plus tardivement. En France, l'âge de la mère au moment de la naissance du premier enfant est élevé: il est passé au-delà de 29 ans depuis 1995. Ces éléments démographiques soulignent le contraste entre la norme nationale et les réalités vécues par la population de ce quartier. A l'échelle de celui-ci, la norme ne semble pas être la même qu'au niveau du pays. L'ethnologue ou le professionnel médical et social peut percevoir le jeune âge comme une particularité des femmes de ce quartier, mais à les avoir côtoyées durant les quatre années d'enquête, je pense qu'elles-mêmes ne comprendraient probablement pas pourquoi tant de femmes retardent ce moment d'accomplissement d'une part de leur potentiel.

Comme une autre étude sur les grossesses survenant chez des mères jeunes allait le confirmer dans d'autres zones de la région, la plupart de ces grossesses sont désirées et surviennent chez des couples se côtoyant depuis plusieurs années (Tillard 1997). Même si le terme «accident» est souvent employé pour qualifier le moment de la conception, certains jeunes gens ont mûri le projet de donner naissance à un enfant «depuis longtemps». L'image de la grossesse survenant à la suite d'un échec de contraception chez une adolescente ne peut pas être convoquée pour expliquer la majorité de ces situations. Il conviendrait de se demander si la conscience de la différence entre les normes sociales des classes moyennes et supérieures (auxquelles j'appartiens en tant que chercheuse) et celles des femmes interrogées ne conduit pas à minimiser la part de désir ou de planification dans la survenue de la grossesse. Peut-être s'agit-il d'une parade face à une désapprobation plus ou moins exprimée, mais perçue dans des rencontres antérieures avec différents milieux professionnels. Par ailleurs, l'argument de l'accident peut également rendre compte de représentations sociales anciennes persistant en milieu populaire et que nous avons exposées précédemment (Tillard 1999).

## Jeunes parents dans un contexte de précarité

A ce critère du jeune âge des mères s'en ajoute un autre qui va à l'encontre des idées dominantes. En France, les femmes diplômées retardent de plus en plus le moment de la procréation. Les futurs jeunes parents attendent de connaître une situation professionnelle stable. Cette tendance ne semble pas être au cœur des relations qu'entretiennent les femmes du quartier de Lille-Moulins avec la maternité. Les femmes, les couples entreprennent de donner naissance alors que la situation financière n'est pas assurée.

Le quartier compte 14 862 habitants d'après le recensement de 1990, le dernier disponible au moment de l'enquête ethnographique. Le taux d'emplois précaires (travail en intérim, stage de qualification...) est de 16 %, auquel s'ajoute un taux du chômage de 22,6 %. Les hommes qui ont un emploi sont majoritairement des ouvriers (53 % des hommes de 20 à 59 ans ayant un emploi). Les femmes «au foyer» sont nombreuses (36 % de la population féminine) et celles qui ont un emploi sont le plus souvent des employées (51 % des femmes salariées) occupant des postes à temps partiel comme femme de ménage chez des particuliers, agent d'entretien dans des entreprises de nettoyage de bureaux ou vendeuse. Le niveau

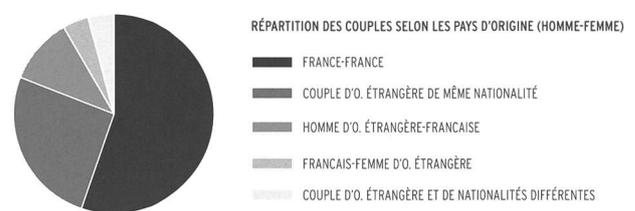
de qualification des femmes est faible, puisque parmi celles de 24 ans et plus, 41 % n'ont aucun diplôme. Il n'est guère plus élevé chez les hommes: 38 % ont cessé de fréquenter l'école sans diplôme. Le niveau de vie est donc en dessous de la moyenne nationale et le patrimoine des familles n'est pas très important. Seuls 17 % des ménages sont propriétaires de leur résidence principale, un ménage sur deux ne possède pas de voiture et, en 1992, 22 % des allocataires de la caisse d'allocations familiales vivaient d'un des revenus minima (revenu minimum d'insertion [RMI], allocation de parent isolé [API] ou allocation adulte handicapé [AAH]). La population des femmes rencontrées pour l'étude alors qu'elles allaient donner naissance à un enfant est caractérisée par des traits de pauvreté encore plus accentués. Ainsi la moitié de ces femmes vivait dans un foyer où aucun des conjoints ne travaillait et dont les seuls revenus étaient l'un des trois minima sociaux (API, AAH, RMI).

Ces jeunes couples sans emploi interrogent la norme implicite suivante: être en capacité de subvenir aux besoins matériels de l'enfant avant de procréer. A l'heure de la prolongation de l'adolescence et de la période consacrée aux études, la situation de ces couples contraste avec celle des couples d'une trentaine d'année, richement diplômés, dont les partenaires occupent un premier emploi, maîtrisant bien les moyens contraceptifs, mais hésitant dans leur décision, voire ne souhaitant pas s'engager dans la procréation. Les couples de ce quartier sont à l'antipode de cette vision de la vie. Ils font famille et réalisent la transmission de la vie, sans attendre d'avoir résolu les difficultés matérielles. Le faible espoir de parvenir à la sérénité pécuniaire à court ou moyen terme ne leur permet probablement pas d'envisager de respecter cette chronologie sans prendre le risque de renoncer à la procréation.

#### *Parents d'origine étrangère*

Des vagues successives d'immigration se sont intégrées au quartier, répondant ainsi aux besoins des industries locales. Les derniers arrivants sont des personnes originaires d'Algérie ou du Maroc. Elles constituent les trois quarts des 16 % de la population n'ayant pas la nationalité française au recensement de 1990 (6,4 % de la population française était de nationalité étrangère à la même époque). La population immigrée est inégalement répartie dans le quartier, puisqu'elle est davantage présente dans les HLM que dans le quartier ancien. L'origine des membres des couples interviewés souligne l'importance

de la population d'origine étrangère dans la population enquêtée puisque, dans un quart des couples, tous deux sont originaires d'un autre pays que la France et que 19 % sont des couples mixtes.



A ces critères socio-démographiques de jeune âge, de pauvreté et d'origine culturelle s'ajoute l'absence de conjoint partageant la vie quotidienne pour un quart des femmes rencontrées.

#### *Choix du prénom usuel*

Dans l'occurrence des prénoms se dessine également l'appartenance sociale. Il n'est plus ici question de prénoms choisis par des familles migrantes, mais du prénom usuel donné dans des familles françaises depuis plusieurs générations. Les professionnels peuvent jauger certaines familles à l'aune des prénoms choisis: ils possèdent une connaissance intuitive de ces choses. Avec l'ouverture de l'état civil à multiples possibilités en matière de prénom, la dispersion des choix ne se fait que très progressivement, mais dans des directions parfois très précises. Comme cela a été montré dans d'autres sociétés, la liberté du choix ne s'accompagne pas d'une dispersion aléatoire des prénoms, mais au contraire elle permet de repérer le capital culturel des familles (Alleton 1993). En dehors des prénoms toujours très prisés comme Jean, Anne, Pierre, Marie, Martin... (Besnard et Desplanches 1997) et adoptés par toutes les classes sociales, d'autres sont attribués plus souvent aux enfants d'origine modeste. Il en est ainsi des prénoms anglo-saxons donnés régulièrement aux garçons: Dylan, Jordan, Kévin. Sur un corpus de deux cents prénoms, Kévin est rencontré six fois, Dylan et Morgan(e) cinq fois. D'autres prénoms relèvent de la même origine: Allan, Brandon, Bryan, Christopher, Rudy, Steve, Sullivan. Au total, un garçon sur trois a reçu un prénom anglo-saxon (34 %). Cette proportion est deux fois moins élevée chez les filles (16 %). Les prénoms féminins importés se terminent par une consonance en «a» et en «i»: Cassandra, Jessica, Prescilla, Sabrina, Cindy.

Ces différenciations sociales perceptibles dans le choix des prénoms sont telles qu'une mère, originaire d'une petite ville de Bourgogne, gérante d'un magasin de chaussures dans un autre quartier populaire de Lille et logeant provisoirement dans le quartier depuis une mutation professionnelle, déclare: «Si nous avions eu un garçon, nous l'aurions appelé Vincent parce que c'est doux aussi, comme Lucie. Par exemple, je n'aurai jamais appelé un garçon Kévin!» Les personnes qui attribuent les prénoms anglo-saxons le font en général en référence, parfois explicite, aux feuilletons télévisés qui ont, d'une certaine manière, remplacé les romans-photos. Mais, à aucun moment, elles n'ont conscience de désigner leur enfant comme marqué par la pauvreté dans son identité même. Au contraire, elles pensent lui attribuer le nom d'un héros, d'une personne à l'aise dans le langage et la vie sociale et qui correspond aux canons de la beauté des magazines. Bref, un prénom original porteur d'un potentiel symbolique important et positif. C'est à leur insu que ces familles les inscrivent dans une catégorie sociale déterminée.

Les données socio-démographiques précédemment citées ne sauraient être suffisantes pour rendre compte de ces femmes et ces couples. Cette attention particulière pour la caractérisation de l'échantillon est liée à une longue pratique des méthodes quantitatives dont j'aimerais souligner qu'elle n'est pas incompatible avec une approche qualitative. Elle permet en effet au lecteur de situer les femmes rencontrées et leur famille à partir de critères souvent mobilisés en sociologie, avant d'entrer dans l'intimité de ces familles. En réalité, les données démographiques ont été répertoriées en même temps que se déroulaient les rencontres ethnographiques. Elles ne faisaient pas l'objet d'un questionnaire, mais étaient abordées au fil des entretiens, selon leur déroulement. Cependant le passage du quantitatif au qualitatif oblige à abandonner l'idée de rendre compte de manière exhaustive de toutes les situations rencontrées. Aussi, de manière complémentaire à l'approche développée dans ma thèse, j'ai opéré un choix parmi tous les portraits possibles. Les deux personnes choisies ici permettent d'illustrer les idées essentielles se rapportant à la question des rapports au corps et des questions de parenté dans ce quartier.

## PORTRAITS

Pour aborder la complexité des situations, je présenterai tout d'abord le portrait de Vanessa. L'histoire de cette très jeune femme devenue mère dans des circonstances particulières conduit l'enfant à débiter sa vie en entrant de

plain-pied dans une situation marginale. Ce cas est unique dans le corpus, mais je l'ai néanmoins retenu pour deux raisons: d'une part, il permet de réfléchir au rôle des institutions dans l'histoire de cette jeune femme et, d'autre part, son portrait peut être le support d'amalgames entre elle et l'ensemble des femmes de ce quartier. En effet, à partir de la vérification dans de rares cas de la présence simultanée de différentes caractéristiques, des présupposés risquent de se former ou de se renforcer. Un simple exemple qui vérifie le présupposé peut par un effet d'analogie jeter le discrédit sur l'ensemble des personnes présentant plusieurs caractéristiques communes avec cette exception. C'est pourquoi je souhaite lui associer le portrait d'Annie qui correspond à un cas beaucoup plus fréquent, soit environ un quart des naissances relatées durant l'enquête. Comme on le verra, il nous permettra de constater que bien que porteuses de nombreux désavantages, les naissances chez ces femmes pourraient bien être considérées comme l'expression d'une norme interne au quartier ou propre à des catégories sociales autres que celles qui servent de repère à la création de la norme.

### Vanessa

Brièvement, entre deux rendez-vous, je croisai une première fois cette jeune femme de 15 ans en compagnie de son compagnon et de l'éducatrice du foyer pour jeunes mineures. Puis, à nouveau, je rencontrai la jeune maman dans le service des suites de couches, trois jours après la naissance du bébé.

Voici ce que je connais de l'histoire de Vanessa. Bien avant sa naissance, sa mère a cohabité avec un homme et mis au monde un premier enfant, un garçon qui sera placé assez rapidement. Elle vit ensuite avec un autre homme et met au monde deux fillettes, la plus jeune se prénomme Vanessa. Toutes deux sont placées assez tôt, Vanessa a alors trois ans. Elles vivront dans le même foyer, leur demi-frère étant lui dans un autre établissement. Cet aîné, devenu jeune homme, se marie, donne naissance à une petite fille, puis divorce et est incarcéré à la suite de différents larcins. Vanessa est remise à sa famille à l'âge de 13 ans, elle passe chez elle les vacances d'été puis est scolarisée quelques semaines au collège du quartier. Entre-temps, à l'occasion d'une mesure de liberté surveillée, le jeune homme alors âgé de 23 ans revient lui aussi s'installer chez sa mère et y rencontre la jeune fille, sa demi-sœur Vanessa. Les deux jeunes gens nouent une relation amoureuse et la jeune femme est bientôt enceinte. Elle en informe sa mère «qui s'est mise à pleurer et est par-

tie au café». L'éducatrice qui suit le jeune homme pour la surveillance de la peine dépose plainte pour relation incestueuse avec une mineure. Vanessa est alors retirée de sa famille et placée dans une maison maternelle pour jeunes mineures. Elle en est alors au quatrième mois de grossesse et aura passé moins d'un an dans sa famille. A compter de son entrée dans le foyer, la grossesse est suivie et le couple s'affiche ouvertement comme couple parental de l'enfant à venir. Un premier jugement est rendu à propos du seul demi-frère, puisque majeur (il est de huit ans l'aîné de la jeune femme). La peine attribuée est de deux mois de travaux d'intérêt général.

Durant son séjour en foyer, lors des sorties du week-end, Vanessa se rend chez son demi-frère qui a quitté le domicile de leur mère. C'est du domicile de celui-ci que le couple se met en chemin et parvient à pied (environ trois kilomètres) à la maternité, un dimanche après-midi. La jeune femme a pris cette décision car elle ressent des contractions. Elle explique que «la marche soulage davantage que l'immobilité». A l'arrivée, l'accouchement est en bonne voie. Dix minutes plus tard l'enfant naît en présence du demi-frère de Vanessa. La valise restée au foyer sera apportée le lendemain par l'éducatrice. Des investissements matériels au chevet de l'enfant témoignent d'une préparation de la naissance. Durant l'entretien, la jeune femme parle du «père de l'enfant» ou de son «copain», elle évoque le projet du «père» de reconnaître l'enfant. Elle semble ignorer l'impossibilité de cette reconnaissance dans le cas d'inceste adelphique, sans un renoncement de sa maternité, ce qui n'est nullement son intention. Elle donne à l'enfant, outre son nom de famille, trois prénoms qu'elle choisit tous les trois. Le second prénom est le sien, le troisième est celui du premier enfant de son demi-frère.

### Annie

Durant les cinq années d'investigation, Annie a eu trois enfants, ce qui lui a donné de fait une place de choix dans mon travail (quatrième, cinquième et sixième enfants de la fratrie). Nous nous sommes apprivoisées lentement, d'entretiens en rencontres informelles, de quête d'informations en contre-dons matérialisés par des services divers où ma voiture était toujours un outil très convoité. Née en troisième position dans une famille de treize enfants, Annie décrit une enfance plus que misérable, durant laquelle elle était témoin de violences conjugales quasi-quotidiennes entre ses parents sous l'emprise de l'alcool. Elle-même subissait la maltraitance tant des compagnons de sa mère que de sa propre mère. Annie semble avoir rencontré dans son

entourage quelques personnes ayant fait preuve de sollicitude à son égard: une voisine qui lui achète un pain, une institutrice qui la lave, puis plus tard plusieurs travailleur·euse·s sociaux·ales qui la suivront et l'aideront à s'en sortir. Très marquée par ce passé durant lequel la présence d'un homme rime avec coups pour la mère et les enfants, elle a choisi de vivre seule. Elle «mène sa barque» en tant que mère de six enfants dont les cinq premiers sont d'un compagnon d'origine algérienne qui ne les a pas reconnus comme ses propres enfants (les enfants portent cependant des prénoms d'origine maghrébine associés au nom de famille d'Annie), tandis que le sixième enfant a pour père un homme cadet d'Annie de quelques années, qui a reconnu l'enfant, dans un premier temps à l'insu d'Annie. Elle ne s'exprime pas en présence du père: «Il vient, il voit ses enfants, il joue avec eux, c'est bien. C'est bien pour eux, mais il n'a pas besoin d'être trop au courant. C'est moi qui m'occupe de tout. Moi, j'ai peur des hommes à cause de mon enfance. Lui, il est gentil avec moi, on rigole bien, mais je ne veux pas d'homme chez moi.»

Dès les premiers signes de la grossesse, Annie va se faire suivre directement à la maternité pour n'avoir rien à déboursier. Vivant de l'API, elle met un point d'honneur à «faire les papiers» en temps et en heure. Entre les grossesses, elle prend la pilule: «C'est moi qui les veux, lui [le cinquième enfant] ça faisait trois ans que je le désirais. Je pensais qu'après la césarienne, j'aurais plus de mal à être prise.» A la maternité, Annie reçoit peu de visite et elle a hâte de rentrer chez elle pour retrouver les enfants laissés à la maison à la garde de sa mère: «Ils me manquent et je ne sais pas comment ma mère va se débrouiller.» Car malgré les griefs de son enfance, elle soutient sa mère, mobilisant ses propres ressources pour l'aider dans un déménagement, l'hébergeant un moment, le temps qu'elle retrouve un logement. Elle reçoit, en retour de cette aide, un peu de présence à la maison afin de «garder» les enfants les plus jeunes durant son hospitalisation ou plus tard pendant des démarches administratives.

## THÉMATIQUES

### *Le corps et la douleur*

Durant ces rencontres, il a été question de la présence ou de l'absence de douleur liée à l'accouchement, du moment de leur survenue, de son existence avant, après ou malgré l'analgésie péridurale. Avec Vanessa, nous relevons le fait d'arriver à pied à la maternité et d'y

accoucher rapidement, fait plusieurs fois rencontré durant l'étude sous une forme plus radicale encore puisque des accouchements rapides sont relatés, sans perception de la douleur, si ce n'est durant les dix minutes qui précèdent l'expulsion (Tillard 2002a).

Les données de l'ethnologie française concernant la naissance dressent la toile de fond sur laquelle sont venues s'inscrire l'urbanisation et les pratiques médicales implantées progressivement depuis le dernier quart du XIX<sup>e</sup> siècle avec une accélération du processus après la Seconde Guerre mondiale. Dans les témoignages que rapporte Yvonne Verdier à propos des habitudes qui ont eu cours dans le monde rural jusque 1950, la maternité est à la fois valorisée socialement et banalisée quant aux risques encourus: accéder au statut de mère est important pour la femme, aussi les risques de l'enfantement sont vécus comme faisant partie des choses nécessaires: «[Les accouchements] sont considérés comme faciles, complètement dédramatisés et insérés dans le rythme circonstancié des activités quotidiennes.» (Verdier 1991: 302) L'anxiété qui devait accompagner l'accouchement était circonscrite au jour de la naissance. La grossesse ne dispensait pas la femme de ses tâches domestiques et tout se jouait durant la grossesse comme s'il existait un déni du risque vital encouru tant par la mère que par l'enfant lors de l'issue de cette grossesse. Cependant, le jour venu, l'agencement de la pièce, les personnes en présence (Loux 1990; Bertrand 1996) et, de manière générale, l'ordonnement de l'accouchement montrent combien d'efforts étaient entrepris pour juguler la peur et le hasard.

Pour les points qui concernent la perception des événements, certains témoignages recueillis actuellement en milieu urbain et populaire ne sont pas très éloignés des données de l'ethnologie française. Ainsi, en ce qui concerne la perception des accouchements par certaines femmes, les récits d'accouchements se fondent dans le déroulement de la vie quotidienne. Par exemple, Gisèle et Francis se souviennent de sept accouchements. Ce souvenir nous permet ensuite de parler des enfants du couple qui ont été placés. Deux naissances les ont conduits à l'hôpital. Le garçon de 15 ans est né à la maternité du Centre hospitalier régional, un des trois premiers est né dans l'ambulance sur la route de la maternité et l'ambulancier a donc poursuivi son trajet jusqu'à l'établissement de soins. Gisèle donnait naissance à ses enfants sans ressentir les contractions. A chaque fois, elle semble avoir été surprise d'en être déjà si loin dans le déroulement de la

naissance, riant avec Francis de l'embarras dans lequel celui-ci se trouvait lors des naissances à domicile: que faire du cordon? Comment faire pour que le bébé n'ait pas froid tout en veillant à ne pas l'étouffer? Dans ces témoignages, les événements du corps se déroulent et la femme semble ne pas les percevoir. De même qu'en début de grossesse les modifications du corps sont parfois passées inaperçues et les mouvements du fœtus n'ont pas attiré l'attention de la future mère, à ce stade, les contractions semblent atténuées par rapport à ce que d'autres femmes rapportent. Le verbe accoucher est ordinairement utilisé comme un verbe d'action: la femme accouche. La personne, sujet de l'action, est la femme: l'action de pousser, demandée à la parturiente au moment de l'expulsion, vient entériner cette manière de voir la naissance. La femme avec l'assistance de la sage-femme est actrice de la naissance de l'enfant. Le corollaire de cette désignation de l'actrice principale de l'accouchement est qu'habituellement le sujet subissant cette action et en résultant, c'est l'enfant: «Mardi, Madame Dupont a accouché d'un garçon, etc.», dit-on.

En revanche l'emploi de la forme passive «j'étais accouchée» appliquée à la femme sous-entend que l'acteur est soit l'enfant, soit la sage-femme. Le déroulement est tellement rapide qu'il s'impose tant à l'équipe soignante qu'à la mère. Il semble donc que le fœtus est perçu comme auteur de l'initiative. Le bébé naît et la vie de la mère, du père et du personnel soignant s'organise autour de cette première manifestation de l'enfant. La naissance sans perception des contractions correspondrait donc à une représentation de la naissance où l'enfant est acteur de sa venue au monde. Cette idée de la participation de l'enfant à sa naissance est présente dans d'autres cultures sous des formes différentes suivant le sexe de l'enfant comme c'est le cas au Maghreb (Lacoste-Dujardin 1987). Parfois la manière de représenter le fœtus acteur est rapportée dans la mythologie sous les traits d'un enfant hésitant et manifestant sa capacité d'autonomie en choisissant son sexe comme c'est le cas dans la culture inuit (Saladin d'Anglure 1980; Dufour 1988).

Par ailleurs, l'accouchement rapide et parfois sans douleur peut être rapproché d'autres éléments tels que les dénis de grossesse. Dans ces différentes situations, il semble être question de la difficulté d'être à l'écoute de soi, de son corps en particulier. Certes, le corps de ces mères qui ignorent qu'elles sont habitées par un fœtus ou que la naissance est proche, porte parfois les stigmates des maladies repérées comme signe d'un mode de vie précaire

(pathologie dentaire, obésité, pathologie dermatologique, etc.), mais ce n'est pas toujours le cas. La coquetterie de Vanessa comme celle d'Annie qui toutes deux accordent une attention particulière à leur apparence est manifeste (même si certains choix esthétiques, comme la décoloration, la coupe des cheveux, le maquillage, peuvent également être supports de stigmatisation). Mais la perception du corps dont il est question dans la grossesse et l'accouchement n'est pas une impression visuelle, une esthétique de surface, elle concerne l'épaisseur du corps, la bienveillance que la personne est capable de s'accorder à elle-même, de sorte qu'elle perçoive un «tressaillement» durant la grossesse, puis la douleur pendant l'accouchement. Or souvent en milieu populaire et urbain où le corps machine a été exalté par l'avènement de l'industrie, on apprend à *ne pas s'écouter* et c'est dans ce mépris de soi que réside une part de la fierté que l'on s'accorde et que les autres vous manifestent. Ce point particulier de l'observation des rapports de Vanessa à la souffrance peut sembler marginal au regard des naissances en milieu hospitalier où l'analgésie péridurale est pratiquée de plus en plus fréquemment pour permettre aux femmes d'accoucher sans souffrir. Cependant, à l'échelle de notre échantillon, ce rapport particulier au corps n'est pas exceptionnel, il concerne sous ses différentes formes environ une femme sur cinq.

*Adolescence, absence de ressources financières: aller à contre-courant*

Tant Vanessa qu'Annie sont jeunes au moment de la naissance de leur premier enfant. Annie était alors âgée de 17 ans et elle n'avait à l'époque qu'une vague idée de la physiologie féminine et de la contraception. Elle connaît maintenant parfaitement cette dernière et l'utilise à sa guise. Jeune femme coquette, elle se présente à la maternité dès le début de chaque grossesse. Sur la question du suivi médical, la conformité aux prescriptions médicales est absolue. S'occuper des papiers et se faire suivre sont intégrés comme faisant partie de son statut de mère seule et au foyer. Ce suivi scrupuleux des prescriptions s'accompagne du fait qu'elle allaite ses enfants, fait relativement rare dans cette population (Tillard 2002b). La situation financière d'Annie dépend des allocations perçues. Elle considère les démarches administratives occasionnées par chaque grossesse comme «un vrai travail». Par ailleurs, elle semble depuis son enfance avoir une grande capacité à solliciter de l'aide ou à accepter celle qui lui est proposée dans son entourage. Elle a plusieurs fois reçu le soutien d'adultes qui étaient sensibles à sa volonté de s'en sortir et qui ont déployé toutes leurs compétences profession-

nelles et même leurs ressources personnelles pour mobiliser des réseaux afin de lui venir en aide. Quant à Vanessa, plus jeune encore, elle n'a pas envisagé l'utilisation de la contraception et elle n'évoque pas le souhait d'avorter. Au contraire, elle manifeste son bonheur de devenir mère. La préparation matérielle de la naissance et le suivi médical se sont déroulés normalement à partir de l'entrée dans la structure éducative.

Ce type de cas soulève de nombreuses questions et, s'ils sont exceptionnels, ils sont souvent cités en exemple pour justifier des propos portant sur la situation des grossesses chez les adolescentes qui évoluerait et dont le nombre augmenterait, ce que les chiffres de l'INSEE démentent. Cette contradiction entre réalité démographique et perception professionnelle s'explique par le déplacement de la norme sociale. A l'heure des droits de l'enfant, de la prévention de la maltraitance et des abus sexuels, de la lutte contre les violences conjugales, de l'allongement de la durée des études, etc., plus que jamais les professionnels sont sensibles à l'âge de la procréation et plus particulièrement à la question de l'inceste. La situation de ce jeune homme et de cette jeune femme va à l'encontre des normes sociales: jeune âge auquel s'ajoute la transgression d'un interdit. Aussi cette situation, unique dans notre étude, plonge-t-elle dans le même temps l'enfant et la mère dans la désapprobation sociale et fait peser une grande incertitude sur l'avenir de l'enfant.

*Famille, fratrie et placements*

Face à cette situation exceptionnelle d'inceste, une des questions soulevée est celle de l'impact des placements sur le vécu des liens familiaux. Dans le souci de mettre à l'abri des mauvais traitements ou des négligences parentales, notre société a séparé les enfants de leurs parents. Certes, la loi stipule que les placements doivent respecter les fratries, mais les difficultés de mise en œuvre de cette directive sont nombreuses. Or voilà que dans cette séparation se trouve en germe la suite des événements et de l'histoire. Le lien biologique entre frères et sœurs, entre demi-frères et demi-sœurs, ne suffit pas à établir le tabou de l'inceste dans la psyché des protagonistes. Il n'est pas inné, il se construit dans l'enfance à travers les pratiques quotidiennes de la parenté et les transmissions culturelles qui en découlent. Au sein d'une famille, fut-elle une famille recomposée, l'arrivée successive des enfants, leurs ressemblances et leurs différences sont quotidiennement à l'ordre du jour. Les parents s'expriment à propos de ces complicités et de ces rivalités. Et c'est dans ce partage

quotidien que la germanité et les tabous qui l'accompagnent se construisent. Toujours est-il que devant la réalité de l'inceste entre cette jeune femme et son demi-frère, la méthode de notre société pour répondre aux négligences et aux mauvais traitements est mise en défaut. Indirectement, il existe une part de responsabilité collective de notre société dans cette histoire.

La mère de Vanessa, à l'annonce de la grossesse, cherche refuge dans l'alcool sans s'exprimer sur la révélation qui vient d'avoir lieu. Cet attrait pour les boissons alcoolisées concerne un grand nombre de femmes de la région Nord - Pas-de-Calais. Nous avons noté que c'était un élément qui avait également concerné l'histoire d'Annie. Cependant, dans le cas de Vanessa, l'attitude de sa mère à ce moment est sans doute à l'image des difficultés de cette mère à formuler une parole qui précise les places et les limites de chacun. Or, les travaux anthropologiques ont souvent montré comment le concret et le symbolique se confortaient mutuellement. Ne faut-il pas s'interroger sur l'importance de maintenir le concret de la vie entre frères et sœurs, demi-frères et demi-sœurs, pour les fratries séparées de leurs parents par les placements afin que chacun repère durant la période de suppléance familiale les possibilités et les interdits liés aux statuts des uns et des autres?

Le passé d'Annie, émaillé de séjours à l'Aide sociale à l'enfance, ne s'est pas accompagné d'une rupture avec sa famille d'origine. Elle crée peu à peu ce qui de nos jours est une grande famille, mais qui au regard de sa propre enfance lui semble une taille modeste. Au cours des quatre ans d'enquête, sa mère habite tantôt seule, tantôt chez l'un ou l'autre de ses enfants au gré de son état physique et des ressources disponibles sur un modèle informel qui n'est pas sans rappeler les systèmes d'échanges décrits par Claudia Fonseca au Brésil (2000). Annie n'est pas dans la même situation qu'Odile, autre femme rencontrée et qui, n'ayant pas entretenu des relations régulières avec sa famille biologique, occupe une position analogue à celle décrite par Anne Cadoret (1990) à propos des enfants de l'assistance publique. Ceux-ci après de nombreuses années en nourrice dans le Morvan se mariaient sur place et occupaient des places du plus grand intérêt pour certaines familles (indivision du patrimoine, absence de contrepartie à l'égard de la belle-famille). A plusieurs reprises nous avons pu constater des situations semblables concernant des jeunes femmes qui avaient quitté leur famille à la suite de placements à l'Aide sociale à l'enfant. En effet, les familles d'origine maghrébine sont préparées par leur sys-

tème matrimonial à accueillir et soutenir les belles-filles dans leur expérience de la maternité. On constate que cette position s'accompagne avec le temps d'une intégration qui se manifeste par exemple dans le respect des mêmes prescriptions religieuses, esthétiques, vestimentaires et des mêmes modalités de nomination des enfants. Dans le cas d'Annie, la volonté de vivre seule et les liens avec sa famille d'origine sont les deux éléments qui semblent empêcher cette entrée dans la famille de son premier compagnon. Les enfants connaissent leur géniteur qui est impliqué indirectement dans leur nomination puisque le choix des prénoms usuels s'effectue dans le registre culturel du «père». Cependant Annie compte davantage sur la solidarité entre frères et sœurs, sur l'implication des aînés dans l'éducation des cadets, que sur le soutien d'un compagnon. Cette volonté de compter sur la vie de la fratrie se traduit également dans la nomination des enfants: les aînés sont consultés pour le choix, ils sont concernés par les sonorités du prénom usuel ou par les autres prénoms figurant à l'état civil.

Ces deux situations montrent l'impact des placements dans la vie familiale. A l'heure où le concept de parentalité est omniprésent dans la sphère du travail social auprès des familles, les observations soulignent la place souvent négligée des relations frères-sœurs dans la construction de l'identité, ainsi que l'impact de la fratrie sur l'éducation de l'enfant.

## CONCLUSION

Dans l'échantillon, nous avons constaté que la plupart des femmes portent au moins un critère qui les signale comme étant hors des normes les plus répandues (jeune âge de la mère, absence de revenu, origine étrangère, prénom à consonance anglo-saxonne, absence de filiation paternelle de l'enfant). Que signifient ces caractéristiques socio-démographiques? Des recherches en sciences de l'éducation semblent indiquer qu'en matière de développement social de l'enfant, aucun critère pris isolément n'est un élément déterminant et que seul le cumul de facteurs défavorables associé à l'absence de facteurs de protection font peser une hypothèse sur son développement (Palacio-Quintin et Coderre 2004). C'est sur ce cumul des facteurs que je voudrais m'arrêter brièvement. En effet, dès la confrontation avec les professionnel·le·s de l'éducation, de la santé ou du travail social, émissaires de la société française, un trait s'ajoutant à d'autres permet aisément de situer l'origine sociale de la mère ou de l'en-

fant. Une reconnaissance implicite de plusieurs critères chez une même femme la signale comme «défavorisée» ou «à risque». Cette combinaison de plusieurs critères est aléatoire, mais on peut envisager que les professionnel·le·s en ont un savoir implicite leur permettant de reconnaître aisément l'origine sociale, ce qui peut jouer en «défaveur» des personnes. En effet, des amalgames entre une situation exceptionnelle (ici Vanessa) et d'autres beaucoup plus fréquentes (comme Annie) renforcent le risque d'amplification du regard négatif porté sur toutes les femmes semblables par certains aspects à celle qui a marqué les esprits. Il est de coutume en santé publique de parler de populations «défavorisées», mais on peut s'interroger sur la réalité du handicap socio-économique. Quelle part revient à la situation et quelle part naît du regard qu'on porte sur elle dans les interactions sociales?

Dans le dossier spécial «Naître en marge», Françoise Zonabend présentait les naissances «marginalisées [...] que ce soit pour des raisons psychosociales – grande pauvreté, absence du père, abandon de la mère – ou biologiques – procréation médicalement assistée» (1996: 49). Les «raisons psychosociales» qui sont seules pertinentes dans notre étude sont explicitées par les données démographiques ci-dessus et l'on a pu constater qu'un grand nombre de femmes sont concernées par ces critères. Mais sur cette seule base, dire que notre population est «en marge» reviendrait à classer dans la marge une large majorité des femmes de l'étude et probablement une grande partie des mères de la population générale. Si nous reprenons l'image de la définition de la marginalité telle qu'énoncée par Barreyre *et al.* (1995), cela conduirait à imaginer un noyau central de la société de plus en plus étroit et des marges de plus en plus larges. Je ne dirais pas que ces femmes et ces naissances sont marginales: sans aucun doute le terme «marginalisées» utilisé par Zonabend serait plus approprié, car le participe passé utilisé comme adjectif indique que quelque chose est subi. Pour la plupart, ces femmes et ces naissances ne sont pas intrinsèquement marginales, mais peuvent être renvoyées à une notion qui lui est souvent associée, celle de la stigmatisation, que ce soit dans la relation aux autres classes sociales, dans les rencontres avec les institutions, ici dans les rapports soignant·e·s / soigné·e·s, mais probablement de la même manière dans les relations familles / enseignant·e·s.

Jeune, seule et sans revenu, Annie a construit une famille monoparentale qui offre à ses enfants une ambiance familiale où frères et sœurs sont invités à participer aux tâches ménagères et sont associés symboliquement à l'ac-

cueil des plus jeunes par le choix de leurs prénoms. Certes le statut des aînés au regard de leur filiation ne leur permettra de compter que sur une seule famille, relativement fragile. Sans sombrer dans un relativisme culturel qui verra dans chaque quartier l'expression d'une culture autonome, force est de constater qu'à l'intérieur du secteur géographique, la situation est relativement commune.

Evidemment, dans l'Etat de droit commun, ces mères ne font pas l'objet d'un traitement particulier et de brimades comme celles relevées par Catherine Le Grand-Séville (1996). Néanmoins elles sont fréquemment repérées comme étant «de milieu défavorisé»: elles se signalent parfois par des demandes devenues inhabituelles, comme celles ayant trait au cordon ombilical, ou par leur résistance à certaines préconisations comme l'allaitement. Plus généralement, elles sont identifiées par le personnel ne serait-ce qu'au travers du choix du prénom usuel de l'enfant ou encore de critères esthétiques chez la mère.

Dans ses travaux sur l'adoption d'enfants illégitimes entre 1940 et 1975, Chantal Collard note que «[s]i beaucoup de ces enfants étaient le produit de relations sexuelles prémaritales un peu débridées ou de mariages ratés, certains de ces rejetons étaient issus de relations incestueuses. Les autres étaient des enfants adultérins, ou pire encore, des enfants de prostituées» (1996: 58). De même, Catherine Le Grand-Séville relève que dans cet établissement fermé en 1985, «[l]a majorité des parturientes était composée de mères-célibataires. Certaines d'entre elles avaient été victimes de viol ou d'inceste, d'autres avaient pratiqué la prostitution» (1996: 79). L'une et l'autre attirent notre attention sur les conditions des relations sexuelles à l'origine de la conception dans la définition de la «naissance en marge». Les relations sexuelles désignent la marginalité des mères. Sur ce point, la situation de Vanessa et de son enfant reste d'une grande marginalité malgré le décalage historique entre les mères concernées par cette étude et ceux des travaux précédemment cités. Si le caractère religieux est absent de la condamnation, la transgression des règles sociales désigne la mère et l'enfant. Annie, quant à elle, comme bon nombre de femmes à la tête d'une famille monoparentale, n'échappe pas totalement à un discrédit de cette nature. Non mariée, vivant seule, elle fait partie de celles dont on entend volontiers dire que chacun des enfants a été engendré avec un homme différent, ou encore que les enfants sont désirés pour les revenus qu'ils procurent grâce à l'API. A travers cette affirmation,

les femmes responsables de familles monoparentales sont souvent renvoyées à l'image de femmes inconstantes aux visées mercantiles.

A ce discrédit moral de la mère s'ajoute l'argument de l'absence de filiation paternelle de l'enfant qui s'oppose au modèle cognatique le plus répandu. Les enfants peuvent donc également être stigmatisés: absence de père, prénoms d'origine étrangère associés à un nom français, grande fratrie, peu d'argent, petit logement dans un secteur peu valorisé, etc. Dès la première fiche de renseignements remplie, les éléments stigmatisant ces enfants sont portés à la connaissance des professionnel·le·s de toutes les institutions sociales, sanitaires ou éducatives. Les enfants héritent donc de ce risque de stigmatisation. La relation de ces familles aux professionnel·le·s s'instaure sous une forme asymétrique où chacun des points concourt à asseoir la «supériorité symbolique» des professionnel·le·s décrite par Delphine Serre (1998) dans ses travaux sur les relations entre familles et Protection maternelle et infantile (PMI). La réalité de conditions de vie difficiles ne doit pas être niée. Cependant, plutôt que d'insister sur une éventuelle marginalité de certaines familles, je voudrais souligner le risque de stigmatisation d'un grand nombre d'entre elles. Comme le relève Goffman, «le mot stigmaté servira à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler» (1975: 13). C'est bien dans la relation de ces mères et de ces enfants aux professionnel·le·s que chacun de ces éléments prend une signification particulière et s'organise en un réseau de caractéristiques reliées les unes aux autres pour désigner la mère et/ou l'enfant comme appartenant à une frange discréditée de la population.

## BIBLIOGRAPHIE

- ALLETON Viviane  
1993. *Les Chinois et la passion des noms*. Paris: Aubier.
- BARREYRE Jean-Yves, BOUQUET Brigitte, CHANTREAU André, LASSUS Pierre  
1995. *Dictionnaire critique d'action sociale*. Paris: Bayard éditions.
- BERTRAND Pierre  
1996. «Graver la naissance au XVII<sup>e</sup> siècle». *Ethnologie française* XXVI(2): 329-339.
- BESNARD Pierre, DESPLANQUES Pierre  
1997. *La Cote des prénoms en 1998*. Paris: Balland.
- CADORET Anne  
1990. «L'enfant de nulle part. Enfants «placés» et famille morvandelle». *L'Homme* 116(4): 97-110.
- COLLARD Chantal  
1996. «Nouer, dénouer le cordon ombilical. Illégitimité et adoption au Québec». *Gradhiva* 19: 53-62.
- DIDIER Emmanuel  
1996. «De l'exclusion à l'exclusion». *Politix* 34: 5-28.
- DOZON Jean-Pierre  
2001. «Quatre modèles de prévention», in: Jean-Pierre DOZON, Didier FASSIN (dir.), *Critique de la santé publique. Un approche anthropologique*, p. 23-46. Paris: Balland.
- DUFOUR Rose  
1988. *Femme et enfantement, sagesse dans la culture Inuit*. Québec: Papyrus.
- FONSECA Claudia  
2000. «La circulation des enfants pauvres au Brésil. Une pratique locale dans un monde globalisé». *Anthropologie et Sociétés* 24(3): 53-73.
- GOFFMAN Erving  
1975 (1963). *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Minuit.
- LACOSTE-DUJARDIN Camille  
1987. «Discrimination garçon/fille à la naissance et dans la petite enfance au Maghreb». *Littérature orale arabo-berbère* 18: 127-158.

## DOSSIER

LE GRAND-SEBILLE Catherine

1996. «Naissances marquées, rituels manqués». *Gradhiva* 19: 77-84.

LOUX Françoise

1990. *Traditions et soins d'aujourd'hui*. Paris: InterEditions.

PALACIO-QUINTIN Ercilia, CODERRE Rémi

2004. «Les facteurs de risque et leur effet cumulatif sur le développement social de l'enfant».

*La revue internationale de l'éducation familiale* 8(1): 9-22.

SALADIN D'ANGLURE Bernard

1980. «Violence et enfantement inuit ou les nœuds de la vie dans le fil du temps». *Anthropologie et Sociétés* 4(2): 65-99.

SERRE Delphine

1998. «Le «bébé superbe». La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance».

*Sociétés contemporaines* 31: 107-127.

TILLARD Bernadette

1997. *Maternités chez les moins de 20 ans*. Lille: Observatoire Régionale de la Santé Nord - Pas-de-Calais.

1999. «Dire la grossesse». *Panoramiques* 40: 33-38.

2002a. *Des Familles face à la naissance*. Paris: L'Harmattan.

2002b. «Ce qu'il en coûte de nourrir», in: Doris BONNET, Catherine LE GRAND-SEBILLE, Marie-France MOREL, *Allaitements en marge*, p. 23-47. Paris: L'Harmattan.

VERDIER Yvonne

1991. «La femme-qui-aide et la laveuse», in: Tina JOLAS, Marie-Claude PINGAUD, Yvonne VERDIER, Françoise ZONABEND, *Une campagne voisine*, p. 301-327.

Paris: Editions de la Maison des sciences de l'homme.

ZONABEND Françoise

1996. «Naître en marge». *Gradhiva* 19: 49-51.

## AUTEURE

Bernadette Tillard est maître de conférences en sciences de l'éducation à l'Université de Lille 3 et chercheuse associée à Paris X Nanterre. Anthropologue et médecin de santé publique, elle s'est intéressée à la grossesse, la naissance et la nomination des enfants, plus particulièrement ceux dont les parents habitent un quartier populaire de la ville de Lille. Ses travaux ont fait l'objet d'un ouvrage intitulé *Des Familles face à la naissance*, paru en 2002 (Paris: L'Harmattan). Après un nouveau terrain aux côtés des techniciennes d'intervention sociales et familiales, ses recherches se poursuivent autour de la question des relations entre les familles et les institutions médicales et sociales.

bernadette.tillard@free.fr