



HAL
open science

Les pratiques info-communicationnelles sur les risques infectieux alimentaires pendant la grossesse : médiation des savoirs experts et profanes

Delphine Durand

► **To cite this version:**

Delphine Durand. Les pratiques info-communicationnelles sur les risques infectieux alimentaires pendant la grossesse : médiation des savoirs experts et profanes. Sciences de l'information et de la communication. Université Bourgogne Franche-Comté, 2023. Français. NNT : 2023UBFCH003 . tel-04186788

HAL Id: tel-04186788

<https://theses.hal.science/tel-04186788>

Submitted on 24 Aug 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**THESE DE DOCTORAT
DE L'ETABLISSEMENT UNIVERSITE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE
PREPAREE A L'UNIVERSITE DE BOURGOGNE**

École doctorale n°592

LECLA : Lettres Communication Langues Arts

Thèse de Doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication

Par

Madame **DURAND Delphine**

**Les pratiques info-communicationnelles sur les risques infectieux
alimentaires pendant la grossesse**

Médiations des savoirs experts et profanes

Thèse présentée et soutenue à Dijon, le 24 mars 2023

Composition du Jury :

Madame LEFEBVRE Muriel, Professeure 71^e, Université Toulouse 2

Madame KIVITS Joëlle, Professeure 19^e, Université Paris Cité

Madame POUPARDIN Elsa, Maître de Conférences 71^e, Université Paris Cité

Monsieur RICAUD Philippe, Maître de Conférences HDR 71^e, Université de Bourgogne

Monsieur HEILMANN Éric, Professeur 71^e, Université de Bourgogne

Madame BINQUET Christine, Professeure 46.01^e, Université de Bourgogne

Présidente et Rapporteure

Rapporteure

Examinatrice

Examinateur

Directeur de thèse

Codirectrice de thèse

« Aussitôt qu'une pensée vraie est entrée dans notre esprit, elle jette une lumière qui nous fait voir une foule d'autres objets que nous n'apercevions pas auparavant. »

Chateaubriand

Cette thèse d'Université a obtenu le label IRéSaP délivré par le Comité de Formation Provisoire du Collège Doctoral du GIS IRéSaP (Institut Inter-Régional de Santé Publique du Grand-Est) le 13 janvier 2023.

REMERCIEMENTS

Cette ardeur, qui nous amène à nous lancer dans une thèse, nous guide sur toutes ces années riches d'un travail complexe mais toujours stimulant, jusqu'à sa finalisation. Il s'agit d'une véritable période de vie, pendant laquelle de nombreuses personnes nous accompagnent, par leur écoute, leurs encouragements et leur soutien face aux difficultés et nous offrent ainsi la possibilité d'aller au bout de ce chemin. C'est à toutes ces personnes que j'adresse ma plus sincère gratitude.

Je voudrais avant tout remercier chaque membre du jury pour l'honneur qu'ils m'ont fait de s'intéresser à cette recherche et d'avoir accepté de l'évaluer.

Mes remerciements s'adressent ensuite bien évidemment à mes deux directeurs de thèse, qui ont accepté de co-encadrer ce travail. Je leur suis reconnaissante de m'avoir non seulement guidée, encadrée mais aussi encouragée et surtout fait confiance. En plus de son soutien bienveillant et constant, cela a été un réel plaisir de travailler sous la direction d'Éric Heilmann, grâce à ses conseils toujours avisés et abordés de manière pédagogique et didactique, dont j'ai pu profiter sur le champ des sciences de l'information et de la communication. Nos discussions ont enrichi mes réflexions, ont éclairé ma pensée et m'ont aidée à mettre en musique toutes les partitions de cette thèse. Parallèlement, une autre direction de grande qualité, j'ai pu compter sur ma co-directrice, Christine Binquet, grâce à qui je me suis lancée dans ce parcours de recherche. Dotée d'une capacité de travail communicative, elle s'est investie à mes côtés et m'a fait grandir sur les plans scientifique, professionnel et humain. Tout au long des moments d'incertitudes qui parsèment le chemin de la thèse, même au-delà, au sein même de mon parcours professionnel, elle m'a soutenue et aiguillée dans les voies à prendre.

Cette thèse n'aurait pas été possible sans le soutien de l'Université de Bourgogne-Franche-Comté et du CIMEOS, qui m'ont permis de réaliser ce travail de thèse en parallèle de mon activité salariée. Je tiens à remercier tout particulièrement Olivier Galibert, directeur du laboratoire et Philippe Ricaud, pour son accompagnement lors des séminaires doctoraux.

J'accorde également toute ma gratitude à Isabelle Millot. Par son énergie et son soutien, elle a su d'une part, m'apporter la confiance nécessaire à la valorisation de mon travail mais également m'a aidée à garder le cap lors des difficultés. Je lui sais gré également d'avoir facilité mon travail de terrain et de s'être associée au projet, jusqu'à sa dernière relecture. Un seul merci ne suffirait pas...

Ce travail n'aurait pas pu se faire sans le soutien sans faille de tous mes collègues, professionnels de santé, qui ont contribué à sa mise en œuvre et sans qui rien n'aurait été possible. Aux nombreuses femmes avec qui j'ai eu l'opportunité d'échanger et d'accompagner dans une période marquante de leur vie. Je les remercie tous vivement de leur implication qui a permis de faire naître ce travail de recherche, susciter des discussions riches et parfois surprenantes, ce qui m'a permis de garder cette motivation intacte tout au long de cette thèse. Merci aussi à toutes les personnes qui m'ont aussi aidée dans mes recherches, Martine Wallon, Mathieu Tourdjman, Emmanuelle Berthiaud, Fabienne Buffet, Vanessa Cottet, Nicole Bosson, Audrey Peteuil.

Rien n'aurait été possible sans ceux qui embellissent ma vie personnelle. Je tiens à remercier sincèrement ma famille, mes parents, mon conjoint qui m'ont motivée, supportée et portée sur toutes ces années. Ils m'ont aidée à me consacrer sereinement à l'élaboration de ma thèse. Bien évidemment, mes trois enfants, mes rayons de soleil, qui ont impulsé ma motivation pour aller au bout de ce challenge. Merci aussi à mes frères pour leur soutien jusque dans la dernière ligne droite. Une thèse entière ne suffirait pas pour vous dire à tous tout ce que vous m'apportez au quotidien et comme je vous aime.

Un IMMENSE merci à tous mes proches qui me sont chers et que j'ai quelque peu délaissés pour mener à bien cette thèse. Merci pour toutes vos qualités humaines qui m'ont permis d'affronter toutes les étapes de ce périple. Je ne peux pas mentionner toutes les personnes qui m'ont aidée à garder le cap, la liste serait trop longue et je ne voudrais oublier personne, mais je tiens à les remercier chaleureusement.

AVIS DE LECTURE

Règles typographiques employées dans le présent manuscrit

Dans ce manuscrit, il nous a paru plus intéressant d'utiliser le *nous* de modestie. Dans ce cadre, le *nous* est employé comme pluriel de modestie à la place des pronoms *je* ou *moi*. Le verbe se conjugue normalement mais l'accord des éventuels adjectifs et participes se fait toujours au singulier et l'accord en genre est réalisé (Dictionnaire de l'Académie Française).

Différents standards de présentation pour écrire le nom des institutions ou des organismes officiels existent. Nous avons adopté ceux publiés dans l'ouvrage de Yves Perrousseau (2020)¹.

Conformément aux règles d'usage définies dans cet ouvrage, nous utilisons pour les organismes multiples des lettres minuscules. Cependant dans le cas où l'intitulé contient un terme spécifique jouant le rôle d'un nom propre, il débutera par une lettre capitale. Par exemple, nous écrirons le ministère de la Santé. Pour les organismes uniques, seul le premier mot nécessaire à son identification débutera par une lettre capitale et les autres mots restent en minuscules. Par exemple, nous citerons l'Académie de médecine.

Les sigles sont formés de la capitale initiale de chaque mot qui compose le nom complet. Par exemple, OMS sera utilisé pour Organisation mondiale pour la santé. Ils deviennent parfois des acronymes quand ils se prononcent facilement, dans ce cas, ils sont formés des initiales ou premières lettres de plusieurs mots et sont notés avec une lettre capitale, accentuée si besoin, puis des lettres en minuscules. Nous pouvons citer l'Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Pour les noms issus de termes étrangers portant une majuscule ou issus d'un nom propre, il perdra sa lettre capitale initiale dès lors que ce mot est passé dans le langage courant. Par exemple, nous utiliserons les termes : l'internet, le web.

Du fait de l'étude diachronique de certains de nos corpus, nous ferons référence à des ouvrages anciens qui ont connu une réédition récente. Dans le corps du texte, nous allons mentionner la date de la première édition et la date de celle que nous utilisons entre crochets. Dans la bibliographie, la date de la première édition sera entre crochets. Le nombre d'éditions sera éventuellement mentionné lorsque l'ouvrage a connu plusieurs éditions.

Exemple (corps du texte) : (Barlemont, 1870 [rééd. 2017]).

Exemple (bibliographie) : Barlemont, E. (2017). *Essai sur certaines modifications de la nutrition pendant la grossesse* (rééd. [1^{ère} éd. 1870]). Édition Hachette Libre BnF.

¹ Perrousseau, Y. (2020). *Règles de l'écriture topographique du français* (10^{ème} éd.). Atelier Perrousseau.

PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

Adalis	Addictions, drogues, alcool info service
Afssa	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
ANDEM	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
Anses	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BFC	Bourgogne-Franche-Comté
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
Cerin	Centre de recherche et d'informations nutritionnelles
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CIDEF	Centre international de l'enfance et de la famille
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens de France
CNR	Centre national de référence
DDASS	Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
DGAL	Direction générale de l'alimentation
DGCCRF	Direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes
DGS	Direction générale de la santé
DO	Déclaration obligatoire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EMC	Encyclopédie médico-chirurgicale
Eprus	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
FAO	<i>Food and Agriculture Organization</i>
FFAS	Fonds français pour l'alimentation et la santé
FIGO	Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
HAS	Haute autorité de santé
IFN	Institut français pour la nutrition
Igas	Inspection générale des affaires sociales
ILSI	<i>International Life Sciences Institute</i>
INFOSAN	<i>International Food Safety Authorities Network</i>
INH	Institut national d'hygiène
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation à la santé
INRA	Institut national de la recherche agronomique
INRAE	Institut national de la recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut national de veille sanitaire
NICE	<i>National Institute for Clinical Excellence</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PNNS	Programme National Nutrition Santé
REH	Relevé épidémiologique hebdomadaire
Santé publique France	Agence nationale de santé publique

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	- 1 -
CHAPITRE 1. L'ALIMENTATION-GROSSESSE, NORMES ET PRESCRIPTIONS	- 9 -
1.1. UN AXE SANTÉ AU CŒUR DU SUIVI PRÉNATAL	- 12 -
1.1.1. <i>Place grandissante de la médecine clinique en obstétrique</i>	- 12 -
1.1.2. <i>Protection et surveillance sanitaire de la grossesse</i>	- 13 -
1.2. DES PEURS AUX RISQUES ALIMENTAIRES PENDANT LA GROSSESSE	- 18 -
1.2.1. <i>Les peurs alimentaires</i>	- 18 -
1.2.2. <i>Les risques alimentaires</i>	- 20 -
1.3. UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	- 25 -
1.3.1. <i>Le rôle de l'alimentation-grossesse dans le Capital Santé</i>	- 25 -
1.3.2. <i>La grossesse, période propice aux changements alimentaires</i>	- 28 -
1.3.3. <i>Les politiques et les messages de prévention</i>	- 29 -
CHAPITRE 2. DE LA COMMUNICATION PUBLIQUE À LA CONSTRUCTION DES SAVOIRS	- 33 -
2.1. UN THÈME CENTRAL DE COMMUNICATION PUBLIQUE	- 35 -
2.1.1. <i>Communication et prévention en santé</i>	- 36 -
2.1.2. <i>Communication et risque en santé</i>	- 39 -
2.1.3. <i>Communication et risque alimentaire</i>	- 41 -
2.2. LE WEB ET LA SANTÉ PÉRINATALE	- 42 -
2.2.1. <i>Internet « santé »</i>	- 42 -
2.2.2. <i>Internet « santé » et maternité</i>	- 45 -
2.3. LA MÉDIATION ET LA CONSTRUCTION DE SAVOIRS SUR L'ALIMENTATION-GROSSESSE	- 47 -
2.3.1. <i>Un savoir enseigné au corps médical</i>	- 47 -
2.3.2. <i>Un savoir médical dicté aux femmes</i>	- 48 -
2.3.3. <i>Une quête d'informations des femmes</i>	- 50 -
CHAPITRE 3. CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	- 51 -
3.1. LE CADRE CONCEPTUEL	- 53 -
3.1.1. <i>L'information et la communication</i>	- 53 -
3.1.2. <i>Le dispositif, notion et concept</i>	- 54 -
3.1.3. <i>La médiation</i>	- 57 -
3.1.4. <i>Les notions de vulgarisation et de réflexivité</i>	- 59 -
3.1.5. <i>La mobilisation de ces concepts dans notre étude</i>	- 61 -
3.2. LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE	- 63 -
3.2.1. <i>Axe 1- Articulation et médiation des savoirs lors des consultations prénatales</i>	- 65 -
3.2.2. <i>Axe 2- Construction des savoirs et de l'expertise des professionnels</i>	- 72 -
3.2.3. <i>Axe 3- Construction des savoirs et de l'expertise des profanes</i>	- 84 -
CHAPITRE 4. CONSTRUCTION DES SAVOIRS EXPERTS DES PROFESSIONNELS	- 93 -
4.1. ÉVOLUTION DES MESSAGES DE PRÉVENTION DANS LES TEXTES INSTITUTIONNELS	- 95 -
4.1.1. <i>Quelle évolution des messages pour la toxoplasmose ?</i>	- 95 -
4.1.2. <i>Quelle évolution des messages pour la listériose ?</i>	- 104 -

4.2. PRÉSENTATION DES MESSAGES DE PRÉVENTION DANS LES OUVRAGES PÉDAGOGIQUES	- 122 -
4.2.1. <i>Présentation des messages sur la toxoplasmose</i>	- 122 -
4.2.2. <i>Présentation des messages sur la listériose</i>	- 127 -
4.3. CONSTRUCTION DU SAVOIR DANS LA FORMATION INITIALE	- 134 -
4.3.1. <i>Cours magistraux : alimentation-grossesse et risques infectieux</i>	- 134 -
4.3.2. <i>Stages professionnalisants</i>	- 137 -
4.3.3. <i>Supports pédagogiques de l'étudiant</i>	- 139 -
4.4. TRANSITIONS PROFESSIONNELLES	- 142 -
4.4.1. <i>Évolution des voies d'information du jeune professionnel</i>	- 142 -
4.4.2. <i>Évolution des besoins d'informations en fonction de l'activité</i>	- 144 -
4.5. CONSTRUCTION DU SAVOIR ET FORMATION CONTINUE	- 147 -
4.5.1. <i>Voies d'information du quotidien et pratiques de formation</i>	- 147 -
4.5.2. <i>Sources d'information spécifiques de la pratique professionnelle</i>	- 153 -
4.6. COMMUNICATION ET TRANSMISSION D'INFORMATIONS	- 160 -
4.6.1. <i>À quel moment communiquer sur les risques ?</i>	- 160 -
4.6.2. <i>Quels sont les facteurs d'influence de la communication sur les risques infectieux alimentaires ?</i> -	163 -
4.6.3. <i>Comment les risques infectieux alimentaires sont-ils présentés dans les discours ?</i>	- 170 -
 CHAPITRE 5. CONSTRUCTION DES SAVOIRS PROFANES DES FEMMES ENCEINTES	 - 179 -
5.1. LA CONSULTATION MÉDICALE, LIEU D'ARTICULATION DES SAVOIRS ?	- 180 -
5.1.1. <i>Des préoccupations qui évoluent au fil du temps</i>	- 180 -
5.1.2. <i>Quand l'alimentation est au cœur des échanges</i>	- 188 -
5.1.3. <i>Un cercle élargi de professionnels pour s'informer</i>	- 196 -
5.2. MÉDIATIONS DES SAVOIRS HORS DES CONSULTATIONS DE GROSSESSE	- 209 -
5.2.1. <i>L'environnement social et familial</i>	- 209 -
5.2.2. <i>Les ressources numériques</i>	- 217 -
5.3. ZOOM SUR UN GROUPE DE DISCUSSION	- 231 -
5.3.1. <i>Analyse des posts</i>	- 232 -
5.3.2. <i>Analyse des fils de discussion</i>	- 237 -
5.4. FACE À CETTE POLYPHONIE INFORMATIONNELLE, QUELLES SONT LES PERCEPTIONS DES FEMMES ?	- 250 -
5.4.1. <i>Quelle perception des femmes de l'alimentation-grossesse ?</i>	- 250 -
5.4.2. <i>Comment les messages de prévention sont-ils perçus par les femmes ?</i>	- 260 -
5.4.3. <i>Dans quel cadre se mettent en place les précautions alimentaires ?</i>	- 272 -
 CHAPITRE 6. ANALYSE ET DISCUSSION	 - 277 -
6.1. SE FORMER À L'EXPERTISE SUR LES RISQUES INFECTIEUX ALIMENTAIRES, COMMENT FONT LES PROFESSIONNELS ?	- 279 -
6.2. LA CONSULTATION, AU CŒUR DE LA « SOCIÉTÉ » DES SAVOIRS PROFANES ?	- 289 -
6.3. QUELLE EXPRESSION DU SAVOIR PROFANE DANS LES ESPACES DE MÉDIATION ?	- 305 -
6.4. FACE À LA PERCEPTION DES RISQUES, COMMENT S'OPÈRE LA PRISE DE DÉCISION ?	- 320 -
 CONCLUSION	 - 337 -
 ANNEXES	 - 343 -
 BIBLIOGRAPHIE	 - 393 -

INTRODUCTION

« *Le véritable voyage de découverte ne consiste pas à chercher de nouveaux paysages, mais à avoir de nouveaux yeux* ».

Marcel Proust.

Avec patience et persévérance, la thèse permet d'éclairer ce qui nous entoure, un aspect ignoré de ce monde, ouvrir les yeux sur celui-ci et y donner du sens. Comme l'exprime Howard Becker, nos représentations n'ont pas nécessairement besoin d'être exactes, du moment qu'on finit par les vérifier par rapport à la réalité (2002). Dans ce périple, le travail de terrain s'inscrit dans un mouvement d'ouverture aux autres, qui au-delà de cette confrontation au réel, nous pousse par ses nombreuses découvertes à sortir de nos habitudes, de nos croyances, de nos certitudes et à mettre de côté nos *a priori*, avec à l'origine de ce voyage, qui s'est déroulé sur six années : un regard porté sur notre profession, sage-femme.

Cette thèse s'insère dans un parcours professionnel mené dans la périnatalité et la promotion de la santé. Tout d'abord, notre trajectoire professionnelle a débuté en tant que sage-femme clinicienne, pendant neuf années d'expérience partagées entre une activité salariée en maternité et une activité libérale. En assurant le suivi des grossesses, des accouchements et un accompagnement global à la parentalité, ce double exercice nous a permis de mieux identifier les besoins, les attentes des femmes au cours de la grossesse ainsi que les améliorations potentielles. Cet exercice professionnel a été le fondement d'un long cheminement sur la prévention des comportements à risque, qui nous a progressivement conduit au fil des années à axer nos réflexions sur les pratiques info-communicationnelles en périnatalité.

Au commencement, positionnons la première brique, notre cursus de formation qui nous enseigne que, avant tout, « *la grossesse n'est pas une maladie* », première phrase du *Guide de surveillance de la grossesse* (Benbassa & Thoulon, 1996, p.9).² Cela étant, cet ouvrage précise que nos missions, en tant que professionnel de la périnatalité, sont de deux ordres : s'assurer que la grossesse évolue de façon naturelle (ce qui s'avère exact dans la majorité des cas) et rechercher la présence ou la survenue d'éléments anormaux susceptibles de transformer cet état

² Benbassa, A., & Thoulon, J.-M. (1996). Chapitre 1. Les consultations. Dans Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (coord.), *Guide de surveillance de la grossesse* (pp. 9-21). ANDEM.

physiologique et de représenter des risques pour la mère et pour l'enfant. En tant que professionnels de santé, nous sommes les garants du respect du bon déroulement de la grossesse, tout en nous appuyant sur la pratique d'actes nécessaires au diagnostic et au suivi de la grossesse (dépistages, prescriptions, etc.). La surveillance prénatale entre dans le cadre d'une médecine préventive pour diagnostiquer toute pathologie liée à la grossesse. En effet, certaines maladies, transmises par l'alimentation, peuvent avoir de graves conséquences sur la grossesse, notamment sur le développement harmonieux de ce futur enfant, ce qui conduit les professionnels à être vigilants sur ce point. Ainsi, les femmes enceintes doivent adopter de nouveaux modes de vie et comportements alimentaires, visant à limiter les risques (alcool, tabac, toxoplasmose, listériose, salmonellose, etc.). Cette période est ainsi encadrée par un vaste ensemble de savoirs scientifiques et de pratiques professionnelles. Les évolutions de la périnatalité sont le reflet de la médicalisation de la société. Grossesse, accouchement, suites de naissances, événements naturels par excellence, sont devenus l'objet de pratiques professionnelles normatives « *imposant aux femmes des manières de faire et d'être qui s'appliquent à toutes les grossesses même en dehors de toute pathologie* » (Desprès, 2010, p.139).³ Cela d'autant plus que l'immunité d'une femme enceinte est fragilisée ; elle est ainsi plus vulnérable aux infections et maladies. Par exemple, les femmes enceintes courent un risque de développer une listériose 20 fois plus élevé que la population générale (Cook et al., 2018).

Dans cette perspective, nous avons souhaité approfondir nos connaissances sur les bonnes pratiques médicales, la gestion du risque et les pathologies maternelles et fœtales, pour accompagner au mieux les femmes enceintes, en menant en 2006 un Diplôme Universitaire de prise en charge des grossesses à haut risque, parallèlement à notre activité. Les enseignements rejoignaient les constats de Caroline Desprès, le risque n'est pas limité à l'accouchement et se porte sur la grossesse, toute entière, « *justifiant que toute femme devienne l'objet d'une surveillance "armée", c'est-à-dire dont la garde ne doit jamais, et pour personne, être baissée* » (2010, p.140).⁴ Progressivement, d'une approche « médicalisée », orientée sur la gestion des risques, nous avons glissé, au fur et à mesure des expériences professionnelles au contact des femmes, vers une approche plus globale de compréhension des facteurs de risques, ce qui nous a conduit à réaliser, entre 2012 et 2014, un Master « Santé Publique et Environnement, Spécialité Périnatalité ». Pour appréhender la prévention des facteurs de risque, sur l'une des pathologies infectieuses majeures de la grossesse, nous avons effectué dans ce cadre un stage de recherche en lien avec le Réseau Périnatal de Bourgogne, au sein du CIC1432 (Inserm et CHU Dijon-Bourgogne) et mené une étude sur les facteurs d'immunisation précoce de la toxoplasmose. D'un point de vue médical, il s'agit d'une maladie potentiellement grave pour le fœtus en cas de contamination en cours de grossesse, qui fait l'objet d'un dépistage pour connaître le statut immunitaire. Nos résultats apportaient quelques éléments essentiels aux professionnels de santé : porter une attention plus soutenue, dès le projet parental, à certaines femmes plus à risque, identifier les mesures de prévention sur lesquelles insister et évoquer en consultation les nouveaux risques de contamination. Au-delà de ces conclusions, les échanges informels avec les femmes de notre étude ont été un point central de nos interrogations. Beaucoup d'entre elles déclaraient éviter de manière appropriée les comportements à risque. *A contrario*, nous avons rencontré des femmes qui s'étaient contaminées lors d'une grossesse antérieure ou lors de la grossesse actuelle, contamination parfois reconnue comme associée à une moindre vigilance. Elles avaient eu le sentiment d'une absence de risque, les grossesses précédentes s'étant déroulées sans problème. Pour certains auteurs, de nombreuses futures

³ Desprès, C. (2010). Les femmes enceintes face aux incertitudes de la grossesse. Dans D. Carricaburu, M. Castra & P. Cohen (dirs.), *Risque et pratiques médicales* (pp. 139-154). Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

⁴ Op. cit.

mères consomment des aliments à risque au cours de leur grossesse (Wong et al., 2013), sans toutefois connaître la raison de cette consommation et si celle-ci s'est faite par ignorance, par inadvertance ou pour une autre raison. Nous l'avions aussi observé lors de notre pratique clinique et nous le mettions sur le compte d'une incompréhension ou d'une méconnaissance.

À l'issue de ce Master, deux questions nous préoccupaient : pourquoi certaines femmes qui ont eu un suivi prénatal n'ont pas respecté les recommandations des professionnels, au risque d'une contamination et de conséquences sur leur futur enfant ? et à l'inverse, qu'est-ce qui amène une femme enceinte voire un couple et une famille à changer son mode de vie pour préserver la santé de ce futur enfant ? Cela nous a conduit à nous interroger sur les déterminants du changement de comportement alimentaire des femmes enceintes, spécifiquement vis-à-vis du risque infectieux (toxoplasmose et listériose). La grossesse est une période de bouleversements autant physiques que psychologiques, qui est décrite comme une période clé de promotion de la santé de la mère et de l'enfant (des Tout-Petits et al., 2017 ; Simeoni, 2019). Comme le souligne Santé publique France, il est essentiel de s'engager en faveur de sa santé, avant même sa naissance et promouvoir des environnements favorables au développement harmonieux du fœtus et du nouveau-né. Une approche globale de la santé de la mère et de l'enfant doit être envisagée par les pouvoirs publics, comme en témoigne le récent rapport de surveillance de la santé périnatale en France qui plaide pour un renforcement des actions en prévention et promotion de la santé périnatale (Gomes et al., 2022). Par exemple les deux pathologies ciblées dans notre travail de thèse (toxoplasmose et listériose) peuvent avoir une incidence négative sur l'issue de la grossesse, alors que ces deux maladies peuvent être évitées par de simples précautions. D'une meilleure compréhension des modes de contamination, notre attention s'est ensuite portée sur les modalités de prévention des risques : connaître les modes de contamination des maladies était ainsi une première étape pour voir comment ajuster les messages et à terme améliorer les comportements de prévention, dans une période où, avec ce projet d'enfant, les femmes deviennent probablement plus sensibles à leur santé.

Dans ce contexte, l'information, délivrée le plus tôt possible par les professionnels de santé, a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir comme le souligne la Haute autorité de santé (HAS). Dès le début de leur grossesse voire en préconceptionnel, les femmes reçoivent des conseils hygiéno-diététiques par les professionnels de santé (HAS, 2010). Un guide proposé par cette instance en 2005, intitulé *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* rappelle l'importance de bien informer la femme enceinte et le couple afin de les aider à prendre des décisions dans le cadre du suivi de la grossesse et de la naissance (HAS, 2005). L'information a pour objectifs de favoriser sa participation active et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé, conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Ponchon, 2003). L'histoire de la médecine périnatale a été marquée par une évolution du suivi prénatal, pensé au cœur de la médecine de surveillance, justifiant un encadrement médical étroit et une vigilance accrue de la part des futurs parents : « *au-delà du suivi médical, les femmes enceintes ont également été de plus en plus rendues attentives aux risques associés à leur vie quotidienne au cours de la grossesse, notamment à travers les recommandations relatives à leur consommation de tabac et d'alcool, mais aussi par les mises en garde contre la prise de médicaments, contre les aliments potentiellement vecteurs de maladies dommageables pour le fœtus, comme la toxoplasmose.* » (Burton-Jeangros et al., 2014, p.9)⁵ Conseiller les

⁵ Burton-Jeangros, C., Hammer, R., & Maffi, I. (2014). Pratiques professionnelles et contextes institutionnels autour de la naissance. Dans C. Burton-Jeangros (dir.), *Accompagner la naissance : Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande* (pp. 5-30). BSN Press.

femmes enceintes sur les comportements et le style de vie, les habitudes de prévention des maladies infectieuses, demeure essentiel et l'information sur les pratiques préventives doit être complète et adéquate (Pereboom et al., 2013). Cette démarche nécessite une information de qualité : La HAS rappelle que bien informer, c'est consacrer du temps à l'information de la femme enceinte et du couple et apporter une écoute attentive dans un environnement adapté en respectant éventuellement un temps de maturation permettant la prise de décision. Des documents d'information peuvent être remis lors de la consultation à la femme enceinte pour compléter l'information orale donnée par le professionnel de santé. Un guide a d'ailleurs été élaboré en 2007 par l'Afssa⁶, *Le guide nutrition de la grossesse*, qui peut constituer un support à l'échange d'informations.

Notre vision, initialement tournée vers la gestion de la pathologie et la compréhension des facteurs de risque, s'est orientée vers les leviers d'information et de formation permettant l'adoption de comportements préventifs pendant la grossesse. Après avoir validé le Master prénatal, et dans une volonté de transmettre nos savoirs, nous avons exercé en tant que sage-femme cadre formatrice au CHU de Dijon. L'École de Sages-Femmes représentait un environnement privilégié pour continuer de développer, en collaboration avec l'équipe pédagogique, les programmes de formation et notamment former les étudiants sur le suivi de grossesse. Pendant quatre années, nous avons contribué au développement des connaissances et des expertises des futurs professionnels, en développant de nouvelles méthodes pédagogiques, comme la simulation de consultations prénatales. Nous avons observé que, d'une part, communiquer sur les messages de prévention n'est pas un enseignement si facile à appréhender pour les étudiants et que, d'autre part, ces derniers étaient soumis à des discours variés et discordants sur leurs lieux de stage. Les étudiants étaient confrontés à une diversité de lieux de stages et côtoyaient différents professionnels qui délivraient des informations à des temps différents de la grossesse (consultation, cours de préparation à la naissance). En tant que formatrice, nous devons rectifier, ajuster, compléter les informations comprises par les étudiants et les mettre en lien avec celles théoriques transmises lors des cours magistraux. Les enjeux actuels de ce suivi prénatal renvoient ainsi à la place et au rôle respectifs des différents professionnels du champ de la périnatalité. Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes y représentent les deux professions les plus investies, traversées par des savoirs et des cultures multiples : « *s'il faut reconnaître que les diverses catégories professionnelles baignent dans des cultures distinctes relevant de processus de formation et de contexte de pratique spécifiques, ces cultures évoluent dans le temps et révèlent des caractéristiques qui varient d'un lieu à l'autre.* » (Burton-Jeangros et al., 2014, pp.19-20)⁷

La littérature internationale suggérait que les femmes enceintes n'étaient pas toujours adéquatement informées par leur professionnel de santé sur les maladies infectieuses évitables et que la plupart avaient un faible niveau de connaissances sur ces risques et les moyens de s'en prémunir (Wong et al., 2013). Dans l'étude de Pereboom et al. (2013), certaines femmes enceintes déclaraient n'avoir jamais entendu parler de toxoplasmose et de listériose, ou ne savaient pas comment éviter ces infections pendant la grossesse. Cela rejoignait les constats que nous observions en pratique clinique.

⁶ Depuis le 1^{er} juillet 2010, l'Afssa est devenue, par fusion avec l'Afset, l'Anses, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

⁷ Burton-Jeangros, C., Hammer, R., & Maffi, I. (2014). Pratiques professionnelles et contextes institutionnels autour de la naissance. Dans C. Burton-Jeangros (dir.), *Accompagner la naissance : Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande* (pp. 5-30). BSN Press.

Certains auteurs estimaient que la formation professionnelle dispensée intégrait peu les pratiques hygiéno-diététiques et suggéraient d'instaurer une formation continue pertinente avec des lignes directrices de pratique professionnelle concernant la salubrité des aliments et une éducation à la prévention des risques infectieux alimentaires (Bondarianzadeh et al., 2011). Certes ces études sont internationales, les systèmes de santé, les politiques publiques de prévention mises en place sont relativement hétérogènes, de même que leurs programmes de formation. Néanmoins, leurs observations nous ont interpellée. Elles venaient questionner, au regard de notre expérience personnelle d'enseignante, plusieurs aspects relatifs à la formation française des professionnels de santé. En définitive, comment ces derniers sont-ils formés sur les risques infectieux alimentaires pendant leur cursus initial ? Existe-t-il une différence entre celui des médecins et celui des sages-femmes ? En formation continue, où vont-ils chercher les informations et celles-ci sont-elles adaptées pour leur pratique professionnelle ? Nos interrogations rejoignent les constats d'autres auteurs qui ont observé des taux de conseils majoritaires pour les sages-femmes par rapport aux gynécologues-obstétriciens (Cook et al., 2018). Certains professionnels auraient reconnu ne pas être informés sur l'intégralité des précautions sur la listériose pendant la grossesse et environ la moitié des praticiens interrogés ont déclaré avoir recherché des informations sur cette pathologie, notamment auprès des agences sanitaires ou professionnelles.

Dans une autre étude anglo-saxonne, seul un tiers des professionnels de santé conseillait les femmes enceintes sur les facteurs de risque de listériose (Kirkham, 2010). Les principales raisons pour ne pas le faire, au-delà du manque de connaissances, reposaient sur l'idée que la listériose était rare et qu'elle ne constituait pas une préoccupation importante pour les femmes enceintes. Ce risque serait-il alors moins connu par les professionnels que la toxoplasmose ou perçu comme moins risqué ? Pourtant, la listériose, causée par la bactérie *Listeria monocytogenes*, est une maladie pouvant être mortelle malgré sa faible incidence (notons une incidence mondiale qui semble augmenter notamment liée à de nouvelles sources de contamination) (Hernandez-Milian & Payeras-Cifre, 2014). Ces résultats sont nuancés par l'étude de Taylor et al. (2012) : les femmes enceintes ont certes des connaissances limitées sur les aliments à haut risque et sur l'utilisation sécuritaire des aliments mais déclarent que la sécurité des aliments et le risque de listériose sont des sujets importants pour elles. Pour certains auteurs, les comportements, les attitudes, les peurs et les désirs des femmes et des couples ne peuvent pas être dissociés des pratiques et des savoirs des professionnels de la santé qui assurent leur accompagnement (Burton-Jeangros et al., 2014). Nous nous sommes questionnée sur leurs représentations de l'alimentation-grossesse et sur les informations à leur disposition, sont-elles suffisantes et adaptées pour gérer leur alimentation ?

Plusieurs études se rejoignent sur le fait que les femmes enceintes ont besoin de davantage d'informations sur les précautions alimentaires. L'information représente pourtant un élément clé de leur « pouvoir d'agir » (*empowerment* en anglais) durant leur grossesse. Pour l'*International Life Sciences Institute* (ILSI), l'utilisation de messages validés scientifiquement à destination des professionnels de santé et des groupes à risques, tels que les femmes enceintes, est l'une des principales stratégies à adopter pour réduire l'incidence de la listériose (Mateus et al., 2013). Toutefois, les professionnels de santé ne seraient pas toujours une source significative d'information pour les femmes enceintes (Bondarianzadeh et al., 2011 ; Pereboom et al., 2014). Même si elles les identifiaient comme une source d'information recevable, elles ajoutaient qu'il n'était pas toujours facile d'en obtenir de l'information. Un écart était retrouvé entre les renseignements que les femmes souhaitaient sur la sécurité des aliments et notamment sur la listériose, et ceux auxquels elles avaient accès (Taylor et al., 2012).

De plus, la littérature scientifique souligne que la patiente s'oriente vers d'autres modes d'information que le professionnel de santé. Les nouvelles technologies ont modifié l'accessibilité à l'information, notamment avec l'internet et les réseaux sociaux (Nouira et al., 2015). Dans un environnement favorisant l'*empowerment* des femmes enceintes, ces dernières sont-elles actives et avides de connaissance en matière de prévention des risques ? Pour Reeves et al., « *les futures mères rapportent déployer une énergie considérable à se documenter pour favoriser un développement in utero optimal et éviter tous les dangers* » (2016, p.58).⁸ Est-ce que les femmes mettent à profit la masse d'informations à leur disposition ? Pour chaque question de santé, les femmes peuvent être submergées par une vague d'informations provenant de sources multiples : corps médical, environnement social et médiatique (Morabia, 2011). Cela rejoint l'étude de Pereboom et al. qui conclut que les femmes mobilisent des sources d'informations variées : 75,3 % avaient entendu ou lu des informations sur la toxoplasmose, 61,7 % au sujet de la listériose, notamment pour une majorité de ces femmes via leur professionnel de santé ou des lectures à ce sujet dans des magazines, des livres, des journaux ou sur l'internet (2013). Autre point marquant de cette étude, les connaissances spécifiques sur la maladie n'étaient pas nécessairement associées à un comportement préventif pendant la grossesse, en ce qui concerne la toxoplasmose et la listériose. Et inversement, le manque de connaissances n'était pas toujours associé à l'adoption de comportements à risque. Pour Claudine Burton-Jeangros, « *être enceinte est une expérience mettant en jeu des rapports à l'information et aux risques de manière intime* » (2010, p.177).⁹ Cette masse d'informations sur les précautions alimentaires risque de nuire au but recherché et au contraire, de ne pas rendre ces informations assimilables. Dans une récente étude, les auteurs ont décrit des confusions entre les différents risques pour les femmes (Cook et al., 2018). Les circuits permettant d'aboutir à la décision et ainsi au changement de comportement alimentaire nous apparaissaient complexes.

Par ailleurs, dans le cadre de notre pratique clinique, nous avons observé que, si les informations sont un déterminant important pour établir un changement de comportement, celles-ci ne mènent pas automatiquement à un comportement préventif approprié. Nous avons supposé alors que l'appréhension de ces conseils variait probablement en fonction des bouleversements inhérents à la grossesse, de l'environnement de ces femmes enceintes mais aussi de la façon qu'a le professionnel de santé d'aborder ces risques. À ce propos, les études consacrées à la perception sociale du risque alimentaire démontrent que l'information est un élément clé qui conditionne la juste évaluation des dangers par les citoyens, mais aussi par les décideurs (Duby, 1998). Les attitudes des femmes enceintes à l'égard du changement de comportement et leur perception de la probabilité de contracter la maladie infectieuse pendant leur grossesse peuvent également contribuer de manière importante à modifier leurs pratiques alimentaires (Pereboom et al., 2013). Comme le souligne Ulrich Beck, « *les risques naissent au sein du savoir, et peuvent donc, dans ce savoir, être minimisés, grossis, voire tout bonnement refoulés de la surface de la conscience* » (2008, pp.136-137).¹⁰ Le niveau de risque vécu comme acceptable par une femme enceinte semble difficile à évaluer car les risques apparaissent de plus en plus imbriqués, issus de plusieurs sources et souvent cumulatifs dans le temps. Certains auteurs ont décrit, en ce qui concerne l'attente des femmes et des couples, une ambivalence entre le souhait

⁸ Reeves, N., Pelletier, V., Schauder, C., Thériault, J., & Wendland, J. (2016). Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse ; une étude longitudinale et qualitative. *Devenir*, 28(1), 43-64.

⁹ Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Dans D. Manaï, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 177-212). Stämpfli & Bruylant.

¹⁰ Beck, U. (2008). *La société du risque. Sur la voie de la modernité*. Éditions Flammarion.

de s'émanciper de cette médicalisation et cette recherche de sécurité, ce que nous avons observé dans notre pratique clinique (Jacques, 2007).

Tous ces constats étaient déstabilisants en tant que professionnelle de santé, comment accompagner les changements de conduite alimentaire chez les femmes enceintes, si essentiels pendant la grossesse ? Les résultats des études précitées, combinés à nos observations cliniques, sont venus bousculer notre posture professionnelle et les certitudes sur notre rôle clé dans la transmission d'informations, essentielles au bon déroulement de la grossesse. Le professionnel de santé, gynécologue-obstétricien ou sage-femme, nous semblait être la pierre angulaire de la « naissance » de la femme enceinte, qui pouvait alors endosser ce nouveau statut et assurer de façon autonome la protection de ce futur enfant, grâce à un dispositif central, la consultation prénatale.

Afin d'approfondir cette thématique sur le volet info-communicationnel, nous avons souhaité entamer une thèse en Sciences de l'information et de la communication en 2016, en parallèle de notre activité professionnelle. Nous souhaitions comprendre comment les professionnels et les femmes évoluent dans ces environnements, dont l'objectif commun vise un changement de leurs conduites alimentaires pendant la grossesse et identifier ce qui se joue en termes de pratiques info-communicationnelles. Cette thèse a trait à l'univers des savoirs, l'intégration des informations, la gestion des connaissances sur les risques et la confrontation de savoirs experts et de savoirs profanes.

Dans une première partie, le premier chapitre « *L'alimentation-grossesse, normes et prescriptions* » analyse comment le suivi des grossesses a été progressivement façonné par les autorités sanitaires, dans une visée de réduction du risque périnatal qui est devenue une exigence et un enjeu de santé publique. Les grossesses vont s'inscrire dans un cadre médico-légal et socio-culturel où les peurs vont laisser place aux risques alimentaires. Le deuxième chapitre « *De la communication publique à la construction des savoirs* » met en lumière de quelle façon les politiques de prévention et de communication qui en découlent ont été élaborées au sein de multiples agences sanitaires, institutionnelles et professionnelles, et comment elles sont venues nourrir la sphère sociale. Le troisième chapitre « *Cadre conceptuel et méthodologie de la recherche* » présente les concepts et la méthodologie mobilisés pour mener cette recherche.

Dans une seconde partie, plusieurs enquêtes de terrain ont été réalisées pour nourrir les deux chapitres suivants et éclairer les enjeux majeurs relatifs à la construction des savoirs experts et profanes sur les risques infectieux alimentaires. Pour promouvoir la santé, les professionnels ont besoin de connaissances, fiables, basées sur des données scientifiques à partir desquelles se fondent les politiques et les actions de prévention, individuelle ou collective, et de communication. Le chapitre quatre « *Construction des savoirs experts des professionnels* » analyse ainsi de quelle façon les pouvoirs publics se sont emparés de ces problématiques de santé publique, au côté des scientifiques, pour encadrer ces savoirs experts. En étudiant les sources d'informations des professionnels, nous avons souhaité comprendre quels sont les mécanismes qui contribuent à l'élaboration des discours de prévention sur les risques alimentaires. Le chapitre cinq « *Construction des savoirs profanes des femmes enceintes* » est consacré aux savoirs des femmes, spécifiques à cette période de grossesse. Nous avons tenté de prendre du recul par rapport à notre métier de sage-femme, en adoptant le point de vue d'une observatrice d'une scène sociale, la consultation prénatale, afin de comprendre ce qui est esquissé en termes de savoir profane et cerner les contours de leur construction. Ce chapitre servira aussi à apporter des réponses aux questions suivantes : quels rôles jouent les

professionnels, les proches et les différents médias dans la construction des savoirs profanes sur l'alimentation-grossesse et comment s'opèrent les médiations dans cet environnement social ? Les savoirs experts viennent-ils se confronter ou plutôt entrer en synergie avec les savoirs profanes ? Pour affiner notre réflexion, nous avons porté un regard plus circonstancié sur l'étude d'un groupe de discussion afin d'appréhender la diversité des savoirs mobilisés. Au terme de ces enquêtes, dans le chapitre six « *Analyse et discussion* », nous avons identifié et discuté quatre points fondamentaux qui nous ont paru éclairer de façon transversale tout ce travail de terrain et les corpus étudiés. Le premier souligne comment la polyphonie informationnelle des institutions, dans un environnement scientifique en évolution constante, complexifie l'élaboration de l'expertise professionnelle, basée sur des savoirs, théorique et expérientiel. Dans le deuxième point, face à cette importance quantitative des sources d'information (cercle élargi de professionnels, environnement social et médiatique) mais aussi cette diversité qualitative des messages, nous nous interrogeons : la consultation est-elle au cœur de la « société » des savoirs profanes ? Le troisième point appréhende l'expression du savoir profane dans les espaces de médiation. Le point suivant questionne au regard de la perception des risques comment s'opère la prise de décision et les choix alimentaires des femmes enceintes.

Notre recherche a été alimentée par de nombreux questionnements et une prise de recul par rapport à notre pratique professionnelle. De manière plus distanciée, les travaux autour de cette question de recherche nous ont paru riches d'enseignements, par rapport à notre activité de sage-femme clinicienne, de formatrice. Ce travail de recherche est venu nourrir à chaque étape nos missions professionnelles de chargée de projets et d'études en promotion de la santé à l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS). Au-delà de nous engager sur les voies de la prévention, nous avons cultivé les notions d'*empowerment* et de littératie, notamment en travaillant auprès de personnes en situation de précarité et en développant l'accès à l'information pour les parents sur le site web Pass'Santé Jeunes. Tout au long de notre parcours, notre démarche globale vise à favoriser une approche positive autour de la question de l'éducation à la santé et à contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par le développement de la capacité d'action de la population. Tout l'enjeu se tourne vers l'émergence et l'organisation de ces stratégies de promotion de la santé qui anime actuellement nos réflexions sur les déclinaisons des politiques publiques au sein de l'Agence Régionale de Santé (ARS) au regard de notre poste axé sur le pilotage et la régulation de l'offre de soins au niveau régional. Ce chemin, stimulant de par ses découvertes et ses rencontres, n'a pas été un long fleuve tranquille, comme tout doctorant le sait. Les enquêtes de terrain ont été d'une grande richesse, mais parfois difficiles à mener, notamment durant la crise sanitaire, période de bouleversements du quotidien, de confinement (avec trois enfants) et de maladie (difficile d'y échapper). Mais malgré cela, notre motivation pour contribuer aux réflexions sur la communication des risques infectieux, en particulier compte tenu du risque mondial accru d'exposition aux maladies infectieuses est demeurée intacte et nous voyons, à l'issue de ce travail, de nouvelles perspectives. Ici se situent les enjeux de la promotion de la santé en périnatalité. Les actions de prévention se fondent sur des connaissances sur les déterminants de santé, environnementaux, comportementaux, sociaux, sur leurs impacts et conséquences sur la santé et sur les méthodes et moyens d'intervenir au sein de la société, notamment au niveau info-communicationnel.

CHAPITRE 1.

L'alimentation-grossesse, normes et prescriptions

Dans ce premier chapitre, nous cherchons à comprendre comment la grossesse et l'alimentation spécifique à cette période, se sont entourées d'un cadre normatif au fil du temps et comment cette dernière est devenue une pratique basée sur un ensemble de prescriptions établissant ce qu'il faut manger ou ne pas manger, pour préserver sa santé à titre individuel et celle des générations futures.

Jusqu'au XVIII^e siècle, « *la mort survenait précocement du fait des maladies infectieuses et parasitaires ainsi que des maladies de carence* » (Drulhe, 1996, p.23).¹¹ La préoccupation majeure des autorités étatiques et médicales axée sur la lutte contre la dépopulation se traduit alors par de nombreuses initiatives pour prévenir les maladies et un « *contrôle accru de la reproduction* » (Berthiaud, 2020).¹²

La médecine se transforme et prend « *une posture normative* » (Foucault, 1963).¹³ La protection sanitaire des mères s'instaure sous l'impact de procédures législatives et médicales, avec une montée progressive de l'influence de l'État biopolitique et de ses normes intrusives, comme le sous-tend, dans ses travaux, Michel Foucault. Ce mode de gouvernement désigne le pouvoir exercé par l'État sur la vie des individus dont l'objectif est « *de la gérer, de la majorer, de la multiplier, d'exercer sur elle des contrôles précis et des régulations d'ensemble* » (Foucault, 1994, [rééd. 2021], p.180).¹⁴ Cette dimension normative s'impose au corps (gouvernementalité des corps) : « *au corps traversé par toutes sortes de dérèglements, la médecine va opposer, sous couvert de santé, un corps discipliné et maîtrisé ; les normes médicales diffusent l'idée, sinon l'idéal, d'un corps prescrit, difficile à atteindre.* » (Weber, 2017, p.51)¹⁵

La biopolitique s'appuierait selon Michel Foucault sur la biologie et la médecine pour contrôler la régulation des populations : « *La médecine, c'est un savoir-pouvoir qui porte à la fois sur le corps et sur la population, sur l'organisme et sur les processus biologiques, et qui va donc*

¹¹ Drulhe, M. (1996). *Santé et société : Le façonnement sociétal de la santé*. Presses Universitaires de France.

¹² Berthiaud, E. (2020). La santé maternelle et infantile (Europe, XVI^e-XIX^e siècles) : état des lieux historiographique et bibliographique. *Annales de démographie historique*, 1(139), 27-90.

¹³ Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Presses Universitaires de France.

¹⁴ Foucault, M. (2021). *Histoire de la sexualité- Tome 1- La volonté de savoir* (rééd. [1^{ère} éd. 1994]). Gallimard.

¹⁵ Weber, J.-C. (2017). *La consultation (Questions de soin)*. Presses Universitaires de France.

avoir des effets disciplinaires et des effets régularisateurs. » (Foucault, 1997, p.225)¹⁶ La biopolitique, comme le souligne Bernard Andrieu (2004), est conceptuellement liée au biopouvoir défini par Michel Foucault comme « *un ensemble de processus comme la proportion des naissances et des décès, le taux de reproduction, la fécondité d'une population* » (1997, p.216).¹⁷

Le contrôle médico-social progressif de la grossesse a ainsi imposé son cadre normatif de surveillance et ses prescriptions. En effet, grâce à des instruments d'action biopolitique (consultations médicales, prestations financières incitatives, etc.), les institutions ont poussé à la médicalisation de la grossesse, tendant vers une normalisation des conduites. Celle-ci avait pour finalité d'améliorer les indicateurs de la santé maternelle et infantile et réduire les conséquences négatives de la grossesse.

Le XIX^e siècle sera le siècle de l'hygiène publique. Le tournant pasteurien renforcé par la diffusion des antibiotiques, « *le développement des systèmes sanitaires, la généralisation des systèmes d'assurance sociale, l'amélioration des conditions de vie, notamment du logement, l'augmentation des revenus et la diffusion des connaissances dans la population* » ont contribué à un recul de la mortalité notamment d'origine infectieuse (Gaimard, 2015, p.31).¹⁸ Cette réduction des maladies infectieuses sera contrebalancée par une augmentation des maladies chroniques et des maladies dites « de civilisation » liées aux modes de vie et aux comportements.

Du côté de l'aliment, le regard porté est double, « *indispensable source de plaisirs et élément de socialisation, d'une part, mais tout autant source potentielle de dangers et de maladies, d'autre part* » (Chiva, 1998, p.125).¹⁹ Les politiques publiques se sont positionnées également sur cet aspect de la vie. Comme le souligne Catherine Bouvier-Blaizot, « *la lutte contre les maladies contagieuses et les toxi-infections est encadrée par des dispositions législatives et réglementaires nationales, européennes ou internationales* » (2008, p.27).²⁰ C'est ainsi que progressivement, l'incidence des maladies infectieuses transmises par l'alimentation, consécutives à la consommation par l'homme de denrées contaminées par des agents microbiologiques auxquels il est sensible, a constamment diminué grâce à une amélioration des connaissances et à l'application des mesures sanitaires. Ces dispositifs de surveillance des micro-organismes à différents stades de la chaîne alimentaire humaine et animale permettent de limiter les risques sans toutefois les supprimer. Les risques perdurent du fait de changements qui interviennent dans la production, la distribution et la consommation des aliments, notamment les changements comportementaux des consommateurs (pratiques alimentaires et culinaires). La majorité des infections alimentaires touche davantage les populations les plus fragiles (de Valk & Salvat, 2015), dont font partie les femmes enceintes.

L'alimentation pendant la grossesse fait désormais partie intégrante de cette surveillance et fait l'objet de normes prescriptives. C'est surtout après la seconde guerre mondiale, que sont instaurées les mesures de surveillance prénatale et qu'apparaissent les recommandations nutritionnelles pour les femmes enceintes. Être enceinte implique une attention particulière à donner à l'alimentation, avec l'encadrement d'une pratique quotidienne. Cela implique d'une

¹⁶ Foucault, M. (1997). *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France. 1976*. Hautes études. Éditions du Seuil.

¹⁷ Op cit.

¹⁸ Gaimard, M. (2015). L'évolution de la mortalité depuis le milieu du XXe siècle. *L'Europe en Formation*, 3(377), 30-45.

¹⁹ Chiva, M. (1998). Les risques alimentaires : approches culturelles ou dimensions universelles ? Dans M. Apfelbaum (dir.), *Risques et peurs alimentaires* (pp.125-133). Éditions Odile Jacob.

²⁰ Bouvier-Blaizot, C. (2008). Évolution des risques infectieux alimentaires. *Annales des Mines - Responsabilité et environnement*, 3(51), 25-30.

part la gouvernementalité des corps mais également le gouvernement de soi-même, évoqué par Michel Foucault.

Ces deux éléments, alimentation et grossesse, deviennent fortement intriqués, cela nous conduira à dénommer cette relation, sous le terme d'alimentation-grossesse. Par une approche historique, nous essaierons également d'appréhender quelles ont été la mise en circulation et l'appropriation des savoirs et des pratiques médicales sur cette thématique.

1.1. Un axe santé au cœur du suivi prénatal

La grossesse est un événement naturel qui, dans la majorité des cas, se déroule « normalement ». Toutefois, afin d'éviter des complications, tant pour la mère que l'enfant, un suivi de la grossesse va être instauré par les pouvoirs publics et l'autorité médicale, dans lequel vont se greffer au cours du temps des examens obligatoires, dont celui du dépistage de la toxoplasmose et des recommandations spécifiques sur les risques infectieux.

1.1.1. Place grandissante de la médecine clinique en obstétrique

Au XVIII^e siècle en France, les comportements préventifs pendant la grossesse sont déjà existants, même si celle-ci conduit peu à la limitation des activités des femmes enceintes. Ils se basent sur des préceptes essentiellement symboliques qui diffèrent des précautions mises en avant dans les manuels médicaux. À cette époque, le suivi de grossesse, comme nous l'entendons aujourd'hui, n'existe pas. Les conseils sont majoritairement transmis par l'entourage féminin, participant alors à la diffusion d'une culture commune. La maternité est restée pendant longtemps un domaine spécifiquement féminin où matrones et sages-femmes ont un savoir spécialisé dont elles assurent la transmission (Gaudillière, 2008). Mais les médecins masculins deviennent à la fin du XVII^e et au XVIII^e siècle, « *des acteurs de plus en plus présents dans le domaine de la naissance* » (Berthiaud, 2012). La médecine clinique naissante, qu'évoque Michel Foucault, s'empare d'une nouvelle discipline : l'obstétrique scientifique et masculine (Foucault, 1963). Cette « science médicale » érigée par des hommes a pesé sur l'histoire des femmes (Knibiehler & Fouquet, 1983). L'influence croissante des médecins sur la santé des femmes enceintes s'accompagne d'une position du médecin comme détenteur du « savoir » et à l'inverse d'une limitation du « savoir » des femmes.

La place grandissante de l'hygiène de la grossesse dans les traités d'obstétrique, traduit la volonté médicale de développer la prévention. Le corps médical va édicter des règles contraignantes relatives à tous les aspects de la vie quotidienne des femmes enceintes, dont l'alimentation, comme en témoigne l'ouvrage, publié en 1668, de François Mauriceau, *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées* (rééd. 2019). La forte mortalité maternelle et infantile²¹ incite les médecins à faire « *prendre conscience aux femmes des enjeux de leur état, quitte à leur faire peur, et de se poser comme les principaux guides en la matière* » (Berthiaud, 2012, p.107).²²

Au XIX^e siècle, « *ce sont les articles des grands dictionnaires médicaux qui font autorité* », comme le « Régime pendant la grossesse » de Murat intégré dans l'article « Grossesse », du dictionnaire des sciences médicales de Panckoucke (Berthiaud, 2012). Pour Murat, « *la grossesse ne devient un état maladif que parce que les femmes ne sentent pas assez que le cercle des devoirs maternels commence à l'époque de la conception ; qu'elles doivent, pour leur conservation et celle de leur enfant, s'assujettir à un régime conforme à leur état* » et qu'« *aucune ne peut et ne doit se soustraire aux lois de l'hygiène* » (1817, p.425).²³

²¹ Au XVIII^e siècle, le taux de mortalité maternelle est estimé à 11,5 pour 1000 naissances et celui de mortalité infantile à 250 pour 1000 naissances. (Gutierrez & Houdaille, 1983).

²² Berthiaud, E. (2012). Le vécu de la grossesse aux XVIII^e et XIX^e siècles en France. *Histoire, médecine et santé*, (2), pp.93-108.

²³ Murat. (1817). Régime pendant la grossesse dans l'article « Grossesse ». Dans Panckoucke, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XIX, pp. 370-546.

La grossesse est ainsi vécue comme un état angoissant nécessitant de prendre un certain nombre de précautions. Les réseaux, amical et familial, sont très impliqués dans le soutien et la prise en charge de la santé des femmes enceintes. Toutefois, la culture féminine sur la grossesse se trouve progressivement « dévalorisée, voire jugée dangereuse par les médecins qui cherchent à se poser en détenteur du savoir sur ces questions » (Berthiaud, 2012, p.107).²⁴ Le savoir des femmes est nié, tout comme en témoigne l'ouvrage publié en 1870 de Barlemont (rééd. 2017, p.9)²⁵ :

Et si, par hasard, la femme apporte quelques modifications dans son régime, elle le fait sans raisonner, ignorant ce qui peut être utile au fruit qu'elle porte dans son sein.

Elle peut ne pas posséder comme les animaux un instinct qui la dirigera dans le choix des aliments, mais elle a une intelligence qui devrait la guider d'une façon plus raisonnée.

Si jusqu'au milieu du XIX^e siècle, les médecins s'appuient sur des savoirs incertains, certains domaines, comme l'alimentation, font malgré tout l'objet de prescriptions préventives (citées dans les rubriques « hygiène ») pour supprimer les causes des maladies (Berthiaud, 2020).

Barlemont, dans sa conclusion, souligne le nécessaire encadrement médical : « *Enfin, c'est à nous de la diriger dans son alimentation. Malheureusement, elle ne sait pas se laisser conduire par elle et suivre la voie qui lui est tracée.* » (2017, p.40)²⁶

Les femmes des milieux favorisés sollicitent de plus en plus les médecins et sont demandeuses d'assurer davantage de sécurité pour elles et leurs enfants. Toutefois, malgré l'abondance des prescriptions, elles ne suivent pas forcément les recommandations. Comme le souligne Emmanuelle Berthiaud, « *la perte d'autonomie qui s'en suit est parfois douloureusement vécue, car cela oblige à subir de multiples contraintes dans leur vie quotidienne* » (2012, p.107).²⁷

Deux préceptes sont ainsi admis dans le corps médical, les femmes doivent suivre les recommandations médicales et s'éloigner des conseils de l'entourage. « *Si tout est normal laissez la plus grande liberté à votre cliente et n'allez pas lui faire observer les précautions que son entourage se chargera de lui faire adopter, selon tous les préjugés en usage* », comme le suggère Marcel Metzger (1928, p.51).²⁸ Les précis d'obstétrique insistent sur le fait que « *toute femme enceinte doit être médicalement surveillée* » (Dubrisay & Jeannin, 1936, p.94).²⁹ Comme l'expliquent Bourdelais et Faure (2005), la maternité et la petite enfance, deviennent les deux périodes de la vie, étroitement liées, les plus favorables au développement de nouvelles pratiques de santé et par conséquent à une évolution des discours.

1.1.2. Protection et surveillance sanitaire de la grossesse

Au XIX^e siècle, la fièvre puerpérale fait des ravages et serait engendrée par une sorte de « génie épidémique » qui pourrait être la conséquence des saisons, des conditions telluriques, de l'alimentation, de la misère, de la vétusté des bâtiments, etc. Dans l'histoire de la prophylaxie, Ignace Philippe Semmelweis, médecin hongrois exerçant à Vienne, devient le promoteur de l'asepsie. Ce médecin a inauguré un ensemble de mesures qui garantissent la

²⁴ Berthiaud, E. (2012) Le vécu de la grossesse aux XVIII^e et XIX^e siècles en France, *Histoire, médecine et santé*, (2), pp. 93-108.

²⁵ Barlemont, E. (2017). *Essai sur certaines modifications de la nutrition pendant la grossesse*. Édition Hachette Livre BnF.

²⁶ Op. cit.

²⁷ Op. cit.

²⁸ Metzger, M. (1928). Hygiène de la grossesse. *L'accoucheur moderne*. Précis d'obstétrique. Librairie Félix Alcan.

²⁹ Dubrisay, L., & Jeannin, C. (1936). *Précis d'accouchement* (8^e éd.). Édition J. Lamarre.

prévention de la fièvre puerpérale, fin 1847, telles que la pratique de la désinfection des mains et des instruments utilisés pour tout examen auprès d'une femme enceinte. Même si au départ ses travaux ont peu d'écho parmi les maîtres français de l'obstétrique, ils auront un impact majeur sur la mortalité maternelle (Delavault, 2007).

Dans l'entre-deux-guerres, sous l'influence croissante de l'hygiène sociale, la préoccupation majeure se porte sur la naissance d'enfants « sains » en préservant la santé des enfants par la « protection » des mères (Cahen, 2014). Seules les femmes de milieu aisé vont sembler se préoccuper de l'intérêt d'un suivi médical. La consultation médicale est envisagée comme instrument phare pour contribuer à cette « protection surveillée de toute grossesse ».

La politique préventive promeut ainsi la surveillance obligatoire des mères. La loi du 16 décembre 1942 relative à la protection de la maternité et de la première enfance rend légalement obligatoires les examens prénataux et insiste sur le rôle primordial de la « surveillance préventive » des populations :

Toute femme enceinte doit, pour bénéficier des allocations en argent versées par l'État, par les collectivités publiques ou les établissements publics, par les caisses d'assurances sociales ou d'allocations familiales, suivre les conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par l'assistante sociale. Elle doit, en outre, faire l'objet d'au moins deux examens au cours de sa grossesse. (Titre III-Protection des mères)³⁰

Instaurée en 1942, la visite prénuptiale était obligatoire, celle-ci avait pour objectif de « prévenir et éduquer les couples sur l'hygiène de vie, les infections sexuellement transmissibles et la contraception ». Pour la future mariée (âgée de moins de 50 ans), des examens sérologiques pour identifier des pathologies infectieuses étaient notamment prescrits. Cette visite prénuptiale était destinée aux couples qui se mariaient, cependant plus de la moitié des grossesses étaient conçues hors mariage (Enquête nationale périnatale 2003)³¹.

Cependant, comme l'explique Caroline Desprès : « En instituant la grossesse et l'accouchement comme événements à risque, les professionnels de la périnatalité, qui y ont participé pleinement, justifient le cadre édifié, imposant alors des contraintes, restreignant la liberté des femmes, pourtant prétendument libres de disposer de leurs corps. La femme enceinte apparaît en quelque sorte en liberté surveillée. » (2010, p.139)³² Cette obligation concernant le suivi prénatal est au départ peu respectée par les femmes enceintes. C'est autour de 1945, que le système national de surveillance prénatale atteint sa forme avancée (Cahen, 2014).

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la situation démographique amène les institutions à se pencher sur la santé des individus et tout particulièrement sur la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés. Les pouvoirs publics vont légiférer par deux ordonnances : celle du 4 octobre relative à la création et l'organisation de la sécurité sociale et celle du 2 novembre 1945 relative à la protection maternelle et infantile.

La première est à l'origine de la création de la sécurité sociale, fusionnant les anciennes assurances ouvrant ainsi des droits aux familles, notamment en cas de maternité : « Il est institué une organisation de la sécurité sociale, destinée à garantir les travailleurs et leurs familles

³⁰ Loi du 16 décembre 1942 relative à la Protection de la maternité et de la première enfance (J.O. n°0305 du 22 décembre 1942)

³¹ Blondel, B., Supernant, K., du Mazaubrun, C., & Bréart, G. (2005). *Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998*. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Du fait des grossesses hors mariage, une partie de la population ne bénéficiant pas des messages de prévention et des dépistages, celle-ci a été abrogée dans l'article 8 par la loi du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit des particuliers (n° 2007-1787).

³² Desprès, C. (2010). Les femmes enceintes face aux incertitudes de la grossesse. Dans D. Carricaburu, M. Castra & P. Cohen (dirs.), *Risque et pratiques médicales* (pp. 139-154). Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

*contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maladie ou de maternité qu'ils supportent. »*³³

Afin d'améliorer la santé maternelle et lutter contre la mortalité infantile, le service public de la Protection maternelle et infantile (PMI), créé par la seconde ordonnance³⁴, vise quant à elle, à assurer une surveillance médicale systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge, validée par l'Académie de médecine. Cette surveillance passe notamment par l'examen prénuptial, les examens prénataux, les visites de grossesse et les examens postnataux. L'article 11 prévoit que la femme enceinte doit « *dans les conditions fixées par arrêté du ministre de la santé publique après avis de l'académie de médecine, faire l'objet d'au moins trois examens au cours de sa grossesse, et d'un examen postnatal dans le mois qui suit l'accouchement* ». L'article 12 prévoit des primes d'assiduité (en espèce ou en nature) pour encourager la fréquentation régulière des consultations prénatales. Les expérimentations des consultations prénatales débutent à Paris après la guerre. Ces dispositifs sont universalisés à la libération et gérés par la PMI (Cahen & Chiletta, 2018).

Cette importance de la surveillance prénatale est mise en avant auprès des femmes enceintes, comme le précise la brochure *La femme enceinte* du Dr Paul Morin : « *nous pensons qu'elles auront compris l'importance qu'a la surveillance médicale pour le déroulement normal de leur grossesse et qu'elles sauront vivre le temps de leur gravidité sous le contrôle régulier de leur médecin.* » (1947, p.120)³⁵ Le discours distant de l'auteur sur « la femme enceinte » souligne que ces préconisations prennent la forme d'injonctions plutôt que de conseils.

Lorsqu'elle devient enceinte, la femme enceinte contracte à l'égard de l'enfant qu'elle porte en elle des devoirs de la première importance. [...] À partir du moment où elle est enceinte, la femme entre en effet dans un état qui, pour naturel qu'il soit, relève de la médecine. Elle doit par conséquent se plier à une surveillance médicale [...]. (Morin, 1947, p.9)³⁶

Cela est d'ailleurs renforcé par certaines phrases de son ouvrage qui sont soulignées ou écrites en rouge : « *L'avenir de l'enfant dépend pour une part notable de la façon dont vit la femme enceinte.* » ; « *La femme enceinte doit bien s'alimenter mais elle doit le faire intelligemment sans céder aux préjugés aussi tenaces que pernicious.* » ; « *En matière d'hygiène comme d'alimentation, les préjugés populaires sont funestes.* » (Morin, 1947) Pour Françoise Thébaud, il s'agit de « maximes » dont la femme doit s'imprégner pour savoir ce qu'elle doit ou ne doit pas faire au cours de sa grossesse (1986). Les médecins réalisent « *les prescriptions d'hygiène indispensables* » intégrant les aliments défendus, parfois délivrées sous forme de feuille imprimée pour les femmes enceintes à l'occasion de la première consultation (Gaillard, 1953, p.283).³⁷ Ils contribuent à l'élaboration de brochures de vulgarisation, *Le Guide de la jeune mère*, écrit par Lereboullet qui connaît sa première publication en 1939 (rééd. 1945) et *Ce que toute maman doit savoir*, écrit par Parrot (1955) deviennent des premiers « guides » largement diffusés « *pour assurer à nos familles la descendance saine et nombreuse dont le pays a tant besoin* » (Huber, 1955, pp.3-4).³⁸

Dans les années 1960, cette surveillance est ensuite renforcée médicalement et définie législativement avec l'instauration d'un 4^e examen prénatal au cours de la grossesse. Les

³³ Article 1 de l'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale (J.O. n°0235 du 06 octobre 1945)

³⁴ Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile. (J.O. n°0260 du 05 novembre 1945)

³⁵ Morin, P. (1947). *La femme enceinte*. Éditions Tiranty.

³⁶ Op cit.

³⁷ Gaillard, J. L. (1953). *Obstétrique*. Librairie Maloine.

³⁸ Huber J. (1955). Préface. Dans Parrot, *Ce que toute maman doit savoir* (pp. 3-4). Les Éditions sociales françaises.

examens médicaux des femmes enceintes et des mères sont modifiés par l'article L. 159 du Code de la santé publique et l'article 7 du décret du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile³⁹. Les conditions sont alors fixées par les articles 1 et 2 de l'arrêté du 27 août 1971 relatif aux examens pré et postnataux⁴⁰. Ce quatrième examen médical doit avoir lieu au cours de la grossesse, pendant la première quinzaine du neuvième mois. Le 3^e examen prénatal doit quant à lui être réalisé pendant les quinze premiers jours du huitième mois. Dans son ouvrage d'obstétrique, Jacques L. Gaillard souligne l'approche prescriptive dictée par les autorités : « *La Législation sociale prescrit, dans un but de protection, quatre examens prénataux. [...] Considérez ces examens comme "obligatoires" pour toutes les futures mamans.* » (1965, p.53)⁴¹

Cette politique préventive autour de la naissance reste insuffisante, malgré une amélioration des indicateurs périnataux dans les années 1960. Ceci a conduit les pouvoirs publics à mettre en place une politique structurante en matière de périnatalité conduisant à élaborer trois plans successifs⁴² : 1970-1975, puis 1995-2000 et enfin 2005-2007 ainsi que des décrets pour réduire les risques pour la mère et l'enfant⁴³. Celui de 1970-1976 avait pour objectifs de diminuer le taux de mortalité périnatale et de diminuer le nombre de handicaps liés à la grossesse et l'accouchement, axant le service public sur la prévention. Il intégrait trois mesures principales : le passage à 4 consultations obligatoires pendant la grossesse, la formation des professionnels et le renforcement des moyens techniques en maternité. Les années 1970 seront également marquées par la mise en œuvre de dépistages obligatoires de pathologies infectieuses.

Dans les années 1980, le gouvernement opte pour des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants. La loi du 18 décembre 1989 « de Protection et promotion de la santé de la famille et de l'enfance »⁴⁴ introduit la notion de « promotion de la santé » et définit les missions de la PMI qui doit notamment réaliser des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes (Art. L. 149). Cette même loi (Art. L. 154.) précise que la surveillance médicale de la grossesse ainsi que les examens obligatoires doivent être pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme et que « *le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire* ».

Dès 1992, les pouvoirs publics vont intensifier le suivi prénatal. Si la consultation prénuptiale reste obligatoire, celle-ci ne touche pas toutes les femmes et d'autres examens obligatoires vont s'imposer aux femmes enceintes. Dès la confirmation d'une grossesse, un suivi médical et un accompagnement s'instaurent pour chaque femme enceinte. Ce suivi est composé d'examen médicaux (consultations, échographies, prises de sang, dépistages), certains étant obligatoires fixés par décret (Décret du 14 février 1992)⁴⁵. D'autres examens sont uniquement recommandés.

Le nombre de consultations prénatales obligatoires est fixé à 7 dont une au premier trimestre puis une par mois à partir du 4^e mois, avec un contenu médical minimal précisé par décret

³⁹ Décret n°62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile.

⁴⁰ Arrêté du 27 août 1971 relatif aux examens pré et postnataux

⁴¹ Gaillard, J. L. (1965). *Obstétrique* (2e éd.). Librairie Maloine.

⁴² Pour en savoir plus voir les références (Jacques, 2013 ; Puech, 2007-2008 ; Rumeau-Rouquette, 2004)

⁴³ Décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998. (J.O. 1998)

⁴⁴ Loi n°89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé. (J.O. n°0294 du 19 décembre 1989.

⁴⁵ Décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires pré et postnataux. (J.O. n°40, 16 février 1992)

(Combiere & de Pourville, 1999). L'objectif principal sera de s'assurer que la grossesse évolue physiologiquement sur les plans clinique, biologique et échographique et de délivrer les conseils adaptés. Dans le cadre des consultations prénatales, les femmes doivent bénéficier d'informations le plus tôt possible, ce qui a selon la HAS, « *une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir* » :

L'information a pour objectifs de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (HAS, 2005, p.3)⁴⁶

Dans le cadre du plan de périnatalité 1995-2000, l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) a été chargée d'élaborer et de diffuser un guide de bonnes pratiques cliniques de la surveillance de la grossesse. Cette agence a publié en 1996 un *Guide de surveillance de la grossesse*, élaboré par un groupe de professionnels représentant le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), la Société française de médecine périnatale, la Fédération nationale des groupes d'études en néonatalogie et urgences pédiatriques et des représentants des médecins généralistes. Comme l'expliquent Combiere & de Pourville, « *cet ouvrage, destiné à tout praticien impliqué dans le suivi des femmes enceintes, vise à améliorer la qualité de la surveillance en rappelant les finalités et les modalités des dépistages, ainsi que les caractéristiques des populations cibles.* » (1999, p.31)⁴⁷

En 2009, une consultation en période pré-conceptionnelle s'est substituée à la consultation prénuptiale, sous accord professionnel, et a été introduite par la HAS dans un document d'information pour les professionnels *Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer*. De nombreux objectifs sont attribués à cette consultation comme évaluer les facteurs de risque individuels pouvant interférer avec la grossesse, anticiper les prises en charge lors d'éventuelles pathologies maternelles et dispenser une information sur les règles hygiéno-diététiques spécifiques à la grossesse. Cette consultation, considérée comme une vraie opportunité pour améliorer la santé des femmes et des enfants, tend à améliorer l'information et les comportements des femmes et des couples ayant un désir d'enfant.

Afin d'informer les femmes enceintes, le livre *L'enfant du Premier Âge*, édité pour la première fois en 1954 par le Comité national de l'enfance, était envoyé par les caisses d'allocations familiales dès la déclaration de grossesse. Celui-ci a été rebaptisé par les professionnels qui le distribuent, « Le Livre Bleu » du fait de la couleur de sa couverture fidèle au cours du temps, toujours source d'information pour les femmes. Ce guide a permis d'informer notamment sur les examens pratiqués pendant la grossesse et a commencé à évoquer des informations, dans les années 1990, sur le dépistage de la toxoplasmose et les recommandations d'hygiène alimentaire.

⁴⁶ Haute autorité de santé. (2005). *Comment mieux informer les femmes enceintes*. Recommandations professionnelles.

⁴⁷ Combiere, E., & de Pourville, G. (1999). *Périnatalité. L'évolution des pratiques médicales en France*. Mutualité Française.

1.2. Des peurs aux risques alimentaires pendant la grossesse

Investi d'une charge symbolique et émotionnelle, l'aliment répond à des besoins physiologiques et nutritionnels, mais il est également source potentielle de risques pour la santé (Hausser, 2014). Il s'immisce ainsi dans les conceptions de la santé : « *toutes les cultures font de l'aliment un véhicule de propriétés, positives ou négatives, préventives ou curatives, qui affectent l'état physique du mangeur.* » (Bruegel et al., 2010, p.9)⁴⁸ Le risque alimentaire se voit ainsi associé à un versant relatif aux peurs alimentaires, subjectif, et à un autre, objectif, visant la sécurité sanitaire (Ferrières, 2002).

1.2.1. Les peurs alimentaires

Pour Claude Fischler, l'aliment n'est pas un objet de consommation comme un autre, avec la croyance que « je deviens ce que je mange ». Selon ce principe d'incorporation, nous ingérons des aliments et incorporons leurs qualités qu'elles soient réelles ou imaginaires, positives ou négatives. Cette appréhension liée à l'aliment est expliquée en grande partie par la pensée magique à la fin du XIX^e siècle. Pour Jean-Pierre Poulain, « *le mangeur croit ou craint, dans un mécanisme qui relève de la pensée "magique" de s'approprier les qualités symboliques de l'aliment* » (2013, p.176).⁴⁹ À cette époque, la loi de contagion⁵⁰ « *influence la pensée de l'être humain en matière d'alimentation, de maladie et de nutrition* » (Rozin, 1998, p.139).⁵¹ Lorsque cette pensée magique est « *associée au principe de contagion, elle devient un facteur puissant dans la manière de choisir et de penser la nourriture* » (Hébel, 2010, p.42)⁵², la contamination conduisant à la notion de risque et d'interdit alimentaire. Les aliments considérés comme mauvais sont ainsi rejetés.

Si l'on se réfère à la définition donnée par le dictionnaire Larousse, le terme « aliment » désigne une « *substance habituellement ingérée par un être vivant et lui fournissant les matières et l'énergie nécessaires à sa vie et à son développement* »⁵³, et il n'existe pas de notion d'*interdit alimentaire*. Toutefois, cette dernière s'est définie culturellement, en étant soumise à des règles différentes selon les communautés et les époques. Selon des logiques diverses sous-jacentes aux interdits alimentaires, dans toutes les cultures se distinguent les aliments consommables des aliments non consommables (Jacques, 2004). Les choix alimentaires se déterminent ainsi dans un répertoire limité d'aliments parmi une liste existante beaucoup plus large.

Progressivement, nos sociétés ont changé et la conception religieuse de l'interdit alimentaire a laissé place à une conception médicale (Jacques, 2004). Comme le souligne Lucien Pénard dans ses guides pour les accoucheurs et les sages-femmes (1862, p.73)⁵⁴ :

⁴⁸ Bruegel, M., Barlösius, E., & Nicoud, M. (2010). Informations et pratiques alimentaires : repères et questions. Dans M. Bruegel, E. Barlösius & M. Nicoud (dirs.), *Le choix des aliments. Informations et pratiques alimentaires de la fin du Moyen âge à nos jours* (pp. 9-27). Presses universitaires de Rennes/ Presses universitaires François-Rabelais de Tours.

⁴⁹ Poulain, J.-P. (2013). *Sociologies de l'alimentation. Les mangeurs et l'espace social alimentaire* (3^e éd.). PUF.

⁵⁰ À la fin du XIX^e siècle sont définies les lois de la pensée magique : « *la loi de similitude, selon laquelle l'image ou le mot a le pouvoir de la chose, et la loi de contagion, selon lesquelles les choses qui ont été en contact, ne serait-ce qu'une fois, continuent à agir l'une sur l'autre* ». (Bieulac-Scott, 2008, p.37)

⁵¹ Rozin, P. (1998). Réflexion sur l'alimentation et ses risques. Perspectives psychologiques et culturelles. Dans M. Apfelbaum (dir.), *Risques et peurs alimentaires* (pp.135-147). Éditions Odile Jacob.

⁵² Hébel, P. (2010). Influence de la communication sur l'alimentation. *Communication & langages*, 2(164), 41-52.

⁵³ Larousse. (s.d.). Aliment. Dans *Le Dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté le 18 janvier 2021 sur <https://www.larousse.fr/>

⁵⁴ Pénard, L. (1862). *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme*. Édition J.B. Baillière et fils.

Si la femme suit, d'ordinaire un régime alimentaire convenable, il ne faut pas qu'elle se fasse une obligation d'en changer, par cela seul qu'elle est enceinte. Elle ne doit alors opérer, en fait de changements, que ceux qui lui sont commandés par un dégoût ou par une appétence invincibles. Et encore faut-il que le nouvel aliment ou la nouvelle boisson qu'elle désire substituer à d'autres qui lui sont devenus antipathiques ne passe en rien lui être nuisible, comme le seraient, par exemple, les viandes fumées ou trop fortement épicées et les boissons alcooliques prises en trop grande quantité.

Les bénéfices-risques pour la santé vont alors placer l'alimentation au premier plan de nos préoccupations. Ainsi l'alimentation fait pleinement partie des prescriptions médicales : « *la nourriture sera saine (éviter l'usage d'aliments faisandés) ; on emploiera comme boisson le lait ou la bière, l'eau pure ou coupée d'une faible proportion de vin.* » (Dubrisay & Jeannin, 1936, p.93)⁵⁵ Les médecins vont partager avec le grand public, notamment pour les plus éduqués, leurs savoirs et leurs « salutaires leçons sur les convenances alimentaires », comme en témoigne Rouget dans son traité d'hygiène (1877, pp.7-8)⁵⁶:

L'alimentation et le régime tiennent le premier rang parmi les moyens les plus efficaces pour conserver la santé, prolonger la vie et guérir certaines maladies. L'emploi sage et raisonné des substances alimentaires est la base de l'hygiène alimentaire et du régime ; et comme à ce sujet il existe beaucoup d'opinions erronées et de préjugés dangereux, nous avons cru de notre devoir, pour éclairer le public à cet égard, de publier le fruit de nos longues études en médecine hygiénique et de nos observations pratiques. [...]

Il ne peut jamais y avoir de danger à ce que l'on s'abstienne d'un aliment ou d'une règle d'hygiène alimentaire nuisible à la santé ; ce qui, en cette matière, est vraiment utile, c'est de savoir soi-même, parce que, les besoins étant de tous les moments, il faut pouvoir les satisfaire.

Les médecins vont prescrire un « régime atoxique », notamment au dernier trimestre de la grossesse en précisant que toute exception fait courir des risques graves (Merger, 1961).

Pour Madeleine Ferrières, la peur émerge et se révèle au sein de ce qu'elle nomme des « forums officiels » : Académie, Faculté, société de médecine, congrès d'hygiène. Les peurs alimentaires ont poussé à l'action pour évaluer, réduire et maîtriser les risques (2002). Ces « forums officiels » ont pris le relais de « forums officieux » exprimant plus largement l'opinion publique. Les conseils sont alors le fait de spécialistes médicaux qui seront par la suite relayés par les instances sanitaires et les médias. Pour Frédéric Vandenberghe, « *les risques alimentaires et sanitaires doivent être médiatisés par le discours et socialement construits par les experts scientifiques pour devenir réels et perceptibles* » (2001, p.27).⁵⁷

Comme le souligne Jean-Christophe Weber, la rationalité scientifique a été investie par la médecine comme une stratégie c'est-à-dire s'axant sur une pratique intégralement fondée sur les connaissances scientifiques et visant la salubrité, l'hygiène, la sécurité, l'ordre social et le gouvernement des vivants (2017). Cet auteur reprend les termes de Canguilhem pour qualifier le discours médical théorique, celui des traités de médecine, considéré alors comme une « *somme évolutive de sciences appliquées* » (1988, p.24).⁵⁸

La montée en puissance de la médicalisation de l'alimentation confortée par la diffusion d'un discours nutritionnel scientifique tend à réfuter les conseils profanes (Poulain, 2013). La

⁵⁵ Dubrisay, L., & Jeannin, C. (1936). *Précis d'accouchement* (8^e éd.). Édition J. Lamarre.

⁵⁶ Rouget, F. (1877). *Art de vivre longtemps en bonne santé- Traité des aliments : leurs qualités, leurs effets et le choix qu'il convient d'en faire selon l'âge, le tempérament, la profession, la saison et l'état de convalescence*. Source gallica.bnf.fr / BnF

⁵⁷ Vandenberghe, F. (2001). Introduction à la sociologie (cosmo) politique du risque d'Ulrich. *Revue du MAUSS*, 1(17), 25-39.

⁵⁸ Canguilhem, G. (1988). Le statut épistémologique de la médecine. *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, 10, 15-29.

diffusion et persistance de nombreuses peurs et rumeurs sur l'alimentation serait liée « à l'absence de vérification de l'origine des messages par les publics, qu'ils soient scientifiques ou enseignants » (Hébel, 2010, p.42).⁵⁹

L'essor des sciences objectives et de la logique scientifique a conduit à une pensée rationnelle « qui s'est superposée à la pensée magique sans la remplacer et les deux types de pensée cohabitent » et nous inspirent dans nos décisions (Bieulac-Scott, 2008, p.39).⁶⁰ Tout aussi angoissant, le risque alimentaire était imaginé autrefois, avec une notion d'immédiateté et de lien direct, différemment d'aujourd'hui (Flandrin, 1998). De plus, les peurs ne sont pas proportionnelles aux risques, parfois exagérées par rapport à la réalité du danger et parfois les peurs s'estompent malgré la persistance du danger (Bieulac-Scott, 2008).

1.2.2. Les risques alimentaires

Dans nos sociétés occidentales, le risque sous-tend une série de risques non liés au manque de nourriture mais à la qualité de celle-ci (Poulain, 2013). La notion de risque alimentaire fait alors référence à différents champs d'étude : celui des sciences médicales mettant en œuvre l'évaluation des risques associée aux préconisations pour les maîtriser, celui de la législation, combinant un travail sur les normes et les règles permettant de garantir un maximum de sécurité et celui de l'histoire permettant d'en interpréter toutes les évolutions (Ferrières, 2002). La sécurité sanitaire des aliments désigne les risques associés à la consommation des aliments (Poulain, 2013). Cette notion de risque alimentaire est également à mettre en parallèle de celle de perception du risque qui va influencer la manière de s'en préserver.

Les principaux risques alimentaires sont liés à la présence de bactéries, virus ou parasites pathogènes dans nos aliments. Les maladies infectieuses d'origine alimentaire faisaient toujours des ravages au XIX^e siècle et jusqu'au début du XX^e siècle. Les épidémies de listériose ont par exemple été au cœur de nos préoccupations et de nos pratiques alimentaires (Ferrières, 2002). Le risque listérien et de façon plus globale, l'alimentation et les intoxications alimentaires, passent sur le devant de la scène médiatique (Poulain, 2013). Au XX^e siècle, les toxi-infections alimentaires pouvaient toucher chaque année jusqu'à 10% de la population.

Dès le début du XIX^e siècle, un courant hygiéniste s'est installé et la société française s'est dotée d'une forte juridiction sanitaire (Cavé, 2016). Les lois de santé publique sont votées dont la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, qui évoque les préoccupations de salubrité visant la lutte contre les épidémies et les maladies contagieuses, et celle du 27 juillet 1904, portant reconnaissance d'utilité publique de la Société scientifique d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme. Après la gestion des risques liés à l'insalubrité, d'autres importants défis pour la sécurité sanitaire des aliments émergent.

Les échanges de produits alimentaires à l'échelle interrégionale et internationale contribuent à la propagation d'aliments contaminés à longue distance. Comme l'exprime Jean-Pierre Poulain, « la notion de risque accompagne la découverte du monde, qu'elle soit géographique ou

⁵⁹ Hébel, P. (2010). Influence de la communication sur l'alimentation. *Communication & langages*, 2(164), 41-52.

⁶⁰ Bieulac-Scott, M. (2008). *La question alimentaire-Mondialisation, uniformisation, modernité du modèle alimentaire français*. OCHA. CNIEL.

scientifique » (2016, p.9).⁶¹ L'intensification et l'industrialisation de l'agriculture et de la production animale associées à l'urbanisation conduisent à des situations à risque de contamination (au niveau de la production, de l'étendue et de la vitesse de la distribution des produits).

À travers le monde, les modes de vie et les comportements ont eu une grande incidence sur l'émergence des infections alimentaires. Dans les pays riches, certaines pratiques qui se développent sont considérées comme à risque comme la consommation de fruits de mer et d'autres aliments crus. Des changements dans les habitudes de consommation ont favorisé une utilisation croissante d'aliments préparés et prêts à consommer. De plus, les consommateurs sont demandeurs de produits à longue conservation, sans conservateur et à faible teneur en sel et en sucre. Tout ceci peut amener un risque de voir se multiplier ces agents pathogènes jusqu'à des niveaux de dangerosité, notamment aux températures de réfrigération et de conduire à une augmentation des risques d'infection et d'intoxication : « *Au risque lié à la matière première s'ajoutent des risques inhérents au processus de transformation, y compris des risques de contamination d'origine humaine, tout au long de la chaîne de production.* » (de Valk & Salvat, 2015, p.65)⁶²

Tout au long du XX^e siècle, des améliorations sur les méthodes pour se prémunir du risque ont été apportées (cuisson, pasteurisation, stérilisation, etc.). Même si la responsabilité des producteurs, fabricants, transporteurs et distributeurs est primordiale, dans ce domaine sensible de la sécurité alimentaire où la santé est en jeu, il appartient aux pouvoirs publics d'intervenir en anticipant, règlementant et en contrôlant (Baelde, 1996). En 1999, l'OMS prônait l'importance de développer des systèmes de surveillance pour suivre la progression des toxoinfections alimentaires et contrôler les aliments à la recherche de contamination (Käferstein & Abdussalam, OMS, 1999). Le risque initialement individuel est devenu un risque collectif et un problème de société qui a conduit à la création d'instances pour en assurer la surveillance et maîtriser le risque aboutissant de nos jours, à quelques centaines de cas de décès par an pour la France. Cette surveillance s'est organisée autour de réseaux de laboratoires coordonnés par un Centre national de référence (CNR) et par l'intermédiaire d'investigations sur les maladies qui sont soumises à une déclaration obligatoire (DO). Celle-ci se base également sur les études de séroprévalence et les investigations d'épidémies.

L'InVS (Institut national de veille sanitaire, maintenant Santé publique France) tenait à jour les données épidémiologiques sur les maladies infectieuses d'origine alimentaire. Les *Bulletins épidémiologiques hebdomadaires* (BEH) de l'InVS relataient ces données relatives aux cas épidémiques ou aux cas sporadiques. L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa, devenue aujourd'hui Anses) recensait les cas annuels d'infections d'origine alimentaire pour les agents pathogènes dont *Listeria monocytogenes* et *Toxoplasma gondii*. Ces données de surveillance combinées aux différents plans de surveillance et contrôles (PSPC) dans le cadre de la sécurisation sanitaire des aliments organisée par la direction générale de l'alimentation (DGAL) contribuent à l'évolution des mesures de prévention et à l'adaptation des contrôles. Des « États généraux » de l'alimentation sont instaurés dans une visée de gestion démocratique des risques et se positionnent comme un nouveau dispositif de gouvernance (Poulain, 2013). Ceci est rappelé par la feuille de route politique de l'alimentation 2018-2022,

⁶¹ Poulain, J.-P. (22 novembre 2016). *De la perception des risques à la prise en compte des inquiétudes alimentaires*. Le rôle des sciences sociales dans la gestion du risque sanitaire des aliments - Présentation des résultats de l'étude "Inquiétudes alimentaires" [Colloque OCHA-Université de Toulouse-CREDOC]. "Tais-toi et mange !", Institut Pasteur, Paris.

⁶² de Valk, H., & Salvat, G. (2015). Alimentation et risques infectieux : enjeux et stratégies pour limiter l'impact sur la santé. *Les Tribunes de la santé*, 4(49), 61-68.

puisqu'ils doivent contribuer au développement d'outils de surveillance et de renforcement des contrôles.⁶³

De plus, comme le soulignait l'OMS, les technologies de l'information sont devenues un support essentiel qui a renforcé l'échange de données épidémiologiques, la formation des professionnels de la santé et les méthodes d'éducation sanitaire. La lutte contre les infections alimentaires est devenue un défi d'importance internationale avec le renforcement d'une coopération inter-étatique et la création en 2004 d'un réseau d'échanges d'information, INFOSAN, *International Food Safety Authorities Network*⁶⁴.

Si, en France, chaque année, le nombre de personnes malades d'une infection d'origine alimentaire est estimé aux alentours de 1 à 2,5 millions, le nombre de décès serait plutôt de l'ordre de 220 à 250 décès (Cauteren, 2017). L'Anses (Agence nationale pour la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) pointe le fait qu'un tiers des toxico-infections alimentaires déclarées surviennent au domicile et sont liées à des aliments mal conservés, pas assez cuits, ou des transferts de contaminants entre aliments (2017). Le risque s'accompagne de décisions inadéquates et d'une responsabilité du consommateur : « *La consommation de plus en plus fréquente de produits d'origine animale peu ou pas cuits (steak haché peu cuit, différents types de " tartares " [viande, poisson, œufs]) et de produits importés exotiques contribue à faire évoluer les risques.* » (de Valk & Salvat, 2015)⁶⁵ En effet, les résultats de l'étude INCa 3 mettent en avant la progression de pratiques potentiellement à risques telles que l'augmentation de la consommation de denrées animales crues (poisson et viande de bœuf), des temps plus longs de conservation des aliments avant consommation pour les denrées périssables, des dépassements fréquents des dates limites de consommation ainsi que des températures parfois inadéquates dans les réfrigérateurs. Certains auteurs évoquent une méconnaissance de l'usage final de l'aliment avec une préparation impropre des produits ou une mauvaise manipulation notamment à domicile, source de maladies d'origine alimentaire :

Les personnes qui manipulent les aliments ainsi que les consommateurs ne sont pas tous familiers avec les pratiques d'hygiène de base concernant la manipulation et la préparation des aliments, comme par exemple l'importance de séparer les aliments crus des aliments cuits, le lavage régulier des mains et des ustensiles au cours de la préparation, de la cuisson à cœur des aliments à risque, du maintien de la chaîne du froid. (de Valk & Salvat, 2015)

Ces changements de pratiques alimentaires amènent à définir de nouveaux enjeux en termes de sécurité sanitaire alimentaire et à redéfinir les recommandations de santé publique pour préserver la santé des consommateurs. Comme le souligne Ulrich Beck, le concept associé aux « incertitudes fabriquées » se fonde sur des connaissances plus nombreuses et de meilleure qualité et sur des données évaluées qui deviennent la source de nouveaux risques : « *Dans la mesure où la nature s'industrialise et que les traditions deviennent facultatives, de nouveaux types d'incertitudes surgissent* [traduction libre]. » (1999, p.140)⁶⁶ Comme le précise l'Anses, le but est ainsi de rester « *en adéquation avec les habitudes des Français, tout en gardant un temps d'avance sur les risques qui pourraient émerger* ». ⁶⁷

⁶³ Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation. (s.d.). *Feuille de route des États généraux de l'alimentation.*

⁶⁴ INFOSAN : réseau d'information créé en 2004 par l'OMS en coopération avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'Agriculture (FAO) pour encourager les échanges d'informations sur la sécurité sanitaire des aliments entre les différentes autorités aux niveaux national et international.

⁶⁵ de Valk, H., & Salvat, G. (2015). Alimentation et risques infectieux : enjeux et stratégies pour limiter l'impact sur la santé. *Les Tribunes de la santé*, 4(49), 61-68.

⁶⁶ Beck, U. (1999). *World risk Society*. Polity press.

⁶⁷ Agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail. (Actualité du 12/07/2017). *INCA 3 : Évolution des habitudes et modes de consommation, de nouveaux enjeux en matière de sécurité sanitaire et de nutrition.*

De nos jours, ces progrès médicaux et épidémiologiques ont ainsi permis la prévention et le contrôle des maladies infectieuses. La sécurité sanitaire n'a jamais été aussi forte, basée sur l'évolution des connaissances scientifiques et les moyens de surveillance sur toute la chaîne alimentaire. Pourtant, les aliments ne sont pas toujours perçus comme sûrs par les populations (Apfelbaum, 1998). Cette surveillance épidémiologique a contribué à la mise à disposition des professionnels et du grand public d'une masse d'informations sur les risques infectieux alimentaires et l'incidence des maladies. Cependant, « *le rythme de développement des connaissances et la part d'ombre qui l'accompagne contribuent à accroître le sentiment d'insécurité* » (Poulain, 2013, p.81).⁶⁸ Pour cet auteur, cette combinaison croissante de précautions d'hygiène et de contrôles alimentaires pour réduire les intoxications alimentaires est une preuve en soi pour certains consommateurs qu'un risque existe. Simona De Iulio fait le constat que « *les discours médiatiques jouent un rôle prépondérant non seulement dans la perception, mais aussi dans la construction sociale des risques et notamment des risques liés à l'alimentation* » (2011, p.144).⁶⁹ Mais comme le souligne Claude Fischler (1993a), les médias ne véhiculent-ils pas surtout des points de vue médicaux ?

Les préceptes des professionnels de santé, devenus de puissants prescripteurs alimentaires, demeurent largement diffusés dans le champ social (Brunel, 2010). Ils puisent leur force quand ils sont tournés vers la moralisation (Fischler, 1993a). Claude Fischler décrit le *bon gouvernement alimentaire du corps*. Pour le mangeur moderne, qui est confronté à « *un foisonnement de discours contradictoires sur le mode du "il faut"* » (Poulain, 2013, p.53)⁷⁰, la nourriture demeure une source de relative anxiété (Fischler, 1979). Celle-ci porte sur la qualité des aliments et la nécessité d'une alimentation équilibrée. En effet, « *la sur-information diétético-médicale, et ses contradictions, n'ont abouti qu'à une confusion plus grande sur les risques présumés encourus par les mangeurs* » (Pynson, 1993, p.75).⁷¹ Plusieurs auteurs soulignent que le risque alimentaire est traditionnellement perçu parmi les plus dangereux par les populations profanes comparées aux populations expertes (Labrot, 2000), leur perception étant soumise à l'influence de facteurs sociaux (Poulain, 2013). La préoccupation serait plus forte pour les femmes que pour les hommes (Rozin, 1998).

Cette évolution grandissante des connaissances a permis de repérer les populations à risque et de développer des politiques d'information à destination de ces populations plus vulnérables (Poulain, 2013), comme les femmes enceintes. Pendant la grossesse, certains aliments présentent un caractère dangereux. Comme le précise Marian Apfelbaum, médecin et chercheur nutritionniste, le risque qui est acceptable socialement est celui d'un risque nul, ce qui est d'autant plus valable pour les femmes enceintes (1998). Les futures mères seront ainsi amenées à choisir avec soin leurs aliments en fonction des effets supposés sur le fœtus (Jacques, 2004). La notion d'interdit présente dans les discours profane et scientifique se voit suppléée par celle du risque : « *Les choix et les interdits alimentaires se font d'abord par rapport à des informations d'ordre médical sur le risque de certaines maladies : plus particulièrement la toxoplasmose et la listériose.* » (2004, p.24)⁷² Ces deux infections sont particulièrement redoutées pendant la grossesse du fait de conséquences sur l'évolution de la grossesse mais également sur l'enfant à court, moyen ou long terme. Le professionnel de santé a « *une*

⁶⁸ Poulain, J.-P. (2013). *Sociologies de l'alimentation. Les mangeurs et l'espace social alimentaire* (3^e éd.). PUF.

⁶⁹ De Iulio, S. (2011). De la peur de manquer aux dangers de l'obésité : les discours publicitaires et la construction sociale des risques alimentaires. *Le Temps des médias*, 2(17), 143-163.

⁷⁰ Op. cit.

⁷¹ Pynson, P. (1993). Mangeurs fin de siècle. Dans F. Piault. (dir.), *Le Mangeur : menus, mots et maux* (pp. 69-78). Série Mutations/ Mangeurs N°138. Éditions Autrement.

⁷² Jacques, B. (2004). Le festin du fœtus : interdits alimentaires et rituels de protection pendant la grossesse. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, (333), pp. 22-24.

obligation de fournir à la femme enceinte une information générale sur l'hygiène de vie et le comportement alimentaire pendant cette période » (Manai, 2010, p.73).⁷³

Des changements de comportements alimentaires, en prévention des risques infectieux alimentaires doivent s'opérer et font ainsi l'objet de prescriptions déclinées sous forme de recommandations médicales donnant lieu à une information délivrée au sein des consultations. Cela implique une bonne compréhension et appropriation de ces précautions par les femmes enceintes et nécessairement pour cela une communication adaptée. Comme le précise Fabrice Cahen, « *la grossesse se déroule selon un savant mélange de contraintes extérieures et d'autocontrôle* » (2014).⁷⁴ Dans son article de 2004, Béatrice Jacques estime que « *les femmes semblent être plutôt bien informées sur ces différents dangers. Elles évitent la consommation d'aliments susceptibles d'être porteurs, mais surtout elles multiplient les précautions concernant la préparation des aliments* » (p.24).⁷⁵ Toutefois, les connaissances sur les risques infectieux alimentaires sont évolutives, comme le montrent les découvertes récentes de nouveaux facteurs de contamination vis-à-vis de la listériose. Comme le soulignent certains auteurs, cette évolutivité peut contribuer à des lacunes dans les connaissances des professionnels sur la salubrité des aliments et la conformité des femmes à l'égard des recommandations en vigueur n'est peut-être pas stricte (Cook et al., 2018). Dans ce cadre, la formation et l'éducation fondées sur des données probantes actualisées se doivent d'être renforcées pour les professionnels de la santé et pour les patientes.

⁷³ Manai, D. (2010). Le suivi de la grossesse : de l'encadrement légal des analyses prénatales à la responsabilité médicale pour information incomplète. Dans D. Manai, C. Buront-Jeangros & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 71-99). Stämpfli Editions/Bruylant.

⁷⁴ Cahen, F. (2014). Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970). *Revue d'histoire de la protection sociale*, 7(1), 34-57.

⁷⁵ Jacques, B. (2004). Le festin du fœtus : interdits alimentaires et rituels de protection pendant la grossesse. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, (333), pp. 22-24.

1.3. Une problématique de santé publique

Les questionnements sur l'influence de l'alimentation pendant la grossesse sur le développement du fœtus débutent très tôt, abordés sous l'angle de la malnutrition et de l'hygiène alimentaire. Puis les travaux épidémiologiques vont pointer au fil du temps des liens entre certaines pratiques alimentaires et le développement de pathologies sur le long terme : « *L'alimentation, pratique nécessaire, quotidienne et récurrente tout au long de la vie joue un rôle clé dans le maintien de la bonne santé et la prévention des maladies.* » (INRA, 2012, p.27)⁷⁶ Pendant cette période de développement du fœtus, elles peuvent impacter la santé à court mais aussi à long terme des enfants. La conduite alimentaire pendant la grossesse peut alors s'envisager en fonction de leurs habitudes comme une prise de risques et peut devenir une préoccupation pour les femmes enceintes. Afin d'assurer le bon développement de la grossesse, un suivi médical et un accompagnement des femmes enceintes en matière d'alimentation doit se mettre en place précocement. Cela conduit différentes instances internationales ou nationales à rappeler l'importance de l'alimentation pendant la grossesse et accentuer leurs programmes de santé publique sur cette thématique. Elles s'appuient sur des stratégies info-communicationnelles à caractère prescriptif visant, au-delà de l'information, un changement des pratiques alimentaires des femmes au cours de leur grossesse.

1.3.1. Le rôle de l'alimentation-grossesse dans le *Capital Santé*

Largement répandu de nos jours, le lien entre alimentation et santé est ancien comme le montre la citation d'Hippocrate, médecin grec de l'Antiquité, V^e siècle avant JC, « *que ton alimentation soit ta première médecine* ». Ce lien a été largement mis en avant dans les ouvrages médicaux : « *L'histoire de la médecine, de tous les temps, nous apprend que l'alimentation et le régime ont été pendant longtemps les moyens les plus puissants pour la conservation de la santé.* » (Rouget, 1865, p.7)⁷⁷ Cet adage a encore plus de portée pendant la grossesse. Le rôle clé de l'alimentation-grossesse pour la femme et son futur enfant est connu depuis longtemps et s'est traduit par un intérêt croissant menant au développement de nombreuses recherches sur le sujet.

La période de la grossesse est notamment cruciale pour prévenir la santé des futurs enfants tout au long de leur vie. En 1948, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) estime que « *les enfants d'aujourd'hui représentent tout l'avenir de l'humanité et que l'hygiène de la maternité et de l'enfance pose un problème d'importance capitale* ». La première Assemblée Mondiale de la Santé, sous l'égide de l'OMS, « *recommande aux Gouvernements, compte tenu des conditions des circonstances locales, du mode de vie et des coutumes de chaque peuple, de prendre toutes les mesures législatives, sociales, sanitaires et autres, qui pourront être nécessaires afin de pourvoir tant à la protection de la santé des mères avant, pendant et après l'accouchement qu'au bien-être et à l'éducation des enfants* ».⁷⁸ L'alimentation-grossesse devient l'une des priorités pour favoriser la santé des femmes et l'une des missions des professionnels de périnatalité. Dans ce même rapport, cette assemblée souhaite que

⁷⁶ Institut national de la recherche agronomique. (2012). *Comportements alimentaires*. Éditions Quæ. (L'INRA est devenu INRAE, Institut national de la recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement, en 2020)

⁷⁷ Rouget, F. (1865). *Hygiène alimentaire, traité des aliments, leurs qualités et effets, le choix que l'on doit en faire selon l'âge, le tempérament, la profession, la saison et l'état de convalescence*. Source gallica.bnf.fr / BnF.

⁷⁸ Organisation mondiale de la santé. (1948). *Première Assemblée Mondiale de la Santé. Rapport du Groupe de travail à la Commission du Programme*. Hygiène de la maternité et de l'enfance (Actes officiels OMS, 10, pages 7-8).

l'alimentation soit encadrée par des professionnels de santé. Elle recommande notamment « *d'avoir accès aux consultations de médecins compétents en matière d'hygiène de la grossesse et de l'alimentation* ».

Dès 1965, l'OMS reconnaît que la nutrition des femmes enceintes et allaitantes est un point de départ essentiel des mesures de santé publique : « *Si l'on voulait énoncer le plus important objectif d'une politique de la nutrition, il faudrait probablement dire qu'il est de protéger la santé et la croissance des enfants depuis la conception jusqu'à l'âge adulte.* » (p.45)⁷⁹ En effet, dans un premier temps, le corps médical a pris connaissance des conséquences médicales (malformations, fausse couche, retard de croissance, prématurité, etc.) d'une malnutrition ou d'une consommation inadaptée, notamment avec les risques infectieux, sur le fœtus. Plus récemment, dans les années 1980, des liens ont été mis en évidence entre l'alimentation pendant la grossesse et l'apparition de maladies chroniques à l'âge adulte. Le « Capital Santé » de chaque individu est ainsi influencé par son environnement lors de la vie fœtale puis de la petite enfance. L'état nutritionnel des femmes au moment de la conception et pendant la grossesse peut avoir une influence majeure sur la santé du fœtus, du nourrisson et de la mère, comme le souligne l'OMS : « *L'éducation et le conseil nutritionnels ont pour but d'améliorer les pratiques en matière de nutrition avant et pendant la grossesse afin d'améliorer l'état nutritionnel de la mère et de réduire le risque de problèmes de santé aussi bien chez la mère que chez l'enfant.* » (Dartnton-Hill, 2013)⁸⁰ Dans les années 1990, les études montraient que « *les enfants qui ont un poids de naissance satisfaisant, sont plus capables de se défendre contre les maladies infectieuses, auront un meilleur potentiel de croissance, des taux de mortalité et de morbidité périnatales plus faibles et des risques cardio-vasculaires diminués à l'âge adulte* » (Rolland-Cachera, 1996, p.99).⁸¹

La santé de la femme enceinte se voit alors, au-delà des préceptes médicaux, progressivement encadrée par une protection législative, médicale et sociale. Malgré cette médicalisation du suivi, la formule « la grossesse n'est pas une maladie » est fréquemment rappelée aux femmes enceintes. Toutefois, elles doivent adopter de nouveaux comportements alimentaires pour préserver la santé de leur enfant, les choix alimentaires préexistants à la grossesse étant potentiellement inadaptés et porteurs de danger. Cette approche positive de la grossesse semble en contradiction avec les conseils prescriptifs à respecter et fait écho aux devoirs des femmes enceintes imposés dans le discours médical au XVIII^e siècle qui incitait à « *considérer la grossesse comme une maladie, qui exige une extrême prudence et une hygiène appropriée* » (Knibiehler & Fouquet, 1980, p.150).⁸²

Les pratiques des professionnels intervenant auprès de femmes enceintes sont des partenaires de la « santé publique ». Derek Wanless définit cette notion comme « *la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé grâce aux efforts organisés et aux choix éclairés de la société, des organisations, publiques et privées, des communautés et des individus* [traduction libre] » (2004, p.3).⁸³ Orientée dans un premier temps vers une réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile et le contrôle des maladies

⁷⁹ Organisation mondiale de la santé. (1965). *La nutrition pendant la grossesse et l'allaitement. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS*. Série de Rapports techniques N°302.

⁸⁰ Dartnton-Hill, I. (2013). *Conseil nutritionnel pendant la grossesse. Justification du point de vue biologique, comportemental et contextuel*. Organisation mondiale de la santé.

⁸¹ Rolland-Cachera, M.-F. (1996). Les besoins métaboliques et leurs variations physiologiques. Dans J.-F. Desjeux & S. Hercberg (dirs.), *La nutrition humaine. La recherche au service de la santé* (pp. 99-123). Dossiers documentaires. Inserm. Nathan.

⁸² Knibiehler, Y., & Fouquet, C. (1980). *L'histoire des mères du moyen âge à nos jours*. Éditions Montalba.

⁸³ Wanless, D. (2004). *Securing good health for the whole population: Final report*. HMSO.

contagieuses, l'accent s'est progressivement porté vers la prévention des maladies liées aux habitudes de vie (alimentation, tabagisme, etc.). Les études épidémiologiques portant sur l'origine développementale de la santé et de la maladie (DOHaD) ont constitué une pierre angulaire dans la compréhension du rôle central de la nutrition (Bowden & Manning, 2017). Au travers de mécanismes épigénétiques (modifications de l'expression des gènes sans altération de l'ADN), les comportements de la future mère, notamment alimentaires, jouent un rôle dans la prévalence ultérieure de certaines maladies (métaboliques, cancers, etc.) chez l'enfant. Ces modifications épigénétiques peuvent également dans certains cas être transmises sur plusieurs générations et entraîner une susceptibilité accrue au développement de ces maladies chez les descendants. Les professionnels de santé occupent un rôle capital pour accompagner la femme enceinte à mettre en œuvre des changements positifs dans les habitudes de vie pour elle et son enfant, mais également sa famille. La Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) en a fait un nouveau domaine d'intervention.

Ces périodes critiques du développement de l'enfant ont conduit à l'élaboration du « concept des 1000 premiers jours de la vie », de la conception aux deux ans de l'enfant. Celui-ci met l'accent sur l'importance de la grossesse, comme étape clé de promotion de la santé maternelle mais également de l'enfant. La grossesse, et tout particulièrement le 1^{er} trimestre, est considérée comme une fenêtre d'opportunité pour prévenir de nombreuses maladies et complications (Poon et al., FIGO, 2018). Comme le titre la revue « Gynécologie, Obstétrique Fertilité & Sénologie » de février 2021 dans son éditorial, la ligne directrice est posée « Les 1000 premiers jours du développement des êtres humains comme priorité de l'action publique en France ». Pour le ministère des Solidarités et de la Santé, cette période des « 1000 jours » représente une fenêtre de sensibilité notamment vis-à-vis de l'environnement nutritionnel et doit être un axe de prévention majeur. *Accompagner les femmes avant, pendant et après leur grossesse* demeure un objectif à part entière du Programme National Nutrition Santé 4 (2019-2023).

Si dans tous les domaines de santé, une approche de santé publique est instaurée, certains vont nécessiter une approche plus ciblée, nécessitant comme le précise la FIGO l'élaboration de lignes directrices et de recommandations de pratique clinique. L'action qui sera portée sur ces facteurs d'environnement pour concourir à améliorer la santé de la mère et de son enfant participe à la promotion de la santé (Delvoye, 2009a). L'accumulation de connaissances par la communauté médicale et scientifique se répercute aussi auprès du grand public en conduisant à des recommandations nutritionnelles et des conseils sur les comportements protecteurs, sous l'angle d'une médecine préventive. Au travers de politiques publiques basées sur un objectif commun d'amélioration de la santé, celles-ci sont relayées par les acteurs institutionnels et les professionnels de santé.

Les informations de santé sont au cœur de la promotion de la santé et la population reçoit une quantité conséquente de messages de prévention qui circulent de façon large dans l'environnement médiatique et social.

L'information peut apporter d'énormes avantages. C'est l'élément vital d'une bonne santé et du bien-être, et il est essentiel à des soins de bonne qualité. Il nous permet de comprendre comment améliorer notre propre santé et la santé de notre famille, de connaître nos choix en matière de soins et de traitement et d'évaluer par nous-mêmes la qualité des services et du soutien disponible. [traduction libre] (DoH, 2012, p.4)⁸⁴

⁸⁴ Department of Health. (2012). *The power of information: Putting all of us in control of the health and care information we need*. DoH.

Même si souvent la sensibilisation ne permet pas à elle seule d'induire un changement de comportement à long terme en matière de santé, cette montée en puissance des thématiques de santé dans la sphère médiatique peut contribuer à une sensibilisation généralisée de la population.

En ce qui concerne l'alimentation, au-delà d'une préoccupation individuelle, c'est devenu un véritable sujet de société comme en témoigne la montée de la médiatisation sur la thématique de la nutrition observée depuis la mise en place du Programme National Nutrition Santé (PNNS) en 2001. La diffusion massive des messages nutritionnels dans les médias, par les médecins puis via le PNNS a permis à une majorité de Français de comprendre le lien entre leur alimentation et leur état de santé. Celle-ci s'est intensifiée avec la diffusion des messages du PNNS dès 2007 dans les publicités de l'industrie agro-alimentaire (Hébel, 2010). Une large partie de ce que nous consommons renvoie à un message de santé. Toutes les populations sont concernées et les femmes enceintes ne font pas exception et sont intégrées dans les priorités du PNNS⁸⁵. L'alimentation-grossesse fait l'objet de messages de prévention prescriptifs concernant ce qu'il convient de manger pendant la grossesse, notamment sur les risques liés à l'alcool et aux maladies pouvant être transmises par l'alimentation.

1.3.2. La grossesse, période propice aux changements alimentaires

La grossesse avec ses remaniements psychiques et corporels confronte la femme enceinte à ce que Pascal et al. nomment une expérience de passivité : « *L'évènement de la grossesse semble pensé comme une perte de contrôle de son corps, qui évolue sans possibilité de maîtrise.* » (2011, p.144)⁸⁶ Ces bouleversements physiologiques subis créant une ambivalence, avec son désir conscient de donner la vie, nécessitent un temps de compréhension et d'appropriation. Une certaine fragilité psychique consécutive à ces bouleversements demeure susceptible de constituer une porte d'entrée à diverses inquiétudes, selon ces auteurs. Dès le projet d'enfant, les femmes deviennent ainsi souvent plus sensibles à leur santé. Éviter les aliments inappropriés a été décrit comme hautement prioritaire par les femmes, les poussant à « *une sorte d'instinct de protection du fœtus* » (Jacques, 2004).⁸⁷ Adopter des comportements de santé favorables représente alors pour les femmes un pouvoir de maîtrise sur leur corps et sur leur propre santé et celle de leur enfant. Elles peuvent participer activement au bon développement de leur bébé.

Dans la vie des femmes, la grossesse et l'arrivée d'un enfant sont des étapes ayant un effet positif sur la qualité de l'alimentation au sein du foyer (Roos et al., 1998 ; Lake et al., 2004). La grossesse est considérée comme une réelle opportunité de promouvoir des comportements sains, les femmes sont généralement motivées pour donner à leurs futurs enfants le meilleur départ dans la vie. Les comportements de santé mis en œuvre pendant la grossesse exercent d'ailleurs une influence durable, non seulement sur la propre santé de la femme, mais également sur celle de ses enfants. Edvardsson et al., dans leur étude, montrent que les parents étaient très réceptifs aux messages de santé concernant l'effet de leur mode de vie sur la santé fœtale (2011). Dès que les femmes se savent enceintes, et avant le premier contact avec un professionnel de

⁸⁵ Pour en savoir plus: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>

⁸⁶ Pascal, C., Spiess, M., & Thévenot, A. (2011). Expérience de passivité et affects d'angoisse dans le temps de la grossesse. *Dialogue*, 192(2), 137-148.

⁸⁷ Jacques, B. (2004). Le festin du fœtus : interdits alimentaires et rituels de protection pendant la grossesse. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, (333), pp. 22-24.

périnatalité, la plupart ont instantanément apporté des changements de mode de vie pour protéger la santé de leur enfant in utero. Plus le risque perçu pour le fœtus est élevé, plus le changement est facile pour les femmes interrogées, selon ces auteurs. Leurs représentations du risque alimentaire se modifient ainsi probablement pendant cette période. La représentation serait pour certains auteurs une forme de savoir (Metzger, 2004 [rééd. 2016]).

Selon Hubin-Gayte et Squires, un grand nombre de femmes se préoccupent de leur santé et modifient leur comportement alimentaire notamment vis à vis de la toxoplasmose (2012). Mais tous les risques ne sont pas perçus de la même manière d'une « communauté » à l'autre (Kouabenan, 2002), ce qui peut être le cas entre des femmes enceintes de leur premier enfant et les femmes ayant d'autres enfants, ni à l'intérieur d'une même « communauté ». La question du risque renvoie à un imaginaire social et des modèles culturels de représentations (Gardère & D'Almeida, 2014). D'autres facteurs influencent probablement ce changement nutritionnel. La manière dont les consommateurs composent avec les risques alimentaires dépend de leur perception « *des probabilités d'occurrence et des dommages encourus* », celle-ci est alimentée par de l'information, recherchée parfois activement (Etiévant et al., INRA, 2010).

Du discours d'injonction au discours informatif, tous les messages de prévention qui sont diffusés sont destinés à un public supposé rationnel (Gardère & D'Almeida, 2014). Cela impliquerait que les choix alimentaires inadaptés ne seraient le résultat que d'un manque d'informations claires et qu'il suffirait d'améliorer le niveau des connaissances des patientes pour déclencher des comportements protecteurs. Pourtant la perception du risque est individuelle et varie potentiellement selon diverses interactions socioculturelles. Comme le rappelle Simona De Iulio, « *les approches sociologiques et anthropologiques de l'étude du risque ont mis en évidence que la notion de risque est toujours liée aux contextes sociaux et culturels dans lesquels elle est produite* » (2011, p.143).⁸⁸ La perception est également sensible à une variété de facteurs psychologiques. Si celle-ci est exagérée, cela peut amener à un comportement excessif de protection ; à l'inverse, si la perception du risque est sous-estimée, cela peut conduire à une prise de risques. « *Dans le cas de l'allaitement comme dans celui de la diversification alimentaire, c'est chez les mères les plus diplômées qu'on recueille les discours les plus conformes aux prescriptions qu'elles ont reçues* » (Etiévant et al., INRA, 2010). Caroline Desprès précise que « *l'hygiène de vie peut devenir une morale sociale* » et évoque « *un devoir à la santé* ». Les normes sociales vont aussi peser sur leurs conduites et leurs choix (2010, p.142).⁸⁹ Pour changer les comportements alimentaires, il est nécessaire d'appréhender et de prendre en compte également leur environnement au sens large.

1.3.3. Les politiques et les messages de prévention

C'est au XIX^e siècle que le terme de prévention a pris le sens, en « langage de santé publique » de comportement préventif, qualifiant ainsi l'activité permettant d'éviter de contracter une maladie ou de réduire son risque d'apparition (Lecorps & Paturet, 1999). Dans ses réflexions sur le capital humain intégrant les éléments acquis et les éléments innés, Michel Foucault évoque pour un individu donné « *les probabilités de contracter tel ou tel type de maladie à un âge donné, pendant une période de sa vie donnée, ou d'une façon tout à fait quelconque à n'importe quel moment de sa vie* » et pose donc la notion de risque (2004,

⁸⁸ De Iulio, S. (2011). De la peur de manquer aux dangers de l'obésité : les discours publicitaires et la construction sociale des risques alimentaires. *Le Temps des médias*, 2(17), 143-163.

⁸⁹ Desprès, C. (2010). 9. Les femmes enceintes face aux incertitudes de la grossesse. Dans D. Carricaburu, M. Castra & P. Cohen (dirs.), *Risque et pratiques médicales* (pp. 139-154). Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

p.234).⁹⁰ La santé est perçue ainsi comme un objectif à atteindre ou à maintenir par la lutte contre les facteurs de risque. La gestion des risques est le fondement de la prévention qui vise à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou accidents et « *qui fait explicitement référence aux savoirs du modèle biomédical* » (2000, p.199).⁹¹ Les politiques de prévention se fondent sur « *des bases scientifiques, mais il n'y a pas de science abstraite, il n'y a pas de science sans inscription dans une culture, dans un monde, dans des finalités croisées, dont la question du pouvoir exercé sur la population ne peut être absente* » (Lecorps & Paturet, 1999, p.36).⁹²

Le biopouvoir s'y attelle par une politique globale de santé : « *action positive de développement des facteurs, ce sera la promotion de la santé ; action positive de diminution ou de suppression des facteurs de risque, ce sera la prévention* » (Golse, 2001).⁹³ On parlera par la suite de « capital santé » à préserver, avec la prescription de « bonnes conduites » (Lecorps & Paturet, 1999). Les messages de prévention qui en découlent visent à « *favoriser le maintien d'un comportement dit "normal" ou (à terme) de modifier un comportement dit "à risque"* » (Romeyer & Moktefi, 2013).⁹⁴

La communication est l'un des axes participant à la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation pour la santé des personnes, des communautés et de façon plus large de la population. Comme le soulignent Bowden & Manning, « *la communication de l'information sur la santé peut être un processus complexe qui implique l'information elle-même, les messages de santé contenus, les caractéristiques du communicateur et la personne qui reçoit l'information et l'environnement dans lequel la communication a lieu* » (2017, p.94).⁹⁵ À la différence du discours médical personnalisé lors du colloque singulier, la communication médicale de masse présente un message informatif volontairement généraliste.

Au sein des agences sanitaires, des experts évaluent scientifiquement les risques alimentaires et « *tentent de comprendre la perception plus ou moins rationnelle des consommateurs afin de gérer et de communiquer sur le risque* » (Poulain, 2016).⁹⁶ Afin de sécuriser les informations délivrées par les professionnels et reçues par les femmes, les instances ont diffusé différents guides à destination des professionnels et des femmes enceintes, mis à jour régulièrement, en se basant sur les recommandations des agences sanitaires de sécurité sanitaire des aliments ; actuellement il s'agit de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail (Anses). Ces guides donnent aux professionnels de santé les lignes directrices du dialogue à mettre en place en consultation. Ils leur précisent les instances à consulter pour obtenir davantage d'informations.

Pour Emmanuelle Galactéros, gynécologue-obstétricienne et psychiatre, la communication constitue l'une des fonctions fondamentales de l'organisme qu'il ne faut pas négliger : « *s'il est un domaine où "nous ne pouvons pas ne pas communiquer" c'est bien celui de l'obstétrique.* »

⁹⁰ Foucault, M. (2004). Leçon du 14 mars 1979. *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*. Hautes études. Éditions du Seuil.

⁹¹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DATAR, CREDES. (2000). *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*. La documentation française.

⁹² Lecorps, P., & Paturet, J.-B. (1999). *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*. Éditions ENSP.

⁹³ Golse, A. (2001). De la médecine de la maladie à la médecine de la santé. Dans P. Artières & E. Da Silva (dirs.), *Michel Foucault et la médecine. Lectures et usages*. Éditions Kimé. [Emplacement 5726/6837]

⁹⁴ Romeyer, H., & Moktefi, A. (2013). Pour une approche interdisciplinaire de la prévention. *Communication & langages*, 176 (2), 33-47.

⁹⁵ Bowden J., & Manning V. (2017). *Health promotion in midwifery. Principles and practice*. Third Edition. CRC Press.

⁹⁶ Poulain, J.-P. (22 novembre 2016) *De la perception des risques à la prise en compte des inquiétudes alimentaires*. Première analyse des résultats de l'étude « Inquiétudes » [Colloque OCHA-Université de Toulouse-CREDOC].

(1985, p.85)⁹⁷ Un guide destiné aux professionnels de santé *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* a été publié par la Haute autorité de santé (HAS) en avril 2005 pour permettre aux professionnels de « *bien informer la femme enceinte et le couple afin de les aider à prendre des décisions dans le cadre du suivi de la grossesse et de la naissance* ». Ce guide s'est appuyé sur les recommandations du *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) et complété par une recherche de la littérature et selon une méthodologie rigoureuse. Comme rappelé dans ce guide, les femmes enceintes font partie des personnes plus vulnérables aux infections, notamment les risques infectieux alimentaires (p.14) : « *Des mesures doivent être conseillées aux femmes enceintes pour éviter les risques infectieux liés à l'alimentation comme la toxoplasmose, la salmonellose, la listériose (approuvées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France en 1996)* ». Ce document de la HAS précise que les informations concernant les risques infectieux alimentaires, en particulier la prévention de la listériose et de la toxoplasmose, doivent être données aux femmes en se reportant aux informations de l'Institut de veille sanitaire (www.invs.sante.fr). Ce guide préconise notamment de délivrer une information orale fondée sur les données scientifiques actuelles et de la compléter dans la mesure du possible avec des documents écrits fiables et de proposer si nécessaire, notamment en début de grossesse, une consultation supplémentaire lorsque le volume et/ou la nature de l'information à donner le requièrent. L'un des objectifs cités sera également de « *tenir compte du mode de vie et de la situation psycho-sociale de la femme ou du couple pour l'informer sur les risques infectieux alimentaires et les conseils d'hygiène et de nutrition* ». Dans le cadre du PNNS, un livret d'accompagnement à l'intention des professionnels de santé *Le guide nutrition pendant et après la grossesse* a également été édité en 2007. Toutes les questions relatives à l'hygiène de ce guide ont été validées par l'Afssa (Agence française de sécurité sanitaire des aliments), notamment la partie « La prévention des risques microbiens et parasitaires ».

À cette information orale médicale, s'ajoutent d'autres guides institutionnels, utilisés comme supports, destinés aux femmes enceintes. Divers conseils sont mis en avant par la HAS qui préconise également de se référer au guide « Manger-Bouger » du Programme national Nutrition santé (PNNS), destiné aux femmes enceintes, *La nutrition avant et pendant la grossesse*. Une partie portant sur la prévention des infections décline les conseils sur les risques infectieux alimentaires (pp.26-29).

Les femmes enceintes modifiant leurs pratiques alimentaires particulièrement pour prévenir les risques infectieux alimentaires souhaitent bénéficier de conseils personnalisés (Lambert, 2016). Pour accompagner ce changement, les femmes enceintes effectuent des recherches personnelles sur l'alimentation parfois très tôt dans la grossesse (Nouira et al., 2015). Mais ce qui peut apparaître comme une étape « normale » dans la vie d'une femme, se trouve potentiellement complexifié par la multitude de sources d'informations, souvent contradictoires. Les professionnels jouent un rôle central dans la communication des messages de santé publique à l'attention des femmes enceintes. Mais, discuter de l'alimentation et du poids avec les femmes enceintes demeurent des sujets sensibles (Bowden & Manning, 2017).

⁹⁷ Galactéros, E. (1985). Nous ne pouvons pas ne pas communiquer. Dans G. Levy & M. Tournaire (CNGOF), *Environnement de la naissance* (pp. 85-123). Diffusion VIGOT.

CHAPITRE 2.

De la communication publique à la construction des savoirs

Devant l'abondance de l'offre alimentaire des pays industrialisés, les hommes ont besoin d'apprendre à faire les bons choix (Apfelbaum, 1994). Ils apprennent à partir d'un savoir collectif élaboré au fil des générations dans un domaine où le langage scientifique est devenu dominant. En matière de nutrition et de santé, la science et la médecine ont étendu leur champ de compétence et intensifié leur légitimité (Fischler, 1994). Pour Ulrich Beck, la vision médicale des *choses* s'objectivise avec l'apparition de chiffres et de normes de protection de l'environnement, des habitudes alimentaires médicalement « évaluées » et dans laquelle « *on fait d'une réalité marquée et façonnée par la médecine la condition préalable de la pensée et de l'action* » (2008, p.449).⁹⁸

Toutefois, Marian Apfelbaum évoque une « pléthore de prescriptions savantes » alimentaires, imposant un choix mais le rendant complexe à faire. « *Une cacophonie de conseils, prescriptions, mises en garde et sollicitations nous met constamment en demeure de le faire* », comme le souligne Claude Fischler (1994, p.18).⁹⁹ L'internet a également mis l'information sur la santé à la disposition de tous, des professionnels de santé et de la population, et a été à l'origine de débats sur la qualité de l'information et sur son accès inégalitaire. Si les patients étaient autrefois maintenus dans l'ignorance, ils sont de nos jours considérés en tant que « patient actif » : « *on exige un "pacte de travail" dans lequel le patient est promu au rang de "comédecin"* » (Beck, 2008, p.438).¹⁰⁰

Les politiques de santé se sont largement concentrées sur la nécessité de produire des changements dans les comportements individuels, en axant sur des modes de vie sains et en engageant des campagnes de masse d'information et d'éducation pour la santé. L'alimentation a été l'une des cibles de ces campagnes. Pendant la grossesse, les risques qu'une alimentation inadaptée au quotidien peut faire courir à la santé du fœtus sont un puissant moteur de la médicalisation de l'alimentation qui fait l'objet d'une large communication de santé publique.

⁹⁸ Beck, U. (2008). *La société du risque. Sur la voie de la modernité*. Éditions Flammarion.

⁹⁹ Fischler, C. (1994). Éditorial : Magie, charmes et aliments. Dans C. Fischler (dir.), *Manger magique. Aliments sorciers, croyances comestibles* (pp. 10-18). Série Mutations/ Mangeurs N°149. Éditions Autrement.

¹⁰⁰ Op cit.

La promotion de la santé inclut différentes approches qui se combinent pour améliorer la santé en s'appuyant sur la participation de la population. Dans cette période des 1000 premiers jours, les femmes enceintes et les futurs parents sont davantage réceptifs aux messages de prévention et s'informent sur la grossesse et la parentalité via différentes sources (médicales, sociales, médiatiques). Que l'on considère la communication interpersonnelle ou de masse, « *communiquer implique aussi un échange d'informations, ce qui devrait logiquement avoir pour conséquence un enrichissement des savoirs* » (Bontemps et al., 1998, p.12).¹⁰¹

La femme enceinte est ainsi entourée d'une diversité d'informations qui circulent dans la sphère privée et dans les médias et se transforment en connaissances et contribuent à son savoir. Ce savoir profane se construirait, au-delà du simple cadre de la consultation et pourrait alors se confronter au savoir médical lors des consultations de grossesse.

L'accès aux savoirs peut se mettre en œuvre dans différents contextes (institutionnels et organisationnels, socio-culturels divers et dans le cadre d'activités variées) et selon des modalités diverses : « *par la réception et l'interprétation d'un discours construit, par l'utilisation d'un service ou d'un dispositif d'accès à l'information, au savoir ou à la culture, bases de données, bibliothèques, musées, etc.), par la mise en œuvre et l'usage d'un outil socio-technique (logiciels informatiques, discours méthodologiques, etc.), par l'immersion dans un environnement artificiel ou réel (simulation ou observation par exemple), etc.* » (Metzger, 2004 [rééd. 2016], p.12).

Dans ce deuxième chapitre, nous montrerons que l'alimentation-grossesse se situe au centre de nombreux dispositifs info-communicationnels et info-pédagogiques et expliquerons la place accordée aux risques infectieux alimentaires.

¹⁰¹ Bontemps, R., Cherbonnier, A., & Mouchet, P. (1998). *Communication et promotion de la santé. Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques*. asbl Question santé.

2.1. Un thème central de communication publique

Depuis le XVIII^e siècle, la santé constitue une préoccupation de l'ensemble des pouvoirs publics. La santé publique a été guidée par la révolution pasteurienne et la prévention a contribué largement aux progrès marquants de l'histoire de la santé, notamment par le biais de mesures imposées aux populations (Peretti-Watel & Moatti, 2009). La gestion des épidémies a ainsi conduit à une gestion des risques basée sur la prévention, voire sur le « principe de précaution » puisque la prévention en est l'un des instruments (Godard, 1999).¹⁰² Peretti-Watel et Moatti précisent que le risque a façonné la prévention en lui forgeant de nouveaux outils, « *les enquêtes épidémiologiques ont permis d'identifier les risques induits par les conduites individuelles* » (p.15) et de nouveaux objectifs, « *prévenir, c'est diminuer un certain nombre de risques* », notamment les conduites à risques (2009, p.7).¹⁰³

Pour Denis Réquillart, « *en prenant sa place dans les débats et l'organisation de l'action publique, la santé publique participe à l'installation d'un nouveau management* » (2001, p.3).¹⁰⁴ En effet, basé sur un modèle traditionnel fondé sur la clinique et le colloque singulier soignant/soigné, le management s'est diversifié et s'est orienté vers une logique des nombres (épidémiologie) et des masses (communication par exemple). De nos jours, la prévention, avec pour ambition de nous aider à vivre mieux et plus longtemps, « *est devenue une notion centrale de notre société, un élément incontournable des politiques publiques, des discours officiels...* » (Peretti-Watel & Moatti, 2009, p.7).¹⁰⁵ La prévention se traduit notamment en « campagnes » et recourt à des « stratégies » pour atteindre des « populations cibles » (Bontemps, 1998, p.11).¹⁰⁶

Parmi les stratégies utilisées pour promouvoir la santé, les moyens de communication à disposition sont largement utilisés par les agences et organismes gouvernementaux, les agences internationales et les organismes à but non lucratif (Renaud & Rico de Sotelo, 2007). Mais la communication en santé et tout particulièrement dans le domaine de la prévention et promotion de la santé reste d'une grande complexité.

Par l'intermédiaire d'une multiplicité de dispositifs, des savoirs sur la santé sont produits, diffusés et mis en circulation. Ces mécanismes de circulation peuvent être modélisés en reprenant l'une des théories défendues par Daniel Jacobi qui introduit la notion de « socio-diffusion ». Selon lui, « *il existe bien, au sein du champ scientifique, un continuum des pratiques de socio-diffusion de la connaissance* » (1986, p.9).¹⁰⁷ Ainsi, par cette théorie, dès sa production, le savoir est communiqué à la société par de nombreux acteurs (scientifiques, institutions, vulgarisateurs, etc.) (Al Dahdah & Quet, 2010). Pour ces auteurs, cette notion de continuum montre qu'il faut considérer l'espace de communication comme un espace « *au sein duquel il est toutefois possible de concevoir une continuité des discours* » (2010, p.165).¹⁰⁸ Il

¹⁰² Olivier Godard évoque Michel Setbon, spécialiste reconnu de santé publique et défenseur d'une approche scientifique de la prévention, et reprend cette formulation pour caractériser le principe de précaution : « *En situation de risque, une hypothèse non infirmée devra être tenue provisoirement pour valide, même si elle n'est pas formellement démontrée* ». (Setbon, 1997, p. 201)

¹⁰³ Peretti-Watel, P., & Moatti, J.-P. (2009). *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérivés*. Éditions du Seuil.

¹⁰⁴ Réquillart, D. (2001). « Savoir plus, risquer moins » de la communication publique comme enjeu stratégique. *Communication et organisation*, (20), pp. 1-11.

¹⁰⁵ Op cit.

¹⁰⁶ Bontemps, R., Cherbonnier, A., & Mouchet, P. (1998). *Communication et promotion de la santé. Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques*. asbl Question santé.

¹⁰⁷ Jacobi, D. (1986). *Diffusion et vulgarisation : itinéraires du texte scientifique*. Presses universitaires de Franche-Comté.

¹⁰⁸ Al Dahdah, M., & Quet, M. (2010). Sélectionner, organiser, diffuser le savoir sur la santé pour les patientes. Dans C. Routier & A. d'Arripe (dirs.), *Communication et santé : enjeux contemporains* (pp. 163-172). Presses universitaires du Septentrion.

s'agira ainsi de penser la diffusion et circulation des savoirs de santé dans cette continuité en tentant de mettre en relation la communication des différents acteurs.

2.1.1. Communication et prévention en santé

Les notions de communication et de santé sont imbriquées depuis de nombreuses années. Dans le domaine de la santé, les méthodes de l'action publique se sont dirigées « *d'un modèle éducatif (réglementaire, fondé sur l'instruction, la transmission de la loi et de l'autorité) vers un modèle communicationnel (fondé sur l'information et la mobilisation des ressources des individus)* » (Réquillart, 2001, p.1).¹⁰⁹ La communication pour la santé demeure une fonction organisationnelle centrale (Miège, 1990) et l'une des stratégies pour contrôler voire surmonter les problèmes de santé et permettre à la population d'atteindre un état de bien-être physique, mental et social.

Pour Renaud et Rico de Sotelo, la communication pour la santé se définit « *comme l'étude et l'utilisation de stratégies de communications interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et à influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé* » (2007, p.32).¹¹⁰ Ces auteurs précisent que la communication s'exerce également dans de multiples contextes (relation entre le patient et le professionnel, diffusion de l'information relative à la santé, élaboration de campagnes de sensibilisation destinées au grand public, conscientisation aux risques pour la santé, etc.) qui dans chacun des contextes devient un moteur majeur de promotion de la santé.

La communication pour la santé représente l'un des éléments des textes socles de la promotion de la santé (Charte d'Ottawa, 1986 ; Charte de Bangkok, 2005). La prévention doit s'appuyer sur une communication publique qui va cadrer « *le discours légitime* » et reconnaître voire instituer « *ses interlocuteurs dans l'espace public* » (Réquillart, 2001, p.6).¹¹¹ Les agences internationales, comme l'OMS, ont œuvré pour instaurer « *des campagnes de communication socio-sanitaire dont les acteurs relais sont les gouvernements nationaux* » (Renaud & Rico de Sotelo, 2007, p.33). Au niveau national, les institutions relatives au secteur de la santé sont aussi détentrices et émettrices d'une information que l'on pourrait qualifier de normalisée. Elles produisent un savoir estimé comme fiable pouvant s'adresser d'une part aux professionnels de santé et aux médias qui s'efforceront de décrypter et relayer les informations en santé et d'autre part tenteront de s'adresser directement à l'utilisateur par une vulgarisation des informations de santé. Les politiques de prévention deviennent progressivement moins passives, car les acteurs publics admettent qu'ils doivent prendre en compte et intégrer la liberté des individus et les accompagner pour faire des choix éclairés, c'est-à-dire « *en toute connaissance de cause* » (Raude, 2013).

Malgré cela, sous l'égide de la prévention, les instances spécialisées vont ainsi édicter des normes sur les « *façons de manger, de boire, respirer, marcher, se divertir, envahissant peu à peu les compartiments de la vie* » (Lecorps, 2010, p.38).¹¹² La prévention, définie comme « *l'ensemble des actions qui visent à réduire le nombre et la gravité des problèmes de santé au*

¹⁰⁹ Réquillart, D. (2001). « Savoir plus, risquer moins » de la communication publique comme enjeu stratégique, *Communication et organisation*, (20), pp. 1-11.

¹¹⁰ Renaud, L. & Rico de Sotelo, C. (2007). Communication et santé : des paradigmes concurrents. *Santé Publique*, 19(1), pp. 31-38.

¹¹¹ Op. cit.

¹¹² Lecorps, P. (2010). Du bon usage de la prévention dans la santé. *Revue Projet*, 6(319), 35-42.

sein d'une population donnée » (Perretti- Wattel & Moatti, 2009, p.9)¹¹³, prend alors de plus en plus de place dans les stratégies et les discours des pouvoirs publics. Le principe de prévention se trouve ainsi au cœur de nombreuses politiques publiques.

Jocelyn Raude évoque, depuis les années 1980, une « *multiplication des messages et injonctions dans l'espace public* » avec « *l'émergence d'acteurs institutionnels puissants dans le domaine de la prévention* » et en matière de santé publique, « *une montée en puissance des outils de communication de masse* » (2013).¹¹⁴ Incontestablement, dans le champ de la santé, la communication émise par les organismes publics est devenue extrêmement large et diverse (Igas, 2005). Cela s'applique également dans cette période particulière de la grossesse.

Comme le précise Jean-Pierre Poulain, notre comportement alimentaire est un levier fondamental de prévention et deux niveaux de médicalisation de l'alimentation peuvent être différenciés. Le premier renvoie aux conseils nutritionnels formulés par le médecin dans le cadre de la consultation médicale. Le deuxième correspond à une médicalisation hors face-à-face médical et qui correspond à « *la diffusion des connaissances nutritionnelles dans le corps social* » (Poulain, 2018, p.406).¹¹⁵ Ceci peut être décrit comme un « *processus de diffusion massive des connaissances nutritionnelles à travers les médias et la multiplication des campagnes d'éducation pour la santé* » (Romeyer, 2015, p.47).¹¹⁶ Pour Hélène Romeyer, la stratégie de communication des différents Programmes nationaux nutrition santé (PNNS), déployés sous forme de campagnes de prévention, visent à cette diffusion massive. Le nombre de campagnes de prévention sur l'alimentation, diffusées par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes), sous forme de messages de santé au travers de guides, de slogans et d'affiches publicitaires a fortement augmenté depuis la mise en place du premier PNNS (2001). Cette communication qui touche également l'alimentation-grossesse présente une spécificité : elle implique de considérer l'« *alimentation-santé* » et la prévention des risques alimentaires.

De nos jours, Santé publique France, en regroupant en 2016 notamment l'Inpes et l'InVS, a pour ambition d'être une agence unique de référence en santé publique visant à assurer la continuité des actions en santé publique, la surveillance de la santé des populations et la mise en place d'actions de prévention. Cependant, au cours du temps, d'autres instances ont communiqué largement, notamment sur la prévention des risques infectieux alimentaires pendant la grossesse : l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Académie nationale de médecine, l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Inpes, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), etc. Cette multiplicité d'acteurs institutionnels intervenant dans le champ de la prévention des risques infectieux alimentaires renvoie à la notion de « *polyphonie* » mise en avant par Yves Jeanneret. Cet auteur souligne la dépendance dans laquelle « *tout énonciateur, si puissant soit-il, se trouve par rapport à l'ensemble du système d'acteurs qui l'entoure* » et évoque « *une inévitable et importante polyphonie* » inhérente à tout discours (1994, pp.234-235).¹¹⁷

¹¹³ Perretti-Wattel, P., & Moatti, J.-P. (2009). *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Éditions du Seuil.

¹¹⁴ Raude, J. (2013). Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions. *Communication & langages*, 2(176), 49-64.

¹¹⁵ Poulain, J.-P. (2018). Les dimensions de l'espace social alimentaire. Dans J.-P. Poulain (dir.), *Dictionnaire des cultures alimentaires* (2^e éd.) (pp. 383-408). PUF.

¹¹⁶ Romeyer, H. (2015). Le bien-être en normes : les programmes nationaux nutrition santé. *Questions de communication*, 1(27), 41-61.

¹¹⁷ Jeanneret, Y. (1994). *Écrire la science*. PUF.

À cette diversité de voies de communication sur la prévention des risques infectieux pendant la grossesse, s'ajoute une instabilité des messages de prévention au cours du temps. En effet, la communication de prévention est interreliée avec la communication scientifique. La science tente de s'approcher du « *réel avec ses moyens, des vérités, la vérité du moment* » (Ferré, 1994, p.14).¹¹⁸ La communication scientifique des agences sanitaires, qui touche essentiellement au savoir médical, est marquée par son caractère évolutif, provisoire et parfois controversé.

En matière d'alimentation, comme de façon générale pour la santé, les consommateurs sont de plus en plus exposés à des messages nutritionnels issus d'une diversité d'acteurs : autorités sanitaires, médias, industriels (Michels, 2005). La multiplicité des sources d'information accessibles aux consommateurs (sites internet, forum, presse, entourage) peut conduire, en apparence ou réellement, à des conclusions variées parfois contradictoires. Les messages nutritionnels ont un impact sur leurs représentations de l'alimentation. Cette diversité des sources peut conduire à des doutes, une anxiété, entravant ainsi « *la construction d'une opinion et d'un choix de comportement tranché* » ainsi qu'à « *une grande imprévisibilité des comportements* » (Hausser, 2014, p.260).¹¹⁹

Cette abondante communication peut être appréhendée sous deux angles : elle peut permettre aux femmes et aux couples de développer un savoir empirique sur la nutrition, mais à l'inverse, celle-ci peut se faire l'écho d'une cacophonie des discours portant sur l'alimentation-grossesse. Nous pouvons faire le parallèle avec ce que Claude Fischler appelle la « cacophonie diététique » : « *Les mangeurs ont l'impression de vivre dans une "cacophonie diététique", une confusion de prescriptions et de mises en garde dans laquelle ils ne parviennent pas, ou difficilement, à se retrouver, à concevoir et exercer un saine gouvernement du corps.* » (Fischler, 1993a, p.220)¹²⁰ Cette cacophonie sur l'alimentation-grossesse peut être source de confusion et être par conséquent à l'origine de comportements inadaptés.

Cette large communication publique pouvant déboucher sur de nouvelles connaissances n'implique pas forcément une modification des comportements. Si les campagnes peuvent déboucher sur de nouvelles connaissances ou attitudes, elles ne sont guère efficaces pour modifier de façon effective et durable les comportements (IFN, 2008). Un décalage entre une bonne connaissance des messages et une non-observance est traditionnellement constatée dans les campagnes de prévention (Hausser, 2014).

Concernant le PNNS, on observe que globalement, les messages portant sur la connaissance des principales règles de l'équilibre alimentaire sont assimilés par la population (Michels, 2005). Les campagnes peuvent induire une prise de conscience du risque mais ne peuvent pas à elles seules induire un changement de comportement (Hausser, 2014). Des études pointent ce constat (Etiévant et al., INRA, 2010)¹²¹:

Les expériences de terrain et de laboratoire sur l'impact des recommandations de consommation de poisson destinées aux femmes enceintes et leur proposant une "ration" sûre par rapport aux risques d'exposition liés à la présence de méthylmercure tout en bénéficiant des bénéfices liés aux oméga 3, concluent que ces femmes évaluent bien le risque mais continuent néanmoins leur consommation habituelle, mettant en avant la complexité de la compréhension du phénomène de

¹¹⁸ Ferré, F. (1994). *Transmettre la vie à l'aube du XXIe siècle*. Dossiers documentaires Inserm. Nathan.

¹¹⁹ Hausser, F. (2014). Sciences humaines et sociales : un regard nécessaire sur l'alimentation. *Médecine des maladies Métaboliques*, 8 (3), 257-261.

¹²⁰ Fischler, C. (1993a). Le complexe alimentaire moderne. Dans G. Vigarello (dir.), *Le gouvernement du corps. Communications* (56), pp. 207-224.

¹²¹ Etiévant, P., Bellisle, F., Dallongeville, J., Etilé, F., Guichard, E. et al. (2010). *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ?* Rapport de l'expertise collective, INRA.

contamination par bioaccumulation et la contradiction avec les recommandations qui présentent la consommation de poisson comme très bénéfique pour la santé.

Une variabilité des représentations et des suspicions sur les aliments à risque combinée à une mauvaise compréhension de ces messages complexes représente l'un des principaux freins à l'impact des discours de prévention. Pourtant, une bonne compréhension et appropriation des messages de prévention est nécessaire pour instaurer de nouvelles habitudes alimentaires protectrices essentielles à adopter au plus tôt dans la grossesse.

2.1.2. Communication et risque en santé

La prévention, qui tend à lutter contre les risques (Halpern, 2010), est construite sur la base de données épidémiologiques, les études de population permettant de mesurer la probabilité de survenue d'un risque (Lecorps, 2010). Celle-ci peut s'entendre sous l'angle de la prévention active, qui vise « à convaincre des individus ou des groupes de changer des modes de vie reconnus comme des facteurs de risque pour certaines maladies ou incapacités » et à l'inverse, de la prévention passive qui « cherche à modifier les environnements dans lesquels les gens évoluent » (Raude, 2013, p.50).¹²²

Pour ce qui concerne la prévention active directement en lien avec nos réflexions, l'une des approches porte sur la communication du risque en santé. Deux phases sont citées dans l'évolution de la communication du risque :

La première porte sur le développement de techniques de transmission d'informations scientifiques qui permettent aux citoyens de s'approprier les connaissances sur les risques, ainsi que de réduire les écarts entre la perception du risque par la population et son objectivation par les experts. La seconde contribue à l'amélioration des processus de communication, c'est-à-dire d'échange d'informations entre les différents acteurs sociaux [...] intéressés par l'évaluation et la régulation des risques pour la santé ou l'environnement. (Raude, 2013, p.56)

La médecine est une science probabiliste considérant le risque comme une probabilité. Selon Pierre Delvoe, « le risque, c'est la possibilité que des actions humaines ou des événements naturels entraînent des conséquences qui affectent des aspects de la vie auxquels l'homme attache une valeur » (2009b, p.31).¹²³ Le concept de « risque » a diffusé dans toutes les disciplines de la médecine, mais il est particulièrement présent dans les domaines de la médecine prédictive et de la prévention. Il est largement prégnant en obstétrique. En consultation prénatale, pour cet auteur, ce concept interviendra notamment dans la définition du risque de toute situation nouvelle survenue au cours d'une grossesse : il s'agit de « prédire » la probabilité de conséquences fâcheuses pour le patient (la mère ou le fœtus) de la survenue d'un incident connu ou observé (contamination par un virus, augmentation de la tension artérielle, etc.). Les femmes enceintes doivent intégrer la notion de risque comme élément central devant être porteur de changement dans leur quotidien.

Cela sous-tend l'information sur le risque par celui qui sait, l'expert (le professionnel de santé), à la femme enceinte impliquant l'expression de crainte pour sa grossesse et la santé de son fœtus au cas où les règles de prévention clairement énoncées ne seraient pas respectées

¹²² Raude, J. (2013). Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions. *Communication & langages*, 2(176), 49-64.

¹²³ Delvoe, P. (2009b). L'approche basée sur le concept de risque et les principes d'une politique de dépistage. Dans S. Alexander, F. Debiève, P. Delvoe et al. (dirs.), *Guide de consultation prénatale* (pp. 31-40). Éditions de Boek.

(Lecorps, 2010). Cet auteur énonce le terme de « *devoirs de santé énoncés par les experts* » et les femmes enceintes, seraient alors « sommées » de respecter les messages de prévention.

La prise de décision résulte de la mise en balance de deux risques ; par exemple le risque de s'abstenir et ne rien faire, comparé au risque d'un acte diagnostique ou thérapeutique, ou la comparaison de deux actes. La décision médicale demeure une décision partagée, impliquant la notion de consentement éclairé du patient (c'est à dire après une information la plus complète et la plus objective possible sur les avantages et les inconvénients d'une situation clinique). La décision finale de la femme ou du couple (j'agis ou je m'abstiens) est susceptible d'être influencée par la façon avec laquelle la femme enceinte va percevoir le risque (Delvoye, 2009b).

Cet auteur insiste sur le fait que cette décision partagée soit basée sur une information objective des risques, mais également sur une perception correcte par la femme enceinte de ces différents risques mis en balance. Si l'information se veut « objective », la perception est subjective avec une appropriation diversifiée des femmes enceintes. Comme l'explique Pierre Lascoumes, le risque est avant tout « *le résultat d'une construction sociale, il n'y a pas de risque en soi, il n'y a que des façons toujours spécifiques historiquement et culturellement, d'appréhender les situations d'incertitude* » (1993, p.23).¹²⁴

Le risque est construit socialement, notamment par l'environnement médical, institutionnel et médiatique. Caroline Desprès évoque, dans le champ de la périnatalité et de l'obstétrique, « *une sorte de course vers le risque zéro, qui peut s'apparenter à une application abusive du principe de précaution* » (2010, p.140). Elle estime que le risque « *façonne les trajectoires de grossesse en suscitant de l'appréhension* » :

Les interactions entre professionnels de la périnatalité et femmes enceintes, ainsi que le cadre institutionnel et organisationnel de prise en charge (incluant les examens obligatoires ou fortement recommandés) façonnent les conceptions que celles-ci ont de leur grossesse et leur perception du risque. (Desprès, 2010, p.149)¹²⁵

La représentation que les femmes ont du risque, est ainsi modifiée par les trajectoires personnelles des femmes. Comme le précise Pierre Delvoye, la difficulté de la communication du risque va alors résider dans l'obligation de faire coïncider le mieux possible ce risque « subjectif » perçu par la patiente et le risque réel, « objectif ». Mais selon cet auteur, éliminer complètement cette subjectivité est un leurre, car un risque absolu (exprimé en 1/100 ou en 1/1000), comme par exemple le risque de handicap après une contamination toxoplasmique, pourra être perçu par telle patiente comme inacceptable et acceptable par une autre. Cette notion d'acceptabilité, si elle est liée à la psychologie individuelle de chaque personne, peut aussi être modelée par la façon dont elle aura perçu le risque au cours du colloque singulier, donc « *par la manière avec laquelle ce risque aura été communiqué* » par le professionnel de santé. « *La communication du risque revêt donc, dans ce dialogue particulier, une importance capitale.* » (p.32) Pour Pierre Delvoye, il ne s'agit pas seulement d'échanger avec la patiente sur le risque absolu ou le risque relatif de voir apparaître telle maladie, il faut aussi communiquer sur les conséquences du risque (2009b). Mais cette communication peut se voir déformée ou affaiblie par « *l'existence de données contradictoires et de controverses scientifiques récurrentes* » (Raude, 2013, p.58)¹²⁶, ce qui est le cas dans le domaine des risques attribués à l'alimentation.

¹²⁴ Lascoumes, P. (1993). Construction sociale des risques et contrôle du vivant. *Prévenir*, (24), pp. 23-36.

¹²⁵ Desprès, C. (2010). 9. Les femmes enceintes face aux incertitudes de la grossesse. Dans D. Carricaburu (dir.), *Risque et pratiques médicales* (pp. 139-154). Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

¹²⁶ Raude, J. (2013). Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions. *Communication & langages*, 2(176), 49-64.

2.1.3. Communication et risque alimentaire

La sécurité alimentaire, sujet de préoccupation des Français (de Valk & Salvat, 2015) doit tendre vers un risque nul, seule possibilité socialement acceptable. Pourtant celui-ci ne l'est pas et est difficilement quantifiable (Apfelbaum, 1998). Aussi, personne ne peut faire l'impasse sur les précautions relatives à l'hygiène alimentaire, d'autant plus pour les populations vulnérables comme les femmes enceintes, pour lesquelles leur caractère indispensable s'impose. Tout comme pour la listériose, la toxoplasmose congénitale est une maladie où cette étape de prévention du risque alimentaire joue un rôle majeur. L'application des mesures hygiéniques dans les cas où la femme enceinte n'est pas immunisée, peut réduire le risque d'infection de 92 % (Delvoe, 2009c). Ainsi, la politique de prévention et de médiatisation des risques alimentaires pour la femme enceinte s'est progressivement développée en France.

Communiquer efficacement s'est avéré essentiel pour donner aux individus, notamment aux femmes enceintes, les moyens de prendre des décisions éclairées pour se préserver des risques infectieux alimentaires. La communication des risques alimentaires est définie par l'*European Food Information Council* (EUFIC) comme « *le processus d'information des publics, souvent le grand public, sur les questions liées aux risques liés à l'alimentation et la sécurité, et fournissant des informations suffisantes pour leur permettre de prendre des mesures pour réduire ou éviter les risques* [traduction libre] » (2017, p.4).¹²⁷

Toutefois comme le relève William Dab, les risques pour la santé sont aujourd'hui de plus en plus difficiles à objectiver compte tenu de la généralisation des expositions à des contaminants multiples en faible concentration (1998). Pendant la grossesse, ces risques sont à penser en parallèle des risques infectieux alimentaires et d'une alimentation-santé obligeant ainsi à une priorisation individuelle par rapport aux représentations sur la toxoplasmose et la listériose. Alors comment communiquer efficacement ou comme le souligne Véronique Labrot, instaurer une communication adéquate en matière de risque alimentaire afin d'établir les conditions nécessaires à la prise d'une décision responsable et à la modification des comportements ? (2000)

De plus, pour l'INRA¹²⁸, le lien entre perception des risques et comportements n'est pas univoque parce qu'il dépend de nombreux autres facteurs et évolue au cours du temps :

Les politiques publiques de prévention des risques et d'allégation santé reposent sur l'hypothèse que la perception d'un risque ou d'un bénéfice va influencer et induire un comportement ajusté au niveau de risque établi par les experts. Or d'une manière générale, les résultats de travaux expérimentaux montrent qu'une amélioration des connaissances sur les risques n'est pas une condition suffisante pour changer les comportements. L'impact est encore plus faible lorsque les messages présentent à la fois les risques et les bénéfices. (Etiévant et al., INRA, 2010, p.32)¹²⁹

Selon Frank Hausser, « *pour qu'une information soit pertinente et opérationnelle pour le mangeur, elle ne doit pas entrer en conflit avec ses propres systèmes de valeur* » (2014, p.259).¹³⁰ Tout conflit de ce type peut entraîner, par exemple, la non prise en compte de recommandations nutritionnelles.

¹²⁷ European Food Information Council. (2017). *How to talk about food risk. A handbook for professionals*. EUFIC

¹²⁸ L'Institut National de la Recherche Agronomique (INRA) deviendra l'Institut national de la recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAE) en 2020.

¹²⁹ Etiévant, P. Bellisle, F., Dallongeville, J., Etilé, F., Guichard, E. et al. (2010). *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ?* Rapport de l'expertise collective INRA.

¹³⁰ Hausser, F. (2014). Sciences humaines et sociales : un regard nécessaire sur l'alimentation. *Médecine des maladies Métaboliques*, 8(3), 257-261.

2.2. Le web et la santé périnatale

Depuis les années 70-80, les informations de santé vont subir des modifications de leur traitement médiatique. Le développement des nouvelles technologies, et particulièrement celui de l'internet, a fait émerger des modes de production et de médiation de l'information inexistantes auparavant (Touboul & Vercher, 2008). Comme le soulignent Romeyer et Moktefi, deux types de communication cohabitent sur les sujets de santé (2013). Ces auteurs distinguent les discours émanant du domaine lui-même (professionnels de santé, scientifiques, institutions sanitaires, malades) et ceux produits par les acteurs extérieurs comme les médias. Cette « *multiplication des discours et donc de la communication ayant trait à la santé* » dépasse dorénavant le simple cadre médical (Romeyer, 2010, p.5)¹³¹ et concerne plus largement les comportements du quotidien.

En effet, la production de discours médiatiques relativement bien maîtrisée par les autorités médicales, en collaboration avec des journalistes spécialisés, a laissé place à une forte médiatisation de la médecine, et de façon plus large de la science, cherchant notamment à répondre à des attentes réelles ou supposées de l' « opinion publique » (Marchetti, 2010). Cela s'explique par une prise en compte de la santé et du bien-être comme une préoccupation à la fois individuelle et collective. Cette montée en puissance de l'intérêt des citoyens vis-à-vis des questions de santé s'observe dès les années 1980, comme en témoigne la croissance des articles dédiés dans les médias. Toutefois, comme le souligne Dominique Wolton, « *en accélérant la production, la transmission, l'interactivité et la circulation des messages, il [le progrès technique] masque involontairement cette réalité de l'incommunication* » (2009, p.137).¹³²

2.2.1. Internet « santé »

La santé est très présente sur l'internet qui représente actuellement un média santé incontournable, permettant ainsi un accès en tout temps à l'information de santé. La notion d'« Internet-santé », fait référence à l'ensemble de l'espace web dédié à la santé et à la maladie. Les requêtes sur ce thème sont très nombreuses et se dirigent soit vers les sites web d'information ou de commerce, les productions personnelles (blog) ou des échanges sur les réseaux sociaux. On observe d'un côté une disponibilité exponentielle de l'information médicale et de l'autre, un nombre toujours croissant d'internautes visitant des sites « santé ». Un Français sur deux cherche des informations de santé en ligne et 32,6 millions d'internautes ont visité au moins un site ou une application de santé/ bien-être et 15% échangent sur des forums ou réseaux sociaux à ce sujet (2018).¹³³ Cela vient questionner la production et la socio-diffusion des savoirs en santé et la relation entre le professionnel de santé et ses patients. En effet, ces derniers s'orientent vers d'autres sources d'information et notamment l'internet car ils ont l'impression de manquer d'information de la part des médecins, du fait de temps de consultation restreints ou d'un non-intérêt de leurs problématiques de santé (Kivits, 2006). Ils s'estiment souvent mal informés, avec un manque d'écoute conduisant à une persistance de leurs inquiétudes (Touboul & Vercher, 2010). Selon l'étude de Leune et Nizard, le profil type de la femme enceinte consultant l'internet en 2009 semblait assez homogène et s'orientait sur

¹³¹ Romeyer, H. (2010). Introduction : santé et espace public. Dans H. Romeyer (dir.), *La santé dans l'espace public* (pp. 5- 11). Presses de l'EHESP.

¹³² Wolton, D. (2009). *Informé n'est pas communiquer*. CNRS éditions.

¹³³ Voir références (Baromètre du numérique, 2018 ; Médiamétrie, 2018)

la primipare (enceinte de son 1^{er} enfant), de moins de 35 ans, issue de l'enseignement supérieur et ayant une profession (2012).

Le moteur Google sert de porte d'entrée initiale à la majorité des recherches d'information. Il existe en effet une multitude de sites internet diffusant des informations sur la santé avec des entreprises privées qui ont envahi le web-santé. Doctissimo est devenu en France un acteur incontournable de l'information en santé sur l'internet (Touboul & Vercher, 2008). Dans ce mode de communication, la concurrence est rude car chacun essaie de se positionner comme acteur de référence. Sont questionnées alors la « continuité » / « discontinuité » des discours car tout un éventail d'informateurs s'exprime sur le web-santé, du site de la Haute Autorité de Santé à celui de Doctissimo.

D'une part se déploient des sites grand public, centrés sur la santé et le bien-être. Cependant les informations présentes ne présentent pas de garantie de fiabilité. D'autre part, des sites institutionnels proposant une information de référence, tentent de s'imposer mais ils sont parfois difficilement accessibles pour un public non spécialisé. Par exemple, les sites des grandes institutions en santé (ministère, HAS, etc.), sont peu accessibles pour les usagers du système de santé et s'adressent plutôt aux professionnels de santé ou aux médias spécialisés capables de décrypter et de relayer l'information. Les sites institutionnels proposent très peu d'espaces de discussion ou d'interactivité, pourtant recherchés par les internautes (Touboul & Vercher, 2010). Néanmoins, ces institutions sont les principaux émetteurs de l'information « normalisée » avec un savoir produit pertinent pour celui qui peut y accéder. Une ambivalence est alors observée pour les institutions sanitaires qui restent à distance d'une certaine vulgarisation scientifique pour se démarquer des autres sites dits grand public. De nos jours, cette rupture entre le discours véhiculé par les institutions de référence en santé et les sites de santé grand public est évidente (Al Dahdah, & Quet, 2010). Toutefois, certains sites comme *santé.fr* ou *agir-pour-bebe.fr* tendent à devenir un service public d'information en santé pour les citoyens.

Cette diversité dans les politiques de communication conduit à une polyphonie, terme employé par Yves Jeanneret, voire une cacophonie complexifiant la recherche d'information pour les usagers. De plus, les internautes se soucient peu de la validité de l'information et vont se faire leur propre idée en confrontant plusieurs sites ou en échangeant sur des espaces d'apomédiation (Eysenbach, 2008), tels que les blogs, les forums et les différents réseaux sociaux qui permettent le partage d'informations et de conseils entre pairs.

Pour Akrich et Méadel, « *l'internet est un haut lieu de débats et d'échanges entre patients* » (2009).¹³⁴ Dans un tiers des cas, un forum est consulté versus 39% pour un site d'information selon le Baromètre santé de 2014¹³⁵. Ces espaces d'échanges abordent des informations dans un format souvent plus accessible que celles diffusées par les professionnels (Thoër, 2012) et sont une source de soutien émotionnel (Gauducheau, 2012). Cela traduit une recherche de partage d'expériences similaires ou de témoignages sur les thématiques de santé et un besoin de se réassurer vis-à-vis de leurs préoccupations (Richard et al., 2006). Ces espaces contribuent à une appropriation de l'information médicale et la constitution d'une forme d'expertise voire à un enrichissement des savoirs. (Akrich & Méadel, 2009). Une information plus conforme aux besoins des patients est alors trouvée dans la sollicitation de ces espaces d'apomédiation (forums, blogs, association de patients...). Pour les femmes enceintes et les jeunes mamans, ils

¹³⁴ Akrich, M., & Méadel, C. (2009). Les échanges entre patients sur l'Internet. *La Presse Médicale*, 38(10), 1484-1490.

¹³⁵ Pour en savoir plus : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2014>

permettent également d'éviter l'isolement et de compléter les échanges directs qu'elles ont avec leurs proches (Kivits, 2016). Ils ont été décrits car variables en termes de qualité de l'information (Éveillard, 2002). Les forums sont des espaces d'échanges asynchrones entre pairs sur des problématiques de santé, qui deviennent parfois de vraies communautés de soutien. En effet, différentes catégories de forums se démarquent : ceux créés par des éditeurs de contenu pour générer du trafic sur leur site, ceux créés par des particuliers, ceux créés par des collectifs (usagers, associations, etc.), et ceux créés par des firmes pharmaceutiques à des fins de promotion commerciale (Thoër, 2010). Cette popularité croissante des forums de discussion en ligne sur la santé témoigne du nécessaire besoin de bénéficier d'un moyen de communication facilitant l'échange et le développement des savoirs (Bruchez et al, 2009).

L'influence de cette apomédiation ne doit pas être minimisée car comme le souligne Joëlle Kivits, « *les réseaux sociaux ont un pouvoir important de commentaires de l'actualité et notamment de l'information institutionnelle : les campagnes de prévention peuvent ainsi être relayées, commentées, dénigrées ou valorisées..., au fil des échanges sur les réseaux sociaux* » (2016, p.177).¹³⁶ Il s'agit donc d'un moyen incontournable de diffusion d'informations de santé et plus spécifiquement d'informations en promotion de la santé. Pour cela, ce média est largement intégré au sein des plans de communication.

Des actions plus précises, plus efficaces et plus adaptées peuvent se décliner lors des campagnes nationales de prévention. Le recours à un panel de techniques de communication et une multiplicité des supports médiatiques permettent une meilleure qualité de ciblage des actions avec des messages et des canaux de diffusion différents selon le contexte culturel ou social. Toutefois, ces campagnes médiatiques de prévention sont difficiles à maîtriser avec des résultats pas toujours prévisibles et ne permettant pas toujours d'évaluer l'évolution des représentations sur la santé.

Le clic n'est pas un indicateur de lecture ni de compréhension du message. Pour que la population soit en capacité de prendre en charge au mieux sa santé, Santé publique France préconise d'améliorer le niveau de littératie qu'elle identifie comme un enjeu majeur de santé publique et entend par ce terme : « *La motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé.* » (Van den Broucke, 2017, p.11)¹³⁷ Les problèmes de littératie rencontrés avec la diffusion de documents en format papier existent mais peuvent être augmentés lors d'une communication sur le web. Cela s'observe aussi pour les publics jeunes, généralement plus à l'aise avec l'internet. La lecture des informations relatives à la santé peut poser la question de défis n'ayant rien à voir avec la technologie car « publier l'information » ne suffit pas à informer, il faut trouver une façon de toucher la population. Des discours de prévention efficaces doivent être élaborés en fonction de comment ils seront reçus, compris, assimilés et finalement utilisés par le public cible. La littératie constitue désormais une grille d'élaboration des actions de prévention que les institutions cherchent à intégrer dans leurs modes de communication médiatique.

¹³⁶ Kivits, J. (2016). Les usages de l'Internet santé : vers une parentalité connectée ? Dans P. Suesser, M.-C. Colombo & C. Baudy (dirs.), *La prévention toujours en re-création : À l'école de la PMI* (pp. 155-186). Érès.

¹³⁷ Van den Broucke, S. (2017). La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. *La Santé en action*, (440), pp. 11-13.

2.2.2. Internet « santé » et maternité

La famille et la parentalité sont des thèmes porteurs (recherche d'informations, de conseils, d'expériences parentales identiques) voire vendeurs sur les sites commerciaux. Devenir parent et être parent, c'est forcément aborder des questions liées à la santé quotidienne. La périnatalité est une période particulièrement propice à l'inquiétude parentale. D'après le Baromètre santé 2014, 40% des femmes enceintes et des personnes vivant avec un enfant de moins de 5 ans ont recherché des informations sur la grossesse ou la maternité. Dans leur rapport, les personnes qui s'informent le plus sur cette thématique sont les 15-30 ans (23%) puis les 31-35 ans (17%). Dans le groupe consultant les informations sur la « Grossesse et la santé de l'enfant », seulement 4% consultent des sites institutionnels et 45% sont incapables de donner le nom du dernier site visité¹³⁸. Un internaute sur 3 visite Doctissimo pour une recherche sur cette thématique, qui a comme de nombreux sites commerciaux, développé son application sur la grossesse. Les médias sociaux sont également fortement mobilisés par les femmes enceintes.

Seul un tiers des internautes en 2014 estime l'information trouvée sur l'Internet-santé « tout à fait crédible ». Un constat, les sites institutionnels sont très peu consultés. L'internet présente de nombreux avantages car il permet notamment de toucher une large audience tout en ciblant le public avec précision, les coûts de production et de diffusion des contenus sont maîtrisables. Mais l'une des principales difficultés sera d'émerger dans le référencement sur le moteur de recherche, dans les réseaux sociaux et les forums de discussion. Il faut également être identifié comme le bon émetteur et inspirer confiance. La concurrence du secteur marchand est forte sur les thématiques de la santé et laisse peu de place aux sites institutionnels, notamment sur la thématique de la grossesse.

En effet, plusieurs façons permettent aux internautes d'arriver sur un site web. Par exemple, par un accès direct au site en renseignant dans la barre du navigateur, l'URL du site web choisi, cela nécessite pour l'utilisateur de connaître précisément le site que l'on souhaite consulter. L'utilisateur peut également s'orienter sur le web grâce à un lien via un article diffusé sur les réseaux sociaux ou un autre site web mais également à travers la publicité ou encore par les campagnes d'emails qui invitent le lecteur à cliquer sur un lien le redirigeant sur une autre page. Ce qui sera le plus fréquent pour une recherche d'informations s'opère par une requête utilisant un mot-clé dans un moteur de recherche. La probabilité pour l'utilisateur de consulter un site institutionnel repose sur la présence du site dans les premières positions, à la suite d'une recherche de « mot-clé ». Environ 75% des internautes ne vont jamais au-delà de la première page de résultats de Google (Optimoz)¹³⁹. Les 70% de taux de clics sont générés par les 5 premiers liens naturels sur Google dont 60% pour les trois premiers.

Nous avons réalisé en 2018 un état des lieux des sites arrivant dans les premiers résultats, pour se représenter la place des sites institutionnels sur le web. Sur le mot-clé « Grossesse », le volume de recherche était très conséquent : 74 000/mois avec environ 82,4 millions de résultats à l'époque de la recherche. Les 10 premiers sites qui apparaissaient pour ce mot-clé sur le moteur Google sont des sites d'information grand public ou des sites commerciaux. Nous pouvons citer : *Passeportsante.net*, *Doctissimo.fr*, *Naitreetgrandir.com*, *Enfant.com*, *Parents.fr*, *Santemagazine.fr*, *Magicmaman.com*, *Journaldesfemmes.fr*, *Topsante.com*,

¹³⁸ Pour en savoir plus : Richard J.-B., Gautier A., Guignard R., Léon C., & Beck F. (2015). *Méthodologie du Baromètre santé 2014*. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

¹³⁹ <https://www.optimoz.fr/le-referencement-naturel-et-positionnement-google/>

Pampers.fr. Par ailleurs, nous avons voulu savoir comment se positionnaient les sites institutionnels sur les pages associées à cette recherche :

Page 2	⇒ Grossesse /OMS ⇒ Grossesse, assistance à la procréation/ service-public.fr
Page 3	⇒ Pendant la grossesse/ Manger bouger.fr ⇒ Grossesse : difficultés et prévention des risques/ ameli.fr
Page 5	⇒ Médicaments/ CRAT (lecrat.fr)

Le guide *Nutrition de la grossesse* de l'Inpes/Santé publique France n'arrive qu'à la 10^{ème} page des recherches.

Différentes stratégies permettent de bien se positionner dans le classement des pages web dont certaines peuvent expliquer la non-présence des sites institutionnels dans les meilleurs résultats. Les premiers sites bénéficient d'un référencement payant qui consiste à acheter des mots-clés dans un système d'enchères (liens sponsorisés). Les internautes y accordent moins de confiance malgré tout car il s'agit de publicité déguisée. Les sites qui suivent sont souvent liés au référencement naturel, dans lesquels ce sont les liens naturels qui sont cliqués et qui bénéficient d'une bonne conception technique du site, d'une qualité du contenu éditorial et d'une certaine popularité du site (backlinks/réseaux sociaux). Pour augmenter l'usage de ces sites institutionnels, il est nécessaire d'améliorer le référencement et la visibilité sur l'internet.

Mais lister les sites web des premières pages se révèle être une démarche finalement peu pertinente pour un espace hautement hétérogène et évolutif qui laisse supposer la diffusion d'une information médicale de qualité inégale et révèle également la fracture culturelle numérique entre ceux qui savent et ceux qui ne savent pas trouver la réponse à leurs questionnements (Éveillard, 2002).

Si les femmes enceintes sont sensibles à l'importance d'une alimentation adaptée à cette étape de leur vie, améliorer leur littératie en santé favoriserait l'appropriation des informations nutritionnelles essentielles à la santé de ce futur enfant. Être en mesure de les repérer mais également de les comprendre et de les intégrer aux habitudes alimentaires devient d'autant plus essentiel du fait de l'impact sur la santé future de leur enfant.

Le développement des usages de l'Internet-santé contribue malgré tout à favoriser une meilleure implication du patient dans son parcours médical. Il peut être perçu comme un facteur d'accélération de l'*empowerment* (Éveillard, 2002) En effet, cette pratique informationnelle contribue à la construction et à la diffusion de représentations de la santé et de la maladie et des comportements qui s'y rapportent. Elle peut modifier la façon dont les individus s'approprient ces informations et plus largement utilisent les ressources dédiées à la santé. Les professionnels de santé sont confrontés à ce nouveau partage des savoirs et de nouvelles modalités de communication avec le patient (Thoër & Lévy, 2013). Celui-ci a accès à une information qui lui était distante jusqu'alors, qu'il peut faire valoir auprès des professionnels de santé amenant à une expertise ainsi partagée. Pour ces derniers, cela peut complexifier le processus de consultation mais aussi les modalités de recours au système de santé. Toutefois, comme le précisent Thoër et Lévy, « *si Internet est une ressource de plus en plus mobilisée par les individus qui recherchent de l'information sur la santé, les individus ne souhaitent pas pour autant se passer de l'expertise médicale* » (2013, p.2).¹⁴⁰

¹⁴⁰ Lévy, J.J., & Thoër, C. (2013). Diversité des usages santé d'Internet et enjeux de communication. *Communiquer, Revue Internationale Communication Sociale et Publique*, (10), pp. 1-4.

2.3. La médiation et la construction de savoirs sur l'alimentation-grossesse

L'alimentation-grossesse va se développer au sein des programmes d'enseignement des professionnels et devenir un sujet à enseigner aux femmes enceintes. Tout au long du XIX^e siècle, l'éducation alimentaire consiste à former à une alimentation saine. L'étude de l'hygiène alimentaire se rapporte notamment à la reconnaissance des aliments avariés (science de la conserve), les viandes dangereuses (parasitisme, germes infectieux), les falsifications alimentaires responsables d'empoisonnement. L'une des « leçons d'hygiène de la nourriture » consiste à veiller à la qualité, la fraîcheur, la cuisson appropriée des aliments (Csergo, IFN, 2008). Cette « éducation alimentaire » est dispensée par un État qui substitue à l'ignorance et à la négligence des familles, son action éclairée et médicalisante.

De nos jours, la nutrition semble abordée dans les cursus de formation médicaux mais plutôt sous l'angle de la pathologie, qu'il s'agisse des maladies métaboliques (diabète, obésité, etc.) ou des risques infectieux (toxoplasmose, listériose, salmonellose). Cela nécessite alors de la part des professionnels d'élaborer pour leur pratique professionnelle une vision transversale et globale des conseils alimentaires nécessaires à délivrer lors des consultations de grossesse.

2.3.1. Un savoir enseigné au corps médical

En 1965, un rapport de l'OMS sur la nutrition pendant la grossesse et l'allaitement préconise une éducation alimentaire qui devrait commencer dans les consultations prénatales et les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et être renforcée par des visites à domicile. Ce même rapport démontre la prise de conscience de l'importance de la nutrition pendant la grossesse par l'intégration de l'enseignement de diététique pour les médecins et les sages-femmes. Si cette prise de conscience (des femmes enceintes et allaitantes) n'existe pas ou si, dans le cas le plus favorable, elle laisse à désirer, c'est parce que la diététique, selon l'OMS, n'a pas une place suffisante dans l'enseignement donné aux étudiants en médecine ou même aux diplômés qui suivent des cours de spécialisation. Le savoir expert des professionnels doit se construire lors de leur formation initiale, savoir qu'ils pourront ensuite enrichir ou modifier tout au long de leur parcours professionnel, grâce aux documents de synthèse de l'état actuel des connaissances, établis par des agences et instances sanitaires, les formations continues proposées et l'expérience acquise.

Pour Michel Foucault, le savoir constitue un « *ensemble d'éléments, formés de manière régulière par une pratique discursive et qui sont indispensables à la constitution d'une science* ». Il définit le savoir de la médecine clinique comme « *l'ensemble des fonctions de regard, d'interrogation, de déchiffrement, d'enregistrement, de décision, que peut exercer le sujet du discours médical* » (1969 [rééd. 2008], p.238).¹⁴¹ Ce savoir s'exprime dans le cadre du colloque singulier entre le soignant et le soigné. Le terme de *colloque* est ainsi utilisé pour qualifier le processus de « *parler avec l'autre de ce qui ne va pas [...] et des moyens à mettre en œuvre ensemble, pour que le retour à l'état de santé soit le plus rapide et le plus complet possible* », ce qui peut s'étendre à la préservation de l'état de santé, particulièrement adapté à la grossesse et le terme de *singulier* montrant le caractère unique de ce dialogue. Comme le

¹⁴¹ Foucault, M. (2008). *L'archéologie du savoir* (rééd. [1^{ère} éd. 1969]). Gallimard.

soulignent certains auteurs : « *La communication médicale est ici colloque singulier* » (Ogrizek et al., 1996, pp.39-40).¹⁴²

Michel Foucault, dans sa leçon du 15 février 1984, précise que lorsqu'on est médecin :

On s'occupe de quelqu'un, on le soigne s'il est malade, on veille à son régime pour qu'il ne soit pas malade, on lui prescrit les aliments qu'il doit prendre, ou les exercices qu'il doit accomplir, [...] aussi on lui indique quelles sont les actions qu'il doit faire et celles qu'il doit éviter, [...] on l'aide à découvrir quelles sont les opinions vraies qu'il faut suivre et les opinions fausses [...] c'est [ce] par quoi on le nourrit de discours vrais. (2009, p.101)¹⁴³

C'est dans le cadre de la consultation de grossesse que l'échange d'informations domine. L'information nutritionnelle délivrée se fait majoritairement à l'initiative du professionnel de santé (Lambert, 2016). Lors des consultations prénatales, le professionnel de santé, médecin ou sage-femme, transmet, sous formes d'informations vulgarisées, son savoir scientifique. Pour Jean Meyriat, « *l'information est une connaissance communiquée. Pour celui à qui elle est communiquée elle représente donc un accroissement de connaissance* » (Meyriat, 1981, cité dans Couzinet, 2001, p.161).¹⁴⁴ Le savoir est ainsi « *un ensemble structuré de connaissances durables, reconnues socialement, qui s'enrichit cumulativement et qui présente une certaine stabilité par la possibilité d'utilisation à des moments différents* » (Gardiès, 2014, p.128).¹⁴⁵

Le professionnel de santé, médecin ou sage-femme, dispose de ce savoir spécialisé sur les précautions alimentaires. Il est perçu comme le prescripteur le plus crédible pour répondre aux préoccupations des femmes enceintes (Bianchi, 2017). Pour accompagner la patiente dans des choix éclairés, il doit transmettre ces informations et l'éducation nutritionnelle adaptée au décours du suivi prénatal des femmes, en s'appuyant sur des guides comme celui proposé par la HAS en 2005¹⁴⁶. L'éducation nutritionnelle a toute sa place au cours de la grossesse pour contribuer à modifier les comportements et choix alimentaires jugés inadaptés et porteurs de danger pour la santé de la future mère et de son enfant. Cela participe à aider la femme enceinte à comprendre les conséquences des maladies infectieuses sur sa grossesse et faire des choix éclairés.

2.3.2. Un savoir médical dicté aux femmes

Pour l'OMS, tous les moyens doivent être mis en œuvre pour éduquer la femme (1965). Certains ouvrages à destination des femmes évoquent très tôt ces maximes médicales, comme le montre la brochure *La femme enceinte* du Dr Paul Morin qui insiste dès son introduction sur « *ce que la femme enceinte doit faire et ce qu'elle ne doit pas faire au cours de sa grossesse* » (1947).¹⁴⁷ Au-delà de l'éducation alimentaire au cours des consultations prénatales, l'OMS recommande de « *donner des conseils individuels, d'organiser des conférences, des discussions et des démonstrations avec la participation des femmes enceintes [...]. Il peut être indiqué aussi*

¹⁴² Ogrizek, M., Guillery, J.-M., & Mirabaud, C. (1996). *La communication médicale*. Que sais-je ? Presses universitaires de France.

¹⁴³ Foucault, M. (2009). *Le courage de la vérité. Le gouvernement de soi et des autres II. Cours au Collège de France. 1984*. Hautes études. Éditions du Seuil.

¹⁴⁴ Couzinet, V. (2001). *Jean Meyriat, Théoricien et praticien de l'information-documentation*. ADBS éditions.

¹⁴⁵ Gardiès, C. (2014). Lecture et appropriation de l'information : enjeux d'un dispositif pédagogique de médiation des savoirs. *PontodeAcceso*, 8(2), 124-139.

¹⁴⁶ Pour rappel, guide destiné aux professionnels de santé : *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* (HAS, 2005)

¹⁴⁷ Morin, P. (1947). *La femme enceinte*. Éditions Tiranty.

d'entreprendre une action éducative par la voie de la radio, de la télévision et de la presse » (1965).¹⁴⁸

L'entrevue médicale entre le professionnel de santé et le patient amène ainsi à une rencontre entre deux personnes provenant de milieux sociaux et culturels souvent différents. Elle s'inscrit dans une démarche de médecine communautaire et de prévention, entre deux personnes ayant un rapport différent au savoir médical. La consultation prénatale est régie par des recommandations générales qui s'adressent de la même façon à toute la communauté de femmes enceintes. Malgré sa dimension de santé publique, celle-ci reste axée sur l'entretien individuel. Ces temps d'échanges vont participer à l'acquisition de connaissances indispensables lors de toute stratégie préventive visant une amélioration de la santé périnatale et s'inscrivent dans le cadre de la prévention dite primaire (Delvoye, 2009a).

Cette prévention primaire définie comme toute action visant à diminuer l'incidence de la maladie est mise en œuvre en « amont » de la maladie. Le rôle du professionnel de santé sera de guider la future mère et le futur père dans leurs choix en leur donnant toutes les informations nécessaires. Les actions peuvent porter soit sur l'environnement (éviter de rentrer en contact avec des agents toxiques : tabac, alcool, lait cru, viande non cuite) soit sur la patiente elle-même (vaccination, supplémentation en acide folique, etc.). L'une des dimensions de la consultation prénatale est de diminuer au maximum voire d'abolir les risques pour la santé de la mère et de l'enfant, tant en termes de morbidité que de mortalité (Delvoye, 2009a). Les femmes devant adopter précocement les bonnes pratiques hygiéno-diététiques, le professionnel doit leur transmettre ces informations au plus tôt dans la grossesse, durant le 1^{er} trimestre. Les informations qu'ils délivrent sur l'alimentation ont plus d'impact pendant la grossesse que les autres sources d'information des femmes (Nouira et al., 2015).

Toutefois, l'évolution de la démographie des professionnels de la périnatalité va influencer sur ces temps de consultation. La diminution du nombre de gynécologues médicaux observée en France peut ainsi se répercuter sur l'activité des gynécologues-obstétriciens. Les temps de consultation se voient alors limités et observés à moins de 20 minutes. Selon l'enquête nationale périnatale de 2016, presque deux tiers des femmes enceintes réalisent leur suivi prénatal durant les 6 premiers mois auprès d'un gynécologue-obstétricien. Dans la région Bourgogne-Franche-Comté, cette diminution de gynécologues médicaux est également effective. De plus, la densité des professionnels gynécologues-obstétriciens (libéraux, salariés et mixtes) est inférieure à celle de la France (5,8 vs 7,2/100 000 habitants) au 01/01/2018 (Source Insee).

Les restructurations touchent également la profession de sages-femmes. En France, le nombre de sages-femmes a augmenté, avec une part croissante d'installations en libéral. Actuellement, moins d'un quart des femmes sont suivies par une sage-femme dont seulement 8,5% par une sage-femme libérale. Lors d'un suivi en libéral, les temps de consultation peuvent tourner autour de 30-40 minutes. Ces évolutions peuvent ainsi amener à une diversité de l'offre périnatale, permettant de répondre aux besoins des femmes enceintes, notamment lors des consultations de grossesse. Caroline Desprès pointe une particularité dans la relation entre la femme enceinte et la sage-femme vis-à-vis de la transmission des savoirs. Elle s'inscrit d'une part dans un cadre de consultation médicale, autour d'un savoir expert, sur la physiologie de la grossesse, de la prévention et du dépistage de maladies spécifiques. D'autre part, même si

¹⁴⁸ Organisation mondiale de la santé. (1965). *La nutrition pendant la grossesse et l'allaitement. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS*. Série de Rapports techniques N°302.

quelques hommes exercent cette profession, ce temps d'échanges repose sur la transmission d'un savoir expérimental, un savoir de femmes (2010).

2.3.3. Une quête d'informations des femmes

Si l'alimentation présente un intérêt pour une grande proportion de Français, celui-ci est plus marqué pour les femmes, notamment dans le cadre de la parentalité. Les habitudes alimentaires, problématique individuelle, doivent s'appuyer sur une information personnalisée tenant compte des contraintes de vie et de la culture de la personne. Le décalage entre une information globale, souvent réduite du fait des temps de consultation de plus en plus limités et le besoin de conseils personnalisés qu'elles vont rechercher dans d'autres médias conduisent les femmes à une incompréhension susceptible de limiter les comportements protecteurs pour la santé de leur enfant.

En effet, de nombreuses sources d'information sont facilement accessibles aux femmes enceintes (sites, forums internet, réseaux sociaux, télévision, presse), avec des contenus variables en qualité. Elles vont être amenées à chercher de l'information par elles-mêmes dans ces médias et également dans leur réseau social. Les femmes enceintes naviguent entre les différents conseils reçus de la part des professionnels, ami(e)s, famille et via les sources numériques. En 2015, les femmes enceintes avaient recours à leur professionnel de santé, leur entourage ainsi qu'à l'internet, selon Nouira et al., pour s'informer sur leur grossesse. Elles utilisaient également plus des forums si elles avaient une perception pathologique du déroulement de leur grossesse. Pour rechercher des conseils alimentaires, presque la moitié des femmes utilisaient l'internet, notamment auprès de sites non labellisés. Il n'est pas toujours aisé de s'y retrouver dans la pléthore d'informations contenues dans les médias (Kivits, 2008). Leur difficulté peut reposer sur une incompréhension liée à un excès d'informations ou au contraire à des informations parcellaires ou non hiérarchisées.

Au-delà de l'environnement médiatique, la sphère sociale (conjoint, famille, amis) contribue à modifier leur représentation des risques infectieux alimentaires et peut affecter la capacité de la femme à maintenir une alimentation adaptée (Bowden & Manning, 2017). L'appréhension de ces informations alimentaires varie vraisemblablement en fonction des bouleversements inhérents à la grossesse, de l'environnement de ces femmes enceintes, des sources d'information et de la façon dont les risques sont abordés. Ainsi, la problématique de la polyphonie et de la cacophonie informationnelle limite la bonne compréhension des recommandations et l'adoption chez les femmes enceintes de pratiques alimentaires favorables à leur bien-être et celui de leur futur enfant (Bianchi, 2017).

C'est ainsi que la construction et la diffusion des savoirs ne peuvent être pensées sans tenir compte de l'ensemble des phénomènes de coopération :

Le partage des savoirs, quant à lui, ne peut être appréhendé qu'inscrit dans un environnement ou un contexte qui lui offre des possibilités de réalisation et lui impose certaines contraintes. Il apparaît, dès lors, nécessaire d'identifier et d'analyser ces différentes contraintes, de nature sociale, économique, culturelle, et les modalités de diffusion et de partage des savoirs qu'elles déterminent. (Metzger, 2004 [rééd. 2016], p.11)¹⁴⁹

¹⁴⁹ Metzger, J.-P. (dir.). (2016). *Médiation et représentation des savoirs*. (rééd. [1^{ère} éd. 2004]). L'Harmattan.

CHAPITRE 3.

Cadre conceptuel et méthodologie de la recherche

Nous avons ambitionné d'étudier les pratiques d'information et de communication des professionnels et des femmes enceintes vis-à-vis des recommandations sur les risques infectieux alimentaires. Dans ce chapitre, nous expliquerons nos questions de recherche, nos objectifs et le choix de notre méthodologie.

Comme évoqué dans les deux premiers chapitres, afin d'assurer le bon développement de la grossesse, un suivi médical et un accompagnement des femmes se mettent en place très tôt, dès la découverte de la grossesse. Les femmes enceintes doivent adopter de nouveaux comportements alimentaires, notamment pour limiter les risques infectieux (toxoplasmose et listériose) et de nombreuses sources d'information sur ces précautions sont à leur disposition, telles que les professionnels de santé, l'environnement social et les médias.

Lors de la consultation prénatale, les échanges d'informations sont indispensables et font partie du rôle des professionnels de santé. Cette démarche médicale suppose une transmission de savoirs de la part des professionnels sous la forme d'une vulgarisation de savoirs scientifiques, élaborés et construits au cours de leur formation initiale et de leur expérience (Membrado, 1993). Du fait de temps de consultation restreints, les échanges restent limités et cette transmission peut se faire de façon partielle (Elmore et al., 2016 ; DREES, 2019). Par ailleurs, les messages délivrés par les professionnels sont alimentés par l'état des connaissances scientifiques et leur représentation du risque alimentaire, notamment liée à leur savoir expérientiel. L'importance qu'ils accordent aux risques infectieux alimentaires peut impacter la priorisation donnée dans leur discours lors des consultations, comme le constatent Coulomb et al. face au risque alcool chez la femme enceinte (2019). Et par conséquent, cela pourrait influencer sur la propre perception des femmes et l'importance à accorder à ces risques.

Au cœur des consultations de grossesse, deux savoirs seront en présence : le savoir médical, expert, et le savoir des femmes enceintes, profane. Ce dernier va s'appuyer sur les informations de santé transmises par les médias et l'entourage. En effet, les femmes enceintes peuvent alors se tourner vers les femmes de leur entourage ayant une expérience de maternité. Les connaissances en matière de santé se transmettent au sein du cercle familial ou amical, par l'observation et la reproduction des comportements (Renahy, 2012). Les femmes peuvent aussi choisir de rechercher des informations sur les sources numériques (internet et réseaux sociaux) lorsqu'elles en ont la possibilité ou les capacités. En effet, la recherche d'informations sur la

santé s'affiche maintenant comme un processus complexe marqué par la présence d'allers-retours entre différentes sources incluant l'entourage, les professionnels de santé et les médias grand public (Thoër & Lévy, 2012).

Ces médiations de l'information-santé apparaissent ainsi avec l'intensification de l'Internet-santé qui peut favoriser une participation plus active des personnes/usagers. La contribution à la construction de savoirs repose aussi sur l'un des usages de l'internet-santé : l'utilisation des forums et l'échange d'expériences. De nombreux groupes destinés aux femmes enceintes existent sur le web social. Ces pratiques permettent aux internautes d'échanger de manière asynchrone avec d'autres personnes vivant des problématiques similaires. Ces échanges entre pairs se développent ainsi avec des personnes non intégrées au réseau familial ou amical. Cela crée une nouvelle forme de lien social et réseau d'appartenance. Aux témoignages d'expérience, s'ajoute une vulgarisation de l'information médicale, faisant émerger une autre forme d'expertise, non remise en question par les modérateurs, qui se limite à la suppression de messages insultants ou racistes (Kivits, 2012). La construction du savoir des femmes enceintes se nourrit de ces différentes sources d'information et des processus interactionnels associés.

Les habitudes alimentaires pendant la grossesse peuvent ainsi évoluer en fonction de l'élaboration de ce savoir profane. Par ailleurs, différents facteurs (conditions de vie, expériences antérieures personnelles et familiales, capacités d'adaptation, estime de soi, degré de projection dans l'avenir), participent à la construction des préoccupations des patientes et de leurs représentations des normes de santé qui peuvent ainsi différer d'une personne (ou groupe social) à l'autre (Renahy, 2012). Cette multitude d'informations combinée à la difficulté d'identifier les plus fiables ainsi qu'à la représentation du risque alimentaire peuvent limiter l'adoption de comportements favorables à la santé.

Un certain nombre d'études ont cherché à évaluer le niveau de connaissance des femmes sur les risques infectieux alimentaires et d'appropriation des règles hygiéno-diététiques ainsi que les sources d'information utilisées. Mais, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à l'ensemble de la chaîne de construction de savoirs des femmes enceintes intégrant à la fois la construction des messages de prévention des professionnels et le réseau social des femmes. Nous allons questionner ainsi la médiation des savoirs qui peut se définir comme « *l'ensemble des processus médiatiques et interactionnels qui concourent à la construction, au partage, à la diffusion voire à la confrontation de connaissances socialement institutionnalisées* » (Bonnet & Galibert, 2016).¹⁵⁰ En effet, les processus de médiations permettant aux savoirs sur les précautions alimentaires pendant la grossesse, d'émerger, de s'élaborer, de se partager, de se confronter restent peu étudiés. La compréhension des pratiques informationnelles et communicationnelles est essentielle pour identifier les différents discours de prévention nutritionnelle, en cerner les limites, les lacunes, et ainsi donner des pistes pour optimiser l'information des femmes enceintes. Cela permet ainsi d'adapter les outils et modalités d'information et favoriser leur impact en termes de changement de comportement.

Nous allons dans un premier temps définir le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit notre démarche puis la méthodologie employée à chaque étape de notre travail.

¹⁵⁰ Bonnet, J., & Galibert, O. (2016). Organisations et savoirs : quelles médiations ? *Communication & Organisation*, (49), pp. 5-17.

3.1. Le cadre conceptuel

Après avoir précisé les termes d'information et de communication largement utilisés tout au long de ce travail et mis en rapport avec des notions de connaissance et de savoir, nous évoquerons les concepts de dispositif, de médiation et de réflexivité. Comme l'évoquent certains auteurs, « *la compréhension d'une situation de communication et des médiations qui la composent peut prendre appui sur l'analyse d'un dispositif* » (Appel, Boulanger & Massou, 2010, p.15).¹⁵¹

En effet, cette thèse repose sur l'étude des dispositifs d'information et de communication qui se nouent autour de l'alimentation-grossesse, qui mobilisent des normes en santé et dans lesquels sont sous-jacents les rapports savoir-pouvoir. Nous nous appuyerons sur le concept de dispositif, marqué par l'énonciation qu'en a faite Michel Foucault, et qui constitue également un socle d'analyse des usages.

3.1.1. L'information et la communication

L'information définie par ses contenus, exprimés par n'importe quel moyen langagier, « *devient un apport pour celui qui le recherche, le reçoit ou l'obtient [et elle] apporte au récepteur un contenu nouveau, dans la mesure où elle est comprise et acceptée grâce à un langage quel qu'il soit* ». Celle-ci va provoquer en retour « *l'émission de nouvelles données dans les mêmes conditions de compréhension, on peut alors parler de communication* » (De Vecchi, 2005, p.90).¹⁵²

À la différence de l'information, qui a une diffusion unidirectionnelle, la communication est au moins bidirectionnelle. Et comme l'explique cet auteur, il est peu probable que l'on puisse parler de communication si les protagonistes n'ont pas en commun une « zone d'échange » dans laquelle la communication se produit. Si sa racine latine *communicare* signifie « mettre en commun » ou « partager », au fil des siècles, on s'est éloigné de ce sens premier et « communiquer » se rapproche de « transmettre ». Cependant, la conception de la communication n'est pas qu'une simple transmission de messages, elle présente une dimension de transmission de contenus et une dimension relationnelle (rapports établis entre les interlocuteurs dans la relation communicationnelle) (Capucho, 2003). Les travaux portant sur la psychologie de la communication expliquent que les informations échangées, les relations affectives développées conduisent « *à la création d'un système dans lequel chacun a un statut et joue un rôle* » (Najab, 2003, p.19).¹⁵³ Les échanges communicationnels au sein d'un groupe aboutissent à la création de normes de comportement voire de pensée. Cette dynamique aboutit à une pression à la conformité sociale, et cela s'observe aussi dans la société. Selon Fayçal Najab, « *au-delà des groupes, des normes de comportement et de pensée (des valeurs) existent dans l'ensemble de la société, et les membres de celle-ci s'y conforment également, de manière consciente ou non, délibérée ou subie* ». Toute communication peut influencer sur l'évolution des opinions, attitudes ou comportements. L'un des processus décrit, la dissonance cognitive,

¹⁵¹ Appel, V., Boulanger, H., & Massou, L. (2010). Dispositif[s] : discerner, discuter, distribuer. Dans V. Appel, H. Boulanger & L. Massou (dirs), *Les dispositifs d'information et de communication. Concept, usages et objets*. De Boeck.

¹⁵² De Vecchi, D. (2005). Information. Dans Commission nationale française pour l'Unesco. *La « société de l'information » : Glossaire critique*. La documentation française.

¹⁵³ Najab, F. (2003). Psychologie de la communication. Dans E. Maigret (dir.), *Communication et médias* (pp17-22). Les notices de la documentation française.

intervient lorsqu'une information reçue vient contredire sa croyance, son opinion ou son comportement. Pour réduire ce phénomène, les réactions s'orientent vers le déni de l'information (comme si l'on n'en avait pas eu connaissance), le rejet conscient (mise en doute de la crédibilité de l'information) ou l'acceptation modifiant ce que l'on pensait antérieurement. L'intégration de ces informations dans la vie quotidienne demeure sous l'influence des acteurs en santé, de l'environnement social mais aussi médiatique, qui transmettent une profusion de messages en matière de santé.

Les moyens de communication se sont digitalisés depuis les années 2000 et le web interactif est devenu un lieu d'échange et de partage. Les médias sont devenus des sources importantes de socialisation, d'influence sociale et d'accentuation des normes sociales (Renaud, 2007). Pour certains auteurs, « *l'utilisateur ne consomme plus seulement l'information, il en devient également le producteur, dont il va ensuite partager le contenu* » (Oliveri et al., 2019, p.79).¹⁵⁴ L'internet peut être pensé comme un espace et non uniquement comme un média car la stratégie digitale suppose de créer des circulations jusqu'à ces lieux. L'internet met à disposition une diversité de lieux d'expression et d'échanges. Ces auteurs font le parallèle entre les forums et les salons et cafés qui regroupaient des communautés ou groupes d'individus partageant les mêmes centres d'intérêts ou souhaitant discuter ou débattre sur différents sujets. L'essor des réseaux sociaux numériques, tels que *Facebook* et *Twitter*, permettent une facilité de prise de parole avec une praticité dans l'accès et l'utilisation. Cela vient questionner la contribution des médias et des internautes dans le partage des normes en matière de santé, notamment pendant la grossesse.

3.1.2. Le dispositif, notion et concept

Michel Foucault a utilisé ce terme dans diverses acceptions « dispositif médico-légal », « dispositif d'internement », « dispositif sécuritaire », « dispositif sanitaire », etc., sans que l'auteur n'en définisse à chaque fois pleinement le sens.

Si le terme de dispositif peut renvoyer à une « notion » plutôt consensuelle reprise sous les termes de réseau, connexions, techniques, programmes, mécanisme, machines, etc., il s'inscrit également comme « concept », défini par Isabelle Gavillet comme « *subversif de par sa problématisation en termes de stratégies et tactiques de pouvoir* » (2010, p.18).¹⁵⁵

L'usage du terme « dispositif » est soumis au mode d'appropriation qui en est fait, lié à la polysémie de ce terme et fait l'objet de nombreuses interprétations, voire de certaines distorsions. En effet, de nombreux chercheurs en sciences humaines et sociales s'aventurent à citer Michel Foucault pour introduire le concept de « dispositif ». Cependant comme le souligne Isabelle Gavillet, selon les époques, sous un même « mot », la désignation, unique, reprend pourtant des concepts bien différents (2010).

La définition du concept foucauldien, largement mobilisée par les chercheurs, s'appuie notamment sur une citation datant de 1977 :

Un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés

¹⁵⁴ Oliveri, N., Tuillier, M., & Mesrobian, E. (2019). *L'internaute reprend le pouvoir. Les nouveaux défis de la communication digitale*. L'Harmattan.

¹⁵⁵ Gavillet, I. (2010). Chapitre 3. Michel Foucault et le dispositif : questions sur l'usage galvaudé d'un concept. Dans V. Appel, H. Boulanger, & L. Massou (dirs.), *Les dispositifs d'information et de communication. Concepts, usages et objets* (pp. 17-38). De Boeck Supérieur.

scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques ; bref : du dit aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments. (Foucault, 1977)¹⁵⁶

Cette référence, convoquée en une seule citation, tend selon Isabelle Gavillet, à vider le concept de dispositif de son fondement heuristique, en niant sa généalogie. Comme elle le souligne, ce court extrait érigé au rang de définition n'est qu'une partie de la problématique exposée par l'auteur. La trajectoire de ce terme tout au long de ses œuvres montrent la démarche réflexive de cet auteur sur ce concept. Même si nous allons apporter quelques précisions, en relatant quelques extraits, cette version restera incomplète et nous ne toucherons qu'une partie de la formulation du concept foucauldien, à laquelle s'ajoutera l'éclairage d'autres auteurs.

Deuxièmement, ce que je voudrais repérer dans le dispositif, c'est justement la nature du lien qui peut exister entre ces éléments hétérogènes. Ainsi, tel discours peut apparaître tantôt comme programme d'une institution, tantôt au contraire comme un élément qui permet de justifier et de masquer une pratique qui, elle, reste muette, ou fonctionner comme réinterprétation seconde de cette pratique. [...]

Troisièmement, j'entends par dispositif, j'entends une sorte – disons – de formation, qui à un moment historique donné, a eu pour fonction majeure de répondre à une urgence. Le dispositif a donc une fonction stratégique dominante. [...] (Foucault, 1977, pp.62-63).¹⁵⁷

Aux éléments discursifs s'ajoutent des éléments non discursifs comme les pratiques et les institutions.¹⁵⁸ Dans l'analyse qu'il fait du concept de dispositif, Michel Foucault insiste sur sa nature stratégique et précise ainsi que « *le dispositif est donc toujours inscrit dans un jeu de pouvoir, mais toujours lié aussi à une ou des bornes de savoir, qui en naissent mais, tout autant, le conditionnent.* » (Foucault, 1994 [rééd. 2017], p.300)¹⁵⁹ Par la production de savoir, qu'il nomme *épistémè*¹⁶⁰, le dispositif demeure normalisateur. Cela sous-tend « *un cadre normatif des conduites acceptables et recommandées que le sujet intériorise lorsqu'il s'y implique entièrement* » (Larroche, 2018, p.82).¹⁶¹

Pour Giorgio Agamben, le dispositif foucauldien renvoie ainsi à « *une économie c'est-à-dire à un ensemble de praxis, de savoirs, de mesures, d'institutions dont le but est de gérer, de gouverner, de contrôler et d'orienter – en un sens qui se veut utile – les comportements, les gestes et les pensées des hommes* » (Agamben, 2014, p.28).¹⁶² Mais au-delà du « *contrôle aussi bien des corps que des esprits* » visé par le dispositif, Beuscart et Peerbaye soulignent le rôle primordial des réseaux hétérogènes dans la production des savoirs, pointé par Michel Foucault (2006).

En retraçant la généalogie du terme et les occurrences dans l'œuvre de Michel Foucault, Isabelle Gavillet en relève différentes périodes significatives, d'un point de vue terminologique et conceptuel (2010). De 1976 (date à laquelle le dispositif est identifié comme concept) à 1977, ce terme désignerait une technique de pouvoir, en lien avec une technique de savoir, et que le

¹⁵⁶ Foucault, M. (1977). « Le jeu de Michel Foucault » (entretien avec D. Colas, A. Grosrichard, G. Le Gaufey, J.Livi, G. Miller, J. Miller, J.-A. Miller, C. Millot, G. Wajeman). *Ornicar ? Bulletin Périodique du champ freudien*, (10), pp. 62-93.

¹⁵⁷ Op. cit.

¹⁵⁸ Pour Michel Foucault, « *ce qu'on appelle généralement " institution ", c'est tout comportement plus ou moins contraint, appris. Tout ce qui, dans une société, fonctionne comme système de contrainte, sans être un énoncé, bref, tout le social non discursif, c'est l'institution* » (« Le jeu de Michel Foucault », 1977, pp.62-63).

¹⁵⁹ Foucault, M. (2017). *Dits et écrits, 1976-1988. Volume 2* (rééd. [1^{ère} éd. 1994]). Gallimard.

¹⁶⁰ Par *épistémè*, Michel Foucault entend « *l'ensemble des relations pouvant unir, à une époque donnée, les pratiques discursives qui donnent lieu à des figures épistémologiques, à des sciences, éventuellement à des systèmes formalisés* » (Archéologie du savoir, 1969 [rééd. 2008], p.250).

¹⁶¹ Larroche, V. (2018). *Le dispositif, un concept pour les sciences de l'information et de la communication*. ISTE éditions.

¹⁶² Agamben, G. (2014). *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Payot & Rivages.

pouvoir se construirait dans le jeu de l'élaboration du savoir, à travers le discours. À partir de 1977, le concept de dispositif dépasse cette notion de discours et aurait pour Michel Foucault une finalité de sécurité, repris sous les termes de « dispositif sécuritaire », « dispositif sanitaire », notamment lorsqu'il analyse le dispositif de la sécurité sociale et de l'hôpital.

Le terme de « dispositif » s'est progressivement installé dans le lexique commun des sciences sociales, dont les mobilisations comme concept sociologique s'écartent progressivement des connotations normatives évoquées par Michel Foucault.

Comme le souligne Yves Jeanneret :

La notion de dispositif, héritée de Michel Foucault, tend à décrire un ordre social où s'exerce, par le discours et par le regard, un contrôle des corps, alors que les débats contemporains en sémiotique (science des signes) tendent au contraire, à faire du dispositif un ensemble de conditions de la communication qui, loin de la contraindre strictement, ne prennent tout leur sens qu'interprétés et appropriés par les acteurs sociaux : si bien que, derrière le terme commun de dispositif, peuvent se cacher des conceptions assez différentes, voire opposées, du rôle de l'information et de la communication dans la société. (2005a, p.51)¹⁶³

Pour Beuscart et Peerbaye, « le dispositif » et son héritage foucauldien, en entrant dans le vocabulaire de la sociologie des sciences et techniques, ont permis notamment d'appréhender les assemblages socio-techniques qui émergent avec le développement des outils informatiques et d'internet. Ces dispositifs socio-techniques renvoient à des interactions, des processus d'échanges d'information, associés à une construction collective de sens (Appel & Heller, 2010). Beuscart, et Peerbaye estiment que « la théorie foucauldienne du dispositif se prolonge et se renouvelle à travers la tradition sociologique » (2006)¹⁶⁴, initiée par certains auteurs dont Madeleine Akrich :

Les dispositifs techniques ne nous permettent pas seulement de démultiplier nos possibilités d'action et d'interaction, ils sont devenus aussi des moyens par lesquels nous accédons à des formes de connaissance sur nos propres actions et leurs conséquences, sur notre environnement, sur le monde que nous composons ensemble, techniques incluses. (2010)¹⁶⁵

L'usage qui est fait de ce terme peut ainsi ramener à une nature plus catégorielle que conceptuelle puisque, ne fonctionnant que rarement isolément, il est soumis à un processus de qualification (médiatique, communicationnel, managérial, numérique, etc.) (Appel, Boulanger & Massou, 2010).

Dans le domaine de l'information et de la communication, « c'est le terme le plus couramment employé pour désigner l'ensemble des substrats matériels de la communication » (Jeanneret, 2005a, p.50).¹⁶⁶ Cette notion sous-tend une organisation, des ressources et des savoir-faire techniques, des cadres pour l'intervention et l'expression. Cette vision permet de dépasser une communication réduite à une relation, au contenu ou aux signes, en intégrant l'intervention des acteurs, les ressources matérielles et techniques, les circuits de l'information et leurs effets.

De ce fait, le dispositif est souvent associé à l'analyse des processus de médiation, « qui permet notamment d'associer l'étude des supports médiatiques et technologiques à celle des enjeux et acteurs de situations sociales particulières » (Appel, Boulanger & Massou, 2010, p.9). La technicisation de nos environnements et notamment dans les usages numériques a conduit à une

¹⁶³ Jeanneret, Y. (2005a). Dispositif. Dans Commission française pour l'UNESCO. *La « société de l'information » : glossaire critique* (pp.50-51). La documentation française.

¹⁶⁴ Beuscart, J., & Peerbaye, A. (2006). Histoires de dispositifs : (introduction). *Terrains & travaux*, 11(2), 3-15.

¹⁶⁵ Akrich, M. (2010). Retour sur « Comment décrire les objets techniques ? » *Techniques & Culture*, (54-55), 202-204.

¹⁶⁶ Op. cit.

utilisation croissante de la notion de dispositif. L'analyse s'est portée fréquemment sur les dispositifs médiatiques puisque les interventions des acteurs ont été progressivement médiatisées par des conditions matérielles et sociales.

Le poids des dispositifs d'information et de communication vient influencer les formes de communication. Dominique Wolton en décrit quatre dimensions : la communication directe, la communication médiatisée par les techniques, les normes et les valeurs qui la promeuvent, les symboles et les représentations qui animent les rapports sociaux (2005).

Appliquées aux organisations, les « activités communicationnelles » vont alors intégrer « *le traitement et la transmission d'informations, la production et la mobilisation de connaissances, la production d'un cadrage symbolique. Dans le même temps, elles ont une influence sur les dynamiques sociales d'ensemble, dont elles sont constitutives. Elles relaient des discours, des représentations sociales, mettent en œuvre des dispositifs qui influent sur les activités et sur les représentations individuelles.* » (Bouillon, Bourdin & Loneux, 2007, p.10)¹⁶⁷

Lorsque Jean-Pierre Meunier évoque les dispositifs dans lesquels la communication s'effectue, il précise que « *le concept de dispositif (avec tous ses aspects) peut servir de médiateur entre les schémas théoriques de la communication* » (1999, p.90).¹⁶⁸ Le dispositif communicationnel évoqué dans des domaines divers (spatial, temporel, affectif, relationnel, cognitif, sémiotique), présente au-delà de sa configuration dans l'espace et le temps, une composition sémiotique.

Certains auteurs qui convoquent effectivement dans leurs travaux la notion de médiation font appel à la dimension sémiotique du concept de dispositif en modifiant ainsi le rapport à la matérialité : « *Le dispositif est alors pensé comme un ensemble des conditions de la communication.* » (Appel & Heller, 2010, p.43).¹⁶⁹ Mais le dispositif peut aussi faire appel à l'organisation d'un groupe social et des relations qui en découlent et qui met en exergue des rapports de force. Sylvie Thiéblemont-Dollet souligne l'intérêt d'employer la notion de dispositif pour qualifier des comportements sociaux et des formes d'organisation d'un groupe social qui ne s'appuient pas forcément sur des objets techniques mais qui expriment pourtant des rapports de pouvoir. Elle évoque le « dispositif des régimes du proche » pour qualifier le lien entre différents regroupements d'individus qui partagent les mêmes expériences et établissent ou rejoignent des regroupements pouvant rester provisoires. Sortir du champ de l'instrumentalité pour étudier cette forme de dispositif du proche permet d'appréhender les formes de mobilisation collective (2010).

3.1.3. La médiation

Esquisse de la médiation dans la culture de la Grèce antique, « *la maïeutique a pour objectif de permettre à une personne d'exprimer les connaissances qui sont en elle et ainsi de réfléchir et d'agir* » selon les propos de Platon (Deschamps, 2018, p.11).¹⁷⁰ Après des évolutions, ce terme sous-tend la présence d'un tiers ou d'un intermédiaire, celui-ci prenant des formes diverses (corps, langage, discours, etc.). En plus de ces médiateurs, humains, on peut

¹⁶⁷ Bouillon, J.-L., Bourdin, S., & Loneux, C. (2007). De la communication organisationnelle aux « approches communicationnelles » des organisations : glissement paradigmatique et migrations conceptuelles. *Communication et organisation*, (31), pp. 7-25.

¹⁶⁸ Meunier, J.-P. (1999). Dispositif et théories de la communication : deux concepts en rapport de codétermination. *Hermès, La Revue*, 3(25), 83-91.

¹⁶⁹ Appel, V., & Heller, T. (2010). Dispositif et recherche en communication des organisations. Dans V. Appel, H. Boulanger & L. Massou (dirs), *Les dispositifs d'information et de communication. Concepts, usages et objets*. De Boeck.

¹⁷⁰ Deschamps, J. (2018). *La médiation. Un concept pour les sciences de l'information et de la communication*. ISTE éditions.

considérer les institutions, les normes et les codes. Le constat est posé, cette divergence n'appelle pas à une définition unique, partagée de tous de la médiation, concept pourtant au cœur des recherches en sciences de l'information et de la communication.

En premier lieu, elle se définit « *comme un mode de construction et de gestion de la vie sociale grâce à l'entremise d'un tiers, neutre, indépendant et sans autre pouvoir que l'autorité que lui reconnaissent les médiés qui l'auront choisi ou reconnu librement* » (Deschamps, 2018, p.9).¹⁷¹

La mission première de la médiation serait le rétablissement ou l'établissement de la communication. Pour Jean Caune, qui s'est entretenu avec Marie Thonon, ce concept permet de décrire et comprendre les relations entre les hommes et mais également des hommes aux groupes qu'ils constituent (Thonon, 2004).

Mais cette vision de la fonction de médiation a été largement critiquée. Comme le souligne Yves Jeanneret, « *Bourdieu aborde les médiations, non comme une transmission volontaire des idées, mais comme un processus d'intériorisation de normes et de comportements qui nous conduisent à adopter certaines pratiques comme si elles étaient naturelles* ». Cet auteur estime que l'on est passé « *d'une idée générale de la médiation à la compréhension d'un ensemble très divers de médiations* » (2005c, p.106).¹⁷²

Différents auteurs se sont intéressés aux pratiques permettant de faire circuler les idées et les savoirs dans la société ; les médiateurs (vulgarisateurs, bibliothécaires, journalistes, experts, etc.) prenant un rôle d'acteur plutôt qu'un intermédiaire. Jacqueline Deschamps décrit notamment les médiations communicationnelles qui abordent « *les questions de l'accès aux savoirs que ce soit par la communication scientifique ou par les médiations numériques* » et les médiations informationnelles (et spécifiquement la médiation documentaire qui met en relation le champ de l'information et celui du public) (2018, p.4).¹⁷³

Pour Françoise Bernard, les sciences de l'information et de la communication, avec la notion de médiation, redéfinissent le rapport individu-organisation en intégrant à ce couple, la technologie. Les logiques individuelles et inter-individuelles seraient alors pensées au travers de dispositifs (humains, technologiques et organisationnels) en interaction avec des logiques organisationnelles induites et interconstruites. Le lien entre technologique et social est pensé au travers de la notion de médiation, cette dernière étant mobilisée et associée à d'autres concepts : « *définir la médiation comme nouvelle figure transcendante de la communication interindividuelle, c'est aussi s'inscrire dans une filiation de pensée, celle de concepts associés : réseau-dispositif-médiation* » (2000, p.37).¹⁷⁴

Selon Dujol et Mercier, « *la médiation numérique des savoirs est une activité fondamentalement humaine, mais elle passe par des dispositifs socio-techniques* », qui « *vise donc à favoriser la rencontre entre des informations et des personnes par des dispositifs* » (2017, p.55).¹⁷⁵ L'approche de la médiation numérique des savoirs dépasse la simple transmission d'informations pour s'inscrire dans une construction de liens entre des usages et des besoins d'information, facilitant la transformation de l'information en connaissances.

¹⁷¹ Deschamps, J. (2018). *La médiation. Un concept pour les sciences de l'information et de la communication*. ISTE éditions.

¹⁷² Jeanneret, Y. (2005). Médiation. Dans Commission française pour l'UNESCO. *La « société de l'information » : glossaire critique* (pp. 105-107). La documentation française.

¹⁷³ Op. cit.

¹⁷⁴ Bernard, F. (2000). Le lien communicationnel en organisation. Dans C. Le Moëne (dir.), *La communication organisationnelle en débat* (pp. 25-46). Sciences de la société 50/51. Presses universitaires du Mirail.

¹⁷⁵ Dujol, L., & Mercier, S. (dirs). (2017). *Médiation numérique des savoirs. Des enjeux aux dispositifs*. Les Éditions ASTED.

Nous nous référerons essentiellement à l'approche de la médiation des savoirs, précédemment citée, énoncée par Bonnet et Galibert, « *l'ensemble des processus médiatiques et interactionnels qui concourent à la construction, au partage, à la diffusion voire à la confrontation de connaissances socialement institutionnalisées* » (2016).¹⁷⁶

3.1.4. Les notions de vulgarisation et de réflexivité

Ces réflexions sur les dispositifs de médiation des savoirs nous conduisent à vouloir appréhender les concepts de vulgarisation et de réflexivité qui en découlent.

La dimension scientifique d'un savoir passerait nécessairement selon Baudouin Jurdant par sa forme écrite. La curiosité des citoyens autour de la santé est majeure et s'observe si l'on s'attarde à la multitude d'ouvrages de vulgarisation tels que les articles santé dans les quotidiens d'information, les émissions télévisées, les articles web et de façon plus large, dans les différents moyens de communication de masse.

La vulgarisation scientifique peut être définie comme l'ensemble des moyens permettant à l'homme de satisfaire, en fonction du niveau particulier de ses connaissances et de ses aptitudes, sa légitime curiosité. Elle apparaît ainsi comme relevant de l'ensemble des faits de communication puisque, schématiquement, elle consiste à transmettre, à l'aide d'un certain discours, des faits, des idées ou des connaissances scientifiques. (Jurdant, 2020a, p.12)¹⁷⁷

La communication des sciences sous cette forme vulgarisée concerne très largement les sciences médicales. Comme le souligne cet auteur, « *la médecine, dont le jargon est pourtant l'un des plus complexes qui soient, est néanmoins un domaine hautement vulgarisable s'il faut en croire la fréquence des articles et le nombre de revues qui en traitent d'une manière exclusive* » (2020b, p.30).¹⁷⁸ La vulgarisation se donne essentiellement sous forme d'un texte avec des éléments lexicaux et un langage, reflets d'une vérité scientifique. C'est l'écriture qui permet en priorité aux scientifiques et aux vulgarisateurs professionnels de présenter la science aux non-spécialistes. Mais la vulgarisation aurait aussi pour objectif de « parler la science » : « *on peut alors comprendre que la vulgarisation soit apparue comme un mécanisme d'appropriation orale de la science, qui ne l'oublions pas, est d'abord et avant tout écrite.* » (Jurdant, 2006a, p.63)¹⁷⁹

Comme l'explique cet auteur, la vulgarisation s'exprime dans certains types de discours ayant comme fonction explicite, de transmettre un savoir basé sur des connaissances scientifiques et maintient un rapport social au savoir qui confirme les inégalités. Celle-ci s'inscrit dans un « *processus qui consiste à transmettre des connaissances par l'intermédiaire d'un discours, et qui engendre de lui-même la situation mettant en présence celui qui sait et celui qui ne sait pas* » (2020a, p.12).¹⁸⁰ Le médiateur transmet un message basé sur des connaissances scientifiques adapté au public auquel il s'adresse tandis que le profane est renvoyé à son statut d'ignorant (Heilmann, 2020). Mais comme le souligne Éric Heilmann à propos des écrits de

¹⁷⁶ Bonnet, J., & Galibert, O. (2016). Organisations et savoirs : quelles médiations ? *Communication et organisation*, (49), pp. 5-17.

¹⁷⁷ Jurdant, B. (2020a). Vulgarisation et enseignement scientifiques. Dans M. Faury & J. Le Marec (dirs.), *Le métier à penser. Tisser des textes avec Baudouin Jurdant* (pp. 11-18). Études des sciences et Histoire des techniques. Éditions des archives contemporaines.

¹⁷⁸ Jurdant, B. (2020b). Vulgarisation scientifique et idéologie. Dans M. Faury & J. Le Marec (dirs.), *Le métier à penser. Tisser des textes avec Baudouin Jurdant* (pp. 25-36). Études des sciences et Histoire des techniques. Éditions des archives contemporaines.

¹⁷⁹ Jurdant, B. (2006a). Parler la science ? Médiation et culture scientifique. *Alliage*, (59), pp. 57-63.

¹⁸⁰ Op. cit.

Baudouin Jurdant, un constat émerge : « *la vulgarisation scientifique ne produit pas les effets didactiques mis en avant par les médiateurs pour rendre compte de leurs activités.* » (2020, p.19)¹⁸¹ La vulgarisation serait utile, non pas en premier lieu aux profanes, mais aux scientifiques eux-mêmes.

Baudouin Jurdant, en reprenant les termes de Michel Crozon lors d'une conférence sur le thème « Pourquoi vulgariser ? » (Paris, 2001), « *Je vulgarise pour mieux comprendre ce que je fais* » introduit le lien entre vulgarisation et réflexivité (Jurdant, 2006a, p.57).¹⁸² Il définit en 2006 la réflexivité comme « *une prise de conscience ou une appropriation par réflexion, de ce que nous "faisons" quand nous "savons" quelque chose, quand nous "l'apprenons" ou quand, plus simplement encore, nous "l'exprimons"* », opérant à travers la parole (2006b).¹⁸³ La vulgarisation scientifique, bien loin de l'objectif affiché d'aider à faire comprendre à autrui ce que l'on sait, servirait à mieux comprendre sa propre pratique.

Par analogie, le colloque singulier entre le professionnel de santé, expert, amené à utiliser la vulgarisation scientifique et la femme enceinte, profane, vient mobiliser cette notion de réflexivité. En exposant des notions scientifiques vulgarisées, le professionnel sera soumis à un feedback de la part des femmes enceintes (formulation de ses idées et retours sur les discours médicaux énoncés). Cette réflexivité peut conduire les professionnels à mieux comprendre les messages de prévention exprimés et à adapter les messages prononcés lors des consultations suivantes, au fur et à mesure des questionnements/réponses des femmes enceintes. Cela traduit le caractère unique de l'échange au sein de ce colloque singulier.

Mais comme le précise Yves Jeanneret, « *chacun de nous est à certains égards savant et à d'autres ignorant* » (2016, p.21) et il n'est pas possible de restreindre la communication à un acte transitif, allant des savants vers les ignorants, selon le face-à-face construit par la vulgarisation. Malgré cela, il évoque la dimension instituante du partage de savoirs : « *Nos sociétés font en permanence le partage entre les savoirs, en légitimant certains, en disqualifiant d'autres, accordant aux uns et aux autres un statut et des régimes d'usage.* » (p.23)

Finalement, nous nous référons essentiellement à la communication des savoirs telle que définie par Yves Jeanneret. Cette communication vient occuper un espace politique, un espace institutionnel mais également social et médiatique convoquant des logiques de communication diversifiées sur les savoirs « légitimes ». Comme le souligne cet auteur, « *cette polyphonie amplifiée des discours sur la science engendre à la fois des effets de dissociation (des formes de communication plus diversifiées que celles de la vulgarisation classique) et des effets d'hybridation (un discours sur le savoir moins réservé à certains acteurs, à certains supports et à certaines formes d'expression).* » (2004 [rééd. 2016], p.25)¹⁸⁴

¹⁸¹ Heilmann, É. (2020). L'ignorance pour commencer, Dans M. Faury & J. Le Marec (dirs.), *Le métier à penser. Tisser des textes avec Baudouin Jurdant* (pp. 19-24). Études des sciences et Histoire des techniques Éditions des archives contemporaines.

¹⁸² Jurdant, B. (2006a). Parler la science ? Médiation et culture scientifique. *Alliage*, (59), pp. 57-63.

¹⁸³ Jurdant, B. (2006b). Écriture, réflexivité, scientificité. *Sciences de la Société*, (67), pp. 131-143.

¹⁸⁴ Jeanneret, Y. (2016). Le partage des savoirs entre métamorphose des médias et poétique des discours. Dans Metzger J.-P. (dir.), *Médiation et représentation des savoirs* (pp. 15-32) (rééd. [1ère éd. 2004]). Partage des savoirs. Recherches en Sciences de l'Information & de la Communication. L'Harmattan.

3.1.5. La mobilisation de ces concepts dans notre étude

Dans nos réflexions tout au long de notre thèse, nous nous appuyerons sur les notions évoquées précédemment ainsi que sur « le dispositif » en tant que concept mais également en tant que « notion ».

Consultation de grossesse

La consultation de grossesse, ne se réduit pas au colloque singulier entre le professionnel de santé et la femme enceinte. De par sa formalisation et son inscription dans un cadre législatif et institutionnel, qui doit conduire à intégrer des normes comportementales, ce dispositif met en résonance des acteurs évoluant au sein de réseaux, des institutions, des lois, des discours, des normes et des prescriptions. Elle fait appel à des systèmes documentaires qui, comme le souligne Yves Jeanneret, engagent « *une relation entre savoir et pouvoir* » (Jeanneret, 2005b, p.88).

Les professionnels de santé occupent, par les discours et messages véhiculés, une fonction de légitimation d'un système médical prescriptif qui doit inciter à l'acceptation de ces nouvelles normes par les femmes. Cette forme d'organisation ne s'appuie pas forcément sur des objets techniques mais exprime des rapports de pouvoir et de savoirs.

Nous nous attacherons aussi à la dimension discursive du dispositif. Les documents et les discours qui circulent au sein d'un dispositif « *participent à la diffusion des prescriptions, aux régulations, transmettant par là même un point de vue différent des acteurs opérationnels. Certains d'entre eux font partie du cadre contraignant du dispositif* » (Larroche, 2018, p.63).¹⁸⁵ Même si nous aborderons parfois le terme de *circulation* de l'information-grossesse pour décrire des aller-retours, au sein de la consultation mais également en dehors, celui-ci nous semble restrictif. Nous rejoignons l'approche énoncée par Yves Jeanneret qui considère que « *l'information ne circule pas (elle n'est pas un objet) mais qu'elle se redéfinit sans cesse (elle est une relation et une action)* » (2005b, p.87).¹⁸⁶

Le concept de dispositif sera mobilisé ainsi dans notre étude sous l'angle d'un ensemble hétérogène dynamique, mis en réseau dans un cadre normatif, qui inclut des éléments discursifs et non discursifs, au cœur du croisement du pouvoir et du savoir, et présentant une fonction stratégique concrète. Nous nous baserons aussi sur la vision de Yves Jeanneret qui implique au-delà de la relation, les conditions de la communication (intervention des acteurs, ressources matérielles et techniques, circuits de l'information et leurs effets). Nous utiliserons également la finalité décrite par Giorgio Agamben : « *un ensemble de praxis, de savoirs, de mesures, d'institutions dont le but est de gérer, de gouverner, de contrôler et d'orienter – en un sens qui se veut utile – les comportements, les gestes et les pensées des hommes* » (2014, p.28).¹⁸⁷

De plus, appréhender les consultations de grossesse par l'observation, nous permettra aussi d'aborder le dit et le non-dit (inhérents à la définition du concept foucauldien du dispositif).

¹⁸⁵ Larroche, V. (2018). *Le dispositif, un concept pour les sciences de l'information et de la communication*. ISTE éditions.

¹⁸⁶ Jeanneret, Y. (2005b). Information. Dans Commission française pour l'UNESCO. *La « société de l'information » : glossaire critique* (pp. 87-89). La documentation française.

¹⁸⁷ Agamben, G. (2014). *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Éditions Payot & Rivages.

Forum/ Groupe de discussion

Pour l'analyse du groupe de discussion, nous nous référerons à la forme notionnelle du terme de dispositif. Celui-ci peut alors être considéré, sous l'angle technologique et l'approche de médiation numérique, comme un espace de mise à disposition de ressources et de partage d'informations au sein de communautés d'intérêts.

Le forum de discussion peut être appréhendé comme un dispositif de médiation numérique des savoirs qui « *n'existe qu'au travers de trois dimensions étroitement imbriquées : des besoins d'informations, des usages et des outils. Il vise à satisfaire un besoin d'information au moyen d'un outil s'inscrivant dans des usages informationnels* » selon la définition de Silvère Mercier.¹⁸⁸

Mais cette vision ne peut exclure l'implication du lien social. En effet, le forum de discussion, dispositif technique numérique, peut être perçu comme un « dispositif d'accès à l'information et au lien social ». Ce dernier renvoie à des règles et des mécanismes de régulation des relations et comportements et contribue à une forme de co-production de connaissances. Le dispositif informationnel met ainsi en forme des échanges de nature diverse, où le numérique joue un rôle prépondérant de nos jours. L'information sera alors analysée « *comme une pratique sociale complexe, intégrant les dispositifs techniques dans un ensemble d'enjeux et de médiations* » (Jeanneret, 2005b, p.88).¹⁸⁹ Cet espace de médiation sous-tend ainsi un processus dynamique impliquant, au-delà des dimensions citées, les notions d'appropriation et de co-construction des savoirs au sein d'une communauté d'intérêt. Qu'il s'agisse du savoir expert du professionnel de santé ou du savoir profane des femmes enceintes, celui n'est pas façonné par un flux unique d'informations, le champ documentaire ou le colloque singulier. Nous pouvons prendre l'image d'une construction en mosaïques du savoir, issu d'un assemblage de pièces (connaissances) d'origines et de tailles diverses qui se complètent au cours du temps.

¹⁸⁸ Mercier, S. (septembre 2012). *Médiation numérique : le guide pratique des dispositifs*. Bibliobsession [En ligne] : <http://www.bibliobsession.net/2012/05/04/mediation-numerique-le-guide-pratique-des-dispositifs/>.

¹⁸⁹ Jeanneret, Y. (2005b). Information. Dans Commission française pour l'UNESCO. *La « société de l'information » : glossaire critique* (pp. 87-89). La documentation française.

3.2. Le cadre méthodologique

Choix des deux pathologies

Dans ce travail de recherche, nous avons ciblé les risques infectieux alimentaires et tout particulièrement deux pathologies, la toxoplasmose et la listériose. Contrairement à d'autres maladies d'origine infectieuse liées à l'alimentation, lors de la grossesse, elles peuvent être à l'origine de conséquences graves pour l'enfant à court, moyen ou long terme.

La toxoplasmose est une maladie liée à un parasite ubiquitaire, *Toxoplasma gondii*, qui peut se contracter lors de contact avec les déjections d'un chat porteur du parasite ou en consommant des aliments contaminés (viande insuffisamment cuite, végétaux mal lavés). Le plus souvent asymptomatique chez l'adulte en bonne santé, cette maladie peut être grave chez les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes et leur fœtus. Lors d'une grossesse, des complications notamment neurologiques ou plus tardivement oculaires peuvent survenir. L'impact de cette pathologie a amené les autorités à instaurer un dépistage sérologique en début de grossesse, afin de déterminer le statut immunitaire de la femme enceinte vis-à-vis de la toxoplasmose.

Si au cours de sa vie, la femme a été en contact avec le parasite, elle est immunisée et sauf cas particulier, un nouveau contact au cours de la grossesse est sans danger pour la femme et son enfant. Pour les femmes non immunisées, des conseils de prévention sont délivrés pour éviter l'infection. Une surveillance sérologique est réalisée tous les mois afin de détecter une réaction immunitaire, signe d'un contact avec le parasite, et mettre en place un traitement visant à limiter le risque d'infection du fœtus et en cas d'infection fœtale, de limiter les séquelles (Peyron et al., 2019). L'amélioration des mesures hygiéno-diététiques a probablement contribué à une diminution de la prévalence de la toxoplasmose au cours du temps. On estime qu'actuellement un peu plus du quart des femmes françaises sont immunisées (Nogareda et al., 2014). Ainsi le nombre de femmes non immunisées est passé de 20% dans les années 70-80 à 75% de nos jours. Les femmes devant bénéficier d'une information spécifique relative à la toxoplasmose sont donc plus nombreuses. En parallèle, la diminution de la prévalence de la toxoplasmose dans la population s'accompagne d'une diminution de l'incidence des infections congénitales. Le risque d'une contamination en cours de grossesse conduit à un nombre de nouvelles infections congénitales de l'ordre de 1,6/1000 contre quasiment 1 pour 100 femmes (âgées de 30 ans) au début des années 1980 (Nogareda et al., 2014).

La listériose est une maladie liée à la bactérie *Listeria monocytogenes*, largement répandue dans l'environnement extérieur (sol, eau, végétaux), et dans de nombreux réservoirs animaux. Elle est retrouvée également dans les réfrigérateurs car elle peut se développer à basse température. La contamination peut ainsi toucher de nombreux aliments (produits laitiers, carnés, de la mer, végétaux) et se faire à tous les stades de la chaîne alimentaire (culture, production, stockage). Ce germe a été découvert en 1911 et dénommé *Listeria* « en hommage à Sir Joseph Lister, généralisateur de l'asepsie hospitalière à la suite de Semmelweis » (Vitaux & Spielrein, 2015, p.192).¹⁹⁰

Si de nombreuses preuves étaient pourtant présentes, ce n'est qu'en 1987 que la contamination de l'homme par le biais d'un aliment contaminé (viandes, charcuterie, légumes frais, produits laitiers) fut considérée comme probable, avec dans un premier temps une suspicion sur le fromage (Leseur, 1998). Les contrôles de la filière agro-alimentaire ont contribué à diminuer

¹⁹⁰ Vitaux, J., & Spielrein, M. (2015). *Au risque de manger. Histoire et actualité des risques alimentaires*. Éditions PUF.

de façon drastique le nombre de cas de listériose. En France, la listériose est devenue rare grâce à ces contrôles, mais elle est potentiellement grave, voire mortelle. Chez une personne immunodéprimée, ou lorsque le taux de germes est très important, l'infection peut entraîner une infection du système nerveux central ou une septicémie. Chez la femme enceinte, elle peut induire un avortement, un accouchement prématuré ou une infection néonatale grave. Même si l'incidence des listérioses materno-néonatales a diminué régulièrement au cours du temps pour atteindre 4,1 pour 100 000 naissances en 2019 (Santé publique France, 2020), seulement 5% des grossesses ont une évolution normale (Charlier et al., 2017). Si cette bactérie reste redoutable, c'est qu'elle n'altère ni l'aspect, ni l'odeur, ni le goût des aliments. La listériose, qui a créé une réelle peur dans les années 90, s'est fait relativement oublier de nos jours, par le public et les professionnels. La létalité demeure pourtant toujours importante.

Définition des axes de recherche

Après avoir identifié la préoccupation majeure que peuvent constituer ces deux pathologies pendant la grossesse et du fait de notre expérience professionnelle, nous avons posé l'hypothèse zéro définie par Howard S. Becker comme « *une hypothèse dont on soupçonne fortement qu'elle ne correspond pas à la réalité* » (2002, p.51)¹⁹¹ et formulée comme suit :

La consultation de grossesse est le moment central où tout se joue en termes de transmission et construction des savoirs, notamment au 1^{er} trimestre en ce qui concerne les risques alimentaires.

Le moment de la consultation est alors perçu comme un temps d'échanges primordial entre le professionnel et la femme enceinte. Les recommandations professionnelles de la HAS nous amènent à supposer que les consultations du 1^{er} trimestre sont déterminantes pour la construction des savoirs pour la femme enceinte mais cette période peut-elle être identifiée comme une zone étanche au-delà de laquelle les questionnements sur les risques alimentaires ne persistent plus ?

Cette hypothèse revient aussi à questionner le bagage initial des deux protagonistes en amont de cette consultation. Si l'on suppose que le professionnel y vient avec ses connaissances médicales sur ces deux pathologies, qu'en est-il des femmes enceintes ? Cela nous amène aussi à nous interroger sur l'après-consultation, notamment en termes de réflexivité que cet échange va provoquer pour la femme mais aussi le professionnel.

Notre recherche vise ainsi à appréhender les pratiques info-communicationnelles des femmes enceintes et des professionnels réalisant leur suivi prénatal, en termes de prévention des risques alimentaires, avec comme point central la consultation de grossesse. Cet objectif large qui ne se limite pas à un temps unique, va s'intéresser à l'amont et l'aval de la consultation. Ainsi, trois axes de travail sont déclinés dont les objectifs sont les suivants :

Axe 1 : Appréhender comment les messages de prévention et les informations sur les risques alimentaires s'échangent entre le professionnel de santé et les femmes enceintes lors des consultations prénatales. Cet axe s'attachera, par une observation de consultations, à identifier les questionnements des femmes ainsi que leurs préoccupations et à recueillir les éléments de discours se portant sur l'alimentation et plus spécifiquement sur le risque infectieux. Le suivi des consultations de 5 femmes sur toute leur grossesse, réalisé sur l'année 2019, vise également à étudier l'évolution de ces préoccupations au cours des différents trimestres de grossesse.

¹⁹¹ Becker, H. (2002). *Les ficelles du métier : Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. La Découverte.

Axe 2 : Comprendre comment les professionnels de santé construisent leurs messages de prévention et comment ils perçoivent l'importance accordée à ces mesures préventives au cours de leur formation initiale mais également pendant le temps de consultation. Cet axe vise à comprendre les canaux mobilisés par les professionnels de santé pour s'informer et leur évolution, ainsi que les modalités de construction de leurs messages de prévention au regard de leur sensibilité aux questions des risques alimentaires et à leurs contraintes pratiques.

Axe 3 : Appréhender comment les informations alimentaires délivrées lors de cette consultation ont été perçues par les femmes enceintes et comprendre comment leur savoir profane se construit et par quelles voies. Ces éléments vont permettre de mieux comprendre comment les femmes enceintes élaborent leurs connaissances sur le risque infectieux, la place des informations transmises par les professionnels et la compréhension des messages. Des entretiens semi-directifs seront réalisés. Cet axe sera complété par l'étude d'un groupe de discussion sur la grossesse afin de comprendre les interrogations des femmes enceintes pouvant mener à des échanges et la nature des réponses apportées par les internautes.

Pour chaque enquête de terrain, une analyse thématique du corpus a été réalisée. Ce travail d'analyse fait intervenir des procédés de réduction et de traitement des données. À l'aide des thèmes qui émergent, ces analyses visent à répondre aux questions : « *Qu'y a-t-il de fondamental dans ce propos, dans ce texte, de quoi y traite-t-on ?* » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.235).¹⁹² Nous avons dans un premier temps procédé à de multiples lectures afin d'en dégager les unités de sens. Nous les avons regroupées en catégories puis organisées en thèmes.

3.2.1. Axe 1- Articulation et médiation des savoirs lors des consultations prénatales

Dans son ouvrage, Jean-Christophe Weber évoque « le dispositif de consultation » (2017). Pour cet auteur, au-delà de la science de l'organisme, de la psychologie de la maladie et des techniques de communication, l'action médicale ne peut être pensée qu'en considérant le cadre opérant qui est celui de la *technè*. Le savoir n'est pas figé ni séparé de l'action, la *technè* permet l'avancée du savoir. « *À travers leur évolution, faite surtout des variations de l'importance relative de la connaissance et de la technique, s'est construit le modèle original d'une articulation entre le savoir et la pratique, où celle-ci n'est pas seulement l'application de celui-là mais sa condition même* » (Lombard, 2006).¹⁹³

L'objectif de cet axe 1 est de comprendre comment les informations sur le risque alimentaire sont échangées entre le professionnel de santé et les femmes enceintes lors des consultations prénatales à différents temps de la grossesse.

Schéma de l'étude

Ce volet s'est appuyé sur une observation participante de consultations prénatales afin d'identifier les préoccupations/questionnements des femmes enceintes sur l'alimentation, notamment vis-à-vis des risques infectieux alimentaires. Nous avons fait le choix de ne pas axer notre recherche sur l'identification des éléments de discours des professionnels concernant la prévention des risques alimentaires, ceci pour ne pas être dans une critique de leur pratique

¹⁹² Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (4^e éd.). Armand Colin.

¹⁹³ Lombard, J. (2006). Aspects de la *technè* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin. *Le Portique.e-Portique*, 1-13.

médicale. Nous avons surtout cherché à identifier la spontanéité des questionnements des femmes après ou sans information de la part du professionnel.

Afin de mieux explorer cette question, nous avons privilégié une observation directe de consultations de grossesse. « *Choisir un mode d'observation directe consiste donc à choisir un rôle social à occuper qui limite autant que faire se peut ce risque de déformation du réel, ou qui le rende connaissable pour l'intégrer dans le temps de l'analyse.* » (Arborio & Fournier, 2015, p.30)¹⁹⁴

Une observation participante avec une forme minimale de participation a été choisie du fait de notre formation initiale. Nous avons endossé « *un rôle déjà existant dans la situation étudiée* » (p.30).¹⁹⁵ Utiliser la posture de sage-femme en complément du rôle de chercheur permettait d'être légitime dans l'autorisation à écouter ce type d'échanges, dans le respect de la confidentialité. Cela offre aussi l'opportunité de se mettre dans une position analogue à celle d'acteurs de cette situation, les professionnels de santé. Ce statut d'observateur à *découvert* s'est imposé naturellement dans ce contexte de connaissance des professionnels. Cependant, il est clair que ce statut n'autorise aucune intervention, ni aucune question lors de la consultation.

Ce choix de l'observation suppose des effets potentiellement perturbateurs de la présence de l'observateur. Afin de limiter ces effets, un choix a été fait de ne pas cibler la question de recherche sur l'alimentation et la grossesse mais d'axer le travail sur les préoccupations des femmes en particulier en début de grossesse mais également tout au long de la grossesse. Cela visait à éviter aux professionnels d'adopter pour la circonstance un comportement de conformité aux règles qui sont censées normer leurs pratiques, notamment vis-à-vis de l'information sur les risques infectieux alimentaires.

Nous souhaitons aussi mieux comprendre les modalités de transmission de la part des professionnels lors de cette consultation. Cet aspect sera questionné lors d'entretiens auprès des professionnels dont la méthodologie sera détaillée plus longuement par la suite.

Délimitation du terrain

Nous avons choisi de réaliser notre enquête par observation dans les lieux réalisant des consultations prénatales, c'est-à-dire les cabinets médicaux et les maternités. Pour des raisons de faisabilité, le terrain a été circonscrit à la Côte-d'Or. Cinq lieux d'intervention ont été choisis afin de diversifier la population et les pratiques des professionnels.

Le temps d'observation se limitait au temps de la consultation prénatale et plusieurs consultations dans un même lieu d'intervention étaient prévues (2 à 3 consultations).

Comme rappelé précédemment, les consultations du premier trimestre ont été ciblées prioritairement par cette étude. Notre choix s'est porté sur les premières consultations de grossesse car il s'agit du moment recommandé pour informer les femmes enceintes sur les recommandations liées aux risques infectieux alimentaires. Mais nous souhaitons aussi suivre 5 femmes tout au long de la grossesse et participer au maximum de consultations prénatales pour identifier une persistance (ou non) des questionnements.

¹⁹⁴ Arborio, A.-M., & Fournier, P. (2015). *L'observation directe* (4^e éd.). Armand Colin.

¹⁹⁵ « *C'est ce qu'on appelle généralement l'observation participante, bien que ce terme recouvre parfois des formes minimales de participation. Porter une blouse blanche de l'autre côté d'un guichet d'un pharmacien suffit à faire de vous quelqu'un d'autorisé à écouter les échanges entre client et personnel de la pharmacie.* » (Arborio & Fournier, 2015)

Déroulement

Les professionnels de santé sollicités étaient des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes réalisant des consultations prénatales, identifiés via les Ordres professionnels.

Au total, il était prévu d'inclure cinq professionnels de santé exerçant dans l'agglomération dijonnaise (n=3) et à distance (n=2). Un échantillon de convenance à variation maximale était envisagé : une diversité a été recherchée selon l'ancienneté de leur formation, leur lieu de formation ainsi qu'en fonction du lieu d'exercice (cabinets médicaux et établissement de santé).

La connaissance préalable des acteurs via ce rôle de sage-femme a permis d'identifier les meilleurs moyens de les aborder. Certains professionnels l'ont été par téléphone et d'autres par mail, sollicitant un entretien pour rechercher leur accord.

Deux gynécologues-obstétriciens et trois sages-femmes ont accepté dans un premier temps de participer. Le choix a été fait de ne pas solliciter de médecins généralistes, car nous souhaitions pouvoir observer 20 consultations du 1^{er} trimestre, mais également suivre chacune des consultations jusqu'à l'accouchement de cinq femmes volontaires (1 par professionnel) afin d'appréhender l'évolution des questionnements des femmes. Si les médecins généralistes peuvent être les premiers interlocuteurs lors d'une grossesse, ils sont peu nombreux à assurer le suivi tout au long de la grossesse (Enquête Nationale Périnatale, 2016).¹⁹⁶

Un calendrier prévisionnel de présence de l'observateur a été établi avec le praticien ou son secrétariat dans la mesure du possible.

La sélection des femmes a été organisée selon les modalités suivantes :

1. Interrogation hebdomadaire des professionnels participants, sur les consultations de début de grossesse planifiées.
2. Identification par le professionnel des femmes correspondant aux caractéristiques nécessaires pour constituer un échantillon hétérogène en termes de parité (multipares vs primipares), de niveaux socio-économiques et d'âge.
3. En concertation avec le professionnel de santé participant et après une information orale et écrite, chaque femme éligible a été interrogée en amont de la consultation sur la possibilité que celle-ci puisse être observée ; en fin de consultation, les femmes volontaires se voient proposer que les consultations suivantes puissent être également observées jusqu'à l'accouchement ou jusqu'à la survenue d'une complication de la grossesse.

Les gynécologues-obstétriciens participant à l'étude fonctionnent avec un secrétariat et/ou avec un logiciel de prise de rendez-vous. Pour ces praticiens, les rendez-vous étant prévus quelques jours avant, il était relativement facile d'anticiper ma présence sur le terrain. De plus, l'un d'eux avait une forte activité de consultation et bénéficiait d'un collègue assurant les remplacements qui a accepté de participer à l'étude. Certains praticiens étant à temps partiel sur les terrains sélectionnés, il a été décidé de recruter un autre gynécologue-obstétricien.

Les sages-femmes ayant une patientèle pour suivi prénatal plus restreinte, il a été décidé d'augmenter le nombre de sages-femmes participant à l'étude et donc le périmètre d'étude.

¹⁹⁶ Blondel, B. (Inserm), Gonzalez, L. Raynaud, P. (dirs.) et al. (2017). *Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010*. Rapport DREES. Dans cette enquête il est précisé que : « la place prise par les médecins généralistes dans le suivi prénatal a diminué depuis 2010, 19,3 % des femmes ayant consulté un généraliste en 2016 contre 23,8 % en 2010. »

Cinq sages-femmes supplémentaires ont accepté de participer. En parallèle d'une faible activité de consultation, d'autres difficultés ont été soulevées concernant la prise de rendez-vous. Les logiciels, tels que Doctolib, permettent une prise de rendez-vous sans l'intervention du praticien, laissant la possibilité d'une réservation la veille pour le lendemain avec parfois une sélection erronée des motifs de consultation (inscription sur le créneau de consultation mais souhait d'une préparation à la naissance). Cette difficulté à anticiper les rendez-vous a rendu complexe le fait de nous prévenir dans les temps et l'organisation des déplacements sur les lieux de consultation. Il a été décidé de laisser aux sages-femmes la possibilité d'enregistrer la consultation, avec l'accord de la patiente.

Au total, 12 professionnels de santé (4 gynécologues-obstétriciens (GO) et 8 sages-femmes (SF)) ont accepté de participer à ce volet de l'étude. Il a été possible de mettre en œuvre le terrain auprès de 8 professionnels (4 GO et 4 SF). Les autres professionnels n'ont pas eu la possibilité de recruter des femmes enceintes sur la période de réalisation de notre enquête (professionnels effectuant peu de suivi prénatal ou femmes ne souhaitant pas poursuivre la grossesse).

Cette facilité de recrutement auprès d'un des praticiens (GO) nous a amenée à choisir de recruter auprès de lui les cinq femmes pour lesquelles nous souhaitions un suivi sur toute la grossesse. Si nous avons tenté dans un premier temps de réaliser personnellement le recrutement des femmes juste avant la consultation dans la salle d'attente, il s'est avéré que ce mode pouvait engendrer un refus, notamment lié à un manque de temps de réflexion pour donner son accord. Certaines secrétaires ont permis d'adapter le recrutement en envoyant en amont aux patientes pré-sélectionnées un mail pour avoir un pré-accord. Une fois celui-ci obtenu, nous avons informé les femmes sur l'étude et reçu leur consentement juste avant la consultation.

Une femme suivie par une sage-femme a accepté que nous assistions à toutes les consultations de grossesse. Toutefois, la sage-femme a organisé notre présence aux deux premières consultations mais ne l'a pas organisée sur tout son suivi. Cette femme enceinte souhaitant malgré tout poursuivre l'étude, il a été décidé de mettre en place après les consultations, des entretiens permettant un récit du déroulé et vécu des consultations. Cette approche nous a semblé intéressante à associer aux entretiens et aux observations, notamment lorsque l'on se réfère à l'approche prônée par Daniel Bertaux « *il y a du récit dès qu'il y a description sous forme narrative d'un fragment de l'expérience vécue* » (1997, p.9).¹⁹⁷ Un tel ancrage méthodologique permet de voir ce qui fait défaut à l'observation directe, trop exclusivement centrée sur les interactions en face-à-face. Le récit de vie permet par sa dimension diachronique de saisir les logiques d'action, les expériences-pivot, celles qui sont susceptibles d'opérer un basculement dans les parcours de santé des femmes enceintes.

Cette approche a également été proposée à une autre femme enceinte, qui avait donné son accord pour l'observation des consultations de début de grossesse, mais pour laquelle notre présence à la consultation n'a pas pu s'organiser.

Nous avons ainsi décidé, en cas d'impossibilité d'assister aux rendez-vous, de réaliser des récits de consultation pour avoir une vision de toutes les consultations de grossesse :

- ⇒ du 1^{er} trimestre (certaines femmes consultant de façon très précoce bénéficiaient parfois de 3-4 consultations)

¹⁹⁷ Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie*. Éditions Nathan.

- ⇒ des consultations de grossesse pour les femmes suivies pendant 9 mois (permettant ainsi de reconstituer l'histoire du suivi prénatal sur l'ensemble de la grossesse)

Parmi les demandes de participation à l'étude, trois femmes ont exprimé leur refus, soit directement auprès de nous ou auprès de leurs praticiens (non-intérêt pour l'étude ou souhait de ne pas garder l'enfant).

- ⇒ Nous avons ainsi assisté à 64 consultations à différents temps de la grossesse (dont 4 observations non participantes enregistrées) et 12 récits de consultations.
- ⇒ Cela concerne sur la période spécifique du 1^{er} trimestre de la grossesse : 26 consultations et 5 récits.

Tout au long de l'analyse, l'identification des femmes enceintes se fera par l'intermédiaire de :

- un prénom attribué aléatoirement,
- son âge (A25, A26, etc.),
- le nombre d'enfants préalable à cette grossesse (E0, E1, E2, etc).

Par exemple, participe à cette étude Amina (A39, E4), femme enceinte, âgée de 39 ans et ayant 4 enfants.

Ainsi, 20 femmes ont accepté de participer à cette phase d'observation. Cinq femmes (Lydie, Malorie, Maelle, Naomie, Pauline) ont accepté d'être suivies dès le début de grossesse jusqu'à la naissance (nom en gras dans les tableaux). Globalement, le recrutement s'est organisé de façon équivalente entre les sages-femmes et les médecins.

Cette phase d'observation a été complétée par une phase d'entretien pour 16 femmes. Suite à des complications de grossesse, les entretiens n'ont pas été réalisés pour 4 femmes enceintes (Adèle, Azélie, Blandine et Zhora).

Les consultations ont duré entre 15 et 45 minutes selon les temps de la grossesse et le praticien réalisant le suivi. À ce temps de consultation, il faut intégrer le temps d'attente préalable à la consultation qui pouvait aller de 15 minutes à plusieurs heures, facilitant d'autant les échanges informels.

Dans la majorité des cas, nous avons pu observer les consultations dès le premier trimestre de grossesse (soit avant 13 semaines de grossesse révolues). Lorsque Oriane, Tatiana et Zhora se sont adressées à la sage-femme pour la première fois, contrairement à ce qui était attendu, elles étaient au début de leur 2^e trimestre. Ces femmes étaient suivies au préalable par des médecins puis orientées auprès d'une sage-femme. Deux femmes (Amina et Hakima) parlant le français avec difficulté ont toutefois accepté à la suite des observations de participer à la phase d'entretien.

Voici un tableau récapitulatif présentant les observations de consultations classées par chronologie de recrutement. La date de recrutement correspond à la date de la première consultation observée. La période de recrutement s'étend de février à décembre 2019.

Lorsque l'observation a été non participante (enregistrée par le professionnel avec l'accord de la patiente), le terme « NP » sera précisé.

Tableau I. Caractéristiques des observations pour chaque femme recrutée

Prénom	Date de recrutement	Professionnel Sage-femme (SF) / Gynécologue-obstétricien (GO)	Semaines de grossesse (SG)+ j (jour) à la date du recrutement	Nombre consultations (CS)	Nombre de récits (R)	Entretien	Complication de grossesse
Lydie	15-02-19	GO	4SG	8 CS	1R	OUI	NON
Malorie	15-02-19	GO	4SG	9 CS	1R	OUI	NON
Amina	18-02-19	SF	6SG	2 CS	1 R	OUI	NON
Maelle	19-02-19	GO	6SG	10 CS		OUI	NON
Zhora	22-02-19	SF	14SG	1 CS		NON	OUI
Adèle	07-03-19	GO	6SG+2j	1 CS		NON	OUI
Naomie	09-03-19	GO	5SG+3j	11 CS	1R	OUI	NON
Hakima	18-03-19	SF	6SG+1j	2 CS		OUI	NON
Olivia	26-03-19	SF	5SG	2 CS	4R	OUI	NON
Pauline	16-04-19	GO	5SG+1j	9 CS	2R	OUI	NON
Oriane	17-09-19	SF	13SG+5j	1 CS-NP		OUI	NON
Perrine	26-09-19	SF	5SG	1 CS-NP		OUI	NON
Sonia	28-10-19	GO	9SG+4j	1 CS		OUI	NON
Azélie	29-10-19	GO	4SG	1 CS		NON	OUI
Blandine	29-10-19	GO	5SG+6j	1 CS		NON	OUI
Rachel	29-10-19	GO	10 SG+3j	1 CS		OUI	NON
Sarah	04-11-19	GO	10SG+2j	1 CS		OUI	NON
Sékolène	26-11-19	SF	8SG	1 CS-NP		OUI	NON
Tatiana	10-12-19	SF	18SG	1 CS-NP		OUI	NON
Vanessa	12-12-19	SF	10SG+4j		2R	OUI	NON

Par exemple, Lydie suivie pour sa grossesse par un gynécologue-obstétricien a été recrutée dans cette étude, au terme de 4 semaines de grossesse, le 15/02/2019. Nous avons eu l'opportunité d'observer 8 consultations de grossesse. Elle a partagé un récit de consultation et participé à la dernière phase d'entretien. Aucune complication n'a obligé à interrompre l'enquête.

La moyenne d'âge des femmes ayant participé aux observations est de 28 ans. La moitié des femmes étaient enceintes de leur premier enfant. Pour certaines femmes, le statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose n'est pas toujours connu, ce qui est le cas pour 2 femmes.

Lors des consultations, nous n'avons qu'observé une scène sociale, sans intervenir, ni accéder au dossier de la femme. Le statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose n'a donc pu être recueilli que lorsque celui-ci a été cité lors de l'échange observé ou lorsqu'il a pu être questionné par la suite lors de l'entretien.

Par ailleurs, lors de certaines consultations, les conjoints étaient présents. Leurs propos ont été intégrés aux échanges.

Tableau II. Caractéristiques des femmes ayant participé à cette phase d'observation

Prénom	Âge	Nombre d'enfants	Statut toxo si connu	Intitulé	Observation/récit début de grossesse	Observation/récit milieu-fin de grossesse
Adèle	38	0	NEGATIF	Adèle (A38, E0)	OUI	NON
Amina	39	4	NEGATIF	Amina (A39, E4)	OUI	NON
Azélie	23	1	NSP	Azélie (A23, E1)	OUI	NON
Blandine	26	1	NEGATIF	Blandine (A26, E1)	OUI	NON
Hakima	21	0	NEGATIF	Hakima (A21, E0)	OUI	NON
Lydie	32	1	POSITIF	Lydie (A32, E1)	OUI	OUI
Maelle	28	1	POSITIF	Maelle (A28, E1)	OUI	OUI
Malorie	25	0	NEGATIF	Malorie (A25, E0)	OUI	OUI
Naomie	27	0	NEGATIF	Naomie (A27, E0)	OUI	OUI
Olivia	33	1	NEGATIF	Olivia (A33, E1)	OUI	OUI
Oriane	33	1	NEGATIF	Oriane (A33, E1)	NON	OUI
Pauline	30	2	NEGATIF	Pauline (A30, E2)	OUI	OUI
Perrine	30	2	NEGATIF	Perrine (A30, E2)	OUI	NON
Rachel	22	0	POSITIF	Rachel (A22, E0)	OUI	NON
Sarah	19	0	NEGATIF	Sarah (A19, E0)	OUI	NON
Ségoène	28	0	NEGATIF	Ségoène (A28, E0)	OUI	NON
Sonia	27	1	POSITIF	Sonia (A27, E1)	OUI	NON
Tatiana	32	0	NEGATIF	Tatiana (A32, E0)	NON	OUI
Vanessa	29	0	NEGATIF	Vanessa (A29, E0)	OUI	OUI
Zhora	26	0	NSP	Zhora (A26, E0)	NON	OUI

La doctrine dans cette analyse a été de ne pas réaliser d'analyse critique des pratiques des professionnels de santé. Il serait de toute façon difficile de confirmer ou d'infirmer la diffusion des conseils alimentaires pendant la grossesse, puisque les femmes peuvent consulter leur professionnel en pré-conceptionnel dans le cadre du suivi gynécologique. Elles peuvent aussi avoir un premier interlocuteur, le médecin généraliste, comme le confirme l'Enquête nationale périnatale de 2016. La partie basée sur l'entretien de femmes enceintes permet de compléter cet axe en retraçant par quelles voies elles ont été informées et comment elles ont appréhendé les conseils délivrés aux différents temps de la grossesse et éventuellement par plusieurs professionnels.

Informations recueillies

Lors de l'observation participante, les consultations ne faisaient pas l'objet d'un enregistrement afin de ne pas altérer la relation professionnel-femme enceinte. Des notes d'observation anonymisées concernant notamment les thèmes abordés par le professionnel et par les femmes enceintes étaient systématiquement retranscrites à la fin de la consultation afin de permettre leur analyse ultérieure.

Cette prise de notes « repères » a été menée avec une description la plus détaillée possible des observations et des discours, les éléments de la scène d'observation, les enchaînements d'action, l'ordre des prises de paroles, etc. Cette méthodologie de prises de notes sur l'ensemble des questionnements des femmes visait aussi à ne pas révéler et biaiser la thématique d'étude sur l'alimentation.

Dans un souci de systématisme de l'observation, les prises de parole sur la thématique de l'alimentation ont été dénombrées avec précision. Les pratiques langagières avec notamment les expressions originales et les images choisies pour désigner certains éléments ont été recueillies.

Chaque observation a fait l'objet d'un compte-rendu de ce qui a été entendu et observé. Ce premier journal a permis de constituer un matériau de base le plus précis possible reposant sur une transcription immédiate en post-observation d'un maximum d'informations. Dans un second temps, ce journal a été complété avec les souvenirs qui reviennent et enrichi par d'autres éléments de contexte (notamment les discours des femmes et les échanges avec le professionnel ayant eu lieu en dehors de ces temps d'observation).

Ces étapes ont permis d'établir un compte-rendu final sur lequel une analyse thématique a été menée.

3.2.2. Axe 2- Construction des savoirs et de l'expertise des professionnels

Le professionnel de périnatalité (médecin ou sage-femme) forge son savoir tout au long de son cursus et de son parcours professionnel à partir de ce que Michel Foucault appelle un « champ documentaire » identifié comme étant de référence. Pour cet auteur, « *le statut du médecin comporte des critères de compétence et de savoir ; des institutions, des systèmes, des normes pédagogiques ; des conditions légales qui donnent droit – non sans lui fixer des bornes – à la pratique et à l'expérimentation du savoir* » (1969 [rééd. 2008], p.68).¹⁹⁸

Comme le précise cet auteur, le médecin, ou de façon plus large, tout professionnel de santé, tient son discours d'*emplacements* institutionnels. Parmi ces derniers, il évoque « *la bibliothèque ou le champ documentaire qui comprend non seulement les livres ou traités, traditionnellement reconnus comme valables, mais aussi l'ensemble des comptes rendus et observations publiés et transmis, mais aussi la masse des informations statistiques [...] qui peuvent être fournies au médecin par les administrations, par d'autres médecins, par des sociologues, par des géographes* » (p.70).

Nous avons souhaité étudier les sources d'informations des professionnels de santé, notamment ce champ documentaire mis à leur disposition et à celle de leurs enseignants (textes provenant d'autorités sanitaires¹⁹⁹ et ouvrages pédagogiques sur deux pathologies). Cela a constitué le 1^{er} volet de la recherche. Puis nous avons souhaité connaître l'étendue de leurs sources d'informations en allant directement les interroger à ce sujet (2^e volet).

¹⁹⁸ Foucault, M. (2008) *L'Archéologie du savoir* (rééd. [1^{ère} éd.1969]). Éditions Gallimard.

¹⁹⁹ Comme nous le préciserons plus loin, nous avons considéré le terme « autorité sanitaire » tel que défini par l'Office québécois de la langue française (2020) : « *Ensemble des organisations officielles responsables d'établir les règles nécessaires relativement à la prévention sanitaire et au maintien de la santé d'une communauté.* »

L'étude du champ documentaire

Choix du champ documentaire

Nous avons orienté notre collecte dans deux directions : les recommandations issues d'institutions sanitaires et professionnelles, ainsi que celles présentes dans les ouvrages pédagogiques. Dans un premier temps, nous voulions savoir comment ont évolué les informations auxquelles a accès le professionnel lors de sa formation initiale et de sa formation continue sur les risques infectieux alimentaires pendant la grossesse. La 1^{ère} hypothèse de travail est que les ouvrages pédagogiques s'appuient de plus en plus sur les recommandations issues des instances sanitaires et professionnelles et que celles-ci, comme les ouvrages, s'appuient de plus en plus sur des données fondées sur les preuves (*evidence based*) et que leur précision a augmenté au cours du temps. La seconde hypothèse de travail est que ces documents relèvent d'un arbitrage entre hiérarchie de la plausibilité des preuves, logique de « principe de précaution » du fait de la vulnérabilité particulière des femmes enceintes et souhait implicite de simplification des informations pour permettre aux professionnels de transmettre des messages généraux standardisés et de faciliter l'appropriation et l'utilisation par les professionnels.

Nous avons fait le choix de nous intéresser aux messages de prévention relatifs à la toxoplasmose et à la listériose depuis 1960. Cette date a été privilégiée car elle recoupe pour ces deux pathologies l'émergence des travaux de recherche et de communication publique. Pour répondre à nos différents questionnements, les publications officielles (de 1960 à 2018) sur la listériose et la toxoplasmose ont ainsi été étudiés. Ceux-ci demeurent une source d'information pour les professionnels et pour le grand public directement ou indirectement via les médias. Une analyse thématique a ensuite été menée sur ces documents de référence, institutionnels ou professionnels. Cette perspective diachronique dans la constitution des sources vise à faire état de l'évolution des messages au cours du temps.

Un travail similaire sur les ouvrages pédagogiques avec évaluation de leur conformité aux connaissances et aux recommandations institutionnelles a été réalisé. Un corpus de manuels scientifiques d'obstétrique sélectionné sur la période de 1960 à 2019 (précis, traités, abrégés, mémentos, articles d'encyclopédie) pouvant être étudiés par des médecins et des sages-femmes a été constitué à partir d'une recherche systématique.

Choix de la méthode d'analyse

Nous avons choisi de mener sur ces corpus une analyse de contenu, procédure d'analyse systématique, permettant d'étudier une grande quantité de données textuelles. Il s'agit d'une méthode d'analyse de documents, dans le sens émis par l'ouvrage de Bonneville et al., qui « renvoie à différentes sources d'information et de communication qui existent déjà et auxquelles le chercheur peut avoir accès » (2007, p.100).²⁰⁰ Dans ce cas précis, il s'agit de l'étude de documents écrits (sous forme numérisées ou numériques). Cette méthode permet deux approches car il s'agit d'une technique à la croisée des méthodes quantitatives et qualitatives.

Par son volet quantitatif, l'analyse de contenu permet de s'intéresser aux ressemblances et aux différences observées dans les textes. Elle permet de réduire le corpus d'étude à des catégories

²⁰⁰ Bonneville, L., Grosjean, S., & Lagacé, M. (2007). *Introduction aux méthodes de recherche en communication*. Éditeur Gaëtan Morin.

analytiques à partir desquelles nous pouvons par l'utilisation d'un modèle systématique de lecture, réaliser des analyses de fréquence d'apparition de certaines caractéristiques d'un texte. Cette méthode permet de comparer si les messages de prévention que nous souhaitons étudier, s'appuient sur des données probantes, mais également leur évolution au cours du temps. De plus, l'analyse de contenu qualitative s'intéresse aux particularités des textes à partir d'une « *approche interprétative* » (Frenette, 2010, p.84).²⁰¹ Elle est utilisée « *à des fins de description ou d'explication d'un phénomène* » (Bonneville, 2007, p.191). Dans cette optique, nous avons cherché à expliciter et formuler des hypothèses sur les facteurs pouvant impacter l'élaboration des messages de prévention, et plus particulièrement leur clarté et leur degré de précision.

Cette analyse sur les documents et ouvrages sélectionnés a été menée afin d'identifier l'évolution :

- des voies de transmission (certaines et/ou plausibles) prises en compte,
- des recommandations hygiéno-diététiques formulées au regard de la plausibilité du risque qu'elles sont censées contribuer à réduire et de leur clarté/ précision.

Elle vise aussi à comparer cette évolution des messages de prévention entre nos deux corpus (recommandations et ouvrages) et à appréhender les actions de communication qui ont été menées sur la période d'étude.

Nous avons répertorié tous les textes institutionnels sur la période de 1960 à 2018 évoquant ces deux pathologies (toxoplasmose et listériose) puis sélectionné dans un second temps tous les textes évoquant des données sur la prévention de ces maladies (facteurs de risque et messages de prévention) afin d'étudier l'évolution de la compréhension de ces deux maladies (Annexe 1). Dans un troisième temps, une analyse quantitative de contenu a été menée sur les textes évoquant les messages de prévention afin d'identifier la correspondance avec les données probantes et leur enrichissement au cours du temps (Annexes 2 et 3).

Pour le second corpus, nous avons sélectionné tous les ouvrages pédagogiques à disposition de professionnels de périnatalité, susceptibles d'évoquer ces deux pathologies dans les spécialités d'obstétrique et de maladies infectieuses (Annexe 4). Dans un second temps, nous avons répertorié ceux évoquant les pathologies ciblées puis, dans ces derniers, avons réalisé une étude quantitative sur les messages de prévention. Cette sélection nous a permis de comparer leur contenu avec les textes institutionnels disponibles de 1960 à 2019. Nous avons décalé l'analyse des ouvrages d'une année, afin d'analyser la correspondance des messages avec ceux des recommandations de 2018.

Le logiciel NVivo a été utilisé pour l'analyse de contenu. Nous avons dans chaque corpus repéré des unités d'analyse puis effectué une analyse thématique. Selon Laurence Bardin (2013), dans l'analyse thématique, l'unité d'analyse est une portion de phrase entière ou un groupe de phrases se rapportant à un même thème. Nous avons choisi de considérer comme unité d'analyse, tout message de prévention. Puis un travail de codage et de catégorisation a été réalisé.

Au total, l'analyse thématique systématique a été menée pour identifier les messages de prévention dans 125 documents institutionnels et de référence au niveau professionnel, relatifs à la listériose et 58 textes relatifs à la toxoplasmose sur la période de 1960 à 2018, soit un nombre deux fois inférieur à la listériose. Nous reviendrons plus loin sur cette disparité.

²⁰¹ Frenette, M. (2010). *La recherche en communication. Un atout pour les campagnes sociales*. Presses de l'Université du Québec.

Pour les ouvrages pédagogiques, 115 manuels et 35 Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC) ont été sélectionnés sur la période de 1960 à 2019.

Les textes institutionnels

Nous allons préciser le questionnement qui a guidé notre démarche de recherche et expliquer dans ces paragraphes le choix des éléments sélectionnés pour notre étude. Pour constituer notre corpus, nous avons ciblé notre analyse sur les textes relatifs à la toxoplasmose et à la listériose de 1960 à fin 2018. Nous avons choisi d'initier cette recherche dès les prémices de compréhension de ces maladies, dans les années 1960.

Pour étudier cette problématique, nous avons constitué un corpus de textes provenant d'une dizaine d'agences sanitaires et d'institutions. Dans ce corpus, nous avons visé les autorités sanitaires que l'on pourra définir comme « *l'ensemble des organisations officielles responsables d'établir les règles nécessaires relativement à la prévention sanitaire et au maintien de la santé d'une communauté* »²⁰². Nous avons intégré différents niveaux d'institutions intervenant dans l'élaboration de recommandations et la diffusion des informations de prévention.

Les textes sélectionnés sont émis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le ministère en charge de la Santé et celui en charge de l'Alimentation, notamment pour les textes réglementaires ; les agences françaises de santé telles que l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), l'ex-Institut de veille sanitaire (InVS), l'ex-Institut national de prévention en santé (Inpes), la Haute autorité de santé (HAS), l'ex-Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) ; des organismes scientifiques et des sociétés savantes (Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Collège national des gynécologues et obstétriciens de France (CNGOF), Académie nationale de médecine, Centre de recherche et d'informations nutritionnelles (Cerin)).

En France, le système de santé reste largement piloté par les pouvoirs publics, au premier rang desquels nous pouvons citer les ministères chargés de la Santé et des Affaires sociales et celui en charge de l'Alimentation, pour ce qui concerne les risques infectieux alimentaires. Pour mettre en œuvre les politiques de santé publique, de veille et de sécurité sanitaire, l'État s'appuie sur les agences sanitaires, opérateurs publics dont ils assurent la tutelle mais également sur des partenaires indépendants tels que la Haute autorité de santé (HAS), l'Académie de médecine qui vont émettre des recommandations professionnelles²⁰³.

Nous avons sélectionné les recommandations issues du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH). Ce bulletin, outil privilégié de diffusion de l'information épidémiologique au XX^{ème} siècle auprès des professionnels de santé, a été créé en 1983. Son précurseur était le Bulletin hebdomadaire d'information épidémiologique du ministère de la Santé qui récapitulait les déclarations des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (DO), mais il n'avait qu'une fonction purement administrative. La création du BEH est liée à l'évolution de la santé publique au début des années 1980. Il a alors été conçu pour devenir un outil d'échange et de diffusion d'informations entre le ministère chargé de la Santé et les professionnels de terrain exerçant dans le champ de la santé publique. Plusieurs missions lui

²⁰² Office québécois de la langue française. (2020). Le Grand Dictionnaire terminologique. <https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/>

²⁰³ Pour en savoir plus « Système de santé, médico-social et social » : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

étaient dévolues : « *fournir des recommandations et des informations administratives et épidémiologiques utiles pour la pratique médicale et la santé publique ; être une source d'informations sur les nouvelles maladies* » (Bouvet, 2008, pp.15-16).²⁰⁴ Ce bulletin a permis avant l'émergence de l'internet d'être le vecteur d'une information rapide avec les acteurs de terrain, notamment dans le domaine des maladies infectieuses. Il s'est enrichi d'un comité de rédaction composé de médecins de santé publique travaillant à la Direction Générale de la Santé (DGS) permettant de publier des travaux des acteurs de terrain. Dans une volonté de diffusion large à tous les médecins de santé publique et les praticiens libéraux ou hospitaliers, l'abonnement au BEH est resté gratuit pendant quelques années. Les publications étaient rédigées à partir des données de l'OMS, des avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, des informations des centres de référence et de publications nationales ou internationales. Les circulaires et autres textes réglementaires y étaient également rapportés.

La rédaction du BEH a été confiée en 1999 à l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui en a pris la responsabilité. L'InVS a été créé en 1998 avec pour mission « *d'effectuer la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population* » (Bouvet, 2008, p.16).²⁰⁵ Cette instance, s'est appuyée sur le BEH, outil de communication et d'échanges avec les professionnels de santé et de diffusion des recommandations des instances consultatives placées sous l'égide de la DGS. L'InVS avait par ce dispositif de communication deux cibles : les professionnels de santé et de façon plus large, la population. Il est à noter que les journalistes étaient également des destinataires du BEH, contribuant à la phase de diffusion des messages de prévention et/ou de vulgarisation des données épidémiologiques auprès de professionnels non spécialisés ou de la population générale.

Dès les années 2000, d'autres outils de communication sur l'information épidémiologique et de prévention des maladies se sont développés. L'InVS a créé son site internet mettant en ligne les données de la déclaration obligatoire. Le ministère de la Santé a déployé également son site internet afin de mieux communiquer avec les professionnels de santé sur les textes et les recommandations des instances consultatives, faisant diminuer la portée du BEH. En 2009, le BEH-Web édité par l'Institut de veille sanitaire en complément du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) devient un nouveau support d'information scientifique publié uniquement en ligne, créé pour répondre à un besoin de diffusion d'une information scientifique rapide.

Les pouvoirs publics s'appuient également sur l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), créée en 1999. Son rôle était d'évaluer les risques sanitaires et nutritionnels de tous les aliments (alimentation humaine ou animale) afin de prévenir au plus tôt le gouvernement et de façon plus large la population. Cette instance était sous l'autorité de trois ministères (de la Santé, de l'Agriculture et de la Consommation). L'Afssa a fusionné en 2010 avec l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) pour devenir l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Cette instance est placée sous la tutelle des ministères de la Santé, de l'Agriculture, de l'Environnement, du Travail et de la Consommation. L'Anses a des missions de veille, d'expertise sur les questions de santé et notamment sur les risques sanitaires. Elle a un rôle d'information de la population sur les conclusions de ses travaux grâce

²⁰⁴ Bouvet, E. (2008) *Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, son histoire et son rôle dans le partage et la diffusion de données épidémiologiques*. BEH hors-série / 26 novembre 2008.

²⁰⁵ Op.cit.

à la publication et la diffusion de recommandations, que l'agence met en ligne sur son site internet.²⁰⁶

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) intervient dans le champ de la santé au niveau de la communication, de l'information et de l'éducation. Il a été mandaté par le ministère de la Santé pour mettre en œuvre des actions et campagnes de prévention et promotion de la santé. Cet institut est un établissement public administratif de l'État, qui a remplacé en 2002 le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) qui déployait dès 1976 des programmes de prévention en santé publique. En 2016, une nouvelle agence regroupe l'InVS, l'Inpes, l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), ainsi que le groupement d'intérêt public Adalis (Addictions, drogues, alcool info service) : Santé publique France, officiellement créée par l'ordonnance n° 2016-462 et le décret 2016-523, le 1er mai 2016. Cette agence, mise en œuvre dans le cadre de la loi n°2016-41 « modernisation du système de santé » intervient dans les champs de la veille, de la surveillance, de la prévention et de la promotion de la santé. Elle est également sollicitée dans le cadre des alertes sanitaires. Elle avait pour ambition de devenir un centre de référence en santé publique, fondé sur une expertise et une communication scientifique, assurant un continuum entre la recherche, la connaissance, l'information et l'intervention promouvant la santé des populations.

Placé sous la tutelle du ministère de la Santé publique et de la Population, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), précédé par l'Institut national d'hygiène (INH), a été créé par le décret du 18 juillet 1964. Cet institut avait notamment pour missions de tenir le gouvernement informé de l'état sanitaire du pays et en orienter le contrôle et d'entreprendre des études sur la santé de l'homme et sur la situation sanitaire du pays.²⁰⁷

D'autres instances contribuent à améliorer la qualité du système de santé. La Haute autorité de santé (HAS) a été mise en place le 1^{er} janvier 2005. Cette autorité publique indépendante à caractère scientifique a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, afin de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins et de venir en appui des professionnels dans l'amélioration continue des soins ; de donner des avis pour accompagner la décision publique pour l'optimisation des prises en charge et assurer un rôle d'information du grand public visant l'amélioration de la qualité de l'information médicale.²⁰⁸ La HAS délivre à destination des professionnels de santé des « Recommandations de bonne pratique », synthèses de l'état de l'art et des données de la science servant à aider le praticien et le patient à rechercher des soins appropriés aux circonstances cliniques.

L'Académie de médecine a été fondée en 1820 par Louis XVIII dont les missions étaient de « répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, et principalement sur les épidémies, les maladies [...] » (ordonnance royale du 20 décembre 1820).²⁰⁹ Cette société savante n'est devenue « nationale » qu'en 1947. Le rôle de l'Académie nationale de médecine est devenu consultatif, sa mission demeure de conseiller les pouvoirs publics et elle peut s'auto-saisir pour émettre un avis. Ses communications et ses rapports sont reconnus dans le domaine de la santé. Le gouvernement s'appuie, lors des arrêtés ou décrets qu'il émet, sur les avis de l'Académie nationale de médecine comme en témoigne l'arrêté du 17 octobre 1983 relatif à la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que

²⁰⁶ Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/agences-et-operateurs/article/anses-agence-nationale-de-securite-sanitaire-de-l-alimentation-de-l>

²⁰⁷ <https://histoire.inserm.fr/de-l-inh-a-l-inserm/l-inserm-de-1964-a-nos-jours/creation>

²⁰⁸ <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/has-haute-autorite-de-sante>

²⁰⁹ <https://www.academie-medicine.fr/missions-et-statuts/missions/>

les sages-femmes peuvent prescrire. Le pouvoir décisionnel a été accordé au Conseil de l'Ordre, la HAS et aux autres agences sous la tutelle du ministère de la Santé.

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), interlocuteur des pouvoirs publics, est une organisation professionnelle. C'est en 1970 qu'il parut utile de réunir, au sein du CNGOF, des spécialistes français ayant reçu la même formation et exerçant le même art. Le Collège représente la profession auprès des pouvoirs publics, notamment dans les domaines de la formation initiale et continue à tous les niveaux de compétence et de responsabilité et de la qualité des soins à l'intérieur des différents modes d'exercice professionnel public ou privé. Le CNGOF élabore des recommandations pour la pratique clinique et des ouvrages de référence à destination des professionnels de santé, mais aussi à destination des femmes enceintes.

Le Cerin, centre de recherche et d'information nutritionnelles, a pour mission de délivrer aux professionnels (de santé et de santé publique), ainsi qu'aux journalistes, une information nutritionnelle complète et validée, sur le lait et les produits laitiers, mais aussi sur l'ensemble des grandes thématiques de la nutrition et de la santé, les besoins nutritionnels des groupes de population et la prévention nutritionnelle des pathologies. Le Cerin se décrit officiellement sur son site internet comme « le département santé de l'interprofession des produits laitiers ». Malgré le fait qu'il s'agisse d'une instance représentant un groupe d'intérêt dans le domaine de l'agroalimentaire, nous avons fait le choix d'intégrer son ouvrage *L'alimentation de la femme enceinte- Recommandations et conseils pratiques* qui a été établi suite au colloque international « Nutrition et grossesse », organisé par le Cerin, en partenariat avec le CNGOF et le Centre International de l'Enfance et de la Famille (CIDEF), sous le patronage du Secrétariat d'État à la Santé. Cet ouvrage visait à apporter aux professionnels de santé l'essentiel des données scientifiques recueillies lors de ce colloque, dont la finalité était d'aider la femme enceinte à adapter son alimentation pendant la grossesse et l'allaitement afin d'éviter les effets préjudiciables à sa santé et à celle de son enfant.

Nous avons évoqué les instances et organisations sanitaires nationales impliquées sur la thématique d'alimentation-grossesse. Au niveau international, le gouvernement s'appuie également sur les avis de l'Organisation mondiale de la santé qui a aussi un rôle d'information épidémiologique. « Aux termes de l'article 2 de sa Constitution et de l'article 11 du Règlement sanitaire international (1969), l'OMS doit informer rapidement les États Membres des cas de maladies transmissibles d'importance internationale ».²¹⁰ Elle est à l'origine de la publication du Relevé épidémiologique hebdomadaire (REH)²¹¹. La stratégie de l'OMS vise à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales et s'inscrit dans le cadre de l'Initiative pour une maternité sans risque. L'une des thématiques travaillées par cette instance porte sur la « Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ». L'Assemblée mondiale de la Santé est l'organe décisionnel de l'OMS. Les recommandations sur les orientations, normes et interventions reposent sur les données scientifiques les plus récentes. L'OMS est à l'origine de nombreuses publications à destination des différents pays qui sont publiées dans plusieurs langues.

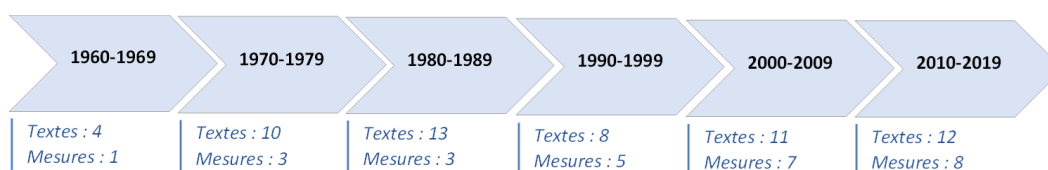
²¹⁰ Organisation mondiale de la santé. (1972). Service OMS d'information épidémiologique pour les États Membres. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 47(49), pp. 477-478.

²¹¹ Le Relevé épidémiologique hebdomadaire (REH) est un outil élaboré par l'OMS destiné à diffuser de façon précise et rapide des informations épidémiologiques sur les cas et les flambées inhérents aux maladies régies par le Règlement sanitaire international ainsi que sur d'autres maladies transmissibles importantes pour la santé publique.
www.who.int/fr/publications/journals/weekly-epidemiological-record

Notre méthodologie de recherche s'est basée sur une analyse systématique des documents de référence des instances sanitaires. Nous avons sélectionné notre corpus à partir de différentes bases de données dont la base IRIS de l'OMS, les archives de l'InVS et du BEH et la base de données de Santé publique France. Les documents de référence sur la thématique de la toxoplasmose et de la listériose disponibles en ligne ont été consultés pour l'Anses, la HAS, l'Inserm, le CNGOF, l'Académie nationale de médecine et le Cerin et dans les archives de l'Inpes et l'Afssa et via les informations disponibles en ligne sur les sites des ministères de la Santé et de l'Agriculture.

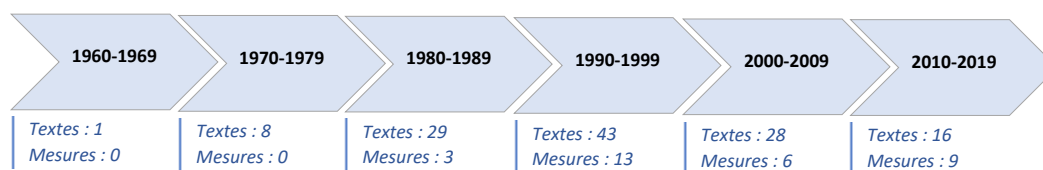
Deux documents sélectionnés sont communs aux deux risques infectieux émis par l'Inpes et le Cerin. La méthodologie de sélection des autres documents est précisée dans l'annexe 1.

Parmi toutes les sources évoquant la toxoplasmose, 58 documents ont été sélectionnés.



Parmi les 58 textes, 27 ont cité des mesures préventives, qui peuvent être transmises par les professionnels de santé aux femmes enceintes (Annexe 2). Les autres textes ont énoncé des mesures de vigilance sur les facteurs de contamination, moins explicites pour une bonne orientation des conseils. Quatre textes ont repris les mesures préventives citées dans d'autres textes. Ainsi 23 messages de prévention différents ont été émis entre 1960 et 2018.

Parmi toutes les sources évoquant la listériose, 125 documents ont été sélectionnés.



Parmi les 125 textes, 31 ont cité des mesures préventives. Les autres textes ont énoncé des mesures de vigilance sur les facteurs de contamination, des explications sur les méthodes listéricides, ce qui est moins explicite. Les recommandations citées dans l'Afssa en 2009 faisaient référence aux recommandations du ministère de la Santé, elles ont été comptabilisées car non présentes dans notre liste. Un texte a cité les mesures américaines du CDC et a proposé des mesures spécifiques françaises (BEH N°24, 1992), il sera cité deux fois. Donc 32 mesures apparaissent dans les textes (Annexe 3). Toutefois, un texte a repris les mesures préventives citées dans un autre texte. Ainsi 31 messages de prévention distincts ont été émis entre 1960 et 2018.

Les ouvrages pédagogiques

Afin de cibler au mieux les ouvrages pédagogiques sur la période de 1960 à 2019, nous avons consulté la bibliothèque universitaire de l'UFR des Sciences de Santé ainsi que celle de l'École de Sages-femmes. Nous avons complété notre corpus avec les ouvrages en notre possession et ceux de collègues sages-femmes, nous permettant d'étudier des livres plus anciens. Afin de cerner leur évolution dans le temps, nous avons tenté d'obtenir les différentes éditions des ouvrages dans la mesure du possible. Les thématiques concernaient l'obstétrique et les pathologies infectieuses. Afin de couvrir toute la période d'entretiens auprès des professionnels

et faire le parallèle avec leurs sources d'information, nous avons choisi d'étudier les ouvrages sur la période 1960-2019.

Notre abonnement universitaire nous a également permis d'effectuer une recherche sur les EMC (encyclopédie médico-chirurgicale). Le premier traité de l'EMC date de 1929 et ne s'adressait qu'aux médecins puis s'est ouvert aux sages-femmes. Cet ouvrage était considéré à son origine comme un ouvrage de documentation scientifique et technique, publié selon l'état actuel des connaissances. L'EMC s'est enrichie pour répondre aux différentes spécialités de la médecine. Les archives d'obstétrique remontent à 1982 et sont disponibles depuis 1992 sur notre thématique. Le traité de médecine (AKOS) qui en découle date de 1998. Sur la base de recherche de l'EM Premium, nous avons utilisé les mots-clés « toxoplasmose » et « listériose » dans tous les traités jusqu'à fin 2019.

Sur le mot-clé « toxoplasmose », 813 résultats sont enregistrés et sur le mot « listériose », 202 résultats. Nous avons ensuite sélectionné ceux qui concernent la périnatalité c'est-à-dire les EMC Obstétrique/ Pédiatrie/ Maladies infectieuses/ Endocrinologie-Nutrition/ Médecine (AKOS). Au total, cela concerne 35 EMC.

Douze documents (de 1992 à 2019) portaient sur la listériose et 11 documents (de 1996 à 2019) étaient spécifiques à la toxoplasmose. Ont également été sélectionnés 12 documents (de 1996 à 2016) qui pouvaient être communs aux deux risques infectieux. Parmi ces derniers, deux EMC sur Nutrition et grossesse (1997, 1998) n'évoquaient pas les risques infectieux alimentaires et l'EMC de 1996 sur la surveillance de la grossesse normale n'évoquait pas la listériose.

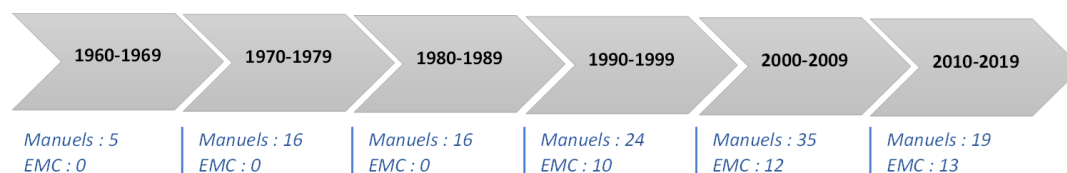
Sur la période, 21 EMC abordaient la toxoplasmose et 21 évoquaient la listériose.

Nous avons fait le constat en lisant les références bibliographiques que certains EMC comme celui de 1989 « EMC Obstétrique Listériose » ou « EMC Maladies infectieuses Toxoplasme et toxoplasmose » de 1993 ne sont pas disponibles dans les archives de l'EMC.²¹²

Concernant les ouvrages pédagogiques, nous avons exclu de notre corpus les ouvrages strictement utilisés dans la préparation des ECN (épreuves classantes nationales).

Dans certains ouvrages d'obstétrique, le mot-clé « listériose » est cité dans un chapitre « Fièvre et grossesse » mais sans explication de la maladie²¹³, nous avons décidé de ne pas comptabiliser ces ouvrages dans ceux évoquant la listériose. Ainsi sur les 115 manuels étudiés, 11 ne traitaient pas de la maladie toxoplasmose, et 34 ne traitaient pas de la maladie listériose.

L'étude a porté sur 150 ouvrages pédagogiques (EMC et manuels). Les risques infectieux ont été retrouvés dans 125 ouvrages pour la toxoplasmose et 102 pour la listériose.



²¹² Notons par exemple ces deux références non retrouvées dans les archives de l'EMC, l'une concernant la toxoplasmose et l'autre la listériose : Fortier B, Ajana F. Toxoplasme et toxoplasmoses, Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), *Maladies infectieuses*, 8-509-A-10, Pédiatrie, 4-330-A-10, 1993 : 10 p./ Marpeau L, Herbulot P, Barrat J Listériose. In: Encycl Med Chir (Ed.) *Obstétrique*, 05-039-E10 Paris Elsevier : 1989 ; 4 p.

²¹³ Le diagnostic et les traitements en cas de contamination sont abordés dans le chapitre « Fièvre et Grossesse ».

Les entretiens semi-directifs auprès des professionnels

Dans ce deuxième volet, nous avons questionné les modalités de construction des messages de prévention relatifs aux risques infectieux alimentaires par l'intermédiaire d'entretiens auprès de professionnels gynécologues-obstétriciens et sages-femmes. Cette étude vise également à mettre en perspective les thèmes abordés en consultation et les réponses apportées aux femmes.

Choix de la méthodologie

Pour y répondre, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs auprès des professionnels ayant accepté de participer à notre 1^{er} axe. Pour rappel, nous avons étendu le nombre de professionnels initialement prévu, acceptant cette phase d'observations, à 12 professionnels.

Afin de diversifier les positionnements nous avons prévu d'inclure 15 professionnels supplémentaires toujours sur le principe de l'échantillon à variation maximale auprès de professionnels réalisant des consultations de grossesse (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes), n'ayant pas participé à cette phase d'observations, avec des sollicitations faites selon les mêmes modalités que pour l'axe 1. Nous souhaitons interroger 20 professionnels de santé au total.

Ainsi, la population sélectionnée était :

- Les professionnels ayant accepté de participer aux observations et ayant accepté de participer aux entretiens. Parmi les 12 professionnels recrutés, deux n'ont pas répondu aux sollicitations pour les entretiens.
- Des professionnels de la région Bourgogne-Franche-Comté (BFC) n'ayant pas participé à cette phase d'observations. Une diversité a été recherchée selon l'ancienneté de leur formation et de leur lieu de formation (priorisations d'enseignements différentes selon les lieux et les années de formation).

Déroulement de la phase d'entretiens

Un premier entretien réalisé auprès d'un gynécologue-obstétricien a permis de tester et valider la grille d'entretien. Pour les professionnels de santé ayant participé aux observations, les entretiens ont été menés après la réalisation de toutes les observations pour ne pas influencer le professionnel de santé dans la conduite de sa consultation.

Pour le recrutement des autres professionnels aux entretiens, en plus de sollicitations via mon réseau de professionnels, un 1^{er} appel a été lancé sur le groupe Facebook Sages-femmes BFC. Puis en fonction des profils des participants, un second appel a été lancé auprès de professionnels ayant réalisé une formation initiale hors BFC afin de diversifier au maximum les lieux de formation ; 14 sages-femmes ont été intéressées pour participer à l'étude.

Au total, 25 professionnels de santé de la région BFC ont participé à cette phase d'entretien (4 GO et 21 SF). Seuls deux professionnels (1 GO et 1 SF) ayant participé au volet d'observations de consultations prénatales n'ont pas répondu à notre sollicitation pour cette phase d'entretien.

Tableau III. Caractéristiques des professionnels interrogés

Intitulé	Profession	Lieu d'exercice	Ville/études	Temps d'entretien
PS1-GYN1-Anc33	médecin	cabinet libéral et maternité	Lyon et Dijon	32 minutes
PS2-SF1-Anc4	sage-femme	cabinet libéral et maternité	Dijon	33 minutes
PS3-SF2-Anc37	sage-femme	maternité	Dijon	55 minutes
PS4-GYN2-Anc10	médecin	cabinet libéral et maternité	Paris	36 minutes
PS5-GYN3-Anc9	médecin	maternité	Dijon	48 minutes
PS6-GYN4-Anc28	médecin	cabinet libéral et maternité	Dijon et Lyon	50 minutes
PS7-SF3-Anc11	sage-femme	cabinet libéral	Paris	37 minutes
PS8-SF4-Anc11	sage-femme	maternité	Paris	63 minutes
PS9-SF5-Anc4	sage-femme	cabinet libéral	Dijon	25 minutes
PS10-SF6-Anc22	sage-femme	cabinet libéral	Rennes	46 minutes
PS11-SF7-Anc10	sage-femme	cabinet libéral et maternité	Belgique	60 minutes
PS12-SF8-Anc8	sage-femme	cabinet libéral	Nancy	46 minutes
PS13-SF9-Anc19	sage-femme	cabinet libéral et maternité	Bourg-en-Bresse	39 minutes
PS14-SF10-Anc13	sage-femme	cabinet libéral	Dijon	36 minutes
PS15-SF11-Anc14	sage-femme	cabinet libéral	Besançon	24 minutes
PS16-SF12-Anc10	sage-femme	cabinet libéral	Belgique	29 minutes
PS17-SF13-Anc6	sage-femme	cabinet libéral	Nîmes	31 minutes
PS18-SF14-Anc13	sage-femme	maternité	Belgique	41 minutes
PS19-SF15-Anc13	sage-femme	cabinet libéral	Grenoble	30 minutes
PS20-SF16-Anc8	sage-femme	cabinet libéral	Suisse	35 minutes
PS21-SF17-Anc13	sage-femme	maternité	Bourg-en-Bresse	46 minutes
PS22-SF18-Anc13	sage-femme	cabinet libéral	Paris	32 minutes
PS23-SF19-Anc21	sage-femme	maternité	Dijon	49 minutes
PS24-SF20-Anc21	sage-femme	centre périnatal	Lyon	36 minutes
PS25-SF21-Anc14	sage-femme	maternité	Besançon	45 minutes

Informations recueillies

Comme évoqué plus haut, un premier entretien réalisé en décembre 2018 auprès d'un gynécologue-obstétricien avant son départ à la retraite a permis de valider la grille d'entretien. Les autres entretiens ont été réalisés entre octobre 2019 et décembre 2019 après la finalisation de toutes les phases d'observation.

Un guide d'entretien énonçait la consigne générale et le guide thématique avec une série de thèmes à aborder systématiquement au cours de l'entretien et les éventuelles relances (Annexe 6). Les thèmes suivants ont été abordés lors des entretiens :

- ✓ Sources d'information des professionnels de façon générale (évolution des modes d'information des professionnels de santé) et sources mobilisées personnellement (évolution au cours de la vie professionnelle, degré de confiance accordé aux sources, degré d'utilisation des différentes sources, éléments d'information sur lesquels ils basent leur discours de prévention)
- ✓ Formation initiale : lieu de formation, importance des risques infectieux alimentaires dans l'enseignement (cours magistraux, stages)
- ✓ Formation continue : modes d'information et de formation sur les thématiques de grossesse, et spécifiques sur l'alimentation-grossesse et les risques infectieux alimentaires
- ✓ Messages délivrés aux femmes enceintes
- ✓ Sources d'information des femmes enceintes
- ✓ Moyens d'information/formation sur la thématique

Les entretiens semi-directifs ont servi à interroger les professionnels sur les sources d'information qu'ils utilisent de manière générale puis de manière plus spécifique sur les risques infectieux alimentaires (et l'évolution de celles-ci en intégrant une stratification des interrogés en fonction de l'ancienneté de leur formation). Ils ont également été questionnés sur leur confiance et leur degré d'utilisation de ces différentes sources dans la construction de leur discours de prévention et leur communication sur ces risques.

L'autorisation pour enregistrer chaque entretien a été demandée aux professionnels de santé. Les entretiens ont eu lieu dans leur cabinet de consultation ou par téléphone. Une retranscription de l'intégralité des entretiens a été menée avec une anonymisation des données puis une analyse thématique a été réalisée avec le logiciel NVivo.

Tableau IV. Synthèse des caractéristiques des entretiens des professionnels de santé

Nombre total de professionnels de santé (PS) interrogés	25
<i>Nombre de gynécologues-obstétriciens</i>	4
<i>Nombre de sages-femmes</i>	21
Ancienneté (moyenne en années)	14,6
Année de diplôme certifiant (médiane)	2006
Période de réalisation des entretiens	
<i>Décembre 2018</i>	1 PS
<i>Octobre 2019-décembre 2019</i>	24 PS
Temps d'entretien (minutes)	
<i>Moyenne</i>	40
<i>Min</i>	24
<i>Max</i>	63

3.2.3. Axe 3- Construction des savoirs et de l'expertise des profanes

L'objectif de cet axe de recherche vise à comprendre comment les informations sur les risques infectieux alimentaires délivrées lors de la consultation médicale ont été perçues et assimilées par les femmes enceintes et comment celles-ci sont enrichies et précisées ou au contraire contredites et par quelles voies (média, entourage, etc.). Nous avons cherché à saisir l'appropriation qu'elles en font et identifier comment cela va les aider à définir leur expertise profane, qu'elles sont susceptibles de partager et de transmettre. Nous nous sommes questionnée sur l'impact de la communication sur le risque alimentaire sur la perception des femmes, que celle-ci provienne du professionnel de santé, de l'environnement social ou de sources médiatiques. Nous avons voulu ainsi mieux comprendre la construction de leur savoir profane.

Pour cela, deux volets ont été mis en œuvre. Le 1^{er} volet de cet axe porte sur des entretiens semi-directifs auprès de femmes enceintes puis nous présenterons une étude d'un groupe de discussion qui constitue le 2^e volet.

Les entretiens semi-directifs auprès des femmes enceintes

Choix de la méthodologie

Afin d'obtenir la parole la plus libre possible, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs avec des femmes enceintes. Cette méthodologie visait à identifier les éléments intégrés lors de la consultation prénatale et l'expression des comportements modifiés et leur évolution éventuelle en cours de grossesse. Cette méthodologie permet de questionner leurs représentations de l'alimentation-grossesse, des pathologies étudiées (toxoplasmose, listériose), des précautions alimentaires ainsi que le risque perçu. Elles ont également été interrogées sur les sources d'information qu'elles mobilisent et leur degré de confiance vis-à-vis des messages qui leur sont transmis.

Choix de la population

Dans un premier temps, nous avons sélectionné la population ayant accepté de participer aux observations et ayant donné son accord pour réaliser un entretien. Dans la majorité des cas, les entretiens ont pu se dérouler en face-à-face. Dans les autres cas (refus des femmes, contexte sanitaire), un entretien téléphonique a été proposé.

Les difficultés de recrutement pour les observations, notamment le faible nombre de consultations prénatales pour les sages-femmes, nous ont amené à rechercher, par d'autres modalités, une diversité de notre population afin de maximiser les chances d'apparition « *d'au moins quelques cas capables de perturber notre système et de nous pousser à remettre en question ce que nous croyons savoir* » (Becker, 2002, p.31).²¹⁴

Nous avons choisi de réaliser en dehors de toute observation des entretiens téléphoniques avec des femmes enceintes sans distinction de limitation de terrain (hors BFC). Le recrutement des enquêtées s'est fait par mon réseau élargi mais aussi celui de sages-femmes et par boule de neige avec les participantes. Cette diversité a été définie en fonction de variables liées aux

²¹⁴ Becker, H. (2002). *Les ficelles du métier : Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. La Découverte.

différents thèmes abordés et supposées jouer *a priori* un rôle majeur dans la structuration des réponses (parité, âge, profession, catégorie socio-économique, statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose, mode de suivi prénatal, etc.).²¹⁵

Déroulement de la phase d'entretiens

Les femmes enceintes ayant accepté l'observation des consultations du 1^{er} trimestre (ou de la totalité de leur suivi de grossesse) se sont vu proposer un entretien à l'issue de leur participation à cette 1^{ère} phase afin de ne pas interférer avec le processus d'observation. Les femmes ont été recontactées par téléphone, leur accord a été de nouveau demandé lors de cette entrevue.

Les entretiens ont été réalisés à différents temps de la grossesse, selon la période de participation des femmes à la phase d'observation. Les entretiens ont pu avoir lieu au domicile des femmes enceintes ou dans un lieu neutre à leur convenance. Ils pouvaient avoir lieu dans les suites de l'observation le cas échéant, à distance ou même après l'accouchement pour optimiser l'acceptabilité. Pour 4 femmes ayant participé à la phase d'observation, la phase d'entretien n'a pas été proposée (arrêt de la grossesse, choix secondaire de ne plus garder l'enfant, complication de grossesse).

Pour les femmes ayant accepté un entretien téléphonique, et n'ayant pas participé aux observations, celui-ci a eu lieu en fonction de leurs possibilités et du terme auquel les femmes se situaient au moment de leur recrutement. Ils ont eu lieu au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de grossesse. L'autorisation pour enregistrer chaque entretien a été demandée aux femmes enceintes. Les lieux ont été convenus avec les femmes pour les entretiens en face-à-face. Les autres entretiens ont eu lieu par téléphone.

²¹⁵ Nous aurions pu faire le choix de ne pas recruter de personnes ayant des barrières de langage. Cependant, nous ne souhaitons pas faire abstraction de leurs représentations et de leurs perceptions de l'alimentation et des discours délivrés et identifier leurs voies d'information.

Tableau V. Caractéristiques des femmes ayant participé à cette phase d'entretien

Prénom	Âge	Nombre d'enfants	Statut toxo	Trimestre de Grossesse	Intitulé
Amina	39	4	NEGATIF	1	Amina, A39, E4
Hakima	21	0	NEGATIF	1	Hakima, A21, E0
Annabelle	35	0	NEGATIF	3	Annabelle, A35, E0
Audrey	29	0	NEGATIF	2	Audrey, A29, E0
Bénédicte	25	0	POSITIF	3	Bénédicte, A25, E0
Caroline	33	0	POSITIF	3	Caroline, A33, E0
Chloé	25	0	NEGATIF	3	Chloé, A25, E0
Daphné	33	2	NEGATIF	3	Daphné, A33, E2
Deborah	35	1	POSITIF	3	Deborah, A35, E1
Élise	33	1	NEGATIF	2	Élise, A33, E1
Eva	28	1	NEGATIF	2	Eva, A28, E1
Fanny	35	0	POSITIF	3	Fanny, A35, E0
Florie	42	0	NEGATIF	3	Florie, A42, E0
Elsa	30	1	NEGATIF	3	Elsa, A30, E1
Géraldine	32	1	NEGATIF	3	Géraldine, A32, E1
Gabrielle	29	0	NEGATIF	3	Gabrielle, A29, E0
Hélène	37	0	POSITIF	3	Hélène, A37, E0
Inès	29	0	POSITIF	3	Inès, A29, E0
Jasmine	28	0	NEGATIF	3	Jasmine, A28, E0
Julie	32	0	POSITIF	3	Julie, A32, E0
Karen	32	0	NEGATIF	3	Karen, A32, E0
Kenza	28	0	NEGATIF	3	Kenza, A28, E0
Laure	30	0	NEGATIF	2	Laure, A30, E0
Lucie	30	0	NEGATIF	3	Lucie, A30, E0
Lydie	32	1	POSITIF	3*	Lydie, A32, E1
Maele	28	1	POSITIF	3	Maele, A28, E1
Malorie	25	0	NEGATIF	3	Malorie, A25, E0
Naomie	27	0	NEGATIF	3	Naomie, A27, E0
Ninon	23	0	NEGATIF	2	Ninon, A23, E0
Olivia	33	1	NEGATIF	3	Olivia, A33, E1
Ophélie	30	0	NEGATIF	2	Ophélie, A30, E0
Oriane	33	1	NEGATIF	2	Oriane, A33, E1
Pauline	30	2	NEGATIF	3	Pauline, A30, E2
Perrine	30	2	NEGATIF	1	Perrine, A30, E2
Rachel	22	0	POSITIF	2	Rachel, A22, E0
Romane	30	0	POSITIF	3	Romane, A30, E0
Sarah	19	0	NEGATIF	2	Sarah, A19, E0
Ségoène	28	0	NEGATIF	1	Ségoène, A28, E0
Sonia	27	1	POSITIF	2	Sonia, A27, E1
Tatiana	32	0	NEGATIF	2	Tatiana, A32, E0
Vanessa	29	0	NEGATIF	1	Vanessa, A29, E0
Zoé	38	1	NEGATIF	2	Zoé, A38, E1

*Entretien réalisé après l'accouchement

Au total, 42 femmes ont participé à cette phase d'entretiens :

- 16 femmes ayant participé à la phase d'observation de consultations, dont :
 - ✓ les 5 femmes ayant été suivies tout au long de leur grossesse lors de la phase d'observations (avec récits en complément pour 4 d'entre elles)
 - ✓ 8 femmes ayant participé aux consultations de début de grossesse
 - ✓ 2 femmes ayant participé aux consultations de début de grossesse + récit de consultations
 - ✓ 1 femme ayant participé uniquement au récit de consultations
- 26 femmes enceintes hors phase d'observation

Tableau VI. Synthèse des caractéristiques des entretiens des femmes enceintes

Nombre de femmes interrogées	42
<i>Ayant participé à la phase d'observation+ entretien</i>	15
<i>Ayant participé au récit de consultation+ entretien</i>	1
<i>Ayant participé uniquement à la phase d'entretien</i>	26
<hr/>	
Répartition des femmes interrogées selon le trimestre de grossesse	
<i>au 1^{er} trimestre</i>	5
<i>au 2^e trimestre</i>	12
<i>au 3^e trimestre</i>	20
<i>fin de grossesse après suivi</i>	5
<hr/>	
Parité	
<i>Femmes primipares (1 enfant)</i>	27
<i>Femmes multipares (2 enfants et +)</i>	15
<hr/>	
Statut immunitaire vis-à-vis de la toxoplasmose	
<i>Immunisée</i>	12
<i>Non immunisée</i>	30
<hr/>	
Âge (en années)	
<i>Moyenne</i>	30,1
<i>Min</i>	19
<i>Max</i>	42
<hr/>	
Période de réalisation des entretiens	
<i>Mars-avril-mai 2019</i>	4
<i>Juin-juillet-août 2019</i>	20
<i>Septembre-octobre-novembre</i>	11
<i>Décembre 2019</i>	6
<i>Avril 2020</i>	1
<hr/>	
Temps d'entretien (en minutes)	
<i>Moyenne</i>	41,1
<i>Min</i>	17
<i>Max</i>	86

Informations recueillies

Un guide d'entretien a été élaboré (Annexe 7), avec la consigne générale et une série de thèmes à aborder systématiquement au cours de l'entretien, précisés ci-dessous, et les relances :

- ✓ Représentations de l'alimentation-grossesse et des risques infectieux alimentaires pendant la grossesse ainsi que le risque perçu
- ✓ Expression des comportements modifiés, des précautions prises et leur évolution éventuelle en cours de grossesse
- ✓ Informations prénatales sur les messages de prévention évoquées lors de la consultation prénatale et questionnements spécifiques
- ✓ Sources d'information mobilisées de manière spécifique sur l'alimentation-grossesse et sur les risques infectieux alimentaires et besoins d'information
- ✓ Degré de confiance vis-à-vis des différentes sources.

Dans notre guide, nous avons envisagé des exemples de questions possibles mais une souplesse a été mise en œuvre afin que les personnes interrogées puissent aborder d'autres thématiques. De plus, les questions ont été adaptées en fonction du niveau de compréhension des femmes et choisies en fonction des thématiques abordées spontanément par la femme enceinte puis définies selon les sous-thèmes non abordés systématiquement. Une retranscription de l'intégralité des entretiens a été menée avec une anonymisation des données puis une analyse thématique a été réalisée avec le logiciel NVivo.

L'étude d'un forum de discussion

Comme le soulignent certains auteurs, le réseau social devient l'une des portes toujours plus fréquentées du web : « à une pratique où la requête dans un moteur de recherche est l'acte initial, s'ajoute celle de la navigation à partir de recommandations issues d'un cercle relationnel. Ce mode d'accès à l'information devient massif et pour bon nombre d'internautes la porte d'entrée sur le Web s'appelle Facebook » (Dujol & Mercier, 2017, p.1).²¹⁶

Malgré des liens faibles entre les internautes, le Web social permet l'émergence de dynamiques collectives : « les motivations des internautes évoluent au fil de leur implication dans les activités en ligne, passant de l'expression individuelle au dialogue, puis à l'échange d'opinions et de contenus, dans un processus favorisant le partage de connaissances et l'élaboration d'un savoir commun, l'effet collectif nécessitant, pour émerger, un grand nombre de contributions individuelles. » (Dujol & Mercier, 2017, p.2)²¹⁷

Différents dispositifs de communication cohabitent. Sur l'internet, les forums sont multiples et la définition de « forum » présente un certain flou (Théviot, 2011). Pour Anaïs Théviot, le forum pourrait correspondre au premier abord : « à l'ensemble des messages que l'on y trouve, organisés en fils de discussion, et éventuellement sur une arborescence plus complexe. On peut employer le terme de “ forum ”, voire de “ sous-forum ” afin de désigner simplement un ensemble de fils de discussion ». Elle évoque l'une des premières caractéristiques les qualifiant, ce sont « des espaces de communication asynchrone répandus sur Internet et les intranets » (2011, pp.25-26).²¹⁸

D'après la définition du terme « forum » fournie dans le *Vocabulaire de l'informatique et de l'internet*, publiée au Journal Officiel de la République Française du 16 mars 1999, il s'agit d'un « service permettant l'échange et la discussion sur un thème donné : chaque utilisateur peut lire à tout moment les interventions de tous les autres et apporter sa propre contribution sous forme d'articles ». Comme l'analyse François Mangenot, dans cette définition, la dimension asynchrone est évoquée implicitement par le terme « article » (2002). Pour cet auteur, le forum se définit selon plusieurs propriétés : communication écrite, asynchrone, publique (pour le groupe ayant accès au forum) et structurée des échanges : « C'est donc cette quadruple dimension écrite, asynchrone, publique et structurée qui constitue la spécificité communicationnelle des forums. » (Mangenot, 2004, pp.103-123)²¹⁹ Il pointe la dimension publique des échanges qui modifie le cadre communicationnel : « Toute intervention est “ publique », lisible par tous les participants au forum, même si elle se présente comme la réaction à une intervention initiative particulière. » Anaïs Théviot s'est interrogée sur le lien avec l'inscription au forum : « S'inscrire pour lire les contributions sans en poster revient à s'interroger sur le caractère public d'un forum » et en déduit que « l'inscription ne semble donc pas être une dimension qui caractérise réellement les forums de discussion en ligne », cette option étant variable selon les forums de discussion (2011, p.31).²²⁰

²¹⁶ Dujol, L., & Mercier, S. (dirs). (2017). *Médiation numérique des savoirs. Des enjeux aux dispositifs*. Les Éditions ASTED.

²¹⁷ Op cit.

²¹⁸ Théviot, A. (2011). Les forums : un espace commun de discussion publique sur Internet ? Dans E. Yasri-Labrique (dir.), *Les forums de discussion : Agoras du XXI^e siècle ? Théories, enjeux et pratiques discursives*. Éditions L'Harmattan.

²¹⁹ Mangenot, F. (2004). Analyse sémio-pragmatique des forums pédagogiques sur Internet. Dans J.-M. Salaün & C. Vandendorpe (dirs.), *Les défis de la publication sur le Web : hyperlectures, cybertextes et méta-éditions* (pp. 103-123). Presses de l'Essib.

²²⁰ Théviot, A. (2011). Les forums : un espace commun de discussion publique sur Internet ? Dans E. Yasri-Labrique (dir.), *Les forums de discussion : Agoras du XXI^e siècle ? Théories, enjeux et pratiques discursives*. Éditions L'Harmattan.

Cet auteur souligne aussi « *l'asynchronicité [qui] semble être une dimension inhérente à l'outil étudié, se couplant d'ailleurs d'une permanence des messages* ». Elle souligne « *le caractère collectif de ce dispositif* » et selon elle : « *on peut y voir une utilisation large du terme " forum " afin de faire ressortir la volonté d'échanges asynchrones en ignorant la dimension publique ou du moins en la limitant (accès à un grand nombre de personnes, mais pas à tous).* » (2011, p.29)²²¹

Dans ce travail, nous nous référerons à la définition large du forum fournie par cet auteur : « *un espace d'échanges et de débats numériques écrits asynchrones et collectifs* » (Théviot, 2011, p.36). Il constitue ainsi un espace pour une communauté d'intérêt, animé par le partage et la recommandation d'informations en ligne, sous forme de dialogues asynchrones. Pour souligner cet aspect de communauté, nous emploierons également les termes « *groupe de discussions* » et « *forum de discussion* ». Dans ce dispositif, « *le polylogue est la forme habituelle du forum et le multi-adressage en est la norme* » (Marcoccia, 1998, p.18).²²² Les interactions sont structurées : « *par l'existence de " fils de discussion " (correspondant souvent à des thèmes) et par la possibilité de faire apparaître une intervention comme une réaction à une autre* ». Tout internaute a ainsi trois possibilités : « *créer un nouveau fil de discussion, poster une intervention initiative dans un fil existant, poster une intervention réactive dans un fil existant.* » (Mangenot, 2004, p.108)²²³

Les forums sur la grossesse et exposant des échanges d'informations sur l'alimentation-grossesse sont nombreux. Le rôle des forums dans la médiation des informations sur les risques infectieux alimentaires soulève plusieurs questionnements : Quelles problématiques sont exposées par les femmes enceintes à l'égard des précautions alimentaires ? Comment se positionnent-elles dans les forums ? Énoncent-elles leur savoir ? Expérimentent-elles leurs expériences majoritairement ou citent-elles des recommandations ? Font-elles référence à leur professionnel de santé ? Les échanges contribuent-ils à une construction de leur savoir ? Cet apport est-il constructif et positif sur leurs conduites alimentaires et les changements de comportement ?

Nous avons ainsi choisi de décrire et analyser la manière dont les femmes enceintes acquièrent, exposent et confrontent leurs savoirs profanes, notamment expérientiels, sur le groupe de discussion d'une page Facebook à destination des femmes enceintes et des parents. Les fils de discussion présentent une structure arborescente. À la différence, d'autres forums pour lesquels les commentaires s'affichent comme des réponses au post initial dans l'ordre chronologique de publication, dans celui-ci les fils se structurent selon des réponses pouvant être apportées à chaque commentaire posté.

Il était aussi intéressant de questionner leur dynamique de recherche pour identifier la nature de leur publication (aliment précis ou consignes générales, partage d'expériences ou d'inquiétudes, etc.).

Pour Michel Foucault, le discours peut s'appréhender comme une zone de savoir social. Cette conception peut être appropriée pour l'analyse des conversations au sein de forums. Pour Jean de Bonville, « *l'analyse du discours porte généralement sur les propriétés linguistiques plus*

²²¹ Théviot, A. (2011). Les forums : un espace commun de discussion publique sur Internet ? Dans E. Yasri-Labrique (dir.), *Les forums de discussion : Agoras du XXI^e siècle ? Théories, enjeux et pratiques discursives*. Éditions L'Harmattan.

²²² Marcoccia, M. (1998). La normalisation des comportements communicatifs sur Internet : étude sociopragmatique de la netiquette. Dans N. Gueguen & L. Toblin (dirs.), *Communication, société et Internet* (pp. 15-22.). Éditions L'Harmattan,

²²³ Mangenot, F. (2004). Analyse sémio-pragmatique des forums pédagogiques sur Internet. Dans J.-M. Salaün & C. Vandendorpe (dirs.), *Les défis de la publication sur le Web : hyperlectures, cybertextes et méta-éditions* (pp. 103-123). Presses de l'Esssib.

fin des messages que ne le fait l'analyse de contenu » (2006, p.30).²²⁴ Même si cette dernière ne s'interdit pas de porter sur des mots ou des phrases.

Toutefois, au niveau méthodologique, pour mener notre analyse, nous nous appuyerons sur l'analyse de contenu plutôt que sur l'analyse de discours. Cette méthodologie permet de mieux comprendre des faits de communication et du contexte social dans lequel ils existent. « *La réalité sociale est donc, dans une certaine mesure, constituée des messages que s'échangent ses membres.* » (de Bonville, 2006, p.316)²²⁵ L'analyse de contenu, fondée sur la catégorisation, porte sur la sémantique d'unités textuelles plus larges.

Choix du corpus

Afin d'appréhender la diversité des interrogations des femmes enceintes menant à des échanges auprès d'autres femmes enceintes, l'étude d'un groupe de discussion a été privilégiée. Le choix d'un espace de discussion asynchrone regroupant un grand nombre d'adhérentes a été fait et s'est orienté vers le groupe Facebook administré sous format de forum : « Tout sur la grossesse ». Ce groupe a été créé le 27 février 2018 et disposait d'une portée déjà importante avec près de 90 000 adhérentes au début de l'étude (janvier 2019) et qui en comptait plus de 153 000 membres à la clôture de l'étude (janvier 2020). Ce groupe appréhendé comme un forum est administré par « Les Maternelles », émission de France 5, renommée dernièrement « La maison des maternelles et des parents ». Une page Facebook sur cette émission est suivie par une communauté de plus de 1 300 000 personnes (lancée en septembre 2016).

Ce groupe de discussion, « Tout sur la grossesse », visible par tous et consultable sur adhésion, est présenté sous forme d'un espace d'échanges où les internautes sont amenés à poser leurs questions sur la grossesse et échanger sur leurs expériences. Les membres doivent adhérer à une charte c'est-à-dire des règles de groupe définies par les administrateurs. Contrairement à d'autres forums comme celui de « Doctissimo », « magicmaman » ou de « enceinte.com », ce groupe ne possède pas de modérateur et l'administrateur ne modifie pas les réponses apportées par les internautes. De plus, le choix a été fait de ne pas s'orienter sur un forum essentiellement axé sur des informations médicales tel que « Doctissimo », en plus de la présence de modérateurs, il est contrôlé par des experts médicaux. Il est précisé que « *les forums sont placés sous la surveillance d'éminents spécialistes, tous unis autour de la même volonté : rendre chacun acteur de santé grâce à une meilleure information* » mais également que les modérateurs sont susceptibles de faire remonter certaines questions médicales à leur Directeur médical.

Malgré la popularité de ces forums qui sont également bien référencés (premiers sur les pages Google), notre choix s'est orienté vers ce groupe de discussion sans modérateur car nous souhaitons saisir la spontanéité des questionnements. Sur Facebook, les adhérents sont informés des nouvelles notifications, pouvant favoriser et faciliter les réponses. Ce choix constitue une opportunité réelle d'identifier les échanges entre pairs.

Les fils de discussion concernant la thématique ont été identifiés à partir de mots-clés relatifs à la toxoplasmose et la listériose. Pour faire le choix des mots-clés, nous avons consulté au fil de l'eau sur 2018 différents fils de discussion. Pour la toxoplasmose, nous avons sélectionné les mots-clés : « toxoplasmose », « toxo » (abréviation souvent utilisée), puis les termes relatifs au

²²⁴ De Bonville, J. (2006). *L'analyse de contenu des médias. De la problématique au traitement*. Culture et communication. De Boeck.

²²⁵ Op cit.

statut immunitaire tels que « immunisé » et « immunisation » puisque les expressions utilisées comme « je ne suis pas immunisée » sont utilisées en sous-entendant la notion de toxoplasmose.

Pour la listériose, nous avons choisi les mots-clés : « listeria » et « listériose ». Devant le nombre faible de posts relatifs à la listériose, nous avons expérimenté le mot-clé « pasteurisé » puisque l'idée prégnante de contamination est relative au lait cru et à la nécessité de prendre du lait ou des fromages pasteurisés. Nous n'avons pas privilégié le mot-clé « lait cru » qui lui faisait plutôt référence dans les posts à l'allaitement.

Nous avons exclu les posts qui évoquaient uniquement les résultats des examens sanguins relatifs à la toxoplasmose et les symptômes relatifs aux intoxications alimentaires ou de ces deux maladies. Les posts correspondant à des questionnements sur l'alimentation-grossesse ou des aliments spécifiques ont été recueillis pour avoir une vision globale des recherches des femmes mais n'ont pas été analysés dans le cadre de cette thèse.

Déroulement de la phase d'étude

Nous avons examiné sur les 12 mois de l'année 2019 les mots clés sélectionnés. Concernant notre positionnement, nous avons souhaité ne pas participer aux discussions du groupe et de rester une simple observatrice afin de ne pas modifier le cadre dans lequel se déroulaient les échanges. Nous avons aussi fait le choix de consulter les fils de discussion à distance, afin de laisser aux fils le temps de se construire, mais aussi pour ne pas être tentée d'interférer dans les échanges, notamment en cas d'éléments cités erronés. Cette distance permettait aussi d'être plus facilement compatible avec les autres étapes de la thèse. Cependant, cela correspond à une « photo » à un instant T, avec un caractère éphémère puisque certains profils de personnes peuvent disparaître. Toutefois, cela modifie à la marge le nombre de commentaires et de likes. En effet, certaines femmes enceintes n'adhèrent à ce groupe que pendant leur période de grossesse. C'est une limite de ce décalage. Puis nous avons sélectionné les fils de discussion lorsque les mots-clés étaient présents dans le post initial et éliminé lorsqu'ils étaient présents dans les commentaires uniquement.

Informations recueillies

Une analyse thématique a été menée pour nous renseigner sur les thèmes qui motivent les échanges sur le forum, sur les préoccupations des femmes et leurs représentations dans le contexte particulier du forum de discussion. Un commentaire peut transmettre des informations de santé, sur le risque sur la santé, sur le positionnement du praticien consulté pendant la grossesse et le type de craintes éprouvées.

Une analyse dynamique des conversations permet de rendre compte des processus d'acquisition et de confrontation des savoirs en interaction car les échanges peuvent être appréhendés comme des mouvements du discours. Celle-ci permet également d'appréhender le positionnement des internautes les uns par rapport aux autres. Selon Robert Vion, l'analyse des interactions verbales fait intervenir la relation sociale qui correspond à la reconnaissance par des acteurs du cadre dans lequel se déroule les échanges et de la façon qu'ils ont de se positionner l'un vis-à-vis de l'autre mais également, de la manière de gérer le discours et des modes de circulation de la parole (1996).

Les fils de discussion peuvent faire intervenir des questions simples qui correspondent à des demandes uniques et précises et qui entraînent généralement des réponses courtes et amènent

parfois à une conclusion rapide de l'échange. Les questions peuvent présenter plusieurs dimensions et poser le problème sous plusieurs angles.

Sur le groupe de discussion Facebook « Tout sur la grossesse », il est possible de liker les posts et liker les commentaires. Nous avons ainsi cherché à appréhender comment les femmes enceintes se positionnent sur ce forum. Nous ne pouvons en revanche pas appréhender l'audience relative aux internautes qui utilisent le forum uniquement sur consultation (pas de commentaire ni de like).

Certaines publications sont communes à différents mots-clés. Nous les avons catégorisées dans l'un des mots-clés « toxoplasmose » et « listériose ». Au total, 27 fils de discussion ont été analysés.

Tableau VII. Analyse des mots-clés sur l'année 2019

Mot-clé	Nb de résultats	Nb de résultats avec mot-clé	Nb de fils sélectionnés
« toxo »	79	33	23
« toxoplasmose »	61	28	17
« immunisé »	89	21	14
« immunisation »	3	1	1
« listériose »	28	3	3
« listeria »	18	0	0
« pasteurisé »	19	2	1

Concernant la toxoplasmose, 23 posts abordaient le sujet et un seul concernait exclusivement le mot-clé « immunisé ». Les fils de discussion autour de la « toxoplasmose » ont conduit à 837 commentaires (dont 534 commentaires directs), chaque post produisant en moyenne 35 commentaires (min : 0 ; max : 203). Sur nos fils sélectionnés en moyenne, 23 personnes commentent (min : 0 ; max : 173), 10 personnes vont liker le post (min : 0 ; max : 55) et 11 personnes likent dans le fil de discussion (min : 0 ; max : 53).

Une partie des internautes vient liker le post ou les commentaires sans intervenir directement dans le fil de discussion. Cette audience semi-active correspond à 70% de l'audience active (390 personnes ne font que liker le post ou un commentaire). Une audience passive, sans like et avec lecture seule, est probablement beaucoup plus large que l'audience semi-active.

Chaque post présente une structure arborescente. Il peut conduire à des commentaires directs ou à des enchaînements de réponses. Nous avons identifié en moyenne 22 commentaires directs par post (min : 0 ; max : 162). Environ 64% des commentaires répondent directement à l'auteur sur cette thématique de la toxoplasmose. De façon isolée, quelques personnes vont juste commenter, notamment pour « suivre le post » et bénéficier des réponses apportées à l'auteur.

Sur l'année 2019, seulement deux fils de discussion étaient directement liés au mot-clé « listériose », un fil était rattaché au mot-clé « pasteurisé ». Les fils de discussion autour de la « listériose » ont conduit à 145 commentaires, ces posts ont produit entre 15 et 114 commentaires. Sur ces 3 posts, 80 personnes commentent (dont 65 commentaires directs), 35 personnes ont liké les posts et 127 ont liké dans le fil de discussion. Environ 81% des commentaires répondent directement à l'auteur sur cette thématique de la toxoplasmose.

CHAPITRE 4.

Construction des savoirs experts des professionnels

Ce chapitre est dédié à la compréhension de la construction des savoirs experts des professionnels de santé. Depuis plusieurs décennies, « *le processus de médicalisation s'accompagne d'un mouvement plus large de sanitarisaton* » touchant un nombre croissant de domaines, considérés au regard de leurs conséquences sur la santé humaine, tels que l'alimentation (Vassy & Derbez, 2019, p.48).²²⁶ De nouvelles connaissances ont été générées grâce à la montée en puissance de la médecine scientifique. Comme le soulignent Carine Vassy et Benjamin Derbez, celles-ci sont « *de plus en plus nombreuses et appuyées sur des analyses statistiques difficiles à comprendre pour des non-spécialistes* ». À partir de ces études scientifiques, « *des recommandations de bonnes pratiques sont rédigées par diverses instances, comme des associations professionnelles ou des agences administratives* » (2019, p.50).²²⁷ Elles visent à orienter les pratiques professionnelles des praticiens en fonction des avancées les plus récentes de la recherche.

Ces connaissances formalisées associées à des compétences techniques se transmettent dans les instituts de formations lors de la formation initiale. Les enseignements théoriques et cliniques sont dispensés sous forme de cours magistraux, travaux pratiques et de stages. L'acquisition progressive des connaissances s'appuie aussi sur un enseignement par compagnonnage. Toutefois, comme le précise Pierre Ambroise-Thomas, « *quelle que soit sa valeur, la formation médicale initiale ne saurait suffire tout au long d'un exercice professionnel qui s'étend sur trente à trente-cinq ans* » voire au-delà. Cela souligne qu' « *une formation continue est donc indispensable pour actualiser les connaissances et intégrer dans la pratique professionnelle les progrès que réalise la médecine* » (2010, pp.211-212).²²⁸

Ces connaissances évolutives s'inscrivent dans un cadre de plus en plus institué. Nous avons souhaité étudier dans ce chapitre les pratiques info-communicationnelles des professionnels de santé, de façon générale et plus spécifique sur l'alimentation-grossesse et les risques infectieux. Nous nous appuyons pour cela sur l'expression de Hatim Boumhaouad, « *pratiques info-*

²²⁶ Vassy, C., & Derbez, B. (dirs.). (2019). *Introduction à la sociologie de la santé*. Armand Colin.

²²⁷ Op. cit.

²²⁸ Ambroise-Thomas, P. (2010). La formation des médecins français et le monde hospitalo-universitaire hier et aujourd'hui. Dans L. Israël (dir.), *Santé, médecine, société* (pp. 201-216). Presses Universitaires de France.

communicationnelles » qui « *recouvre toute activité permettant de s'informer et de communiquer : recherche de l'information, production de contenu, analyse de l'information, partage de l'information, etc.* » (2017, p.139).²²⁹

Nous aborderons en début de ce chapitre les recommandations émises par les instances de santé ainsi que celles proposées par les ouvrages pédagogiques, et leur évolution au cours du temps. Nous avons souhaité comprendre dans les parties suivantes, les sources d'information utilisées lors de leur formation initiale, ainsi que l'évolution de celles-ci en tant que professionnel diplômé lors de leur formation continue et celles privilégiées actuellement. Nous avons cherché à saisir comment ils effectuaient leurs choix, la confiance accordée aux différentes sources et leur stratégie de communication.

²²⁹ Boumhaouad, H. (2017). Pratiques info-communicationnelles des usagers des dispositifs numériques : Théorie de l'acteur-réseau. *Les Cahiers du numérique*, 13(3-4), 137-166.

4.1. Évolution des messages de prévention dans les textes institutionnels

Tout au long de l'histoire, les autorités sanitaires, sous la pression du corps médical ont défini le cadre normatif et les prescriptions de l'alimentation-grossesse, notamment sur les risques infectieux alimentaires. Si les textes d'autorité étaient au XVIII^e siècle, les manuels écrits par les médecins, les prescriptions ont ensuite été définies par les différentes instances sanitaires. Comme le souligne Frédéric Keck, « *si les hommes se sont toujours préoccupés de la sécurité de ce qu'ils mangent, du fait que l'alimentation est un acte potentiellement dangereux d'ingestion d'éléments extérieurs, c'est seulement récemment que cette inquiétude a trouvé une traduction institutionnelle* » (2008).²³⁰

Dans cette partie, nous reviendrons sur les informations institutionnelles sur lesquelles les professionnels de la périnatalité se basent pour construire leurs savoirs sur les risques infectieux alimentaires (toxoplasmose et listériose). Nous évoquerons leur évolution, avec leur enrichissement puis leur multiplication. Malgré la concomitance de la découverte des deux risques infectieux préoccupants pendant la grossesse, les recommandations officielles des instances sanitaires n'ont pas suivi la même évolution. Certaines vont être communes et notamment liées à la création des agences sanitaires. Nous insisterons sur l'intérêt perçu croissant d'améliorer la diffusion de l'information, notamment corrélé aux données épidémiologiques, puis évoquerons le choix de communication des agences. Nous questionnerons ensuite leur degré de précision et de lisibilité.

4.1.1. Quelle évolution des messages pour la toxoplasmose ?

Découverte dans les années 1920, la toxoplasmose congénitale devient dès les années 1950 une thématique de recherche aux niveaux national et international. Sa compréhension, notamment en termes de voies de contamination, a évolué au cours du temps. Les institutions ont fait évoluer en regard les informations relatives à ces connaissances et aux moyens de prévention qui en découlent. Les autorités sanitaires gouvernementales et en particulier le ministère en charge de la Santé s'emparent de ces constats pour mettre en place des mesures en phase avec les connaissances.

En France, l'Académie nationale de médecine évoque ainsi la consommation de viande insuffisamment cuite (et notamment de viande de mouton) comme source potentielle de contamination dans son bulletin de 1966. Trois années plus tard, elle revient sur cette voie de contamination et alerte les médecins sur la dangerosité de la toxoplasmose, particulièrement pour les femmes enceintes et sur les dangers pour elles de « *consommer des viandes crues ou insuffisamment cuites et trop peu mastiquées et insalivées* ». Elle évoque aussi une transmission « *par contacts avec des chiens, des chats infestés, surtout par consommation de viandes parasitées, crues ou insuffisamment cuites* » (séance du 04/11/1969).

En 1970, les circonstances de contamination sont mieux comprises et la compréhension du cycle parasitaire est ainsi établie, le chat étant reconnu comme l'hôte définitif de *Toxoplasma gondii* et l'homme ou les autres mammifères comme des hôtes intermédiaires. En 1972, l'OMS

²³⁰ Keck, F. (2008). Risques alimentaires et maladies animales. L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, de la vache folle à la grippe aviaire. *Médecine/Sciences*, 24(1), 81-85.

souligne le risque lié à la manipulation des chats et de leur fèces et leurs premiers conseils de prévention destinés aux femmes enceintes datent de 1974 : « *il est conseillé aux femmes enceintes d'éviter le contact avec les chats, et de s'abstenir de consommer de la viande crue ou insuffisamment cuite* » (REH N° 51-52). Suite aux poussées épidémiques au milieu des années 1970 aux États-Unis, l'OMS énonce des modalités de prévention : « *il convient, pour prévenir le risque d'infection de faire chauffer ces viandes jusqu'à 56°C pendant 10 à 15 minutes* » ; « *la réfrigération est considérée comme un moyen probable de tuer les kystes tissulaires* » (1976). Dans son bulletin de 1977, l'Académie nationale de médecine va prendre en considération plusieurs facteurs de risque. Elle insiste sur le fait qu'en cas d'absence d'immunité contre le toxoplasme, une surveillance sérologique mensuelle combinée à des règles hygiéno-diététiques rigoureuses doivent être mises en place : « *La femme enceinte ne doit alors consommer que de la viande bien cuite, avec des précautions plus strictes encore pour la viande de mouton, et ne consommer que des légumes et fruits soigneusement broyés et lavés. Elle doit éviter tout contact avec les animaux domestiques, spécialement avec les chats ; en cas d'impossibilité, l'écuille de l'animal sera prise avec des gants, lavée et désinfectée.* » (p.137) Selon cette instance, le premier écueil à l'application de ces règles demeure notamment l'incompréhension et la négligence des femmes et préconise un dispositif d'information, associé à une uniformité du dépistage sur le territoire national français. Le taux de femmes non immunisées était à l'époque de 17% en France en 1977 (Académie nationale de médecine, 1978).

En 1978, le ministère en charge de la Santé met en place un programme de prévention de la toxoplasmose congénitale imposant un dépistage sérologique systématique dans le cadre du certificat prénuptial aux femmes ne pouvant attester d'une immunité antérieure.²³¹ Ce dépistage avait notamment pour but « *la prescription des règles hygiéno-diététiques visant à immuniser la future mère avant la conception* »²³² et ainsi limiter les risques pendant la grossesse. En 1980, le ministère en charge de la Santé reconnaît d'une part la gravité de la toxoplasmose congénitale et d'autre part, le nombre important de femmes enceintes en dehors de tout statut matrimonial, excluant pour elles, « *toute possibilité de prévention avant la grossesse* ». Ce constat conduit à la rédaction d'une circulaire en 1983, sur la base des résultats d'un groupe de travail, recommandant aux médecins et sages-femmes d'informer leurs patientes enceintes non immunisées sur les moyens de prévention contre la toxoplasmose. Il s'agissait en particulier de recommander la consommation de viande bien cuite, le lavage soigneux des crudités, le nourrissage du chat de la maison avec des aliments en boîte et de ne pas changer soi-même sa litière, ou le faire avec des gants, et se laver soigneusement les mains. Une lettre type, devant être délivrée par le professionnel de santé aux femmes enceintes, a été proposée dans ce texte, pouvant ainsi étayer l'information orale. Cette circulaire visait également les biologistes en les incitant à fournir à leurs patientes la liste des recommandations. Cette lettre d'information sera diffusée par le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH N°48, 1983), journal scientifique à comité de lecture de l'Agence française en charge de la veille sanitaire²³³, dès son année de création en 1983. Ce bulletin souligne que, en l'absence de traitement ou vaccin spécifique, « *seuls des conseils hygiéno-diététiques, tenant compte des risques de contamination au cours du cycle de *Toxoplasma gondii*, peuvent être prescrits chez la femme enceinte non encore immunisée* ». Cette démarche de diffusion de l'information n'a pas été renouvelée par la suite

²³¹ Décret n°78-396 du 17 mars 1978, arrêtés du 20 juin 1978 et du 17 décembre 1981

²³² Circulaire N°605 DGS et DH du 27 septembre 1983 relative à la prévention de la toxoplasmose

²³³ Institut national de Veille Sanitaire (InVS) devenu depuis Santé Publique France.

et n'a pas fait l'objet d'une vérification de son application ou d'évaluation de son efficacité (Afssa, 2005).

Une deuxième vague de recommandations sur les moyens de prévenir la toxoplasmose est énoncée en 1987 dans un rapport de l'OMS puis synthétisée dans le bulletin N°5 de 1988. Ces recommandations, globalement similaires aux recommandations françaises de 1983, n'étaient pas destinées à être diffusées au grand public mais devaient servir de base pour établir des stratégies nationales et des recommandations dans chaque pays. Malgré tout, ces recommandations se veulent pragmatiques et aisément compréhensibles. Par exemple ces recommandations font état que « *la viande destinée à la consommation par les femmes enceintes doit être cuite jusqu'à ce que la couleur change* ». L'OMS constate que les professionnels concernés et la population à risque demeurent insuffisamment informés et qu'il est nécessaire de promouvoir une campagne d'éducation d'une part auprès des femmes enceintes avec des messages répétés pendant la grossesse et d'autre part, auprès des professionnels. Pour ces derniers, elle préconise une information établie par un groupe d'experts, réactualisée régulièrement et diffusée auprès des organisations professionnelles, des revues et du gouvernement, sur les conseils destinés à prévenir la toxoplasmose congénitale ; cette information devant se construire selon les bonnes pratiques d'élaboration des recommandations pour la pratique. En 1987, la Société française de santé publique, estime que la prévention de la toxoplasmose est relativement bien « codifiée » (BEH N°8, 1988). Toutefois, elle alerte sur le fait que la congélation préalable d'une viande ne peut être considérée comme une mesure de sécurité, si elle est consommée saignante.

En 1990, le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) et le Relevé épidémiologique hebdomadaire (REH) insistent sur les mesures de prévention primaire (mesures hygiéno-diététiques à même de limiter les risques d'infection) moins anxiogènes que les mesures de prévention secondaire, telles que le dépistage de l'infection par le toxoplasme de la femme enceinte, par réalisation de sérologies itératives. De façon intéressante, ce numéro du BEH souligne l'intérêt de modalités de diffusion de l'information sur les moyens de prévention : « *Pour que le dépistage des femmes enceintes contre la toxoplasmose ait un impact en santé publique, il faut que le praticien fasse un effort pour que l'information concernant les mesures préventives soient transmises et comprises [sic] par la population de femmes à risques* », signant ainsi une prise de conscience de l'importance de la forme pour permettre une appropriation des comportements favorables à la santé. Un dépliant d'information destiné aux femmes enceintes a ainsi été diffusé en 1990 par le Comité français d'Éducation pour la Santé. Cependant, une étude menée en 1991 à Lyon montre que seulement 17% de femmes non immunisées avaient appliqué des mesures de prévention satisfaisantes (Wallon et al., 1994).

En 1992, un dépistage sérologique systématique obligatoire de la toxoplasmose est édicté par décret pour l'ensemble des femmes enceintes lors du premier examen prénatal. En l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise, ces sérologies sont répétées tous les mois afin de repérer le plus tôt possible une infection par le toxoplasme dès qu'elle survient.²³⁴ Ce décret précise également que « *le médecin commente la brochure d'information dont le contenu est précisé par arrêté du ministre de la santé* ». Ces obligations sont évoquées dans le BEH de 1992. En parallèle, le ministère en charge de la Santé propose une brochure d'information, *Maman, prends soin de toi et de moi*, élaborée par la Direction générale de la Santé. Cette brochure porte notamment sur la prévention des risques alimentaires,

²³⁴ Décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires pré et postnataux. (J.O. n°40, 16 février 1992)

par la mise en avant de « gestes simples » à mettre en œuvre pour prévenir la toxoplasmose et la listériose. De son côté, l'Académie nationale de médecine met toujours en avant le risque lié à la consommation de viande de mouton saignante, et minimise l'influence de la viande bovine et de l'infestation humaine par les chats. En revanche, elle convient de l'élimination du risque par la congélation industrielle et une cuisson suffisante (1993). Différentes études locales font le constat que les mesures préventives ont fait preuve de leur efficacité mais que leur impact reste limité notamment du fait d'une non-connaissance du statut immunitaire en début de grossesse et de la non-délivrance d'information. Pour ces raisons, l'article de Carne et Tirard-Fleury conclue ainsi : « *Quoiqu'il en soit, l'action éducative doit être renforcée d'autant que la diminution du taux de séropositivité de la population adulte entraîne une augmentation parallèle du nombre de personnes à informer. Elle doit être la plus large et la plus précoce possible et utiliser les moyens d'information les plus performants.* » (1996)²³⁵

Une étude cas-témoins sur les facteurs de risque d'acquisition de la toxoplasmose, confiée au Réseau National de Santé Publique, renforce les preuves concernant les principaux facteurs de contamination déjà connus (consommation de viande de bœuf et de mouton peu cuite, de crudités mal lavées et hygiène insuffisante à l'occasion de la préparation des repas), mais ne révèle aucun nouveau facteur de risque (BEH N°16, 1996).²³⁶ Les recommandations de prévention, approuvées par le Conseil supérieur d'Hygiène publique de France, sont formulées dans ce BEH d'avril 1996, sous la forme de 5 grands points à évoquer avec les femmes enceintes. Parmi les messages de prévention formulés, certaines précisions sont apportées comme la cuisson des viandes d'au moins 65°C dans toute l'épaisseur de la viande, et le risque lié aux viandes marinées, fumées ou grillées. Cette étude met l'accent sur l'importance d'un support écrit pour la diffusion des recommandations, que ce soit par des magazines ou des livres spécialisés ou par leur médecin ou leur sage-femme et souligne la nécessité de renforcer le programme de prévention primaire auprès des femmes enceintes en adoptant une prévention la plus précoce possible (avant le début de la grossesse ou au cours du premier trimestre) et insistant sur les facteurs de risque d'origine alimentaire. Toutefois, ces recommandations n'ont pas fait l'objet d'une diffusion particulière auprès du grand public ou auprès des médecins qui sont à l'époque la première source d'information des patientes (Afssa, 2005).

En 1995, une autre étude souligne qu'une femme enceinte sur deux court le risque d'une séroconversion pendant la grossesse et estime que le risque de séroconversion était 9 fois plus élevé chez les femmes n'ayant pas bénéficié d'une information correcte (BEH N°51, 1996).²³⁷ Ses auteurs préconisent de poursuivre activement une politique d'information des femmes sur les mesures de prévention. Ces constats ont conduit le ministère chargé de la Santé à mener plusieurs actions d'information dont la création de supports destinés à prévenir la toxoplasmose et la listériose (Académie nationale de médecine, 2000). Ainsi ces informations sont diffusées dans un dépliant en trois volets, *Vous attendez un enfant*, créé en 1995 et adressé à près de 100 000 professionnels (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, centres de PMI, maternités, etc.). Le comité national de l'enfance a édité en parallèle, conjointement avec la DGS, le Carnet de l'enfant du premier âge, envoyé à chaque femme enceinte dès la déclaration de grossesse par la Caisse primaire d'assurance maladie. Une campagne d'information a également été lancée par le Centre de recherche et d'information

²³⁵ Carne, B., & Tirard-Fleury, V. (1996). La toxoplasmose chez la femme enceinte en France : séroprévalence, taux de conversion et niveau de connaissances des mesures préventives. *Tendances 1965-1995. Méd Mal Infect.* (26), pp. 431-436.

²³⁶ Baril, L., Ancelle, T., Thulliez, P., Goulet, V., Tirard, V., & Carne, B. (1996). Facteurs de risque d'acquisition de la toxoplasmose chez les femmes enceintes en France en 1995. *BEH* (16).

²³⁷ Ancelle, T., Goulet, V., Tirard-Fleury, V., Baril, L. et al. (1996). La toxoplasmose chez la femme enceinte en France en 1995. *BEH* (51).

nutritionnelle, grâce à un financement européen et, en collaboration avec la DGS, une affiche sur les risques toxoplasmose et listériose a été réalisée. Cette dernière a été diffusée début 2000 auprès des gynécologues-obstétriciens, des PMI (Protection Maternelle et Infantile), des maternités, des écoles de sages-femmes et de puériculture.

La poursuite de l'évolution des connaissances se perpétue en parallèle de ces actions. Dans son rapport de 2001, l'Académie nationale de médecine modère le risque lié à la présence d'un chat domestique, notamment dans les milieux urbains. Le chat est pourtant encore perçu comme faisant partie des facteurs de risque majeurs, avec toutefois de nombreuses confusions. Une étude menée en 2003 auprès des médecins généralistes de Bourgogne a mis en évidence que trois quarts des professionnels considéraient la griffure de chat comme un facteur de risque de toxoplasmose et près d'un quart évoquait la consommation de fromage cru, pourtant avant tout, voie de contamination pour la listériose (Binquet, 2003). En 2005, le guide de la HAS, *Comment mieux informer les femmes enceintes ?*, incite les professionnels à s'informer directement sur le site de l'InVS pour obtenir plus d'informations sur la prévention des risques infectieux liés à l'alimentation.

Un tournant dans l'enrichissement des connaissances s'opère en 2005. En effet, un état des lieux des risques liés à l'alimentation (dont le risque lié à la toxoplasmose) a été réalisé par l'Afssa qui fait le constat que :

Plusieurs études épidémiologiques ont permis d'identifier les principaux facteurs de risque d'acquisition de la toxoplasmose. Elles concordent sur l'existence d'un risque lié au manque d'hygiène des mains, la consommation de viande mal cuite et la consommation de crudités mal lavées. En revanche, bien que le risque lié à la manipulation de la litière soit bien identifié, la possession d'un chat n'a pas été considérée comme un facteur de risque dans plusieurs études. L'origine alimentaire est également retrouvée dans la majorité des épisodes de cas groupés de toxoplasmose avec une origine de contamination commune ; la viande crue est l'aliment le plus souvent en cause. Malgré ces informations concordantes sur le risque lié à l'alimentation, la part respective des différents types d'aliments, ou de l'environnement, dans la contamination humaine ne peut pas actuellement être précisée.

Ce rapport a permis de proposer des mesures préventives relativement claires et complètes reprenant les recommandations indispensables, les recommandations complémentaires et pour chaque recommandation, une rubrique « Précisions ». Au-delà de ces recommandations, les auteurs constatent que si des conseils de prévention sont largement diffusés, notamment sur l'internet et dans la presse, ceux-ci mêlent sans distinction les risques anecdotiques aux facteurs essentiels, mais également des idées fausses et des mesures non validées. Ce rapport dément ainsi les idées fausses et non prouvées, comme la consommation de poisson, les griffures de chat ou encore la consommation de lait de vache et de fromages. Les auteurs estiment que de trop nombreuses recommandations vont décourager et limiter leur application et préconisent une liste courte, étayée sur le plan scientifique et bien documentée pour motiver à les suivre. Dans son communiqué de presse en 2006, l'Afssa appuie sur sa demande d'« *une campagne d'information auprès des femmes enceintes, avec des recommandations de prévention de la toxoplasmose actualisées et reformulées, en collaboration avec l'InVS* ». ²³⁸ Ce communiqué souligne également l'importance de la formation des professionnels à ces recommandations.

²³⁸ Agence française de sécurité sanitaire des aliments. (2006). *Mieux informer les femmes enceintes sur la toxoplasmose*. [Communiqué de presse, le 24 mars 2006, Maisons-Alfort].

Par la suite, d'autres outils d'information se développent. Un guide de l'Inpes destiné aux femmes enceintes, *Le guide nutrition pendant et après la grossesse*, sera complété par une version destinée aux professionnels de santé en 2007. Ce dernier regroupe des conseils communs aux autres infections alimentaires et celles plus spécifiques sur chaque risque. Mais ces messages de prévention ne s'appuient pas sur les formulations des préconisations de l'Afssa qui devaient être le socle d'une information unique. Entre 2005 et 2009, de nouveaux documents résumant les principales modalités de prévention primaire sont diffusés par le ministère en charge de l'Agriculture de 2006 (Direction générale de l'alimentation), par l'InVS en 2007, puis dans le BEH en 2008 et enfin en 2009 par la HAS.

Malgré ces différentes initiatives, l'enquête nationale périnatale de 2010 montre que moins de deux tiers des femmes (61,6 %) déclarent avoir reçu des conseils de prévention pour éviter de se contaminer et d'être infectées par le parasite *Toxoplasma gondii*. Entre 2010 et 2016, les recommandations quant aux messages de prévention à diffuser se multiplient : l'InVS en public à deux reprises (2010, 2011), suivi par le CNGOF (2011), la HAS (2012), le BEH (2015), et l'Anses (2016). Les messages mis en avant sont courts et reprennent uniquement les grandes lignes des messages de l'Afssa. Au sein d'une même instance, on peut souligner que les axes donnés à la communication restent cohérents. Prenons l'exemple de l'InVS, qui précise dans son rapport de 2010 que : « *les moyens les plus efficaces pour protéger les personnes vulnérables sont les mesures de prévention (cuisson de la viande à 67°C, lavage des mains et des crudités et précaution vis-à-vis du nettoyage des litières) et la poursuite du dépistage chez les femmes enceintes* ». En 2011, cet institut ajoute aux autres mesures la congélation de la viande et précise que « *les mesures préventives [...] doivent être maintenues et plus largement diffusées* ». Le dernier document de la période d'étude date de 2017. Il est émis par la HAS qui énonce des recommandations complémentaires à celles classiquement citées. Trois éléments interpellent : « *ne pas consommer d'œufs crus ou de lait cru ; consommer de l'eau commercialisée et éviter les fruits de mer* ». En effet, seul un risque exceptionnel a été attribué au lait de chèvre cru et un risque hypothétique non confirmé est attribué aux fruits de mer ce qui questionne le processus ayant abouti à ces recommandations. Cependant il faut noter qu'une information de l'INFOSAN publiée en 2008 préconisait également d'« *éviter le lait et les produits laitiers non pasteurisés* ». ²³⁹

Ainsi, la multiplication des initiatives venant des agences sanitaires ayant pour mission la prévention des risques alimentaires a entraîné une multiplication de recommandations. À ce jour, aucune base de recommandations unique n'est disponible.

Une accumulation de messages, un risque de confusion

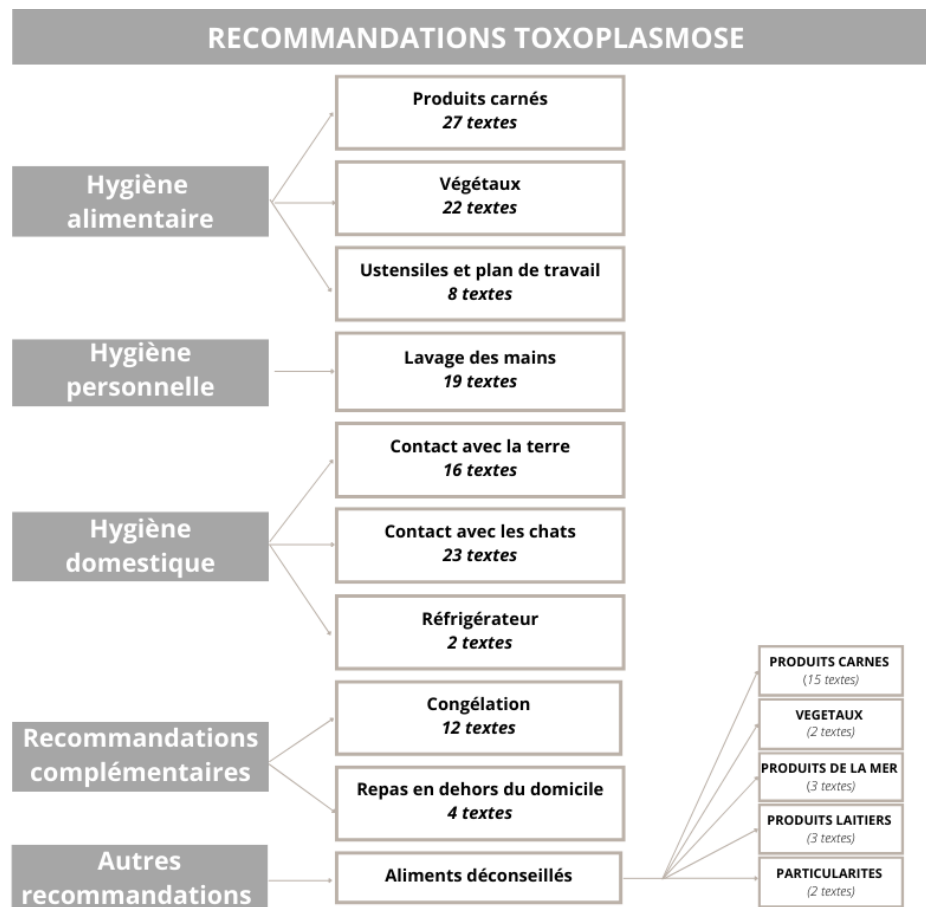
Les connaissances scientifiques et les messages de prévention étant en constante évolution, ces derniers sont devenus nombreux et divers. Cette multiplicité peut impacter l'appropriation par les professionnels de santé qui se répercute sur les informations transmises à leurs patientes lors des consultations.

Pour questionner la clarté des recommandations à leur disposition pour la toxoplasmose, les recommandations de l'Afssa, publiées en 2005, ont été considérées comme document de référence. Les mesures préventives présentées dans ce document sont déclinées en 3 items :

²³⁹ Note d'information INFOSAN N°3/30 avril 2008- Sécurité sanitaire des aliments et nutrition chez la femme enceinte et le nourrisson.

- Les mesures indispensables portant sur l'hygiène personnelle, l'hygiène domestique et l'hygiène alimentaire ;
- Les mesures complémentaires portant sur la congélation et les repas hors du domicile ;
- Les autres recommandations relevant de la précaution qui correspondent aux aliments déconseillés.

Pour étudier la clarté des mesures de prévention, nous avons ainsi axé notre travail sur les 27 textes parmi les 58 ayant cité des mesures préventives (Annexe 2 p.349). Les autres textes ont énoncé des mesures de vigilance sur les facteurs de contamination, moins explicites pour délivrer des conseils aux femmes enceintes. Quatre textes ont repris les mesures préventives citées dans d'autres textes. Ainsi 23 messages de prévention différents ont été émis entre 1960 et 2018.



Hygiène alimentaire

Produits carnés (Annexe 8)

Cette thématique est abordée par tous les textes institutionnels. Le premier texte de l'Académie de médecine alertant sur les dangers de la viande crue ou peu cuite date de 1969 mais également de façon surprenante, sur les viandes « *trop peu mastiquées et insalivées* ». Puis dans les années 70-80, les conseils insistent sur l'éviction de viande crue ou insuffisamment cuite (7 textes).

Par la suite, la problématique de cuisson des viandes sera centrale (23 textes). Des préconisations sont énoncées et le vocabulaire varie : « *consommation de viande très cuite* », « *cuisson suffisante* », « *adéquate* », « *bien cuire* ». Neuf textes abordent une notion de température de cuisson, variable selon les textes. Seuls quatre textes précisent qu'une viande bien cuite doit changer de couleur. Deux messages alertent sur la cuisson uniforme des

aliments : « éviter la cuisson des viandes au four à micro-ondes » (Afssa, 2005) et « les plats préparés et les restes doivent être réchauffés, de façon à être uniformément très chauds » (Inpes, 2007). La HAS en 2017 rappelle que « la salaison et le fumage ne détruisent pas les parasites ». Dès 1976, le refroidissement des viandes (réfrigération, congélation, surgélation) que nous reverrons plus loin est ajouté comme une mesure alternative à la cuisson des viandes.

Avant 2005, les conseils portent sur les viandes les plus à risque de contamination, notamment les viandes rouges et à partir de 2005, les recommandations insistent sur la cuisson de tout type de viande. Seule la HAS en 2017 cible encore dans ses conseils les viandes rouges : « en particulier du porc, du mouton et de l'agneau ». Quatre textes émettent des mises en garde sur les modes de préparation de la viande : beefsteak, tartare, fondue bourguignonne, brochette, méchoui, côtelette, etc.

Végétaux (Annexe 9)

Cette thématique est reprise dans 22 textes institutionnels. La 1^{ère} mesure en 1977 de l'Académie de médecine recommande à la femme enceinte de « ne consommer que des légumes et fruits soigneusement brossés et lavés ». Le lavage devient essentiel, énoncé dans 21 textes, notamment lié au risque du contact avec la terre. La seconde mesure préventive concerne le pelage des fruits et légumes (3 textes). La troisième mesure citée est la cuisson pour un seul texte. Majoritairement les textes évoquent le terme de « légumes » (14 textes), sept textes évoquent les « crudités », huit évoquent les « fruits » et 6 évoquent les herbes aromatiques. Seuls trois textes évoquent des exemples sur les aliments les plus à risque : « en particulier salade verte et fraises » (ministère de la Santé, BEH N°48, 1983) ; « précautions particulièrement renforcées pour les végétaux constamment souillés par de la terre et consommés crus ; radis, salade, fraises et champignons » (Afssa, 2005).

Ustensiles et plan de travail (Annexe 10)

Seuls huit textes abordent les précautions spécifiques aux ustensiles et plan de travail, avec un lavage soigneux ou à grande eau, le premier texte datant de 1996 (BEH N°16). Un texte précise « après découpe de viande » (Anses, 2011) et un autre « après chaque manipulation d'aliments » (Anses, 2016). La précaution la plus complète est celle émise par la HAS en 2017 : « nettoyer les surfaces et les ustensiles ayant été en contact avec de la viande crue (prévention des contaminations croisées) ; bien laver les ustensiles à la suite de la manipulation d'aliments souillés par de la terre ».

Hygiène personnelle (Annexe 11)

L'importance de se laver les mains est abordée dès 1983 dans de nombreux textes (19 textes) ; « Une bonne hygiène des mains et des ustensiles de cuisine est importante pour éviter la transmission de la toxoplasmose pendant la grossesse. » (BEH N°16, 1996) Ces messages insistent sur le lavage des mains avant les repas (12 textes), après (et/ou avant) la manipulation d'aliments (16 textes), après contact après la terre (15 textes, abordés ci-dessus) et après contact avec le chat / litière (5 textes). Quatre textes apportent des recommandations plus précises, notamment le brossage des ongles. Il est à noter que les recommandations de l'Inpes, abordées de façon transversale pour toutes les infections, ajoutent d'autres notions complémentaires telles que « Se laver très soigneusement les mains [...] après être allée aux toilettes, après les soins aux enfants (change) ». (Inpes, 2007)

Hygiène domestique

Contact avec la terre (Annexe 12)

Dès 1983, 16 textes énoncent des mesures de protection lors de contact avec la terre concernant en priorité le lavage de mains, le port de gants pour 9 textes et l'éviction du contact direct avec la terre pour 3 textes.

Contact avec les chats (Annexe 13)

Énoncée pour la première fois en 1974 par l'OMS, cette thématique est présente dans 23 textes. Les premiers messages incitaient à éviter les contacts avec les chats. Dès 1983, d'autres préconisations sont énoncées vis-à-vis de leurs excréments et des objets pouvant être contaminés tels que les bacs de litière. L'un des premiers conseils incite à confier le nettoyage de la litière à une autre personne. Douze textes vont évoquer le port de gants, notamment si la femme est dans l'obligation d'assurer le nettoyage : « *Si elle est obligée de le faire elle-même, demandez-lui de porter des gants réservés à cet usage [...]* » (Inpes, 2007).

Certains textes insistent sur un nettoyage quotidien (7 textes), avec de l'eau chaude ou bouillante (6 textes), avec de l'eau de Javel (2 textes). Cette dernière mesure énoncée par le BEH N°16 de 1996 et repris par la HAS en 2005 a été démentie par l'Afssa en 2005 et par l'Anses en 2016 dans ses messages de prévention : « *Le nettoyage à l'Eau de Javel n'apporte pas de garantie supplémentaire pour le nettoyage de la litière.* »

Une autre mesure émise par l'Académie de médecine de 1977 ne sera pas reprise dans les autres textes ; elle préconise le nettoyage de la gamelle, signe d'une méconnaissance encore présente à cette époque des voies de contamination : « *en cas d'impossibilité, l'écuelle de l'animal sera prise avec des gants, lavée et désinfectée* ». Six textes évoquent les précautions à prendre vis-à-vis de leur nourriture pour diminuer le risque. L'Anses en 2016 rassure en expliquant que « *les griffures du chat ne sont pas à risque* », ce qui a été précisé également dans l'argumentaire de l'Afssa.

C'est la HAS qui propose en 2017 le message le plus complet : « *une femme enceinte non immunisée peut garder son chat, dans la mesure où ce dernier ne rentre pas dans la cuisine, et où sa litière est changée par une autre personne, ou par elle-même, à condition de porter des gants et de se laver les mains ensuite. En outre, il est préconisé de réduire le risque d'exposition des chats domestiques en les gardant à l'intérieur, et en ne leur donnant que des aliments cuits, en conserve ou secs.* »

Réfrigérateur (Annexe 14)

Cette notion est ajoutée par la HAS dans ses recommandations de 2005 qui viennent compléter celles du BEH de 1996 : « *nettoyer et désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée le réfrigérateur 2 fois par mois* ». Cette mesure n'est pas abordée par l'Afssa en 2005. Une seconde préconisation très complète est émise par l'Inpes en 2007 ce qui peut s'expliquer aussi par des messages communs avec la listériose.

Recommandations complémentaires (Annexe 15)

Congélation

À propos de la « congélation » et/ou « surgélation », 12 textes évoquent cette mesure de prévention. Cet abaissement de la température comme moyen de diminuer le risque de contamination est évoqué dès 1976 par l'OMS : « *La réfrigération est considérée comme un moyen probable de tuer les kystes tissulaires.* » Par la suite, d'autres textes vont évoquer une congélation, industrielle (surgélation) ou domestique, laissant parfois la possibilité de consommer de la viande peu cuite si cette dernière a été congelée. Des températures « *inférieures à -18°C (surgélation)* » ou « *de -12°C à cœur, pendant 3 jours minimum* » sont évoquées dans 6 textes.

Repas en dehors du domicile

Seuls 4 textes institutionnels abordent les précautions à prendre lors de la consommation de repas en dehors du domicile : « *lors des repas pris en dehors du domicile : éviter la consommation de crudités et préférer les légumes cuits. La viande doit être consommée bien cuite ou bien privilégier la consommation de volaille ou de poisson.* » (BEH N°16, 1996)

Autres recommandations (Annexe 15)

Aliments déconseillés

Des précautions sont apportées sur le danger de certains aliments carnés pour 15 textes. Cela concerne les modes de préparation des viandes : « *Éviter la consommation de viande marinée, fumée ou grillée (comme cela peut être le cas pour le gibier)* » (BEH N°16, 1996). Pour l'Afssa, le risque lié à la « *viande marinée, saumurée ou fumée* » est potentiel (2005). Deux autres textes concernent les végétaux. Les fruits de mer sont ciblés dans trois textes, pour l'Afssa, ce risque est hypothétique.

Pour les produits laitiers, l'Afssa évoque également le risque lié au lait de chèvre, mesure reprise par la HAS en 2009 : « *Lait de chèvre cru (Précisions : risque exceptionnel mais avéré) ; viande marinée, saumurée ou fumée (Précisions : risque potentiel) ; Huîtres, moules et autres mollusques consommés crus (Précisions : risque hypothétique à confirmer)* ».

En 2017, la HAS se démarque en déconseillant de consommer des œufs crus, du lait cru et préconise de consommer de l'eau commercialisée.

4.1.2. Quelle évolution des messages pour la listériose ?

Connue depuis 1929, la listériose était envisagée jusqu'en 1950 comme une maladie de l'animal transmissible à l'être humain.²⁴⁰ La première infection néonatale due au germe est identifiée en 1951 (Académie de médecine, 2001). Par la suite, *Listeria monocytogenes* a progressivement été trouvée dans tout l'environnement, les aliments et le milieu extérieur. Mais jusque dans les années 1960, cette maladie était considérée comme rare.

²⁴⁰ La listériose était considérée comme une anthroponose, dont le mode de transmission peut se faire par la consommation de la viande de l'animal ou par les produits de l'animal (lait, œufs).

Dès les années 1960 et pendant les 20 années qui ont suivi, l'OMS a été la seule institution à informer sur l'apparition du risque listérien impliqué dans les infections alimentaires. Début des années 1960, des rapports de plus en plus nombreux soulignent en Europe des infections épidémiques ou sporadiques en lien avec la consommation d'aliments, dont les circonstances sont précisées par l'OMS :

La guerre et ses séquelles, la consommation grandissante de produits pour l'alimentation humaine ou animale, importés de régions où les prescriptions d'hygiène sont peu rigoureuses ou inappliquées, le nombre croissant de produits tropicaux consommés en Europe, l'habitude qui se généralise dans tous les secteurs de la populations, en particulier chez les travailleurs manuels et les écoliers, de prendre au moins un repas hors du foyer, au restaurant, en cantine, etc., le développement du tourisme qui fait affluer les habitants de pays où l'hygiène est la plus développée vers les pays du sud, où elle l'est moins. (Bulletin N°5, 1960)

Dans ce bulletin, la listériose apparaît comme une maladie nouvelle, probablement et principalement transmise par du lait non pasteurisé, et nécessitant d'y porter une attention particulière. Les œufs et la viande sont également évoqués comme pouvant être majeurs dans la transmission. Toutefois, ce bulletin précise que peu de connaissances existent sur l'épidémiologie et le réservoir naturel de *Listeria monocytogenes*. Début des années 1970, aux États-Unis, la fréquence des cas n'en fait plus une maladie rare, avec une conscientisation du risque plus importante de la part du corps médical. Au Royaume-Uni, les autorités estiment que cette maladie est probablement plus répandue et que cette prise de conscience va se traduire par une augmentation de cas déclarés (REH N°29). Mais, « *la listériose reste un mystère* », « *on ignore la source de l'infection, bien que le micro-organisme soit très répandu parmi les animaux* » avec des différences dans les animaux incriminés selon les pays, voire un doute sur un lien éventuel avec le contact avec des animaux (OMS, REH N°8 et N°22). En 1975, le doute sur l'épidémiologie persiste. La France est pourtant touchée cette année-là par une épidémie, avec une proportion forte de femmes enceintes contaminées (BEH N°88, 1987).²⁴¹ Ce germe considéré par l'OMS comme « *facultativement pathogène pour l'homme* » apparaît plus dangereux pour les personnes vulnérables telles que les femmes à la période périnatale (REH N°9). Début des années 80, l'OMS alerte sur cette maladie rare pouvant donner lieu « *à un avortement spontané, une mortinaissance ou une infection néonatale* ». Survenant de façon sporadique ou par petites poussées épidémiques dans certains pays, cette maladie n'a pas encore dévoilé son mécanisme de transmission. À l'international, de graves épidémies vont se déclarer (Canada, États-Unis, et Suisse). L'importante épidémie au Canada en 1981, majoritairement des cas de listérioses materno-fœtales ou néo-natales, a déclenché une forte mobilisation des autorités sanitaires du pays, avec l'appui du *Centers for Disease Control (CDC)* d'Atlanta (REH N°40, 1981). Le public a été également informé par les médias. Une large enquête est alors lancée, dont les conclusions ne seront données qu'en 1983, avec la mise en évidence de l'aliment incriminé, une salade de chou cru contaminée (REH N°37). Si deux flambées survenues aux États-Unis, en 1982 et 1985, ont permis d'incriminer le lait et les produits laitiers (REH N°16 de 1986), cela n'a pas été le cas dans l'épidémie de 1985 en Suisse (REH N°41, 1986). À la suite de ces dernières flambées, les États-Unis et le Canada ont lancé de vastes enquêtes sur les fromages, qui ont permis d'identifier la bactérie dans des fromages fabriqués par des sociétés américaines et françaises (REH N°34, 1986).

Jusqu'à ce que l'on connaisse mieux l'histoire naturelle de L. monocytogenes, on considérera le lait et les produits laitiers comme la source principale de l'infection chez l'homme. Le traitement thermique du lait et du fromage paraît actuellement le seul moyen utilisable en pratique de

²⁴¹ Cette épidémie ayant eu lieu en France n'a pas été décrite dans les documents étudiés.

prévenir la listériose humaine. Les autorités compétentes et le grand public doivent être informés. [...] Les autorités médicales devront être informées du rôle de L. monocytogenes dans les avortements. (OMS, REH N°16,1986)

En France, le Centre National de Référence des *Listeria* sera créé le 1^{er} janvier 1982 visant une meilleure connaissance du germe et de la maladie (BEH N°47 de 1985). Le groupe de travail de l'Académie nationale de médecine, précise dans son rapport « Listériose et chaîne alimentaire » que « *l'épidémiologie de cette maladie reste encore mystérieuse à bien des égards* » et que « *la gravité tient exclusivement dans la contamination de l'enfant, source d'avortements et de listérioses néo-natales* » (Bulletin N°6, Tome 166, 1985).

Depuis 10 ans, la listériose progresse, avec une meilleure détection des cas chez la femme enceinte et devient ainsi un sujet de préoccupation majeur chez les obstétriciens (Académie nationale de médecine, 1987). En 1986, des mesures prophylactiques reposant sur le diagnostic de la maladie sont énoncées par l'Académie nationale de médecine. Sans recommandation sur l'éviction d'aliments à risque, elle rappelle toutefois que « *la contamination chez l'homme s'effectue le plus souvent par voie digestive : consommation de lait, œufs, viandes insuffisamment cuites, végétaux consommés crus* » et appelle à la vigilance car « *la listériose constitue une menace sérieuse pour la femme enceinte et le produit de conception* ». (Bulletin N°5, Tome 170, 1986).

Pour le Canada, « *la transmission des infections à Listeria chez l'homme par voie alimentaire semble maintenant établie* » (REH N°34, 1986). Ce pays alerte par conséquent la communauté médicale sur les risques, tout en admettant ne pas être en mesure d'instaurer des mesures spécifiques de prévention :

Les médecins doivent être rendus attentifs au fait que Listeria peut se trouver dans des aliments tels que le lait cru, et peut-être le lait pasteurisé, le fromage à pâte semi-molle et peut-être encore dans d'autres fromages, les légumes à feuilles, les viandes et le poulet crus et les saucisses fermentées. Comme on ignore le taux de contamination de ces aliments par Listeria et que le risque de contracter la maladie après exposition au bacille chez des sujets sensibles est mal défini, il est difficile d'énoncer des recommandations précises.

Toutefois, les conséquences souvent mortelles de l'infection à Listeria chez les groupes à haut risque, l'aptitude de ce micro-organisme à croître dans des aliments réfrigérés et le fait qu'il puisse survivre dans certains aliments traités par la chaleur doit inciter les professionnels de la santé à la plus grande vigilance. On espère qu'une plus grande sensibilisation à l'égard de la maladie et de ses diverses manifestations cliniques permettra de mieux lutter contre les infections humaines à Listeria.

Ce sujet de santé publique conduit l'OMS à réunir, fin 1986, un groupe de travail destiné à établir des recommandations pour lutter contre la listériose. Ces dernières, diffusées dans le REH N°16 de 1987, préconisent de renforcer le diagnostic, d'inclure la listériose dans les maladies soumises à déclaration et de renforcer la détection des flambées épidémiques pour procéder à leur étude épidémiologique et microbiologique. Cette instance insiste sur la nécessité de la coopération du corps médical pour mieux en identifier l'épidémiologie. Elle prévoit de lancer un second groupe de travail pour examiner « *la listériose d'origine alimentaire afin d'indiquer aux autorités nationales de la santé publique comment sauvegarder la santé du consommateur [...]. Le REH fera rapport en temps utile sur les résultats des travaux de ce groupe de travail.* »

Après étude des cas d'infections humaines et de nombreuses analyses sur les denrées alimentaires, l'Office fédéral suisse de la santé publique reconnaît que « *l'épidémiologie de la*

listeria paraît plus complexe que celle d'autres germes » (BEH N°8, 1987). Il estime qu'il est nécessaire de réduire au maximum le risque d'infection, en particulier pour les personnes vulnérables et propose les premières recommandations :

Même si on n'a trouvé qu'une fois Listeria monocytogenes dans les 40 salades et les légumes examinés, il est recommandé, spécialement aux femmes enceintes, de laver ou de cuire les fruits et les légumes avant de les consommer. Il en va de même du persil et d'autres herbes aromatiques. Étant donné que le froid n'entrave pas la croissance de Listeria monocytogenes, il est recommandé de laver encore une fois ou de cuire les denrées alimentaires prélavées conservées au réfrigérateur. Comme indiqué, on a trouvé Listeria monocytogenes dans la croûte, mais pas dans la pâte de certains fromages à pâte molle, en particulier des fromages à morge rouge. Par prudence, il est recommandé, surtout pour prévenir la listériose des femmes enceintes, de ne pas consommer la croûte des fromages à pâte molle, car celle-ci est facilement souillée.

Les premières actions de contrôle des aliments mises en œuvre par les pouvoirs publics français datent de 1986, lorsque les États-Unis ont imposé la norme « zéro Listeria » sur les fromages d'importation. Celles-ci visent dans un premier temps les établissements exportateurs de fromages et s'orientent ensuite (en 1988) vers ceux ayant une production nationale (InVS, 2002). Si la Direction générale de la Santé admet une origine alimentaire dans la survenue des récentes bouffées épidémiques de listériose, elle souhaite des enquêtes supplémentaires au niveau national pour élaborer des recommandations.

L'hypothèse d'une transmission des Listeria à l'homme par l'alimentation a été prouvée lors des trois épidémies survenues récemment en Amérique du Nord. Cependant, la répartition différente, observée en France, des sérotypes des souches humaines et des souches d'origine alimentaire est contradictoire. Pour améliorer la connaissance des modes de transmission et proposer des mesures de prévention, il est donc important de rechercher l'origine de la contamination des malades. (Note de la rédaction du BEH, N°39, 1987)

Contrairement aux autres pays, la France doute encore d'une contamination majeure par l'alimentation. Seeliger, rapporteur d'une session de l'Académie nationale de médecine, en 1987 alerte ses confrères sur le risque lié aux produits laitiers, premiers aliments suspectés : « *Dans l'état actuel de nos connaissances, il convient donc de recommander aux personnes "à risque" – femmes enceintes, sujets immunodéprimés – de ne consommer les fromages qu'après avoir soigneusement enlevé la croûte.* »

En novembre 1987, une nouvelle épidémie de listériose en Suisse attribuée à la consommation d'un fromage à pâte molle du type « Vacherin Mont d'Or » conduit les autorités sanitaires à retirer les stocks du marché mais également à contrôler tous les autres fromages à pâte molle vendus dans le commerce. Pour donner suite à cette démarche, plusieurs autorités européennes responsables de la santé publique sont alors amenées à prendre des décisions pour protéger les consommateurs, créant alors de vives réactions dans l'industrie alimentaire et les associations de consommateurs. En conséquence, l'OMS souhaite lancer un groupe de travail international (en février 1988) pour proposer aux autorités nationales des recommandations basées sur les informations les plus récentes sur la listériose d'origine alimentaire et « *mettre sur pied une action internationale coordonnée pour lutter contre ce problème de santé publique dont les effets commencent à se manifester* » (REH N°49, 1987). L'inquiétude s'accroît et « un sentiment d'urgence » apparaît lorsque l'on considère les morts potentiellement évitables. La listériose alimentaire est alors perçue par les médias comme un nouveau danger pour la santé publique (Rapport OMS, 1988).

Pour la première fois en France, l'intitulé du numéro du BEH N°48 de décembre 1987 « Listériose et alimentation » met l'accent sur un lien potentiel avec l'alimentation. Ce BEH rappelle que « *Listeria monocytogenes s'attaque préférentiellement aux femmes enceintes* » et qu'« *il ressort de tous ces éléments que l'épidémiologie de la listériose est complexe et reste mal connue malgré les progrès réalisés ces dernières années* ». Toutefois, en France, les autorités sanitaires peinent toujours à reconnaître ouvertement ce lien : « *Le rôle joué par l'alimentation dans la transmission du germe à l'homme reste encore à évaluer avec précision, même s'il est évident, dans l'état actuel de nos connaissances, que la voie digestive constitue probablement la principale porte d'entrée.* » N'ayant pas identifié dans les épidémies un aliment spécifique, les autorités justifient ainsi la non-reconnaissance de la place de l'alimentation dans les infections : « *Jusqu'à présent, en France, aucune enquête épidémiologique n'a permis de rattacher les cas de listériose humaine à une possible origine alimentaire.* » Cependant, afin de mieux appréhender le risque et d'assurer une maîtrise plus forte de la contamination des denrées alimentaires par *Listeria*, des plans de surveillance sont mis en place dans chaque usine montrant que : « *Si le lait et les produits laitiers retiennent actuellement l'attention, il convient toutefois de rappeler que de nombreux travaux ont montré la présence de listeria dans les viandes, les volailles et la charcuterie. En revanche, nous manquons d'information sur la fréquence de contamination des végétaux, poissons, crustacés.* » La listériose étant à l'origine de problèmes de santé publique et économiques, de nombreux autres pays ont mis en place des systèmes de surveillance pour étudier l'incidence, détecter les flambées et étudier la transmission alimentaire (OMS, 1991).

À l'échelle de la planète, cette maladie demeure un problème de santé publique, notamment du fait de « *l'urbanisation croissante, l'évolution des sociétés et les changements dans les habitudes alimentaires* ». Cette thématique est au cœur des congrès de microbiologie afin d'apporter des réponses à ces incertitudes. La contamination des aliments est estimée comme possible à n'importe quel point de la chaîne, depuis l'origine jusqu'à la cuisine et via les contaminations croisées. Le groupe de travail de l'OMS a émis son rapport « Listérioses d'origine alimentaire » en 1988 dans lequel il pointe à ce titre le rôle de l'instance, qui est « *de rendre possible un large accord entre scientifiques et de montrer aux responsables de la santé publique des États membres, aux consommateurs, et aux organisations de consommateurs, où se trouve réellement le danger alimentaire. L'information donnée par l'OMS devra être compréhensible par les individus, les familles et les collectivités, sur ce qu'ils peuvent et doivent faire pour se protéger des maladies d'origine alimentaire.* » Pour ces auteurs, la reconnaissance de l'origine alimentaire des épidémies de listériose associée à ses conséquences (taux de mortalité élevé) ont créé « *un flottement* » chez les professionnels de santé, les gouvernements, l'industrie alimentaire et l'ensemble de la population. La suppression totale du risque n'apparaît pas envisageable, surtout si l'on considère l'omniprésence de la bactérie dans l'environnement, mais il s'avère essentiel de définir des groupes à risque pour engager des mesures particulières de protection. Les connaissances sur l'épidémiologie ne sont pas complètes mais « *cette carence relative ne saurait justifier des conclusions mal fondées et hâtives qui pourraient provoquer d'inutiles inquiétudes* » (OMS, 1988). Parmi les mesures proposées, le groupe de travail recommande notamment que les autorités sanitaires : « *débutent ou poursuivent les campagnes d'éducation du public pour aider les consommateurs à se protéger eux-mêmes* », « *empêchent les consommateurs d'avoir un sentiment de fausse sécurité* » et « *éduquent tous les professionnels de la santé sur le problème relativement nouveau de la listériose alimentaire de façon à ce qu'ils puissent donner des conseils aux personnes appartenant aux groupes à haut risque* ».

En France, un éditorial sur « Listériose et santé publique » publié dans le BEH N°12 de 1989, précise que « *les médias se font l'écho régulièrement de la " guerre des fromages " qui s'est instaurée en Europe avec d'importants enjeux économiques sous-jacents* ». Cette situation a justifié la mise en place par la DGS d'une surveillance particulière et d'un protocole spécifique d'intervention.²⁴² Cependant, le Bureau des maladies transmissibles de la DGS reste prudent et continue de relativiser sur la situation française : « *Il n'existe pas d'épidémie importante en France, contrairement à ce qui a pu être observé en Suisse et aux USA. Les petites " bouffées épidémiques " signalées font l'objet d'investigations poussées et actuellement aucun de ces cas groupés n'a pu être associé à la consommation d'un aliment précis.* » Si la présence de *Listeria* est retrouvée dans de nombreux aliments (lait, produits laitiers, viandes, volailles, charcuterie, végétaux, crustacés, etc.), la DGS s'interroge sur le risque réel pour la santé (taux de contamination des aliments, dose minimale infectante, pouvoir pathogène chez l'homme) et conclut à des connaissances encore trop limitées. Des prémices de recommandations à destination des personnes vulnérables, sont émises, encore bien modérées, puisqu'on ne conseille pas de modifier ses habitudes alimentaires :

Compte tenu de ces observations et dans l'attente de données scientifiques plus complètes, il paraît raisonnable de recommander aux femmes enceintes et aux immunodéprimés, sans modifier leur comportement alimentaire, de :

- *s'abstenir de consommer la croûte des fromages ;*
- *de laver soigneusement les légumes destinés à être consommés crus.*

Dans ces recommandations, les produits carnés, pourtant à l'origine de cas sporadiques aux USA, n'apparaissent pas (REH N°24, 1989). Durant la dernière décennie, aucune grande épidémie n'a été constatée en France contrairement à ce qui a été observé sur le continent nord-américain ou en Suisse. Deux bouffées épidémiques touchent alors la France en 1988 (mai-novembre) et en 1989 (mars-juin), (BEH N°31, 1989), mais l'origine de la contamination est restée indéterminée.

L'OMS fait le constat que la préoccupation des pays demeure axée sur les fromages : « *Parmi tous les aliments, c'est dans les fromages que la contamination par *Listeria* a été le plus souvent observée et mise en cause dans la maladie de l'homme.* » (OMS, 1989) Toutefois, « *il est évident que toutes les denrées potentiellement dangereuses ne sont pas connues et que l'ensemble des mécanismes par lesquels les denrées peuvent être contaminées n'ont pas encore été expliqués de façon satisfaisante.* »

Au-delà de mesures à destination des producteurs, l'office fédéral suisse de la Santé publique explique qu'« *il est possible de réduire le risque de contamination grâce à des mesures appropriées* » à destination des consommateurs (REH N°5, 1991) : lavage des mains et des produits alimentaires crus. Des lignes directrices sont aussi établies par la Direction canadienne de la protection de la santé (REH N°32, 1991).

Il est notamment recommandé d'éviter de consommer des fromages à pâte molle, de réchauffer tous les restes et les aliments précuits jusqu'à ce qu'ils soient brûlants, de bien laver les légumes et de ne pas les garder au réfrigérateur plus d'un ou 2 jours. Une bonne façon de sensibiliser la femme enceinte à ce risque est d'aborder le sujet au cours des visites prénatales.

Les premières recommandations françaises vont apparaître plus clairement à partir de 1992, dans le BEH N°24 (15 juin 1992). La première partie évoque la situation aux USA et les

²⁴² Circulaire relative à la listériose et la légionellose. D.G.S./P.G.E./1 C n°238 du 28 mars 1989

recommandations émises par le CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) sur les aliments à éviter et les précautions sur la manipulation des aliments.

Prévention de la listériose d'origine alimentaire (C.D.C., USA – 1992)

Pour toutes les personnes :

- 1° Cuire soigneusement les aliments crus d'origine animale.*
- 2° Laver soigneusement les légumes crus.*
- 3° Conserver séparément les viandes non cuites des légumes et des aliments cuits ou prêts à être consommés.*
- 4° Éviter la consommation de lait cru (non pasteurisé) ou d'aliments au lait cru.*
- 5° Laver mains, couteaux et planches à découper après la manipulation d'aliments non cuits.*

Recommandations complémentaires pour les personnes à risque (femmes enceintes, personnes âgées ou immunodéprimées) :

- 1° Éviter les fromages à pâte molle.*
- 2° Les restes alimentaires ou les aliments prêts à être consommés (hot dogs) devraient être réchauffés jusqu'à ébullition avant consommation.*
- 3° Bien que le risque de listériose associé aux aliments provenant de traiteurs soit relativement faible, les femmes enceintes et les immunodéprimés devraient choisir de les éviter ou de les réchauffer soigneusement avant consommation.*

La France déclare s'appuyer sur leurs préconisations pour s'adapter au contexte local. L'incidence française est plus élevée (11 à 14 cas/ million d'habitants) qu'aux USA (7 cas/million). Toutefois, pour la rédaction du BEH, les précautions ne se justifient que pour les personnes à risque et doivent tenir compte des habitudes alimentaires particulières à la France. Celles-ci restent ainsi limitées.

- *Laver ou cuire les fruits et légumes avant de les consommer ; faire de même pour le persil et les autres herbes aromatiques ;*
- *Laver à nouveau, ou cuire, les denrées conservées au réfrigérateur ;*
- *Ne pas consommer la croûte des fromages à pâte molle ;*
- *Pour les femmes enceintes et les immunodéprimés, il est conseillé de ne pas consommer les aliments au lait cru.*

Ces prémices de recommandations ne restent pas sans suite puisque le BEH suivant du 22 juin (N°25) vient décrire l'épidémie de listérioses en France. Les aliments souvent incriminés dans les épidémies sont cités : « *les fromages à pâte molle, en particulier les fromages au lait cru, les pâtés et rillettes, la viande hachée et les produits de la quatrième gamme (légumes crus prêts à l'emploi et vendus sous vide)* ». L'importance de cette bouffée épidémique associée à une létalité avoisinant les 20-30% amènent les autorités à tout mettre en œuvre pour stopper cette épidémie : règles hygiéno-diététiques et recensement des cas. Dès que l'épidémie a été confirmée, les pouvoirs publics ont alerté le corps médical en leur recommandant de diffuser les mesures de prévention pour les personnes à risque citées dans ce BEH.

- *Éviter les fromages à pâte molle ou persillée et les bleus ; ne pas en consommer la croûte.*
- *Cuire soigneusement les aliments d'origine animale.*
- *Laver soigneusement les légumes crus et les herbes aromatiques.*
- *Éviter la consommation de lait cru (non pasteurisé) ou d'aliments au lait cru.*
- *Les restes alimentaires ou les plats cuisinés devraient être réchauffés soigneusement avant consommation.*
- *Conserver les viandes non cuites séparément des légumes et des aliments cuits ou prêts à consommer.*
- *Se laver les mains, nettoyer couteaux et planches à découper après la manipulation d'aliments non cuits.*

Celles-ci deviennent les premières recommandations officielles des autorités sanitaires françaises qui se rapprochent de celles émises par le CDC. De façon surprenante, un point presse émis le 24 juin, modifie la consigne sur les fromages : « *Éviter les fromages à pâte molle ou persillée et les bleus : leur préférer les fromages à pâte pressée, cuite ou fondue* ».

Les données sur cette épidémie ainsi que les recommandations ont été périodiquement diffusées et réactualisées (BEH N°33 et 38)²⁴³. Les recherches sur la source de l'épidémie s'orientent également sur des produits de charcuterie (pâté, jambon cuit) amenant à une réactualisation proposée dans le BEH N°38 : « *il faut recommander d'éviter les produits de charcuterie consommés sans cuisson et achetés à la coupe, y compris le jambon cuit* ». Un communiqué de presse du 11 septembre intègre cette nouvelle précaution : « *Éviter la consommation en l'état de produits de charcuterie cuite (jambon et épaules cuits tranchés sur les lieux de vente, rillettes, pâté, produits en gelée)*. »

Une circulaire en date du 28 octobre aurait été élaborée par la DGS et adressée à toutes les équipes médicales²⁴⁴. Celle-ci supprimerait la mesure sur les fromages mais intégrerait à celles du BEH, celle d' « *éviter la consommation de produits de charcuterie consommés en l'état (pâté, rillettes, jambon)* ». Un document à destination des femmes enceintes intitulé *Maman, prends soin de toi et de moi*, élaboré par la DGS, a regroupé dans sa communication les précautions vis-à-vis de la toxoplasmose et vis-à-vis de la listériose. Ce flyer, cité par l'OMS dans son rapport *Human listeriosis: 1991-1992*, apporte de nouvelles préconisations notamment sur les modalités de conservation (emballage, température et nettoyage du réfrigérateur) (Rocourt, Jacquet, & Bille, OMS, 1997).

L'épidémie en France, terminée en décembre 1992, apparaît à la troisième place des bouffées décrites dans la littérature, avec un tiers d'infections concernant des femmes enceintes et des nouveau-nés. Celle-ci a été associée fortement à la consommation de langue en gelée (BEH N°4, 1993). D'autres produits de charcuterie et certains fromages ont été identifiés comme contaminés, laissant supposer une possibilité de contamination croisée entre produits vendus dans le même rayon.

Ce BEH N°4 rappelle que :

Le consommateur doit lui aussi veiller à respecter quelques règles d'hygiène élémentaire en évitant la contamination des aliments entre eux dans le réfrigérateur et en évitant de conserver longtemps des aliments qui seront consommés sans recuisson ultérieure. Même en dehors d'un contexte épidémique, le risque de listériose sporadique demeure, aussi il est souhaitable que les personnes à risque continuent de suivre les recommandations émises par le ministère de la Santé.

Ces recommandations insistent donc en supplément des mesures précédentes sur le risque lié aux contaminations croisées. L'OMS rappelle dans son REH N°13 de 1993 les mesures émises par le ministère de la Santé dès le début de l'épidémie, avec notamment la mesure d'« *éviter la charcuterie telle que pâté, jambon, rillettes* ». Un point presse du 15 février 1993 précise que des actions ont été faites auprès des consommateurs, notamment un rappel à plusieurs reprises des règles d'hygiène alimentaire, tout particulièrement aux personnes à risque. Une circulaire DGS/VS/VS 2 n° 24 du 22 mars 1993 relative à la prévention de la listériose chez les femmes

²⁴³ En septembre 1992, la Section Alimentation du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France incite à ce que des mesures de prévention s'instaurent à tous les stades de chaque filière agro-alimentaire afin de réduire l'incidence de la listériose humaine et de tendre vers une absence dans les aliments de *Listeria monocytogenes*.

²⁴⁴ Circulaire non retrouvée, citée dans le manuel : Matheron, S., Coulaud, J.-P., Vachon, F., & Vilde, J.-L. (1998). *Infections Et Grossesse Épidémiologie Approches thérapeutiques.*, 41^e Journée de l'Hôpital Claude-Bernard, Éditions EDK.

enceintes, les personnes immunodéprimées et les personnes âgées a été émise cette même année.²⁴⁵

Une nouvelle épidémie liée à des rillettes est détectée en 1993 (BEH N°34 et 36). Les populations ont été tenues informées par les médias du risque, de l'arrêt de la production et son retrait de la consommation (OMS, REH N°40, 1993). L'étude des épidémies de 1992 et 1993, en France, a associé plusieurs instances : La Direction générale de la Santé, le Réseau national de Santé Publique, la Direction générale de l'Alimentation et la Direction générale de la Consommation, Concurrence et de la Répression des Fraudes, leurs services départementaux respectifs et l'Institut Pasteur (Académie nationale de médecine, 1995).

Dès 1992, en parallèle de la diffusion des précautions alimentaires, via les professionnels et par voie de presse, le contrôle dans les filières agro-alimentaires a été étendu et l'hygiène à l'étape de distribution a été renforcée. Ces mesures vont permettre entre 1992 et 1996 de diminuer la proportion d'aliments contaminés et ont probablement eu un impact sur les listérioses chez les femmes enceintes et les nouveau-nés (BEH N°14-15, 2008). Entre 1994 et 2000, d'autres actions vont se mettre en place, comme le retrait systématique de la vente d'aliments contaminés et l'information des médecins par l'envoi de dépliants à distribuer aux femmes enceintes (BEH N°14-15, 2008).

Malgré toutes ces mesures, l'année 1995 sera marquée par une bouffée épidémique, liée à du Brie de Meaux. Un document rappelant les recommandations de prévention de la listériose est adressé par voie de circulaire aux DDASS (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) à l'attention des médecins (BEH N°23). Un communiqué de presse rédigé conjointement par la Direction générale de l'alimentation, la Direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) et la DGS a été diffusé le 18 mai pour informer le public et promouvoir la diffusion des recommandations de prévention. Ce courrier, envoyé en 1995 puis renouvelé en 1996, à plus de 800 000 exemplaires à tous les médecins a été accompagné d'un dépliant d'information à l'intention des femmes enceintes, édité par le ministère de la Santé Publique et de l'Assurance Maladie, intitulé *Vous attendez un enfant*. Il s'agit de la seule catégorie de la population vulnérable qui a bénéficié d'actions de prévention initiées par le ministère de la Santé. Cette même année, l'Académie nationale de médecine précise que la prévention de cette infection peut s'exercer à des niveaux variés, dont l'information des personnes à risque (précautions et règles d'hygiène alimentaires) et cite les recommandations françaises énoncées dans le BEH N°23 :

Aliments à éviter

- *Éviter la consommation de fromages à pâte molle au lait cru, de poissons fumés et de graines germées crues.*
- *Pour les achats de produits de charcuterie consommés en l'état (pâté, rillettes, produits en gelée, jambon...) préférer les produits préemballés et les consommer rapidement après leur achat.*

Règles d'hygiène à respecter

- *Cuire soigneusement les aliments crus d'origine animale (viandes, poissons).*
- *Laver soigneusement les légumes crus et les herbes aromatiques.*
- *Conserver les aliments crus (viande, légumes, etc.) séparément des aliments cuits ou prêts à être consommés*
- *Après la manipulation d'aliments non cuits, se laver les mains et nettoyer les ustensiles de cuisine qui ont été en contact avec ces aliments.*

²⁴⁵ Bulletin officiel du ministère chargé de la Santé n° 93/16.

- Nettoyer fréquemment et désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée votre réfrigérateur.
- Dans le cas de repas qui ne sont pas pris en collectivité, les restes alimentaires et les plats cuisinés doivent être réchauffés soigneusement avant consommation immédiate.

Ainsi, de nouvelles mesures sont émises et rappelées dans le BEH N°16 de 1996 concernant « les poissons fumés et les graines germées crues [qui] doivent être évités par les femmes enceintes ». Dans ce BEH, au-delà de règles communes avec les autres risques infectieux, des mesures sont citées pour prévenir le risque listérien avec la précision d'éviter de consommer les croûtes des fromages. Ces nouvelles mesures s'expliquent car d'après les plans de surveillance (1993 et 1994), les produits majoritairement contaminés sont par ordre d'importance : les produits carnés, les produits de la mer et enfin les produits laitiers, les pâtisseries et les végétaux (BEH N°45, 1996). L'Académie nationale de médecine, dans son bulletin de 1996, souligne l'intérêt d'un « zéro Listeria » pour les populations à risques et alerte sur le risque lié aux ruptures de la chaîne du froid. Cette instance déclare avoir proposé en 1993 d'apporter une mention spéciale sur l'étiquetage de certains produits frais, prévenant du danger potentiel.

En 1997, l'Institut de veille sanitaire émet des recommandations qui s'inspirent de celles de 1996 (BEH N°23 et ajustées avec celles du BEH N°45). La liste des aliments à éviter s'étoffe : la consommation de fromages vendus râpés, la consommation de coquillages crus, surimi, tarama et de produits achetés au rayon traiteur. Des précisions sont également apportées sur les produits carnés : « *Cuire soigneusement les aliments crus d'origine animale (viandes, poissons) ; en particulier le steak haché doit être cuit à cœur* ». Cette année 1997 a été marquée par une épidémie liée à deux fromages à pâte molle, pour laquelle l'origine de la contamination (producteur de lait et vache excrétrice) a pu être identifiée. Sollicitée par la DGS, l'Académie nationale de médecine émettait l'avis d'inscrire la listériose sur la liste de maladies à déclaration obligatoire (DO), acté par le gouvernement en 1998 (BEH N°14, 1998).²⁴⁶ Une information sur la listériose a été délivrée aux médecins à cette occasion, par la diffusion d'une circulaire²⁴⁷ détaillant les précautions alimentaires, combinée à une lettre visant à sensibiliser les professionnels assurant le suivi des femmes enceintes. Cette circulaire reprend en 4 grands points l'ensemble des mesures à délivrer aux personnes à risque (éviter la consommation des aliments les plus fréquemment contaminés et respecter certaines règles lors de la manipulation et la préparation des aliments). Destinée aux professionnels de santé, au contact notamment des femmes enceintes, cette circulaire estime qu'il est souhaitable qu'ils soient « *plus spécifiquement sensibilisés et incités à réaliser une information systématique sur les risques d'infection auprès de leurs patients, leur rappelant les mesures de précautions précitées* ».

De nombreux articles sont parus dans le BEH (point de la DGS, bilan d'activité du Centre national de référence des Listeria, résultats des plans de surveillance de la DGCCRF) qui ont permis lorsque la place de publication était disponible²⁴⁸ de rappeler ces précautions. Au-delà des BEH, des informations ont été diffusées sur les sites web de la DGS et de l'InVS (Goulet, 2013). Des affiches sur les risques infectieux alimentaires (listériose et toxoplasmose) ont également été diffusées en 1999 aux gynécologues-obstétriciens, PMI, maternités hospitalières et privées, écoles de puériculture et de sages-femmes (Goulet, 2013). En effet, le Cerin, grâce à un financement européen en 1999, a réalisé une campagne d'information à destination des femmes enceintes. Une plaquette d'information, réalisée sur les risques listériose et

²⁴⁶ Décret n°98-169 du 13 mars 1998 et arrêté du 10 avril relatifs à la déclaration obligatoire de la listériose

²⁴⁷ Circulaire DGS/VS 2 n°98-240 du 15 avril 1998 relative à la déclaration obligatoire de la listériose

²⁴⁸ Les numéros du BEH ne contiennent que 4 pages.

toxoplasmose, intitulée *Bien manger en attendant bébé* a été diffusée largement. Suite aux cas récents de contamination de fromages et du fait de la gravité de la listériose pour les femmes enceintes, l'Académie nationale de médecine publie en juin 1999 un communiqué pour rappeler que « *les populations à risque, femmes enceintes et sujets immunodéprimés, doivent être informés par les professionnels de santé, et plus largement par tout moyen approprié, des précautions à prendre pour la consommation de certains fromages, notamment au lait cru* », tout en confirmant que « *les produits laitiers ne sont plus les seuls aliments en cause* » (Bulletin N°6, Tome 183). Cette information se généralise dès les années 2000 puisqu'une page dédiée à la listériose est publiée dans le carnet de l'enfant du premier âge, « *Le livre bleu* », édité par le Comité National de l'Enfance et adressé par la Caisse primaire d'assurance maladie aux femmes enceintes lors de la déclaration de grossesse. Le Cerin édite, également, toujours dans le cadre de la campagne financée par la communauté européenne, une brochure *L'alimentation de la femme enceinte : Recommandations et conseils pratiques* qui aborde sur deux pages les toxi-infections alimentaires. Celle-ci rappelle que la prévention repose sur un certain nombre de recommandations qui sont liées à la nature même de *Listeria monocytogenes*, son habitat et sa résistance.

Pour l'Académie nationale de médecine, « *il est maintenant bien reconnu que la consommation d'aliments contaminés est la principale voie de transmission de Listeria monocytogenes* » (2000). Bien que l'efficacité des mesures prophylactiques soit incontestable, celle-ci semble limitée car les contaminations atteignent un palier. Cette instance souligne l'importance de l'information des consommateurs et tout particulièrement des femmes enceintes, même hors période d'alerte. Les femmes enceintes sont une population « *bien ciblée, qui peut être sensibilisée aux messages de précaution et qui accepte de modifier, le temps de la grossesse, des habitudes alimentaires* » ; « *il s'agit d'une population bien identifiée, suivie par différents professionnels de santé, souvent soucieuse du problème diététique et prête à modifier son mode de vie (en tous cas ses habitudes alimentaires) durant un temps limité* ». Cette instance estime que l'information est faite via des documents (brochures, affiches, livrets, etc.) distribués ou accessibles au cours de la grossesse. Ce bulletin précise que les autorités sanitaires ont décidé de la renforcer pour inciter à l'éviction d'aliments à risque. À ce sujet, « *elles étudient également la possibilité d'instaurer une séance anticipée de préparation à l'accouchement dans le 1^{er} trimestre de grossesse, au cours de laquelle les précautions alimentaires à respecter seraient indiquées* ». Cet entretien individuel devrait mettre l'accent sur les risques infectieux et particulièrement la listériose et les moyens de s'en prémunir. Le souhait d'une refonte du carnet maternité et qu'une information ou une fiche détachable ou amovible soit intégrée sur la listériose est également évoquée. Pour l'Académie nationale de médecine, cela serait « *une erreur de laisser cette information reposer trop largement sur les seuls professionnels de santé* » et évoque une information « *faite sur les produits à risque sous la responsabilité des fabricants et des distributeurs de ces produits* ». Celle-ci « *serait en effet plus claire si les étiquettes de certains produits à risque étaient plus explicites, sans doute pas quant au risque de contamination, mais au moins quant à la nature même des produits commercialisés* », précisant par exemple les appellations « *lait cru* », « *lait pasteurisé* ». « *Ce type d'information claire, est à n'en pas douter, un préalable indispensable si l'on souhaite que, par ailleurs, un message " médicalisé " soit efficace* ». L'Académie s'inquiète aussi de l'exclusion d'aliments, qui peut répondre à des impératifs de santé légitimes mais qui entraîne des conséquences économiques préjudiciables à ne pas négliger ; cette démarche mérite alors d'être discutée et adaptée. L'Afssa quant à elle propose la norme européenne zéro listeria chez le fabricant dans les contrôles bactériologiques de tous les produits frais à risques (produits laitiers, de

charcuterie, produits de la mer fumés, etc.), impactant de ce fait les processus de l'industrie agro-alimentaire.

Une nouvelle épidémie (fin 1999-début 2000) a été associée à la consommation de rillettes, probablement favorisée par un mauvais respect de la chaîne du froid (BEH N°4, 2000). Celle-ci, a été l'occasion de renforcer l'information sur les aliments à éviter et les pratiques à respecter, par tous les moyens possibles, notamment en s'appuyant sur les professionnels de santé. L'information publiée par ce BEH se base sur la circulaire du 15 avril 1998 tout en étant réajustée par deux nouvelles mesures sur les règles habituelles d'hygiène (partie 4) : « *s'assurer que la température du réfrigérateur est suffisamment basse (4°C) ; respecter les dates limites de consommation* ». Une seconde épidémie (langue de porc en gelée) concomitante à la précédente déclenche une alerte via des communiqués de presse rappelant aux femmes enceintes notamment, d'éviter « *la consommation de langue de porc en gelée mais aussi des aliments les plus fréquemment contaminés par la Listeria : fromages au lait cru, poissons fumés, et certains produits de charcuterie tels que pâtés, rillettes, produits en gelée et à la coupe* » (REH N°9). À l'international, cela déclenche de la part de l'OMS et de la *Food and Agriculture Organization* (FAO)²⁴⁹ des évaluations du risque de contamination dans les aliments prêts à la consommation (rapport prévu en 2001). L'InVS met en évidence l'importance de la surveillance et de l'identification des souches qui a permis de différencier et d'investiguer séparément ces 2 épisodes (2001). Si les épidémies françaises incriminent le plus souvent des charcuteries ou des fromages à pâte molle ou au lait cru, les produits de la mer et des produits végétaux ont aussi été identifiés dans des épidémies mondiales (Académie de médecine, 2005).

Les années 2000 voient apparaître de nombreuses publications sur la listériose : un rapport de la Commission d'étude des risques liés à *Listeria monocytogenes* en 2000 et en 2001 un avis²⁵⁰ sur la classification des aliments selon le danger représenté par la bactérie par l'Afssa. En 2001, l'Académie nationale de médecine publie également un nouveau rapport sur cet agent pathogène qu'il qualifie de « *véritable hypocrite, [car] il trompe son monde en n'alertant pas le consommateur trop confiant* ». Cette instance conseille d'informer sur les risques et les règles à respecter en hygiène alimentaire en recourant à tous les moyens et d'« interdire » la consommation de produits à risques aux « immunodéprimés » comme les femmes enceintes. Toutefois, elle incite à « *prendre garde à la "psychose" et aux répercussions sociales et économiques associées à une information mal contrôlée* ». L'InVS, dans plusieurs publications, évoque les cas groupés de listériose détectés en 2001, 2002, 2003 ou les épidémies transnationales, qui sont d'une moindre ampleur par rapport aux années précédentes. Pour chaque alerte, une information grand public est faite par voie de communiqué de presse par les autorités sanitaires mais aussi par le site web de l'InVS (InVS, 2005). Jusqu'en 2004, plusieurs BEH et publications de l'InVS vont rappeler que les recommandations alimentaires citées dans le BEH N°4 de 2000 restent d'actualité.

Dans le guide de 2005 *Comment mieux informer les femmes enceintes ?*, les mesures s'appuient sur les recommandations de l'InVS, approuvées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de

²⁴⁹ La FAO ("Food and Agriculture Organization"), est connue en France comme l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture. Il s'agit d'une agence de l'Organisation des Nations Unies qui lutte pour la sécurité alimentaire à l'échelle de la planète.

²⁵⁰ Cet avis fera l'objet d'une révision en 2005. L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments s'est auto-saisie, le 18 novembre 2003, pour réexaminer son avis rendu le 29 octobre 2001, relatif à la classification des aliments au regard du danger *Listeria monocytogenes*. L'avis sur la révision de l'avis 2000-SA-0094 sur la classification des aliments au regard du risque représenté par *Listeria monocytogenes* et les protocoles de tests de croissance annulera et remplacera l'avis du 29 octobre 2001.

France en 1996. L’Afssa a aussi publié en 2006 une fiche sur la listériose. Depuis 2007, le *Guide nutrition pendant et après la grossesse* édité par l’Institut National de Prévention et d’Éducation en Santé (Inpes) et élaboré par le groupe de travail « Guides alimentaires du Programme national nutrition-santé (PNNS) », mis en place par l’Afssa est à la disposition des femmes enceintes. Dans le livret d’accompagnement édité pour les professionnels de santé, sont regroupées les précautions communes sur les règles d’hygiène concernant les mains et les aliments (préparation, réfrigération, congélation, cuisson). Une partie est spécifique à la listériose où de nombreuses précisions sont apportées sur les aliments à éviter. Des conseils sur la prévention des maladies infectieuses alimentaires (toxoplasmose, listériose) ont été intégrés dans le Carnet de Santé Maternité dès 2008 sous une formulation différente des supports précédents (Goulet, 2013).

En 2007, l’InVS alerte sur une augmentation inexplicquée de la listériose en France, toutefois les femmes enceintes ne semblent pas concernées. Le BEH N°14-15 de 2008 rappelle que, bien que le nombre de cas ait fortement diminué, la listériose au cours de la grossesse reste toujours sévère du fait d’un mauvais pronostic pour le futur enfant, soulignant l’importance des mesures :

Il importe donc de maintenir les mesures de contrôle de la filière agro-alimentaire qui ont montré leur efficacité. Il est également important de diffuser l’information sur les précautions permettant d’éviter la listériose. En effet, la majorité des femmes enceintes atteintes de listériose ont consommé des produits qui devraient être supprimés de leur alimentation selon les recommandations figurant dans le carnet de santé maternité. Pour une meilleure application de ces recommandations, il serait utile d’évaluer pourquoi celles-ci ne sont pas suivies.

En 2008, le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) vient apporter son expertise aux différentes instances nationales pour construire leurs recommandations et propose des mesures à prendre pour prévenir l’infection chez la femme enceinte, qui se différencie de celles proposées en France. La liste des aliments à éviter pour les personnes « à risque », comme le souligne le rapport de l’Afssa de 2009, varie selon les pays conduisant à des recommandations différenciées. L’Afssa évoque pour la France les mesures préventives consultées sur le site de la DGS évoquant les aliments à risque, la préparation des aliments et leur conservation (2009).

Suite à la recrudescence des cas de listériose identifiés en 2009 par l’Afssa, associée éventuellement aux évolutions des modes de production, préparation et de consommation des aliments, la DGS a souhaité réactualiser le *Guide nutrition pendant et après la grossesse*, notamment vis-à-vis des produits de la mer à risque. L’Anses a donc émis un avis en 2013 permettant de retirer le surimi de la liste des aliments à risque, ce dernier subissant une phase de pasteurisation.

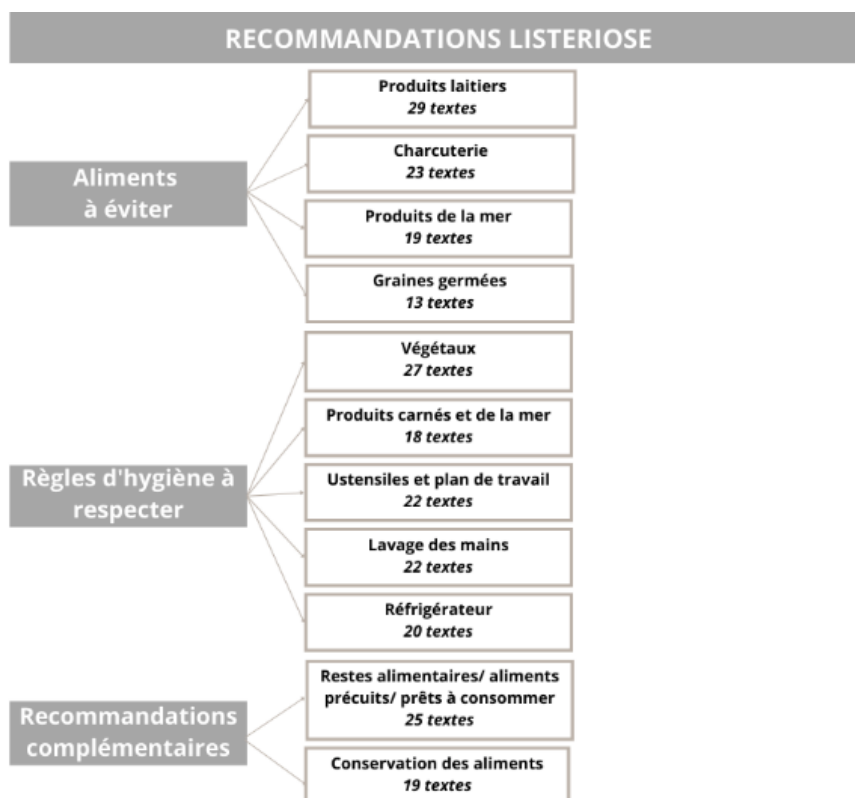
Au-delà de maintenir la maîtrise du contrôle de la bactérie dans la chaîne alimentaire, il reste nécessaire de « promouvoir auprès des personnes les plus vulnérables les recommandations hygiéno-diététiques diffusées par le ministère de la Santé » (BEH-HS, 2012). En 2011, l’Anses appelle à la prudence sur la consommation de végétaux malgré la rareté des épidémies. Toutefois, celle liée à la contamination de cantaloupes (fruits de la famille des melons) aux États-Unis marque l’importance d’une surveillance accrue afin de détecter les aliments qui ne sont pas répertoriés comme une source de contamination à l’Homme et à l’origine d’épidémies. En France, ce sont des cas groupés qui ont été signalés et investigués, associés à la consommation de brie au lait cru (InVS, 2014).

Entre 2015 et 2018, sept messages distincts seront diffusés. En 2015, le ministère de la Santé affiche sur son site internet des mesures de prévention sur les aliments à éviter, la préparation et la conservation. Une fiche sur la listériose est aussi publiée et actualisée en 2016 sur le site de l'Anses, de même sur le site de l'Inserm. En 2017, des recommandations aux consommateurs sur la listériose sont également publiées dans la fiche *La listériose* sur le site du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation. Une autre fiche *La listeria, c'est quoi ?* est disponible sur le site du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation (2018). Santé publique France a également publié dès création de leur site des données sur la listériose, mises à jour sur leur site en 2018. Cette même année, l'OMS publie également sur son site une fiche sur la listériose et avertit que « *les femmes enceintes ont une probabilité 20 fois plus grande de contracter une listériose que les autres adultes en bonne santé* ».

Des recommandations multipliées, des messages diversifiés

Parmi les 125 textes, 31 ont énoncé des mesures préventives, pouvant être citées par les professionnels de santé aux femmes lors des consultations. Les autres textes ont énoncé des mesures de vigilance sur les facteurs de contamination, des explications sur les facteurs de protection (méthodes listéricides), ce qui est moins explicite. Les recommandations citées dans l'Afssa en 2009 faisaient référence aux recommandations du ministère de la Santé, elles ont été comptabilisées car non présentes dans notre liste. Un texte a cité les mesures américaines du CDC et a proposé des mesures spécifiques françaises (BEH N°24, 1992), il sera cité deux fois. Donc 32 mesures sont citées (Annexe 3, p.350). Toutefois, un texte a repris les mesures préventives citées dans un autre texte. Ainsi 31 messages de prévention distincts ont été émis entre 1960 et 2018.

Pour étudier la clarté des mesures de prévention, le texte de référence est le BEH N°4 (2000) qui comporte deux parties majeures : les aliments à éviter et les règles d'hygiène à respecter.



Aliments à éviter

Produits laitiers (Annexe 16)

Parmi tous les textes, 29 messages évoquent la vigilance sur les produits laitiers, dont le premier date de 1987 (BEH N°8). Avant 1990, les textes évoquent uniquement la nécessité de « *s'abstenir de consommer la croûte des fromages* » (3 textes), mesure reprise par la suite par 16 textes. Cette éviction va concerner les fromages eux-mêmes dès 1991, notamment les fromages à pâte molle puis l'éviction globale de lait cru ou d'aliments au lait cru (9 textes). Dans 22 textes, l'éviction de certains types de fromages est préconisée. Toutefois, 8 dénominations différentes sont citées, risquant de brouiller la bonne compréhension : « *fromages à pâte molle* » (2 textes), « *fromages au lait cru* » (5 textes), « *fromages à pâte molle au lait cru* » (7 textes), « *fromages au lait cru surtout à pâte molle* » (3 textes), « *fromages à pâte molle à croûte fleurie et à croûte lavée* » (2 textes), etc. Ces préconisations ne se sont pas stabilisées dans le temps. À partir de 1997, sept textes seulement évoquent l'éviction des fromages vendus râpés. Seuls 3 textes expliquent par ailleurs ce qu'il est préférable de consommer : « *les fromages à pâte pressée cuite – type abondance, beaufort, comté, emmental, gruyère, parmesan et les fromages fondus à tartiner* » (Inpes, 2007).

Charcuteries (Annexe 17)

Deuxième thématique majoritaire, les charcuteries sont citées dans 23 textes ; les premiers messages datent de 1992. Les messages d'éviction ne sont pas uniformes : « *Éviter des produits de charcuterie consommés sans cuisson et achetés à la coupe* », « *Éviter les produits de charcuterie cuite* », « *Éviter les produits de charcuterie cuite ou crus consommés en l'état* », « *Éviter de consommer de la charcuterie ou des produits à base de viande prêts à consommer* », etc. Des exemples sont cités dans 20 textes. Le premier élément cité fut le jambon en 1992 puis les exemples se sont enrichis ou modifiés ciblant le « *pâté* », les « *rillettes* », « *les produits en gelée* », le « *foie gras* », les « *saucisses* », le « *jambon cuit ou cru* ».

Entre 1992 et 2005, 10 textes expliquent qu'il faut privilégier les produits préemballés (aux produits vendus à la coupe) et seuls 2 textes l'évoquent entre 2006 et 2018. Seuls 9 textes insistent sur la nécessité de les consommer rapidement après achat et huit textes préconisent pour les produits de charcuterie crue (lardons, bacon, jambon cru) de les faire cuire avant consommation.

Deux textes abordent les aliments provenant de traiteurs, « *Éviter la consommation de produits achetés au rayon traiteur* » (InVS, 1997) et proposent notamment une mesure d'éviction, « *les éviter ou [...] les réchauffer soigneusement avant consommation* ». (BEH N°24, 1992)

Produits de la mer (Annexe 18)

Au total, 19 textes abordent cette thématique. Les premières recommandations datent de 1995 et concernent l'éviction de poissons fumés. Entre 1997 et 2018, celle-ci concerne en plus les coquillages crus (12 textes), le tarama (10 textes) et le surimi (6 textes). La mesure d'éviction du surimi est supprimée par l'Anses en 2013, toutefois cette mesure est citée par l'Inserm en 2016. En 2007, l'Inpes évoque l'éviction de poissons crus (sushi). Un seul texte énonce des recommandations complètes : « *Éviter les coquillages crus, le poisson cru (sushi, sashimi), le tarama, les poissons fumés et les crustacés décortiqués vendus cuits.* » (ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, 2017)

Graines germées (Annexe 19)

La première recommandation sur la consommation de graines germées crues date de 1995. Seuls 13 textes l'évoquent. Celle-ci reste relativement constante : « *Éviter la consommation de graines germées crues* ». La mesure de l'InVS, en 1997 est la plus détaillée : « *Éviter la consommation de graines germées crues (soja, luzerne, (alfafa) ...)* ».

Règles d'hygiène à respecter

Végétaux (Annexe 20)

La première recommandation a été émise en 1987 dans le BEH N°8 : « *Il est recommandé, spécialement aux femmes enceintes, de laver ou de cuire les fruits et les légumes avant de les consommer. Il en va de même du persil et d'autres herbes aromatiques.* » Au total, 27 textes vont aborder cette thématique. La recommandation majeure concerne le lavage : des légumes (25 textes), des herbes aromatiques (20 textes) et des fruits (5 textes). Les formulations sont diverses : « *Laver soigneusement* », « *bien laver* », « *veiller au lavage* », « *laver soigneusement avec de l'eau potable* », « *bien rincer à l'eau du robinet* ». Les fruits qui n'étaient plus abordés depuis 1992, le sont de nouveau dès 2017. D'autres mesures sont évoquées sur la cuisson (2 textes) ou la conservation (1 texte).

Produits carnés et de la mer (Annexe 21)

Depuis 1992, 18 messages abordent la cuisson comme mesure préventive à prendre lors de la consommation d'aliments crus d'origine animale. Seuls cinq abordent la nécessité de cuire à cœur les steaks hachés et uniquement deux textes abordent une température de cuisson : « *température atteinte supérieure à 68°C* » (Inpes, 2007), « *à plus de 75°C* » (ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, 2018).

Ustensiles et plan de travail (Annexe 22)

Depuis 1992, 22 messages se sont orientés vers l'hygiène domestique, essentiellement sur le nettoyage des ustensiles de cuisine et à partir de 2007, sept textes recommandent également de nettoyer les plans de travail/ surfaces de travail. Seuls deux textes préconisent de « *ne pas utiliser les mêmes ustensiles (couteau, cuiller, plat...) avec les aliments crus et les aliments cuits* ». Deux autres textes rappellent l'importance des bonnes pratiques d'hygiène en cuisine.

Lavage des mains (Annexe 23)

La première recommandation sur le lavage des mains date de 1991. Sur la période, 20 textes vont aborder l'hygiène personnelle après la manipulation d'aliments non cuits, et seulement cinq textes avant toute manipulation d'aliments. Quatre textes évoquent des consignes plus générales sur le lavage des mains.

Réfrigérateur (Annexe 24)

Depuis 1993, l'hygiène domestique est abordée dans 20 textes. L'axe principal concerne le nettoyage qui doit être effectué « *fréquemment* » ou « *2 fois par mois* » ou de le faire sans tarder en cas de souillure. Certains textes préconisent de le nettoyer « *avec de l'eau additionnée d'un détergent ménager* » (Inpes, 2007), « *à l'eau savonneuse* » (Afssa, 2009) ou « *à l'eau de javel* »

(ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, 2018). Parmi les textes, 13 abordent les températures de conservation et incitent à s'assurer que la température du réfrigérateur est suffisamment basse (4°C). Un seul texte apporte des précisions sur la congélation, ce qui est expliqué par la présence dans les recommandations de l'Inpes de mesures communes toxoplasmose-listériose : « *La congélation ne tue pas les bactéries mais empêche leur développement, qui reprend dès que la température redevient positive. Ne pas décongeler un aliment à température ambiante, mais au réfrigérateur.* » (2007)

Recommandations complémentaires

Restes alimentaires/ aliments précuits/ prêts à consommer (Annexe 25)

Dès 1991, 25 messages évoquent les restes alimentaires, les aliments précuits ou prêts à consommer. Les consignes incitent à réchauffer les restes alimentaires (23 textes) ou les plats cuisinés ou précuits (17 textes). Cinq textes évoquent une notion de température : « *réchauffer à une température interne supérieure à 70°C* » (n=3), « *réchauffer à +70°C* » (1 texte), « *cuire ou réchauffer les plats prêts à consommer à plus de 75°C* » (1 texte). D'autres textes l'évoquent de façon moins précise : « *jusqu'à ce qu'ils soient brûlants* », « *jusqu'à ébullition avant consommation* », « *réchauffer à une température suffisamment élevée immédiatement avant consommation* », « *de façon à être uniformément très chauds* ».

Conservation des aliments (Annexe 26)

À partir de 1992, 19 textes ont évoqué les modalités de conservation des aliments. Les premiers messages consistent à « *conserver séparément les viandes non cuites des légumes et des aliments cuits ou prêts à être consommés* ». Le message qui demeure constant au cours du temps préconise de « *conserver les aliments crus (viande, légumes, etc.) séparément des aliments cuits ou prêts à être consommés* ». Des recommandations de conservation sont évoquées aussi dans 8 textes pour les restes qui doivent être conservés moins de 3 jours. D'autres mesures plus précises de conservation apparaissent dès 2009 dans 5 textes seulement sur l'emballage des aliments ou les conditions de stockage : « *Respecter les conditions de stockage mentionnées par le fabricant. Réfrigérer rapidement les aliments nécessitant une conservation au froid. Ne pas effectuer de grand stockage d'aliments dans le réfrigérateur pour éviter qu'ils ne se contaminent dans le temps.* » (Afssa, 2009)

Il faut attendre le début des années 2000 pour que le respect des dates limites de consommation fasse partie des recommandations (12 textes).

En résumé, qu'il s'agisse de la toxoplasmose ou de la listériose, la mise à jour des recommandations dans le temps s'effectue de façon asynchrone par rapport à l'enrichissement progressif des connaissances scientifiques sur ces risques alimentaires. Les textes institutionnels présentent des caractéristiques marquantes : évolution de la nature des messages, fluctuations de leur clarté et leur précision, diversité des messages et de leurs émetteurs. Celles-ci sont déterminantes pour la lisibilité et l'appropriation des messages par les professionnels et les futurs professionnels. Si l'apparente stabilité des mesures de prévention de la toxoplasmose peut faciliter leur apprentissage, la découverte régulière d'aliments contaminés par *Listeria* complexifie la mise à jour des recommandations et par ricochet celle des connaissances des professionnels de santé. Une telle diversité de messages peut troubler la communication des

professionnels de santé. Celle-ci se construit déjà en amont de leur exercice professionnel lors de leur formation initiale et s'appuie sur des ouvrages pédagogiques. Quelle place est accordée aux risques infectieux alimentaires ? Les messages proposés sont-ils le reflet des textes institutionnels et existe-t-il un décalage ? Les auteurs s'inspirent-ils d'autres sources, telles que les publications des chercheurs sur les thématiques concernées ?

4.2. Présentation des messages de prévention dans les ouvrages pédagogiques

Les manuels écrits au XIX^e et XX^e siècles se sont inspirés des textes institutionnels qui deviennent une source d'autorité et de référence. Les manuels combinés à la formation initiale deviennent les dispositifs pédagogiques transmetteurs du savoir expert des professionnels de santé.

Si en 1961, les risques infectieux étudiés ne sont pas mis en lien avec l'alimentation, le premier manuel étudié aborde, malgré tout, ce que les auteurs nomment le « régime atoxique » qui concerne les femmes enceintes dans leur dernier trimestre de grossesse. Certaines recommandations pourraient de nos jours être attribuées à la prévention de la listériose ou de la toxoplasmose telles que l'interdiction des crustacés, coquillages, poissons fumés ou encore du gibier, charcuterie, pâtés, foie gras, etc.

Par la suite, les ouvrages vont aborder progressivement les deux maladies étudiées, en citant les facteurs de contamination puis les messages de prévention. Sur les 150 manuels, ces deux pathologies sont abordées de manière inégale au cours du temps : 125 vont évoquer la toxoplasmose contre 102 pour la listériose (Annexes 4 et 5). Cette comparaison peut également être faite si l'on étudie les messages de prévention énoncés : 98 ouvrages évoquent les messages sur la toxoplasmose contre 54 pour la listériose. L'annonce de mesures dans les ouvrages sera d'ailleurs plus précoce dans ceux relatifs à la toxoplasmose (milieu des années 70) que ceux dédiés à la listériose (fin des années 80).

4.2.1. Présentation des messages sur la toxoplasmose

Les premiers manuels des années 1960 évoquent la toxoplasmose comme une affection à l'origine de malformations congénitales, liée à un parasite, dont le mode d'invasion est inconnu. Un manuel de 1962 précise que « *le dépistage de cette maladie est important à faire chez la femme enceinte* » (« La maternité : la gestation et l'obstétrique, le nouveau-né », Sureau). Celui de 1964, l'évoque comme un problème « *qui a fait couler beaucoup d'encre au cours des dix dernières années* » et fait désormais l'objet de congrès (« Gynécologie et Obstétrique », 1964).

Trois mesures piliers présentées dans les ouvrages

L'idée d'une contamination alimentaire par le parasite apparaît dans les manuels en 1967 (« Précis d'obstétrique », Merger et al.), celle-ci fait suite à la publication en 1966 par l'Académie nationale de médecine du risque lié à l'ingestion de viande peu cuite. Jusqu'en 1973, c'est ce facteur de contamination et plus particulièrement la viande de mouton qui est citée comme origine alimentaire de cette maladie. La mesure liée aux produits carnés est un premier pilier dans la quasi-totalité des ouvrages (n=96).

Les premiers ouvrages évoquant ces mesures sont les « Précis d'obstétrique » de 1974 et de 1977. Tout comme dans le texte du REH N°51-52 de 1974 de l'OMS, ces manuels vont dans le sens d'une éviction : « *l'abstention de toute viande insuffisamment cuite, particulièrement de mouton* ». Des mesures d'éviction sont évoquées dans 56 ouvrages. Le manuel « Notions

élémentaires d'obstétrique » de 1977 incite également à conseiller un régime alimentaire où le risque majeur est porté sur la viande de mouton : « *suppression de la viande de mouton et cuisson prolongée des autres viandes* », tout comme de nombreux ouvrages. Les viandes de porc, de bœuf et de cheval sont aussi pointées comme à risque.

La souillure tellurique des aliments par les excréments du chat est également citée dès 1974. Ces « Précis d'obstétrique » des années 70 amènent une nouvelle mesure sur les végétaux : « *Il faut aussi, dans la mesure du possible supprimer les végétaux crus, ou au moins exiger leur lavage soigneux* ». Une telle mesure n'apparaîtra qu'en 1977 dans les textes institutionnels. Dans les ouvrages, ces mesures concernant les végétaux sont évoquées dans 89 manuels, c'est le 2^{ème} pilier au niveau prévention. Les ouvrages invitent à ne pas consommer les végétaux crus ou à en assurer un lavage soigneux. Quelques-uns incitent à les consommer cuits ou pelés (n=14). Éplucher les légumes et fruits consommés crus est une mesure rare dans les textes institutionnels (n=2).

L'OMS préconise également en 1974 « *d'éviter les contacts avec des chats* », mesure qui sera citée pour la première fois dans le manuel « Obstétrique pratique » de 1977. Les précautions vis-à-vis des chats seront évoquées dans 93 ouvrages et constituent le 3^{ème} pilier des ouvrages.

Ces 3 piliers sont la base des ouvrages de la fin des années 70. Ils sont clairement évoqués par l'Académie nationale de médecine en 1977 : les précautions vis-à-vis de la cuisson de la viande, tout particulièrement de mouton, le lavage soigneux des fruits et légumes et le contact avec les chats, notamment leur litière.

Décalage entre recommandations françaises et ouvrages

Trois textes institutionnels apparaissent comme le socle des recommandations au cours du temps : la circulaire N°605 DGS et DH du 27 septembre 1983 relative à la prévention de la toxoplasmose, le BEH N°16 de 1996 et le rapport de l'Afssa de 2005. Un délai entre la publication du texte institutionnel et celle de l'ouvrage est incompressible pour une retranscription de ces mesures. Pourtant, cette base de mesures préventives n'est pas retrouvée de manière fidèle dans les ouvrages. Des mesures présentes dans les ouvrages précèdent parfois la publication des textes.

Avant 1983, les premières recommandations incitent essentiellement à s'abstenir de consommer des viandes insuffisamment cuites et le contact avec les chats. Si dans les ouvrages, la mesure principale s'oriente aussi sur le risque lié à la viande, la seconde vise le risque lié aux végétaux. Bien qu'évoqué depuis 1974 puis repris en 1977 dans les textes, le contact avec les chats est peu cité dans les ouvrages avant 1980 et se systématisé ensuite. Les ouvrages « Précis d'obstétrique » (Merger et al., 1974, 1977) incitent à « *supprimer les végétaux crus, ou au moins exiger leur lavage soigneux* », avant que cette mesure ne soit évoquée dans les textes en 1977 par l'Académie nationale de médecine. Concernant les produits carnés, ce risque vis-à-vis des viandes de mouton est abordé en 1969 par cette instance, mais cette vigilance n'est apportée qu'à partir 1974 dans les ouvrages (n=6).

En 1976, dans son REH N°26, l'OMS incitait à « *chauffer ces viandes jusqu'à 56°C pendant 10 à 15 minutes* » et évoquait une réfrigération comme moyen probable de tuer le parasite. Cet indicateur de cuisson ne sera repris dans les textes institutionnels par la suite qu'en 1996. Pourtant cette notion est abordée dans les ouvrages dès 1982 : « *il faut éviter de manger de la viande peu ou pas cuite : les kystes sont détruits par une chaleur de 60°C, ou un refroidissement*

à -20°C » (« Éléments de pathologie infectieuse », Kernbaum) puis en 1984 : « cuire les viandes à 65°C (viande rose) » (« Diététique de la femme enceinte », Thoulon-Page). Plusieurs ouvrages, notamment rédigés par des auteurs ayant largement travaillé sur la toxoplasmose tels que Desmots²⁵¹, Couvreur et Thulliez mais également des médecins infectiologues, professeur d'hygiène alimentaire, abordent la notion de température de cuisson des viandes dans leurs manuels. Ces auteurs sont parfois à l'origine de plusieurs écrits dans les différents ouvrages étudiés. Toutefois, les températures évoquées ne sont pas standardisées : « 60°C », « plus de 60°C », « 65°C à cœur (viande rose) », « plus de 66°C », « centre à plus de 66°C », ni en adéquation avec celles des textes institutionnels.

Dès 1982, certains auteurs évoquent la « réfrigération »²⁵² à -20°C ou une congélation de longue durée pour détruire le parasite, notamment pour consommer de la viande peu cuite : « *Le parasite semble détruit par la congélation, ce qui autorise la consommation de viandes peu cuites après passage au congélateur* » (« Obstétrique pratique », Baudet, 1990). Il est à noter que les formulations sont plus explicites dans les ouvrages : « *la viande achetée congelée peut être consommée même peu cuite* » (« Prendre en charge une femme enceinte », Tchobroutsky & Oury, 1988, 1995). Si en 1976, l'OMS évoquait « la réfrigération » comme « un moyen probable de tuer les kystes tissulaires », une notion de température ne sera évoquée dans les textes institutionnels qu'à partir de 2005.

Le bulletin de l'Académie nationale de médecine de 1977 évoque trois mesures préventives : consommer de « *la viande bien cuite, avec des précautions plus strictes encore pour la viande de mouton, et ne consommer que des légumes et fruits soigneusement broyés et lavés [...] éviter tout contact avec les animaux domestiques, spécialement avec les chats [...]* ». Quatre ouvrages entre 1979 et 1983 abordent ces trois mesures.

Circulaire de 1983

La circulaire de 1983 est le texte institutionnel devant faire référence avant 1996 ; celle-ci ne sera reprise dans sa forme qu'en 1990 dans les manuels étudiés.

1. *Lavez-vous les mains soigneusement après avoir manipulé de la viande saignante ou de la terre et avant chaque repas.*
 2. *Mangez de la viande très cuite. Ne mangez pas de la viande saignante : beefsteak, tartare, fondue bourguignonne, brochettes, méchouis, côtelettes ou un quelconque morceau de viande crue.*
 3. *Lavez à grande eau tous les aliments souillés de terre, surtout s'ils doivent être consommés crus, en particulier salade verte et fraises.*
 4. *Évitez les contacts avec les chats. Ne leur donnez pas de viande crue. Faites nettoyer tous les jours par une autre personne avec de l'eau bouillante ou un désinfectant les récipients qui recueillent leurs excréments.*
- En conclusion, surtout : Lavez-vous les mains avant les repas et cuisez bien la viande.*

Cette première mesure sur « le lavage des mains », évoquée dans la circulaire de 1983, a été abordée au préalable dans un manuel de 1982 ; l'hygiène des mains sera reprise au total dans 73 ouvrages.

²⁵¹ Desmots, G., Couvreur, J., & Lelong, F. (1965). Étude épidémiologique sur la toxoplasmose : de l'influence de la cuisson des viandes de boucherie sur la fréquence de l'infection humaine. *Rev.fr. étud.clin.biol.* 10, 952-958.

²⁵² Le terme « réfrigération » est utilisé ici pour définir tout procédé impliquant un abaissement de la température. Dictionnaire de l'Académie Française (XV^e siècle. Emprunté du latin *refrigeratio*, « rafraîchissement, fraîcheur ») : Action de réfrigérer un corps fluide ou solide, un milieu, d'en abaisser la température par divers procédés physicochimiques. <https://www.dictionnaire-academie.fr/>

Cette deuxième mesure sur la cuisson des viandes est aussi une constante dans les ouvrages. Celle-ci détaille les viandes à risque ; cela ne sera pas repris dans les ouvrages avant 1990, date de la première retranscription de la circulaire dans le manuel « Obstétrique pour le praticien » (Lansac et al.).

Concernant les végétaux, les auteurs préconisent largement depuis 1974 un lavage « soigneux », « correct » ou parfois « la suppression » des végétaux crus. Les consignes de préparation sont variables selon les auteurs, qui redoublent parfois de vigilance : « *ne pas manipuler les aliments avec les mains souillées de terre : désinfecter légumes et fruits primeurs à grande eau, au mieux avec une goutte d'eau de Javel, et si possible ne les consommer que cuits, ou sinon pelés ; de préférence utiliser des gants jetables pour manipuler viandes et légumes* » (« Prendre en charge une femme enceinte », Tchobroutsky & Oury, 1988). Cette précaution de désinfection avec l'eau de Javel n'apparaît dans aucune recommandation institutionnelle vis-à-vis des végétaux.

Après 1983, les ouvrages préconisent tous d'éviter le contact avec les chats, plus particulièrement avec les excréments de chat. Toutefois, comme le précise le manuel « Diététique de la femme enceinte » de 1984 (Thoulon-Page), le risque est limité : « *Éventuellement, éloigner pendant quelques temps le chat de la maison, bien que le risque qu'il soit lui-même infesté soit minime* ». Certains ouvrages préconisent d'éviter également le contact avec les chiens comme l'ouvrage « Diététique et nutrition » de 1995 (Apfelbaum et al.), mesure énoncée en 1969 par l'Académie nationale de médecine mais non renouvelée dans les recommandations ultérieures. Dès 1990, 23 ouvrages incitent les femmes enceintes à ne pas donner de viande crue à leur animal, comme recommandé par la circulaire de 1983.

D'autres mesures de prévention énoncées dans les ouvrages s'inspirent d'auteurs anglosaxons (Fleck, 1963) qui se sont questionnés sur les modes de contamination, comme les griffures du chat²⁵³ : « *éviter les griffures de chat (et toutes griffures avec des objets souillés de terre)* ». Ce risque sera démenti par l'Afssa en 2005. Les auteurs reprennent notamment les messages publiés par certains chercheurs, Wilson et Remington, en 1980 : « *éviter de se toucher la bouche ou les yeux, en manipulant de la viande crue* »²⁵⁴ ; « *empêcher les mouches ou les blattes de contaminer la nourriture* »²⁵⁵. Il est intéressant de noter que ces mesures ne sont pas abordées dans les textes institutionnels étudiés de l'époque.

Les manuels vont parfois combiner les recommandations nationales avec celles internationales ou en ajouter de nouvelles, comme proposé dans « Le livre de l'interne obstétrique » de 1993 : « *éviter la charcuterie à base de viande crue* » ; « *ne pas entreposer la litière du chat dans la cuisine* » (Hohlfeld et al.).

BEH N°16, 1996

Les recommandations suivantes devaient être diffusées aux femmes enceintes :

- *bien cuire la viande (boeuf, mouton, porc, cheval), c'est-à-dire une cuisson d'au moins 65 °C dans toute l'épaisseur de la viande. Éviter la consommation de viande marinée, fumée ou grillée (comme cela peut être le cas pour le gibier).*
- *lors de la préparation des repas : laver soigneusement les légumes et les plantes aromatiques surtout s'ils sont terreux et consommés crus. Laver soigneusement les ustensiles de cuisine, ainsi que le plan de travail.*

²⁵³ Cité dans : « Traité d'obstétrique », 1988 ; « Pathologies maternelles et grossesse », 1988 ; « L'Obstétrique actuelle », 1991

²⁵⁴ Citée dans 10 textes entre 1988 et 2012

²⁵⁵ Citée dans 4 ouvrages entre 1988 et 1996 (protection envers les insectes)

Se laver les mains après contact avec des légumes, des fruits ou de la viande crue et avant de passer à table. Une bonne hygiène des mains et des ustensiles de cuisine est importante pour éviter la transmission de la toxoplasmose pendant la grossesse.

- *lors des repas pris en dehors du domicile : éviter la consommation de crudités et préférer les légumes cuits. La viande doit être consommée bien cuite ou bien privilégier la consommation de volaille ou de poisson.*
- *éviter les contacts directs avec les objets qui pourraient être contaminés par les excréments de chats (comme les bacs des litières, la terre) et porter chaque fois des gants en cas de manipulations de ces objets. Désinfecter les bacs des litières de chat avec de l'eau de Javel.*
- *éviter le contact direct avec la terre et porter des gants pour jardiner. Se laver les mains après des activités de jardinage même si elles sont protégées par des gants.*

Quelques ouvrages s'avèrent être précurseurs sur certaines mesures préventives : « *laver les surfaces et les ustensiles de cuisine qui ont été en contact avec de la viande crue* » (« Obstétrique », Boog et al., 1995) ; celle-ci ne sera abordée qu'en 1996 dans le BEH N°16. Mais globalement, ces mesures du BEH sur l'hygiène des surfaces/ ustensiles sont peu citées dans les manuels (n=18).

Celles-ci seront reprises en 2000 dans l'EMC AKOS « Toxoplasmose » puis dans celui de 2002 « Médecin généraliste et suivi de la grossesse » tandis que d'autres ouvrages combinent les recommandations de 1983 et celles de 1996 (« Infections et grossesse », Matheron et al., 1998). Mais même si ces dernières recommandations du BEH doivent logiquement suppléer à celles de la circulaire de 1983, plusieurs auteurs continuent de s'inspirer de la lettre proposée dans la circulaire (« Mémento Obstétrique », dans les éditions de 1998, 2000, 2006 et 2009 ; « Obstétrique pour le praticien », 2000). Les auteurs reprennent parfois les mesures de 1983 en enrichissant les éditions suivantes (« Obstétrique pour le praticien », dans les éditions de 2003, 2008 et 2013) avec des mesures supplémentaires : « *Nettoyez et désinfectez régulièrement le réfrigérateur* » ; « *Portez des gants pour jardiner et lavez-vous les mains après avoir manipulé la terre* ».

Les précautions lors de repas hors du domicile, pourtant identifiées comme un facteur de risque sont peu abordées dans les ouvrages (n=8).

Afssa, 2005

Les mesures de l'Afssa sont reprises par la suite en 2009 par la HAS.

- *Bien cuire tout type de viande (y compris la volaille et le gibier). En pratique, une viande bien cuite a un aspect extérieur doré, voire marron, avec un centre rose très clair, presque beige et ne laisse échapper aucun jus rosé. (Précisions : Une viande bien cuite correspond à une température à cœur comprise entre 68 et 72°C. éviter la cuisson des viandes au four à micro-ondes.)*
- *Lors de la préparation des repas, laver à grande eau les légumes et les plantes aromatiques, surtout s'ils sont terreux et consommés crus. (Précisions : Précautions particulièrement renforcées pour les végétaux constamment souillés par de la terre et consommés crus ; radis, salade, fraises, champignons.)*
- *Laver à grande eau les ustensiles de cuisine ainsi que les plans de travail.*
- *Faire laver chaque jour, par une autre personne, le bac à litière du chat avec de l'eau bouillante, ou porter des gants. (Précisions : Faire particulièrement attention aux jeunes chats, surtout s'ils chassent, et aux chats errants.)*
- *Porter des gants pour jardiner ou pour tout contact avec la terre.*
- *Se laver les mains : – surtout après avoir manipulé de la viande crue, des crudités souillées par de la terre ou avoir jardiné – avant chaque repas. (Précisions : Brossage des ongles recommandé).*
- *La congélation des denrées d'origine animale à des températures inférieures à -18°C (surgélation) permet la destruction des kystes, et peut être proposée comme recommandation complémentaire de prévention.*
- *Ne consommer de viande que bien cuite. Éviter les crudités. Privilégier les légumes cuits.*

- *Lait de chèvre cru (Précisions : risque exceptionnel mais avéré) ; viande marinée, saumurée ou fumée (Précisions : risque potentiel) ; Huîtres, moules et autres mollusques consommés crus (Précisions : risque hypothétique à confirmer)*

Certaines vigilances énoncées par l’Afssa sont reprises par certains ouvrages, notamment la cuisson des volailles et gibier ou encore l’utilisation du micro-ondes (« EMC AKOS Médecine », 2009 ; « EMC Maladies infectieuses », 2019). Cette vigilance avait toutefois été évoquée dans un ouvrage de 2002 « Les bactéries, champignons et parasites transmissibles de la mère à l’enfant » avant le rapport de 2005 : « *La cuisson au micro-ondes, provoquant une répartition inégale de la chaleur, peut s’avérer insuffisante.* »

Des mesures de prévention basées sur des risques rares

Certains ouvrages publient des mesures pouvant porter à confusion entre les risques infectieux (toxoplasmose, listériose, salmonellose). Le manuel de 2005 « Soigner la femme enceinte » conseille dans ses recommandations pour la prévention de la toxoplasmose de « *consommer le jaune d’œuf bien cuit* », risque majoritairement associé aux salmonelles.

L’EMC de 2012 préconise d’« *éviter le lait et les produits laitiers non pasteurisés* », mesure plus spécifique de la listériose. Cette dernière sera évoquée en 2000 dans l’étude européenne multicentrique de Cook et al. (2000) puis par l’OMS dans une note d’information INFOSAN en 2008. Toutefois l’Afssa évoque le risque potentiel lié au lait de chèvre cru, considéré également comme un risque d’infection aux États-Unis mais rassure sur le risque toxoplasmique lié à la consommation de lait de vache et de fromages.

La HAS en 2017 préconisera, au-delà de « *ne pas consommer d’œufs crus ou de lait cru* », de « *consommer de l’eau commercialisée* » et d’« *éviter les fruits de mer* ». Ces deux dernières mesures sont évoquées dans deux ouvrages de 2018 et 2019 (« Médecine de la grossesse », « EMC Maladies infectieuses »). Comme le souligne celui de 2018 à propos de ces suppléments aux recommandations, « *ces notions ne doivent pas brouiller les messages essentiels* » mais selon les auteurs, « *la connaissance de ces risques fait partie de la prise de décision et des éléments à présenter lors de la consultation* ».

4.2.2. Présentation des messages sur la listériose

Les ouvrages abordant la listériose avant les années 1960 sont peu nombreux, comme le souligne l’Académie nationale de médecine.

Jusqu’en 1960, L. monocytogenes fut une bactérie quasiment méconnue des médecins ; à peine cinquante cas de listériose humaine étaient signalés dans la littérature en 1950 et en dépit des petites épidémies de listériose foeto-maternelle, survenues à Halle dès 1950 et à Brème quelques années plus tard, nombre de traités bactériologiques d’excellente qualité de cette époque n’attribuaient guère plus de quinze lignes à cette bactérie. (Bulletin de l’Académie nationale de médecine, Tome 171, N°7, 1987)

La bactérie devient ensuite plus fréquemment identifiée comme à l’origine d’épidémies, ce qui amène les ouvrages d’obstétrique à l’aborder.

Une reconnaissance précoce de la transmission alimentaire

Les ouvrages des années 1960 désignent la listériose comme « *une infection, exceptionnellement méconnue, inapparente, mais capable de se transmettre au fœtus* » avec des retentissements sur celui-ci (« Précis d'obstétrique », Merger, 1961). Toutefois, les facteurs de contamination n'y sont pas abordés.

À partir de 1960, le nombre de cas reconnus de listériose humaine augmente exponentiellement : en 1982, Ralovich recensait plus de 10000 cas dans la littérature mondiale et plus d'une vingtaine d'épidémies sont actuellement décrites (dont une comportant 279 cas) ». (Bulletin de l'Académie nationale de médecine, Tome 171, N°7, 1987)

À partir de 1970, les manuels deviennent plus nombreux à présenter la maladie et à reconnaître une contamination alimentaire par « *absorption d'aliments souillés* », notamment le lait. La majorité des ouvrages jusqu'en 1987 axent la problématique de la listériose sur le « *lait souillé* ». En revanche, les « Précis d'obstétrique » de 1974 et 1977 exposent une liste d'aliments à risque beaucoup plus large : « *Les produits infectés sont les viandes et les œufs insuffisamment cuits, le lait cru, les légumes souillés* », liste qui se réduit toutefois dans les éditions suivantes : « *viandes ou légumes insuffisamment cuits ou mal lavés* » (« Précis d'obstétrique », Merger, 1979, 1985). Un autre manuel identifie également dans ces facteurs de risque, les « *mains mal lavées* », sans émettre de conseils de prévention (« Traité d'Obstétrique », Vokaer et al., 1988).

Des sources variées en l'absence de recommandations françaises

Les premiers messages de prévention écrits dans les ouvrages étudiés datent de 1988, plus précoces que les recommandations nationales françaises. Dans le manuel « Pathologies maternelles et grossesse » (Wechsler et al.), la contamination alimentaire de l'homme est reconnue comme « *le mode de transmission le plus commun, à l'origine de recrudescence de cas* ». Cet ouvrage s'appuie sur les études publiées dans le *New England Journal of Medicine* ou le *JAMA* recensant les cas de contamination (salade de choux et fromages contaminés).²⁵⁶ Ce manuel précise que même si « *la prévention de la listériose maternelle n'est pas aisée* », « *certains conseils diététiques peuvent être donnés* ». Parmi ces derniers sont cités : « *éviter les légumes crus ou peu cuits, cuire les denrées conservées au réfrigérateur, éviter de consommer la croûte des fromages à pâte molle, bouillir le lait pasteurisé ou non* ». Ces préconisations se rapprochent des premières recommandations émises par l'Office fédéral suisse de la santé publique en 1986 qui seront de nouveau citées dans le manuel « Obstétrique » (Papiernik et al.) de 1995 : « *L'office fédéral suisse de Santé Publique a recommandé en 1986, spécialement aux femmes enceintes, de laver ou de cuire les fruits et légumes avant de les consommer, de laver ou de cuire les denrées alimentaires prélavées, conservées au réfrigérateur et surtout de ne pas consommer les croûtes des fromages à pâte molle.* »

Jusqu'en 1992, le message est axé majoritairement sur l'éviction des produits laitiers :

- « *déconseiller aux femmes enceintes la consommation des produits fermiers non pasteurisés (lait, fromages,...)* » (« Obstétrique Pratique », 1990 ; « L'Obstétrique actuelle », 1991)
- « *éviter les fromages à pâtes crues (vacherin, brie, camembert, chèvres) et [...] consommer de préférence les fromages cuits (gruyère, port salut...)* » (« Obstétrique pour le praticien », 1990)

²⁵⁶ Voir publications : Schlech et al. (1983) et *Centers for Disease Control (CDC), Morbidity and mortality weekly report* (1985)

- « *pas de fromages frais (comme, par exemple, le brie ou le camembert)* » (« Médecine de la femme enceinte », 1991)

Certains manuels se basent sur les infections anglo-saxonnes et orientent leurs recommandations dans le sens de celles de ces pays. Le manuel « Médecine de la femme enceinte » de 1991 (Barron et al.), coordonné par des spécialistes américains, anglais et français, expose les nouvelles inquiétudes apparues en Grande-Bretagne à propos de la présence de la bactérie dans des fromages frais et dans des aliments précuisinés et s'appuie sur les préconisations publiées en 1989 par le *Department of Health and Social Security*. Cela conduit l'ouvrage à évoquer la mesure de « *réchauffer longuement les aliments précuisinés avant de les consommer* ». Le manuel « Obstétrique » de 1994 (Lewin) cible les aliments à l'origine d'épidémies ou de cas sporadiques à l'international (fromages à pâte molle, la salade et le poulet²⁵⁷) et évoque les produits carnés, tout comme les recommandations du CDC (BEH N°24, 1992) : « *dès le début de la grossesse, n'absorber que des viandes bien cuites (en particulier le poulet), de la salade bien lavée. Les fromages en pâte molle, la croûte des fromages sont à éviter.* »

Un décalage avec les recommandations nationales

Dans les années 1990, 18 ouvrages sur les 23 de cette période évoquent des messages courts de prévention qui deviennent plus complets après 1995. Cependant, les préconisations demeurent inhomogènes jusqu'en 1996, malgré la publication de recommandations françaises en 1992. Des ajouts ou interprétations sont réalisés dans de nombreux manuels. Le « livre de l'interne obstétrique » de 1993 (Hohlfeld et al.) préconise en plus de l'éviction du lait non pasteurisé et des fromages à pâte molle, d'« *éviter les légumes crus* », mesure non présentée dans les textes institutionnels. Le manuel « Diététique et nutrition » de 1995 (Apfelbaum et al.) préconise de ne pas consommer les produits ayant dépassé la date limite de consommation. Ce message est abordé dans les recommandations australiennes en 1991-1992 et ne sera repris dans les textes français qu'à partir de 2007.

Deux manuels incitent à « *se laver les mains après avoir manipulé de la viande de boucherie* » (« Obstétrique pour le praticien », Lansac et al., 1990 ; « Obstétrique », Boog et al., 1995) « *ou les animaux de basse-cour non cuits* » (« Obstétrique pour le praticien », 1990). Ces mesures n'apparaissent pas si précisément dans les textes institutionnels.

Une adaptation des recommandations aux inspirations diverses

Les principales recommandations du ministère de la Santé pour les personnes à risque ont été diffusées en 1992, 1993 et 1995, 1998 puis en 2000, de manière concomitante à une succession d'épidémies de listériose entre 1992 et 2000. Globalement, dans les manuels, les messages ne reprennent pas les recommandations dans leur intégralité. Les auteurs vont s'en inspirer et se les réapproprier dans la présentation ou dans le vocabulaire utilisé.

BEH N°25, 1992

De façon surprenante, les premières recommandations de 1992 (BEH N°25) n'apparaissent pas dans les ouvrages. En revanche, un EMC de 2001 (AKOS Surveillance de la grossesse) s'inspire

²⁵⁷ Voir par exemple l'étude de Schwartz et al. (1988)

d'un point presse ayant été diffusé le 11 septembre 1992, intégrant les préconisations des BEH N°25 et N°38 de 1992.

BEH N°4, 1993

Les ouvrages de 1996 à 1998 reprennent globalement les recommandations exposées dans le BEH N°4 (1993) en apportant pour certains des messages supplémentaires souvent inspirés des recommandations internationales.

L'« EMC Pédiatrie-maladies infectieuses Listérioses » de 1996 ajoute une mesure supplémentaire sur l'utilisation des fours à micro-ondes : « *Ajoutons à ces conseils les précautions dans l'utilisation des fours à micro-ondes, où il est préférable de laisser les aliments séjourner quelque temps après cuisson pour en assurer un chauffage harmonieux par conduction.* » Cela fait référence à des publications anglosaxonnes, notamment celle du Lancet de 1989.²⁵⁸

L'« EMC Obstétrique Listériose au cours de la grossesse » de 1996 détaille l'item sur les produits laitiers en conseillant l'éviction « *de lait cru, de fromage à pâte crue (brie, chèvre, camembert, etc.), de glace* » s'appuyant sur des cas de contaminations à la crème glacée au Canada (1991) ou liés au Brie de Meaux (1995). Éviter la consommation de glace est notamment une mesure présente dans les recommandations australiennes.

Les ouvrages « Mémento obstétrique » remplacent dans toutes leurs éditions le message « *conserver les aliments crus (viande, légumes, etc.) séparément des aliments cuits ou prêts à être consommés* » par « *conserver les viandes non cuites séparément des légumes et des aliments cuits ou prêts à être consommés* » et apporte une précision sur les ustensiles de cuisine (couteaux et planches à découper). (Éditions 1998, 2000, 2006 et 2009). Ces mesures sont reprises dans les recommandations américaines du CDC de 1992 (BEH N°24, 1992).

Le manuel « Éléments de pathologie infectieuse » de 1996 supprime le terme « soigneusement » pour le remplacer par « bien laver », « bien cuire » (Kernbaum).

BEH N°23, 1995

L'ouvrage « EMC Maladies infectieuses Listérioses » de 1997 fait référence aux recommandations publiées dans le BEH N°23 de 1995, avec la même mise en forme en deux parties (« Aliments à éviter » et « Règles d'hygiène à respecter »).

L'ouvrage « Obstétrique pour le praticien » explique se baser comme référence sur les recommandations élaborées par le ministère de la Santé (2000). Les mesures s'approchent de celles du BEH N°23, tout en y associant des mesures américaines du CDC de 1992. Par exemple, nous pouvons citer : réchauffer les restes alimentaires ou les aliments prêts à être consommés « *jusqu'à ébullition avant consommation* » ou encore la mesure d'« *éviter les aliments provenant des traiteurs, ou les réchauffer soigneusement avant consommation* ». Comme le précise le MMWR²⁵⁹, des cas de listériose ont été associés fin des années 1980 aux aliments achetés chez des traiteurs (BEH N°24, 1992). Cette mesure « *éviter la consommation de produits achetés au rayon traiteur* » va apparaître dans les textes institutionnels français en 1997 (InVS).

²⁵⁸ Traduction libre : « *Pendant la cuisson au micro-ondes, un chauffage irrégulier est probable, et l'utilisation d'un temps de repos après la cuisson est importante pour permettre au chauffage d'être uniformément réparti par conduction sans surcuisson.* », voir la référence Lund et al. (1989)

²⁵⁹ Morbidity and mortality weekly report

Pour l'« EMC AKOS Médecin généraliste et suivi de la grossesse » de 2002, les sources sont probablement plus élargies puisque certaines mesures n'ont pas été retrouvées dans les textes institutionnels étudiés : « *Préférer les achats contrôlés en magasin aux achats de marché, bord de route... pendant la grossesse et vérifier les dates de péremption* ». D'autres mesures de l'ouvrage telles que « *vérifier régulièrement la température du réfrigérateur* », « *être vigilant sur la chaîne du froid* » apparaissent dans les textes au début des années 2000. Le manuel « Soigner la femme enceinte » de 2005 (Pons et al.) insère un nouveau message : « *Acheter des aliments congelés de manière industrielle, ne pas congeler soi-même les aliments* ». La bactérie résistant à la congélation, cette mesure apparaît surprenante.

Une temporalité des messages diffusés non concomitante avec celle des recommandations

Certains manuels vont orienter leurs messages sur ceux des textes institutionnels, avec parfois une décennie d'écart. D'autres ouvrages restent en revanche très laconiques sur les messages de prévention présentés (« Le livre de l'interne en obstétrique » éditions 1993, 1999, 2007 et 2012 ; « Gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes », 2004). Un manuel de 1998 « Infections et grossesse » cite des mesures qui auraient été diffusées lors d'une circulaire en date du 28 octobre 1992, élaborée par la DGS.

Circulaire DGS n°98/240 du 15 avril 1998

Finalement, hormis les EMC, peu d'ouvrages font référence aux recommandations diffusées dans la circulaire DGS n°98/240 du 15 avril 1998. L'ouvrage de 1999 « EMC AKOS Listériose » est le 1^{er} document à s'y référer. D'autres ouvrages s'en inspirent comme l'« EMC Obstétrique Listériose au cours de la grossesse » de 2004 et les éditions suivantes de 2012 et 2019.

InVS, 1997

Le 1^{er} manuel à s'inspirer des recommandations de l'InVS date de 2001, « Décision en gynécologie-obstétrique ». D'autres manuels vont s'y référer 10 ans plus tard tels que l'« EMC AKOS Listériose » de 2010, le « Guide de la sage-femme » de 2014 (Delcroix et al.), le manuel « Gynécologie Obstétrique » du CNGOF de 2015 ou encore l'« EMC Maladies infectieuses Listériose humaine » de 2017.

BEH N°4, 2000

Malgré le fait de citer la circulaire DGS de 1998, les manuels « Obstétrique pour le praticien » de 2003, de 2008 et de 2013 reprennent surtout les messages du BEH N°4 de 2000, comme l'« EMC Maladies infectieuses Listériose ». Ce BEH ajoute à la circulaire des messages sur la température du réfrigérateur et les dates limites de consommation. Le « Traité d'obstétrique » de 2003 précise énoncer des mesures adaptées des recommandations de la DGS et du ministère de l'Agriculture et de la pêche. Globalement, celles-ci se rapprochent de celles du BEH N°4 (2000). D'autres ouvrages s'en approchent également : « EMC Gynécologie/Obstétrique-Surveillance de la grossesse normale » de 2006 et 2015.

L'alimentation de la femme enceinte, Cerin, 2000

Le « Guide pratique de clinique périnatale » de 2008 (Hourdin) s'inspire des mesures de prévention présentées par le Cerin dans sa brochure, tout comme l'édition suivante de 2014.

Note d'information INFOSAN N°3, 2008

La note d'information du réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments évoquant la nutrition chez la femme enceinte et le nourrisson n'a pas été intégrée dans les textes institutionnels sélectionnés. Ce réseau sert notamment à améliorer la collaboration entre les autorités sanitaires des aliments au niveau national et international et n'est pas une source d'information directe des professionnels de santé.²⁶⁰ Toutefois, l'« EMC Nutrition et femme enceinte » de 2012 reprend les mesures évoquées dans cette note.

Fiche sur la listériose, Anses, 2016/ Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation 2017

L'« EMC AKOS Listériose » de 2017 vient combiner les mesures de deux textes institutionnels permettant de mettre à jour certaines mesures comme celle d'éviter les crustacés décortiqués vendus cuits, mesure non présente dans le texte de l'Anses de 2016.

Une mise à jour complexe parmi la diversité de recommandations

Les manuels publient des messages de prévention basés sur des recommandations parfois anciennes. Cela rend problématique la mise à jour des textes et en conséquence une connaissance actualisée pour les professionnels. Prenons l'exemple des plans de surveillance de la contamination des aliments distribués par la bactérie en 1993 et 1994 qui ont conduit à mettre à jour les recommandations dès 1995, notamment sur l'éviction des poissons fumés et des graines germées crues. Pourtant parmi les manuels publiés entre 1996 et 2000, seuls trois manuels sur 11 vont aborder ces mesures.

Autre exemple, en 2013, l'avis de l'Afssa sur les produits de la mer a permis d'ajuster le guide PNNS « Le guide nutrition pendant et après la grossesse ». Dans cet avis, le surimi n'est plus identifié comme potentiellement à risque, en revanche les crustacés décortiqués vendus cuits le deviennent. L'éviction du surimi sera évoquée dans des manuels jusqu'en 2019. Les crustacés ne seront abordés qu'en 2017. Cela apparaît également en cohérence avec les textes institutionnels qui l'évoquent en 2017 également.

Nous avons également regardé les mises à jour dans le temps sur plusieurs éditions d'un même ouvrage. Sur ces neuf manuels, cinq ne font pas évoluer leurs recommandations, malgré la diffusion de recommandations sur la période étudiée. De façon surprenante, un manuel de 2003 supprime de l'édition suivante (2010) les mesures préventives sur la listériose.

Comme nous l'avons vu, la communication scientifique des agences sanitaires, en ce qui concerne les connaissances médicales, est marquée par son caractère évolutif, provisoire et parfois remis en cause. L'étude de ces ouvrages souligne un certain détachement des messages proposés par rapport aux recommandations françaises énoncées dans les textes institutionnels.

²⁶⁰ https://www.who.int/foodsafety/publications/fs_management/INFOSAN_User_Guide_Final_fr.pdf

Les auteurs sélectionnent leurs messages et s'appuient sur d'autres publications, notamment internationales. La participation d'auteurs travaillant sur la thématique conduit parfois à des messages précurseurs par rapport aux instances sanitaires. À l'inverse, les évolutions régulières, tout particulièrement sur la listériose, peuvent rendre rapidement caducs les messages proposés.

Ces documents de synthèse participent à l'élaboration du savoir des professionnels sur les risques infectieux et les précautions alimentaires pendant la grossesse. Socialement reconnu, ce savoir se met en musique lors de leur formation initiale et s'entretient tout au long de leur formation continue. Par quelles voies d'information se nourrissent-ils pour alimenter leurs savoirs sur les thématiques de grossesse ? Celles-ci sont-elles évolutives en fonction de leur parcours et de leur expérience professionnelle ? En quoi les apprentissages professionnalisants des médecins et des sages-femmes participent à l'élaboration de leur future communication sur les risques infectieux alimentaires ? Leur savoir est transmis lors de ce temps de consultation prénatale, en vue de permettre aux femmes enceintes d'adopter les bonnes pratiques hygiéno-diététiques. Comment perçoivent-ils leur communication lors de cet échange ?

4.3. Construction du savoir dans la formation initiale

La formation initiale des professionnels de santé se décompose en cours magistraux, stages et s'appuie sur les supports pédagogiques. Lors d'entretiens semi-directifs, nous avons questionné les voies d'information utilisées par les professionnels pour développer ou enrichir leurs savoirs et adapter leurs pratiques, sur les thématiques de la grossesse et plus particulièrement sur l'alimentation. Pour chacun de ces supports, les professionnels ont exprimé la place que prenait l'alimentation-grossesse et plus spécifiquement les risques infectieux au sein de leur parcours de formation initiale.

Parmi les 25 professionnels de la région, 21 sages-femmes et 4 gynécologues-obstétriciens ont participé à cette phase d'entretien. La majorité des répondants sont des femmes (80%) avec une présence d'hommes et de femmes dans chaque spécialité d'exercice. Une diversité départementale (7 départements représentés), territoriale (rural, urbain, quartier prioritaire de la ville), des modes (libéral, salarié, exercice mixte) et des lieux d'exercice (cabinet, centre hospitalier, centre hospitalier universitaire, maternité privée, centre périnatal) mais également une diversité au niveau des villes dans lesquelles ils ont réalisé leurs études sont constatées dans notre échantillon de professionnels.

Pour préserver l'anonymat, nous avons fait le choix de ne pas préciser dans les présentations individuelles le département dans lequel le professionnel exerce. Nous nous limiterons au statut (médecin, sage-femme), au lieu d'exercice (cabinet libéral/ maternité), à la ville dans laquelle ils ont effectué leurs études, ainsi qu'au niveau de l'ancienneté (cf Tableau III, p.82).

Toujours dans cette volonté de préserver l'anonymat, l'établissement de santé, qu'il soit public, dans un centre hospitalier, dans un centre hospitalier universitaire ou privé, sera nommé sous le terme de « maternité ».

Tout au long de l'analyse, la présentation des professionnels dans le texte se fera en précisant

- le numéro d'identification PS1, PS2, etc.
- la spécialité GYN (gynécologue-obstétricien) ou SF (sage-femme), suivie du numéro spécifique dans la catégorie professionnelle : GYN1, SF1, etc.
- l'ancienneté : AncX avec X années de diplôme.

Prenons l'exemple du professionnel PS12-SF8-Anc8 : il s'agit d'une sage-femme qui a huit années d'expériences, du 12^{ème} professionnel interrogé et parmi les sages-femmes, il s'agit de la 8^{ème} sage-femme consultée.

4.3.1. Cours magistraux : alimentation-grossesse et risques infectieux

Alimentation-grossesse, une thématique marginale

Même si les cursus de formation initiale évoluent au cours du temps, ils abordent globalement peu l'alimentation pendant la grossesse. Cette thématique se résume parfois à un cours dans le cursus. Ce constat est fait pour les deux professions (médecin et sage-femme).

J'ai dû avoir 2 heures sur l'alimentation de la femme enceinte dans tout mon cursus. (PS22-SF18-Anc13)

Mais clairement, moi je suis sortie de mon externat et de mon internat, je n'avais aucune notion de ce que c'était l'alimentation en général. Et donc les bases de l'alimentation et encore moins de l'alimentation pendant la grossesse ! Et j'ai tout appris après ! (PS5-GYN3-Anc9)

Une seule professionnelle indique avoir bénéficié d'une formation spécifique sur l'alimentation-grossesse en étant étudiante.

J'avais même fait une formation complémentaire à la fac de médecine sur justement l'alimentation. (PS2-SF1-Anc4)

Lorsque l'alimentation est abordée, elle l'est le plus souvent sous l'angle de l'étude de pathologies (diabète, obésité, anémie) et des risques (risques infectieux alimentaires, liés à l'alcool). Cette observation est faite quelle que soit l'année d'ancienneté.

C'était quand même pas mal lié à la patho... (PS16-SF12-Anc10)

C'était très axé sur le risque pour la femme enceinte, et puis, les éléments absolument nécessaires à la constitution fœtale... (PS23-SF19-Anc21)

On allait en cours et les cours c'était les pathologies. (PS3-SF2-Anc37)

Ainsi, au regard des enseignements reçus, les professionnels distinguent deux aspects de l'alimentation-grossesse, abordés de façon très différenciée : les risques infectieux et l'aspect nutritionnel, moins évoqué en formation initiale.

Alors, risque infectieux, oui. En termes de nutrition, par contre, très peu. Très très mal je pense. (PS7-SF3-Anc11)

C'était pas hyper développé. En tout cas, pour tout le côté nutritionnel. Pas forcément pour le côté infectieux, prévention des infections, mais le côté nutritionnel. (PS9-SF5-Anc4)

Risques infectieux, un abord morcelé et limité de la prévention

Les pathologies phares du risque infectieux alimentaire que sont la toxoplasmose et la listériose sont traitées dans des modules relevant des maladies infectieuses (« Bactériologie », « Parasitologie », « Maladies infectieuses »). Ce constat apparaît dans les deux cursus (médecin et sage-femme).

On avait des cours de parasito, de bactério, d'infectiologie. (PS10-SF6-Anc22)

Après, on a des notions... On a tout un module infectieux. Enfin moi à l'époque c'était comme ça, on avait un module infectieux où bien sûr on est sensibilisé sur... Quand on fait de l'Infectiologie, on apprend les modes de transmission. Donc on a une sensibilisation là-dessus. Après... avec un spécifique point de vue sur la grossesse, non ! Mais, par contre, de dire qu'on ne sait pas, quand on sort du cursus initial, que pour les agents infectieux... enfin, il faut se laver les mains, il faut faire attention aux gens qui toussent, qu'il faut faire attention à comment on s'alimente, bien cuire les choses, ça c'est abordé d'une manière générale dans les modules infectieux. (PS5-GYN3-Anc9)

Ces enseignements sont perçus comme dispersés, plus particulièrement dans la formation des médecins qui s'étend sur un plus grand nombre d'années. Une vision transversale acquise en fin de cursus doit leur permettre de colliger leurs connaissances sur les mesures de prévention.

Donc toute la toxo on apprend ça en Parasito en Médecine. Donc en fait, si on suit bien les cours de Médecine, on sait tout faire ! [...] Mais ça, tout est dans les cours ! La listériose, c'est traité en Maladies Infectieuses, auparavant c'était traité en Bactério, en Maladies infectieuses et en Gynéco, c'est dans trois modules différents où on apprend la listériose ! C'est une information

qui est croisée et que normalement si on n'a pas perdu d'informations depuis le début... (PS6-GYN4-Anc28)

Je trouve que sur le risque infectieux, entre les bases d'infectieux, les notions qu'on a dans le module Gynéco-obs et ce qu'on a fait en Parasito, je pense qu'on a quand même les bases générales pour adapter... parce qu'on a une formation générale globale qui n'est pas spécifique à la grossesse forcément, mais... quand t'es médecin... on est tout à fait capable de faire des liens entre le module infectieux, la grossesse, les modes de transmission et comprendre l'intérêt de se laver les mains, d'éviter les gens qui toussent, de se protéger etc... Peut-être que les liens ne sont pas très très bien faits pendant le cursus global, mais je pense qu'on a les moyens pour faire les liens soi-même et de délivrer un message pertinent pendant la grossesse... je pense que c'est tout à fait accessible ! (PS5-GYN3-Anc9)

Pour plusieurs professionnels, même si les risques infectieux alimentaires étaient abordés, ils semblent peu développés en formation initiale, notamment pour la listériose, dans les deux cursus.

Toxo, ça allait mais listériose, franchement, ça ne m'a pas marquée du tout, c'est... ouais... Toxo, ça allait encore mais... c'était pas non plus... enfin si, c'était abordé, mais c'était succinct ! (PS17-SF13-Anc6)

Mais j'ai pas de gros souvenirs à part la toxo sur le cursus global. (PS5-GYN3-Anc9)

Les enseignements sur ces deux pathologies étaient axés sur la notion de risque pour la grossesse et la prise en charge de la maladie.

Je pense qu'on a eu des cours, un cours sur la toxo, un cours sur la listeria, un cours... c'est sûr mais en parasito, plutôt sur le... comment ça fonctionne et pourquoi ça « bouffe » ton gosse, et pourquoi ça se passe pas bien... Après, sur les conseils alimentaires purs, je suis pas sûre qu'on ait eu ça. (PS14-SF10-Anc13)

Les messages de prévention sur la toxoplasmose sont proposés sous l'angle des restrictions alimentaires, messages perçus comme très synthétiques.

Pas grand-chose finalement en formation initiale... vraiment le basique qu'on apprend à l'école, sur la toxo et les différentes transmissions... c'était surtout les restrictions ! (PS21-SF17-Anc13)

[Le risque infectieux était] traité vraiment sur des consignes minimum de la toxo. Et c'est tout. Les consignes officielles à l'époque, c'était « tuer votre chat », c'était à peu près tout [rires]. C'était vraiment hyper basique... vraiment toxo...[et listériose, salmonellose]... On savait que ça existait, effectivement, voilà, c'est tout. (PS23-SF19-Anc21)

La listériose est fréquemment présentée selon une approche curative dans le cours « Fièvre et grossesse » de façon conforme à leur présentation dans les ouvrages pédagogiques ; cette approche n'inclut pas l'aspect prévention la plupart du temps.

Alors, on avait un cours fièvre et grossesse. Ça parlait de listeria. On avait des notions des modes de contamination par la listeria. (PS5-GYN3-Anc9)

Nous, dans nos cours, on nous en parlait de la listériose, du syndrome grippal, voilà, mais ça restait vraiment de la littérature. Ils n'en parlaient pas aux patientes. (PS23-SF19-Anc21)

La prévention est perçue globalement comme passant au second plan par rapport à la prise en charge des pathologies (diagnostic, traitement, etc.), avec peu de sensibilisation sur l'hygiène alimentaire.

Quand tu avais les cours de parasito, du coup, tu avais les quelques règles hygiéno-diététiques qui étaient avec. Parce que à l'école, c'est énormément de la patho. Je pense que la prévention passait dans un second plan par rapport à la prise en charge de la patho. Clairement. On était

sur une politique de gestion de la pathologie et la prévention n'était pas forcément mise tant que ça en avant. En tout cas à l'époque. (PS22-SF18-Anc13)

[La formation était] très spécifique, listeria, toxoplasmose, mais pas en généralité... Sur les conseils... on n'avait pas de cours d'hygiène, on n'avait rien du tout. (PS1-GYN1-Anc33)

4.3.2. Stages professionnalisants

Le cursus professionnalisant des professionnels de santé s'appuie sur une alternance entre cours et expériences de terrain développées lors de stages en milieu hospitalier et libéral, permettant d'appréhender différentes pratiques d'exercice. Ces stages participent à la construction des savoirs sur l'alimentation et les risques infectieux.

Compagnonnage

Dans les cursus médicaux, le compagnonnage, basé sur l'observation et la réalisation d'actes sous supervision, reste l'une des méthodes de transmission de connaissances essentielles.

Il y a le compagnonnage, c'est vrai que la consultation, quand on est interne, c'est ça, c'est vraiment des collègues, et puis les questions qu'on se pose devant les cas pratiques... dans les consultations. [...] Après j'ai le souvenir de terrains de stage, de collègues qui étaient très intéressés par l'inféctiologie, donc on a passé plus de temps avec les virologues, avec les obstétriciens. (PS4-GYN2-Anc10)

[Il y avait] le compagnonnage sur l'alimentation aux femmes enceintes, lors des consultations. C'était sur les grands items, je dirais que c'était sur les risques infectieux alimentaires, ça c'est sûr, sur le diabète et sur la prévention. Les aliments sucrés, et puis les facteurs de risque infectieux. [...] Toxo et listériose, pour moi c'était [abordé à] 50-50. (PS6-GYN4-Anc28)

La diversité des stages offre différentes opportunités pour évoquer l'alimentation et appréhender les messages de prévention à délivrer.

En stage, mon premier stage d'étudiante, j'étais en maladies infectieuses, donc forcément ça te balaye assez large, y compris sur ce genre de choses, alimentaires. (PS7-SF3-Anc11)

Après, moi j'ai surtout le souvenir pour les recommandations sur les risques infectieux alimentaires, avoir appris sur le terrain en stage. Moi, à l'époque dans la formation, on avait quand même 60% de stages. Et c'était vraiment au décours des stages que je voyais en consultation les recommandations sur toutes les règles hygiéno-diététiques à avoir. Et je pense que du coup, ils privilégiaient énormément les terrains de stage par rapport à la théorie, en tout cas, par rapport à la thématique de la nutrition et de la prévention des risques, c'était vraiment sur le terrain que j'ai la notion d'avoir été formée... vraiment ! (PS22-SF18-Anc13)

Un constat similaire est fait pour les professionnels ayant fait leur formation dans d'autres pays, ils mettent en avant les occasions de parler alimentation lors des stages, notamment lors des consultations et des cours de préparation à la naissance.

Alors risques infectieux alimentaires, oui. Voilà, je me rappelle qu'aux premières consultations prénatales que les sages-femmes faisaient, il y avait toujours un temps accordé à ça. [...] la première consultation durait 1 heure. (PS11-SF7-Anc10)

Ce qui m'a permis d'être à l'aise, c'est que je faisais de la préparation à la naissance. Et qu'en fait en prépa, c'était un thème que je traitais, l'alimentation. [...] j'ai fouillé la question pendant mes études parce qu'en dernière année, on donnait des cours de prépa à des couples volontaires de notre entourage. Et donc, je m'étais penchée sur la question. (PS20-SF16-Anc8)

Pour certains professionnels, les discours de leurs formateurs étaient plutôt axés sur la prise de poids et de façon moindre sur les risques infectieux alimentaires. Cet aspect est pointé quelle que soit l'ancienneté.

[Dans les stages de consultation], c'était... centré sur la prise de poids... mais... risques infectieux, très très peu. Alors il y avait des consignes pour la toxo, listeria, des choses que tout le monde connaît. [...] Obésité, diabète, dans les années 80, on en parlait déjà beaucoup ! Donc, du coup, les prises de poids tout ça, on faisait très attention déjà ! [plus que les risques infectieux alimentaires ?] Oh oui ! Ah là, c'est sûr. C'est sûr que... oui ! (PS3-SF2-Anc37)

Il y avait toujours une histoire de prise de poids, mais est-ce qu'après il y avait une information... Je n'ai pas le souvenir d'une information précise, précise et claire, sur certaines règles, hygiène et diététique. Non je n'ai pas un souvenir. (PS25-SF21-Anc14)

Comme pour la formation théorique, lorsqu'ils étaient abordés, la toxoplasmose paraissait priorisée par rapport aux autres risques infectieux.

Moi je me souviens vraiment que de l'information, d'ailleurs, tout ce qui est listériose... je ne me souviens même pas qu'on leur disait de manger du fromage pasteurisé, ou des produits laitiers pasteurisés. Moi, je me souviens surtout de la toxo, on leur parlait : « la toxo, vous n'avez pas le droit à la charcuterie, à la viande pas cuite ». (PS13-SF9-Anc19)

Les professionnels décrivent des choix et des automatismes dans les messages de prévention délivrés au cours des consultations auxquelles ils ont eu l'opportunité de participer en stage. Cela concerne les deux professions.

C'était très systématique, on se rend compte que les gens sont assez automatisés sur le sujet. (PS4-GYN2-Anc10)

Tout ce qui était toxo, listériose, finalement c'était quand même abordé... c'était martelé ! Dans le sens, c'est de l'info, il fallait s'assurer qu'elle était bien dite au premier trimestre, donc... quand on voyait la patiente pour la première fois, c'était bien : « Vous connaissez les recommandations sur la toxoplasmose »... ou sur les autres, la listériose... bien sûr. (PS21-SF17-Anc13)

Même si le compagnonnage est déterminant dans les apprentissages, les messages concernant les risques alimentaires restent parfois très succincts. Les professionnels pointent notamment les temps de consultation très restreints, aboutissant à une information trop courte et parfois tardive dans le parcours de soins.

J'ai rarement vu, sur des consultations grossesse, donner des conseils en prévention alimentaire, enfin en risques infectieux alimentaires durant mes études en tout cas. Dans mes souvenirs, j'ai dû faire 15 jours de stage en consult' en tout et pour tout... C'était peu abordé, c'était en milieu hospitalier, c'était des consultations de 10 minutes. (PS10-SF6-Anc22)

Mais à part dire aux patientes « laver votre frigo et vos légumes », ça n'allait pas beaucoup plus loin. [...] c'est le temps qui était court. C'est juste qu'il fallait faire au plus vite. [...] On leur disait très vite : « nettoyez votre frigo, faites attention à la toxo », on leur disait : « attention au poids », et puis basta ! (PS7-SF3-Anc11)

[En stages en maternité] c'était vraiment : « Lavez vos légumes et mangez votre viande bien cuite », et ça s'arrêtait là ! [...] On n'a pas le même temps, c'est pas possible ! C'est vrai que quand tu regardes a posteriori, au centre hospitalier on n'a pas le temps de le faire... Enfin, c'est chaud ! Enfin, t'as le temps de le faire, mais à la troisième consultation, quand tu les connais bien, et que ça roule, mais c'est un peu tard du coup, on est à 20 semaines... (PS14-SF10-Anc13)

D'autres raisons sont exposées par certains professionnels pour justifier le fait de ne pas avoir enrichi leur savoir sur les risques alimentaires lors de leurs stages pratiques. Ils évoquent en

particulier, certaines lacunes dans leurs parcours de formation pratique mais aussi le manque de volonté de certains encadrants.

Les quelques consultations auxquelles j'ai assisté ne m'avaient pas permis de compléter les lacunes de la formation théorique, et quand j'ai été interne, par contre, quand on est interne on n'assiste pas... on ne fait pas énormément de consultations [de grossesse]. En fait on est en autonomie, et on n'assiste pas à énormément de consultations, moi je n'ai jamais assisté à des consultations, enfin je n'ai pas le souvenir que cette thématique-là était abordée, mais je n'en ai pas fait énormément. (PS5-GYN3-Anc9)

Ils ne cherchaient surtout pas à nous transmettre des infos et nous faire progresser. Donc, honnêtement... Moi, j'ai eu l'impression de ne rien apprendre dans mon stage de consultation. [...] À l'époque, l'alimentation on sent bien que c'était pas du tout un axe intéressant pour eux. (PS23-SF19-Anc21)

Sensibilisation aux problématiques des risques infectieux alimentaires lors de stages

Au-delà de l'observation des pratiques des professionnels, les stages permettent d'aller à la rencontre des femmes et au final de faire le lien entre les apports théoriques, les questions des femmes en stages et les réponses apportées par les formateurs.

On a l'idée qu'il faut faire attention sur plein de choses, mais pas forcément quoi. Il y a forcément des questions que toutes les femmes se posent, donc ça permettait de préciser, de pouvoir bien expliquer, à quoi faire attention, dans quel cas, et pourquoi, les signes d'alerte etc... [...] Donc, j'avais trouvé que le cours était très intéressant. [...] ça m'a plutôt marquée, d'autant plus qu'après ça a été mis en lien au moment des stages... avec les consultations de suivi libéral... les cours de prépa par exemple. (PS2-SF1-Anc4)

Les stages permettent aussi d'observer le parcours difficile des femmes en cas de contamination. Plusieurs professionnels expriment avoir été marqués par les situations cliniques, notamment les cas de toxoplasmose ou de listériose rencontrés au cours de leur formation, ce qui oriente la priorité donnée à cette thématique dans la communication, comme l'explique cette sage-femme :

J'ai eu un cas de listériose au cours de mes études, et c'est une patiente qui est venue accoucher, enfin, elle a accouché à 26 semaines, et.... [Silence] ça m'a vraiment perturbée et je me suis dit : « oui, certes, il n'y a pas beaucoup de cas de listériose, mais quand c'est là, c'est fulgurant » et franchement, on n'a rien pu faire, en 2 heures, elle a accouché. Donc, peut-être que je suis plus sensible à ça. (PS12-SF8-Anc8)

Certaines situations vont clairement impacter leurs pratiques professionnelles, au niveau de leur besoin d'approfondir la thématique :

Quand moi j'ai été diplômée, on avait vraiment des gros, gros épisodes de listériose, j'ai des souvenirs comme ça de 2^e année ou de 3^e année de sage-femme où on avait 2 morts in utero par mois à l'époque à la maternité sur de la listériose, ça m'a beaucoup marquée et c'est vrai qu'on avait eu des cours là-dessus, après je me suis beaucoup renseignée moi, je suis tombée sur des articles justement par rapport à la prévention alimentaire et tout ça. (PS10-SF6-Anc22)

4.3.3. Supports pédagogiques de l'étudiant

Plusieurs supports sont utilisés par les étudiants en santé au cours de leur parcours en complément des cours magistraux et de la formation pratique. Nous allons détailler la perception des professionnels vis-à-vis de ces supports.

Littérature papier, référence du futur professionnel

Les sources d'information « papier » (ouvrages, revues) sont globalement une constante en formation initiale, en complément des cours magistraux, malgré l'émergence du numérique.

Quand j'étais au début de ma formation, [...] c'était essentiellement des cours magistraux, des conférences, des livres spécialisés, des bibliothèques bien fournies que je ne consulte quasiment plus. (PS4-GYN2-Anc10).

Les manuels scolaires et puis ce qu'on nous délivrait surtout comme informations en cours. [...] il y avait [les revues] « Profession sage-femme » « Vocation sage-femme ». On s'appuyait quand même sur cette documentation là mais c'était beaucoup plus les livres... que internet. (PS12-SF8-Anc8)

Toutefois, certains professionnels estiment avoir fait peu de recherches lors de leur formation initiale, estimant recevoir les connaissances nécessaires via leurs enseignements magistraux ou en stage, comme l'explique cette sage-femme : « *On s'en tenait à ce qu'on avait en cours, les professionnels de santé sur ceux qui nous formaient sur le terrain essentiellement. On n'allait pas trop chercher ailleurs que dans nos cours.* » (PS12-SF8-Anc8)

Pour certains professionnels, l'hygiène alimentaire étant peu abordée dans les consultations, les femmes s'informaient avec les supports disponibles en salle d'attente, provenant de laboratoires. Ce mode d'information a été aussi décrit comme une aide pour les professionnels :

Essentiellement en stage. En consultation de grossesse avec les documents qu'elles [les sages-femmes] donnaient aux patientes. [...] J'ai été bien formée parce qu'il y avait des bons supports au cours des consultations de grossesse, c'était tout ce qui était prévention, toxoplasmose, CMV, listériose, salmonellose, ça c'est sûr qu'on a été quand même relativement pas trop mal formées à l'époque grâce à ça. (PS12-SF8-Anc8)

Internet, une présence inégale et tardive au sein des instituts de formation

L'internet était peu présent en formation initiale en début des années 2000, comme l'explique cette sage-femme pour qui les sources « papier » étaient les seuls supports : « *Il y avait la littérature simple et puis on n'avait pas d'autre accès, je veux dire internet n'existait pas quand moi je me suis lancée, en tout cas s'il y en avait, y en avait pas beaucoup et très peu d'informations.* » (PS10-SF6-Anc22)

Il a permis d'enrichir les possibilités d'information dans les dix dernières années mais il s'est développé de manière inhomogène dans les organismes de formation. Nous pouvons le constater au regard des usages de professionnels de même ancienneté.

Après... moi c'était les balbutiements, enfin nous on n'était pas autant informatisé ! [...] C'était moins dans les mœurs que maintenant d'avoir un ordi et d'avoir accès à internet comme maintenant, à l'information ! (PS21-SF17-Anc13)

Il y avait une bibliothèque très complète avec pas mal de choses, un accès à internet où du coup on pouvait aller chercher, et puis il y avait toutes les revues professionnelles, des bouquins... Enfin, c'était vraiment une vraie source. Et puis, pour le coup, 2002-2006... C'était, enfin le début d'internet peut-être pas, mais ce n'était pas comme c'est aujourd'hui, on cherchait plus dans les livres à cette époque-là encore. (PS18-SF14-Anc13)

Il y avait nos cours, il y avait internet. Après, quand on était en stage, on pouvait toujours aller à la bibliothèque universitaire [...] ce n'était pas extrêmement riche, fourni, varié, et au goût du jour quoi ! [...] C'était déjà beaucoup internet je trouve. (PS19-SF15-Anc13)

De plus, tous les instituts de formation ne bénéficiaient pas des mêmes ressources documentaires, pour certains, cette offre était large, comme le précise cette sage-femme : « *J'avais de la chance, c'est quand même une école qui était quand même bien dotée.* » (PS22-SF18-Anc13) D'autres instituts, souvent de plus petite taille, bénéficiaient d'une moins grande diversité dans les sources proposées : « *C'était vraiment une toute petite école. Les cours, les stages et je n'ai pas le souvenir qu'on nous offre plus...* » (PS13-SF9-Anc19)

4.4. Transitions professionnelles

4.4.1. Évolution des voies d'information du jeune professionnel

Le début d'exercice reposait, tout particulièrement avant l'usage démocratisé de l'internet, sur un « bagage de base » du jeune praticien ; celui-ci était constitué d'ouvrages de référence.

[En début de carrière], il n'y avait pas d'internet dans ce temps-là, il fallait avoir les articles... j'avais tous les différents bouquins, le Merger, les pathologies de la grossesse, tous ces livres-là qui sont sortis, des maladies infectieuses et grossesse, tout ça, on achetait le bouquin de référence et puis on l'avait ! (PS6-GYN4-Anc28)

Celui-ci est éventuellement complété en sortie d'école par des abonnements à des revues professionnelles, dont l'utilisation est progressivement abandonnée pour de nombreux professionnels, comme l'explique cette sage-femme : « *Avant, je m'étais abonnée à deux revues. [...] J'y suis restée abonnée quelques années, et puis au fur et à mesure, je pense que... mon attention s'est un peu délitée.* » (PS7-SF3-Anc11)

Au niveau des connaissances acquises lors du cursus initial, la perception peut varier. Certains professionnels vont estimer qu'elles sont relativement solides en début d'exercice : « *Mais effectivement, sur les risques infectieux, je crois qu'on n'est plutôt pas trop mal informés.* » (PS13-SF9-Anc19). Cela est en partie lié à un sentiment d'être bien avisé sur les dernières recommandations, ce qui limite le besoin de continuer de s'informer sur ce sujet :

En sortie d'école, je pense que je m'étais pas mal reposé quand même sur les cours qu'on nous donnait, en me disant que c'était quand même peut être les dernières recommandations, on va dire, actuelles, les plus récentes et sur les expériences des stages. (PS25-SF21-Anc14)

J'ai l'impression que pour moi les choses sont relativement claires. [...] Mais la prévention alimentaire en lien avec le risque de listériose, de toxoplasmose, de salmonellose. Je ne sais pas si ça veut dire bien formés en fait. C'est le basique ! (PS20-SF16-Anc8)

À l'opposé, certaines sages-femmes reconnaissent que même si elles ont eu des informations en formation initiale sur cette thématique, il est complexe de tout mémoriser, comme le souligne cette sage-femme : « *Mais en sortant de l'école, faut tellement savoir de choses que... C'est aussi ça. Faut prioriser. Et puis on priorise aussi, nous, en fonction de nos pratiques !* » (PS21-SF17-Anc13) Cela conduit les professionnels à sélectionner dès la sortie de l'école les connaissances qu'ils vont mobiliser et retenir en fonction des activités qu'ils vont exercer (en salle d'accouchement, en consultation, etc.). Cela se traduit dans le constat fait par ce médecin :

Nous quand on avait fait [une journée de formation] sur alimentation et grossesse, [...] ça avait émergé qu'on avait des lacunes quand même sur les notions d'alimentation et de grossesse. (PS5-GYN3-Anc9)

Ces connaissances sont aussi mémorisées différemment selon le niveau de priorité qui est accordé à cette thématique dans le cursus, ce qui oblige certains professionnels à se reformer.

Après, est-ce-que j'ai des choses qui me restent, des conseils alimentaires... pfff... alors ça ! [...] La toxo oui, mais la listériose et la salmonelle euh... non, pas sûre ! (PS24-SF20-Anc21)

Oui, sur la toxo, j'étais plus... enfin je savais mais voilà... sur la listériose, parce que, comme on en parlait peu, c'est vrai que... je trouvais que c'était moins... qu'on était moins sur la listériose [...] Bah je me suis informée... [soupir] pas forcément avec le désir de m'informer. (PS24-SF20-Anc21)

Les besoins d'informations se modifient au cours du parcours professionnel et les pratiques également, comme le résume cette sage-femme : « *C'est vrai que je ne vais chercher les infos que... quand j'ai besoin d'informations.* » (PS13-SF9-Anc19)

D'une recherche globale et complète d'informations en formation initiale pour forger leur savoir, les professionnels dès le début d'activité sont essentiellement à la recherche d'un complément d'informations, dans une démarche ponctuelle et spécifique.

Beaucoup moins maintenant sur les livres. Mais aussi parce que maintenant c'est des compléments d'informations que je vais chercher, des compléments de connaissances... plus que vraiment la formation initiale où il y a tout à faire, quasi, et en fait tout ce qui est revues, magazines, c'est vrai que c'est plus simple pour moi, ça va vraiment me permettre d'aller chercher l'actualité... et des fois il y a des dossiers qui vont m'intéresser. (PS9-SF5-Anc4)

Les manuels pédagogiques semblent moins appropriés pour cette recherche plus ciblée et les professionnels ont tendance à se détourner de cette pratique.²⁶¹

Moi, j'aime bien lire. Mais c'est vrai que j'ai pas...le temps. Disons que c'est plus rapide de trouver un article, qu'un bouquin qui ne parle que de ça quoi ! (PS17-SF13-Anc6)

Je trouve que les bouquins... on a vraiment abandonné. Des fois je m'y réfère, je jette un petit coup d'œil histoire, de relire un peu des choses qu'on sait déjà mais [...] je n'y vais pas tous les jours. Actuellement, moi je crois que c'est beaucoup le support internet. (PS25-SF21-Anc14)

De plus, les connaissances médicales évoluant très vite, les ouvrages semblent moins adaptés, comme le fait remarquer cette sage-femme : « *Les manuels... non plus maintenant, parce que je trouve que les manuels avancent moins vite que le numérique.* » (PS19-SF15-Anc13) Le constat est le même pour les professionnels avec plus d'ancienneté :

J'étais abonné à l'EMC papier à ce moment-là, mais c'est vrai que c'est compliqué, il faut gérer, on gardait des bouquins qui ont 25 ans, ça n'a plus d'intérêt, quand on voit comme ça évolue, un peu au niveau des protocoles, maintenant je vais regarder la dernière chose qui est sortie si j'ai un souci et puis, j'oublie comment on faisait il y a 25 ans parce que de toute façon, c'est plus totalement d'actualité. (PS6-GYN4-Anc28)

Les revues professionnelles permettent de répondre selon certains professionnels à ce besoin de suivre les actualités et de se rediriger sur des articles relatifs à une situation clinique. Cette pratique est observée pour les médecins et les sages-femmes.

Des fois je cherche dans toute ma pile de revues un truc qui m'intéresse quand j'ai vu une patiente, j'essaye de retrouver l'article, je retrouve vite. (PS1-GYN1-Anc33)

Je suis abonnée [...] tout ce qui est revues, magazines, ça va vraiment me permettre de... [...], plus d'aller chercher l'actualité. (PS9-SF5-Anc4)

Toutefois, cette source d'information, malgré le volet numérique disponible pour de nombreuses revues, répond moins aisément au besoin rapide d'informations exprimé par les professionnels, les amenant à prioriser le moteur de recherche sur l'internet.

Bah internet, c'est quand tu veux une information rapide, quand t'as besoin de délivrer une information rapide ou que t'es en panne de... pas d'idée, mais d'informations, internet te donne une solution rapide, mais il faut trier. Les revues professionnelles sont plus... un traitement de fond. (PS1-GYN1-Anc33)

L'internet est actuellement largement utilisé, quelle que soit la génération, pour répondre à leurs questionnements, grâce à un accès facilité aux textes institutionnels et publications de référence.

²⁶¹ Dans notre recherche, les professionnels n'ont jamais fait référence aux manuels sous leur forme numérique.

On veut une information, maintenant c'est vrai qu'on trouve quand même facilement... que ce soit les recommandations, que ce soit les textes un peu... de référence, on les trouve facilement grâce à internet ! (PS24-SF20-Anc21)

En définitive, les sources d'informations (ouvrages, revues) en version « papier » perdent de leur attrait.

Avant, en tout cas, toutes les publications écrites, magazines, tout ça, qui avaient pas mal de place, c'est vraiment maintenant, on a l'impression je trouve, que c'est passé franchement au second plan, enfin... Moi, personnellement, bah la presse papier spécialisée, je ne lis rien. Mais par contre, les sites internet spécialisés, là, moi j'y recours pas mal. (PS23-SF19-Anc21)

Seuls certains professionnels, ayant peu ou pas utilisé le numérique en formation initiale, gardent ce plaisir d'utiliser des outils d'information « papier ».

J'aime mieux lire sur papier. L'ordinateur ça fait beaucoup de flashes dans les yeux. [...] Je regarde toujours [les revues], je reste très lecture moi. (PS1-GYN1-Anc33)

Des bouquins, alors j'ai un budget bouquin qui est absolument phénoménal parce que je suis une grande lectrice. Je suis passionnée par la pathologie maternelle donc dès qu'il y a un truc qui sort, je prends, les EM Consulte je les achète tous, les Lansac, les Masson je les ai tous. (PS10-SF6-Anc22)

4.4.2. Évolution des besoins d'informations en fonction de l'activité

Un besoin moins marqué en centre hospitalier et une offre plus large en libéral

Les professionnels identifient des différences dans les possibilités d'information et de formation en fonction du mode d'exercice (salarié en centre hospitalier ou exercice en libéral), comme le souligne cette sage-femme : « *J'ai changé d'activité, j'étais en centre hospitalier, je pense que les modes d'information ne sont pas du tout les mêmes.* » (PS14-SF10-Anc13) Les professionnels, notamment ceux ayant changé d'activité, pointent une offre plus large à disposition des professionnels libéraux :

Moi j'ai découvert les formations professionnelles par la suite, plutôt en libéral, parce qu'en hospitalier on ne vous propose pas grand-chose ou on ne vous autorise pas à faire grand-chose en soi. [...] Puis en étant en libéral, j'ai eu un accès à la formation qui m'a ouvert plein de trucs en fait, qui m'a permis de m'intéresser à pas mal de choses, à faire pas mal de formations à gauche, à droite. (PS10-SF6-Anc22)

Concernant les sources d'information, certaines maternités mettent à disposition de leurs salariés certaines sources d'information telles qu'un accès à Pubmed, des revues professionnelles voire des ouvrages, même si les professionnels estiment manquer de temps pour en profiter.

Je suis sûre qu'on a des accès PubMed par le centre hospitalier mais c'est juste qu'on n'est soit pas au courant ! [...] soit qu'on n'a jamais le temps de se poser et d'y aller... Franchement, enfin en garde c'était impossible ! On n'avait pas le temps et puis pas le courage. (PS14-SF10-Anc13)

Côté formation continue, celle-ci semble plus facile à mettre en œuvre en libéral, avec plus de possibilités de se former auprès d'organismes spécialisés, comme l'explique cette sage-femme :

Pour moi l'avantage du libéral contrairement à l'hospitalier où il fallait se battre pour avoir une formation... L'avantage du libéral, c'est qu'avec le DPC [Développement professionnel continu],

FIFPL²⁶², tu as vraiment des mises à jour pour moi via les organismes de formation qui sont quand même de qualité. (PS12-SF8-Anc8)

En libéral, certains professionnels estiment également ressentir un plus grand besoin de s'informer :

Ça m'a manqué [de ne pas être formée] maintenant que je suis en libéral, donc j'ai fait un Mooc... Parce que les femmes, elles ne te parlent pas de la même chose quand tu es en salle de naissances que quand tu es en cabinet. Donc forcément... Il faut avoir des réponses à leur donner après. Je crois, alors, celui-là, [...] qui devait s'appeler quelque chose comme « alimentation et nutrition » ou ça devait être un intitulé dans ce genre-là. [...] ça m'a donné des bases, et puis après, tu recherches un tout petit peu. (PS7-SF3-Anc11)

Ils identifient une offre aussi plus directe pour les professions libérales dans la transmission d'informations, comme le précise cette sage-femme :

C'est plus direct maintenant ! Via le professionnel informé plutôt en individuel. Il y a une information quoi ! [...] Avant, c'était plutôt justement, via les médecins, via ton établissement et maintenant c'est plutôt sur ta boîte mail. (PS21-SF17-Anc13)

Sur ce point, les professionnels libéraux apprécient de recevoir la visite de délégués médicaux de laboratoires ou de la CPAM.

Je trouve qu'en libéral, on a peut-être ça de positif, c'est qu'on a au moins les labos qui viennent nous voir. Alors ça vaut ce que ça vaut, mais il y a quand même des trucs qui sont faits et qui ne sont pas trop mal faits, notamment sur les conseils alimentaires, sur... Ouais, c'est surtout sur les conseils alimentaires. [...] Enfin, on a quand même des supports comme ça qu'ils nous filent [...] on a eu une personne de la Sécu qui est venue nous voir pour nous parler du vaccin de la grippe et puis du bilan prénatal, la nouvelle consultation. Moi, j'ai l'impression que ça [visites de délégués médicaux], j'avais pas accès à ça quand j'étais en centre hospitalier... (PS14-SF10-Anc13)

Toutefois, à la différence d'un établissement de santé où la diffusion d'informations peut être ciblée directement sur les pratiques et l'actualisation facilitée par le collectif, certains professionnels, actuellement libéraux, pointent la difficulté de trouver seuls les informations et l'effort nécessaire pour rester informé.

En libéral, on est toute seule. [...] On n'a pas le choix ...voilà, ce que j'aurais mis au staff... parce que je ne me posais pas plus de question ou je serais allée trouver un gynéco pour poser la question, bah voilà, je suis obligée de la trouver toute seule. C'est vrai que du coup en libéral, j'ai dû vraiment faire un effort au début.... pour me tenir informée. (PS11-SF7-Anc10)

Une réactualisation du besoin d'information en cas de changement d'activité

Les changements d'activité incitent les professionnels à remettre à niveau leurs connaissances. Cette démarche repose sur différentes actions : effectuer des recherches sur des thématiques précises, s'inscrire dans des formations et mobiliser des supports.

C'est vrai, que pour faire des consultations, j'ai cherché des infos, puisque c'est vrai, que quand on repasse en consultation, il faut retourner un petit peu sur les textes de loi, sur pas mal de trucs. [...] moi à l'époque, je pense que j'avais dû regarder pas mal de petites infos, par-ci par-là, sur internet. (PS23-SF19-Anc21)

²⁶² Le Fonds Interprofessionnel de Formations des Professionnels Libéraux ou FIF PL est un fonds de formation créé par l'UNAPL (Union Nationale des Professions Libérales)

J'ai lu pas mal de trucs parce que depuis que je fais des consultations à la maternité et puis maintenant en libéral, du coup, j'avais perdu quelques notions, donc j'avais relu pas mal de trucs, j'avais ressorti... déjà des anciens bouquins que j'avais mais qui étaient quand même un peu obsolètes... voilà j'étais allée lire quand même pas mal de trucs sur l'alimentation mais je peux plus dire sur quoi, sur internet, sur des sites médicaux ! Et puis j'ai un petit livre, le Livret bleu aussi... il y a pas mal de choses dedans. (PS15-SF11-Anc14)

Comme déjà mentionné, la rencontre avec la femme enceinte constitue un moment crucial pendant laquelle les professionnels portent leur attention à leurs questionnements et tentent d'y apporter une réponse. Se confronter à ce dispositif de consultation les incite à perfectionner leur savoir.

J'avais mes notions de quand j'étais étudiante, et puis c'est tout. Donc je n'avais pas refait de consultations de grossesses depuis [l'école]. [Pour refaire des consultations] j'avais fait une formation du coup de 3 jours sur Paris pour vraiment refaire le point sur les consultations [...]. Parfois, on ne sait pas trop répondre aux questions des femmes. (PS8-SF4-Anc11)

Les modes d'information « papier » sont notamment réintroduits lors d'un changement d'activité (libéral, consultations) ou de l'acquisition d'une spécialisation (échographie) ou de nouvelles compétences (gynécologie).²⁶³

J'ai acheté des manuels quand je me suis formée en consultation prénatale. (PS21-SF17-Anc13)

J'en ai acheté, quand je me suis installée en libéral, j'ai refait tout une biblio, donc j'ai acheté pas mal de manuels de gynéco obstétrique et un peu de pédiatrie aussi. (PS22-SF18-Anc13)

²⁶³ Depuis la loi HSPT du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie (article L4151-1 du Code de la Santé publique).

4.5. Construction du savoir et formation continue

Tout au long de leur parcours, les discours se construisent en se basant sur leur cursus de formation initiale, ils évoluent et s'affinent, en fonction de leur formation continue, de leur expérience professionnelle et même personnelle.

Comme évoqué précédemment, le point de départ de ce savoir se fonde sur des pratiques de mimétisme, en réponse au compagnonnage. Ainsi, les professionnels s'appuient sur le savoir expérientiel acquis en formation initiale via les stages puis se forment leurs propres pratiques en fonction de leur parcours.

On suivait les consultations donc, on fait comme on a vu faire et comme on a appris à ce moment-là, au départ, puis après au bout d'un certain temps on se fait son idée, et puis on choisit ce qu'on a envie de continuer et envie de faire soi-même ! (PS6-GYN4-Anc28)

Moi, ce que j'ai appris, avant de m'installer j'ai fait beaucoup de remplacements, donc j'ai remplacé dans 5-6 hôpitaux et une dizaine de cliniques, donc j'ai appris de ceux que je remplaçais, j'ai découvert des trucs dans leur bureau, dans leurs pratiques, dans leurs dossiers. Donc, c'était des pratiques d'expérience... (PS1-GYN1-Anc33)

Les contours de ce discours se dessinent au fur et à mesure des expériences, mais aussi des choix de communication au sein du colloque singulier, comme l'expliquent ces médecins :

J'ai fait un tri au bout de 10 ans, après la formation... Parce qu'il faut être didactique, il ne faut pas en dire trop aux gens, enfin sinon si vous leur racontez qu'il faut pas ci, faut pas ça, ils vont tout mélanger. Faut être simple, ordonné et les gens y... Enfin, faut pas trop en dire, si vous donnez trop d'informations, les gens sont perdus, ils sont peu réceptifs. (PS1-GYN1-Anc33)

C'est beaucoup quand même d'automatismes et du fait d'expériences à droite, à gauche, après on se fait sa propre opinion et puis on présente les choses, je pense assez différemment peut-être d'un praticien à l'autre en fonction du temps qu'on accorde déjà. (PS4-GYN2-Anc10)

C'est pourquoi, si une homogénéité peut se concevoir en fin de cursus, chaque professionnel, médecin ou sage-femme, va personnaliser son discours qui ne reste pas figé mais évolue tout au long de son parcours, comme le souligne cette sage-femme : « *C'est l'expérience ! Tout ce que j'ai entendu, tout ce que les patientes me disent aussi ! Parce que du coup, je me suis adaptée ! [...] Donc, en fait, à chaque fois, il faut revoir son mode d'expression, ses explications, etc.* » (PS3-SF2-Anc37) Ces évolutions s'appuient aussi sur la recherche d'informations complémentaires, comme l'explique cette sage-femme :

Après, je sais qu'au fur et à mesure de ma carrière, j'ai régulièrement essayé de ressortir des articles par ci par là. Sur plein de thématiques, et l'alimentation de la femme enceinte en fait partie... [...] Après, voilà, je lis, je discute, j'évolue et du coup j'évolue aussi au fur et à mesure des discussions et des lectures que je peux avoir. (PS22-SF18-Anc13)

Ce constat suppose une diversité de discours médicaux sur les risques infectieux alimentaires.

4.5.1. Voies d'information du quotidien et pratiques de formation

Formations et journées d'étude

Les médecins bénéficiaient depuis longtemps du DPC (développement professionnel continu) impliquant l'obligation pour les professionnels de valider des formations. Cette obligation a vu le jour aussi pour les sages-femmes et a augmenté l'offre de formations.

On a pas mal de formations, dans la région quand même, tout ce qui se fait là en vidéoconférence, à Dijon. Donc il y a pas mal de chose sur la femme enceinte, sur l'alimentation, etc. (PS25-SF21-Anc14)

On a les DU [Diplômes Universitaires] qui se sont énormément développés et ouverts au niveau de la profession. Parce qu'on n'avait pas accès aux DU en 2006. (PS22-SF18-Anc13)

Des journées de formation sont organisées par différents organismes professionnels (Ordres, Collèges, les réseaux de périnatalité, etc.) en présentiel ou à distance. Les établissements hospitaliers instaurent également des formations ou des retours d'expériences au sein de leurs structures.

Il y a les congrès, ceux du collège des Gynécos et de la société de Périnatalogie. [...] il y a des recommandations qui émanent de ces sociétés-là, et puis après, il y a les sites internet des recommandations. [...] [et les formations] au sein du réseau de périnatalité. (PS5-GYN3-Anc9)

Je m'informe... oui, quand je vais aux RMM [Revue de Morbi-mortalité]. Parce que je trouve quand même que c'est vraiment une très très bonne formation. (PS3-SF2-Anc37)

Ce partage de connaissances entre pairs est très apprécié par la plupart des professionnels.

J'aime bien la formation, et être formée, j'aime bien... aller chercher l'information auprès d'autres professionnels. [...] quand je demande une formation, que je peux l'avoir et que... eh ben... je retiens... j'ai l'impression que ça me parle beaucoup plus et que je mets plus en pratique derrière. C'est la formation par les professionnels, que je préfère. (PS21-SF17-Anc13)

D'autres modes d'information et de formation font leur apparition, les formations en ligne telles que le e-learning et le MOOC, plus simples à combiner avec la vie personnelle.

Le DPC, la formation médicale tout ça, c'est maintenant organisé... sur le numérique, au niveau digital, on a des formations en ligne. [...] Le digital, tout ce qui est MOOC aussi, tout ce qui est formation en ligne qu'on peut retrouver et qui n'existait pas. (PS4-GYN2-Anc10)

Maintenant, effectivement, je fais beaucoup de Mooc, énormément. Ça c'est quelque chose qui me plaît parce que, ça ne prend pas de temps personnel. (PS7-SF3-Anc11)

Pour les professionnels, l'alimentation-grossesse n'est pas au cœur de la formation continue, comme l'exprime ce médecin :

C'était pas au cœur du tout des formations. Formation initiale surtout, après c'est nous qui allons vers telle ou telle source d'informations, donc c'est vrai que l'alimentation, si on ne va pas s'informer soi-même, ça ne fait pas partie forcément des formations continues ni des congrès ni des RPC [Recommandations pour la pratique clinique]. (PS4-GYN2-Anc10)

Globalement, ils estiment que cette thématique est un thème peu abordé lors des journées de formations mais également peu choisi.

Je ne sais pas si ça serait forcément la priorité ! Parce qu'en fait il y a tellement de choses qu'on doit faire, qui prennent du temps sur ton temps de travail [...] là, si tu me dis : « Tu dois te former, qu'est-ce que tu vas prioriser ? » Si on te donne 3 jours... Bah je ne vais peut-être pas mettre l'alimentation en premier. (PS18-SF14-Anc13)

Pour étayer leur savoir sur les risques infectieux ou l'alimentation, seuls quelques professionnels font des formations supplémentaires pour mieux accompagner les femmes et répondre à leurs questionnements.

Moi, après j'ai fait un DU de maladies infectieuses et grossesse alors ça m'a été rerabâché et rerabâché [les informations sur les risques infectieux] ! C'est difficile de savoir à quel moment j'ai eu forcément les éléments. [...] Ce n'est pas parce que j'avais une lacune sur ma formation

initiale en Infectieux et Grossesse, c'est parce que j'étais spécialisée là-dedans. Bien sûr, ça m'a permis d'approfondir le message de prévention mais aussi la prise en charge. (PS5-GYN3-Anc9)

Un DU de nutrition, puis après mes propres recherches. (PS11-SF7-Anc10)

Les professionnels privilégient les thématiques les plus à risque professionnellement ou celles sur lesquelles ils se sentent moins à l'aise.

Il y en a certainement eu [des formations sur l'alimentation] mais... le problème des congrès c'est que t'as plusieurs salles qui tournent en même temps donc... [tu choisis] les choses à risque, l'échographie et les trucs comme ça... Tu vas faire la formation qui peut te donner un avantage dans les trucs à risque, comme l'échographie, faut quand même pas laisser passer des choses. L'alimentation aussi mais c'est moins... Y a un risque quand même si tu veux mais on te fera moins de reproches. (PS1-GYN1-Anc33)

Des formations... Pas sur l'alimentation. Alors, manque d'intérêt, non ! Je trouve que tous les sujets sont toujours intéressants. C'est plutôt un manque de temps. Et, quand le temps est dispo, je ne priorise pas forcément directement l'alimentation parce que pour le moment ce n'est pas quelque chose sur lequel je me sens en défaut. (PS2-SF1-Anc4)

Même si cette thématique n'est pas directement choisie par les professionnels, elle reste toutefois abordée dans les formations sur la consultation prénatale, notamment proposées aux sages-femmes : « *J'avais eu une formation sur la consultation. Et on avait abordé quand même le thème de l'alimentation, au milieu du reste de la consultation...* » (PS13-SF9-Anc19) ; « *Après, [l'alimentation et les risques infectieux] on l'a bien plus étayé du coup en formation sur la consultation prénatale.* » (PS21-SF17-Anc13)

Partage d'information entre pairs

Leur savoir expert s'enrichit « *au fil des rencontres avec différents collègues...* » (PS19-SF15-Anc13) et il s'agit d'une pratique privilégiée par les professionnels :

Les collègues aussi peuvent être une source d'informations... les collègues en interne à la maternité ou en externe... les collègues libérales que je peux connaître et puis intra-familial, j'ai un médecin généraliste [dans la famille] donc... Ça peut aider ! (PS18-SF14-Anc13)

J'ai aussi d'autres ressources qui sont les professionnels de mon réseau [...] c'est tel gynéco avec qui tu collabores ou tel médecin traitant, parce que c'est sa patiente aussi. Bien sûr, aussi des collègues sages-femmes, c'est plutôt vers elles que ça a du sens de se tourner. (PS20-SF16-Anc8)

Les débats scientifiques avec d'autres professionnels peuvent faire évoluer leur vision sur les messages à délivrer, comme le souligne ce médecin : « *Par exemple sur la toxo, clairement il y a eu tout un débat avec TOXOGEST²⁶⁴, si c'était vraiment pertinent de dépister, la conduite à tenir, etc.* » (PS5-GYN3-Anc9)

Cette recherche d'échanges entre pairs pour rester à jour des nouvelles connaissances et des actualités professionnelles s'observe aussi sur les réseaux sociaux.

On a quand même pas mal de secteurs de travail, c'est compliqué aussi d'être au courant de tout ce qui bouge partout, tout le temps. Et voilà, du coup, ça permet de se dire : « Ah tiens, il y a ça qui bouge, ça bouge à tel endroit dans telle maternité. » et de pouvoir après les rechercher... C'est une ouverture sur d'autres choses. (PS19-SF15-Anc13)

²⁶⁴ Essai clinique randomisé multicentrique visant à comparer l'efficacité et la tolérance de traitements prénatals dans l'infection toxoplasmique.

Certaines sages-femmes interrogées évoquent des groupes Facebook, qui permettent un partage d'expériences et une validation de pratiques entre pairs.

Je vais pas mal aussi sur Facebook plus pour avoir l'aval de mes paires, on va dire, c'est-à-dire sur un groupe de sages-femmes libérales essentiellement et... voilà, quand je me pose une question sur une conduite à tenir où je ne suis pas sûre, je peux aller là. Dans le cas précis, j'ai une page Facebook qui est super intéressante. T'as l'Échange entre sages-femmes, c'est pas que des libérales mais on est beaucoup de libérales, il y a des hospitalières aussi. (PS9-SF5-Anc4)

Ces groupes permettent de diffuser des informations, des articles et de suivre les actualités sur les recommandations, comme le précise cette sage-femme : « Après, il y a pas mal aussi avec L'échange entre sages-femmes sur Facebook, où il y en a certaines qui mettent des articles et tout ça, donc voilà, des fois je regarde là-dessus aussi. » (PS17-SF13-Anc6)

Certains groupes de discussion sont particulièrement plébiscités, notamment ceux citant leurs sources bibliographiques, preuve de fiabilité pour les professionnels, ce qui a été expliqué par plusieurs d'entre eux : « Et après il y a aussi tous les échanges de sages-femmes, effectivement même sur Formagyn. [...] Mais, il y a quand même pas mal d'infos scientifiques et du coup, quand on a un vrai doute, tu vas là-dessus, en général tu as une réponse juste. » (PS13-SF9-Anc19)

Ces groupes d'échanges sont appréciés aussi pour le soutien social qui peut être trouvé.

Alors c'est un groupe... C'est pour plein de choses, c'est : « Est-ce que vous êtes au courant s'il y a des protocoles qui vont changer par rapport à ci à ça ? », comme ça peut être un groupe de soutien de : « Vous vous rendez compte, il m'est arrivé ça... ». Et puis des fois ça déborde même sur le perso. C'est... Enfin, on est 1700, mais t'as vraiment l'impression d'un groupe assez soudé sur : « Personnellement il m'arrive ça, là c'est super dur... Et par rapport à mon patient que je vais devoir décaler ou machin, je sais pas comment faire... » Et on trouve du soutien et du réconfort là-dedans aussi ! (PS18-SF14-Anc13)

Expérience du doute face aux questionnements des femmes et aux situations cliniques

Comme précédemment évoqué, la rencontre des femmes enceintes et la confrontation aux difficultés de leur parcours de grossesse contribue à la construction initiale du savoir expert, et cela se poursuit une fois diplômé.

Ces temps de consultation permettent au professionnel de percevoir leurs attentes et questionnements sur l'alimentation, mais aussi prendre conscience de leur savoir, car comme le souligne cette sage-femme : « elles posent des questions, et elles ont déjà les réponses parce qu'elles vont voir sur internet. » (PS3-SF2-Anc37)

Finalement, les messages transmis en formation initiale n'apparaissent pas toujours suffisants pour répondre aux questions plus complexes des femmes.

J'ai eu des cours, mais j'avoue qu'effectivement, c'était succinct. Ce n'était pas.... des cours je dirais importants, dans le sens où c'est passé vite, et on n'en n'a pas trop reparlé, on n'a pas été interrogé. J'ai trouvé voilà que la toxo, on avait la liste de ce qu'il ne fallait pas donner pour la toxo, et maintenant j'avoue que des fois, je trouve, les femmes elles me disent : « et ça, est-ce que j'ai le droit ? », et il y a des fois je suis un peu... Des fois...c'est un peu juste... (PS13-SF9-Anc19)

Au fil des expériences, certains professionnels reconnaissent que cela leur arrive de douter ou d'avoir besoin de compléter leur bagage de connaissances sur les risques alimentaires.

Je ne pense pas avoir toujours tout à fait juste... je pense qu'il y a des choses ... des questions où je suis obligée d'aller regarder, parce que je ne sais plus si on a le droit ou si on n'a pas le droit.

Non, ce n'est pas si clair que ça ! Parce que tu lis des articles où vraiment... c'est interdit, c'est limite criminel de leur dire de manger des œufs... [rires] de la mayonnaise, tout ça, et puis des sites où c'est un peu plus permissif, donc je trouve qu'il y a... un éventail un petit peu large ! (PS15-SF11-Anc14)

J'ai continué quand même à aller regarder à droite à gauche pour être bien sûre parce que, l'alimentation, je trouve que c'est toujours un petit peu piégeux sur exactement ce qu'on peut et ce qu'on ne peut pas... (PS18-SF14-Anc13)

C'est notamment le cas lorsque le professionnel est confronté à un autre discours, comme l'évoque cette sage-femme :

[Je doute parfois] parce qu'on entend un peu de tout. Des fois, elles te disent : « Bah tiens, la gynéco, elle m'a dit que j'avais le droit de manger ça » et puis toi, tu lui dis : « Ah bon ! il me semblait que non ». Donc, tu as toujours un doute, sur certaines choses. Là dernièrement, cette semaine, il y a une patiente qui m'a demandé si elle pouvait manger du saumon fumé. Je lui disais : « Je pense que oui », mais le médecin a dit non. Donc, je ne savais plus trop ce que je devais lui dire. Donc oui, il y a des fois des trucs où je me pose encore la question. Du coup, je vais regarder [sur l'internet] parce que souvent, c'est en consultation et du coup, pour pouvoir leur donner la réponse assez vite, je vais chercher tout de suite. (PS16-SF12-Anc10)

Les questions des femmes sont parfois précises et s'inscrivent dans ces zones de flou qui entourent les recommandations. Comme l'explique cette sage-femme, la problématique ne se définit pas par rapport au cadre général des messages de prévention mais dans la difficulté à trouver la réponse en mettant en correspondance leur questionnement avec les « grands principes de prévention » qu'ils connaissent.

Moi, je trouve que c'est vraiment ça le problème, ce n'est pas tellement dire aux femmes : « il ne faut pas manger... il faut bien laver les légumes, il faut vraiment laver la salade 3 fois, il faut cuire... » C'est la question de « et le petit de fromage de chèvre que fabrique la ferme d'à côté » et « est-ce que je peux manger ça ? » (PS20-SF16-Anc8)

Cet apprentissage réflexif contribue à bousculer les automatismes et capitaliser sur ces expériences pour construire les messages de prévention à délivrer. C'est aussi l'occasion de se confronter à la diversité des informations dans l'environnement social et de leur validité.

Elles sont plutôt bien informées ! Des fois, elles ont des informations que je n'ai pas ! Comme par exemple, pour la toxo, il semblerait que si on congèle son saucisson, on puisse en manger. Alors, j'ai cherché sur internet et j'ai trouvé des sources tout à fait contradictoires ! Je suis allée sur le site de l'ANSM [Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé] qui dit que : « Non pas du tout ». Sur d'autres sites, ils disent que oui, mais qui sont de vulgarisation médicale donc j'ai moins confiance et c'est un peu gênant parce que j'ai tendance à leur dire que non, du coup, mais c'est vrai quand elles disent : « J'ai vu l'information, j'ai vu que c'était possible ». Je me dis : « Mince, peut-être que t'as pas cette notion ! » (PS24-SF20-Anc21)

Selon le territoire d'exercice des professionnels, les questionnements des femmes peuvent varier, puisque les modes de consommation sont différents par exemple entre les régions. Cela oblige les professionnels à adapter leurs messages.

Je me suis plus renseignée quand je me suis installée en libéral ici ! Tout ce qui était consignes d'hygiène... je n'avais pas notion d'autant de choses... En fait parce que là où j'ai fait mes études, il n'y a pas autant de fromages ! Et ici, je me suis rendu compte que le fromage, c'était... c'était important ! Et avant on me posait moins la question ! (PS17-SF13-Anc6)

Ici, oui parce qu'on est très gratins, on est très viande rouge, le charolais, la charolaise, voilà, ça se mange saignant, enfin... il y a beaucoup de femmes qui mangent la viande saignante et euh... elles aiment pas, elles me disent : « Moi j'aime pas la semelle hein ! Quand c'est trop cuit,

c'est plus du steak ». [...] Alors, je ne sais pas si dans d'autres régions c'est pareil, dans d'autres cultures, j'imagine que non ! Mais nous ici, c'est quand même assez, assez présent ! Je ne sais pas s'ils font la même prévention dans le sud où il y a plus de poissons ou... des choses qu'on imagine, ils mangent bien les steaks hachés aussi mais, mais de se dire : « Est-ce que le fait qu'on appartienne à un certain terroir... », oui oui ! Mais pour certaines femmes, ne plus manger de saucisson, c'est... on voit qu'à leur figure, elles changent, vraiment ! C'est impressionnant ! Oh là là ! Ben oui ! D'où les trucs à se dire : « C'est pas possible, il y a bien un moyen pour que je mange du saucisson pendant la grossesse ! » Et là, elles reviennent avec l'info et moi, je suis là, je suis comme un rond de flan en disant : « Bah, j'ai pas cette information... » voilà ! (PS24-SF20-Anc21)

Comme le souligne aussi cette sage-femme, les modes de consommation vont varier aussi selon le milieu d'habitation, rural ou urbain, ce qui la questionne sur les messages à délivrer :

En fait, je me sens en difficulté sur le thème de l'alimentation par rapport à la question des produits artisanaux, des produits fermiers, aussi parce qu'on vit en zone rurale. Et que ces produits qui sont d'ailleurs pour moi, des produits qui sont beaucoup plus intéressants au niveau nutritionnel que tous ceux qu'on peut trouver en supermarché, pasteurisés et tout ça, mais il y a un gros hiatus entre les pratiques des personnes à la campagne, qui mangent y compris leurs œufs de leurs propres poules et tout ça. Et donc ça, c'est compliqué en fait parce que, ça demande de pouvoir nommer tout ça. Qu'en disent les recommandations... (PS20-SF16-Anc8)

Expérience personnelle

Pour les professionnelles femmes, médecin ou sage-femme, l'expérience de leurs propres grossesses a nourri leurs connaissances et a modifié leur discours, comme le souligne cette sage-femme : « J'avais appris déjà avant [de faire des consultations] parce que j'ai eu quand même des grossesses ! » (PS15-SF11-Anc14)

Bien qu'elles n'aient pas toujours été informées lors de leurs consultations prénatales, comme s'en étonne cette sage-femme : « j'ai même pas de souvenirs, enceinte, qu'on m'ait dit de ne pas manger de fruits de mer, qu'on m'ait dit de faire attention... » (PS14-SF10-Anc13), les professionnelles font des démarches personnelles pour s'assurer de respecter les bonnes pratiques alimentaires pour leurs propres grossesses.

Au cours de mes grossesses, rien que ça, pour être bien sûre que je ne fasse pas de bêtises. [...] même si j'avais l'impression de savoir, je pense que c'est les neurones de la femme enceinte ! [rires] Il y a des choses, je n'étais plus sûre, et j'allais revoir. (PS18-SF14-Anc13)

C'est vrai que moi, le guide Nutrition de la femme enceinte, je l'avais vraiment bien exploré quand je suis tombée enceinte, donc je l'avais bien lu en détail et j'avais trouvé que c'était super bien fait pour les femmes enceintes ! Franchement, le message, il est clair de chez clair ! (PS5-GYN3-Anc9)

Les professionnels bénéficient aussi de ressources au niveau de leur entourage qui les amènent à se questionner différemment sur les risques infectieux alimentaires.

J'ai un frère qui a travaillé en restauration collective et des contaminations de la chaîne à la listériose, il y en a, mais plusieurs dizaines par an en fait. Et donc les produits de l'agroalimentaire ne sont pas du tout des produits sûrs. Donc, après, ça permet de discuter la question du risque zéro où chacun met sa barre de risque, et du coup, c'est compliqué [...]. Moi, je leur explique qu'en fait, en mangeant des produits pasteurisés, on est au plus haut de l'échelle de la maîtrise du risque de contaminations bactériennes, sachant que de contracter la listériose pendant la grossesse, ça peut avoir des conséquences dramatiques, ça peut amener à perdre le bébé, ça peut amener à avoir un enfant polyhandicapé... voilà. C'est des choses que j'ai vues en

plus dans mon entourage, donc je sais que ça existe, ce n'est pas un risque que je n'ai pas encore éprouvé dans ma pratique où parfois, on banalise des choses parce qu'on n'a pas rencontré des cas. En l'occurrence, je les ai rencontrés. Et donc, malgré le niveau de maîtrise, ce n'est pas un risque zéro. (PS20-SF16-Anc8)

4.5.2. Sources d'information spécifiques de la pratique professionnelle

Diversité des sources

Agences sanitaires et sociétés savantes

Pour s'informer, la majorité des professionnels s'orientent sur des sites internet institutionnels, comme la Haute autorité de santé, ceux de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et de l'ex-INPES, comme l'exprime l'une des sages-femmes qui consulte : « *toutes les recommandations de l'HAS* ». (PS24-SF20-Anc21)

Ces derniers sont plébiscités par les professionnels : « *C'est pas très compliqué non plus de trouver des informations, enfin, sur des sites classiques, que ce soient les sites de la Sécu ou même l'Inpes, il y a des trucs qui sont vraiment bien faits !* » (PS14-SF10-Anc13) ; « *Je vais sur le site Ameli.* » (PS15-SF11-Anc14)

Sur l'alimentation-grossesse, plusieurs professionnels déclarent se référer aux supports institutionnels pour élaborer leurs messages de prévention.

Je trouve que le guide nutrition il est très très bien fait parce que moi-même, même si j'étais médecin, j'étais novice, je n'y connaissais rien ! Je trouve que le guide Nutrition de la grossesse, il est ultra clair ! (PS5-GYN3-Anc9)

Au niveau de l'alimentation de la femme enceinte, le guide de l'alimentation de l'Inpes, celui-là je m'appuie quand même pas mal dessus. (PS12-SF8-Anc8)

Le plan PNNS, ça, oui... pour se mettre au courant un peu des recommandations, et puis dernièrement sur la listériose... (PS24-SF20-Anc21)

Les Collèges (CNGOF ou CNSF)²⁶⁵ sont aussi prioritairement consultés par les professionnels, médecin et sage-femme.

Moi je reste surtout sur les sites, revues et recommandations professionnelles, on va dire des gynécologues obstétriciens, donc c'est pour moi les RPC [Recommandations pour la pratique clinique] chaque année du collègue, les travaux et recommandations du CFEF, donc le Collège Français d'Échographie Fœtale. (PS4-GYN2-Anc10)

Il y a des sites... comme celui du Conseil national des gynécos de France. (PS25-SF21-Anc14)

En fonction des problématiques identifiées chez les patientes, les professionnels cherchent aussi les informations sur les sites spécialisés, comme l'explique cette sage-femme : « *[je recherche] des documents émanant de sociétés spécialisées, d'endocrino ou d'urologie selon les problématiques que j'ai ou l'anamnèse des patientes qui me parlent d'un truc que je ne connais pas... Donc, en général, je cherche les sociétés savantes.* » (PS20-SF16-Anc8)

²⁶⁵ CNGOF (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France)/ CNSF (Collège National des Sages-Femmes de France)

Organismes professionnels

Les sites d'organismes professionnels tels que l'Ordre national (des médecins ou des sages-femmes) sont fréquemment consultés : « *Il y a l'Ordre aussi qui nous fait énormément passer d'informations par mail.* » (PS21-SF17-Anc13) Les réseaux de périnatalité sont aussi une source d'information sur les actualités ou les protocoles régionaux. Les professionnels s'informent aussi via les réseaux hors région, comme le précise ce professionnel : « *Je vais de temps en temps sur le Réseau Aurore²⁶⁶ ou le Réseau Périnat de Bourgogne pour voir s'il n'y a pas des infos.* » (PS24-SF20-Anc21)

Les professionnels consultent aussi des sources administrées par des maternités qui partagent leurs recommandations, qui sont considérées comme fiables car rédigées par des experts.

Je me suis informée... y a des sites médicaux [...] donc j'ai regardé un petit peu ce qui se faisait ailleurs, aussi, dans les autres maternités. [...] Pour les sites médicaux internet, c'est souvent des médecins, il y a plusieurs médecins et de plusieurs maternités. Je trouve que c'est toujours intéressant parce que t'as plusieurs avis ! Donc, moi ça m'intéresse toujours. (PS3-SF2-Anc37)

Les sources telles que les organisations professionnelles syndicales sont mobilisées pour des informations en lien avec les actualités spécifiques au type d'exercice, comme en témoigne cette sage-femme qui adhère à un syndicat pour bénéficier de davantage d'informations sur sa profession : « *Moi, je me suis affiliée à un Syndicat [...] donc par ces biais-là, je glane aussi des informations.* » (PS20-SF16-Anc8).

Tous ces organismes mettent en place différents supports : « [Les syndicats] ANSFL et ONSSFL et l'Ordre des sages-femmes éditent en fait des revues. Donc, voilà ce que je lis comme revues professionnelles. » (PS20-SF16-Anc8)

Agences institutionnelles et professionnelles à l'international

Plusieurs professionnels déclarent se référer aussi aux sites des sociétés savantes internationales telles que l'OMS, la FIGO, le NICE, comme en témoigne ce médecin :

Sur internet, [je consulte] les sociétés savantes, il y a aussi les revues Cochrane, etc., il y a les revues des sociétés internationales... Moi, le truc que je regarde pas mal, c'est ce qui se passe au Canada, et puis le NICE en anglais, je trouve que c'est vraiment pas mal fait et j'aime bien comparer... [...] je regarde les recommandations anglo-saxonnes, ça permet de comparer et de voir sur quoi on est d'accord et sur quoi on n'est pas tout à fait d'accord. Et puis après, il y a la FIGO aussi qui compte, l'OMS... Les sociétés savantes, il n'y a pas que celles qui sont françaises, il y en a plein ! (PS5-GYN3-Anc9)

Littérature scientifique

Sur l'internet, comme le précisent ces médecins, ils s'orientent fréquemment vers la littérature scientifique : « *Je me suis réabonné à l'EMC* » (PS6-GYN4-Anc28) ; et sur les moteurs de recherche spécialisés : « [Je consulte] toute la littérature sur Pubmed concernant la gynécologie-obstétrique, ça c'est pour le côté vraiment théorique et scientifique » (PS4-GYN2-Anc10).

Ce mode d'information est utilisé par les médecins et les sages-femmes :

Il s'est développé tout ce qui est recherche d'études par Pubmed, je l'utilise beaucoup. J'utilise beaucoup les publications de référence, enfin voilà. Je trouve que maintenant on a un accès super intéressant à l'information. (PS10-SF6-Anc22)

²⁶⁶ Réseau Aurore : Réseau de périnatalité de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Réseaux sociaux, blogs, applications

D'autres sources d'information sont mobilisées par les professionnels. Les réseaux sociaux et notamment les groupes de discussion sur Facebook : « *Je suis sur le groupe "Les Sages-femmes BFC".* » Des applications sont également de plus en plus utilisées par les professionnels pour accéder à des recommandations et des protocoles médicaux, comme le souligne cette sage-femme : « *Il y a une application que j'utilise parfois Ireco [pour les recommandations].* » (PS20-SF16-Anc8)

Certains professionnels déclarent aussi rechercher des informations via des blogs administrés par des pairs : « *Je vais voir les blogs... un blog de sages-femmes libérales où y a pas mal de trucs ! Où on peut se donner des conseils, tout ça !* » (PS15-SF11-Anc14) Parfois, elles regardent ceux écrits par des profanes qui partagent le fruit de leurs recherches, comme en témoigne cette sage-femme :

Après la nutrition, c'est hypercomplexe, parce que trouver de l'information, de la vraie, de la bonne, des fois je la trouve à travers des blogs. Des blogs de gens qui ne sont pas du tout dans le domaine, mais qui ont fait, eux-mêmes, des recherches etc. (PS11-SF7-Anc10)

Industries pharmaceutiques

Comme nous l'avons abordé, les professionnels s'informent via les délégués médicaux et les documents produits par les laboratoires.

J'ai un support qui a été travaillé avec [un laboratoire] [...] sur les conseils alimentaires, il y a une brochure qui a été éditée, je l'ai trouvée pas mal franchement et je l'utilise. (PS10-SF6-Anc22)

Informations Grand public

Certains professionnels mobilisent aussi les moteurs de recherche généralistes : « *Je tape dans le moteur de recherche le titre que je veux, enfin... sur Google.* » (PS17-SF13-Anc6) Ils s'orientent vers des sites généralistes pour des informations ne nécessitant pas un degré de précision important : « *Des fois je peux trouver suffisamment d'informations sur Wikipédia par exemple, sur les pathologies ou voilà... Quand je n'ai pas besoin que ça soit trop, trop précis, bien que des fois ils sont hyper précis !* » (PS9-SF5-Anc4)

Supports d'information

À partir de toutes ces sources, les types de supports sont très diversifiés : des fascicules d'information, des revues des Ordres et syndicats, les protocoles des maternités, des mémoires d'étudiants, des flyers de laboratoires, etc.

Les modalités numériques d'information sont également particulièrement utilisées par les professionnels, quelle que soit l'ancienneté et qu'ils soient médecins ou sages-femmes. Les supports numériques sont divers : des revues en ligne, des mails d'information, des vidéos, des newsletters, de la littérature grise en ligne, etc.

J'ai l'EMC par internet donc ça permet plus facilement d'aller récupérer un truc si on veut, alors qu'avant... c'était plus compliqué, il fallait acheter le livre ou s'abonner à la revue et puis attendre la revue. (PS6-GYN4-Anc28)

Je suis inscrite à un site de sages-femmes qui fait passer des vidéos ou les dernières recos. Je reçois ça aussi par mail... « Sage-femme pratique »... c'est des newsletters. (PS21-SF17-Anc13)

Des fois, on peut avoir accès à des mémoires de fin d'étude. Donc soit ça, soit alors, tu vois, il y a pas mal de diaporamas aussi qui sont en ligne de gynécologues ou de cours qu'il y a eu dans des hôpitaux, où l'on peut retrouver quelques diapos. (PS16-SF12-Anc10)

Priorisation par les professionnels de la confiance accordée aux sources

Malgré la diversité de sources à leur disposition, les professionnels déclarent être attentifs à la fiabilité des sources qu'ils consultent.

Je fais attention tant que je ne connais pas la provenance, d'où ça vient, c'est à trier parce que n'importe qui peut dire n'importe quoi. [...] La source d'informations c'est important de la connaître. (PS1-GYN1-Anc33)

Je suis sensible à... d'où provient l'étude, qui écrit quoi, parce, dans le groupe « L'échange entre sages-femmes », il y a beaucoup d'informations qui viennent de partout. Mais il y a du NP²⁶⁷, il y a du « je suis dans l'émotion » [Réfléchit] et du coup... ça peut ouvrir sur beaucoup de choses mais on ne peut pas l'utiliser en brut comme ça. Euh... ce que je peux lire dans « Formagyn » sur les fiches d'adhérents ou les cours qui sont en ligne et tout ça... Là, je fais confiance, je ne vais pas vérifier derrière. (PS19-SF15-Anc13)

Les professionnels déclarent s'informer sur des sites de confiance, comme le précise cette sage-femme : « *Je ne cherche pas sur des sources qui ne sont pas fiables pour moi...* » (PS10-SF6-Anc22) Pour y parvenir, ils identifient des gradations dans la confiance qu'ils accordent aux différentes sources. Pour les informations issues des instances sanitaires, celle-ci est importante.

C'est vrai qu'en général, je fais attention, c'est pour ça que je regarde souvent des trucs de la Haute autorité de santé ou Ameli parce que je pense que c'est des choses vérifiées. (PS13-SF9-Anc19)

Il y a une échelle de confiance bien sûr que, ce qui émane des sociétés type Collèges et tout, bah bien sûr j'ai beaucoup plus de confiance ! (PS5-GYN3-Anc9)

Les ouvrages et les revues médicales sont aussi en haut de leur échelle de confiance.

Je pense quand même, un bouquin qui est édité par une bonne édition, je pense que... ouais j'ai plus confiance en un bouquin qu'un site internet. Honnêtement. Même si je fais... Quand même j'essaye de faire attention à savoir sur quel site je vais et essayer d'avoir certains réflexes pour voir la provenance des articles, etc. (PS25-SF21-Anc21)

À partir du moment où c'est écrit dans l'EMC, et si c'est publié avec une bonne signature, c'est bon. (PS6-GYN4-Anc28)

Dès que c'est PubMed, j'ai un peu plus confiance sur PubMed que sur... les sites plus... comment dire... plus généraux, que tout le monde peut regarder, que ce soit les patientes, comme nous. (PS17-SF13-Anc6)

Les professionnels ont conscience que les informations sur les sites web peuvent ne pas être fiables ce qui les amènent à s'orienter majoritairement vers les sites reconnus ou labellisés.

Sur internet, je suis toujours plus méfiante parce que tu ne sais jamais trop quand même, à moins de vraiment chercher une source fiable. Il faut vraiment plus chercher, je trouve, quand tu es sur internet pour avoir quelque chose de vraiment fiable ou avoir des bonnes données.... (PS16-SF12-Anc10)

²⁶⁷ NP : niveau de preuve des études scientifiques (Voir référence : Haute Autorité de Santé. (Avril 2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. État des lieux)

J'essaie au maximum de cibler ceux qui ont le sigle H O N, « Health On Net »²⁶⁸, et celui-là je crois que c'est un label de, je ne sais plus qui l'a sorti d'ailleurs, mais je crois que c'est officiel donc... j'essaie de regarder ça ! (PS18-SF14-Anc13)

Lorsque les professionnels réalisent des recherches sans s'orienter sur des sites professionnels, ils déclarent croiser les informations qu'ils trouvent. Cette démarche est mise en œuvre quelle que soit leur ancienneté.

Je tape dans le moteur de recherche sur Google ce que je veux, et puis après j'ouvre les différents articles. Après, c'est sûr que j'essaie de voir d'où proviennent mes sources, par contre [...] et je compare. (PS17-SF13-Anc6)

En fait je croise toujours mes sources, c'est-à-dire que je n'accepte jamais quelque chose sans que je ne me sois pas assurée que ce soit vrai [pour les informations trouvées sur l'internet ou en formation]. (PS10-SF6-Anc22)

Une confiance plus faible est accordée aux réseaux sociaux, où les données partagées sont soumises aux filtres liés à la subjectivité, comme l'explique cette sage-femme : « *Autant, les sources Facebook, je trouve ça hyper intéressant, parce que c'est des gens quand même qui sont déjà bien documentés, qui publient. Mais, après, il y a aussi beaucoup de subjectivité. Voilà, tu restes quand même dans les biais du réseau social.* » (PS23-SF19-Anc21) Cela implique de la part des professionnels une plus grande vigilance :

Sur le groupe d'échange entre sages-femmes, je prends quand même avec des pincettes. Je me dis : « Tiens, elles me parlent de ça mais je vais quand même aller vérifier après. Je vais essayer de voir si je trouve quelque chose d'autre à côté. » (PS18-SF14-Anc13)

Cette remise en question de la fiabilité des informations est majeure lorsque les groupes de discussion, même s'ils sont destinés aux professionnels, sont ouverts au public (groupes ne nécessitant aucun contrôle de l'administrateur à l'inscription).

Je suis sur des groupes de sages-femmes [...] et alors là par contre, je fais attention parce que je sais qu'il y a des groupes de sages-femmes au final qui sont ouverts... qui sont complètement publics. Donc, effectivement, quand tu as un tout petit souci, tu mets un post, tu as des réponses diverses et variées, et plus ou moins scientifiques, donc là effectivement... Je lis mais je fais attention à ce que je lis. Sachant que ce n'est pas que des professionnels, et puis même il y a plein de professionnels, moi la première, où on a des petites astuces, des petits trucs qui sont tout sauf scientifiques. (PS13-SF9-Anc19)

À l'inverse, les professionnels sont rassurés quand les administrateurs sont des médecins qui publient des sources estimées fiables ou qu'ils ont une certaine autorité dans la profession.

Formagyn, je sais que c'est un truc fait par un Centre Hospitalier, par un gynéco, donc là... d'ailleurs tout ce qu'il préconise c'est tout le temps issu de plusieurs sources, type HAS, type OMS... enfin voilà, donc à chaque fois c'est étayé d'articles et je sais qu'il tient beaucoup à tout ce qui est preuves scientifiques. (PS13-SF9-Anc19)

Pour les formations en présentiel ou en ligne, les retours sont mitigés sur la confiance qu'ils accordent. Certains praticiens font d'emblée confiance aux formateurs et auteurs dès lors que les formations sont à destination des professionnels.

²⁶⁸ Le HONcode est une charte qui vise à certifier certains sites web médicaux et de santé en s'assurant que le site respecte certains standards, notamment en termes de transparence et de vérifiabilité des informations. En revanche, cette charte ne garantit pas la véracité des informations présentes sur un site.

Les congrès là où on va, les gens qui y vont c'est sérieux, mais si je faisais Doctissimo pour ma FMC [Formation médicale continue], j'émettrais des doutes, mais là non. (PS6-GYN4-Anc28)

Pour moi, ce qui est de la part des organismes de formation, ils ont des obligations, DPC et autres, et donc ils s'appuient quand même sur des sources qui sont qualitatives quand on regarde la bibliographie, et puis souvent c'est quand même des gens qui restent dans la formation. (PS12-SF8-Anc8)

D'autres, en revanche, ont émis plus de réserves : « j'ai trouvé qu'au niveau de l'information, il y avait les formations de sages-femmes qui étaient clairement plus ou moins qualitatives. » (PS10-SF6-Anc22) Certains en viennent même à douter de la légitimité des formateurs, comme le regrette cette sage-femme : « J'ai été un peu déçue honnêtement par le niveau et par la pertinence des formateurs. Ce n'était pas si sérieux que ça je trouvais. » (PS22-SF18-Anc13) Cela les amène à vérifier les personnes intervenant dans la formation avant de s'inscrire : « [Pour les MOOCs], je regarde les auteurs. Je m'intéresse à qui le fait... Si c'est pour me dire des âneries... que je dirais après, ce n'est pas la peine. » (PS7-SF3-Anc11)

Multiplicité des sources d'informations

La multiplicité des informations est notamment pointée par les professionnels ayant une expérience dans d'autres pays, comme l'exprime cette sage-femme :

Moi, je trouve plutôt compliqué justement d'arriver en France où j'ai pas du tout l'impression qu'il y a un seul canal en fait qui est organisé pour nous permettre d'accéder aux recommandations. Et en fait, les voies d'accès à l'info, elles sont... nombreuses. Il faut aller à la pêche aux infos. [...] C'est hyper dispersé. (PS20-SF16-Anc8)

Cette recherche d'informations est ainsi décrite comme problématique par plusieurs professionnels, mis en difficulté pour identifier les informations les plus pertinentes, notamment en ce qui concerne les risques infectieux alimentaires.

Ça m'arrive d'aller sur le Collège des gynécos. Mais, le souci, c'est que soit tu arrives à tomber sur des trucs hyper précis, soit, tu te perds dans les infos... (PS11-SF7-Anc10)

On a quand même beaucoup d'informations et le problème c'est qu'on a une sur-information, donc faut vite faire un peu du tri. C'est controversé, si tu vois les informations qui sont dans les revues grand public, c'est tout et son contraire. Chaque revue dit ce qui lui plaît. (PS1-GYN1-Anc33)

Ces difficultés sont à mettre en parallèle avec l'évolution rapide des connaissances médicales. Leurs recherches conduisent parfois à des informations qui ne sont plus d'actualité, comme le précise cette sage-femme : « Je trouve que c'est compliqué. Là, il y a quand même des choses qui évoluent au fur et à mesure, et je trouve que voilà, moi, j'ai du mal à me tenir au goût du jour de ces choses-là. » (PS8-SF4-Anc11)

La plupart du temps, ils s'appuient sur cette multiplicité de sources pour élaborer leurs messages et déclarent mixer les informations qu'ils jugent les plus appropriées.

J'avais pris un peu du document de ma collègue [...] et j'avais dû faire un mixte avec aussi ce qui est écrit en bas des résultats de laboratoire. Et puis ce qui est noté dans les recommandations, je ne sais plus si c'était l'OMS ou Ameli ou l'HAS... (PS8-SF4-Anc11)

J'étais allée chercher sur internet, j'ai dû trouver d'autres supports et puis faire ma sauce quoi ! Et puis il y a des choses de mes cours aussi, évidemment, pas que de mes propres connaissances. (PS9-SF5-Anc4)

Certains professionnels sont à la recherche d'outils déjà faits et validés par une communauté professionnelle, comme ce professionnel qui utilise des fiches sur l'alimentation-grossesse non institutionnelles mais élaborées par des pairs : « *Le logiciel Weda où tu peux trouver plein de sources de professionnels de santé, qui ont élaboré ce type de fiches, et donc du coup, je me suis appuyée là-dessus.* » (PS12-SF8-Anc8) D'autres s'appuient d'ailleurs sur les sites des professionnels avec des pages d'information à destination des femmes enceintes : « *Je leur dis d'aller sur Docvadis²⁶⁹, Docteur X., il y a une page qui parle alimentation et femme enceinte et qu'il faut la lire.* » (PS6-GYN4-Anc28)

Ainsi, le souhait de nombreux professionnels serait de bénéficier d'un canal simplifié pour s'informer et mettre à jour leurs connaissances, comme l'exprime cette sage-femme :

Le problème c'est surtout les mises à jour, s'il y a des choses qu'il faut changer au niveau... Je ne sais pas moi, pour la toxo, s'il faut aussi faire attention à ci, ou comme il y a eu un moment pour expliquer que les chats sont moins vecteurs, que c'est plutôt la viande, des choses comme ça. Pour le côté vraiment infectieux, ou quand il y a des nouveautés sur les prises en charge ou des doutes, je trouve que ça serait bien [d'être mieux informée]. (PS2-SF1-Anc4)

²⁶⁹ Docvadis est une solution proposée aux professionnels de santé pour créer leur site professionnel, devenue Docvitae depuis le 25 juin 2020.

4.6. Communication et transmission d'informations

Cette partie aborde la communication des professionnels de santé sur les risques infectieux alimentaires et ce qu'ils perçoivent des questionnements des femmes enceintes et de leur savoir. Comme le font remarquer de nombreux professionnels, la confiance est l'élément central pour instaurer les échanges :

Elles ont confiance en nous. C'est vraiment le professionnel... Même si elles aiment bien avoir plusieurs sources, ben comme tout le monde aujourd'hui. Ce que tu leur dis, toi, qui va les suivre toute la grossesse, c'est quand même toi le référent. [...] Je trouve que la parole qu'on leur donne, nous, est vraiment importante. Je pense que, quand elles viennent en consultation, elles vont réentendre les mêmes choses qu'elles ont déjà lues ou entendues sur les médias, mais c'est la personne qui les suit qui leur dit et c'est ce qui compte le plus pour elles. (PS3-SF2-Anc37)

Ce cadre de la consultation leur semble adapté et leur parole est perçue comme déterminante :

Pour moi, ça reste le moment de la consultation, on est quand même dans un cadre médical donc je pense que ces messages-là sont d'autant mieux perçus et retenus. (PS9-SF5-Anc4)

Pour ce médecin, son rôle est d'apporter une information éclairée pour que la patiente puisse décider par elle-même :

Moi, j'ai une relation de confiance, je veux dire je discute bien avec les gens, puis je ne vais pas dans le sens de la patiente, donc je dis ce qui est bien ou pas bien, après elle fait ce qu'elle veut. (PS1-GYN1-Anc33)

Pour cette sage-femme, cette confiance aide les femmes à ajuster leurs connaissances grâce à la parole médicale : « *Les patientes me racontent : " Oh ben on m'a dit... ma sœur, ma cousine m'a dit que..."* ». Si tu leur dis, toi : « *Non, vous pouvez manger ça, non vous ne pouvez pas manger ça* », elles vont retenir. » (PS3-SF2-Anc37)

Néanmoins les professionnels sont conscients de tout ce qui entoure cette notion de risques infectieux alimentaires et des contraintes qui sont imposées aux femmes.

Je trouve que c'est très paradoxal l'alimentation de la femme enceinte parce qu'on dit : « il faut manger équilibré, il faut bien manger » et puis en même temps, quand tu vois la liste d'interdits que tu as au cours de ta grossesse... Bah, pffff, tu dis : « super, toutes les bonnes choses de la vie, en fait, on n'y a pas droit ». Je trouve que c'est très très paradoxal. (PS12-SF8-Anc8)

Il y en a qui me disent : « Y en a marre, la grossesse, c'est que du négatif ! Faut pas faire ci, faut pas faire ça... ». C'est aussi ça les gros messages ! La grossesse, c'est... restrictif quand même ! (PS1-GYN1-Anc33)

Cette communication sur le risque est centrale au regard des restrictions souvent décrites comme mal vécues : « *Je trouve que le suivi de la grossesse, c'est quand même assez médicalisé, et même si on essaie de faire différemment... je pense que, pour certaines femmes, ça leur pèse. "Il ne faut pas manger ça, il faut faire attention à ça..."* » (PS13-SF9-Anc19)

4.6.1. À quel moment communiquer sur les risques ?

Les professionnels identifient l'alimentation-grossesse comme une préoccupation personnelle précoce pour les femmes, comme l'explique cette sage-femme : « *Dès qu'elles savent qu'elles sont enceintes, elles se posent très vite la question ! C'est l'impression que j'en ai de mes patientes. Elles aiment peut-être bien manger, je ne sais pas ! En tout cas, j'ai*

l'impression qu'elles ont vite envie de savoir ce qu'elles peuvent manger ou pas. » (PS17-SF13-Anc6)

Les professionnels ont plusieurs opportunités dans le parcours de grossesse pour aborder cette thématique. Pour ce médecin, l'idéal est de façon évidente en pré-conceptionnel puisque cela permet de préparer ces changements de comportement en amont de la grossesse :

La consultation pré-conceptionnelle quand je peux la faire, je trouve que c'est intéressant parce qu'on met en place dès le départ tout ce qu'il faut, donc là je passe un peu plus de temps en pré-conceptionnel [...] sur l'équilibre général de l'alimentation, l'acide folique et sur les messages de toxoplasmose et de listeria. Et puis au 1^{er} trimestre, je recommence, j'en remets une couche et après je n'en parle plus trop. Sauf s'il y a des questions... (PS4-GYN2-Anc10)

Mais dans la majorité des cas, l'alimentation-grossesse est évoquée lors de la première rencontre, comme l'explique cette sage-femme :

Dès que je les vois pour la première fois, je leur en parle à chaque fois. Que ce soit la listériose ou la toxo [...] ou si elles sont suivies par un autre [praticien]. Comme on rentre les résultats d'examen [dans leur dossier médical], si elles ont leur toxo, et que je vois que c'est négatif, je leur en reparle à ce moment-là aussi. (PS8-SF4-Anc11)

Même si le cadre règlementaire s'oriente sur une consultation, ce premier trimestre est parfois l'occasion d'organiser deux temps de rencontre, pendant lesquels cette prévention peut être abordée, comme l'illustrent les propos suivants : « *Les deux premières consultations de grossesse, j'aborde systématiquement la prévention de la toxo, la prévention de la listériose, de la salmonellose.* » (PS10-SF6-Anc22) Pour l'une des professionnels, l'aborder en deux temps, permet aux femmes d'être plus réceptives, tout particulièrement une fois la bonne évolution de la grossesse confirmée :

Le fait que tu leur en aies parlé à la première consultation, de faire attention, quand elles reviennent te voir à la 2^e consultation, que tu abordes le sujet de façon plus profonde parce que ton dossier est déjà bien monté, que t'es déjà partie sur la grossesse, t'as moins de risques de fausse couche, elles sont plus disponibles aussi. Quand tu leur donnes des conseils à la toute première consultation, je voyais ce qui leur importait elles, c'est de savoir si oui ou non la grossesse allait continuer. Une fois qu'elles sont rassurées sur ça, que l'échographie du 1^{er} trimestre est programmée dans 3 semaines, elles sont plus disponibles et puis là elles se disent voilà, j'y suis, donc il faut que je fasse attention. (PS10-SF6-Anc22)

Toutefois, certains professionnels estiment que la toute première consultation, sauf si elle est très précoce, n'apparaît pas comme le moment le plus adapté car très chargé en informations à délivrer :

Rarement à la première consult, j'ai juste le temps de remplir tout le dossier... Alors soit c'est très tôt, dans le sens 7 semaines, et là on a le temps de se poser et d'aborder ça parce que de toute façon, on n'a pas l'écho, donc on ne peut pas faire la déclaration de grossesse, on ne peut pas faire les marqueurs, on ne peut pas faire tous ces trucs qui sont chronophages. Soit, je les vois et elles ont déjà l'écho de datation et là on en reparle le coup d'après. Je leur demande toujours quand même est-ce qu'elles savent ce qu'elles ont le droit de manger ou pas le droit de manger. Globalement elles me disent toutes : « Oui, oui, ça va » ou « Non, ça va pas ». Elles partent avec une espèce de package de mes fascicules et puis on en recause le coup d'après. (PS14-SF10-Anc13)

Certains professionnels reconnaissent que le dépistage toxoplasmose est une « amorce » pour aborder cette thématique, comme l'explique cette sage-femme : « *Je pars du bilan sanguin. Donc, je parle de la toxo, souvent. Je dis : " Bon, on va parler d'alimentation, donc, au niveau de la toxo, est-ce qu'on vous a déjà expliqué ?" » (PS11-SF7-Anc10)*

Cela peut être instauré à deux étapes clés, une information peut se faire dès lors que le statut immunitaire est connu, c'est le cas de ces deux sages-femmes :

En partant de l'immunité toxo, puisqu'elles sont bilantées systématiquement, c'est une bonne ouverture sur le thème alimentaire. On extrapole après sur quels sont les aliments qui sont à privilégier ou à essayer d'éviter et pourquoi. (PS7-SF3-Anc11)

En général, j'essaie à la première consultation. Parce qu'elles ont souvent fait un premier bilan sanguin, donc tu sais si elles sont immunisées déjà pour la toxo, etc., donc à ce moment-là, je commence. Et puis, quand elles sont au troisième mois, on essaie de reparler un petit peu alimentation. (PS12-SF8-Anc8)

Mais cela peut s'organiser aussi en amont du résultat pour la toxoplasmose lors de la prescription du bilan sanguin :

Je leur parle du dépistage qu'on va faire, et du coup toxoplasmose, listériose, et je leur dis que, tant qu'on n'a pas la sérologie toxoplasmose, on part du principe qu'elles sont négatives, et que donc, elles appliquent les règles hygiéno-diététiques sur l'alimentation, le chat, la terre, le jardinage, etc. (PS22-SF18-Anc13)

Si elles arrivent sans examen de laboratoire fait, juste avec leur test de grossesse ou des bêta-HCG, je leur dis : « On ne connaît pas votre statut par rapport à la toxoplasmose, donc attention à ça pour le moment. On verra ensemble après par la suite si on doit modifier ou pas ». (PS10-SF6-Anc22)

Pour certains professionnels, les messages sont répétés à différents temps de la grossesse et ajustés car ils anticipent certaines périodes plus susceptibles de déclencher des questionnements.

Puis, tout dépend des saisons, il y a des saisons où on va aborder plus dans l'alimentation certaines choses. À l'approche de l'été, attention aux barbecues, cuisez bien vos viandes, attention aux salades qu'elles soient bien nettoyées, les crudités... À l'approche de l'hiver, tu vas avoir les foies gras, tu vas avoir les raclettes, tu vas avoir le Mont D'or... [...] On a eu des épidémies ici, de listériose ces deux dernières années à cause de la canicule, donc on essaie de leur répéter... Et à l'approche de Noël, je refais une information dans toutes les consultations de grossesse. (PS10-SF6-Anc22)

Cependant, lorsque les femmes sont suivies par différents professionnels, il n'y a pas toujours de traçabilité sur l'information délivrée et d'assurance que les messages de prévention sur les risques infectieux alimentaires ont bien été transmis.

Moi, systématiquement, quand je donne des infos, je mets info toxo, listériose, automédication. Ma collègue, elle, ne va pas le noter mais ce n'est pas parce qu'elle ne le note pas qu'elle ne le fait pas. Mais du coup, je ne sais pas si la listériose, elle le dit spécifiquement et je ne suis pas sûre qu'elle donne un document non plus. (PS8-SF4-Anc11)

Et comme les propos de ce médecin le laissent supposer, certains professionnels présument qu'un autre professionnel le fera plus en détail à un autre temps de la grossesse ; cela peut d'autant plus s'observer dans les interactions entre le médecin assurant le suivi prénatal et la sage-femme réalisant la préparation à la naissance :

Quand on les voit au début, on peut déjà leur dire, oui il y aura ci, y aura ça... leur rappeler l'entretien avec la sage-femme au bout du quatrième mois..., car quand on l'envoie vers la sage-femme, on se dit que, elle, elle va répercuter l'information sur le côté nutrition... c'est plus sa tasse de thé à elle de le faire qu'à nous qui avons déjà plein d'autres trucs à gérer, sur le côté médical, croissance du bébé et tout, quoi... (PS6-GYN4-Anc28)

4.6.2. Quels sont les facteurs d'influence de la communication sur les risques infectieux alimentaires ?

La communication sur l'alimentation est définie comme personnalisée par de nombreux professionnels, ce qui apparaît comme une mission complexe, comme le précise ce professionnel :

Informar les femmes sur leur alimentation, ce n'est pas évident. Parce qu'on a chacun notre façon de manger. Ça peut amener une réflexion sur les différences... au rapport à la nourriture... à comment cuisiner d'ailleurs... Comment on s'alimente ? Est-ce qu'on peut avoir le même message universel pour tout le monde ? Ce n'est pas dit parce qu'on est quand même une France assez multiculturelle, etc. Ce n'est pas évident d'avoir un message universel j'imagine. (PS25-SF21-Anc14)

Pour ce médecin, « ça dépend du fil de la consultation, de comment se déroule la consultation, de ce qu'est abordé par les couples, il y a ce qu'on aborde de base » (PS4-GYN2-Anc10).

Transmission des messages de prévention

En ce qui concerne le message « de base » évoqué lors de la consultation, celui-ci s'est affiné en fonction de leurs formations initiale et continue. Celui-ci peut aussi se modifier en fonction de la perception que l'on se forge sur les risques, notamment au regard du positionnement perçu sur les recommandations des instances sanitaires.

Je trouve qu'on s'est vraiment détendu sur la toxo et il y a eu une époque, j'ai l'impression qu'il y avait plus d'importance, je pense qu'on s'est quand même beaucoup détendu, je pense que la listériose... je ne sais pas si on en parle tant que ça... enfin, la listériose, j'ai envie de dire c'est comme toujours. C'est-à-dire que la listériose, c'est une problématique quand la femme a de la fièvre mais est-ce que dans les messages de prévention, est-ce qu'on en parle tant que ça ?... Je ne le pense pas. Moi, je pense que sur le risque infectieux, ça n'a pas énormément changé. Peut-être qu'on s'est un peu détendu sur la toxo. Sur la listeria, je dirais que c'est relativement pareil. (PS5-GYN3-Anc9)

Nous avons vu que les professionnels consultent la littérature internationale, au-delà des connaissances, cela oriente aussi leurs discours. Des recommandations différentes dans les autres pays impliquent une communication différente. Dans le cas de la toxoplasmose, ne pas réaliser de dépistage signifie délivrer un message de prévention à toutes les femmes, quel que soit leur statut immunitaire, comme l'explique cette sage-femme qui n'a pas fait ses études en France :

Quand j'ai démarré les consultations prénatales, je ne me suis pas sentie en difficulté... après, là où c'était un peu compliqué pour moi, c'est que les recommandations ne sont pas les mêmes en France et en Suisse. Par exemple, en Suisse, on ne recherche pas la toxo. Par contre, on dépiste le CMV. Principalement. Et c'est l'inverse en France. On fait un dépistage systématique de toxo, mais pas de CMV. [...] Voilà, par exemple, par rapport à la toxo, c'est une prévention pour tout le monde en fait. Au final, les conseils qui s'appliquent sont les mêmes pour toutes les femmes. (PS20-SF16-Anc8)

Néanmoins, pour les praticiens formés en France, cela peut être le synonyme d'une moindre importance accordée par les pays à ce risque, ce qui est illustré dans les propos suivants :

Pour la toxoplasmose dans les autres pays d'Europe, tout le monde ne fait pas pareil, on le voit dans les congrès. [...] Faut voir dans les autres pays où l'hygiène alimentaire est moins bonne, y a pas tant de toxoplasmose. L'Angleterre nada, ils ne font aucun contrôle, j'en ai vu des patientes

venant d'Angleterre... en Allemagne non plus. Mais, c'est marrant, les autres pays d'Europe, la toxo eux... c'est moins prégnant. (PS1-GYN1-Anc33)

Certains professionnels effectuent la même démarche comparative pour la listériose : « *En Suisse, les fromages au lait cru sont tout à fait consommés et il n'y a pas de souci particulier. Mais, je ne leur dis pas que c'est interdit ou c'est autorisé.* » (PS7-SF3-Anc11)

Au-delà de leur regard porté sur les préconisations nationales et internationales, leurs représentations du risque s'imprègnent des situations cliniques pathologiques qu'ils rencontrent, comme l'expliquent ces sages-femmes :

Des séroconversions toxo, j'en ai quand même une floppée... 5-6 par an... [...] Des cas de listériose..., il y en a eu deux l'année dernière, euh trois ! [...] on a eu des épidémies ici, ces deux dernières années. Tu t'adaptes un petit peu à ce que tu rencontres aussi [sur le territoire]. (PS10-SF6-Anc22)

Après, j'ai eu 3 fois des patientes qui ont eu de vraies listérioses avérées. Il y en a eu 2, c'était du jambon Casino, c'était presque à la même période où il y a eu un lot de jambon Casino qui s'est retrouvé contaminé... et elles se sont retrouvées dans le lot. Et une 3^e, elle avait consommé un aliment qui avait été rappelé. Mais des toxo, je n'en ai jamais eu. Les seules toxo que j'ai pu voir, c'est quand j'étais stagiaire en cabinet libéral. Des femmes agricultrices. (PS7-SF3-Anc11)

Les professionnels qui, à l'inverse, ont rencontré peu de cas de contamination dans leur expérience clinique ou lorsque les conséquences n'étaient pas si dramatiques relativisent les risques au regard de la rareté de ces maladies.

Moi, toutes les toxoplasmoses que j'ai vues, les enfants ils ont plus de 20 ans, ils ont aucun trouble. [Et pour la listériose] quand on voit le nombre de... grossesses il y a quand même heureusement peu d'infections. La listériose... C'est rare, c'est très rare. J'en ai pas en tête... Si, j'en ai vu une il y a pas longtemps mais c'est pas moi qui la suivait, on a dépisté une listeria, qui est à déclaration obligatoire..., c'est la seule que j'ai vue, et moi personnellement j'en ai jamais eue. (PS1-GYN1-Anc33)

Après peut-être parce que la listériose, finalement, c'est quand même un peu plus rare... [...] Enfin, il faut quand même que le truc soit cru, qu'il soit contaminé, que la dame... enfin, je pense qu'il y a peut-être moins de listériose à attraper pendant la grossesse finalement que de séroconversion de toxo. Je ne sais pas. Ou plus de risque. Bon après, il y a des risques avec la listériose mais bon, il y a aussi des dames qui font peut-être des listérioses et où il ne se passe pas grand-chose, comparées à une séroconversion de toxo. Enfin, je ne sais pas. (PS8-SF4-Anc11)

De la même manière, cette perception peut les amener à douter de la réalité du risque et modifier le contenu des messages transmis :

Toutes ces patientes-là qui sont avec une toxo négative alors qu'elles ont 35 ans, et déjà 3 enfants, qui n'ont jamais attrapé la toxo de leur vie, il n'y a pas de raison qu'elles l'attrapent pendant les 9 prochains mois, et qui te disent : « Ah, bah moi, j'en ai marre de manger de la semelle, mais c'est reparti pour un tour » – « Alors que d'habitude, vous mangez votre steak pas forcément aussi cuit que ça, c'est que probablement votre hygiène de base est déjà suffisante, ce n'est pas forcément la peine de manger des choses qui ne vous font pas envie ». Je pense que c'est de l'excès. (PS7-SF3-Anc11)

Les contrôles sanitaires sont un élément sécurisant pour certains praticiens :

Les contrôles sanitaires en France sont quand même relativement bien faits et la listériose ça part plus des contaminations par des défauts d'hygiène des mains ou des trucs comme ça, mais le fromage qui est consommé est quand même très contrôlé, les services vétérinaires en France sont quand même assez performants. (PS1-GYN1-Anc33)

Malgré une perception de faible risque et un doute sur les facteurs de contamination, l'une des professionnels précise qu'elle ne présente pas les informations de cette manière, puisque ce risque n'est pas nul et les conséquences peuvent être graves :

Très sincèrement, au bout de 20 ans, je me dis que, je ne sais pas, je ne m'en rends pas compte, mais je pense qu'il y a 70-80 % de femmes qui ne sont pas immunisées contre la toxoplasmose, alors qu'elles ne sont pas toutes issues de la ville, il y en a, elles ont grandi à la campagne, elles ont eu des animaux... Et puis je pense sincèrement que ces femmes-là... Si elles n'ont pas rencontré le toxoplasme lorsqu'elles étaient en plein... avec tous les risques, c'est qu'elles ne le rencontreront jamais... Mais après tu ne peux pas dire ça à une femme enceinte, puisque le risque 0 n'existe pas. (PS13-SF9-Anc19)

Au-delà d'impacter leur manière de communiquer sur les messages de prévention, ces réflexions sont parfois évoquées au sein des consultations :

J'insiste un petit peu en essayant de leur faire comprendre aussi, qu'on est un peu le dernier pays au monde à surveiller la toxo, donc tout en dédramatisant aussi les risques infectieux. Je pense qu'elles sont toutes persuadées qu'elles vont l'attraper, avec ce qu'elles voient sur internet. Mais, il faut beaucoup dédramatiser un peu la toxo, parce que le risque quand même d'infection fœtale est très très faible. (PS23-SF19-Anc21)

Plusieurs professionnels discutent de cette perception du risque avec leurs patientes. Nous pouvons voir deux approches différentes de l'échange sur les risques alimentaires.

Leur mère, leur grand-mère qui leur disent : « Mais tu peux manger ça, regarde, moi il m'est rien arrivé ». Des fois tu remets un peu l'église au milieu du village, tu leur dis : « Mais c'est bien qu'il leur soit rien arrivé, tant mieux. La prévention, le but c'est de vous prévenir, après le jour où il se passe quelque chose parce que vous avez mangé un bout de saucisson, bah c'est dommage, parce que toute votre vie vous allez vous en vouloir après. C'est une loterie, c'est vraiment la roulette russe, il peut très bien effectivement ne rien vous arriver, tant mieux, c'est ce qu'on vous souhaite mais le jour où ça vous arrive après c'est une culpabilité qui va être très longue à porter, très longue. » (PS10-SF6-Anc22)

J'essaie aussi de les rassurer en leur disant : « Vous avez survécu 30 ans sans avoir la toxo, raisonnablement, si vous lavez vos légumes, tout ça, vous devriez survivre 6 mois de plus ». D'autant plus qu'en Angleterre, c'est des pays où certes ils font bouillir plein de choses mais ils ne testent même plus. Et la listeria [Réfléchit]. Voilà, elles ont peur du resto chinois, des choses comme ça et en soit ce n'est pas si mal. Mais à quand date la dernière fois qu'elles ont lavé leur propre frigo. Souvent... ça fait un petit blanc. On parle de respect de la chaîne du froid, ce genre de choses. (PS19-SF15-Anc13)

Préoccupations exprimées par les femmes enceintes

De nombreux professionnels précisent à leurs patientes rester disponibles pour les questions, comme le fait remarquer ce médecin :

Surtout je leur explique que, si elles ont quoi que ce soit comme doute, question sur un aliment, si elles ne se sentent pas bien ou qu'elles ont une question qui revient, il ne faut pas qu'elles hésitent surtout à me recontacter. Il ne faut pas rester avec un questionnement ! (PS1-GYN1-Anc33)

Pourtant, plusieurs professionnels estiment que les femmes leur posent peu de questions en consultation, comme l'explique ce médecin : « Non, c'est moi qui leur en parle, c'est rare qu'elles posent des questions. » (PS1-GYN1-Anc33) L'échange sur cette thématique est généralement impulsé par le professionnel. Certains d'entre eux déclarent commencer leur échange en s'intéressant à leurs pratiques pour mieux cibler leur message :

Je leur demande ce qu'elles mangent, leurs habitudes alimentaires, etc. Je commence par là. Et puis après, en fonction, je m'adapte, si elles ont une alimentation variée, normale... Voilà, je leur dis de continuer comme ça et puis je les informe, elles savent déjà souvent, la toxo ... les produits laitiers, les produits pas cuits, etc., je les informe, le nettoyage du frigo, parce que ça c'est le genre de choses qui passe complètement à l'as... [rires], voilà ! Et puis, si elles ont des animaux à la maison... des chats, etc., mais elles savent souvent. (PS3-SF2-Anc37)

Plusieurs hypothèses sont émises par les professionnels pour expliquer que les femmes posent au final peu de questions en consultation. Pour ce médecin, plusieurs éléments rentrent en ligne de compte : un temps de parole accordé aux femmes potentiellement limité ou encore un thème qui ne correspond pas à leurs questions prioritaires à poser pendant ce temps de consultation :

Elles en parlent peu en consult parce qu'on a plein d'autres sujets et puis que le temps est réduit, puis peut-être qu'on ne laisse pas assez le temps aussi à la parole. Si on laisse le temps de parole ça vient quand même un petit peu mais vraiment c'est pas la priorité des femmes. Je ne pourrais pas donner une proportion mais c'est vrai qu'en consultation de suivi de grossesse, le thème de l'alimentation, mis à part le 1^{er} trimestre où on en parle un petit peu, après ça revient si y a un souci, [...] et les patientes posent des questions mais ça reste très limité. Est-ce que j'ai le droit au saumon cru, est-ce que j'ai le droit de manger des moules si je les cuis, voilà c'est des trucs mais très basiques et après c'est une question et je pense qu'il n'y a pas beaucoup de temps... [...] en général 90% des femmes n'abordent pas le sujet. (PS4-GYN2-Anc10)

Pour cette sage-femme, ce constat est aussi lié à ce que les femmes pensent connaître sur la thématique des risques infectieux alimentaires :

Souvent elles ont regardé sur internet ou alors c'est une copine qui leur a dit... C'est pas scientifique hein ! C'est pas un autre médecin, c'est pas une sage-femme, non non ! Elles s'informent différemment, elles sont plus sur l'ordi, enfin plus sur internet aussi ! Et je pense que c'est ça qui fait aussi qu'elles ont moins de questions, parfois elles ont l'impression de tout savoir, parce qu'elles vont sur internet ! (PS24-SF20-Anc21)

De nombreux praticiens estiment que les femmes viennent à la consultation avec leur bagage d'informations : « *Quand on parle de la toxo et de la listéria, elles sont déjà au courant, quasiment toutes.* » (PS4-GYN2-Anc10) ; « *Je pense que c'est des messages qu'elles ont déjà même avant de venir nous voir en consultation. Peut-être l'entourage.* » (PS9-SF5-Anc4)

Leurs connaissances seraient malgré tout limitées et restreintes aux précautions alimentaires et pour cette sage-femme, qui a plus de 20 ans d'ancienneté, une plus grande connaissance est constatée pour les plus jeunes générations :

Globalement, je trouve qu'elles sont plutôt mieux renseignées que les patientes d'il y a 20 ans, à mon avis. Elles sont renseignées sur grosso modo, sur ce qu'il faut qu'elles évitent, et puis, les risques théoriques. Après, sur les pourcentages d'atteinte tout ça, non, évidemment, elles ne sont pas spécialisées. (PS23-SF19-Anc21)

Néanmoins, tous les professionnels se rejoignent pour préciser que les niveaux d'information sont très variables selon les femmes :

Je pense qu'elles ont très vaguement les grandes lignes... le souci, c'est que beaucoup s'informent sur internet, sur des forums. Donc elles lisent des trucs à droite à gauche. « Tiens, j'ai lu que je ne pouvais pas manger de fromages du tout ». Et coup, elles mélangent un peu tout, pâte dure, pâte crue. C'est un peu tout mélangé. (PS16-SF12-Anc10)

Elles ne savent pas, elles sont un peu perdues quand même. Quand tu leur dis : « Est-ce que vous savez ce que vous avez le droit de manger, de pas manger ? » – « Oui, oui ! » – « Alors racontez-moi... » – « Heu... Bah... Hum... ». Voilà ! Donc moi je reprends tout, et je redis tout, alors il y

en a qui hochent la tête et qui disent : « Oui, oui, c'est ça que je faisais ! » et puis il y en a qui tombent des nues ! (PS14-SF10-Anc13)

Les professionnels pointent de nombreuses incompréhensions et incertitudes chez les femmes enceintes, parfois communiquées en dehors des temps de consultations prénatales, comme l'évoque cette sage-femme : « *J'ai reçu un SMS une fois, tard le soir, il était peut-être 21 h : " Bonjour, j'ai très envie de manger un œuf à la coque de ma voisine qui me les a donnés, est-ce que j'ai le droit ? " Tu peux te dire que derrière [rires], il y a de grosses injonctions qui sont mal comprises.* » (PS7-SF3-Anc11) ou de façon tardive, en fin de grossesse :

Il y a un peu un amalgame... Il y a beaucoup de femmes où l'on arrive en fin de grossesse et où elles nous disent : « Ah tiens, j'ai mangé ça » et « Vous savez, il y a listériose » – « Ah bon, on m'a dit que j'étais immunisée » – « oui, mais ça c'est la toxo, mais la listériose, c'est autre chose ». Je pense qu'elles sont peut-être faussement bien informées. (PS8-SF4-Anc11)

Les trois quarts du temps, elles n'ont quand même pas eu une information tout à fait complète quand on les voit... en fin de grossesse où elles nous disent : « Non mais moi je mange de tout parce que je suis immunisée contre la toxo » et qu'elles ont bouffé des sushis toute leur grossesse. Enfin, je trouve qu'elles n'ont pas toutes la même info. (PS8-SF4-Anc11)

Cela souligne aussi leurs difficultés à identifier les bonnes informations face à toutes les sources à leur disposition :

Connectées, oui. Bien informées, non, parce que j'en ai quand même beaucoup qui sont dans des groupes de mamans. Sur des forums, et qui arrivent complètement paniquées entre deux consultations parce qu'elles ont lu un truc. Elles n'ont pas les bonnes sources d'informations, elles ont rarement des sources fiables en fait. (PS13-SF9-Anc19)

Celles-ci sont sources d'appréhensions qui transparaissent lors de l'échange avec le professionnel :

Elles s'informent. Oui, elles posent des questions, elles ont déjà les réponses parce qu'elles vont voir sur Internet. Mais les patientes, avec ces informations sur Internet, ... même à la limite, elles arrivent à ne plus rien manger tellement elles ont peur, pour certaines. (PS3-SF2-Anc37)

[Elles s'informent] par voie orale d'une femme à l'autre, très anxiogène et très : « si tu fais ça, ton bébé va aller très très mal ». Tout aussi anxiogène de manger un morceau de fromage que de boire de l'alcool, à mon avis. J'ai l'impression qu'elles mettent ça sur le même plan. (PS7-SF3-Anc11)

En définitive, pour cette sage-femme, les questions sont déclenchées par ces incompréhensions sur les informations obtenues dans les médias : « *La plupart du temps, elles disent : " j'ai regardé sur internet mais bon, en général, internet il ne faut pas le croire ", puis après, elles posent la question, souvent, c'est ça l'amorce de la phrase.* » (PS7-SF3-Anc11)

Cela explique que les questions que les femmes sont amenées à poser portent sur les « interdictions » et comme le souligne cette sage-femme, elles sont parfois perdues pour modifier leur alimentation :

Il y en a plein qui demandent : « Qu'est-ce que j'ai le droit de manger ». Le droit, surtout ! Comme si on leur interdisait tout. Je pense qu'il y a tellement de messages qui sont donnés à ces femmes : « Il faut surtout jamais rien manger », que, en fait, elles ne savent plus quoi faire ! (PS7-SF3-Anc11)

Les femmes questionnent également sur les risques potentiellement pris : « *C'est plus sur les restrictions, " est-ce que je peux manger ça ? est-ce que je peux manger ça ? ", " Est-ce que c'est grave si j'ai mangé ça la semaine dernière ?" »* (PS20-SF16-Anc8)

Les questions se portent aussi sur les aliments qu'elles n'ont pas l'habitude de consommer ou ceux moins évidents, comme les fromages : « *C'est les aliments aussi qu'on n'a pas tous les jours, donc elles s'interrogent... les coquillages, crus, cuits, ... Et quand même sur le fromage ! Ouais, à pâte crue... pas toujours bien au courant de ça.* » (PS15-SF11-Anc14)

Cela explique que certaines périodes semblent plus enclines aux questions, comme les périodes festives :

Elles posent des questions. Vraiment, en période de fêtes par exemple, quand on a des plats qu'on ne mange pas habituellement, elles nous demandent quand même ! (PS3-SF2-Anc37)

Les questions sur l'hygiène alimentaire c'est plutôt au démarrage, et après sur des moments forts de l'année type Noël ou les fêtes de fin d'année, ça les perturbe parce qu'elles se demandent : « Et les huitres ? Et le foie gras ? Et le foie gras mi-cuit ou cuit, ou combien il doit être cuit ? Les escargots, est-ce que je peux ? » (PS18-SF14-Anc13)

C'est au moment des fêtes : « Est-ce que je peux manger du saumon ? Est-ce que je peux manger des fruits de mer ? ... » Les fruits de mer ou des choses comme ça, et puis les fromages : « Quel type de fromage je peux manger ? » Voilà, c'est leurs principales questions ! (PS5-GYN3-Anc9)

Les périodes où l'on modifie notre alimentation sont également concernées : « *Il y a toutes les choses de Noël. Après, quand il y a l'été, tout ça, où il y a les fruits et légumes du jardin, je trouve qu'on en parle aussi pas mal ! Chaque période est propice, finalement ! [rires]* » (PS15-SF11-Anc14) Ces questions se renouvellent aussi lors d'évènements spécifiques : « *quand elles partent en vacances !* » (PS3-SF2-Anc37) ou lors de repas en famille ou entre amis :

Quand elles ont des repas de prévu, en famille... où ce n'est pas elles qui font... et du coup, elles vont dire : « Tiens, j'ai ça comme repas... Je ne sais pas trop. Est-ce que je peux manger ci ou ça ? » (PS16-SF12-Anc10)

Certains professionnels décrivent ainsi une récurrence dans les questions posées et parfois certaines sont plus anecdotiques : « *Fête de Noël typiquement, ça c'est redondant sur toutes les années " Est-ce que je peux manger des crevettes ? Est-ce que je peux manger du saumon ? " Après, de temps en temps, j'ai 2-3 questions qui vont me surprendre.* » (PS11-SF7-Anc10)

Parfois, ils reconnaissent ne pas toujours savoir répondre aux questions :

Je ne sais pas, est-ce qu'on a le droit de manger des escargots pendant la grossesse ? Je me dis oui en théorie, mais à Paris, on ne m'a jamais posé la question. L'autre jour, on m'a posé la question. Je dis : « Bah, je crois ! ». C'est cuit. Elles les dégorgent elles-mêmes et compagnie. Je lui ai conseillé de les congeler. Je ne sais pas. Honnêtement, je me suis sentie bête avec cette histoire d'escargots. (PS22-SF18-Anc13)

Pour les professionnels, d'autres facteurs conduisent à une expression plus importante des questionnements ; les femmes enceintes de leur premier enfant apparaissent plus concernées par la problématique :

Je pense qu'il y a beaucoup de primiparité quand même. Âgée ou pas âgée, je ne suis pas sûre que ça change grand-chose. Je pense que les messages anxigènes, ils sont là pour tout le monde. Mais j'ai l'impression que, peut-être, les multipares, elles arrivent un peu plus à faire la part des choses. Je leur donne les mêmes conseils et après, j'ai l'impression d'avoir moins de retour que pour une primipare. (PS7-SF3-Anc11)

Globalement, les femmes semblent attentives aux messages de prévention qu'ils transmettent en consultation, comme le souligne cette sage-femme : « *J'ai l'impression quand même que c'est un truc qu'elles prennent assez au sérieux et elles sont assez rigoureuses sur ces trucs-là.* » (PS9-SF5-Anc4)

En dehors de ces périodes spécifiques, les professionnels estiment que les messages sont bien compris : « Parfois, il y a un aliment, elles n'y avaient pas pensé, donc elles reposent la question. Après, une fois que c'est dit, c'est dit, je trouve qu'elles comprennent quand même plutôt bien ! » (PS15-SF11-Anc14)

Et les professionnels sont nombreux à déclarer ne pas avoir besoin de répéter les précautions : « Dès que j'en ai parlé, elles ne m'en parlent plus. » (PS20-SF16-Anc8) ; « Une fois que je leur ai bien précisé les choses en début, et puis, j'ai dédramatisé un petit peu, en général, c'est clos, le sujet. » (PS23-SF19-Anc21)

Idées reçues et confrontation des savoirs

Comme nous l'avons évoqué, les femmes sont peu nombreuses à poser des questions, en dehors de situations précises (fêtes, voyage, etc.). Quand elles font cette démarche, elles exposent alors leur savoir. Toutefois, les professionnels soulignent une confusion entre les risques : « Je trouve qu'elles ne sont pas bien informées. Elles savent par rapport au lait cru, mais par contre, elles ne savent pas avec quoi l'associer. Elles font des amalgames quand même entre listériose, toxo, elles ne savent pas pourquoi on fait attention par rapport à quelle maladie. » (PS12-SF8-Anc8)

Les professionnels se questionnent sur la circulation de toutes ces idées fausses, dans l'environnement social et plus particulièrement dans les médias :

Elles sont plus souvent sur Doctissimo. Parce que finalement sur Doctissimo, comme c'est un forum, il y a toutes les femmes qui disent qu'elles ont bouffé des sushis pendant la grossesse et qu'elles n'ont jamais eu de problème. Et ça, on n'avait pas avant. Enfin, il y a 15 ans, les dames, elles avaient leurs infos je pense plus en cours de prépa ou alors sur des bouquins, des livres. (PS8-SF4-Anc11)

Lors de ce temps de question-réponse, un échange s'instaure sur la véracité des informations évoquées et les professionnels rectifient ces incompréhensions au regard de leur expertise.

Elles confondent toxo, listériose... et sont un peu perdues. Par exemple, quand je dis : « Est-ce que vous connaissez la toxoplasmose ? », elles me disent : « Oui, je sais que je ne dois pas manger de fromage ! » – « Bah non, ça n'a rien à voir, mais c'est pas grave ». Donc du coup je reprends... Elles savent que ça existe ! Elles savent par exemple pour le fromage que, en effet, elles ne peuvent pas manger n'importe quel fromage mais après, elles ne savent pas plus spécifiquement pourquoi, et quel fromage. Elles savent qu'elles doivent faire attention mais elles ne savent pas exactement pourquoi, pour quelles raisons. (PS17-SF13-Anc6)

Des fois elles m'en parlent quand même, elles me disent : « Mon amie m'a dit de pas manger ci. » Des fois je lui dis qu'elle a raison, d'autres je dis non vous ne risquez rien. [...] On vous a dit ça mais il faut poser ça sur des bases scientifiques... (PS1-GYN1-Anc33)

Face à cette cacophonie informationnelle, les professionnels ne peuvent pas rester dans une transmission simple d'informations, comme cela est évoqué par ces deux sages-femmes. Toutefois, l'une d'elle fait remarquer le temps supplémentaire à fournir pour rétablir les bons messages de prévention :

Je leur demande déjà, elles, ce qu'elles connaissent, si elles savent ce qu'elles ont droit de manger ou pas manger, en rapport avec quoi elles le mettent, parce que ça arrive fréquemment qu'elles fassent un amalgame et qu'elles te parlent fruits de mer et de toxo. Et du coup, on remet les choses à plat. Mais il n'y a pas besoin non plus d'y passer trop, trop de temps. (PS19-SF15-Anc13)

Il y en a quand même beaucoup, dès qu'elles ont une question, elles vont chercher sur internet, et quand je leur dis : « le premier site qui sort, c'est Doctissimo, Magicmaman », elles me disent : « Oui, c'est ça ». Donc là, par contre, je fais un gros travail d'information et de prévention sur tous ces sites-là qui peuvent être sources de comportements inappropriés. (PS22-SF18-Anc13)

4.6.3. Comment les risques infectieux alimentaires sont-ils présentés dans les discours ?

Une information simple fondée sur les grands principes de prévention

En ce qui concerne les risques infectieux, la communication est axée sur des informations générales simples à comprendre :

Mon départ de discours est toujours : « bon voilà, ce qui est interdit, c'est le... » Je ne rentre pas dans « les fromages à pâte molle, machin, truc », non ce n'est pas assez clair pour les gens. C'est lait pasteurisé, point barre. Le reste, c'est interdit pendant la grossesse. (PS11-SF7-Anc10)

Pour les professionnels interrogés, les messages doivent être courts pour garder l'attention des femmes et qu'elles puissent s'en souvenir :

Faut être concis, pas trop diffus et faut pas dire trop de choses, sinon les gens ils écoutent plus, ils sont réceptifs 30 secondes après [sifflement], ils pensent à autre chose. (PS1-GYN1-Anc33)

Il faut que ce soit des messages clés qui soient délivrés par les professionnels. Pour la toxoplasmose, le message clé, moi je reste très simple, c'est vraiment lavez bien les fruits et les légumes, lavez vos mains avant et après les repas et bien cuire la viande point barre. (PS4-GYN2-Anc10)

Cette conception de la communication vise à favoriser l'assimilation des messages transmis. Comme le souligne cette sage-femme, face à la masse d'informations transmises, les femmes ne sont pas en mesure de tout retenir :

J'ai eu cette expérience où j'ai fait de la prépa, et dans le même temps, je voyais les patientes que j'avais eu en prépa, je les voyais en salle d'accouchement. Et du coup, tu voyais bien ce que toi, t'avais transmis comme infos, tu savais ce que tu avais dit et ce qu'elles avaient retenu ! Et quand même, globalement, tu t'aperçois bien que les gens, ils percutent, allez, 10-20% des infos, mais le reste, ça passe à l'as. Donc, je trouve que donner beaucoup d'infos, ça tue complètement l'info. Donc, moi, quand je veux faire passer un truc, je regarde les gens clairement dans les yeux et j'essaie de faire des phrases courtes, avec pas trop trop d'infos. Vraiment, des trucs essentiels, importants, mettre l'accent là où il y a besoin. (PS23-SF19-Anc21)

Plusieurs professionnels reconnaissent l'importance d'un support écrit pour faire le relais avec leur information orale parfois brève :

Quand t'es un petit peu surbookée, c'est bien de déjà donner des infos, et quand t'as pas le temps d'expliquer, tu peux leur dire : « Ben écoutez, la prochaine fois, on en reparle, vous lisez, ce que vous ne comprenez pas, vous le soulignez et puis on en reparle. » (PS3-SF2-Anc37)

S'appuyer sur un support leur permet d'optimiser leur temps de consultation :

Je leur dis : « Faites attention à vos crudités, faites bien cuire la viande, et allez vous connecter sur le site, et puis lisez bien l'article, parce qu'il y a plein d'autres trucs qui seront intéressants pour vous... » Du coup, ça raccourcit énormément le temps que je prendrais pour ça, j'aime autant le consacrer à autre chose. (PS6-GYN4-Anc28)

Malgré le fait que l'information sur les risques infectieux est admise comme étant plutôt générale, pour cette sage-femme, celle-ci doit être ciblée sur le pourquoi il est essentiel de modifier son alimentation :

C'est des messages globaux, il faut arriver à le dire au moins une fois dans la grossesse ! [...] [Au-delà] des interdits, on essaie de discuter autour, d'expliquer le pourquoi ! Pour augmenter la compréhension des femmes, il faut quand même aussi leur expliquer le pourquoi. Si on leur dit, c'est interdit de manger du reblochon, si on ne leur dit pas que c'est parce que c'est dangereux parce qu'il y a la listeria, qu'il peut être contaminé par la listeria, ça ne sert pas à grand-chose ! (PS24-SF20-Anc21)

Toutefois, dans leur approche, et quelle que soit l'ancienneté, la communication s'oriente très rarement sur les conséquences des maladies. Deux raisons sont évoquées par les professionnels. D'une part, les explications se basent sur des données médicales complexes à expliquer et d'autre part, aborder les conséquences de ces pathologies revêt un caractère anxiogène pour de nombreuses femmes. Les professionnels sélectionnent ainsi les informations qu'ils délivrent sur ces risques, comme l'argumente cette sage-femme :

Pour la toxo, et la listériose, des fois, il y a des dames qui demandent quand même : « Mais c'est quoi le risque ? » Je pense qu'elles n'ont pas trop de notion. Après c'est vrai que le risque, il fait quand même un peu peur. La mort fœtale de la listeria, la fausse couche tardive, bon... Après, ce n'est pas forcément des choses que je leur dis du coup. Et puis la toxo, souvent je leur dis « Écoutez, ça dépend du terme auquel vous l'attrapez, mais bon, concrètement il vaut mieux éviter, parce qu'après il peut y avoir des soucis pour le bébé. » Voilà, je ne rentre pas dans les détails parce que je me dis, de toute façon, si elles veulent, elles vont aller voir sur internet. Et puis je trouve que c'est hyper flippant. (PS8-SF4-Anc11)

Pour certains professionnels expliquer les voies de contamination est également trop complexe à comprendre et la demande des femmes peut se limiter à une liste de précautions alimentaires :

Après certaines patientes vont te poser des questions sur le mode de transmission, elles pensent certaines que la toxoplasmose c'est un virus, alors tu leur dis : « Non, non, c'est pas ça... », mais tu rentres pas dans les détails sinon tu vas commencer à les embrouiller. C'est seulement si elles te posent des questions que là tu te dis qu'elle est intéressée par le mode de transmission, par la façon dont ça fonctionne, alors je vais aller un peu plus loin. Mais si tu sens que derrière elle a juste besoin d'avoir une liste d'aliments qu'elle ne doit pas prendre et que le reste l'intéresse pas, tu vas la noyer. Puis mine de rien, t'as quand même pas mal de trucs... y a pas que l'alimentation, y a énormément de choses. (PS10-SF6-Anc22)

À l'inverse, d'autres font aussi le choix de les expliquer pour mieux comprendre le lien entre facteurs de risque et précautions alimentaires. Les propos de cette sage-femme illustrent le caractère pédagogique proposé dans sa communication sur les risques :

Quand j'explique la toxo, la salmonellose, la listeria, j'explique le fonctionnement. La toxo, je dis toujours que c'est un parasite, qui est dans la terre. Donc, « si vous n'êtes pas protégée, enfin si vous n'êtes pas immunisée, il ne faut pas l'attraper au cours de la grossesse pour ne pas attraper la maladie et protéger votre bébé. Et du coup, pour essayer de l'éviter et bien, vos légumes : bien les laver. Les animaux peuvent le manger et parce qu'il se trouve dans leurs muscles hop, la viande : bien cuite. L'hôte principal du parasite c'est le chat : « Avez-vous un chat ? » – « Oui j'ai un chat » alors on adapte, ou « vous n'avez pas de chat, OK c'est très bien ! Si vous avez un chat chez des amis, vous avez le droit de le caresser, il faut juste ne pas faire la caisse » – « Ah non, je ne fais pas la caisse chez les amis ! » – « Bon très bien ! » [rires]. En fait, j'essaie de leur expliquer pourquoi. Sur la listeria et la salmonellose, je leur explique que voilà c'est principalement dans les aliments crus, que ça sera détruit par la chaleur mais pas si tu manges des fruits de mer crus, des œufs crus, ... mais que des fois c'est caché dans des préparations, on

oublie même qu'il y a des œufs crus, type les mousses, mousses au chocolat, les mayo, donc j'essaye de leur faire comprendre pour qu'elles sachent après se dire « Ça est-ce que je peux, ou ça je peux pas ». Le fromage au lait cru ou pas au lait cru parce que des fois elles mangent plus du tout de fromage et je leur dis : « Bah non, le fromage UHT c'est bon, ça a été pasteurisé ! » J'essaye de faire ça comme ça. (PS18-SF14-Anc13)

Certains professionnels décident alors, sans aborder les conséquences ni les voies de contamination, d'évoquer le fait qu'elles sont plus vulnérables aux infections pendant la grossesse :

J'insiste vraiment sur le fait que l'immunité est abaissée quand on est enceinte, parce qu'on construit un enfant. Et du coup, on est plus sujette à choper n'importe quoi qui passe, j'accroche là-dessus. Honnêtement, je ne leur donne pas tous les risques, etc, parce que je trouve que c'est anxiogène. (PS11-SF7-Anc10)

Distinction des risques ou messages communs ?

Les professionnels sont conscients des confusions entre les deux risques et des difficultés rencontrées par les femmes enceintes. La problématique de la communication porte sur les précautions différentes à prendre selon le statut immunitaire des femmes vis-à-vis de la toxoplasmose. Celles qui ne sont pas immunisées doivent bénéficier des conseils complets intégrant ceux sur la toxoplasmose et ceux sur la listériose. Pour les femmes immunisées, les conseils sont destinés à prévenir seulement la listériose. Or face à cette confusion entre les deux risques, et sachant que des précautions sont communes aux deux risques, l'approche est complexe, tout particulièrement pour limiter la prise de risque des femmes immunisées.

Certains professionnels font le choix d'une approche clairement différenciée entre les risques infectieux alimentaires :

En fait, je différencie bien la toxoplasmose, la listériose, la salmonellose parce que souvent elles mélangent tout, souvent les patientes qui sont toxo + , immunisées, par exemple se disent c'est bon j'ai le droit de tout manger, c'est sur ces patientes-là souvent que je leur dis : « Attention, non, c'est vraiment pas tout. » Faut quand même continuer à bien cuire les viandes, faire attention aux dates limites de consommation, au respect de la chaîne du froid, éviter les crustacés, les fromages au lait cru, la charcuterie non cuite. Je leur donne quand même des infos sur les risques qu'on peut avoir et puis sur l'attention qu'il faut porter par exemple à la restauration rapide, à l'hygiène. (PS10-SF6-Anc22)

Cette démarche, qui intègre ces conseils simplifiés pour une meilleure compréhension, peut avoir son pendant : chez les femmes immunisées le conseil peut facilement s'orienter sur une moindre vigilance vis-à-vis de la listériose, comme dans les propos ci-dessous, où un risque peut être pris sur la viande insuffisamment cuite ou les légumes mal lavés :

Je pense qu'il y en a beaucoup qui pensent que c'est pour tout le monde en fait les conseils, que pendant la grossesse, il faut vraiment faire attention à laver et tout ça, même si on est toxo positive en fait. Elles ne savent même pas par rapport à quoi c'est en fait ! C'est pour ça que moi je leur réexplique les fonctionnements et les risques parce que je leur dis : « Bah non, vous êtes protégée pour la toxo, donc vous pouvez manger cru, enfin, c'est pas trop grave si elle est fraîche, c'est pas le plus important ! » (PS18-SF14-Anc13)

D'autres professionnels estiment que les messages délivrés devraient être transversaux pour rester dans une approche globale de la prévention des risques :

Alors il y a la question du statut pour la toxo mais j'ai envie de dire : « Peu importe ! » Je dis qu'il faut bien cuire les viandes, les viandes et les poissons, bien laver les fruits et les légumes,

bien se laver les mains et éviter le contact avec les gens qui toussent etc... Ça, c'est au tout venant.
(PS5-GYN3-Anc9)

Pour certains professionnels, il faut poser les bonnes questions pour aider la patiente à réfléchir sur ses habitudes alimentaires actuelles et sur ce qu'elle doit modifier :

Voilà, la base, elles ne la connaissent pas, elles ne comprennent pas pourquoi tel et tel fromage... Donc je pense que c'est dommage ! Et la toxo, c'est pareil : « Où est-ce qu'on trouve le parasite ? Comment ça marche ? Comment ça se passe ? » mais rapidement ! Parce que si on ne mange pas ça, c'est bien joli mais elles veulent comprendre aussi pourquoi ! « Est-ce que vous avez un jardin ? Est-ce que vous avez des légumes ? », ça c'est des questions que je pense la plupart des professionnels ne posent pas ! « Où est-ce que vous achetez vos légumes ? », « Est-ce que... », il y a plein de choses comme ça... les bases quoi ! Alors, c'est vrai que ça prend du temps mais... si on a un peu l'habitude, en 5 minutes, ça peut être posé ! Et l'alimentation, c'est très important chez la femme enceinte... (PS3-SF2-Anc37)

Comment aborder les restrictions ?

Certains professionnels estiment que les recommandations proposées par les instances sont envisagées sous un angle très large de restrictions qui sont imposées aux femmes :

Les recommandations de la HAS, ils mettent tout dedans maintenant... c'est le parapluie, parce que la HAS maintenant, ils sont référents, donc ils disent si on met tout dedans, si un jour y a un problème, nous on aura dit ce qu'il fallait. (PS1-GYN1-Anc33)

Je pense que c'est anxiogène et puis surtout c'est quand même hyper contraignant ! Si vraiment on respecte tous les messages de prévention et de l'interdit alimentaire, c'est hyper contraignant ! (PS9-SF5-Anc4)

Comme le soulignent certains professionnels, communiquer sur une liste d'interdits peut laisser sous-entendre aux femmes enceintes que tout est risqué et conduire à des comportements exagérés, aux deux extrêmes :

Je trouve que c'est super dur parce qu'au final, tu leur dis de faire attention un peu à tout, enfin, à plein de trucs, donc elles se disent : « Bah du coup, je ne vais pas en manger pour être sûre. » Je trouve que c'est assez compliqué quand même ! (PS16-SF12-Anc10)

Je pense qu'il y a trop d'interdits sur tout... Plus il y a d'interdits moins les gens vont les respecter... (PS1-GYN1-Anc33)

Cette communication étant alors perçue comme contre-productive, différentes approches sont envisagées pour évoquer ces précautions alimentaires, par exemple, avoir une communication moins centrée sur les restrictions pour favoriser des comportements favorables à la santé :

J'essaie d'être un peu plus dans le positif que dans le... « il ne faut surtout pas manger ça parce que vous allez être malade ». Simplement, je me dis après on loupe le coche parce qu'à partir du moment où on est toujours dans toute l'interdiction, à part culpabiliser et pas te dire qu'elles ont mangé ou bu la coupe de champagne parce qu'elles se sont mariées, ou j'en sais rien, du coup, on ne sait pas qu'elles le font, puisqu'elles n'ont pas le droit de le faire, elles ne disent pas. Donc je pense qu'on se plante complètement. (PS7-SF3-Anc11)

Plusieurs professionnels abordent l'alimentation-grossesse avec le prisme de restrictions qui sont transitoires et demeurent nécessaires :

Je leur dis : « Un Noël sans foie gras, c'est pas la fin du monde, vous en aurez plein d'autres après, vous en avez eu plein d'autres avant. » Voilà, j'essaie de ramener aussi aux choses de la grossesse, c'est un moment clé dans la vie de leur enfant. C'est un sacrifice de quelques mois, en règle générale, on connaît sa grossesse à 2 mois, il en reste plus que 6-7 à faire. Dans une vie,

voilà. J'essaie aussi de ramener à... l'essence même de la grossesse : c'est que ça ne dure pas longtemps mais on construit un enfant dans sa globalité. (PS11-SF7-Anc10)

Certains professionnels reconnaissent sur ce point être assez souples dans leurs discours sur les restrictions :

Je trouve que les femmes sont inondées de choses, et ont des tas d'idées, faut pas ci, faut pas ça. Moi, sur les grossesses je suis assez simple. Je dis les choses strictement interdites, c'est l'alcool quelle que soit sa forme et le tabac. Après je les autorise à manger des langoustes, des huitres, des moules et les fromages, c'est des fromages quand même contrôlés. Bon, on évite les viandes crues à cause de la toxoplasmose mais je n'interdis pas grand-chose. (PS1-GYN1-Anc33)

Je suis quand même assez cool sur certains trucs, peut-être à tort, après le message que je fais passer c'est aussi : « Si c'est pour manger ta tranche de saucisson puis pas en dormir de la nuit, ben vaut mieux pas la manger ! » Mais si elle a trop envie et puis qu'elle veut se faire plaisir une fois, c'est vrai que j'avoue que je lui dis « oui ». (PS15-SF11-Anc14)

En fonction des situations des femmes, les professionnels déclarent adapter leur discours sur l'alimentation :

C'est vrai la dame quand tu lui sors la toxo, et puis derrière tu lui sors la listériose, les trois quarts, elles ont déjà mangé des trucs. Après elles te disent : « Ah, oui, mais moi il y a que ça qui passe en ce moment, et tout, avec les nausées, et tout ça. » Voilà, j'ai tendance aussi à dire, parce que je n'ai pas envie qu'elles soient stressées parce qu'elle a mangé des sushis hier quoi : « Oui, bon, voilà, c'est à éviter, essayer à l'avenir de ne pas trop en manger... » Et c'est pareil, il y a des dames, des fois elles te disent : « Je mange plus ça, ça j'aime pas ! » Effectivement, sinon elle va se retrouver à manger du « pas grand-chose ». [...] Tout ce qui est éventuellement charcuterie crue, je leur dis : « Écoutez, vous mettez dans une quiche, ça cuit. » Voilà, pour tuer un peu le risque. Mais après, voilà, ça dépend aussi de la dame. Si la dame, elle me dit : « Je ne mange rien, entre les nausées, ce qui ne me fait pas envie, puis cette histoire de toxo et de listériose. » J'essaie un peu d'adapter... Je ne veux pas les angoisser non plus de trop. (PS8-SF4-Anc11)

Cette souplesse est souvent accordée pour faciliter le vécu des restrictions :

Si elles ont envie d'une petite tranche de comté ou de fromage qui sort de la fromagerie, voilà ! Après, je leur dis : « Faites attention à tout ce qui est marché, qui peut traîner sur les étals, là plutôt non, mais si vous allez directement à la production... », pour moi, après peut-être que je me trompe mais le risque il est plutôt infime. Je leur dis ça pour dire : « De temps en temps, déculpabilisez. » (PS21-SF17-Anc13)

Priorisation entre les risques

Certains professionnels déclarent accorder une place plus importante à la toxoplasmose qu'à la listériose dans leurs discours, comme l'explique cette sage-femme :

Je privilégie quand même la toxoplasmose et après j'embraye un peu sur la listériose, en parlant du fromage au lait cru, sur la conservation des aliments, conservation au froid. Je ne fais pas une fixette sur la listériose quand même. Parce que je me dis qu'en France, la plupart des gens mangent quand même... Je me dis aux supermarchés, etc... Que la conservation... C'est assez correct. (PS25-SF21-Anc14)

Dès lors que les femmes sont immunisées vis-à-vis de la toxoplasmose, ou ayant déjà eu des enfants, donc des informations à ce sujet, cette information de prévention semble parfois plus réduite :

À partir du moment où elles sont immunisées... Je leur dis quand même par rapport à la viande crue. Et puis quand même bien se laver les mains, avoir une hygiène respectable. Mais non franchement, je n'insiste pas forcément quand elles sont immunisées. (PS12-SF8-Anc8)

En général je reprends tout dès la première consult ! Je leur demande si elles ont déjà des connaissances là-dessus, si elles en ont entendu parler et puis après, soit je redis rapidement, soit je vais plus dans le détail en fonction de ce qu'elles me demandent... Et en fonction si ce n'est pas le premier enfant aussi... (PS17-SF13-Anc6)

Par ailleurs, pour certains professionnels, les messages sur la listériose sont aussi moins bien compris par les femmes que ceux sur la toxoplasmose :

Je pense que la listériose, ça ne passe pas... La toxo ça passe pas trop mal, en plus que maintenant les recommandations c'est écrit en bas des résumés d'examens... sur les sérologies, donc je pense que ça, les dames, elles font à peu près attention, mais la listériose, beaucoup moins (PS8-SF4-Anc11)

La toxo, je trouve que c'est quelque chose d'acquis, je ne m'étends pas trop. Après, je rappelle les points, même si elles me disent : « Oui, oui, je sais. » Mais je m'étends pas plus parce que je m'aperçois qu'il y a quand même une bonne information. (PS11-SF7-Anc10)

Souvent, elles sont quand même bien averties par rapport à la toxo. Mais alors par contre, tout ce qui est listériose, salmonellose, je trouve qu'il y a une désinformation complète. (PS12-SF8-Anc8)

D'un autre côté, certains professionnels reconnaissent moins insister sur la listériose, notamment car les questions sont moins nombreuses :

La listériose, elles en parlent beaucoup moins, c'est clairement la toxo leur obsession. La listériose, je trouve qu'on a un peu de question, mais les seules qui nous en demandent, c'est vraiment des nanas très stressées sur l'alimentation, donc, je trouve que ça ne revient pas souvent quand même. Après, dès qu'elles abordent le sujet, je fais quelque chose de plus détaillé, mais sinon, c'est vrai que la listériose c'est pas le truc que j'aborde beaucoup. (PS23-SF19-Anc21)

Toutes ces raisons peuvent expliquer pourquoi les femmes semblent moins informées sur la listériose en amont de la grossesse, ce qui est le constat des professionnels :

La toxo euh... ça, elles en entendent toutes parler, je dirais, mais le reste... listériose, fromages à pâte crue, tout ça, pas forcément ! Curieusement ! (PS15-SF11-Anc14)

La listériose, ça leur passe complètement au-dessus, et puis, quand on commence à leur en parler, ah oui, tiens, ça peut être une problématique. (PS23-SF19-Anc21)

En réalité, même si les professionnels reconnaissent que ce thème est prioritaire pour les femmes pendant la grossesse, il ne l'est pas toujours lors des consultations :

Le temps de la consultation gynéco, finalement y a quand même d'autres choses à aborder en priorité. Même si c'est un sujet évident, je veux dire une femme enceinte, il suffit d'avoir vécu à côté [rires] pour savoir que c'est des choses principales, c'est le devenir de son enfant, et puis après c'est le bien-être pendant la grossesse et ce qu'elle mange. (PS4-GYN2-Anc10)

Je ne dirais pas qu'on n'en parle pas, mais je dirais que : il y a tellement... Il y a tout le reste aussi à faire donc, dans le lot, c'est un petit peu moins... prédominant quoi ! (PS5-GYN3-Anc9)

Finalement, dans la masse d'informations délivrées, les messages portant sur les risques infectieux apparaissent moins centraux :

On commence à parler de plus en plus d'alimentation et grossesse et du coup, il faut parler d'encore plus de choses... je pense que l'infectieux avant, comme on parlait beaucoup de ça, bah

ça prenait une place un peu plus importante, maintenant, comme on parle de tout le reste, bah c'est noyé dans la masse ! (PS5-GYN3-Anc9)

Comme le font remarquer certains praticiens, certains risques sont plus essentiels à aborder que ceux liés à l'alimentation dont les recommandations présentent parfois un caractère flou :

Effectivement, il y a des messages : « Non, il n'y a pas d'alcool pendant la grossesse, voilà pourquoi. » Des choses qui sont carrément complètement prouvées que c'est dangereux, évidemment... je ne vais pas leur dire qu'il faut en consommer. Mais quand c'est quelque chose qui est un peu litigieux, je vais leur laisser le libre choix, [...] il y en a quelques-unes qui attendent un oui ou non. Et je leur dis toujours : « Mais, moi, de ma part, vous n'aurez pas un blanc ou noir. » (PS7-SF3-Anc11)

Je parle déjà pas mal de la toxo, listériose. Elles ont le droit, pas le droit. J'ai une grosse info sur l'alcool. Mais, du coup, c'est le plus simple parce que c'est... interdit, interdit ! Donc c'est le message, je dirais, le plus facile à faire passer. (PS15-SF11-Anc14)

Axer sur la responsabilité individuelle ?

Une certaine autonomie dans les prises de risque est envisagée par certains praticiens qui insistent notamment sur la responsabilité individuelle :

Je leur explique que sur un fromage au lait cru, par exemple, il y a des milliers de bactéries différentes, que sur ces milliers de bactéries, il se peut qu'il y ait de la listeria, mais que, comparer à la colonisation complète, ce n'est pas forcément ce germe qui va prendre le plus de place. En comparaison, quand il y a une contamination sur un fromage qui a déjà été cuit, s'il y a de la listeria, il n'y a que de la listeria, et donc ça peut-être à la limite presque plus embêtant. Il y a moins souvent de contamination de listeria sur un fromage cuit que cru, mais quand il y a, ça peut-être plus embêtant. Donc, du coup, elles pèsent le pour et le contre. [...] Je leur explique la même chose pour les charcuteries... et que, récemment, on a retrouvé de la listeria dans des légumes surgelés, alors que normalement, il ne devrait jamais en avoir. Donc, en gros, elles se font confiance. Elles font confiance à leur sens. Si jamais il y a un doute, évidemment, elles ne le consomment pas. Si ça leur fait hyper plaisir et qu'elles le consomment sans scrupule, qu'elles se fassent plaisir. Et si elles ont envie d'éliminer ça parce que le risque est un petit plus important, et bah, qu'elles l'éliminent si ça les conforte... [...] Il y en a certaines qui veulent consommer du poisson cru et des sushis. C'est pareil. Il est hyper rare qu'il y ait des lots de sushis qui soient contaminés, maintenant, si elles ont l'habitude d'avoir un restaurant japonais de confiance et qu'elles y vont tout le temps, qu'elles ne sont jamais malades, « bah, si vous avez envie d'y aller, continuez, en sachant que vous êtes un peu plus à risque et donc ce n'est pas le moment, en étant enceinte, mais vous faites ce que vous voulez. On ne vous interdit pas les sushis... » Je préfère leur dire : « voilà pourquoi on fait ci, voilà pourquoi on fait ça, et vous, vous faites comme vous voulez en sachant pertinemment ce qu'il en est. » Voilà, j'essaie de les éclairer au maximum. Pour qu'elles fassent leur choix en conscience. (PS7-SF3-Anc11)

De ce fait, ils expliquent aux femmes comment évaluer les risques. Les propos de ces trois sages-femmes illustrent la manière dont les risques plus marqués par cette zone de flou peuvent être abordés :

Je leur demande de faire attention... mais je ne leur interdis pas de manger... je leur dis : « Attention à la rupture de la chaîne du froid pour la listeria », tout ce qui est charcuterie et puis fromages à pâte crue, je leur dis qu'a priori, il n'y a quand même pas de risque de grosse transmission donc elles peuvent quand même en manger. J'avoue que j'ai ce discours-là, je ne sais pas si c'est bien ou pas mais je me dis que quand même, si elles rapportent un bout de Comté, qu'elles le mettent au frigo... il y a quand même des traçabilités de partout donc... elles peuvent quand même manger un petit bout de Comté de temps en temps ! (PS21-SF17-Anc13)

Je m'adapte aussi, je leur dis : « C'est un risque, tous les aliments ne sont pas forcément contaminés, et si vous mangez quelque chose mais que vous l'avez quand même fait vous-même... » Si, c'est genre des moules cuites chez elle, là il y a quand même pas de risque. « Mais après si vous allez manger des huitres dans un resto à 500 km la mer. Ça va être moins bien. » (PS8-SF4-Anc11)

Il ne faut pas non plus ne plus rien manger... Il y en a certaines elles ne mangent plus rien ! Elles se restreignent énormément et puis, après, ça fait des frustrations énormes ! Voilà, j'essaie d'axer en disant : « Oui, il y a ce risque mais il ne faut pas non plus avoir peur de tout ! » Après, je les rassure, quand c'est chauffé par exemple. Quand le fromage, il est chaud, je leur dis que la listériose est tuée à partir de... On dit entre 60° et 80°... Voilà, des choses comme ça ! Après, si c'est bien lavé, si la viande est bien cuite, voilà le risque, il est minime quoi ! Donc oui, je vais plus axer là-dessus. (PS17-SF13-Anc6)

Consultation, lieu pour communiquer sur l'alimentation ?

Si le constat est fait par les professionnels de la nécessité d'aborder les messages de prévention lors de la grossesse, se pose la question de la priorité que les femmes accordent à cette thématique pendant cette rencontre :

Je n'ai pas l'impression, que l'alimentation soit une préoccupation principale. Je trouve qu'elles sont très axées sur le suivi médical, sur l'échographie [Réfléchit], mais sur... les risques infectieux, même si ça leur fait peur quand même. Donc ça en général, elles respectent. (PS13-SF9-Anc19)

Pour l'un des médecins, aborder en détail ce sujet en consultation n'est pas une attente des femmes : « *Moi je ne trouve pas qu'elles ont des attentes particulières de la part du médecin de rentrer dans l'alimentation et grossesse. Par contre, moi, je pense qu'il y a une réelle information à donner pendant la grossesse.* » (PS5-GYN3-Anc9)

Pour une sage-femme, « *le gynécologue est vu comme le médical pur et dur* » et il n'est pas l'interlocuteur attendu pour évoquer l'alimentation-grossesse :

Non pas qu'ils sont seulement ça, attention ! Je sais très bien qu'il y en a beaucoup qui se renseignent, qui apprennent de nouvelles choses. Mais ils sont vus comme le médecin. Donc, je pense qu'il y a un petit côté injonction médicale. (PS11-SF7-Anc10)

À l'inverse, les modes de communication utilisés par certaines sages-femmes peuvent les rendre plus accessibles : « *J'ai des textos, beaucoup de textos ! " Et le pâté en croûte, j'ai le droit ? ", " Ma belle-mère a fait des rillettes, ça craint ? " Je les aide, bien sûr, mais ça c'est à la fois hyper agaçant et plutôt positif, car c'est... à 22 h 00... ou à 13 h 00 le dimanche... " Je suis à l'apéro chez ma belle-mère, est-ce que j'ai le droit de... " » (PS14-SF10-Anc13)*

En résumé, à l'image d'un puzzle, les professionnels reconstituent les différentes pièces de leur savoir sur l'alimentation-grossesse au cours de leurs apprentissages. Si un apprentissage au départ par mimétisme avec leurs pairs les amène à garder un discours standardisé *a minima*, les expériences professionnelles mais aussi personnelles les orientent vers plus de réflexivité et une adaptation de leurs messages. Des choix sont faits dans la communication choisie dans un temps médical restreint. Celle-ci est marquée par leur perception du risque. Comment les femmes enceintes perçoivent-elles ces différents messages et cette communication ? Lors de la consultation, comment se manifestent les échanges autour de l'alimentation-grossesse ? Que partagent-elles de ce savoir et comment s'élabore-t-il ? Comment ce croisement de savoir oriente-t-il leurs choix alimentaires ?

CHAPITRE 5.

Construction des savoirs profanes des femmes enceintes

La consultation de grossesse, outil incontournable de santé publique, est « *la pierre angulaire du suivi de la grossesse, dont l'objectif primordial est de veiller au bien-être tant de la future mère que de son futur enfant* » (Alexander et al., 2022, p.9).²⁷⁰ Le professionnel de santé se positionne comme accompagnateur de la préservation de la normalité de la grossesse, dans une relation souhaitée de partenariat avec la femme enceinte, pour qui l'accent est mis sur son autonomie dans son parcours.

Comme cela a été explicité dans le chapitre consacré aux questions d'ordre méthodologique, nous avons pu accompagner une vingtaine de femmes à différents temps de leur grossesse durant les consultations réalisées avec des professionnels. Cette phase d'observation a été complétée avec la majorité d'entre elles par des entretiens en dehors du temps de consultation. Par la suite, pour reprendre la formule d'Howard Becker (2016), nous avons « élargi la focale » de l'étude afin d'enrichir notre réflexion par une nouvelle série d'entretiens réalisée en majorité en BFC (42 femmes au total, interrogées à différentes étapes de leur grossesse).²⁷¹

Notre doctrine dans ce chapitre a été de ne pas réaliser d'analyse critique des pratiques des professionnels de santé. Il aurait été de toute façon difficile de confirmer ou d'infirmer si les conseils alimentaires diffusés à ces femmes étaient complets au regard des recommandations dans la mesure où dans de très nombreux cas comme on a pu le constater, elles ont rencontré plusieurs professionnels de santé en dehors des consultations observées.

Notre attention s'est portée avant tout sur les processus de médiation des savoirs qui ont pour objet l'alimentation-grossesse et les risques infectieux associés (modalité d'élaboration des connaissances, temporalité des échanges, type de questionnements, etc.). Au demeurant, nos premiers entretiens ont permis d'établir très vite que les professionnels de santé ne constituent pas l'unique source d'informations des femmes enceintes. L'entourage familial joue en la matière un rôle déterminant mais aussi l'environnement numérique qui compte de multiples outils (sites web, réseaux sociaux, blogs, forums) accessibles selon diverses modalités durant cette période marquée par des doutes, des incertitudes et de multiples interrogations. C'est donc l'ensemble des acteurs impliqués dans ces processus que nous avons voulu questionner.

²⁷⁰ Alexander, S., Ceysens, G., Emonts, P. et al. (2022). *Guide de la consultation prénatale* (2^e éd.). De Boeck supérieur.

²⁷¹ Pour plus de précisions sur la méthodologie, vous pouvez vous référer à la page 91.

5.1. La consultation médicale, lieu d'articulation des savoirs ?

Le modèle de la consultation prénatale repose sur la relation entre la femme enceinte et le soignant, qui, si celui-ci est bon, conduit au partage des questions, voire des anxiétés. Pour Alexander et al., « au cours des 20 dernières années, les femmes enceintes ont été mieux entendues par les professionnels de santé » (2022, p.39).²⁷² C'est ce partage que nous avons souhaité appréhender lors des observations de consultations ainsi que les préoccupations et les thématiques sur lesquelles portaient ces échanges.

Cela dit, il n'y a pas toujours de questionnement de la part des femmes enceintes, en début de grossesse, notamment lorsqu'il s'agit d'une première grossesse. *Olivia (A33, E1)* évoque une grande différence dans le vécu de ses deux grossesses : « je pense qu'il y a des choses que j'ai peut-être plus intellectualisées maintenant... on a plus d'insouciance pour le premier... » Cette annonce de grossesse crée parfois un état de sidération « joyeuse » pour les parents.

Pour d'autres femmes, ce temps avec un professionnel est aussi l'occasion d'expliquer ce qu'elles ressentent et leurs inquiétudes. Malgré la joie, le stress est parfois plus prégnant pour une seconde grossesse, comme l'explique *Oriane (A33, E1)* à la sage-femme : « C'est une bonne surprise mais pour le coup je suis très très très stressée... le premier, je n'ai jamais été aussi stressée. J'avais dix ans de moins aussi. » Des inquiétudes s'observent aussi pour les femmes ayant une grossesse tardive. *Adèle (A38, E0)* m'explique en amont de la consultation que c'est la première fois qu'elle consulte ce professionnel et qu'elle a besoin d'être rassurée : « J'ai 38 ans, c'est mon premier enfant, c'est quand même normal d'être inquiète je pense. »

Ce temps de la consultation est attendu par les femmes pour se rassurer dans ce parcours de grossesse, comme l'expriment *Rachel (A22, E0)* et son conjoint.

Professionnel : *C'est une grossesse toute simple donc je ne vais pas vous embêter plus.*

Rachel : *Oh, mais vous ne m'embêtez pas ! Au contraire !*

Conjoint : *Tant que ça te rassure et que tu es moins stressée à la maison...*

Au fil de la grossesse, les préoccupations des femmes restent globalement centrées sur l'évolution de la grossesse puis s'orientent sur les signes d'accouchement.

5.1.1. Des préoccupations qui évoluent au fil du temps

Au cours des consultations, trois grands thèmes sont identifiables : l'évolution de la grossesse, le suivi prénatal et la réalisation des différents examens et ce que l'on appelle les « petits maux » de la grossesse.

Évolution de la grossesse

Durant les premiers mois, les inquiétudes portant sur la bonne évolution de la grossesse sont très nombreuses. Elles sont d'autant plus prégnantes dans ces premières consultations quand il y a des antécédents médicaux, de fausse-couche, d'accouchement prématuré ou de saignements en début de grossesse. *Lydie (A32, E1)* qui a vécu plusieurs fausses-couches pose de nombreuses questions tout au long de sa grossesse. Elle me confie s'être inquiétée pour des douleurs et des saignements au tout début de sa grossesse : « pour moi, chaque grossesse amène

²⁷² Alexander, S., Ceysens, G., Emonts, P. et al. (2022). *Guide de la consultation prénatale* (2^e éd.). De Boeck supérieur.

beaucoup de questionnements sur ce que l'on ressent, par rapport à ce qui est normal, est-ce que tout va bien, est-ce que mon bébé grandit bien... » Pour se rassurer et suivre l'évolution de la croissance de son bébé, Lydie me montre une application pour smartphone consacrée à la grossesse qu'elle a souhaité utiliser. Toutefois, cela a déclenché de la confusion, la date de début de grossesse étant différente entre l'application et les dires du professionnel. Ce questionnement sera d'ailleurs évoqué lors de la consultation avec son médecin.

Adèle (A38, E0) qui a eu quelques saignements et Azélie (A23, E1) des douleurs au ventre ont également exprimé leurs inquiétudes à leur professionnel lors de ces premières consultations. Blandine (A26, E1) qui a déjà vécu une grossesse qui s'est arrêtée, 3 ans plus tôt, partage son appréhension au médecin et pour se rassurer lui explique regarder des conseils sur une application de grossesse.

Professionnel : *C'est la première fois que vous consultez pour cette grossesse ?*

Blandine : *Oui et les symptômes ne sont pas trop au rendez-vous donc ça m'inquiète. En 2016, la grossesse s'est arrêtée donc on a des craintes. [...]*

Professionnel : *Entre 7 et 8 semaines, la grossesse fonctionne mais parfois, il n'y a pas d'inconfort pendant la grossesse et c'est normal et tant mieux.*

Blandine : *Je suis tellement rassurée. [...]* Je suis l'évolution et les conseils sur l'appli.

Professionnel : *C'est quoi votre application ? C'est une application avec les photos de développement de bébé ?*

Blandine : *C'est l'appli Grossesse Plus. Oui, il est comparé à des bonbons.*

Professionnel : *Vous êtes à 7 semaines d'aménorrhée et 6 jours [soit 5 semaines de grossesse et 6 jours] et votre appli, elle dit quoi ?*

Blandine : *7 semaines d'aménorrhée et 4 jours.*

Professionnel : *Ah ben c'est ça²⁷³.*

Cette même inquiétude est évoquée par Maelle (A28, E1) qui présente un antécédent de menace d'accouchement prématuré et a eu des saignements en début de grossesse. Son conjoint présent lors de plusieurs consultations renouvellera ses questions au professionnel sur l'évolution, la taille du bébé et le risque de malformation.

Une autre préoccupation des femmes porte sur les conditions qui peuvent impacter la bonne évolution de la grossesse (activité sportive, déplacements, voyage). C'est le cas de Sonia (A27, E1) qui souhaite faire un voyage et aller dans un parc d'attraction.

Sonia : *J'avais aussi une question pour savoir si je n'avais pas de contre-indication pour aller au parc d'attraction.*

Professionnel : *D'une façon générale, il faut éviter tout ce qui est à grande vitesse.*

Sonia : *On va à Disneyland Paris en fait.*

Professionnel : *Donc pas de chute libre ou de vitesse...*

Sonia : *Les manèges pour enfants ?*

Professionnel : *Oui, pas de souci. Dans le parc, vous pouvez aussi dire à l'accueil que vous êtes enceinte.*

Sonia : *Et pour le train ?*

Professionnel : *Oui, on peut. Si vous faites de la route, il faut faire des pauses régulières.*

²⁷³ Le terme de grossesse est estimé par échographie avec une précision de 3 à 5 jours.

Suivi prénatal et examens

Les premières consultations sont l'occasion de planifier les futures étapes du parcours de grossesse des femmes et de planifier le suivi prénatal. De nombreuses femmes vont poser des questions à leur professionnel pour bien comprendre le déroulement de ces consultations et des examens.

En amont de la consultation, *Olivia (A33, E1)* m'explique qu'elle consulte précocement la sage-femme pour bien identifier les différentes étapes du suivi : « *Je suis au tout tout début de grossesse, je n'ai fait qu'un test urinaire et rien d'autre... je ne me souviens plus bien ce qu'il faut faire. Finalement, cela fait 5 ans par rapport à mon fils et ce n'est plus clair, ce qu'il y a à faire...* » Elle ajoute que l'organisation de ce suivi n'est pas évidente à combiner avec la vie professionnelle, ce qui est source de stress :

C'est compliqué en fait de prendre des rendez-vous médicaux car je travaille et j'ai des déplacements... pour venir j'ai dû mentir à mes collègues et prendre mon après-midi en prétextant une activité avec mon fils. Ce n'est pas simple car je n'aime pas mentir mais je ne veux pas que cela se sache pour l'instant...

Les femmes se projettent et font souvent leur propre calcul sur le terme présumé de naissance, notamment avec l'aide d'applications. À ce titre, certaines femmes vont parfois jusqu'à remettre en question les décisions médicales, comme *Rachel (A22, E0)* qui a vu une sage-femme pour son échographie permettant de dater la grossesse et qui revoit son gynécologue-obstétricien pour l'échographie du 1^{er} trimestre.

Rachel : *Je voulais vous demander, j'ai un doute sur le calcul de mon terme prévu d'accouchement. Ce n'est pas que je n'ai pas confiance dans l'autre personne, car je l'ai appréciée mais on se pose des questions. Il a été fixé au 17 mai mais avec plus ou moins 6 jours. Mais en réfléchissant, on se dit que ça ne colle pas, car ce bébé a été créé le 17 août.*

Professionnel : *C'est la date qui a été fixée pour nous.*

Rachel : *Oui, mais si mes calculs sont bons, mon terme serait plutôt vers fin avril/ début mai.*

Professionnel : *Si la date de début de grossesse est fixée au 17 août, on convient d'un terme théorique d'accouchement pour le 17 mai.*

Rachel : *Mon beau-père qui a un bac+6 ainsi que mon père qui a aussi des diplômes trouvent que ça ne colle pas et qu'il y a un problème donc je voulais revoir avec vous.*

Professionnel : *On va refaire le point.*

Au-delà de la datation de la grossesse et de la surveillance échographique, ces premiers mois de grossesse sont également marqués par de nombreux dépistages. Parmi ces derniers, les professionnels vont expliquer aux femmes, en cas de statut négatif pour la toxoplasmose, les modalités du dépistage à effectuer chaque mois. D'autres dépistages font l'objet de questionnements importants de la part des femmes (trisomie 21, diabète).

Pour *Naomie (A27, E0)*, le dépistage de la trisomie 21 est aussi source de stress ; un membre de la famille de son conjoint est concerné par un problème génétique. Ces consultations seront ainsi l'occasion d'exposer ses inquiétudes au médecin qui l'accompagne dans cette grossesse.

Professionnel : *Au 1^{er} trimestre, on regarde la nuque et la clarté nucale.*

Conjoint de Naomie : *Ma tante a une trisomie 21.*

Professionnel : *Je comprends le poids psychologique que cela représente. Le test est fait chez tout le monde. On regarde la nuque et des marqueurs sériques. Avant il y avait l'amniocentèse, mais*

il y avait 1% de fausse couche. Maintenant, c'est fait si la nuque et les marqueurs sériques ne sont pas bons.

Lors de la consultation suivante, le couple m'explique qu'ils ont reçu les résultats mais qu'ils n'ont pas compris et sont inquiets ; l'amniocentèse²⁷⁴ est conseillée et le conjoint s'interroge sur le réel risque de fausse couche. Le couple compte sur ce temps de consultation avec le médecin pour les éclairer sur les résultats, ce que le professionnel fera.

Lydie (A32, E1) m'explique qu'il est difficile pour elle d'échanger sur ses inquiétudes avec sa famille, car « ce n'est pas la même génération et il n'y avait pas tous ces examens de dépistages autour de la trisomie 21 ». Elle a reçu des premiers résultats qui n'étaient pas dans les normes et qui ont conduit à réaliser des examens supplémentaires (qui seront rassurants). Ce temps de consultation lui permet ainsi de partager ses craintes et de se rassurer.

Pour *Olivia (A33, E1)*, cette crainte est moins présente pour cette deuxième grossesse :

Le risque trisomique ça m'avait un peu inquiétée pour mon premier. Là je suis plus sereine en fait. Je me dis qu'il n'y a pas forcément de raison, pas d'antécédent dans ma famille... mon premier va bien et à l'écho... sur la clarté nucale, tout ça...c'était plutôt positif, donc c'est pas une inquiétude. Je pense que c'est facilité la deuxième grossesse.

Ayant développé un diabète au cours de sa précédente grossesse, *Olivia (A33, E1)* s'est inquiétée très tôt, dès les premiers examens :

J'ai très envie de sucre... du coup ça m'inquiétait un peu parce que pour ma première grossesse, j'avais du diabète... j'avais été dépistée à 3 mois, première prise de sang... puis je suis rentrée dans le protocole direct dès le 3^{ème} mois jusqu'à la fin... Je ne m'étais pas méfiée, alors que là oui. C'est ce qui m'inquiétait, la glycémie. Je devais faire une prise de sang et je me suis mise au vert, je n'ai pas mangé de sucre, j'ai limité !

Le suivi prénatal se fonde aussi sur un accompagnement personnalisé en fonction de ce qui est détecté en début de grossesse par le professionnel et cela peut amener à cibler les échanges. *Rachel (A22, E0)* a connu de nombreuses addictions, qu'elle a stoppées en partie. Pour le professionnel, voir comment il peut l'accompagner dans sa démarche devient un souci majeur. Dans cet échange, j'ai pu observer la confiance entre le professionnel et la femme enceinte, qui est le socle indispensable de l'accompagnement périnatal.

Professionnel : Lorsque l'on s'était vus, nous avons eu une discussion par rapport à vos addictions et je vous avais dit ce que j'en pensais par rapport au tabac et par rapport aux drogues.

Rachel : *Oui, mais j'oublie l'idée de me soigner car j'ai peur que ça ne soit un choc d'en reparler et de retomber dans les addictions. Pour le tabac, je pense que je peux.*

Professionnel : Vous ressentez le besoin de vous faire aider ?

Rachel : *Oui, on m'a conseillé de me faire hypnotiser et d'être accompagnée.*

Professionnel : Pour toutes vos addictions, vous ne vous êtes jamais fait accompagner ?

Rachel : *Non, j'ai toujours réussi à tout gérer.*

Professionnel : Clairement tout est bénéfique, votre accompagnement tiendra compte de votre ressenti et il y aura une mise au point sur l'ensemble de vos addictions. Mais je ne suis pas naïf, il ne sera pas possible de tout traiter et il ne faut pas que vous vous sentiez malmenée. [...] On

²⁷⁴ L'amniocentèse est un prélèvement d'une petite quantité du liquide amniotique entourant le fœtus. Il est prescrit pour dépister d'éventuelles anomalies génétiques ou chromosomiques chez l'enfant.

(<https://www.ameli.fr/assure/sante/examen/gynecologie/deroulement-amniocentese>)

ne pourra pas vous aider si vous n'êtes pas d'accord. J'ai bien compris que votre situation n'est pas neutre et que ça allait vous remuer, mais c'est important.

Rachel : *Si vous me le conseillez, je le ferai...*

Professionnel : *Vous avez eu une consommation intense précoce et avec un contexte familial qui a pu vous malmené. La perception des choses peut être différente avec la grossesse et c'est important d'être accompagnée.*

Rachel : *Cela va dépendre de la personne qui est en face.*

Professionnel : *Vous avez une personne en particulier ?*

Rachel : *Non, je ne connais personne mais je voyais plus vous en parler à vous qu'à quelqu'un d'autre, c'est au feeling.*

Les « petits » maux de grossesse

Durant le premier trimestre, les « petits » maux de la grossesse sont fréquemment cités par les femmes. Ce sont des symptômes courants qui peuvent les affecter, liés aux changements physiques et modifications hormonales engendrés par la grossesse (nausées, vomissements, fatigue, mal de dos, insomnies problèmes de digestion, etc.). Ils sont variables selon les femmes. C'est un sujet évoqué en début de grossesse pour la grande majorité des femmes qui se plaignent parfois de plusieurs symptômes concomitants qui rythment leur journée et qui les questionne.

Comme le décrit *Lydie (A32, E1)*, il n'est pas facile de distinguer la part de normalité dans les symptômes ressentis : *« Je me pose des questions, j'ai eu des douleurs... et est-ce que c'est normal, je suis fatiguée et les seins un peu sensibles... mais pas grand-chose de plus... pas de nausées... »* Elle compare en permanence ses symptômes actuels à ceux ressentis pour sa première grossesse qui fut compliquée : *« Je suis plus essoufflée, avec un ventre plus gros, je ne peux plus mettre mes vêtements et je fatigue vite, j'ai du mal à monter les escaliers... »* *Olivia (A33, E1)* fait également cette comparaison : *« J'ai l'impression que cela va plus vite que pour mon premier. »*

De nombreuses femmes sont gênées par des nausées, vomissements ou perte d'appétit qui viennent perturber leur quotidien mais aussi leur alimentation, comme c'est le cas d'*Adèle (A38, E0)* qui expliquait : *« au début, il y a des choses qui ne passaient plus, je vomissais. »* *Olivia (A33, E1)* décrit des changements conséquents de son quotidien :

Moi j'ai eu un premier trimestre un peu compliqué... les nausées... le soir... le matin, ça m'arrive aussi... Je sais qu'il faut que je prenne le petit déjeuner allongée avant de prendre ma douche. Que si je vais directement prendre ma douche, euh... ça ne marche pas. Donc j'ai changé un peu mes habitudes. Mais le matin, ça va à peu près. Mais le soir quand je rentre, je suis épuisée.

Pour *Amina (A39, E4)*, la quasi-totalité de ses questions est centrée sur les maux qu'elle ressent (nausées, hypersalivation, constipation). Cela préoccupe également les conjoints comme me l'explique *Olivia (A33, E1)* :

Mon conjoint, ça l'embête quand même de me voir pas bien. En fait, le problème c'est qu'il ne me voit pas la journée, quand je suis plutôt bien, et qu'il me voit le matin, quand je suis en train de vomir dans la salle de bains... ou le soir, quand j'arrive et que je n'ai qu'une envie, c'est de me mettre dans le canapé et que je suis au bout de ma vie... ça l'affecte beaucoup de me voir pas bien. Puis je pense qu'il se demande si ça va durer... j'essaie de préciser en disant qu'au deuxième trimestre c'est fini, mais on sait qu'il y a des femmes pour lesquelles ça dure...

Plusieurs femmes vont se soucier de cette fatigue intense qu'elles ressentent et l'évoquer avec leurs praticiens, comme *Pauline (A30, E2)* et *Perrine (A30, E2)*. D'autres femmes vont évoquer

toutes les douleurs qu'elles ressentent, en bas du ventre pour *Sonia* (A27, E1), au niveau du dos pour *Vanessa* (A29, E0).

Par la suite, ces références aux « petits maux » de la grossesse s'estompent. Les douleurs ressenties par les femmes les inquiètent sur un risque d'accouchement prématuré et c'est un sujet fréquemment au cœur des échanges, comme nous l'avons observé pour *Lydie* (A32, E1) qui essaie de se rassurer :

Professionnel : *Pas trop de contractions ?*

Lydie : *Des douleurs avant-hier, le soir, assez fortes, mais c'est passé. Ça tire depuis plus de 10 jours au niveau du dos et des ligaments mais ça va, je vais bien et je me le répète [rires].*

La grossesse présente une part d'inconnu, source d'inquiétudes, même pour un deuxième enfant, comme l'explique *Olivia* (A33, E1), « *les contractions, c'est compliqué parce qu'en plus, même si on a déjà eu un bébé, je pense qu'on ne sait quand même pas trop ce que c'est. Et dans la " Maison des maternelles ", il y avait toute une émission sur : " Est-ce que c'est mon bébé qui bouge ? est-ce que c'est une contraction ? "* »

Malgré le fait d'avoir dépassé le premier trimestre, période à risque de fausse couche, *Oriane* (A33, E1) qui attendait cette grossesse depuis 8 ans est anxieuse : « *Mais je suis tellement stressée que, en permanence, j'ai envie de savoir si tout va bien. Tellement peur... je me dis, on a attendu si longtemps...* » De ces symptômes inconnus, découle souvent la crainte de perdre ce futur enfant :

C'était vraiment une douleur violente. Et puis c'est parti d'un coup. Mais ça m'a inquiétée, je me suis relevée et je me suis dit qu'il fallait quand même aller voir si je ne saigne pas. Je me suis même fait la réflexion : « Si ça se trouve je suis en train de le perdre... » Et puis je l'ai senti bouger dans la journée... (Olivia, A33, E1)

Le milieu de la grossesse est aussi une source d'appréhension concernant le risque que les enfants développent des malformations ou des maladies :

J'essaie de voir à chaque fois si je peux le sentir bouger et... pour mon 1^{er} enfant, je n'avais pas fait des échos tous les mois. Je trouve que c'est bien parce que ça ne stresse pas trop le bébé, mais, en fait, en même temps, moi ça me stresse de ne pas en faire une tous les mois. Si jamais à la prochaine écho, on voit qu'il y a un problème, moi personnellement... enfin, et puis mon conjoint non plus... s'il y a un handicap on ne souhaitera pas garder le bébé... à cause de ça et à cause du fait que j'ai déjà un premier [enfant en bonne santé]. J'avais pas ces questions-là, je ne me disais peut-être pas que c'était possible. C'est particulier un deuxième... (Olivia, A33, E1)

Les femmes partagent fréquemment leur hâte de ressentir leur bébé et posent les questions sur le terme à partir duquel elles pourront sentir ses mouvements, comme *Malorie* (A25, E0) et *Naomie* (A27, E0). Lors d'un deuxième enfant, les perceptions différentes peuvent inquiéter, c'est le cas de *Lydie* (A32, E1) qui n'a pas les mêmes sensations que pour sa première fille.

Les femmes sont à l'affût des signes de ce qui est vécu à l'intérieur d'elles, à leur insu, dont l'un des corollaires est le sentiment d'impuissance. *Olivia* (A33, E1) se sent déstabilisée car plus la grossesse avance et plus elle a l'impression de perdre le contrôle : « *je sens que je ne contrôle rien et ça me stresse de ne rien contrôler !* » Elle ressent aussi le besoin d'impliquer son premier enfant, ce qui est une tentative de reprendre le contrôle, non pas sur son corps, mais sur le monde extérieur et la manière de vivre cette grossesse :

Il touche mon ventre et dit : « Ah oui, là c'est dur ! » C'est rigolo comme... je m'étais posé plein de questions : « Comment je vais l'impliquer ? Est-ce qu'il va s'impliquer ? » Et puis finalement c'est naturel... Et j'ai une application qui compare le bébé à un fruit ou un légume... En fait ça

change toutes les semaines, le mercredi et ça passionne mon fils ! Donc tous les matins il regarde, et là il savait que c'était mercredi, il était à fond ! On en était à un ananas je crois et là du coup on était à un chou !!! Je pense que pour lui c'est hyper visuel du coup.

L'environnement familial peut amener à se questionner également sur sa propre santé. *Naomie* (A27, E0) cherche des réponses auprès du gynécologue-obstétricien car elle a découvert que plusieurs personnes de sa famille présentaient une maladie thyroïdienne. Ce sujet angoissant a conduit *Naomie* à se poser de très nombreuses questions qu'elle partage difficilement avec son conjoint qui n'est pas inquiet.

Naomie : *Ma maman m'a demandé de vous parler d'un truc, elle est positive au Hashimoto et mes sœurs aussi.*

Professionnel : *C'est fréquent. Pas de souci avec une thyroïdite, car c'est une maladie auto-immune donc il n'y a pas de raison que vous ayez quelque chose, il n'y a pas de facteur familial.*

Naomie : *Ah bon, je croyais...*

Conjoint : *Ah t'es docteur ?*

Naomie : *Ben non...*

Professionnel : *On va recontrôler et vérifier T3, T4 et TSH pour vous rassurer.*

Cette inquiétude centralise les échanges avec le professionnel. Lors de la consultation suivante, *Naomie* l'évoque dès les premières minutes de l'échange :

Naomie : *J'ai fait la prise de sang pour la thyroïde mais je n'ai rien vu d'anormal, je voulais voir avec vous.*

Professionnel : *C'est bon.*

Naomie : *Le taux était bon pour moi.*

Professionnel : *Oui, oui.*

Lors des dépistages et examens du 2^{ème} trimestre, d'autres questionnements peuvent apparaître c'est le cas pour *Naomie* (A27, E0).

Naomie : *Je voulais vous reparler car j'étais positive à la glycosurie. J'ai fait les examens et eu les résultats de la glycémie à jeun et après le repas et ça me semblait bien.*

Conjoint de Naomie : *T'es médecin ?!* [rires]

Naomie : *J'ai regardé sur internet et ça avait l'air d'être bien.*

Professionnel : *C'est parfait !*

Naomie : *Donc pas de diabète gestationnel ?*

Professionnel : *Non, pas de souci, c'est parfait.*

Naomie : *Parce que ce test positif... ça m'a inquiétée...*

Professionnel : *Pendant la grossesse, le seuil d'excrétion rénale du glucose est abaissé donc c'est souvent positif toute la grossesse. [...]*

Naomie : *Moi je suis une grosse fan de sucré... je vais faire attention à l'excès de sucre...*

En fin de grossesse, les femmes vont parler avec leur professionnel de douleurs et symptômes souvent liés au fait que l'enfant grossit (lombalgie, insomnie, fatigue, remontées acides, etc.). *Naomie* (A27, E0) m'explique même en amont de la consultation avoir cherché des solutions sur l'internet pour soigner ses maux : « *Je suis fatiguée car la nuit j'ai des remontées acides, cela me gêne énormément. Je suis obligée de dormir assise. J'ai pris du Gaviscon® car j'ai vu sur internet que je pouvais en prendre enceinte, mais ça ne me soulage pas...* »

Naomie : *Et je voulais vous dire, je n'arrive plus à dormir, j'ai un reflux acide.*

Professionnel : *Je vais vous donner du Mopral®.*

Naomie : *J'ai pris du Gaviscon®, ça passe un peu mais ça revient et ça arrive toujours la nuit.*

Professionnel : *Oui c'est souvent quand on est couché qu'arrivent les remontées et le Mopral® va mieux marcher.*

Les questionnements des femmes sont largement centrés sur leurs douleurs, comme c'est le cas de *Malorie (A25, E0)* qui les décrit lors de la consultation.

Malorie : *J'avais quelques questions. J'ai mal aux dents et j'ai un rendez-vous dentiste fin de semaine. À part le Doliprane®, on peut prendre quoi ?*

Professionnel : *Je vais vous prescrire des antibiotiques, au cas où cela provient d'une infection.... [en montrant le Vidal®] Ce médicament, c'est pour ce type d'infections dentaires... Il ne faut pas boire d'alcool, mais quand on est enceinte, de toutes façons on ne boit pas ! [rires]*

Maele : *Et j'ai aussi des douleurs aux jambes avec la chaleur.*

Professionnel : *Je vais vous prescrire des bas de contention, c'est ce qui marche le mieux. Utiliser une contention élastique, surélever les jambes...*

Lors de l'apparition de contractions en fin de grossesse, les femmes s'interrogent : est-ce normal, est-ce le signe annonciateur de l'imminence de l'accouchement ou évocateur d'une problématique de santé ?

Naomie : *Depuis quelques semaines, le ventre se durcit 2 à 3 fois par jour, je n'ai pas de douleur mais jeudi dernier j'ai eu mal en bas du ventre et j'ai dû m'allonger. J'en ai parlé à mon médecin traitant qui a prescrit une analyse d'urine que j'ai faite hier. Le ventre se durcit un peu mais pas tous les jours.*

Professionnel : *C'est normal, le ventre se contracte pour se préparer pour la naissance.*

Les trajets, les voyages et la vie professionnelle deviennent de plus en plus problématiques compliquant parfois la vie des femmes enceintes, comme l'évoque *Maele (A28, E1)* qui annulera à plusieurs reprises des déplacements, après échange avec son praticien, à cause de contractions et de modifications de son col utérin. Pour *Olivia (A33, E1)*, cela fait partie des inconvénients de la grossesse :

J'ai eu pas mal de contractions il y a quelques semaines, parce que je faisais beaucoup de trajets.... Et puis pas mal de stress. Le soir, j'avais besoin de rentrer et de me coucher, avec une fatigue intense. Ce n'est pas l'état dans lequel je me sens le mieux, je me sens vraiment limitée dans mes possibilités... C'est frustrant, des fois je me dis... ben si j'étais un homme en fait, j'aurais pas ce choix-là à faire ; c'est pas handicapant une grossesse, mais un peu quand même. C'est ça qui est compliqué, même si ça ne dure pas longtemps !

Ce corps en changement suscite de nombreuses questions pendant la grossesse et une recherche de réponses auprès de leurs professionnels. Par la suite, les inquiétudes portent sur une autre inconnue, l'accouchement et l'après naissance. Les modalités de l'accouchement et la préparation de l'environnement du futur enfant alimentent de nouvelles préoccupations à l'approche de la naissance. Parmi ces dernières, *Olivia (A33, E1)* évoque la préparation de la chambre, du matériel et de l'organisation d'après grossesse (avec le premier enfant, la crèche, la reprise du travail, les nuits) : « dès le cinquième mois de grossesse, minimum il faut penser à se projeter dans l'organisation, le mode de garde, etc. »

Les derniers examens de fin de grossesse soulèvent aussi certaines inquiétudes : « *Il ne risque pas d'arriver avant ?* » (*Malorie, A25, E0*) Celles-ci portent sur les signes et la date

d'accouchement, la question de quand partir à la maternité. *Olivia (A33, E1)* explique cette appréhension et son besoin d'imaginer toutes les situations :

De toute façon, je me dis qu'on peut se préparer mais la théorie... ça ne se passera jamais comme on a prévu. Je suis un peu en stress à me dire que si ça se trouve je vais accoucher à la maison. Je ne sais pas pourquoi ! Parce que pour le premier ça a été vite... Je me dis qu'il faut que je sois préparée psychologiquement si jamais ça arrive... enfin voilà, j'essaie de me préparer un peu à tout ça. Alors ma grande activité de femme enceinte, c'est de regarder la « Maison des maternelles » !

Maelle (A28, E1) me confie ses craintes car elle a régulièrement des contractions et évoque la différence par rapport à son premier enfant :

Je me pose beaucoup de questions sur l'accouchement. Je ne sais pas si je vais savoir à quel moment venir à la maternité. Je n'ai pas eu à me poser ces questions-là pour ma première fille car mon col était déjà ouvert et j'ai été déclenchée. Et je ne sais pas comment on va faire pour garder ma fille le jour J... Quand partir à la maternité... Quand appeler mon conjoint... Il travaille à 30 minutes et j'appréhende de prendre la voiture. Je ne conduis plus car j'ai peur d'avoir des contractions pendant le trajet. J'ai peur d'accoucher chez moi.

5.1.2. Quand l'alimentation est au cœur des échanges

Force est de constater que les femmes formulent peu de questions sur l'alimentation lors des consultations prénatales. Ce thème est abordé uniquement dans des situations particulières : en cas d'antécédent de diabète gestationnel, de prise de poids, de troubles digestifs ou de projet de voyage.

Au cours de la grossesse, les échanges entre le professionnel et la femme s'orientent fréquemment sur la solution qui peut être apportée pour diminuer les maux mais s'engagent de façon plus ponctuelle sur les risques infectieux.

L'importance donnée à l'alimentation au cours des consultations croît lorsque les femmes ont un antécédent de diabète gestationnel²⁷⁵ à la grossesse précédente ou de diabète dépisté au cours de la grossesse actuelle. *Olivia (A33, E1)* reste très marquée par le régime et le suivi qu'elle a dû mettre en place lors de sa première grossesse. Elle a fait part de son inquiétude et de sa vigilance actuelle sur les produits sucrés. *Amina (A39, E4)* découvre qu'elle développe un diabète, problématique qui s'ajoute aux maux de la grossesse, bousculant encore plus son alimentation.

La prise de poids fait aussi partie des éléments de surveillance lors des consultations prénatales et des objectifs sont préconisés pour chaque femme afin de prévenir des complications de grossesse, comme l'illustre cet échange entre le professionnel et *Perrine (A30, E2)* :

Professionnel : *Je vais vous peser. Ce sera le chiffre de départ car ma balance n'est pas tout à fait aussi charmante que certaines autres peut-être.*

Perrine : *Hum... 58*

Professionnel : *C'est pas mal.*

²⁷⁵ Le diabète gestationnel est un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum (OMS). https://www.has-sante.fr/jcms/c_272475/fr/rapport-de-synthese-sur-le-depistage-et-le-diagnostic-du-diabete-gestationnel

Perrine : *Après un bon Mont d'Or, finalement, ça passe ! [rires] Je sais qu'entre le poids à jeun et le poids après...*

Pour *Pauline (A30, E2)*, la prise de poids est trop rapide, déclenchant des échanges autour de l'alimentation de la part de son médecin qui l'incite à modifier son alimentation et à surveiller les apports en sucre.

Pour *Hakima (A21, E0)*, l'alimentation est abordée avec sa sage-femme lorsqu'elle évoque les « petits maux » qu'elle ressent : « *je vomis toujours, fatigue et nausées et quand je mange, je vomis, depuis 1 semaine j'ai pas mangé, uniquement des dattes et yaourts.* »

Rachel (A22, E0) évoque quant à elle une perte d'appétit à son gynécologue-obstétricien qui la questionne sur d'éventuelles nausées et sur ce qu'elle mange.

Professionnel : *Vous la trouvez comment votre grossesse ?*

Rachel : *J'évolue du bidon, j'ai déjà bien pris. Quand j'étais malade, avec la sinusite, je ne mangeais plus.*

Professionnel : *Vous ne mangiez plus du tout ? Vous étiez barbouillée ? Des vomissements ?*

Rachel : *Non, pas barbouillée.*

Professionnel : *La cuisine n'était pas bonne ? [rires]*

Rachel : *Oh si, il me fait des tartiflettes !*

Professionnel : *Vous ne prenez pas du fromage au lait cru quand même ?*

Rachel : *Ah non, on fait super gaffé ! Même trop des fois ! [rires]*

Professionnel [s'adressant au conjoint] : *Vous la trouvez en forme ?*

Conjoint : *Oh oui, elle s'inquiète surtout pour un rien.*

Professionnel : *Vous passez sur la balance s'il vous plaît ?*

Rachel : *+ 3kg.*

Conjoint : *Je mange pour elle.*

Rachel : *Il va prendre les kilos pour nous, il cuisine toute la journée !*

Le dialogue aborde les précautions alimentaires sur la consommation de fromages au lait cru. Malgré son statut positif pour la toxoplasmose, c'est l'occasion pour le couple d'évoquer la grande vigilance sur les risques alimentaires.

Un projet de voyage, lorsqu'il concerne un voyage à l'étranger, peut amener à discuter alimentation et risques alimentaires. Pour *Olivia (A33, E1)*, les échanges sur l'alimentation ont été engagés lorsque celle-ci a évoqué avec la sage-femme son voyage à Majorque. Si *Olivia* s'inquiétait sur le risque de se déplacer lors des premiers mois de grossesse, la sage-femme a pointé la nécessité de rester vigilante sur l'alimentation. Étant enceinte de son deuxième enfant, c'est une thématique sur laquelle *Olivia* avait déjà réfléchi. L'échange porte sur les précautions déjà prises mais aussi sur sa perception du risque.

Professionnel : *Vous avez encore des questions ?*

Olivia : *Oui, une petite. Je dois prendre l'avion le week-end prochain.*

Professionnel : *Pas de souci, c'est combien d'heures d'avion ?*

Olivia : *Je vais à Majorque donc c'est 3 heures environ. J'avais calé un voyage avant de savoir que j'étais enceinte.*

Professionnel : *Mais au premier trimestre on peut encore faire des choses. Il faudra faire attention à l'alimentation... les fruits de mer et tout ça...*

Olivia : *J'ai déjà essayé d'y réfléchir et on est en airbnb donc on cuisine entre amis, donc je ne vais pas tarder à leur dire. Et je ne bois pas d'alcool, je ne fume pas.*

Professionnel [en tendant une feuille de conseils] : *Pour les fromages, il faut éviter ceux de la ferme, au lait cru et pour les fromages au lait cru, comme le comté, enlever la croûte et plus c'est vieux moins il y a de risque.*

Olivia : *Et je ne suis pas immunisée pour la toxo.*

Professionnel : *Il faut laver les fruits et légumes, mais bon pas trop de risque pour ceux achetés en grandes surfaces qui poussent plutôt en hauteur.*

Olivia : *Au restaurant c'est pareil... si on choppe quelque chose ça me surprendrait quand même...*

Professionnel : *Ah ben il faut quand même bien laver avec un peu de vinaigre, la viande plutôt bien cuite, sinon l'acheter surgelée ou congeler à -12°C.*

S'agissant des conseils sur les risques alimentaires, ceux-ci sont plus souvent délivrés par le professionnel lors de l'annonce des résultats du dépistage toxoplasmose et de l'absence d'immunité. Les messages de prévention sur l'alimentation apparaissent moins dans les échanges lorsque les femmes sont immunisées. Pour *Lydie (A32, E1)* et *Maelle (A28, E1)*, immunisées pour la toxoplasmose, les échanges sont centrés sur leurs préoccupations portées sur l'évolution de la grossesse et non sur l'alimentation. Pour *Rachel (A22, E0)*, également immunisée, une phrase qu'elle « lâche » dans la conversation sur un aliment potentiellement à risque de listériose (« tartiflette ») sert d'élément déclencheur, comme nous venons de le voir dans l'échange cité précédemment.

Même si les femmes non immunisées sont concernées par les messages de prévention sur la toxoplasmose, peu de questionnements font suite à cette annonce. Lorsque la sage-femme explique à *Amina (A39, E4)* son statut négatif et lui délivre quelques conseils d'hygiène alimentaire, celle-ci va simplement répondre aux questions de la sage-femme qui l'interroge sur ses pratiques (le jardinage, la présence de chat au domicile). Le questionnaire d'*Amina* repose uniquement sur le moment de réalisation du dépistage.

De la même manière, la sage-femme donne à *Hakima (A21, E0)* des précisions sur l'immunisation et la maladie. *Hakima* parle mal le français et rencontre des difficultés pour comprendre le résultat. Elle interroge la sage-femme pour savoir si c'est bien ou non d'avoir un résultat négatif. Cette dernière est alors amenée à apporter plus de précisions sur le risque pendant la grossesse et l'importance de prendre des précautions. En se basant sur une fiche de conseils, elle explicite les mesures de prévention pour la toxoplasmose mais également pour la listériose et poursuit sur les conseils relatifs à l'alimentation équilibrée et les addictions. *Hakima* écoute attentivement mais ne posera aucune question à la suite de ces explications.

Quand *Adèle (A38, E0)* informe le médecin qu'elle n'est pas immunisée pour la toxoplasmose, elle lui précise les précautions mises en place. C'est l'occasion pour le gynécologue-obstétricien de compléter les mesures de prévention et d'échanger ensuite sur l'alimentation de façon plus générale pour l'aider dans les troubles digestifs qu'elle décrit.

Professionnel : *Avez-vous fait le bilan sanguin du 1^{er} trimestre ? avec la rubéole, la toxoplasmose, les examens d'urine ?*

Adèle : *Oui, j'ai reçu les résultats hier mais je n'ai pas récupéré les résultats papier. Tout est bon, sauf la toxoplasmose, je suis négative pour la toxoplasmose.*

Professionnel : *Il faudra reconstrôler le résultat dans 3 semaines.*

Adèle : *J'ai des chats mais qui ne sortent pas et mangent des croquettes et je fais attention pour la litière que je fais matin et soir.*

Professionnel : *Il n'y a pas de problème pour les câliner. Il faut effectivement prendre des précautions pour les litières, mettre des gants et bien laver ses mains. Il faut également bien cuire les viandes et bien laver les fruits et les légumes mais il n'y a pas besoin de se séparer de son chat !*

Ce qui amène les femmes à poser des questions sur le risque alimentaire, repose généralement sur la posture initiale des professionnels qui les interrogent pour savoir ce qu'elles mangent ou sur ce qu'elles ont compris des conseils préalablement énoncés. Après avoir questionné Sarah (A19, E0) sur son immunisation vis-à-vis de la toxoplasmose, le médecin lui demande si elle sait quoi manger. La patiente évoque les produits pasteurisés. Les échanges portent alors sur l'ensemble des messages de prévention dédiés à l'alimentation et à l'hygiène de vie. Sarah profite de cet échange pour poser une question sur la consommation de fromage non pasteurisé.

Professionnel : *Donc vous n'êtes pas immunisée pour la toxoplasmose.*

Sarah : *Je pense que peu de femmes le sont...*

Professionnel : *Est-ce que l'on vous a expliqué ce qu'il faut manger ou non ?*

Sarah : *Je regarde ce qui est pasteurisé ou non.*

Professionnel : *Il faut bien laver les fruits et légumes, bien cuire la viande.*

Sarah : *Des fois, on dit qu'il faut congeler la viande mais c'est mieux de bien cuire.*

Professionnel : *Pour les chats, il faut éviter les contacts avec la litière.*

Sarah : *J'avais un chat avant mais pas là.*

Professionnel : *Bien laver les mains, il faut faire attention au contact surtout si des personnes toussent autour de vous. Laver le frigo à l'eau de javel en début et fin de grossesse. Prendre des produits laitiers pasteurisés et éviter les fromages à pâte molle et avec des moisissures. Boire 2L d'eau par jour.*

Sarah : *Oui c'est ce que je fais.*

Professionnel : *Avoir une activité physique régulière, 3 à 4 fois par semaine, environ 30 minutes. Faire attention à la prise de poids, manger équilibré, pas trop gras, trop sucré et manger 5 fruits et légumes par jour. Et ne pas manger de fruits de mer.*

Sarah : *Ah oui, on n'a pas le droit.*

Professionnel : *Je vais faire votre déclaration de grossesse et vous allez recevoir votre carnet de maternité, vous verrez que tout est bien expliqué dedans, lisez-le et on en rediscute si besoin.*

Sarah : *Si le fromage n'est pas pasteurisé, est-ce qu'on peut quand même le manger fondu ?*

Professionnel : *Oui, si c'est cuit.*

De même, la sage-femme questionne Ségolène (A28, E0) pour savoir ce qu'elle a compris des recommandations et renouvelle les explications sur la toxoplasmose et la listériose tout en lui distribuant un support avec des conseils sur l'alimentation.

Professionnel [en regardant les résultats d'examen] : *Vous n'êtes donc pas immunisée contre la toxoplasmose. Est-ce que vous avez compris ce que vous avez le droit de manger, ou pas le droit de manger pendant la grossesse ?*

Ségolène : *Oui, un peu... Après, les lardons fumés ? J'ai pas le droit ?*

Professionnel : *Alors, tout ce qui est fumé, vous n'avez pas le droit. Regardez, je vous donne ce livret, il y a plein de petits conseils alimentaires dedans. Tout ce qui est fumé, tout ce qui n'est pas cuit, là, avec Noël, le foie gras, les huîtres, tout ce qui est...*

Sékolène : *Je ne mange pas d'huîtres.*

Professionnel : *Alors, ça ne vous limitera pas. C'est zéro alcool...*

Sékolène : *Je ne bois pas d'alcool.*

Professionnel : *Parfait. C'est le moins de tabac possible.*

Sékolène : *Je ne fume pas.*

Professionnel : *Zéro drogue possible. Et puis sur l'alimentation, pensez à bien bien laver vos légumes, vos salades, tout ça. Contre la toxoplasmose, il faut laver votre frigo aussi. Pour la listeria, on essaie de favoriser plutôt les fromages pasteurisés. Il faut que vous fassiez attention sur les fromages, mais c'est toujours écrit. Cherchez le mot « pasteurisé » sur le fromage. Et puis le petit livret, là, il y a tout qui est bien expliqué. Est-ce que vous avez des questions ? d'autres inquiétudes ?*

Sékolène : *Non, ça va.*

Dans un autre registre, plusieurs femmes soulignent que les précautions prises en matière d'alimentation peuvent conduire à « dévoiler » leur grossesse. *Olivia (A33, E1)* s'inquiète du temps de l'annonce de la grossesse qui coïncide avec le début des invitations et des barbecues entre amis. Cela soulève aussi la problématique du soutien des proches :

Olivia : *D'un autre côté, si problème, si on veut être soutenue si besoin...*

Professionnel : *Des fois c'est bien aussi de garder pour soi, tout en ayant très envie de partager.*

Olivia : *Mais c'est différent de mon premier, là j'ai plus envie de le dire.*

Professionnel : *C'est le 2^{ème}, c'est plus naturel et votre homme il est content ? inquiet ?*

Olivia : *Content, oui, pas inquiet. Là le cocon est fait, on a la maison, tout roule, on a notre famille, tout va bien.*

De façon indirecte, la surveillance du poids peut ouvrir sur l'alimentation de façon générale, puis de façon plus ciblée ensuite sur les risques alimentaires. Au moment où le gynécologue-obstétricien demande à *Sonia (A27, E1)*, qui est immunisée, de se peser, il évoque avec elle tous les conseils pour une alimentation équilibrée, une bonne hydratation, l'hygiène alimentaire (conseils pour la listériose), et la pratique du sport pendant la grossesse.

Professionnel [qui a déjà vu la patiente en consultation à 5 semaines de grossesse] : *Montez sur la balance. Pendant la grossesse, est-ce que je vous ai déjà parlé de comment il faut manger ou boire ?*

Sékolène : *Non.*

Professionnel : *Il faut boire 2L d'eau par jour, manger équilibré, pas pour deux. Il faut continuer de faire du sport, 150 minutes par semaine soit 3 à 5 fois par semaine environ 30 minutes. Si vous le faites tous les jours c'est bien. Vous pouvez faire tous les sports sauf ceux avec des sauts.*

Sékolène : *J'ai un abonnement en salle de sport, je peux continuer ? Je faisais du vélo elliptique.*

Professionnel : *Oui, c'est bien. Manger 5 fruits et légumes, bien se laver les mains, manger de la viande et du poisson, bien laver les fruits et légumes, bien cuire la viande, le poisson et les fruits de mer. Ne pas consommer tout ce qui n'est pas pasteurisé, mettre de l'eau de javel dans le frigo en début et fin de grossesse. Tout est bien expliqué dans le carnet de grossesse et si vous avez des questions, vous pouvez me les poser.*

D'autres conseils sur les risques infectieux sont abordés lors des consultations, tel que le Cytomégalovirus, appelé CMV, comme évoqué en consultation avec *Maëlle (A28, E1)*. Cette thématique permet d'aborder indirectement l'hygiène personnelle.

Professionnel : *Votre premier enfant a quel âge ?*

Maelle : 2 ans

Professionnel : *Et il est gardé en nourrice ?*

Maelle : *Oui.*

Professionnel : *On parle de la prévention CMV aux couples avec des enfants en bas âge qui vont en collectivité. Ils peuvent attraper des virus, avoir le nez qui coule et pas grand-chose ou juste un syndrome grippal. C'est beaucoup plus problématique lorsque le virus passe le placenta. C'est au niveau des sécrétions salivaires des enfants donc on ne fait pas de bisou sur la bouche, on ne mange pas avec les mêmes couverts, on se lave bien les mains au moment des repas ou quand on a joué avec l'enfant.*

Au milieu et à la fin de grossesse, l'alimentation n'est toujours pas au cœur des questionnements, sauf quand un souci médical est associé à cette problématique. Comme pour le premier trimestre, la prise de poids conduit à aborder l'alimentation : « *j'ai quand même pris un petit peu de poids depuis que je suis en congé mat [...] mais du coup je mange tout le temps ! J'ai des fringales et j'ai envie de manger du chocolat !* » (Olivia, A33, E1) Cette surveillance est parfois contrôlée par le conjoint, comme pour Naomie (A27, E0).

Conjoint : *Donc elle a pris 1kg depuis le début ?*

Professionnel : *Oui et il faut en prendre quand même des kilos pendant la grossesse.*

Conjoint : *Oui, c'est bien, je me serais inquiété si elle n'avait pas pris.*

Naomie : *Oui 1kg, c'est bien. Je ne suis pas d'une nature à prendre beaucoup de poids.*

Dans les consultations suivantes, le sens des échanges s'inverse sur la prise de poids au sein du couple.

Conjoint : *Ah ! tu as bien pris depuis la dernière fois.*

Naomie : *En même temps, cela fait 3 jours de barbecue [rires]. On n'arrête pas ! Bon cette semaine je vais faire régime salade.*

Professionnel : *Il faut faire attention de ne pas trop prendre.*

Conjoint : *C'est déjà fait !*

Professionnel : *Oui, mais on n'est pas au bout, vous pouvez limiter.*

Naomie : *Oui il reste plus d'un mois...*

Il est parfois difficile de mener de front plusieurs problématiques, comme l'explique Oriane (A33, E1) qui est en surpoids et explique avoir des difficultés à combiner une alimentation équilibrée avec ses nausées et vomissements. Elle questionne aussi sur la compatibilité de ces envies avec les précautions alimentaires : « *Là, j'ai envie de soupe de poisson... un truc que j'ai jamais mangé de ma vie. Je ne sais même pas si j'y ai le droit du coup.* »

Les maux de la grossesse qui se prolongent sont sources des questionnements. C'est le cas de Zhora (A26, E0) qui est inquiète car les vomissements perdurent et qu'elle a perdu du poids en début de grossesse, amenant la sage-femme à redonner des conseils alimentaires. Pour Olivia (A33, E1), les remontées acides se sont même accrues en fin de grossesse, ce qui a engendré des recherches personnelles pour trouver comment calmer ses maux de grossesse :

Bébé bouge beaucoup et j'ai des remontées acides, c'est intensifié, ça c'est vraiment fatigant. Ma sage-femme m'avait donné quelque chose mais c'est à base d'anis et j'aime pas du tout. Mais j'en ai ras le bol, c'est vrai que ça me réveille la nuit. J'ai lu ce matin – parce que du coup avec la fatigue, je me suis dit, il faut que je trouve qu'est-ce qui ne va pas dans mon alimentation aussi... – qu'il faut manger de l'ananas. Ils disent qu'il y a quelque chose qui est présent dans

l'ananas, et dans le jus de l'ananas... Donc je vais essayer. J'en ai pas trop parlé au médecin... parce qu'en fait c'est pas des gros problèmes, c'est plein de petits maux en fait.

Comme nous l'avons précédemment évoqué, le dépistage du diabète gestationnel²⁷⁶, qui est une source d'inquiétudes, est parfois renouvelé au 2^{ème} trimestre de grossesse. Ces appréhensions ont été exprimées par plusieurs femmes. *Olivia (A33, E1)* était préoccupée avant de réaliser son test sanguin : « *je me dis que pour la prise de sang, il faut que je fasse gaffe quand même, que j'essaie de manger moins de sucre...* » De même, *Naomie (A27, E0)* a parlé au médecin de son test urinaire positif, retrouvant du sucre dans les urines, mais avec un test sanguin normal ; elle craint de développer un diabète gestationnel ; elle avoue être « *une grosse fan de sucré* ». Le gynécologue-obstétricien la rassure sur les examens.

Professionnel : +3kg... ah oui quand même... il va falloir aller voir le nutritionniste pour contrôler tout ça. Il faut faire attention à votre poids.

Naomie : C'est vrai que je mange bien.

Conjoint : Oui, tu grignotes tout le temps, il faut arrêter ça !

Naomie : Oui c'est vrai.

Des échanges sur l'alimentation sont fréquemment engagés entre elle et le professionnel de santé car la prise de poids est très rapide au 2^{ème} trimestre. *Naomie* évoque une forte tendance au grignotage et la vigilance qu'elle essaie d'avoir : « *La dernière fois vous m'avez demandé de faire attention au poids donc j'ai fait attention [vous avez bien fait !] et c'est l'été donc on mange plus de salade et de fruits c'est plus diet !* »

Cette thématique est aussi abordée à chaque consultation pour *Lydie (A32, E1)*, qui a des difficultés à respecter le régime pour le diabète gestationnel : « *je fais des piqûres 4 fois/jour avec un régime sans sucre mais des fois je ne le fais pas.* » Elle me confie que l'endocrinologue n'est pas satisfait :

Il n'était pas content car les glycémies sont au-dessus et j'ai pris 4kg en un mois. Il m'a dit que ce n'était pas possible de continuer comme ça. C'est difficile car j'adore le sucré et je dois me reposer, je ne peux pas trop bouger. Je suis vite tentée de grignoter en dehors des repas car je suis à la maison et je ne fais rien...

La réassurance que les femmes peuvent trouver grâce au suivi prénatal est parfois fragile. *Olivia (A33, E1)* décrit une appréhension vis-à-vis de la toxoplasmose, plus forte pour la grossesse actuelle, qui apparaît après la découverte d'un cas de contamination dans son entourage :

La toxo ça m'inquiète... Enfin je ne sais pas, mais j'ai la sensation que ça ne m'inquiétait pas autant pour 1er enfant, mais... c'est toujours pareil en fait, c'est parce qu'on raisonne avec ce qu'on a entendu. En fait j'ai eu la belle-sœur d'une amie qui a chopé la toxo à la fin de sa grossesse alors que j'avais jamais entendu ça avant quand j'ai eu mon premier enfant.

Elle réagit aussi car cette fin de grossesse est associée à une histoire qui lui a été rapportée où une femme enceinte a perdu son enfant. Ce type de récits peut réveiller des craintes et un sentiment de culpabilité :

Je pense que là je suis plus stressée parce qu'on m'a dit qu'une femme avait perdu son bébé en fin de grossesse... C'est des choses auxquelles je ne pensais pas du tout quand j'ai eu mon premier

²⁷⁶ Le diabète gestationnel est un trouble de la tolérance au sucre avec augmentation de la glycémie (quantité de sucre dans le sang) plus ou moins importante, diagnostiqué au cours de la grossesse, selon une stratégie de tests basée sur des facteurs de risque. Ce dépistage est réalisé au 1er trimestre si les femmes présentent au moins un facteur de risque. Toutefois, chez les femmes non diagnostiquées préalablement, un autre test est recommandé au cours du 2ème trimestre. Et des examens à la recherche de la présence de glucose dans les urines sont réalisés tous les mois.

enfant, parce que je ne connaissais pas de gens qui avaient vécu ça de près en fait. Du coup je pense que je suis plus inquiète. Vu que je ne suis pas immunisée, j'essaie de faire attention mais en même temps... Là on est allés cueillir des fraises en plein champ, avec les enfants, et en fait je me suis surprise à en manger et juste après me dire : « Oh ! je n'aurais vraiment pas dû faire ça ! » J'ai la sensation que j'étais peut-être moins inquiète pour ma première grossesse.

Cette anxiété est également évoquée par *Tatiana* (A32, E0). Les conseils alimentaires avaient été abordés avec la sage-femme pendant le 1^{er} trimestre. En consultation, elle précise avoir été très stressée sur l'alimentation, source de nombreux questionnements dans son couple.

Professionnel : *Et puis par rapport à tout ce qui est alimentaire, c'était bon ? tout ce qu'on avait vu ensemble ?*

Tatiana : *Cette fois, je crois que c'est bon.*

Professionnel : *Il n'y a plus de questions ?*

Tatiana : *Là, je suis moins... stressée qu'au début... quand même...*

Tatiana explique qu'elle pense avoir compris maintenant ce qu'elle a le droit de manger et les « grands interdits » : *« le Mont d'Or, enfin, les fromages au lait cru, les sushis, vraiment. Ça c'est la grosse chose, je me dis, ça je ne peux vraiment pas y couper. Mais sinon, euh... non, après, on fait bien attention sur... les crudités, la salade... Je lave tout à fond. »* Son conjoint présent lors de la consultation, explique qu'il contribue au respect des précautions :

Conjoint : *Je surveille, puis c'est moi qui fais souvent à manger donc... [rires]*

Tatiana : *Ah puis, il regarde tout ce que je mange !*

Professionnel : *Voilà, c'est ce qu'on avait dit, voilà il y a des choses fortement déconseillées, mais voilà, il ne faut pas non plus se stresser avec ça. Donc voilà, c'est vrai que les fêtes arrivent...*

Le conjoint dévoile que sa femme a mangé des aliments déconseillés.

Conjoint : *T'as mangé du foie gras...*

Tatiana : *Ouais, l'autre jour, j'ai mangé du foie gras, sans savoir. Après... c'était un truc industriel... enfin industriel... bien emballé, je me dis y a peut-être moins de risques qu'un foie gras euh fait soi-même...*

Conjoint : *J'y avais pas pensé. Je pensais que c'était cuit...*

Tatiana : *Peut-être pas...*

Professionnel : *C'est fait, de toute façon, oui, voilà, cela fait partie, c'est comme les charcuteries, le foie gras, cela fait partie des aliments déconseillés. Après... on peut faire des entorses...*

Conjoint : *En fait, elle peut manger mais il ne faut pas qu'elle tombe malade c'est ça ? Pas forcément ? C'est ça ?*

Tatiana : *Oui mais après, quand t'es malade, c'est trop tard.*

Conjoint : *Parce que moi, si je mange la même chose je peux tomber malade aussi, finalement.*

Professionnel : *Oui... mais alors, elle est immunodéprimée. Elle se défendra moins... Donc, t'es plus à risque quand même de chopper une infection. Effectivement, c'est comme la toxo, on se dit mais pourquoi j'ai jamais eu la toxo, pourquoi je l'aurais là quand je suis enceinte ? Mais t'es quand même plus à risque d'avoir la toxo, parce tu te défends moins bien, quand t'es enceinte.*

Tatiana : *D'accord.*

Professionnel : *Après c'est sûr qu'il faut faire attention surtout à la conservation des aliments... Pas d'autres questions sur l'alimentation ? Sur autre chose, sur ce que t'as le droit de faire, pas faire ?*

Tatiana : *Non, je crois que c'est bon.*

5.1.3. Un cercle élargi de professionnels pour s'informer

Outre nos propres observations menées durant les consultations, les entretiens conduits avec plusieurs femmes au cours de leur grossesse (5 durant le 1^{er} trimestre, 12 durant le 2^e trimestre, 20 durant le 3^e trimestre et 5 en fin de grossesse après le suivi) ont permis d'étendre l'analyse sur la nature des informations partagées lors des consultations. Nos interlocutrices évoquent la teneur de leurs échanges avec les professionnels de santé mais aussi l'importance (ou non) des documents diffusés à cette occasion et la confiance qu'elles accordent aux informations diffusées.

Même si certaines femmes ne peuvent pas le confirmer avec certitude, la majorité déclare avoir reçu des informations sur les messages de prévention vis-à-vis des risques infectieux alimentaires. Seules quelques femmes déclarent n'en avoir reçu aucune en consultation médicale durant leur grossesse. Mais si l'on considère la masse d'informations délivrées au 1^{er} trimestre, le biais de mémorisation est à prendre en considération. C'est notamment le cas d'*Amina (A39, E4)* rencontrée en consultation et qui ne se souvient pas des conseils alimentaires délivrés par la sage-femme. Elle a toutefois conscience du risque lié à la toxoplasmose : « *c'est quelque chose... de toxique... elle passe au bébé.* » Elle est aussi en mesure de donner deux conseils, nettoyer les fruits et légumes et bien cuire les aliments, pour s'en prémunir. De la même manière, *Lydie (A32, E1)*, immunisée contre la toxoplasmose, ne se souvient pas si son médecin a évoqué les précautions alimentaires au cours de cette grossesse. L'entretien a eu lieu juste après son accouchement, un biais de mémorisation est aussi possible. De plus, elle s'est focalisée sur ses problématiques de nausées et vomissements et sur le diabète gestationnel qu'elle a développé au 4^{ème} mois de grossesse, qui ont chamboulé son alimentation.

Fanny (A35, E0) déclare ne pas avoir reçu d'informations de la part des professionnels, que ce soit à la maternité ou en cabinet de ville en début de grossesse :

D'ailleurs, toutes les interdictions qu'il peut y avoir sur l'alimentation, je me suis renseignée par moi-même. Je suis immunisée contre la toxo. Mais il y a quand même les risques de listeria, de salmonelle et du coup, je n'ai pas pris le risque de manger des choses qui pouvaient entraver le fœtus.

Néanmoins, elle se souvient avoir posé des questions à une sage-femme, en amont de la grossesse, lorsqu'elle était suivie dans le service de Procréation Médicalement Assistée (PMA).

Deborah (A35, E1) estime que sa profession [médecin] ou encore son statut positif vis-à-vis de la toxoplasmose ont contribué à l'absence de message par sa sage-femme :

Je n'ai pas trop le sentiment qu'on m'ait parlé de l'alimentation, parce que j'étais toxo-plus et... donc... je ne me souviens pas... Bon après moi je suis médecin... peut-être qu'on me parle moins de ces choses-là... je les connais... Mais vu que je suis toxo-plus, c'est vrai qu'on ne me l'a pas trop évoqué. Ni pour la listériose, je n'ai pas eu d'info, en tout cas, par rapport à ça. Mais bon, c'est un peu biaisé du fait de mon métier...

Nous pouvons malgré tout considérer que le cadre médical de son parcours professionnel lui a apporté des informations sur l'alimentation-grossesse puisqu'elle nous a expliqué réaliser des consultations prénatales.

Perception des paroles expertes

L'information est souvent perçue comme suffisante lorsque les informations ont été délivrées à plusieurs occasions, notamment lorsque les femmes rencontrent plusieurs professionnels dans leur suivi de grossesse :

Je suis immunisée contre la toxoplasmose, je le savais avant l'intention d'arrêter ma pilule. Donc ma gynéco m'en a parlé tout de suite... et souvent ou c'est moi qui posais des questions, je ne sais plus dans quel ordre... Et comme j'ai en plus, et la sage-femme libérale et la gynéco, là je ne peux pas dire que je n'ai pas d'infos ! J'ai vraiment eu des réponses à mes questions. (Inès, A29, E0)

C'est aussi le cas d'*Elsa* (A30, E1) qui a été informée par deux sages-femmes, plusieurs fois au cours de la grossesse :

Après il y a des livres, internet, tout ça. Mais j'avais déjà les infos nécessaires avec la sage-femme libérale et la sage-femme de la maternité. [...] C'était plus à l'oral... ma sage-femme a dû me donner un dépliant au 4^{ème}, 5^{ème} mois, mais vu qu'on a beaucoup parlé à chaque rendez-vous mensuel, je ne l'ai pas forcément feuilleté parce qu'elle m'a donné toutes les informations nécessaires à l'oral.

Les informations ont également convenu à *Sonia* (A27, E1) qui avait des connaissances de sa première grossesse :

Je pense que ça dépend aussi des soignants. Il y en a peut-être qui font plus l'impasse que d'autres. Moi, la sage-femme mais même la gynécologue m'a bien redit : bien nettoyer les aliments, bien manger équilibré mais... ne pas dire non, aux frustrations non plus, ou en tout cas, le moins possible. J'ai été super bien informée par la gynécologue donc je n'ai pas ressenti le besoin d'être plus informée que ça.

Avoir plusieurs échanges sur l'alimentation permet de disposer de plusieurs façons de communiquer sur les recommandations et d'aller parfois plus dans le détail. *Malorie* (A25, E0) qui avait consulté deux fois des médecins généralistes a apprécié que le gynécologue-obstétricien apporte plus de précisions pour pouvoir mettre en pratique les précautions au quotidien :

Conjoint : *Oui, tu as commencé les précautions... Après on a pu s'y tenir vraiment... en ayant plus d'explications avec le gynécologue. Là on a pu vraiment savoir... en détails.*

Malorie : *Voilà, c'est ça. Oui, à la première consultation il réexpliquait bien... Faites attention ça, ça...*

Conjoint : *Il a tout repris. Et puis entre temps on a pris ailleurs deux, trois infos...*

Malorie : *Oui, on est allés chercher nous-mêmes... Beaucoup. C'est le seul bémol que j'ai dans tout mon suivi : c'est la généraliste que j'ai vu au début, ça ne servait à rien. Je serais allée directement faire ma prise de sang et voir le gynécologue... j'aurais gagné mon temps. Le gynécologue en a parlé un peu plus précisément on va dire... que juste : « Vous ne mangez pas de fromage, de charcuterie... » et voilà.*

Conjoint : *Il a donné des explications aussi, il a répondu aux questions.*

Cet échange n'a pas été observé lors des consultations, toutefois nous n'étions pas présente pour la consultation du début du 4^e mois et ce sujet n'a pas été abordé par *Malorie* dans son récit, qui était alors préoccupée par des maux de la grossesse (nausées et hypersomnie).

De nombreuses femmes ont cité le fait d'avoir rencontré plusieurs professionnels dans leur parcours de grossesse, parmi lesquels le médecin généraliste, le gynécologue-obstétricien et la sage-femme. *Ophélie* (A30, E0) évoque aussi les informations reçues par les institutions.

C'était une information orale par la sage-femme et puis j'en ai eu aussi par mon médecin traitant... une information orale, et puis je crois que j'ai eu une information écrite aussi, par l'assurance maladie, ou... je ne sais plus exactement... qui sont venues peut-être un peu plus tard.

Celles-ci sont parfois redondantes avec les connaissances que les femmes ont déjà ou acquièrent au cours de la grossesse, comme le souligne *Ophélie (A30, E0)* : « *Je les ai trouvées suffisantes et... précises. Mais, je n'ai pas appris de choses nouvelles par rapport à ces informations orales, depuis que je suis enceinte. [...] J'avais déjà pas mal d'informations.* »

D'autres interlocuteurs sont également rencontrés dans le parcours de grossesse, comme le pharmacien qui est aussi un acteur clé, comme l'évoque *Kenza (A28, E0)* :

J'étais déjà un peu au courant avant d'aller à la consultation, des choses que je ne pouvais pas manger. En fait quand j'ai appris ma grossesse, c'était peut-être le lendemain ou deux jours après, je suis allée dans une pharmacie, j'ai posé la question à une pharmacienne, et elle m'avait remis un petit guide de grossesse, et dedans j'avais déjà des infos sur l'alimentation...

Jasmine (A28, E0) a pu bénéficier d'un cours de préparation à la naissance sur la thématique par une diététicienne.

J'ai pu faire quand même un cours sur l'alimentation en cours de préparation, proposé par la maternité... Il y a une diététicienne qui fait une séance de deux heures, donc on a pu voir un peu ensemble ce qui pouvait être consommé ou pas, ce qu'il faut consommer avec modération, etc.

Toutefois, même si celui-ci était éclairant, il est arrivé trop tardivement dans la grossesse : « *ça m'a permis d'y voir un petit peu plus clair mais je ne l'ai pas su forcément en début de grossesse... Il a été fait... début de mon sixième mois.* » À cet égard, les femmes perçoivent l'intérêt d'un message précoce, « *parce qu'en trois mois, on a le temps de ne pas savoir et en tout cas... de manger... pas n'importe quoi, mais des choses qui seraient peut-être déconseillées.* » (*Vanessa, A29, E0*)

Pour la grande majorité des femmes, ces messages sont délivrés durant le 1^{er} trimestre de grossesse : « *La toxoplasmose, la listériose... et quoi d'autre... salmonellose ! C'était en début de grossesse.* » (*Annabelle, A35, E0*) Toutefois, il n'y a pas d'homogénéité de pratiques entre les professionnels, tous ne s'accordent pas pour l'évoquer à la toute première consultation. En fonction de leur façon d'organiser le suivi prénatal, ces messages peuvent être transmis par les professionnels à des temps de consultation différents : lors de la consultation qui vise à prescrire la prise de sang qui confirmera la grossesse, à confirmer la grossesse par échographie, à réaliser la datation de la grossesse, ou encore à réaliser la déclaration de grossesse :

La première fois qu'on m'en a parlé, c'était quand j'étais allée chez le médecin pour qu'elle me prescrive la prise de sang pour confirmer la grossesse. C'était juste oral, sur les grandes consignes, ce que vous pouvez ou non manger, en sachant que je n'ai pas eu la toxo non plus... mais pas de document écrit. (*Gabrielle, A29, E0*)

Pendant la consultation, le moment de l'information peut être impulsé, par la prescription du dépistage : « *Elle m'a fait une ordonnance pour la prise de sang au premier rendez-vous et puis elle m'en a tout de suite parlé, avant même que j'aie les résultats en fait. Donc elle m'a dit : " Si c'est négatif, il faudrait faire attention à ça, ça, ça. "* » (*Lucie, A30, E0*), ou la réception du résultat pour la toxoplasmose : « *Quand ma sage-femme a reçu les examens, elle m'a redit pour la toxoplasmose...* » (*Florie, A42, E0*)

Le dépistage pour la toxoplasmose se révèle être un « déclencheur » des informations sur les risques infectieux alimentaires, c'est également ce qui a été observé en consultation et lors des entretiens avec les professionnels. Le pendant serait d'omettre de délivrer des conseils hygiéno-

diététiques en cas de connaissance de l'immunisation en amont de la grossesse. La situation de *Maelle* (A28, E1) pourrait le suggérer : « *On n'a pas refait cette fois-ci la prise de sang, parce que je lui ai dit que j'étais immunisée. [...] D'ailleurs, je ne me souviens pas d'avoir eu d'informations... je pense que oui... mais comme à toutes les femmes je suppose.* »

De surcroît, une priorisation de l'information sur le risque toxoplasmose est décrite par les femmes, comme le souligne *Lucie* (A30, E0) qui reconnaît avoir « *eu moins d'informations sur la listériose* ». Cette prédominance d'un message sur l'autre est également évoquée par *Naomie* et *Tatiana* :

Dès le départ, comme on m'a bien expliqué, j'ai toujours bien fait attention à tout ça... il m'a parlé aussi un petit peu listériose et salmonellose, on en avait parlé, mais moins que sur la toxo quand même. C'était plus axé sur la toxo. (Naomie, A27, E0)

C'était oral sur toxoplasmose et listériose, en expliquant bien le pourquoi de la toxo. (Tatiana, A32, E0)

Cela étant, au-delà d'une possible priorisation des messages par le professionnel, ce qui a été parfois évoqué par les praticiens eux-mêmes, de nombreux facteurs peuvent influencer la mémorisation des informations par les femmes. Ces dernières peuvent ne se souvenir que du terme « toxoplasmose » ce qui transparaît dans les propos d'*Audrey* et *Ninon* :

La première fois où on s'est rencontrées, ma gynécologue m'a demandé comment je mangeais... Voilà, elle m'a expliqué pour la toxo ce qu'il ne fallait pas manger, mais après au niveau de l'alimentation, je crois qu'on n'en a pas plus parlé... J'ai vraiment le souvenir de la toxo, même en ayant eu un support papier... (Audrey, A29, E0)

En premier je suis allée voir une médecin généraliste, tout au début... qui m'a parlé un peu de la grossesse, de l'alimentation, des tests à faire... Il y a la question que je ne suis pas immunisée contre la toxoplasmose. Donc elle m'a dit de faire attention à bien laver les légumes... Elle m'a dit qu'il ne fallait pas manger de fromages qui n'étaient pas sous-vide... La charcuterie... Qu'est-ce qu'elle m'a dit d'autre ? Je ne sais plus trop exactement. (Ninon, A23, E0)

De surcroît, pour *Vanessa*, l'importance est portée sur le dépistage de la toxoplasmose plutôt que sur les conseils alimentaires :

Le médecin c'est : « Bon on va faire la prise de sang pour savoir si vous êtes immunisée contre la toxo », et puis c'est tout en fait ! Mais après je me dis que, comme je ne posais pas de questions, que j'acquiesçais en faisant oui de la tête... ils doivent se dire que je comprends ce que c'est, qu'éventuellement je n'ai pas besoin de plus d'infos... Mais je ne me rappelle pas avoir eu la question : « Est-ce que vous savez ce que c'est la toxo, comment on l'attrape ? » Après ça a dû être : « Voilà, évitez de manger ça, ça, et ça... » Mais ce n'était vraiment pas détaillé. (Vanessa, A29, E0)

Sur ce point, deux constats se dégagent des propos recueillis auprès des femmes. Cette prise de sang semble en quelque sorte « officialiser » une vigilance accrue sur les risques alimentaires :

On pense avant tout à la toxoplasmose, parce qu'on a la prise de sang tous les mois, donc j'y pense forcément ! Mais je sais qu'il y a aussi la listériose par exemple avec les fromages... C'est vrai c'est que les premières choses dont on entend parler, quand on va voir le médecin... les risques liés à la consommation de certains produits, il nous parle tout de suite de ça... et donc, on a quand même conscience qu'il y a ces risques-là. (Lucie, A30, E0)

Toutefois, celle-ci peut être potentiellement axée sur les précautions spécifiques au risque toxoplasmique. Grâce à cet examen sanguin mensuel, les femmes déclarent rester « en alerte » pour le respect des précautions alimentaires et un examen négatif les sécurise sur leur santé.

Il m'avait bien expliqué... comment éviter de contracter la maladie, et puis du fait qu'on a le suivi tous les mois avec la prise de sang, ça rassure... j'attendais avec impatience les résultats et puis voilà, dès que je voyais que le taux était... bon... j'étais tranquilisée. (Naomie, A27, E0)

Cependant, il s'agit d'une fausse sécurité sur une potentielle prise de risque si l'on considère le risque listérien, puisqu'aucune prise de sang n'est faite en cours de grossesse (pas d'immunité possible), sauf en cas de suspicion de contamination, notamment en cas de fièvre.

Par ailleurs, les femmes enceintes s'accordent sur le fait que l'information leur paraît synthétique et rapide :

Alimentation et grossesse, ça a été survolé, juste oralement, des consignes vis-à-vis de la listériose et de la toxoplasmose parce que je ne suis pas immunisée. (Géraldine, A32, E1)

À la première consultation, elle m'a grosso-modo fait un petit topo sur la nourriture, rapidement, en me disant vigilance à propos des laitages, de la viande rouge, et de la charcuterie, surtout ça et « Reprenez rendez-vous avec la généraliste et vous verrez ensemble ». C'était clair mais expédié en fait ! (Malorie, A25, E0)

Sur ce point, plusieurs hypothèses sont formulées par les femmes. Pour certaines, ces messages succincts seraient la conséquence de la connaissance par le praticien du parcours personnel de la patiente : « *Après, c'est ma généraliste depuis presque dix ans, donc on se connaît un peu, elle sait que je suis plutôt au courant. Elle n'a pas trop insisté non plus. Et j'avais pas spécialement de questions à lui poser...* » (Élise, A33, E1) Le discours médical pourrait également être déterminé par le parcours professionnel, comme le suggère Vanessa (A29, E0), qui se questionne sur l'intention réelle du professionnel, délivrer un message personnalisé ou un message concis ; s'inquiétant alors de l'aspect insuffisant de celui-ci :

Mon médecin généraliste sait aussi que j'ai fait des études en nutrition, donc elle se dit peut-être aussi que je connais, que je me suis renseignée, que je sais en tout cas où aller m'informer... Peut-être ! Je fais des suppositions hein, mais... Quelqu'un qui ne saurait pas et qui n'oserait pas poser la question... pour la toxoplasmose... c'est problématique.

Une sélection des messages pourrait aussi intervenir lorsque les femmes ont déjà eu des enfants car selon Sonia (A27, E1) : « *dans le cadre d'une deuxième grossesse, on est, on va dire rôdée par rapport à la première... on sait à peu près... il faut quand même faire attention à ce qu'on consomme.* » Plusieurs femmes ont témoigné d'une moindre information et admettent se poser probablement moins de questions pour la grossesse actuelle que les précédentes :

La gynéco là c'est toujours très rapide mais parce qu'elle estime aussi qu'il n'y a pas lieu parce que tout va bien... peut-être... Elle sait que c'est ma deuxième grossesse, elle n'a peut-être pas jugé bon de me rappeler des choses évidentes, alors qu'en fait je pense qu'une petite piqûre de rappel ça ne fait pas de mal. Mais je pense que je suis aussi fautive parce que je n'ai pas posé de questions. (Zoé, A38, E1)

Alors dès qu'on est multipare... on n'a plus rien... Honnêtement, si c'était ma première grossesse, je pense que ça ne serait pas suffisant. C'est vrai que ça ne m'a pas perturbée parce qu'il y a des choses que je savais déjà, vu que j'avais déjà vécu une grossesse. (Géraldine, A32, E1)

Pour d'autres femmes, cette brève information s'expliquerait par l'appui d'un support écrit ou encore serait la conséquence de temps de consultation restreints, comme le souligne Audrey :

À chaque fois, ça a l'air speed, donc je ne sais pas... L'autre fois, j'y suis restée un quart d'heure à peu près. [...] Mais, on n'a pas forcément parlé de l'alimentation... C'est peut-être à nous aussi de demander, je ne sais pas trop. Elle m'a donné une liste par rapport à la toxo et dit un peu ce qu'il y avait sur le papier en fait... c'était vraiment la liste... à éviter. Il y a la toxo et la listériose

aussi je crois. Mais après voilà, c'est tout expliqué sur le papier, donc je pense qu'ils abrègent un peu... (Audrey, A29, E0)

D'après les propos de Karen (A32, E0), l'information écrite servirait même à suppléer au discours médical :

On nous avait donné un flyer, chez la gynéco, dès le premier jour... enfin la première consultation... Ça s'appelle « Nutrition de la femme enceinte, ayons les bons réflexes en attendant bébé ». On n'a pas eu d'échanges plus que ça, mais on a au moins eu un flyer en disant : « Il faut faire attention à ça... ». Et en gros ils disent qu'il ne faut pas manger deux fois plus mais deux fois mieux, faut boire de l'eau, diminuer thé et café, arrêter de fumer, tout ça... Et après ils disent : les bons gestes pour éviter la toxo, puis les bons gestes pour éviter la listériose.

Dans ce temps contraint, avec de nombreuses informations à communiquer en début de grossesse, les professionnels seraient amenés à aborder essentiellement les grands principes de prévention. C'est l'hypothèse retenue par Gabrielle (A29, E0) :

Ma généraliste était restée dans les généralités parce qu'on avait beaucoup d'informations sur le déroulé de la grossesse et les conseils alimentaires, donc elle n'a pas voulu nous surcharger... ou peut-être qu'elle l'a évoqué et vu qu'on a reçu une grosse dose d'informations, on n'a pas tout intégré. Donc c'était abordé d'une manière plutôt générale...

Comme le remarque Gabrielle (A29, E0), « en consultation, j'ai retenu une partie des informations mais pas tout ». Pour Perrine, dans ces conditions, la priorité est donnée aux risques liés à l'alcool et au tabac, que ce soit tant au niveau professionnel qu'institutionnel :

C'est vrai qu'on est très informée sur le fait qu'il ne faille pas fumer, pas boire... ça il n'y a pas de soucis, on voit des pancartes partout ! Par contre vous allez dans une salle d'attente de médecin ou de sage-femme, vous n'allez pas voir... une feuille A3 avec la liste des aliments interdits ou des conseils alimentaires ! Alors que vous allez voir une grosse fiche A3 avec écrit « Zéro ALCOOL » en gros ! On a quand même pas mal de campagnes... « Manger cinq fruits et légumes par jour » ... « Bien manger... Bouger... ». Enfin je ne sais plus quel est le slogan pour rester en bonne santé ! Et il me semble qu'il y a des sites internet qui illustrent ces slogans-là mais... je ne crois pas avoir entendu parler de campagne pour l'alimentation sur la grossesse. Pourtant c'est un vrai sujet. (Perrine, A30, E2)

En ce qui concerne les risques alimentaires, les messages de prévention sont parfois présentés par les professionnels sous forme de liste d'interdits « en disant : “ Pas de laitage au lait cru... pas de viande crue, pas de poisson cru, pas de charcuterie...” » (Ophélie, A30, E0). Les informations se révèlent « globales, rapport à tout ce qu'on a le droit et pas forcément le droit de manger » selon les propos de Sonia (A27, E1) et seules quelques mesures semblent citées :

Pas abordé plus que ça en fait. Je me souviens que le médecin m'avait dit qu'il fallait faire attention mais pas non plus devenir parano... Il m'avait dit que comme je n'étais pas immunisée à la toxoplasmose, je devais éviter telle chose, faire attention à ne pas manger de fromages à pâte molle, ce genre de choses. J'avais eu quelques « consignes », entre guillemets. (Kenza, A28, E0)

Les premières recommandations, c'était assez global. La sage-femme avait dit de très bien laver les légumes et de se méfier des fromages au lait cru. Après, elle n'est pas allée dans les détails... (Annabelle, A35, E0)

Ce manque de précision est fréquemment pointé par les femmes. Ces informations trop générales sont difficilement compatibles avec une mise en application au quotidien, comme l'explique Malorie (A25, E0) :

En fait c'est les grandes gammes. On va vous dire : « La viande crue, pas du tout ; les fromages il faut faire attention que ce ne soit pas au lait cru ; la charcuterie vous ne pouvez pas et lavez

vos fruits et légumes. » Le problème c'est qu'une fois qu'on se retrouve à faire ses courses dans les rayons et bien... on ne sait pas quoi. Ou sinon on applique tout à la lettre et on va manger des pâtes et du riz pendant neuf mois !

Une information jugée incomplète par les femmes est déstabilisante, parfois interprétée comme un manque d'importance accordée par le professionnel à cette thématique, et source potentielle de prises de risque :

Au début j'ignorais que la Saint-Jacques j'avais pas trop le droit... J'ignorais en fait beaucoup de choses comme ça. Donc bien sûr je savais qu'une femme enceinte ça devait manger bien cuit... Je savais, mais je ne savais pas pourquoi... Je pense que ça serait vraiment judicieux pour toutes les femmes... ou pour tout premier enfant en tout cas, de connaître tout ça, parce que... c'est vrai que c'est quand même assez important. Donc j'ai trouvé ça dommage de l'apprendre déjà par une amie et pas par la sage-femme... mais bien sûr sans remettre en cause la sage-femme en elle-même... sans remettre en cause leur façon de travailler. (Rachel, A22, E0)

De l'importance des documents écrits diffusés durant la consultation

Peu de femmes ont reçu un support en complément de l'information orale. Pourtant, comme l'exprime Rachel (A22, E0), qui a bénéficié d'informations à différents temps de sa grossesse, elle aurait apprécié un support unique écrit :

On devrait avoir une recommandation écrite, parce que c'est quand même une préoccupation qui dure neuf mois et... il y a beaucoup de gens qui disent des choses différentes... C'est important, ça peut avoir des grosses conséquences sur le bébé ! Parce que c'était très bien de le dire par oral, mais j'aurais apprécié de recevoir un dépliant... C'était le minimum en fait, pour une grossesse... avec le principal à savoir mais ils n'insistent pas non plus là où il faut je pense.

L'information est souvent perçue comme suffisante quand le message oral est accompagné d'un support écrit qui vient compléter et préciser les conseils donnés : « Elle m'a bien expliqué parce qu'il y avait des trucs que je ne savais pas si je pouvais les manger et puis elle m'a donné un petit livre qui explique, tout est bien expliqué dans le petit dépliant. » (Ségoène, A28, E0)

C'est aussi le cas de Kenza (A28, E0) qui se sent bien informée. Elle a reçu plusieurs documents : « un support que ma sage-femme avait rédigé » et « un petit guide papier à la pharmacie, assez succinct, mais avec quand même quelques infos sur l'alimentation... »

Toutes les femmes n'en ont pas la même utilisation qui varie selon la complétude du message délivré et l'attendu des femmes. Hakima (A21, E0) évoque le support écrit élaboré par la sage-femme, qu'elle garde toujours sur elle : « Oui, c'est avec moi le papier, toujours. », tout comme Karen (A32, E0) :

C'est pratique d'en avoir eu un, mais plus un format électronique, parce que ça me permet de l'avoir partout. Donc le flyer, je l'ai pris en photo dans mon téléphone, pour qu'au tout début, quand j'avais pas tous les réflexes, je puisse vérifier, le lire, plutôt quand j'étais pas chez moi.

À l'inverse, Tatiana (A32, E0) se souvient d'un support écrit mais elle ne l'a pas utilisé : « J'ai reçu des supports écrits mais je vous avoue que j'ai pas mis le nez dedans. Après avoir eu les informations, j'ai pas ressenti le besoin de regarder à nouveau. »

Différents types de supports sont évoqués par les femmes : des documents institutionnels comme le carnet maternité, des supports élaborés par les professionnels eux-mêmes ou des dépliants édités par des laboratoires :

Avec la Sécu... quand on déclare la grossesse on a une espèce de papier et puis là, c'est écrit, voilà, les risques... toutes les infections et toutes les bactéries qu'on peut avoir pendant la grossesse, les choses à faire pour les éviter. Le carnet maternité, je l'ai survolé... après on connaît les grandes lignes. (Sonia, A27, E1)

Toutefois, ces supports ne semblent pas toujours adaptés : « *Ma gynéco m'a parlé des précautions alimentaires, elle m'avait donné deux petits fascicules par rapport à la listériose et la toxoplasmose. Ce n'était pas toujours très clair pour moi, le fascicule... pas assez détaillé je dirais.* » (Bénédictte, A25, E0)

Dans d'autres cas, les supports à disposition des femmes sont ceux des laboratoires pharmaceutiques, comme le précise Zoé (A38, E1) : « *Une plaquette informative... que j'ai pris dans la salle d'attente de la gynécologue... je crois que c'était "Gyné-femme", c'était vraiment axé sur les aliments qu'il ne fallait pas consommer pour éviter la listériose et la toxoplasmose.* »

D'ailleurs, Pauline (A30, E2) accorde plus de confiance aux supports présents en salle d'attente des professionnels qu'aux informations sur le web :

Pour l'alimentation, on n'a pas grand-chose en fait, on est un peu livrées à nous-mêmes. Si on ne cherche pas on n'a rien. C'est vrai que quand on va chez le gynéco, il y a toujours des magazines dans la salle d'attente... et dès que je voyais quelque chose sur l'alimentation, je me jetais dessus pour voir, pour essayer de combler un peu... le manquement, parfois parce que c'est vrai qu'internet c'est bien, mais voilà, il faut vraiment faire confiance à ce qu'on lit et ce qu'on voit.

Le sentiment d'être « bien informée » apparaît variable selon les femmes. Florie (A42, E0) qui a reçu « *des dépliants sur l'alimentation* », trouve les informations, « peu précises ». C'est aussi le cas de Zoé (A38, E1), qui estime que la combinaison information orale - information écrite est malgré tout insuffisante pour aiguiller ses choix alimentaires :

J'ai fait d'autres recherches par la suite... plus précises... Voilà, j'avais pas trouvé ces réponses dans la plaquette, et la réponse qui m'avait été donnée par la gynécologue... Enfin, peut-être que j'avais pas bien compris ou... Je ne dis pas que c'était elle qui n'était pas précise mais... j'ai cherché sur internet.

A contrario, Kenza se dit satisfaite : « *Ma sage-femme m'avait donné un petit dossier, et dedans j'avais des informations sur la nourriture, sur l'alimentation.* » Toutefois, les propos de Kenza soulèvent cette question, se sentir bien informée, est-ce avoir les bonnes informations ?

Je me considère comme bien informée, mais peut-être à tort hein, peut-être qu'il y a des choses que je ne sais pas. Mais je n'ai pas l'impression en tout cas d'avoir des zones de flou sur ce que je ne peux pas manger. (Kenza, A28, E0)

Par ailleurs, le support écrit peut être un médiateur dans l'échange entre le professionnel de santé qui doit reposer sur une relation de confiance :

En fait [en pré-conceptionnel], quand j'ai voulu me préparer, je ne suis pas tombée sur une personne très agréable... et au final, cette femme ne m'a pas spécialement tout bien expliqué. Elle m'a juste donné des feuilles comme ça en me disant : « Voilà, je vous donne ça. » Elle m'avait sorti quand même : « Là, vous n'êtes pas enceinte ! » Je fais : « Bah, non. » Elle m'a répondu : « Bah alors vous vous poserez ces questions-là quand vous y serez ! » J'étais ressortie un peu déçue et puis même tremblante, cette femme ne m'a pas du tout plu. Et je me suis dirigée vers un autre gynécologue. (Daphné, A33, E2)

S'informer auprès d'un professionnel santé, une question de confiance...

Les femmes ont globalement toute confiance dans le suivi médical apporté par les professionnels : « *Je pense qu'on a toujours plus confiance dans le personnel de santé quand même !* » (Maëlle, A28, E1) ; « *La sage-femme avant tout. J'écoute toujours plus la sage-femme que n'importe qui.* » (Rachel, A22, E0)

C'est même au sein du couple qu'elle se définit, comme l'exprime le conjoint de Romane (A30, E0) : « *La sage-femme, on a une parfaite confiance en elle.* » Il s'agit pour les femmes d'une source d'information fiable et légitime : « *Les professionnels de santé, moi je leur fais vraiment confiance, pour moi, c'est l'information à suivre. Après tout le reste c'était juste de l'information. C'était... ni plus ni moins que des avis et de l'information.* » (Julie, A32, E0)

Sur les thématiques de grossesse, Élise (A33, E1) déclare de pas avoir fait de recherche particulière sur le web car elle estime qu'« *on trouve tout et n'importe quoi* » ; elle a préféré demander à sa sage-femme et à son médecin plutôt que d'aller chercher l'information par elle-même : « *C'est plus facile de les avoir au téléphone, soit j'attendais mon rendez-vous chez la sage-femme. Je préférerais demander et aller droit à la source ! à la source fiable !* »

Pour Rachel, les professionnels de santé se doivent d'assurer la sécurité médicale et émotionnelle de leur patiente :

J'ai besoin qu'on me donne des réponses. Moi j'hésite pas, après je sais que je peux appeler aussi soit mon médecin traitant ou directement si j'ai un gros doute, et que je ne peux pas faire passer le doute et que je suis obligée d'avoir la réponse, effectivement j'hésite pas, je fais appel aux sages-femmes à l'hôpital ou bien directement à mon médecin traitant et puis je demande. Ils sont aussi payés pour ça, donc je sais qu'ils me répondront aussi... pas avec plaisir, parce que c'est toujours gênant d'avoir quelqu'un qui vous embête pendant un service de consultation ou quoi que ce soit mais... c'est vrai que ça reste dans le service... de suivi personnalisé, et pour moi c'est important d'avoir les réponses à mes questions. (Rachel, A22, E0)

En ce qui concerne l'alimentation, la plupart des femmes accordent leur confiance aux professionnels : « *Les professionnels de santé, je les ai toujours considérés plus fiables que d'autres sources d'informations en fait. Donc c'est eux que j'écoute... enfin, c'est eux dont je suis le plus les recommandations en fait. Au moins en termes de restrictions.* » (Kenza, A28, E0)

Plusieurs femmes ont apprécié bénéficier d'un temps d'échange avec un professionnel de santé pour mieux comprendre les risques infectieux, comme l'évoque le conjoint de Malorie (A25, E0) : « *le gynéco a donné des explications, il a répondu aux questions, il y avait plus d'échanges [qu'avec la généraliste].* »

Mais si les femmes semblent se souvenir des précautions majeures, on s'aperçoit qu'elles déforment le discours du professionnel, avec parfois de fortes confusions entre les agents pathogènes et les aliments à risque :

En début de grossesse, lorsque j'en ai parlé avec la sage-femme pour la première fois, je savais déjà tout ça effectivement, qu'il ne fallait pas manger de viande crue, qu'il fallait manger du lait pasteurisé, etc. Mais je ne savais pas pourquoi. Et lorsqu'elle m'a parlé du risque de toxoplasmose, je lui ai demandé ce que c'était et elle m'a dit qu'en fait c'est une bactérie qu'il y aurait dans certains aliments... Si par exemple ils ont mal été créés, ou si la vache a une certaine maladie, et bien la femme enceinte peut beaucoup plus vite être contaminée. Voilà, de ce que j'ai retenu bien sûr. Bien, bien laver les fruits et légumes. Ça c'est la sage-femme qui me l'a conseillé ! (Rachel, A22, E0)

Par ailleurs, le discours du professionnel vient parfois se confronter au savoir des femmes enceintes. Comme nous l'avons observé pour *Rachel* (A22, E0), un échange sur l'alimentation a eu lieu durant la consultation, qui s'est révélé très déstabilisant vis-à-vis de ce qu'elle avait compris des précautions alimentaires :

On avait parlé d'une tartiflette et il a dit : « Ouh là, là, mais j'espère que le fromage était au lait pasteurisé ? » Et puis mon conjoint il a dit : « Non, c'était du lait cru, mais... c'était cuit ! » Et puis il a fait des gros yeux comme pas deux, alors je me suis dit : « Mais alors, ça veut dire quoi ? Est-ce que quand il est cuit j'ai pas le droit quand même de le manger, étant donné que le lait cru arrivé à un certain degré, normalement il devient pasteurisé ? » Alors du coup je me suis posé un petit peu la question, mais je ne savais pas trop et du coup j'ai jamais remangé de tartiflette depuis !

En cas de divergence, une méfiance envers le discours professionnel peut apparaître, comme dans les propos ci-dessous, où *Jasmine* exprime son intention d'aller vers du zéro risque :

Elle nous a donné quelques recommandations... Elle disait – c'était donc une diététicienne – qu'il y avait des recherches actuelles aussi, qui montraient que certains produits qui n'étaient pas très recommandés pouvaient quand même être consommés maintenant... Mais j'ai pris avec des pincettes puisque je préfère éviter tout risque... (Jasmine, A28, E0)

D'ailleurs, certaines femmes, comme *Ophélie* (A30, E0), constatent des discours différents entre professionnels. Les messages de prévention ne sont pas similaires notamment entre ceux qui ont assuré son suivi et la sage-femme d'une de ses amies :

Par exemple au niveau des œufs crus... c'est pas recommandé, selon l'information que j'ai eue... Je l'ai appris de façon indirecte, une copine dont la sage-femme lui avait dit qu'elle n'avait pas de risque à manger un œuf cru, si ce n'est de tomber malade... qu'elle sera malade elle, mais il n'y aura pas de risque pour le fœtus. Mais ça, je n'ai même pas posé la question à ma sage-femme et à mon généraliste parce qu'ils ne m'en n'ont pas parlé... ou alors je ne me rappelle pas.

C'est aussi le constat fait par *Elsa* (A30, E1) à propos des deux sages-femmes présentes dans son suivi : « Comme les médecins, chacun a son expérience, a le vécu de ses patients... et sa façon de penser aussi sur certaines choses. » Toutefois, malgré les variations, le discours médical reste celui qu'elle privilégie : « On entend tellement de choses différentes sur la grossesse, que j'ai préféré limiter aux connaissances médicales de mes deux sages-femmes et puis c'est tout. »

Nous l'avons déjà souligné dans ce qui a émergé des entretiens des professionnels et les propos des femmes se rejoignent sur ce point ; les discours divergent d'un professionnel à un autre notamment vis-à-vis de la communication sur le risque :

J'ai dû poser la question de la charcuterie à la sage-femme. Et elle avait tendance quand même à dire que les risques étaient quand même très faibles, et donc qu'il fallait faire attention, mais qu'il ne fallait pas se monter la tête non plus à la moindre chose qu'on mangeait. Donc plutôt tendance à dédramatiser... (Karen, A32, E0)

Certaines femmes expriment de nettes inquiétudes sur les risques infectieux alimentaires, notamment lorsque ces derniers sont perçus comme « pris à la légère » : « Comme c'était avant Noël, il m'a dit que je pouvais manger même des huîtres et tout ça ! Il n'avait pas l'air trop alarmiste du tout ! » (*Sarah*, A19, E0)

Les femmes se sentent parfois incomprises et les professionnels perdent parfois en crédibilité. Cela est encore plus marqué lorsque les femmes ont un parcours professionnel qui côtoie la

thématique de l'alimentation, comme Vanessa, Caroline ou encore Fanny. Pour Vanessa (A29, E0), le discours bref de la part de sa généraliste n'est pas un gage de confiance :

C'est vrai que comme ma généraliste l'a abordé de manière très rapide... En fait, c'est pas que j'ai pas confiance mais je me dis qu'elle n'a pas forcément... comment dire... de connaissances en nutrition poussées. C'est pas sa spécialité en fait, du coup c'est pas que j'aurais pas confiance mais je pense qu'elle ne serait pas à jour des dernières études, et je suis un petit peu... en fait c'est pour ça que je préfère me tourner vers les professionnels de santé qui sont plus dans le sujet... et encore... les gynécologues, je sais très bien qu'ils peuvent aussi ne pas être à jour dans certaines choses donc... Voilà, où on met la confiance ? C'est vrai que c'est compliqué ça pour le coup. Mais c'est vrai que ça aurait été pas mal quand même d'aborder le sujet un peu plus en profondeur.

C'est également le ressenti de Malorie (A25, E0) :

Je dirais que la plus grande confiance, c'est au généraliste, mais vu que c'est expédié... On fait confiance mais c'est dans les grandes lignes et dans ce qu'on retrouve partout donc... En plus, ma généraliste est gynécologue aussi donc je m'attendais quand même à ce qu'il y ait... un discours bienveillant, mais pas tellement.

Audrey (A29, E0) a finalement choisi de poser ses questions sur un réseau social ne se sentant pas entendue par sa gynécologue :

C'est speed, si on se pose une question, elle répond : « Non, mais il ne faut pas être trop parano... » En fait, dès qu'on se pose une question, je ne sais pas après si elle pense que moi je suis un peu parano, donc elle essaie de me rassurer comme ça d'une manière un peu froide. Et elle ne laisse pas trop de place aux questions : « C'est normal, c'est la grossesse... » ou alors « non, mais il ne faut pas vous inquiéter, ça c'est normal... » Et après elle me disait : « Non, il ne faut surtout pas lire sur internet, il faut faire attention. » Ça, je le sais, mais c'est vrai que... pour l'alimentation, tout ce qui est de poser des questions, c'est énormément sur internet, et heureusement !

Tout comme Audrey, Caroline (A33, E0) explique ne pas avoir trouvé de soutien auprès de sa sage-femme : « Elle ne m'a pas donné vraiment de très bons conseils, je n'ai pas eu l'impression d'avoir été bien soutenue, sincèrement... » La posture non alarmiste ne l'a pas mise en confiance :

Elle m'a dit : « On laisse vraiment les femmes enceintes manger de tout. On ne se restreint sur rien. » Ça m'avait un peu refroidie dès le début, je ne me sentais pas épaulée, pas vraiment soutenue, même sur l'alimentation, tu te sens impuissante. Moi j'étais vraiment anxieuse et ça n'aide pas pour déstresser. J'avais beau lui poser des questions, j'avais pas l'impression qu'elle me répondait vraiment. Tu te sens démunie parce que tu te sens seule. Les gens autour de toi, ils te prennent à moitié pour une extra-terrestre qui n'a jamais fait autant attention, parce que moi, ça me paraissait tellement évident de faire attention et je ne voulais pas prendre de risque. Et ce n'était vraiment pas une priorité pour elle. (Caroline, A33, E0)

Cela a également entaché la confiance de Fanny (A35, E0) à l'égard des professionnels de santé, qui avait déjà des connaissances sur la thématique :

J'ai fait un BTA (Brevet de technicien agricole), j'ai eu pas mal de cours de nutrition et voilà, je m'y intéressais et je m'y intéresse encore d'ailleurs. J'aime bien manger mais j'aime bien savoir ce que je mange surtout ! Donc on va dire confiance à 70% pour être sympa ! [rires] Parce que la sage-femme m'a dit qu'il n'y avait pas de risque... pour rien !

Plus fondamentalement, l'alimentation, qui est pourtant une préoccupation des femmes, n'est pas assimilée à un sujet médical directement en lien avec le suivi prénatal. *Géraldine (A32, E1)* estime que la consultation n'est pas le lieu le plus propice pour échanger sur cette thématique :

Je me rends compte qu'avec le médecin gynécologue, souvent, on est tellement pris dans les choses de la grossesse en elle-même... Que toutes les petites questions qu'on va pouvoir avoir avant sur d'autres sujets, sur l'alimentation... à l'instant T, elles vont être complètement zappées et puis c'est après... vous dites : « Mince, j'ai pas pensé à lui demander ! » Donc, on se renseigne d'une autre façon. C'est pas le cœur des préoccupations avec le gynécologue. Et même avec ma sage-femme, il ne me semble pas avoir abordé le sujet, c'était pas ma préoccupation principale en fait pendant le rendez-vous.

Forcément..., on n'aurait pas le temps lors d'un rendez-vous médical de parler de tout, et d'aliments interdits... Les médecins ne sont pas payés pour ça, parler de ça pendant une heure. Ça ne serait pas intéressant, il y a des choses plus graves dans la vie... (Perrine, A30, E2)

Le médecin gynécologue-obstétricien n'est pas toujours perçu comme le professionnel vers qui se tourner pour avoir des réponses sur l'alimentation :

Si vraiment j'avais des gros doutes, j'en parlais avec ma sage-femme. Plus avec lui [sage-femme] qu'avec le gynéco parce que j'estimais que c'était plus propice avec lui et dès que j'avais un doute je pouvais l'appeler, ou lui envoyer un texto, il me répondait dans l'heure, c'était très bien. (Naomie, A27, E0)

À chaque fois que je trouvais une info sur l'alimentation, je la donnais à mon mari parce que j'aime bien partager, et il me disait : « Demande à ton gynéco... demande à ton gynéco ! » Donc à chaque fois il me disait : « Note-le, tu te poses la question, mais note-le et demande-lui. » Et c'est vrai que moi j'osais pas. Je me dis... alimentation et gynécologue, ça ne va pas forcément avec ! Je me suis dit, c'est un praticien... enfin un docteur, qui fait plus attention au bon développement, mais après... l'alimentation en soi, ce serait plus... une sage-femme ou quelqu'un.... comme un diététicien. (Pauline, A30, E2)

Pour *Malorie (A25, E0)* cette mission d'information devrait être accomplie par son médecin généraliste et non par le gynécologue : « *Pour moi, le gynécologue c'est pas son boulot de s'occuper de tout ça quoi ! Lui c'est le technique, c'est pas à lui de prendre une demi-heure, une heure pour ça... Il a autre chose à faire ! Dans mon cas, ça aurait été au généraliste de le faire.* »

Et de façon générale, les femmes ne se permettent pas de contacter leurs professionnels pour parler alimentation :

Je n'osais pas. Mon conjoint me voyait ne pas en poser, donc il n'en posait pas forcément. Mais après le rendez-vous il me disait : « Ben tu vois, t'as pas posé la question ! Donc tu vois, tu t'inquiètes et tout mais au final tu ne poses pas la question ! » C'était pour la toxo, je suis rentrée de vacances, vu que j'avais mangé beaucoup de poisson. Alors il me disait : « Il faudra quand même que tu poses la question pour savoir si c'était bien ce que tu as fait... parce que voilà, tu t'es lâchée mais... faut quand même faire gaffe !!! » (Pauline, A30, E2)

Cela s'explique aussi car les doutes et questionnements se manifestent au quotidien sur des aliments spécifiques, comme l'évoquent *Sonia et Géraldine* :

J'ai confiance dans les médecins mais je ne vais pas appeler mon médecin s'il y a un aliment qui me fait envie ou quoi que ce soit et puis que je veux le manger, je ne vais pas l'appeler pour lui dire : « est-ce que j'ai le droit ou pas le droit ? » Forcément, bah, je vais quand même surtout m'appuyer soit sur l'application, sinon, sur internet. (Sonia, A27, E1)

Et sauf à pouvoir passer un coup de fil tout de suite, maintenant : « Est-ce que j'ai le droit de manger cet aliment ? » Je ne pense pas que ça serait possible. (Gabrielle, A29, E0)

Une sorte de culpabilité transparait dans les propos de certaines femmes quant au fait de ne pas avoir saisi l'opportunité de la consultation pour poser leurs questions. Même les femmes multipares peuvent avoir des incertitudes. Toutefois, elles peuvent se sentir gênées de poser des questions ou parfois penser détenir des connaissances suffisantes, comme l'exprime Zoé (A38, E1) :

Peut-être qu'à tort moi aussi j'ai cru que finalement je connaissais les règles puisque j'étais déjà passée par là pour une première grossesse, alors que finalement ben je me rends compte que même aujourd'hui là, en relisant la plaquette donnée, je dis encore des bêtises !

Pour toutes ces raisons, les femmes sont amenées à se sécuriser en faisant leurs propres recherches, sur l'internet en particulier, comme l'exprime Chloé (A25, E0) : « *Ma gynécologue... comment dire... elle ne m'a pas parlé précisément de plein de choses, c'est moi qui me suis renseignée un petit peu ailleurs pour mieux comprendre. Elle ne répondait pas forcément à mes questions.* »

C'est aussi le cas de Pauline (A30, E2) ou encore Julie (A32, E0) qui explique avoir privilégié l'internet malgré la confiance envers les professionnels : « *Quand je me posais une question, c'est vrai que plutôt que d'appeler la sage-femme, je regardais en premier sur internet.* » (Julie, A32, E0)

5.2. Médiations des savoirs hors des consultations de grossesse

Au-delà des informations reçues de la part des professionnels ou développées en prénatal, les femmes enceintes dès le début de grossesse vont enrichir leur savoir auprès de leur cercle familial ou amical et de nombreuses ressources numériques.

5.2.1. L'environnement social et familial

Le partage d'information entre proches est coutumier pendant la grossesse, notamment auprès « *des copines qui ont eu des bébés* » (Audrey, A29, E0). Mais comme l'exprime Ophélie (A30, E0), les informations peuvent être de deux types, celles que l'on va chercher et celles que les femmes « subissent » :

Je trouve qu'à partir du moment où on dit aux gens qu'on attend un enfant, je trouve qu'on a suffisamment d'informations qui nous arrivent comme ça, qu'on n'a pas demandées, donc non, je ne vais pas en chercher ailleurs ! Les informations que je veux avoir, je vais les chercher par moi-même... je pose la question à ma sage-femme.

Les femmes enceintes sont néanmoins nombreuses à être dans une démarche active d'information. L'échange peut concerner la réponse à des besoins d'informations et le partage de conseils ou d'astuces :

Ma maman, tout simplement m'a donné pas mal de pistes, de conseils... Et ma belle-mère m'a montré son livret de grossesse, en m'expliquant qu'il y avait beaucoup de choses importantes à savoir, ce qu'il y avait de meilleur à faire pour le bébé, tout en montrant les choses pas spécialement bien... (Rachel, A22, E0)

Il concerne aussi le partage d'expériences : « *avec les amis, soit de mon côté, soit du côté de mon mari, sur ce qui avait pu leur arriver, leurs expériences sur : "Bah, moi pendant la grossesse, j'aimais beaucoup manger ça..."* » (Eva, A28, E1), et le partage des frustrations : « *pendant ma première grossesse, parce qu'on était quasiment toutes non immunisées contre la toxoplasmose, on partageait... nos expériences, nos frustrations parfois !* » (Zoé, A38, E1)

Les femmes enceintes vont très naturellement s'orienter vers leurs proches ayant une expérience de maternité :

Je suis proche de ma mère, donc si j'ai des questions je peux lui demander et... j'ai deux copines qui sont enceintes en même temps que moi. (Romane, A30, E0)

J'ai trois sœurs qui ont eu des enfants donc c'était parfait pour répondre à mes questions. L'entourage, enfin mes sœurs, elles m'ont beaucoup apporté. (Chloé, A25, E0)

Les repas, sorties et retrouvailles sont l'occasion d'enclencher la discussion sur l'alimentation et d'échanger entre femmes enceintes sur leurs nouvelles pratiques alimentaires :

J'ai beaucoup de cousines qui ont été enceintes, qui le sont en même temps. Du coup, à chaque fois quand on en était ensemble ou en soirée, je leur demandais. (Sarah, A19, E0)

On a été amenées à en parler quand on se voyait... sur les habitudes qu'on avait chacune... (Hélène, A37, E0)

Elles cherchent à se sécuriser dans leurs nouvelles habitudes et l'entourage est sollicité pour répondre à leurs interrogations : « *J'ai des copines dans mon entourage qui ont eu des enfants*

il n'y a pas très très longtemps, donc je leur pose aussi des questions, parfois quand j'ai des doutes. » (Kenza, A28, E0)

Les proches, contactés pour se rassurer lors de doutes sur un aliment à risque, répondent présents pour ces besoins d'informations ponctuels et immédiats, comme l'explique Kenza :

Pour leur faire part en fait d'expériences culinaires où je pouvais avoir des doutes, eu égard à ce qu'on pouvait manger, ou ne pas manger. Tout au début de ma grossesse, une fois j'étais allée au restaurant, et j'avais eu des doutes sur des produits, et j'avais écrit à mes copines pour leur demander ce qu'elles en pensaient, parce qu'en fait... j'avais un doute sur du chorizo, mais qui était cuit, donc mes copines m'avaient dit : « Non, mais ne t'inquiète pas tout va bien, ton chorizo il est cuit donc il n'y a pas de problème... » (Kenza, A28, E0)

Même si la source la plus crédible est le professionnel de santé, il est plus facile de consulter ses proches pour ce type de questionnements :

Le gynéco c'est crédible, c'est sûr même à 100% mais en fait c'est qu'il n'a pas le temps. [...] pour moi, la source la plus crédible en ce moment, parce que c'est une des plus accessibles, c'est la famille et les amis..., c'est les personnes référentes, on va dire, pendant la grossesse. (Audrey, A29, E0)

Ces temps de partage permettent aux femmes enceintes de clarifier certaines recommandations et éventuellement de faire évoluer leurs propres habitudes :

Au début je faisais hyper attention à ne prendre que des choses à base de lait pasteurisé et un ami dont la femme est enceinte, m'a dit que le Comté n'était pas à base de lait pasteurisé mais à pâte cuite, que je pouvais en manger. Donc finalement ça a évolué au cours de la grossesse. (Annabelle, A35, E0)

C'est aussi facilitant pour s'approprier les recommandations :

La fille de mon conjoint a eu son premier enfant il y a cinq mois donc je lui ai posé des questions, comme elle avait un train d'avance sur moi. C'est quelqu'un qui fait très, très attention à tout, du coup, elle m'a dit un peu toutes les choses qu'elle ne pouvait pas manger et je me suis un peu calquée sur ce qu'elle m'avait dit... mousse au chocolat parce qu'il y a des œufs crus, le tiramisu... voilà, toutes ces petites choses où finalement on se dit : « Bah oui c'est vrai, il y a des œufs dedans. » (Fanny, A35, E0)

Ces rencontres sont instructives et permettent de partager des informations comme le souligne Ophélie (A30, E0) :

Ma sœur est enceinte en même temps que moi... et donc on s'est retrouvées à prendre des repas ensemble et moi j'en étais au tout début de grossesse, j'avais pas encore annoncé ma grossesse. Et je voyais qu'elle prenait énormément de précautions, pour plein de choses, et moi pas du tout, en fait. Voilà, on avait le plateau de fromages avec les bons fromages de chèvre fermiers... Moi je me suis jetée dessus ! Et c'est aussi ce qui m'a fait me dire que bon, peut-être que je devrais faire un petit peu plus attention. Je ne sais pas si ça m'a motivée, mais ça m'a fait me poser la question, parce que c'était des réflexes aussi que je n'avais pas, c'était au tout début.

Ces interactions sociales permettent aussi d'identifier des précautions non connues jusque-là :

J'ai découvert un truc par rapport au fromage que je ne savais pas du tout. J'ai une copine qui était enceinte en même temps que moi en début de grossesse, et puis qui mangeait du fromage non pasteurisé, au lait cru. Et une amie lui a dit : « Fais attention, tu n'as pas le droit au lait cru. » Et moi j'ai coupé la parole et j'ai dit : « Ah bon, je ne savais même pas pour le lait cru, je pensais qu'il n'y avait que les crevettes et la viande saignante pour lesquels il fallait faire attention, mais je ne savais pas qu'il y avait le fromage aussi ! » Et moi j'étais une dingue de

fromage aussi pour cette troisième grossesse. J'en ai vraiment mangé ! Surtout en début de grossesse. (Pauline, A30, E2)

Cette discussion a poussé *Pauline* à vérifier les informations pour évaluer si oui ou non elle avait pris un risque : « *Quand j'ai appris pour le lait cru, j'ai fait des recherches, pour savoir si c'était vrai ou pas... ou si c'était des mauvaises informations.* »

Ces conversations peuvent alerter sur une prise de risque mais aussi susciter de la culpabilité comme l'exprime *Pauline* :

En fait, ce qui m'a fait un peu peur... c'est que juste avant cette grossesse j'ai fait une fausse couche, et c'est vrai que j'ai vraiment mangé beaucoup de fromage au lait cru. Alors j'ai un peu culpabilisé, parce que l'information, je l'ai eue après. Et je me suis dit : « Si ça se trouve, c'est ça, j'en ai tellement mangé... c'est à cause de ça qu'il ne s'est pas bien formé... tout ça parce que j'en mangeais tous les jours ! » Voilà, le fait d'avoir eu l'information un peu tard... Bon après j'ai essayé de ne pas trop y penser, je me suis dit que non, ça devait être autre chose...

En cas de contradiction ou de sentiment d'incohérence, les femmes enceintes vont vérifier les informations reçues :

Il y a certaines informations où je me suis rendu compte que c'était un peu deux poids, deux mesures... où elles ont pu me donner des infos qui n'étaient pas forcément justes ou alors il leur manquait une partie de l'information et du coup, j'avais bien fait de chercher et de creuser un peu... par exemple, la viande qu'on peut congeler. (Géraldine, A32, E1)

En revanche, ce partage d'informations n'aboutit pas toujours à une prise de conscience car, dans le cas de *Pauline* (A30, E2), l'information trouvée sur le web n'était pas fiable : « *Alors j'ai vu qu'effectivement il ne fallait pas trop, trop en manger, ça ne m'a pas alarmée. J'ai limité quand même. Mais pour cette grossesse, ça ne m'a empêchée d'en manger quand j'en avais envie.* »

Pour d'autres femmes, ce partage d'expériences aboutit à plus de vigilance :

C'est surtout la toxoplasmose qui ressort en général dans une grossesse, je sais que ça peut jouer sur le développement du fœtus et puis j'ai discuté avec une femme qui avait eu la toxoplasmose à sa deuxième grossesse et dès le début en plus, donc elle avait eu pas mal de cachets à prendre toute la grossesse. C'est une dame d'un certain âge donc sa grossesse ça remonte aussi. [Est-ce que cela vous a rendue plus vigilante après avoir discuté avec elle ?] Oui et non, parce que j'avais déjà fait attention à ma première grossesse, mais après, pour cette grossesse, ça m'a empêché de manger certaines choses... (Elsa, A30, E1)

Certaines expériences, même si elles ne sont pas toutes authentiques, peuvent également marquer les esprits et impulser un comportement plus adapté. C'est le cas d'*Olivia* (A33, E1) qui évoque l'échange avec une collègue, notamment sur les risques liés au jardinage :

Je lui ai dit : « Il faut que je fasse plein de trucs dans mon jardin ! » Et elle m'a dit : « Tu feras très attention, parce que ma grand-mère à l'époque, elle a perdu son bébé en s'étant piquée dans un rosier ! » Bon alors je pense que c'était autre temps, autre mœurs, mais ça m'a fait réfléchir. Après je n'ai pas mis plus de gants... J'ai jardiné, mais après je me lave les mains, j'ai pas mis la terre dans ma bouche...

Pour *Ninon* (A23, E0), l'entourage amical n'ayant jamais eu d'enfant n'a pas prodigué de conseils ; elle en a obtenu de la part de sa famille, ce qui a changé sa vision de l'alimentation :

J'ai pas beaucoup d'amies qui ont déjà été enceintes ! Donc pas de conseils sur ce que j'ai le droit ou pas de manger ! un peu avec ma belle-mère [qui est médecin et enceinte peu avant] mais elle a... un caractère très perfectionniste, donc ça ne m'étonne pas qu'elle ait bien respecté...

Mais on n'a pas parlé plus de ce que ça entraînait. Elle a vraiment fait attention, donc elle m'a vraiment conseillé de faire très attention aussi, notamment au restaurant. Moi c'était des choses auxquelles je n'avais pas trop pensé... de faire attention si on mange de la salade et que ça n'a pas été très bien lavé... Je pense que je n'aurais pas pensé à ça effectivement, si elle ne m'en avait pas parlé. Je n'y vais pas moins souvent, mais du coup je fais plus attention à ce que je choisis.

Plusieurs femmes ont témoigné d'une différence de posture des proches par rapport à leur première grossesse, telles que Deborah (A35, E1) :

C'est un deuxième enfant, je n'ai pas eu trop de conseils. Les gens m'en donnaient plus peut-être lorsque c'était le premier. Le deuxième, on est moins regardant puis on est moins là-dedans. On se dit que la femme sait déjà j'imagine, non ? Pour mon premier je pense que j'ai eu plus de démarches de dire, faut pas manger ci, faut pas manger ça, attention à l'alcool... J'avais tendance à prendre une gorgée de temps en temps et là je me faisais reprendre par les copines ou par l'entourage.

Lors des échanges avec leurs proches, des divergences de pratiques émergent en ce qui concerne les précautions à suivre ; elles font fréquemment l'objet de débats :

J'ai ma belle-sœur qui est tombée enceinte en même temps. Elle n'était pas immunisée contre la toxo. Et, j'étais surprise, je lui ai dit : « Mais tu peux manger du saumon ? » Elle me fait « Oh, bah moi, je ne me prive pas ! Après, je ne vais pas me gaver. » Et elle m'a redit : « Je ne vais pas me priver ! Mais tu crois qu'elles faisaient comment dans le temps ? » – « Bah justement c'est qu'il y a eu des problèmes pour les bébés... moi, je suis quand même attentive. » (Daphné, A33, E2)

Cela porte sur le degré de respect des précautions et une perception des risques différents :

Il y en avait certaines qui étaient peut-être encore plus vigilantes... et d'autres beaucoup plus souples, j'ai eu un peu de tout, il y avait un peu les extrêmes. Moi j'ai gardé mon cap de faire attention. (Zoé, A38, E1)

Après avoir discuté avec d'autres mamans, il y a celles qui font attention à tout, il y a celles qui se disent : « C'est bon... je peux manger. » Donc je trouvais que les avis étaient partagés. C'était difficile de se positionner. Du coup, je faisais plus en fonction de moi et puis soit des livres, de ce que j'avais lu, pour me faire une opinion... (Bénédicte, A25, E0)

Ces divergences de pratiques sont notamment discutées au regard de leur statut immunitaire vis-à-vis de la toxoplasmose : « On échange si on se retrouve et qu'on mange chez quelqu'un, on va en parler à ce moment-là... Mais elles, elles ne sont pas immunisées contre la toxo, donc j'ai l'impression qu'elles sont plus restreintes que moi... » (Romane, A30, E0)

Une meilleure compréhension est observée lorsque les femmes partagent cette absence d'immunité vis-à-vis de la toxoplasmose : « Dans mon entourage, en général, ils font quand même attention. Après j'ai beaucoup d'amies qui ont été enceintes il n'y a pas très longtemps, qui n'ont pas été immunisées donc du coup... elles savent ce que c'est aussi, donc elles font attention... en général. » (Oriane, A33, E1)

Une grande diversité de discours est observée, comme l'évoque Elsa (A30, E1) à propos de son entourage : « elles ont toutes un discours différent. » C'est également le constat déstabilisant fait par Naomie (A27, E0) :

Je sollicitais les personnes que je connais autour de moi, qui ont déjà eu des enfants. J'ai sollicité deux, trois copines, et puis mes belles-sœurs et ma maman. [En cas de doute], j'appelais une copine, je lui demandais : « Est-ce que tu crois que ça je peux ? Je ne peux pas ? » Elles m'ont

beaucoup aidée, ça c'est sûr... Par exemple au début, j'avais des amies qui me disaient : « Oh tu sais, moi les fruits et légumes, je les lavais juste un coup sous l'eau et puis ça a été très bien, et au final j'ai pas eu la toxoplasmose. » Alors que mes belles-sœurs me disaient : « Ah mais nous on utilise le vinaigre blanc en plus, c'est quand même mieux, ça désinfecte... » Donc du coup j'ai suivi leur conseil à elles mais c'est vrai qu'il y avait des avis qui divergeaient quand même.

Les conversations peuvent ainsi faire émerger des visions contradictoires, des incompréhensions et une forme de pression exercée par les proches sur les choix alimentaires de la femme enceinte. *Pauline (A30, E2)* estime que ses proches sont vigilants, voire trop à son goût :

J'ai même l'impression que c'est eux qui surveillent mes plats ! par rapport au lait cru ! J'avais envie de raclette donc j'avais dit à mes copines : « Ben venez, on va se faire un petit resto raclette, avec le fromage et tout ça ! » Elles me disent : « Oui, mais attention, le fromage c'est pas bon ! » – « Ah non, non, ne commencez pas à me dire que c'est pas bon, parce que moi j'en ai envie, donc je m'en fous ! » – « Mais j'en ai envie donc... m'embêtez pas ! Laissez-moi ! »

Parfois les femmes ne s'inspirent pas des pratiques des autres et prennent des risques :

Je vois beaucoup de femmes enceintes, qui sont beaucoup plus attentionnées que moi sur le sujet... enfin, qui prennent beaucoup plus de précautions. Par exemple... du saumon fumé, elles n'en mangeront pas, même si le saumon a été congelé. Moi je ne me prends pas la tête : si ça a été congelé, ça tue les microbes et puis voilà... fin de l'histoire ! J'ai bien l'intention de manger du foie gras à Noël ! Donc, je ne suis pas comme la plupart des autres femmes enceintes, à partir du moment où j'estime que je fais attention. (Perrine, A30, E2)

À l'inverse, pour *Caroline (A33, E0)* qui était immunisée pour la toxoplasmose, son entourage était hermétique à sa prudence et aux précautions qu'elle adoptait pour sa grossesse et les échanges ont été sources d'incompréhension :

La plupart des gens ne comprennent toujours pas pourquoi j'ai fait autant attention, pourquoi j'étais si sérieuse. Ils m'ont tous pris pour une extra-terrestre. Ma belle-mère n'a toujours pas compris au bout de je ne sais pas combien de temps. Elle venait avec des gâteaux pour me faire plaisir et je lui disais il y a sûrement de l'œuf cru dedans. « Ah oui ! ». Mes copines qui ont toutes accouché il y a deux ou trois ans, elles me disent : « Mais nous, on ne se s'est jamais posé autant de questions » – « Ouais, mais c'est parce que t'es pas au courant de tout ce qui se passe réellement dans tout ce qui est alimentation. Parce qu'autrement, les questions, tu te les poserais aussi. »

Pour *Caroline*, « toutes les femmes, au niveau amical, familial, toutes celles qui ont été enceintes et ont des enfants maintenant », tentaient de trouver des excuses à son comportement précautionneux :

Vraiment tout le monde me disait : « Oh, mais tu ne manges pas de saucisson ? mais pourquoi ? tu es immunisée contre la toxoplasmose ! » Bah ouais, enfin... il n'y a pas que ça comme risques ! Du coup, je me suis entendu dire « C'est parce que c'est ton premier enfant, t'inquiète pas, tu ne feras jamais autant attention pour les prochains » ou encore « C'est parce que c'est les premiers mois... »

D'autres femmes, comme *Vanessa*, ont ressenti ces difficultés au sein même de leur famille :

Je trouve que c'est un peu difficile avec les proches qui ont eu des enfants il y a un certain temps... pas il y a quarante ans... il y a cinq ans, ou quatre ans... Alors une pression sociale je ne sais pas, mais familiale. « Vous allez en faire des chochottes, parce que vous faites trop attention, à notre époque on ne faisait pas attention à tout ça... Maintenant vous ne pouvez plus rien faire, c'est trop médicalisé... » Je les laisse parler... mais ça fait peur quoi ! C'est vraiment les anciennes habitudes... Ça me gêne oui et non... dans le sens où c'est dommage qu'ils n'entendent

pas, ils ne veulent même pas écouter qu'aujourd'hui ça change, ils sont complètement... dans leurs idées, et on passe pour quelqu'un qui fait attention à tout, qui a peur de tout... Alors c'est comme ça qu'ils nous voient, mais finalement je me dis que je m'en fiche parce qu'ils disent bien ce qu'ils veulent et moi je fais ce que je veux aussi ! (Vanessa, A29, E0)

Les femmes confirment être régulièrement baignées dans un flot d'informations et de pratiques diverses, dans lesquelles elles doivent définir leur ligne directrice.

Chacun a sa manière de faire, mais c'est vrai qu'elles n'avaient pas forcément les mêmes avis. J'ai privilégié ce que j'estimais le plus logique et le moins risqué pour moi ou pour le bébé. Je me disais : « de toute façon, plus j'en fais et moins c'est risqué, donc autant se mettre à fond dedans et puis voilà ! » (Naomie, A27, E0)

Florie (A42, E0) explique ne pas se laisser influencer par ces prises de positions différentes :

J'ai des amis... je vois très bien qu'ils pensent que je fais trop attention. Ils disent « Oh, là, là, même le pâté ?! Oh quand même ! » J'ai une de mes amies qui n'a pas eu d'enfant et d'autres, c'était une autre époque... Je le vis bien parce que je suis sûre de moi sur ces principes-là. Mais c'est un peu : « Oh, moi ma copine a mangé ce truc-là toute sa grossesse et tout s'est bien passé », genre, je fais trop attention... je ne me laisse pas influencer. Je les comprends, je suis indulgente... les gens ont toujours un avis à donner, sur la manière dont on doit mener une grossesse, tout en disant bien sûr qu'il ne faut écouter personne... C'est tout le paradoxe !

Au-delà des divergences, Julie (A32, E0) pointe le jugement émis par certains de ses amis et précise « ne pas trop tenir compte de ce que tout le monde dit ! ».

Je préférerais écouter ce que me disait la sage-femme plutôt que d'écouter tout ce que disaient, les copains ou les gens qui étaient autour, parce que je trouve que c'est vraiment trop personnel... [...] Je trouve que beaucoup de gens arrivent et jugent très rapidement et donnent leur avis très rapidement. Moi ça m'a vraiment surpris, des gens qu'on ne connaît pas, qui vous regardent bizarrement parce que vous mangez du jambon cru... ben oui, je mange du jambon cru !

Selon Maëlle (A28, E1), les idées préconçues sont plus particulièrement formulées par les personnes de son entourage n'ayant pas eu d'enfant :

Dans nos cercles d'amis, on est dans les premiers à avoir des enfants. Il y a des amis qui font attention. Après, des fois, il y en a qui sont étonnés : « Tu manges du saucisson ? » – « Ben oui, je suis immunisée donc... c'est pas grave ! » Donc les gens ils ont beaucoup d'a priori, mais c'est beaucoup ceux qui n'ont pas connu de grossesse encore. Donc ils se disent : quand on est enceinte on n'a pas le droit de manger ça, il ne faut pas manger ci, faut pas faire ci et ça... Sauf que chaque contrainte est aussi en fonction de chaque personne. Je pense que... forcément les personnes immunisées ou non ne vont pas avoir la même consommation déjà... même si après il y a parfois de l'exagération.

La confiance dans les informations données par les proches varie fortement selon les femmes. Pour certaines, comme Tatiana (A32, E0), la confiance est pleine et entière :

La famille, les copines aussi... l'entourage proche. En général, c'étaient des choses sensées que j'avais déjà un petit peu comprises, il n'y a pas eu de choses qui m'ont choquée ou... qui allaient à l'encontre de ce que je pensais. À part internet où je sais que l'information est à prendre... avec précautions, sinon j'ai toujours eu confiance en tout ce que j'ai reçu comme informations.

Pour Lucie (A30, E0), c'est également le cas puisque les informations obtenues par les proches ont été transmises par des professionnels :

J'ai une entière confiance parce que les informations se croisaient. Les professionnels de santé, je leur fais vraiment confiance. Et mes amies c'est pareil, c'était des choses qu'elles avaient

entendues par leur médecin, qu'elles avaient vécues elles-mêmes. Donc franchement, les informations, c'était des sources fiables à chaque fois.

Eva (A28, E1) est prioritairement à l'écoute de ses proches par rapport à d'autres sources : « Pendant cette grossesse, mes sources d'information, ça a été plus les relations amicales et puis les informations données par ma sage-femme, vu que je la voyais régulièrement. Et après un petit peu moins internet. » Toutefois, sa confiance accordée au savoir expérientiel des femmes de son entourage reste mitigée : « On accorde une confiance plus grande aux professionnels de santé, et puis les amis, on a tendance plus à croiser les réponses, les avis. On ne peut pas se fier sur une chose qui est arrivée lors d'une grossesse. »

Annabelle (A35, E0) reconnaît que l'on ne peut pas donner la même importance aux informations données par les proches qu'à celles des professionnels : « Auprès d'amis... ma cousine, on en discute, on échange... Mais bon, ce n'est pas toujours des informations fiables, c'est pas des professionnels... » La confiance dans les conseils transmis va dépendre du niveau de vigilance accordée aux précautions alimentaires : « Les amies, mais après il faut vraiment voir avec qui on parle : si c'est une personne qui ne fait pas forcément attention elle-même, voilà, je ne vais pas prendre en considération ses informations. » (Pauline, A30, E2)

La confiance est plus grande quand l'entourage est dans le milieu de la santé ou de l'agro-alimentaire : « Je pose des questions à une amie sage-femme, beaucoup ! Heureusement qu'elle est là ! C'est vers elle que je me tournais en premier. » (Vanessa, A29, E0)

Plusieurs femmes enceintes interrogées ont bénéficié d'informations de la part de professionnels de santé dans leur entourage :

Surtout ma belle-sœur qui travaille en pharmacie, donc je lui ai posé quelques questions, quand j'en avais besoin. Alors au tout début, j'ai dû manger quelques fois des œufs avec le jaune qui n'était pas cuit, et du coup ma belle-sœur qui travaille à la pharmacie m'a dit : « Non, ce n'est pas bon, il faut que le jaune soit cuit aussi... » Au début, ça m'a un peu embêtée, mais j'ai fait d'autres formes, des œufs cuits durs quand j'avais envie d'en manger ou des omelettes. (Bénédicte, A25, E0)

Mon frère qui est dans la restauration m'avait dit que, oui, le foie gras, si c'était pas cuit à tant de degrés, ça ne tuait pas tous les microbes... même si en soi, j'ai pas eu de souci après en avoir mangé. Mais il m'avait conseillé de ne pas le manger. Et une fois qu'il m'avait raconté la différence entre le froid et le chaud, c'était évident que, pour ne pas attraper tout ça, il fallait que ça soit cuit et pas congelé. (Elsa, A30, E1)

Toutefois, les conseils donnés ne sont pas toujours fiables :

J'ai eu des informations par ma tante qui était médecin généraliste et qui me donnait plein de petits conseils pour ma première grossesse. Ça m'a permis d'avoir plein d'infos, en me disant par exemple que a priori ce n'était pas un souci si j'avais une grosse envie de coquilles Saint-Jacques ou de tartare de bœuf. Je pouvais assouvir mon envie mais en prenant des produits chez Picard qui sont surgelés et tout ce qui peut être source d'infection est de toute façon tué par le froid ! Je n'ai pas eu pour autant ce genre d'envie à assouvir mais je savais que c'était possible. (Élise, A33, E1)

Une divergence des discours au niveau générationnel est constatée par les femmes enceintes : « au niveau des générations, nos parents, ou même nos grands-parents nous disent que, eux, il n'y avait pas de suivi particulier... par rapport à l'alimentation... à leur époque. » (Ophélie, A30, E0) Cette évolution de la prévention au fil des années est souvent au cœur des discussions :

J'ai beaucoup parlé avec ma maman et ma belle-mère des différences en fait qu'il pouvait y avoir entre les conseils qu'elles avaient eus, elles, et ce que nous on reçoit. C'est vrai qu'aujourd'hui les grossesses sont beaucoup plus suivies, il y a quand même aussi des interdits qui sont plus nombreux... la toxoplasmose avec les prises de sang tous les mois, ben il n'y avait pas ça il y a trente ans... l'alcool, on leur disait qu'elles pouvaient boire un peu d'alcool !! (Lucie, A30, E0)

J'écoute pas forcément les gens parce que, généralement, c'est des personnes plus anciennes et eux, à l'époque, ils ne faisaient pas forcément attention à tout ça. (Daphné, A33, E2)

Les femmes relatent les discours de leurs grands-mères, comme Malorie (A25, E0) et son conjoint, le discours des grands-mères c'était : « Oh ! à mon époque on ne s'embêtait pas comme ça ! » – « Mange tout et fais gaffe à rien... » Elles pointent aussi les incompréhensions qui en découlent : « Ah tous les conseils de grand-mère ! Qui sont persuadées de ce qu'elles disent alors que rien n'est fondé ! » (Maelle, A28, E1)

Malgré la qualité du lien familial, ces discours d'un autre temps entachent la confiance :

Au niveau confiance, effectivement, la sage-femme avant tout, avant même ma maman parce que ma mère m'a dit : « Ah moi de mon temps il ne fallait pas faire attention à tout ce qu'on mangeait... C'était pas du tout comme ça, il n'y avait pas autant de contraintes... » et je lui ai dit : « Oui, mais les temps ont changé, il y a peut-être des maladies qui se sont développées... » Tout simplement le temps d'avant et le temps de maintenant c'est devenu complètement différent, donc les questions de maintenant, c'est plutôt à la sage-femme que je préférerai les poser qu'à ma maman. (Rachel, A22, E0)

Comme l'expriment Fanny et Zoé, ce fut parfois une source de tensions :

Quand on dit : « Bah non, il ne faut pas en manger parce que ça risque », enfin moi je sais que quand j'ai dit ça à ma belle-mère, elle rigole doucement, en me disant : « mais nous, on n'a jamais eu de restrictions. J'ai eu trois enfants, j'ai jamais fait attention et puis j'ai mangé de tout et rien sans jamais me soucier de rien... » – « Oui c'est bien, tant mieux. » Mais en même temps si elle avait su les risques qu'elle encourait à l'époque et s'il y avait eu déjà à l'époque une étude de faite, peut-être qu'elle aurait été plus précautionneuse. On ne vit juste pas à la même époque et moi, il aura fallu que j'attende presque mes 36 ans pour avoir mon premier enfant alors qu'elle était enceinte à 17 ans. Donc non on n'a pas du tout la même vie, la même peur, la même crainte. (Fanny, A35, E0)

Mon entourage m'en parlait, ma maman ou ma belle-mère, mais en me disant qu'à leur époque il n'y avait pas toutes ces restrictions alimentaires. Donc j'ai décidé de ne pas vraiment suivre leurs conseils ! Elles ne comprenaient pas en fait que je fasse autant attention. (Zoé, A38, E1)

Comme nous l'avons mentionné, les femmes sont confrontées à des différences de discours au sein d'une même génération mais également avec les autres générations. Même s'il s'agit d'une source d'information primordiale pour les femmes, celles-ci s'en détachent parfois pour s'ancrer dans leur propre vision des précautions à suivre :

Je me suis déjà fait mon idée en amont donc je ne me laisse pas influencer par ce genre de choses. (Ophélie, A30, E0)

Ma mère me dit ce qu'elle faisait quand elle était enceinte de moi ou de ma sœur et mon frère, mais après ça date aussi... Après, si elle me donne des conseils, j'en prends bonne note... mais elle ne m'influence pas. (Romane, A30, E0)

Somme toute, l'entourage est décrit de façon générale par les femmes enceintes comme soucieux de respecter les précautions alimentaires spécifiques à la grossesse :

On est dans un groupe d'amis où tout le monde a soit déjà eu des enfants, soit des proches qui ont eu des enfants, donc on connaît tous à peu près les restrictions alimentaires des femmes enceintes. Donc forcément, ils s'adaptent automatiquement. [...] Et après, ils sont attentifs à savoir si quelque chose va aller ou pas. (Gabrielle, A29, E0)

Ils étaient plutôt prévenants. À chaque fois qu'on a été invités, nos amis nous ont demandé à l'avance si je pouvais manger telle ou telle chose, pour être sûrs que je ne me retrouverais pas sans manger. (Géraldine, A32, E1)

Les temps de repas étant incontestablement des moments de partage, c'est aussi à cette occasion que les femmes enceintes abordent les précautions qu'elles adoptent pendant la grossesse, que l'entourage tente de respecter :

Quand je vais dîner, ou quand on va déjeuner chez les beaux-parents, etc... j'échange par rapport aux menus qui sont envisagés pour que je puisse aussi manger et profiter du repas avec eux... (Jasmine, A28, E0)

C'est vrai que souvent les gens me demandent si j'ai le droit de manger cet aliment... ou s'ils peuvent cuisiner ceci ou cela... (Perrine, A30, E2)

En d'autres termes, les femmes s'informent, partagent et confrontent leurs savoirs au sein de leur cercle familial ou amical et communiquent réciproquement sur les précautions qu'elles estiment nécessaires à suivre pendant la grossesse au sein de ces mêmes cercles.

5.2.2. Les ressources numériques

Les femmes enceintes sont nombreuses à s'informer sur l'alimentation et les risques associés via l'internet (réseaux sociaux, blogs, forums, etc.) et des applications pour smartphone consacrées à la grossesse.

Les sites sur l'internet

Seules sept femmes déclarent ne pas avoir fait de recherches à ce sujet sur l'internet. À cause des contenus considérés comme peu fiables ou anxiogènes, certaines d'entre elles, comme *Laure (A30, E0)* ou *Lucie (A30, E0)*, déclarent avoir « évité » ou « limité au maximum internet pendant la grossesse ». Suite à sa fausse couche, *Laure* s'en explique ainsi :

Je me dis que je vais vivre la grossesse, voir ce qui se passe. J'ai bien des questions mais j'arrive à avoir mes réponses par ailleurs. Je m'en tiens à ce que ma sage-femme me dit et j'essaie de ne pas me stresser pour rien non plus. Donc internet par rapport à la grossesse, c'est une source que j'évite au maximum !

Ségolène (A28, E0) se sentant suffisamment bien informée, déclare quant à elle, ne s'être renseignée, ni auprès de son entourage, ni avec des ressources numériques. C'est aussi le cas des femmes ayant déjà vécu une grossesse qui ont fait peu ou pas de recherches sur l'alimentation pour la grossesse actuelle, comme *Perrine (A30, E2)*.

Deux femmes ont orienté leurs recherches uniquement sur l'alimentation biologique (*Deborah, A35, E1*) ou celle spécifique lors de diabète et de maux de la grossesse (*Lydie, A32, E1*). Les deux femmes de notre étude qui rencontraient des difficultés pour s'exprimer en français, *Amina (A39, E4)* et *Hakima (A21, E0)*, ont fait de nombreuses recherches sur le web en donnant la priorité à des vidéos explicatives accessibles sur YouTube.

Dans l'ensemble, les recherches sur l'alimentation-grossesse sont axées sur les risques infectieux alimentaires, comme en témoigne *Jasmine (A28, E0)* : « *Je cherchais un peu quels aliments étaient à risque par rapport... aux bactéries... pour la listériose, parce que je ne savais pas exactement ce que c'était et quels risques ça pouvait apporter réellement.* » Même *Ophélie (A30, E0)* qui affirme éviter l'internet, admet avoir effectué une seule recherche, au final, sur cette thématique : « *peut-être pour la listeria, à partir de quelle température elle était tuée, mais je ne m'en rappelle même plus !* »

Ce mode d'information vient souvent en complément des autres sources. Les propos de *Kenza* illustrent son aspect additionnel : « *Ça m'est arrivée de faire deux ou trois recherches sur internet qui venaient compléter les informations que j'avais pu avoir de professionnels de santé... pharmacien, médecin, sage-femme... C'était plus en complément sur des produits bien précis où j'avais des doutes.* » (*Kenza, A28, E0*)

Les sources d'informations sont priorisées en fonction du niveau d'urgence de la réponse, comme l'explique *Naomie (A27, E0)* et l'internet intervient si celle-ci doit être apportée rapidement : « *Mon entourage en premier lieu, mes belles-sœurs, ma maman, mes copines qui ont déjà eu des bébés... j'avais confiance et en deuxième lieu internet, si vraiment il fallait que j'aie une réponse rapide on va dire, dans l'instant T.* »

Les femmes pointent la facilité d'utilisation du réseau : « *dès qu'il y a eu un doute qui se profilait, beaucoup internet, c'est simple de regarder tout de suite sur son téléphone sans embêter quelqu'un et sans chercher le livre qu'on a rangé chez soi et qui n'est pas à portée* » (*Tatiana, A32, E0*), avec des recherches « *plutôt au coup par coup en fait* », « *par type d'aliment* » (*Julie, A32, E0*).

Plusieurs raisons viennent justifier son utilisation, par exemple en raison d'un manque ou d'informations à leur disposition trop imprécises :

J'avais fait des recherches sur tout ce qui était à éviter pour la toxo et la listériose car j'avais pas vraiment eu d'info. (Géraldine, A32, E1)

J'ai découvert au fur et à mesure... en faisant mes propres recherches sur internet les aliments qui pouvaient présenter des risques parce que je ne savais pas pour tout. Je savais essentiellement pour la viande et le poisson, pas les crustacés. Je savais pour quelques fromages mais pas que c'était des fromages au lait cru. Il a fallu vraiment que je me renseigne puisque effectivement je trouve qu'il y a quand même un flou. (Fanny, A35, E0)

Ces recherches sur le web leur permettent d'enrichir leurs connaissances sur les précautions alimentaires mais également d'aller vérifier la véracité de certaines informations transmises :

Alors au niveau des poissons, la sage-femme ne m'a rien dit, j'ai tout appris sur internet... Et puis au niveau des fromages, je ne savais pas que par exemple les roqueforts, le bleu d'Auvergne, je n'y avais pas droit. Mais ça, la sage-femme ne m'en n'a pas fait part. Je l'ai appris également sur internet. (Rachel, A22, E0)

J'entendais beaucoup de choses, comme pour la listériose. Si on congelait la viande avant, c'était bon, ça ne posait pas de souci et un peu tout et n'importe quoi comme infos qu'on peut nous donner là-dessus et qui ne sont pas forcément vraies. (Géraldine, A32, E1)

Cette démarche est aussi effectuée par les femmes immunisées pour la toxoplasmose qui recherchent parfois plus de souplesse dans les restrictions :

J'arrivais pas trop à faire la différence entre le risque toxo et le risque listériose... Donc je regardais pas mal pour savoir vraiment ce qui présentait un risque par rapport à la toxo, et donc

que je pouvais me permettre vu que j'étais immunisée, et le reste. Mais d'ailleurs j'ai pas été très bonne là-dessus, je ne vais plus savoir pourquoi j'ai enlevé certaines choses... si c'est pas par rapport à la listériose ou par rapport à la toxo ! (Julie, A32, E0)

En première intention, les femmes vont réaliser des recherches plutôt globales pour éviter les dangers et ainsi favoriser un développement in utero optimal :

C'était plus des recherches générales... En gros je demandais : « qu'est-ce qu'on a le droit de manger pendant la grossesse, ou qu'est-ce qu'on doit éviter ? » Et puis ça sort après toute une liste où on conseille justement d'éviter tel ou tel produit, de plus favoriser tel ou tel produit. Les premières recherches ça a été ça ! J'allais à la pêche sur différents sites internet. (Naomie, A27, E0)

Dans ce cadre, celles-ci sont menées en dehors d'un besoin de réponse urgent, comme l'évoque Tatiana (A32, E0) : « *Quand je regardais sur l'alimentation, c'était plutôt pour regarder des choses plus générales sur quels aliments sont conseillés, je prenais le temps de regarder sur internet.* » À travers cette source d'information, les femmes sélectionnent les aliments à consommer en priorité au cours de la grossesse : « *je tapais sur internet : “ Quels sont les aliments bons pour la grossesse ? ” ou “ mauvais pour la grossesse ”* » (Pauline, A30, E2).

Les femmes sont en demande d'« *articles généralistes* », pour comprendre les principes de prévention et d'articles spécifiant la liste des « *aliments interdits* », comme l'explique Jasmine (A28, E0) : « *J'essayais de trouver des listes d'aliments qui n'étaient pas recommandés pendant la grossesse, pour mettre un peu de côté ce qui était à risque.* »

Par la suite, les recherches sont réfléchies en fonction des habitudes alimentaires, comme l'explique Hélène (A37, E0) : « *J'ai cherché tout simplement en mettant les produits au fur et à mesure que j'étais amenée à en manger, en associant le produit avec le mot “ Grossesse ”.* » Pour ces raisons, celles-ci concernent un besoin de précisions sur un produit en particulier : « *lorsque j'avais un doute sur un aliment, je faisais la recherche* » (Perrine, A30, E2), ou « *pour vérifier des marques précises, genre des fromages précis* » (Inès, A29, E0). Cette démarche leur sert à ajuster leur alimentation quotidienne : « *J'adaptais mes menus comme ça, en faisant attention à ne pas utiliser les produits que je n'avais pas le droit de manger.* » (Naomie, A27, E0)

En définitive, l'objectif sous-jacent de ces recherches est de deux ordres : d'une part, déployer une stratégie d'adaptation pour se donner un sentiment de maîtrise en sécurisant ses pratiques alimentaires, même lors d'une 3^{ème} grossesse, comme le souligne Pauline : « *Internet, moi ça m'aidait beaucoup. J'essayais de regarder les aliments dangereux pendant une grossesse pour éviter tout ce qui est contamination* » et d'autre part, apaiser leur anxiété :

Quand des fois j'avais des petites questions, doutes, internet ça aide sur le moment à éviter d'avoir des peurs ou attendre un mois le temps du rendez-vous avec le praticien. C'est surtout pour combler un peu sa peur du moment. (Pauline, A30, E2)

Je pense qu'internet c'était pour me rassurer encore plus. (Maelle, A28, E1)

En conséquence, ces recherches sont effectuées lors d'un besoin urgent de réponse, comme en témoignent les propos recueillis auprès de Tatiana (A32, E0) : « *Tout ce qui est interdiction, je regardais souvent un aliment spécifique juste avant de manger quelque chose en me disant : “ est-ce que j'ai le droit ? ”* » Ainsi, l'alimentation-grossesse peut faire l'objet d'un contrôle minutieux mais également d'une planification, par exemple, lors de repas hors du domicile :

C'est surtout pour savoir si on a le droit de manger telle ou telle chose, notamment des foies, quand on va au restaurant, je regarde la carte un petit peu avant sur internet ou... quand je sais un peu les produits qui sont proposés, j'essaie quand même de regarder un petit coup sur internet si telle ou telle chose je peux ou pas du tout. (Sonia, A27, E1)

Dans les deux cas (recherche globale ou spécifique), les femmes n'ont pas de site privilégié, ni institutionnel, comme l'explique *Bénédicte (A25, E0)* : « *Je n'ai pas trouvé de site officiel par rapport à ça qui détaille vraiment les aliments* », ni grand public, comme en témoigne la diversité de sites web cités par les femmes : « *Doctissimo, il sort tout le temps en premier* » (*Pauline, A30, E2*), mais aussi « *Parents.fr* », « *Nestlé* », « *Babycenter* », « *Magimaman* ». Face à ce constat, *Annabelle (A35, E0)* regrette l'absence d'un « *site qui reprendrait toutes les infos, vraiment comme il faut* ».

En ce qui concerne la stratégie de recherche, puisque les femmes n'utilisent pas l'adresse d'un site web en particulier, celle-ci est similaire pour toutes les femmes. En premier lieu, elles tapent dans un moteur de recherche leur question ou leurs mots clés qui sont souvent l'aliment associé aux mots « *Grossesse* » ou « *Enceinte* » :

Une fois ou deux, je me suis posé la question : « est-ce que c'était bon ou pas ? » pour savoir si j'avais le droit au pâté ou pas et donc j'avais tapé sur Google : « Pâté et grossesse ». (Gabrielle, A29, E0)

Pour tout ce qui était aliment... le fromage par exemple, je regardais directement sur la barre de recherche Google, « fromage+enceinte ». (Rachel, A22, E0)

Chaque recherche va conduire à de nombreuses pages et une diversité de sites dont la place d'apparition varie selon le référencement. Pour cette 1^{ère} étape, la stratégie reste la même : ne pas s'arrêter au premier site, qui est notamment le site sponsorisé : « *Je tape dans Google ma question ou un mot très défini et je regarde un peu les différents sites.* » (*Elsa, A30, E1*) ; « *Je tapais dans le moteur de recherche et je regarde toujours plusieurs sites.* » (*Julie, A32, E0*)

En revanche, pour la 2^{ème} étape, la sélection des sites web se fait selon des modalités variables selon les femmes. Dans la première option, elles sont amenées à s'intéresser aux sites de la première page, comme le précise *Rachel (A22, E0)* : « *Je regarde après les deux ou trois premiers sites qui suivent le premier en haut de la liste et celui qui est tout en bas* », avec souvent une préférence des femmes pour les premiers sites.

Dans la seconde, le choix peut s'orienter sur l'impression subjective de la qualité du site, comme l'illustrent les propos de *Perrine (A30, E2)* : « *J'avais pas un site de prédilection, mais je prenais un site qui me paraissait assez sérieux... principalement des sites médicaux donc je ne suis pas inquiète.* » Leur volonté est ainsi d'aller vers les sites et les informations les plus fiables et elles ont le sentiment de savoir les repérer : « *J'ai essayé de trouver des infos sur des sites... j'allais dire... médicaux... un peu vulgarisés.* » (*Géraldine, A32, E1*) Cependant, la représentation qu'elles ont des sites est parfois biaisée par l'appellation, qui donne à penser qu'il s'agit d'un site contrôlé au niveau médical, comme nous l'avons identifié lors des entretiens de *Perrine* ou de *Zoé* : « *J'essayais quand même dans la mesure du possible d'aller sur les sites les plus officiels possibles, où il y avait le mot " docto... ", " Doctissimo " !* » (*Zoé, A38, E1*)

Très peu de femmes vont s'intéresser aux sites web des instances sanitaires et peu vont appréhender avec précaution les informations trouvées sur les sites vulgarisés : « *J'essaie d'aller sur les sites qui sont validés... de sélectionner des sites sérieux. Je faisais confiance aux sites agréés par l'autorité de santé, après le reste, moyennement, je le prenais avec des*

pincettes. » (Hélène, A37, E0) Comme nous l'avons déjà mentionné, les sites institutionnels ont une moindre visibilité dans les premières pages que les sites grand public, particulièrement lors des recherches sur des aliments spécifiques.

Dans la troisième option, les femmes ouvrent plusieurs pages web, sans réelle sélection de la qualité, mais dans l'objectif de consulter tout un éventail de sites :

J'ouvrais pleins d'onglets et je fouillais dedans... comme on sait que ce qu'on trouve sur internet c'est un peu dans tous les sens, le but c'était de me faire une idée à base de sources un peu variées, et à la fois des sources officielles... comme le site de l'OMS, et à la fois des expériences ou des petites astuces de mamans... Donc des sources assez variées au final. (Karen, A32, E0)

Après la sélection des sites web, celle du contenu – informations les plus pertinentes – est une 3^{ème} étape complexe, comme en juge Malorie (A25, E0) : « *Sur internet on ne sait jamais trop, n'importe qui écrit n'importe quoi en fait. Et puis c'est énervant parce qu'on va passer un quart d'heure sur son téléphone à chercher tous les sites, à voir qu'on ne voit pas d'infos fiables, au final à laisser tomber...* » Comme l'explique KENZA (A28, E0), une phase fine d'analyse sur les contenus des différents sites consultés doit être effectuée : « *Je recoupe en fait les informations... Je ne me fie pas à une seule info, j'essaie d'en lire plusieurs... je regarde à plusieurs endroits quand même, j'essaie de ne pas m'arrêter à une seule info.* »

Pour y parvenir, les femmes enceintes vont devoir croiser les informations lues pour : « *voir s'il y a vraiment beaucoup de différences, des choses qui sont vraiment incohérentes, ou est-ce que c'est complètement pareil ?* », comme l'exprime Rachel (A22, E0), avec cette perspective de trouver un message commun et recevable : « *J'ai recoupé les informations pour trouver la bonne parce que des fois, c'est un peu contradictoire.* » (Florie, A42, E0)

En ce qui concerne les grands principes de prévention, les femmes trouvent facilement les informations, comme le précise Caroline (A33, E0) : « *Il y a des grandes lignes quand même, entre les sushis, tout ce qui est viande crue, fromages au lait cru, œufs crus... mais c'est les grands classiques, ce qu'on retrouve un peu partout, ce qui est connu...* » À l'inverse, elles expriment des difficultés pour obtenir leurs réponses sur des aliments spécifiques, comme le souligne Vanessa (A29, E0) : « *Sur internet, j'ai fait des recherches de manière plus spécifique, un aliment précis, mais on ne le trouve pas à chaque fois ou c'est pas le détail qu'on souhaite. Ça donne de bonnes infos mais pas sur ce qu'on cherche sur l'aliment précis.* »

Sur ce dernier point, comme l'explique Perrine (A30, E2), il est nécessaire de faire le tri dans cette masse d'informations pour « *analyser le vrai du faux* » et juger de la pertinence des données collectées : « *J'essaie de croiser les informations pour essayer de voir si c'est plutôt à prendre à la légère, ou plutôt si c'est des informations plutôt sérieuses.* » (Jasmine, A28, E0) Certains aliments apparaissent comme interdits, autorisés, ou permis selon le mode de préparation.

À l'issue de cette stratégie de recherche, leur décision de consommer l'aliment va être influencée en premier lieu par le niveau de confiance des informations consultées. De nombreuses femmes restent vigilantes sur les informations trouvées sur des sites web : « *Ce qu'on lit sur internet, c'est pas fiable...* » (Malorie, A25, E0) ; « *Je suis allée voir sur internet, mais c'est pas non plus la bonne solution parce qu'il y a tout et n'importe quoi !* » (Daphné, A33, E2)

Cependant, en ce qui concerne, l'alimentation-grossesse, deux arguments sont présentés par les femmes pour justifier de la fiabilité de ce qu'elles ont lu. D'une part, les femmes ont parfois du

mal à concevoir que des données présentes à la vue de tous sur des sites web (hors forum), concernant la santé ne sont pas fiables, comme le suggère Perrine (A30, E2) : « On trouve quand même rarement des sites qui donnent de fausses informations. On parle quand même de santé... » C'est aussi la représentation de Tatiana (A32, E0) : « Je prenais un ou deux articles et puis je comparais. Il y a eu quelques exceptions mais j'ai trouvé assez de choses vraies. » Les propos de Bénédicte (A25, E0) illustrent la difficulté des femmes à identifier, parmi tous les sites proposés, ceux les plus fiables :

Des sites comme « Magicmaman », je sais que ce sont des sites quand même plutôt reconnus. Alors je ne sais pas si ce sont des professionnels ou pas, mais je trouve que les informations sont plutôt fiables... je prenais un peu là-dessus, même si sur l'alimentation, ça restait quand même assez vague, c'était pas précis sur les aliments.

D'autre part, ce dernier point semble d'autant plus vrai si les informations se recoupent d'un site à l'autre :

C'est à peu près fiable si je le lis à plusieurs endroits, sur plusieurs pages. (Kenza, A28, E0)

C'était assez fiable quand même, parce que du fait que je prenais quand même le temps de comparer sur plusieurs sites... je voyais bien s'il y avait des correspondances ou pas entre les réponses, ou si c'était totalement l'opposé, je virais en disant : « si c'est pas pareil, c'est que c'est bizarre... » (Naomie, A27, E0)

Même si les femmes ne prennent pas pour argent comptant le contenu du site web, Ninon (A23, E0) estime que les informations lues sur internet induisent un effet sur son comportement : « J'essaie toujours de prendre un peu de recul quand même. Mais après je pense que ça a quand même une influence sur ce que je vais faire. »

En dernier lieu, leur décision va reposer sur le degré de précaution qu'elles souhaitent prendre, qui peut intégrer une part de risque. Une partie des femmes nous explique sélectionner l'information sur laquelle un consensus semble émerger, comme l'explique Bénédicte (A25, E0) : « Si c'était les mêmes avis, je restais sur le fait que c'était positif et s'il y avait du positif et du négatif, je préférerais ne pas manger l'aliment. Je partais là-dessus pour être tranquille. » Et à l'image de Bénédicte, si un doute persiste, de nombreuses femmes préfèrent ne pas prendre de risque.

Vraiment sur internet, on trouve tout et son contraire, c'est un peu le problème. Je regardais tous les sites et puis je me disais : " Là, ils disent que c'est peut-être pas génial alors je ne vais pas prendre le risque au final. " Internet, au moins ça donne une idée... et puis on prend ce qu'on a envie de prendre. Mais ça m'a fait plus peur sur certains trucs. Tu ne sais pas si c'est vrai ou pas mais dans le doute, tu ne vas pas en manger. (Caroline, A33, E0)

De surcroît, lorsque les informations recueillies viennent contredire celles des professionnels, les femmes sont plus disposées à éviter le danger :

Mes recherches ne portaient vraiment que sur les aliments que j'avais le droit ou pas de manger. J'ai eu des informations contradictoires sur internet avec ce que me disait la gynécologue, sur le saumon fumé... Alors elle, elle me disait que non, que je n'avais pas le droit d'en manger, et j'ai lu quelque part qu'on pouvait en manger... donc j'ai pris la décision de ne pas en manger. Finalement je ne sais pas si j'ai le droit d'en manger ou pas, alors j'avoue qu'en cas de doute, je ne consomme pas l'aliment... (Zoé, A38, E1)

Néanmoins, lorsque les avis divergent, trancher ne semble pas toujours si simple, comme l'exprime Fanny (A35, E0) qui va aller dans le sens de l'information venant confirmer sa première opinion : « J'ai fait plusieurs sites, j'ai récolté les informations et puis j'ai fait un mix

de tout ça et ensuite j'en ai fait ce qui m'arrangeait... ce qui me semblait être le plus juste. » Certaines femmes vont aussi s'intéresser aux positionnements des sites web qui intègrent, tout comme les instances sanitaires, la logique du principe de précaution : « *Je trouve qu'il y a des sites qui sont plus ou moins alarmistes. »* (Julie, A32, E0)

Dans ces situations d'incertitude, un tiers est parfois cité comme nécessaire. Comme nous l'avons déjà mentionné, la confiance envers le professionnel est forte et il apparaît comme la personne ressource en cas de nécessité, comme l'illustrent les propos de *Gabrielle* et de *Jasmine* :

Google, je lui fais confiance à hauteur de 10% même pas... Après pour un aliment précis, je me dis... qu'est-ce que lui pourrait me sortir ? est-ce que c'est plutôt oui ou plutôt non, sachant que... si vraiment j'avais une question, je poserai la question au professionnel de santé pour être sûre. (Gabrielle, A29, E0)

Internet, je le prends un peu avec des pincettes, j'essaye de recouper les informations pour voir si je retrouve plusieurs fois les mêmes, avec des sources similaires, et d'où viennent les informations. J'ai quand même plus confiance en ce que je peux entendre de la bouche des personnes que je rencontre physiquement, plutôt que ce que je peux lire aussi sur internet. Les professionnels de santé sont essentiels ! (Jasmine, A28, E0)

Pour certaines femmes, ce tiers expert est primordial puisque les professionnels ont une vision large sur la situation à risque et un panel de connaissances suffisamment poussées pour juger de la véracité des informations et apporter une caution sur les décisions :

Pour moi, tout ce qu'on peut trouver sur internet, il y a beaucoup de bêtises, et rien ne remplace le conseil d'un professionnel de santé, qui lui va pouvoir avoir l'ensemble des informations et vous dire, ben avec ce que vous me dites, c'est bon. (Gabrielle, A29, E0)

Si j'avais vraiment un doute parce que cette réponse-là sur l'article me paraissait un petit peu bizarre, je sais que je pouvais poser la question à ma sage-femme. (Tatiana, A32, E0)

Pour *Sarah* (A19, E0), qui est notre plus jeune participante à l'étude, ce tiers est plutôt incarné par une personne de son entourage qu'elle privilégie en cas de doute : « *Je regardais plusieurs publications, il y en avait qui disaient oui et qui disaient non. Pour décider, j'appelais ma belle-mère ou ma mère. »*

En définitive, les réflexions de *Fanny* illustrent parfaitement le cheminement, en termes de questionnements qui ont donné lieu à des recherches, effectué par les femmes enceintes :

Je cliquais sur ce qui me semblait parler de la question posée et je piochais un peu. C'est souvent le critère de recherche : aliment interdit pendant la grossesse, viande interdite, après j'ai affiné un peu avec la catégorie d'aliments. Et puis après, comment manger l'aliment. La viande, par exemple, on sait qu'il ne faut pas la manger crue, mais est-ce qu'on peut la manger quand même. On est obligée de manger de la semelle ou on peut faire une alternative ? [rires] Je me suis renseignée aussi dans ce sens. (Fanny, A35, E0)

L'expérience de *Romane* (A30, E0) et de son conjoint souligne, quant à elle, toutes les étapes de réflexion éprouvées pour se décider sur la consommation d'un aliment :

Conjoint : *On se pose quand même pas mal de questions... par exemple sur les raclettes... On a été obligés de regarder surtout sur internet, et on trouve de tout et n'importe quoi. Voilà, on trouve des fois des personnes qui se contredisent... c'est un peu fouillis ! Par exemple, on cherchait pour la raclette, le fromage thermisé. Pour « Fromage thermisé + enceinte », certains disaient oui, d'autres non... Et c'est un exemple parmi tant d'autres. Je vais sur plusieurs pages pour avoir plusieurs avis...*

Romane : *Pas toujours fiables...*

Conjoint : *Plus on lit les exemples, plus on a l'impression qu'on a un cancer, alors qu'à la base on regardait juste un aliment ! Généralement on prend où il y a le plus d'avis...*

Romane : *S'il y a plus de oui, on se dit que c'est oui...*

Conjoint : *Après on joue la sécurité finalement. Pour revenir sur l'exemple de la raclette, au final maintenant on prend de la raclette en barquette, qui est certes moins bonne mais au moins elle est pasteurisée. Ou sinon on ne mange pas. Par exemple le Mont D'or, même si parfois il y en a qui est pasteurisé, on n'en prend pas et on attendra quand le bébé sera là, après l'accouchement.*

Les réseaux sociaux et les forums

Parmi les femmes interrogées, seules seize ont consulté des réseaux sociaux, des forums ou des blogs, qui tendent pour la plupart à créer des communautés en ligne.

Certaines femmes utilisent les groupes de discussion pour d'autres thématiques que celle de l'alimentation, comme c'est le cas de *Pauline (A30, E0)* : « *C'est vrai qu'il y a des forums, où il y a des mamans qui nous donnent des idées... mais aussi qui se lâchent... Moi, j'ai pas posté moi-même. Pour d'autres choses oui mais je n'ai pas posté sur l'alimentation.* » Pour ce qui est de l'alimentation, cela peut se faire « par hasard » lors de requêtes sur le moteur de recherche, sans démarche active de leur part, comme le fait remarquer *Julie (A32, E0)* : « *Parfois, en tapant l'aliment ou en tapant des mots-clés, on tombe sur des forums, moi je lis mais par contre, j'étais pas active.* »

D'ailleurs, certaines femmes ne perçoivent pas la différence entre les sources, comme l'illustrent les propos de *Daphné (A33, E2)* qui pense consulter un forum « médicalement validé » puisque ce dernier est rattaché au site Doctissimo :

C'est des forums où je pose la question : « Peut-on manger... » J'appelle ça des forums mais c'est des sites... où on est relié directement sur des conseils de médecin ou je ne sais pas trop ce que c'est exactement. C'est des gens qui mettent leur avis et après, il y a des commentaires de plusieurs personnes par la suite... Généralement, je crois que c'est un résumé.... d'un médecin... enfin, moi je pense que ça doit être un médecin. Je ne sais pas trop exactement. C'est le site Doctissimo.

D'autres femmes, même si elles sont peu nombreuses, déclarent s'informer sur les réseaux sociaux, comme *Audrey (A29, E0)* :

Sur tout ce qui est toxo, j'ai regardé pas mal de choses. Il y a un groupe sur Facebook « Bientôt maman », c'est pas mal, on peut poser plein de questions dessus. J'ai demandé des choses là-dessus. Je trouve ça intéressant, parce que j'apprends plein de choses et je trouve qu'il y a pas mal d'infos.

Toutefois, les usages sont variables. Très peu de femmes osent poster sur le groupe leurs questions, comme l'admet *Julie (A32, E0)* : « *Alors poser des questions, non. Pour prendre de l'info, oui, mais très peu.* » Et certaines internautes lisent les discussions sur des forums par « pure curiosité » :

J'ai regardé les forums... simplement pour voir ce que les gens disaient. C'était sur l'alimentation, par exemple quand on cherchait quelque chose sur les aliments crus... C'était vraiment de la curiosité, parce que j'allais pas du tout prendre en fait ces informations-là, puisque ce n'était qu'un forum... avec des femmes qui disent : « Oh ben moi j'ai mangé des sushis toute ma grossesse, il n'y a rien eu... » Donc c'était juste par curiosité. (Vanessa, A29, E0)

Néanmoins, elles bénéficient d'informations de façon « passive », sans poser de questions, mais tout en recherchant les questions déjà posées par d'autres femmes, comme en témoigne Sarah :

Je n'ai pas posé de questions. J'ai toujours regardé sur les forums. Vu que quand je me posais une question... il y avait déjà des femmes qui les avaient posées avant. Ça m'a aidée pour les réponses. Un peu tout : me rassurer, trouver des réponses, voir ce que les femmes pensaient... je me renseigne surtout sur ce que les femmes disent le plus. (Sarah, A19, E0)

Comme pour les sites, les femmes s'orientent notamment vers les avis les plus fréquents. Toutefois, certaines d'entre elles pointent le fait que l'on peut toujours trouver « ce qu'on veut entendre qui est écrit » car « il y en a pour tout le monde, pour tous les goûts », comme l'explique Rachel (A22, E0). Dans l'ensemble, les femmes soulignent une multitude d'avis divergents sur ce qu'il faut faire ou non :

Alors j'ai commencé au début à consulter les forums, et quand j'ai compris leur façon de procéder sur les forums... c'est n'importe quoi : faut faire ci, faut faire ça, faut pas faire ci, faut pas faire ça... C'est impressionnant. Des gens disent des choses complètement vraies ou complètement fausses. (Rachel, A22, E0)

Les femmes sont effectivement confrontées à la lecture sur le groupe d'expériences diverses :

Moi je me demandais pour la toxo... là il y a la discussion de ce qu'on peut manger. Il y en a qui disent que par exemple sous vide, c'est possible de manger comme ça la charcuterie. D'autres disent que non, surtout pas... J'avais dû poser une question, justement par rapport à la toxo, après je l'avais enlevée. Les filles avaient répondu, enfin c'était un peu à l'extrême. En plus une nana avait mis : « Oui ben moi, ma belle-sœur a fait une fausse couche par rapport à ça... » Donc, voilà sur les forums, les mamans peuvent dire : « moi j'ai déjà eu ça ». (Audrey, A29, E0)

Cela étant, Audrey évoque l'importance du soutien social du forum : « Même si c'est derrière un écran, je me sens parfois moins seule. Car, malgré qu'on soit énormément entourée, la grossesse est vraiment un moment où l'on se pose plein de questions et ce groupe m'aide beaucoup. »

Néanmoins comme l'expriment certaines femmes, ces expériences ne sont pas toujours transposables :

J'aime pas trop les forums parce que chaque cas est différent et on ne peut pas se fier à ce qu'une autre femme a vécu parce que nous, ça sera forcément pas pareil. (Elsa, A30, E1)

Les forums, c'est vraiment chacun qui va raconter sa vie, de manière plus ou moins précise et transposable aux gens... (Karen, A32, E0)

Dans cette multiplicité d'avis, d'opinions et d'expériences, les internautes perçoivent la difficulté pour y trouver une information fiable. Les propos de Romane (A30, E0) et son conjoint relatent leur ressenti mitigé sur les forums :

Conjoint : *On a regardé des forums où des fois... justement ils expliquent un peu... mais voilà, c'est toujours un peu fouillis, on n'a jamais vraiment les bonnes informations.*

Romane : *Ça nous oriente un peu, mais des fois voilà... ça se contredit.*

Audrey (A29, E0) regrette que personne ne modère et rectifie réellement les discussions en cas de propos erronés : « Quelqu'un pour cadrer... et pas uniquement raconter... il faut vraiment qu'il y ait quelqu'un qui corrige si jamais... enfin qui présente et voilà, qui informe en fait et qui va un peu plus loin dans la discussion. »

En effet, les femmes s'aperçoivent des nombreuses incohérences dans les discussions et déclarent s'écarter rapidement de cette source d'information :

Sur les forums de femmes enceintes, alors là c'est impressionnant. Quand on pose une question à quelqu'un et qu'on a cinq réponses différentes... On se dit... où est la vraie réponse ?! (Rachel, A22, E0)

Tout ce qui est forum, tout ce qui est commentaires, je m'en suis assez rapidement détachée. (Tatiana, A32, E0)

Pour Caroline (A33, E0), cela s'explique car les réseaux sociaux, forums, blogs sont le reflet des pensées diverses des personnes, qu'elle éprouve déjà au sein de son entourage :

Je n'arrive jamais à trouver des choses récentes et puis c'est un peu comme toutes les nanas autour de moi qui me disaient : « Oh bah moi, je mange du saucisson et je ne vois pas le problème ! » Après j'ai l'impression de revoir et d'entendre un peu les mêmes choses partout, ça m'a saoulée.

En plus d'être contradictoires, les échanges sont décrits comme parfois tendus :

Les forums par définition, les gens s'engueulent dessus ! Ou il y a des gens qui vont dire : « Oui, moi pendant ma grossesse j'ai mangé des œufs crus et tout et n'importe quoi et ça s'est bien passé, arrêtez ! » Une autre qui va dire : « Non, non pas du tout, attention ! » (Malorie, A25, E0)

Comme l'expose Perrine (A30, E2), sur un forum, chaque femme exprime ses idées, avec un vocabulaire qui lui est propre :

Je les lis de temps en temps, mais quand je vois les personnes qui postent dessus et le niveau des posts ! Je suis désolée de dire ça, mais je ne me fie pas trop aux posts des gens... c'est pas forcément d'un niveau intellectuel très haut ou d'un niveau de connaissances très haut !

Les forums pouvant être sources de stress, Karen (A32, E0) appelle à la vigilance :

Les forums... non vraiment... je crois qu'il vaut mieux éviter, parce que c'est un coup à se monter la tête... où il y a la terre entière qui va raconter sa vie, ça en général, c'est plus anxiogène qu'autre chose... j'en ai fait l'expérience une fois... et en fin de compte, moi j'ai paniqué tout de suite avec ce qu'ils disaient... je me suis monté la tête et en dix minutes c'était la fin du monde. Et quand j'ai réussi à avoir ma sage-femme qui était dispo, elle m'a rassurée.

Cet étalage d'expériences peut être déstabilisant, comme le précise Audrey (A29, E0) : « Après il faut mesurer un peu ce qu'on lit aussi et puis je pense que par exemple si c'est quelqu'un qui est un peu hypocondriaque ou quoi que ce soit, il faut vraiment faire attention à ce qu'on lit. Après c'est sûr qu'il faut consulter un médecin. »

Cela participe à cette confiance très faible accordée aux groupes de discussion, parmi les femmes interrogées, même pour celles qui les consultent :

[J'ai regardé] éventuellement des forums, mais je m'en méfie quand même. (Zoé, A38, E1)

C'est vrai que des fois j'ai regardé sur des sites où des mamans parlaient, des femmes enceintes, etc. mais j'ai du mal à croire, j'ai du mal à faire confiance du coup. Parce que je me dis que c'est un peu flou, enfin, disons qu'il y a des avis et leurs contraires, c'est très parlant ! (Hélène, A37, E0)

Je regardais un peu des forums et puis c'était tout et n'importe quoi sur les réponses des personnes [rires]. Il y en a la moitié qui dit blanc et l'autre moitié, noir... donc j'ai compris qu'il fallait faire un peu attention aux informations. Je suis assez méfiante. (Florie, A42, E0)

Dans le même sens, *Fanny* (A35, E0) qui est aide-soignante, n'a aucune confiance dans ces forums : « *Doctissimo, par exemple, c'était même pas la peine d'y penser. Je sais très bien que c'est un forum où tout le monde se dit médecin et personne ne l'est en tout cas. Le but ce n'est pas de risquer de la désinformation.* »

Audrey (A29, E0) affiche une préférence pour les blogs et identifie une différence majeure :

Je trouve que quand on est sur des blogs... si on en choisit en tout cas qui sont de qualité, où les personnes citent un minimum de sources, ou de choses comme ça... Donc là voilà, moi je ne suis vraiment pas fan de ces forums... et je préfère les « influenceuses » soit via des vidéos, soit des blogs, des personnes qui donnent leur témoignage.

Les applications pour smartphone

Les applications de grossesse disponibles sur smartphone sont très utilisées par les femmes enceintes, qui évoquent leur aspect pratique : « *Maintenant on a tous des smartphones* » (*Inès*, A29, E0) ; « *J'aime bien le format de l'application parce qu'en général on a toujours notre smartphone sur nous et ça permet de pouvoir consulter quand on veut, quand on en a besoin* » (*Géraldine*, A32, E1).

Elles expliquent parfois en télécharger plusieurs pour tester et choisir celle qui pourrait leur convenir (parfois plusieurs sont gardées). Seules quinze femmes ont déclaré ne pas avoir téléchargé de telles ressources.

Plusieurs types d'applications existent : celles qui évoquent des sujets sur la grossesse, avec pour certaines, des articles sur l'alimentation et des applications dites spécifiques sur l'alimentation-grossesse. Les femmes et même leurs conjoints téléchargent fréquemment ces applications dès l'annonce de la grossesse, voire en amont :

On a installé une appli avec mon conjoint, dès le début quand on a su que j'étais enceinte. Ça fait un suivi semaine par semaine avec des conseils de... médecins et autres... c'est surtout là qu'on s'est renseignés. (*Elsa*, A30, E1)

Une application sur la grossesse en général, c'est mon compagnon qui l'avait mis... c'était même avant d'être enceinte [...] Je crois que je me suis un peu laissé porter ! [rires] (*Laure*, A30, E0)

De nombreuses applications généralistes de grossesse ont été citées par les femmes, par exemple : « *Grossesse plus* », « *celle de Doctissimo* », « *Allô maman* », « *Babycenter* », « *Néomama* », etc. Elles apprécient d'aller consulter des articles quotidiens ou hebdomadaires : « *on peut aller voir tous les jours.* » (*Audrey*, A29, E0) Deux fonctionnalités sont citées par les femmes :

Il y a les deux, [notifications et articles]. Il y a des notifications... Alors je ne sais plus à quelle fréquence... J'en reçois pas une par jour, c'est moins souvent que ça... C'est des notifications qui sont vraiment très, très variées... il y a vraiment de tout : sur la nourriture, sur les basiques... enfin les notifications couvrent quand même un large spectre... Et ensuite, en fait c'est par semaine, où chaque semaine il y a... sept ou huit petits articles. Il y a forcément l'article de tête avec le poids et la taille moyenne du bébé... en fonction de chaque semaine. Et ensuite il y a des petits articles en relation avec la semaine. Elle parle d'alimentation entre autres. (*Julie*, A32, E0)

Ces applications généralistes ont ainsi deux objectifs, d'une part de permettre de suivre l'évolution du bébé et d'autre part de fournir des conseils, sous forme d'articles, dont l'alimentation : « *J'ai mis une application pour voir un peu où en est le développement du bébé et puis ils donnent aussi des petits conseils.* » (*Inès*, A29, E0). C'est d'ailleurs, cette

combinaison que les femmes apprécient et qui orientent le choix de leur application : « *ça parle de tout et chaque jour, de l'évolution du bébé et ça parle d'alimentation, du bien-être de la maman. Elle est vraiment pas mal, celle-là.* » (Chloé, A25, E0)

Par ailleurs, comme le décrit Inès (A29, E0), il est possible, en fin d'article, de poursuivre les recherches sur d'autres thématiques de grossesse : « *C'est comme des petits articles : " est-ce que je peux manger sans risque... ça ?" ; " Comment prendre soin de soi ?" Et puis quand on clique sur un article, à la fin, il y a d'autres questions comme ça, où on peut cliquer dessus à nouveau et qui nous envoient vers d'autres articles si on veut approfondir un truc.* »

Les femmes sont globalement satisfaites des informations proposées par ces applications généralistes qui proposent des conseils sur les règles hygiéno-diététiques, comme l'explique Rachel (A22, E0) :

Au début j'ai activé une application sur mon téléphone... qui m'a quand même bien aidée au niveau des aliments... Et il y a des conseils généralisés vraiment sur toute l'alimentation... En fait tout ce que la sage-femme m'a dit à l'oral, je l'ai vu par écrit. Et pour moi ça m'a vraiment plus aidée. Après je ne sais pas, je pense que tout le monde est différent, mais moi en tout cas je sais que c'est comme ça que ça m'a aidée.

Certes, ces informations sur l'alimentation sont décrites comme succinctes, comme le souligne Audrey (A29, E0) : « *l'application est pas mal, il y a des petites infos, mais il n'y a pas tout* » ; mais elles ont l'avantage d'être diffusées régulièrement :

Ça m'a dit quand même deux, trois trucs sur l'alimentation en début de grossesse. Tous les jours il y a un truc, faire attention à ci, à ça, sur l'alimentation aussi. (Caroline, A33, E0)

J'ai téléchargé une application pour cette troisième grossesse... sur mon téléphone où là j'ai des petites infos tous les jours, ils m'informent sur comment manger, comment faire... il me semble que j'avais eu une info sur, justement, quoi manger. (Daphné, A33, E2)

En cela, l'usage de l'application généraliste peut être complémentaire de celui de l'internet, comme le précise Rachel (A22, E0) : « *En fait j'ai vraiment consulté aliment par aliment sur Google... et les aliments en général, c'était plutôt sur l'application.* »

En revanche, d'autres femmes sont modérées sur l'apport de ces applications, notamment sur la thématique de l'alimentation, comme l'exprime Bénédicte (A25, E0) : « *Il y a des petits articles parfois sur l'alimentation. Mais c'est pas une application spécialement pour ça. Pas pour l'alimentation. Et c'est des informations que j'avais déjà.* » Les réticences peuvent aussi porter sur la fiabilité des contenus qui n'apparaissent pas sourcés selon Karen :

Ils donnaient quelques conseils autour de l'alimentation, les examens à réaliser, les précautions à prendre. Les informations m'ont convenu jusqu'à un certain point, parce que justement, c'est pas du tout sourcé. On n'a aucune espèce d'idée trop d'où ils sortent leurs infos... Et au fur et à mesure de la grossesse, il y a eu des posts, articles qui étaient un peu plus en mode sponsorisé... (Karen, A32, E0)

Certaines applications proposent aussi d'autres fonctionnalités : « *il y a aussi une application que j'ai suivie, c'est " Néo-mama ". Et dedans il y avait aussi des recettes de proposées.* » (Malorie, A25, E0) ; « *WeMoms, c'est des discussions, il y a plein de thèmes différents et aussi l'alimentation.* » (Chloé, A25, E0) Les femmes ont cité des applications pouvant être utilisées en pré-conceptionnel et basculées en mode grossesse, comme l'explique Ophélie (A30, E0) :

J'utilisais « Flo » avant la grossesse, pour suivre mon cycle. Et puis j'ai gardé celle-là, je suis passée en mode grossesse. Il y a quelques articles mais rien de spécial... j'en tire surtout les informations sur l'évolution du bébé au fil des semaines.

Dix femmes ont téléchargé une application spécifique sur l'alimentation pour la grossesse actuelle : « *spéciale femmes enceintes, pour voir si c'était conseillé ou pas* ». (Sarah, A19, E0) L'application « *Alimentation grossesse* » est très fréquemment citée. À la différence des applications généralistes, celles-ci ont l'objectif de fournir des informations sur des aliments précis : « *Je tapais le nom de l'aliment que je voulais manger, et il y a plusieurs informations sur est-ce qu'il faut le manger ou pas... j'aime bien le principe de l'application...* » (Ninon, A23, E0)

Ce type d'application est utilisé par les femmes dès le début de la grossesse sur des recherches ponctuelles et instantanées avec toujours la double finalité de planifier ses repas et de se rassurer avant de consommer un aliment suspecté comme à risque :

Au début de grossesse, je me suis installée une appli sur mon téléphone, pour l'alimentation grossesse. Et même encore maintenant quand j'ai un doute, je regarde là-dessus. Donc ça m'arrive... quand on va au restaurant ou autre, [...] je vérifie quand même toujours avant sur l'application. (Géraldine, A32, E1)

Quand il y a quelque chose qui me fait envie, j'aime bien quand même jeter un petit coup d'œil sur l'application pour être sûre que, voilà, ça ne soit pas quelque chose vraiment... d'interdit durant la grossesse. (Sonia, A27, E1)

Même si comme le précise (Kenza, A28, E0), tous les aliments ne sont pas listés, Hélène (A37, E0) estime que c'est « *assez complet et [qu'] il y a beaucoup de choses donc ça permet d'avoir une réponse assez rapide et précise !* » Pour Kenza (A28, E0), cette application lui a apporté les précisions nécessaires pour comprendre où se situait le risque :

C'est l'application qui m'a fait découvrir qu'il pouvait y avoir des risques de listériose avec le gruyère râpé, ce que je ne savais pas. Je m'étais dit : « c'est de l'Emmental, donc c'est bon... » Mais en fait la petite subtilité, c'est que je ne savais pas que dans le sachet – ben oui en fait c'est logique, quand on ouvre le sachet, il y a toujours un petit peu d'humidité – et c'est cette humidité là qui visiblement peut entraîner des risques de listériose, de contact avec des bactéries... peut-être au niveau du conditionnement. Enfin je ne sais pas exactement mais... j'avais lu quelque chose comme ça. Et ça pour le coup, je ne l'ai su qu'avec cette application. Parce que c'est peut-être très spécifique le gruyère râpé. Enfin en tout cas j'avais lu qu'il valait mieux le râper soi-même avec une râpe à fromage.

Ces applications spécifiques sur l'alimentation-grossesse fonctionnent comme sur l'internet : « *Il y a un moteur de recherche où on rentre l'aliment et ça nous donne les risques éventuels, par type d'aliments.* » (Hélène, A37, E0) Par contre, elles fonctionnent ensuite par catégorisation, comme l'explique Sarah (A19, E0) : « *Si je voulais cuisiner... je regardais tous les aliments pour voir si j'avais le droit de manger ou pas. Je vais taper, admettons, telle sorte de fromage, ça va me dire “ conseillé ”, “ déconseillé ”.* »

Ces applications permettent de connaître le risque alimentaire et les précautions spécifiques pour chaque aliment mais le choix de la catégorisation est variable, avec parfois des codes couleur. Nous pouvons citer l'exemple précédent, « *conseillé /déconseillé* » et ceux cités par Kenza et Hélène, « *non à risque/vigilance/interdit* » ou encore « *convient/ convient si.../ ne convient pas* » :

Parfois, quand j'ai des doutes, je peux chercher l'aliment... Je regarde s'il est listé déjà, parce qu'ils ne sont pas toujours tous listés... Et puis après il y a trois catégories : il y a catégorie vert,

donc aliments pas de problème ; il y a un petit triangle jaune, genre attention... risque de listériose, ou risque de toxoplasmose si c'est pas assez cuit ; et sinon il y a un petit symbole croix rouge : non, aliment à ne pas consommer, et ils expliquent justement pourquoi il ne faut pas le consommer. (Kenza, A28, E0)

C'est une barre de recherche où on met l'aliment, il y a des catégories aussi, viande, poisson, ... on rentre l'aliment et [...] imaginons je tape sur « Noix de Saint Jacques » il va me mettre « Convient à la femme enceinte si le produit est choisi frais et bien cuit ». (Hélène, A37, E0)

Hakima (A21, E0) s'est aussi appuyée sur une application pour savoir quoi manger :

Il y a une application... Je vois beaucoup avec ça... on me dit aujourd'hui, il faut manger comme ça et ça m'a donné beaucoup de choses... mais c'est en arabe. [...] Avec ça je vois toujours... il faut faire quoi, qu'est-ce qu'il ne faut pas faire...

Les ressentis sont variables. Parfois ces conseils courts conviennent à une partie des femmes, comme pour Hélène (A37, E0) : « C'est assez succinct mais c'est efficace. Ça m'a rassuré donc ça m'a suffi ! »

En revanche, d'autres femmes n'étaient pas satisfaites par le service proposé par l'application ; elles avaient tendance en cours de grossesse à désinstaller cette application. Le point négatif majeur souligné par les femmes, c'est le sentiment de subir d'importantes restrictions, comme le précise Ninon (A23, E0) : « Celle que j'ai utilisée elle m'a vite interrogée parce que j'avais l'impression que je n'avais plus le droit de rien manger ! » Mais elles avaient aussi l'impression d'un principe de précaution poussé à l'extrême, comme en témoigne Malorie (A25, E0) : « On rentrait le nom du produit et il disait oui ou non. Mais le problème, c'est que c'était un peu non pour tout en fait. » À ce sujet, Florie (A42, E0) pointe le style du logo : « une silhouette de femme enceinte avec un interdit barré en rouge dessus » qui traduit cette idée. Selon elle, il n'y avait pas de demi-mesure dans les recommandations fournies :

Je pense qu'elle n'était pas vraiment adaptée. C'était pas très bien, parce qu'en gros, j'avais le droit à rien. En fait, il n'y avait pas de nuances. Donc au bout d'un moment... dès que je tapais un truc, j'avais l'impression que c'était pas bon. Je trouve qu'ils avaient un peu simplifié et c'était pas adapté.

À la différence des applications généralistes dont l'intérêt est souvent porté sur l'évolution du développement du fœtus, et dont l'usage est renouvelé lors d'une grossesse ultérieure, ce n'est pas le cas des applications spécifiques à l'alimentation-grossesse. Soit l'intérêt n'a pas été perçu à la première grossesse, comme l'explique Olivia (A33, E1) : « De mémoire, lors de ma première grossesse, je ne trouvais pas forcément les informations que je voulais, là pour cette seconde grossesse, je ne l'ai pas reprise », soit l'utilité ne s'en fait pas ressentir à la grossesse suivante du fait de la multiparité ou de l'immunisation pour la toxoplasmose, comme c'est le cas de Maelle (A28, E1) :

Sur l'alimentation grossesse, je sais que pour ma première grossesse j'avais une application avec l'alimentation, justement ce qu'on pouvait ou pas manger selon les cas. Qui expliquait, ça on ne peut pas le faire parce que c'est la listériose, ça on ne peut pas le faire parce que c'est la toxo, ou ci, ça... Donc j'avais une application pour ça que je consultais pas mal. En toute honnêteté, je pense que pour cette grossesse-là je me suis dit... voilà ! on s'en fiche ! À part les fromages où je sais qu'il peut y avoir des risques de listériose, le reste je n'ai pas... prêté attention.

5.3. Zoom sur un groupe de discussion

Cette analyse du groupe de discussion intitulé *Tout sur la grossesse* accessible via la plateforme Facebook vient compléter les deux autres phases de notre recherche (observation des consultations et entretiens) afin de saisir les préoccupations et les questionnements des femmes enceintes, sur les risques infectieux alimentaires, qui s'expriment généralement de façon anonyme. Durant une année (2019), notre attention s'est portée sur les thèmes spécifiques qui motivent les échanges, les préoccupations des internautes et leurs représentations des risques infectieux alimentaires, dans ce contexte particulier d'interactions.²⁷⁷ Ce forum regroupe une diversité de profil d'internautes : des femmes enceintes, des femmes avec un désir de grossesse mais aussi de futurs pères et de jeunes parents, etc.

Comme le précise Marinette Matthey, « *la communication sur les forums est médiée par un clavier, elle est asynchrone et les énonciateurs y sont le plus souvent masqués par des pseudos* » (2011, p.7).²⁷⁸ Effectivement, l'adhésion sur le groupe de la plateforme Facebook se fait à partir de leur profil pour lequel les pseudos sont nombreux. Par ailleurs, le forum est « *un espace virtuel ouvert à tous où chaque utilisateur peut à sa guise lancer un débat en créant un sujet ou intervenir sur un thème donné, sous forme de messages ponctuels* » dans lequel « *le dialogue ne se fait pas en direct, de manière instantanée, mais sous formes d'interventions brèves où chacun s'exprime sans forcément tenir compte du dernier post écrit* ». Comme le précise cet auteur, il n'y a pas de « véritable continuité » dans l'échange. Les femmes sont parfois amenées à ne pas répondre au post d'origine, ni à lire les réponses précédentes.

Les informations sont évolutives au fil du temps : d'une part les femmes enceintes peuvent arrêter leur adhésion au forum, d'autre part, il n'y a pas de limite de temps pour intervenir puisque les fils de discussion restent accessibles depuis le lancement du forum. Par ailleurs, les femmes peuvent utiliser « la loupe » pour rechercher des informations sur un aliment spécifique, ce qui n'en fait pas une conversation éphémère mais que l'on pourrait plutôt qualifier de mouvante.

Dans ces forums, le style « *emprunte à l'écrit toutes les ressources de l'alphabet (graphies phonétiques, valeur épellative des lettres, abréviations diverses) et de la ponctuation forte, mais manifeste une syntaxe et un style de parole qui semblent mimer des interventions conversationnelles* ». (Matthey, 2011, p.8)²⁷⁹ Afin de faciliter la lecture, les verbatims ont été rectifiés *a minima* au niveau orthographique ou grammatical ; le style de « parlécrit » sera préservé lorsqu'il n'entrave pas la lecture. Les ponctuations fortes (???!!!), comme les émoticônes ont été laissés pour traduire les émotions, notamment l'enthousiasme ou au contraire l'indignation. La présence de familiarité confirme que les internautes se retrouvent sur le forum en formant une « communauté ».

Concernant l'analyse, différents mots-clés ont été utilisés. Les posts spécifiques liés au mot-clé « immunisé » seront intégrés à ceux de la toxoplasmose et ceux liés au mot-clé « pasteurisé »

²⁷⁷ Pour rappel, 27 fils de discussion ont été sélectionnés et ont engendré 982 commentaires : 642 personnes ont commenté des posts, 280 personnes ont liké un post et 403 ont liké des commentaires ; pour plus de compréhension et différencier la personne qui réalise le post initial, des internautes qui y répondent, le terme « énonciateur/trice » sera utilisé pour désigner la personne à l'origine du post.

²⁷⁸ Matthey, M. (2011). Préface. Dans E. Yasri-Labrique (dir.), *Les forums de discussion : Agoras du XXI^e siècle ? Théories, enjeux et pratiques discursives* (pp. 7-9). Éditions L'Harmattan.

²⁷⁹ Op. cit.

seront intégrés à ceux sur la listériose. Pour chaque fil de discussion, après plusieurs lectures, des unités de sens ont été extraites et regroupées en catégories puis en thèmes.

L'analyse a ensuite été menée à deux niveaux. En premier lieu, celle-ci s'est portée sur les posts eux-mêmes pour appréhender les problématiques exposées par les femmes enceintes concernant les deux risques infectieux alimentaires. Les demandes d'information des énonciateurs/trices sont fréquemment exprimées sous la forme d'une ou plusieurs questions et associées à une partie contextuelle (statut immunitaire, contexte de la prise de risque, etc.). Parfois, plusieurs problématiques peuvent être exposées dans un même post. Au-delà de questions posées, les énonciateurs/trices peuvent être amenés à solliciter des expériences similaires auprès des autres internautes (par exemple lors d'une prise de risque), aucun post dans ce corpus ne fait part de témoignage sans question posée. Dans les posts étudiés, ils s'expriment à titre personnel. En dernier lieu, une analyse sur les fils de discussion a été menée pour appréhender ce que les femmes partagent (leur savoir, leurs expériences, leurs sources d'information) et leur positionnement.

5.3.1. Analyse des posts

Sur l'année 2019, nous avons constaté une différence entre les deux mots-clés « toxoplasmose » et « listériose », avec une prédominance de la toxoplasmose, par rapport à la listériose. Comme il s'agit de risque alimentaire, le questionnement a pu se faire sur des aliments précis, sans présence du mot-clé « listériose » ou « listeria » ou « immunisé ». Plusieurs hypothèses peuvent être émises, les problématiques autour de la « maladie » sont moins recherchées. Toutefois, nous allons nuancer nos propos puisque de nombreux facteurs peuvent influencer la présence des mots-clés (évolution/rectification des posts, erreurs de référencement, erreurs orthographiques de la part des internautes, etc.). Dans un premier temps, nous présentons succinctement les fils de discussion sur la listériose pour se concentrer par la suite sur ceux spécifiques à la toxoplasmose.

Listériose

Seulement deux fils de discussion étaient directement liés au mot-clé « listériose », un fil était rattaché au mot-clé « pasteurisé ». Ils n'ont pas fait l'objet d'une analyse thématique à l'image de la toxoplasmose. Ces 3 posts autour de la « listériose » ont conduit à 145 commentaires, (mini : 15 ; max : 114).²⁸⁰ Dans le 1^{er} post, l'une des internautes sollicite les autres femmes pour savoir si elle peut consommer l'aliment avec le questionnement sur le fromage pasteurisé, ce post ne déclenchera que 16 commentaires : « *Peut-on manger une fondue savoyarde pendant la grossesse ?* »

Le 2^{ème} post questionne sur le niveau de risque d'une activité atypique, vis-à-vis de la listériose : « *Nous avons pensé faire une nage avec les dauphins mais j'avoue hésiter à cause de la listériose. Pouvez-vous me donner votre avis s'il y a des risques ou risque zéro ?* »

Une autre énonciatrice sonde les internautes sur une consommation à risque ; ce post, qui fait appel au partage d'expériences, a impulsé 114 commentaires : « *Bonsoir, je suis à 34 semaines*

²⁸⁰ Sur ces 3 posts, 80 personnes commentent (dont 65 commentaires directs), 35 personnes ont liké les posts et 127 ont liké dans le fil de discussion. Environ 81% des commentaires répondent directement à l'auteur sur cette thématique de la listériose.

et j'ai une très grosse envie de sushis au saumon je sais que c'est déconseillé à cause de la listériose y'a t-il des mamans qui en ont mangé et ça n'a pas eu de conséquences ? 😊 »

Une publication portait sur les deux risques et laissait sous-entendre le partage d'un récit de vie d'une internaute, avec le souhait d'échanger sur le sujet : « *Bonjour ici ! Je suis immunisée toxo, et pour mes deux grossesses, on n'a jamais parlé des interdits ou risques liés à la listériose. Et vous, est-ce que votre gynéco ou sage-femme vous a parlé des "interdits" alimentaires de la grossesse ? Quelle était leur position à ce sujet ?* » Cependant, un article était associé à ce post : « *La listéria : des règles simples pour éviter de la croiser pendant sa grossesse !* », avec une publicité pour ses services de doula.²⁸¹ Cette question détournée ne suscitera aucun commentaire.

Toxoplasmose

Sur l'année étudiée, 23 posts abordaient le sujet de la toxoplasmose et un seul était associé au mot-clé « immunisé ». Les fils de discussion autour de la « toxoplasmose » ont conduit à 837 commentaires (dont 534 commentaires directs), chaque post produisant en moyenne 35 commentaires (min : 0 ; max : 203).

L'analyse des posts a fait émerger, à partir d'unités de sens, des catégories relatives à la toxoplasmose, organisées ensuite en thèmes (synthétisés dans le tableau VIII ci-dessous), que nous allons par la suite commenter.

Tableau VIII : Analyse de contenu sur les posts spécifiques sur la toxoplasmose

THÈMES	CATÉGORIES
Maladie	Immunisation vis-à-vis de la toxoplasmose
	Dangerosité de la toxoplasmose
	Contamination pendant la grossesse
Précautions	Aliment autorisé ou à éviter pendant la grossesse
	Pratique à risque ou à privilégier pendant la grossesse
	Posture du professionnel de santé
Prise de risque	Positionnement et perception du risque
	Sentiment de culpabilité
	Jugement

Maladie

En ce qui concerne ce thème, les femmes sont essentiellement à la recherche d'expériences similaires. Dans cette première catégorie, l'énonciatrice sonde les internautes pour connaître leur statut immunitaire. La question, « *êtes-vous immunisées contre la toxoplasmose ?* », suscitera de l'engouement puisqu'il y aura plus de 200 commentaires. Sur ce sujet, les internautes sont aussi en quête d'expertise. Une autre internaute poste, en réponse, la photo du résultat de l'analyse de son dépistage pour la toxoplasmose. Elle s'adresse à des personnes « plus expertes » pour la rassurer ; elle pense avoir pris un risque :

²⁸¹ Définition doula (Larousse) : Femme qui accompagne et soutient une femme enceinte et son entourage avant, pendant et après l'accouchement. [À la différence d'une sage-femme, une doula n'est pas diplômée.]

Actuellement à 18sa aujourd'hui j'ai eu les résultats pour la toxo mais j'y comprends rien. J'ai rendez-vous à l'hôpital le 27 mai et le médecin du labo n'était pas présent. J'ai sauvé un bébé chat il y a 3 semaines maintenant je voudrais pas avoir la toxo.... Si des filles peuvent m'aider à comprendre si c'est bon ou pas.

À propos de la dangerosité de la maladie, les internautes vont s'intéresser aux risques inhérents à la maladie et questionner les autres femmes du forum qui auraient été contaminées pendant la grossesse : « *Bsr les mamounes y'a-t-il des mamans ki ont la toxoplasmose ? est-ce dangereux ?* » Mais les échanges ne nous permettront pas de savoir si cette énonciatrice a été contaminée ou s'il s'agit d'une crainte.

Cette question conduit au partage de savoirs expérientiels et d'inquiétudes par les autres internautes : « *Bonjour tout le monde ! J'aurais une question à vous poser car j'ai peur. Avez-vous eu la Toxoplasmose à votre premier mois de grossesse ? Est ce grave ?* » Cette femme suspecte une contamination en cours de grossesse : « *Je l'ai attrapée oui 😞, mais il faut attendre ma seconde prise de sang jeudi pour savoir si c'était avant ou après que je sois tombée enceinte.* » Le commentaire d'une autre internaute met en lumière sa peur de perdre son enfant devant ce signe physique « anormal » ; elle vient chercher sur ce groupe des informations sur le risque toxoplasmique et un soutien émotionnel, qui est sous-tendu par la relation créée dans le terme « mums » :

Bonsoir les futures mums et les mums, Enceinte de 17 sa, aujourd'hui j'ai mangé dehors un sandwich (nature sans salade) car je ne suis pas immunisée à la toxo. Deux heures après j'ai eu de graves crampes au ventre, diarrhée aiguë (excusez-moi pour les détails). Je suis très inquiète. Est-ce que ça peut être un danger pour le bébé ? Est-ce que le virus ou la bactérie peut accéder au bébé ? 😞

En ce qui concerne la contamination au cours de la grossesse, certaines énonciatrices s'adressent aux femmes qui ont vécu, tout comme elles, une séroconversion pour évoquer avec elles leur ressenti et problématiques face à la maladie : « *Des mamans ont-elles eu la toxoplasmose en début de grossesse ? Mon post n'est pas pour celles qui ne sont pas immunisées contre la toxoplasmose mais pour celles qui l'ont contractée avant ou pendant la conception. Je l'ai contractée avant ou pendant, la sage-femme n'a pas su me dire...* »

D'autres énonciatrices s'intéressent au niveau de vigilance qu'elles avaient appliqué sur les précautions avant d'avoir été contaminées : « *Bonjour futures mamans et celles déjà mamans !! J'aimerais savoir pour celles qui ont eu la toxoplasmose, est-ce que vous avez tout respecté à la lettre au niveau de l'alimentation ? [...]* »

Précautions

En premier lieu, de nombreux posts vont concerner les aliments autorisés ou à éviter pendant la grossesse. Au-delà de questions générales sur la « maladie » toxoplasmose, elles s'intéressent à l'alimentation en général en cas d'absence d'immunité ou à des aliments en particulier : « *Bonsoir, pour les mamans non immunisées contre la toxo, avez-vous le droit à l'andouille ?? Merci de vos réponses.* »

Cela n'est le reflet que d'une partie de leurs préoccupations puisque le mot-clé « toxoplasmose » n'est pas toujours présent dans le post initial.²⁸² De plus, comme on peut l'observer dans le post suivant, les mots « toxo » et « immunisé » sont cités, mais la question concerne un risque lié à la listériose. Nous n'avons ainsi qu'une vision partielle mais partagée des questionnements portant sur les risques infectieux alimentaires.

Cette catégorie matérialise un besoin d'informations, notamment en cas de « zones de flou », ce que l'on retrouve en filigrane dans la plupart des posts : « *Coucou les filles ! Je ne suis pas immunisée contre la toxo etc. Peut-on consommer du lait fermenté car sur le packaging, y'a pas d'indication sur le fait que le lait est pasteurisé. Merci ❤️* ».

On y trouve aussi le partage de sentiments tels que l'impatience ou la frustration : « *Je peux même pas me faire plaisir de temps en temps avec du pâté ou des sushis alors que j'adore ça !! Besoin d'avoir votre vécu à ce sujet !! Merci à toutes !!* » Dans la recherche d'expériences similaires, cette énonciatrice est probablement à la recherche d'une certaine « validation » par ses pairs pour cette prise de risque. Plusieurs posts mettent ainsi en évidence la balance entre envies et risques et le dilemme devant lequel sont confronté les femmes :

Bonsoir les Mamans et futures Mamans, je suis enceinte de 7 mois et je ne suis pas immunisée contre la toxoplasmose et j'ai lu dans les rapports de prise de sang : éviter la charcuterie mais là c'est la période des raclettes et j'en ai follement envie 😞 est ce qu'il y a des femmes enceintes qui ont fait des raclettes malgré qu'elles ne soient pas immunisées contre la toxo ?? Merci d'avance pour vos réponses et je vous souhaite une très bonne soirée ♡♡

Elles sont aussi en quête d'astuces, notamment pour consommer des aliments « interdits » : « *Une petite question peut-on manger de la sauce au Roquefort cuit bien sûr enceinte ? Merci d'avance bisous je suis immunisée contre la toxoplasmose* » ou d'idées de repas : « *Bsr les mamans et futures mamans. [...] Donnez-moi un exemple de menu sain pour femme enceinte non immunisée contre la toxo.* » On retrouve aussi des questionnements plus fréquents lors de périodes festives et de moments de convivialité :

Bonjour à tous, Bête question 😞😞😞 Enceinte de 7 mois, pas immunisée contre la toxoplasmose. Je peux manger de l'houmous ?? Car avec ce beau temps... En apéro, miam miam 😊😊😊 Merci de votre aide 😊 Belle journée à vous et bon weekend de Pâques 😊😊😊

Coucou les mamans et futures mamans ! Alors petite question ... que manger pour les fêtes ? [...] Ma sœur qui nous offre le repas me demande ce que je souhaite ... mais je sais pas moi 🤔🤔🤔🤔🤔

Parmi les posts relatifs aux pratiques à risque ou à l'inverse à privilégier, les questions portent essentiellement sur les précautions à prendre avec les animaux. Les énonciatrices sont à la recherche d'une meilleure compréhension des risques et de conseils de prévention précis : « *Bonjour les filles, un mois de grossesse pour moi, pas immunisée toxo et j'ai un chat... Je sais qu'il ne doit pas me lécher et que je ne dois pas nettoyer la litière mais dois-je savoir autre chose ? Merci. D'avance.* », et aussi d'avis « plus experts » : « *Je ne suis pas immunisée contre la toxoplasmose... Y-a-t-il un risque de transmission de la toxo par griffure de chat ?* »

Certains posts peuvent concerner des activités spécifiques plus à risque, comme cette internaute en contact avec les animaux du fait de sa profession qui s'inquiète d'une potentielle contamination en cours de grossesse : « *Bonjour, voilà je suis négative pour la toxoplasmose et*

²⁸² Sur l'année 2019, 25 posts abordaient le sujet lié aux mots-clés alimentation/aliment (hors recherches communes avec le mot-clé « toxoplasmose »). Les fils de discussion ont conduit à 820 commentaires (dont 431 commentaires directs), chaque post produisant en moyenne 33 commentaires (min : 1 ; max : 109). Nous pouvons citer deux exemples, l'un sur l'alimentation-grossesse : « *Svp quelles sont les choses à éviter pendant la grossesse au risque de perdre le bb svp* » et un autre sur un aliment en particulier : « *Bonjour peut-on manger du pâté en croûte enceinte ? merci.* »

en essai bébé 1. Étant auxiliaire vétérinaire est-ce dangereux si je continue à travailler quand je serai enceinte ? »

Au sujet de la posture professionnelle, certaines énonciatrices s'interrogent ou émettent un constat sur le discours médical qu'elles perçoivent parfois comme alarmiste ou anxiogène : « *Je me dis que les médecins en font toujours trop pour nous inquiéter.* »

Prise de risque pendant la grossesse

Deux catégories sont associées à cette notion. Les énonciatrices vont afficher leur positionnement face aux risques infectieux alimentaires ainsi que leur perception de ceux-ci. Comme le définit Bruno Chauvin, « *le risque est perçu, ressenti, c'est-à-dire évalué de manière subjective : on parle de perception des risques.* » (2014, p.9)²⁸³ Dans cette catégorie, nous retrouvons tout un panel de postures et de perceptions allant d'un extrême à l'autre. Nous pouvons prendre l'exemple de cette internaute hypervigilante : « *Je suis immunisée contre la toxo, mais je continue à faire attention (sait-on jamais)* » et d'une autre internaute qui s'interroge sur les femmes confrontées à un déni de grossesse, qui ne mettent pas en place de précautions particulières et pour qui « *souvent les enfants se portent bien* ».

Plusieurs femmes se questionnent sur leurs écarts ou leurs prises de risque dans l'objectif d'être rassurées par les internautes.

Coucou les filles, Hier, j'ai eu une merveilleuse nouvelle 🥰 bb1 prévu donc dans 8mois et demi. Je ne suis pas immunisée contre la toxoplasmose... Durant les essais je n'ai donc pas consommé de fromage au lait cru et de poisson cru. Maintenant que j'ai eu les résultats, j'ai approfondi la recherche des aliments que je pouvais ou pas consommer. Et je vois que la charcuterie fait partie des aliments à ne pas consommer dans mon cas... Le souci c'est que j'en ai consommé en petites quantités ces deux dernières semaines. Voilà je m'interroge donc sur le risque, la toxo s'attrape-t-elle à tous les coups ? Comment dois-je procéder ? Merci pour vos conseils 😊😊

Bonjour à toutes, petite question toxoplasmose. Je suis à 23 SA et je viens de me faire griffer par mon chat (qui va dans le jardin). Je ne suis pas immunisée contre la toxoplasmose... J'ai désinfecté mais dois-je faire autre chose ? Merci !

Nous l'avons constaté, les femmes enceintes partagent leurs inquiétudes mais également leur sentiment de culpabilité. Ces sentiments découlent des écarts réalisés, souvent en début de grossesse par méconnaissance, comme pour cette énonciatrice qui s'interroge sur le risque potentiel lié à un aliment et attend l'avis de personnes plus expertes :

Bonjour les futurs mamans, je suis enceinte de 14 semaines (16 SA), j'aurais une question à vous poser, parmi celles qui sont pas immunisées contre la toxoplasmose et les autres bien sûr car je voudrais plusieurs avis, est ce que c'est "grave" si j'ai mangé 2 fois une barquette de taboulé oriental ou y'a des petits morceaux de tomates et de concombre dedans étant donné qu'on doit laver nos propres légumes etc... et donc se faire nous-mêmes nos crudités, je commence à culpabiliser du coup est ce grave ? Merci de me donner vos avis si vous vous y connaissez s'il vous plaît !

Cette énonciatrice se questionne sur le degré de vigilance et aborde la notion de jugement, indissociable de cette thématique, porté sur les femmes qui font des écarts :

Je me pose la question, je me dis que oui il faut faire attention mais est-ce que si on mange une tranche de saucisson de temps en temps on est vraiment une mauvaise mère ? Dur à expliquer ce que je veux

²⁸³ Chauvin, B. (2014). *La perception des risques. Apports de la psychologie à l'identification des déterminants du risque perçu.* De Boeck.

dire mdr ! Mais je me comprends... et vraiment aucun jugement envers toutes les femmes et ce qu'elles font pendant leurs grossesses loin de là... c'est juste une question que je me posais...

5.3.2. Analyse des fils de discussion

À la différence de la partie précédente, l'analyse est commune aux deux risques, toxoplasmose et listériose. Dans un premier temps, nous aborderons l'intention de réponse des internautes. Une partie des internautes va répondre à la question ou les questions posée(s), mais cela déborde très fréquemment ce cadre. Dans un même commentaire, l'objectif peut être pluriel comme expliquer les modes de contamination, délivrer un conseil, conseiller une source d'information et rassurer la femme enceinte. Par exemple, lorsqu'un questionnement porte sur un facteur de risque, il est souvent accompagné des moyens de s'en prémunir : « *On l'attrape à travers les excréments des chats... si vous en avez, éviter au maximum de nettoyer la litière du chat ou tout contact avec ses excréments.* » Dans le même sens, nous observons que dans les fils de discussion se mêlent différentes informations : sous forme de partage de savoirs, d'expériences personnelles, d'opinions mais aussi de demandes de renseignements, de messages de soutien et d'encouragement et des posts de remerciements.

Dans un second temps, nous pointerons la nature des réponses (nombre, longueur, précision, diversité, enchaînement), la circulation d'informations erronées (confusion et besoin de rectification), la référence à la parole médicale ou professionnelle (s'y référer ou inciter à consulter), la dynamique des interactions (soutien, empathie, consensus, simple désaccord, avec tension, conflit ou jugement).

Ces espaces laissent apparaître différentes postures pour l'internaute : comme profane à la recherche d'informations, comme « patiente » qui partage son expérience, comme amie qui apporte du soutien, ou comme une connaissance qui partage ses idées et lance des débats, voire qui affiche une supposée expertise assumée.

Comme dans toute conversation, les femmes, qu'elles soient énonciatrices ou utilisatrices, sont nombreuses à remercier pour l'apport d'informations : « *ah ok je ne savais pas que même comme cela on pouvait l'avoir. Merci pour le complément d'infos.* »

Analyse de l'intention de réponse

Partage de savoir sous la forme de « connaissances »

Les connaissances apportées peuvent porter sur la dangerosité de la maladie, dont les femmes ont conscience : « *Pas grave pour toi, mais ça peut l'être pour ton fœtus. Risque de FC [fausse couche] je crois.* » ; « *Cela peut provoquer une fausse-couche ou bébé peut avoir des séquelles, dont des problèmes de vue etc...* »

Concernant l'immunisation, les internautes sont parfois amenés à poster en photo leurs résultats d'analyse et obtiennent en réponse un « diagnostic » : « *Vous êtes immunisée contre la toxoplasmose mais c'est à confirmer sous trois semaines avec une deuxième prise de sang* » ; « *Vous êtes immunisée donc vous risquez rien du tout.* »

Les aliments considérés comme à risque ainsi que ce que les femmes ont compris des recommandations sont largement partagés. Les échanges tournent aussi fréquemment autour du partage d'astuces : « *Les sushis si tu en as envie, mange plutôt des makis aux légumes comme*

ça pas de risque » ; « Fais les maisons au moins tu mets ce que tu veux dedans et tu as l'esprit tranquille et ton envie sera assouvie ».

Ces exemples illustrent le remplacement d'aliment pour éviter tout risque, dans d'autres cas, les internautes préconisent des moyens de sécuriser les pratiques, tels que la cuisson : « *La toxoplasmose et la listeria sont détruits à une température de 70 degrés, ce qui est également la température de fusion de ce type de fromages, donc avec la raclette aucun souci.* » Cette notion est exacte lors d'une cuisson « maison », mais prenons l'exemple des crevettes qui ne doivent pas être achetées cuites (aliment à risque de listériose) et un raccourci est fréquemment fait : « *si c'est cuit, aucun risque* ».

Une autre pratique est très fréquemment évoquée, la congélation, qui nous le verrons, est une pratique critiquée et en partie erronée : « *Si vous voulez consommer ce qui est interdit il suffit de le congeler auparavant.* »

Partage de savoir sous la forme de « supports d'information »

Certaines femmes vont conseiller les internautes et orienter vers des sites web. Ils peuvent être institutionnels (Institut Pasteur, Améli, etc.) mais le plus souvent les ressources citées sont non institutionnelles (telles que Doctissimo, Parents.fr, etc.).

Arrête de stresser si tu suis les recommandations que ta sage-femme a dû te donner comme de bien laver tes fruits et légumes, ne pas jardiner sans gant (ou bien te laver les mains), de manger de la viande très cuite, de ne pas manger la charcuterie (jambon cru, bacon, rillettes ...), les poissons crus et le fromage non pasteurisé ça va bien se passer !! Lis cet article!! parents.fr Enceinte, 7 conseils pour éviter la toxoplasmose.

Il s'agit parfois de sites de particuliers et/ou de sites dont l'auteur n'est pas identifiable (ex : <https://manger-enceinte.com>).

Les internautes ont la possibilité de partager des articles qui proviennent ainsi de sources diverses. Par exemple, nous pouvons citer le partage de la page Facebook de l'émission *La maison des maternelles* auquel le groupe de discussion est rattaché (« Noël enceinte : que puis-je boire et manger ? ») ou encore l'article « Grossesse et listériose : Symptômes de la listériose » d'un autre site journalistique :

Même en étant immunisée contre la toxo, il y a le risque de listériose concernant la charcuterie et d'autres produits. Je viens d'apprendre que ça concernait même les graines germées !
<https://www.aufeminin.com/.../grossesse-et-listeriose...>

Elles vont aussi publier des photos d'écran de sites web, avec souvent l'idée d'insister sur un point de précision ou de compréhension qu'elles souhaitent apporter.

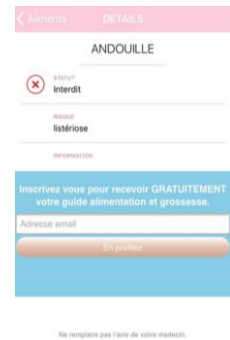
▼ Comment la toxoplasmose est-elle transmise?

Une personne peut contracter la toxoplasmose après avoir consommé de la viande n'ayant pas été cuite suffisamment, particulièrement la viande d'agneau (mouton), de porc et de chevreuil (venaison), ou bien après avoir bu du lait non pasteurisé contaminé par *Toxoplasma gondii*. Ce parasite peut être éliminé en faisant cuire la viande jusqu'à une température interne d'environ 70 °C (160 °F) ou en la faisant congeler jusqu'à environ -18 °C (0 °F).

Il est aussi possible de contracter le *Toxoplasma gondii* en touchant de la viande crue ou des animaux contaminés, ainsi qu'en étant exposé à des aliments [p. ex. du porc ou du bœuf cru ou insuffisamment cuit], de l'eau, de la terre (sol) ou des poussières contaminées par des selles de félins. La contamination directe est possible par des plaies ouvertes. Si les gens ne se lavent pas les mains avant de boire ou de manger après avoir touché une source de contamination, le microbe est transmis des mains à la bouche, puis avalé. Bien que cela soit rare, il est déjà arrivé que cette infection soit transmise par transfusion sanguine et par transplantation d'organe.

Comme nous l'avons vu précédemment, les femmes apprécient l'utilisation des applications qu'elles partagent largement avec la communauté du forum, soit en citant le nom de celles utilisées, soit en publiant une capture d'écran de leur application :

Le risque 0 n'existe pas et ça m'est arrivée de faire un écart sur un aliment auquel je n'ai pas pensé à vérifier sur le moment qu'il était à risque ou non mais la plupart du temps c'est assez facile à gérer maintenant j'ai une appli mobile qui me dit ce qui est interdit et ou déconseillé donc quand j'ai un doute je regarde rapidement 😊



Dans ces commentaires les utilisatrices expliquent le résultat affiché : « Apparemment pour la toxo aucun souci mais attention à la listériose. »

Si sur l'année 2019, il n'y a pas eu de post sur les rappels de produits contaminés par la bactérie *Listeria*, nous avons observé lors de notre étude préparatoire sur 2018, que les internautes se faisaient le relais des articles évoquant ces alertes.

Partage d'expériences

Comme le soulignent Céline Paganelli et Viviane Clavier, « la participation au forum serait un moyen de s'informer au travers de l'expérience d'autres malades, de partager son vécu, de se rassurer sur son avenir » (2011, p.45).²⁸⁴

Les internautes vont partager notamment leurs expériences propres sur la maladie (contamination, prise en charge de la maladie, conséquences). Prenons l'exemple de la toxoplasmose : « Je l'ai eu début de grossesse j'ai fait une fausse couche vers 8sa 😞 » ; « Pour ma part je l'ai et je suis sous antibiotique pendant 1 mois avec suivi par la maternité. »

Elles partagent aussi celles de leurs proches : « J'ai un cousin qui a beaucoup de problèmes aux yeux car ma tante a attrapé la toxo enceinte... » ; « Des connaissances l'ont eue pendant leur grossesse RAS, le traitement a bien été suivi pendant la grossesse et le bébé a bien suivi le traitement à sa naissance. »

Ces récits, en contextualisant la situation de contamination, visent aussi à alerter sur les facteurs de risques et les incompréhensions sur les précautions : « Bonjour moi je l'ai eue 4 mois avant ma grossesse. Il n'y a pas que les chats (pour cause je n'en ai pas). Cela peut être des aliments mal lavés, de la viande pas assez cuite etc. »

En dehors de ces situations pathologiques, les femmes sont amenées à partager leur statut immunitaire mais aussi leur expérience de grossesse (vécu, pratiques et habitudes sur l'hygiène et l'alimentation, etc.) : « Moi je suis immunisée, je suis tranquille. » ; « Je ne suis pas immunisée, je mange la viande bien cuite, je lave bien les fruits et légumes. Tout ce qui est viande ou poisson cru je ne mange pas. 😊 »

Les internautes abordent très fréquemment leur vision de l'alimentation-grossesse : « C'est plein d'interdiction la grossesse... mais une belle expérience aussi 😊 ». Les contraintes sont fréquemment mises en balance avec l'aspect « santé » : « Il faut suivre le régime jusqu'à la fin de la grossesse. C'est contraignant mais au final... On s'y fait ! C'est un petit prix à payé pour avoir bb en bonne santé ! » Elles sont aussi relativisées par rapport au temps de la grossesse :

²⁸⁴ Paganelli, C., & Clavier, V. (2011). Le forum de discussion : une ressource informationnelle hybride entre information grand public et information spécialisée. Dans E. Yasri-Labrique (dir.), *Les forums de discussion : Agoras du XXI^e siècle ? Théories, enjeux et pratiques discursives* (pp. 39-54). Éditions L'Harmattan.

« Perso je me dis que 9mois de privation c'est rien sur une vie... et encore moins pour la santé de mon bébé ^^ ! Et puis franchement à côté il y a quand même bcp de choses qu'on peut manger ^^ ! »

Ces contraintes sont aussi pondérées par l'adaptation rapide à ces nouvelles pratiques : « Moi non plus je ne suis pas immunisée contre la toxo mais ça va c'est pas la mort non plus ^^ on s'habitue vite à ce qu'on peut manger ou non. »

D'autres femmes ont une vision plus mitigée qu'elles partagent aussi avec la communauté : « Je dis pas que les précautions sont inutiles ... mais je vois tellement de femmes se stresser se mettre dans des états de stress incroyable alors que au final parfois je me demande si on prend pas TROP de précaution. »

Elles partagent ainsi fréquemment leurs frustrations et insatisfactions : « Dur dur le régime grossesse. J'ai hâte de pouvoir en remanger... » ; « j'aime trop le fromage, la charcutaille et le poisson cru... Ça va être dur. » ; « Les sushis me manquent énormément. »

Certaines femmes évoquent leur vigilance ou à l'inverse, leur souplesse voire leur laxisme sur les précautions :

J'ai juste enlevé complètement charcuterie et fromage. [...] y a qu'au resto que je suis très vigilante et pour l'instant pas de soucis.

La seule chose que j'ai stoppé totalement c'est l'alcool. Mais niveau nourriture non.

Le terme « parano » est d'ailleurs fréquemment utilisé pour appuyer leur posture plus permissive : « Moi je ne me prive pas de tout non plus faut arrêter d'être parano être enceinte n'est pas une maladie comme on dit. » ; « Je fais attention à mon chat mais après je suis pas dans la parano. » ; « Je m'autorise un peu de charcuterie si j'en ai envie, je pense qu'il ne faut pas tomber dans la parano. »

Elles partagent aussi largement leur manière de combiner écarts et précautions :

Je fais attention à bien laver les légumes je cuis bien la viande, mais si j'ai envie de manger une salade toute faite par exemple, je mange, c'est lavé, après pas tout le temps. Je peux même vous dire que je mange un peu de charcuterie, par exemple le jambon, quand je viens de l'ouvrir je vais en manger un et le lendemain aussi si j'en ai envie mais après c'est tout, je prends que quand ça vient d'être ouvert, le jambon est déjà cuit c'est l'emballage tout ça, ce weekend j'ai fait raclette j'ai même mangé 2 bacons bien cuits sur la planche et c'est bon.

Les internautes abordent aussi la pression réalisée par l'entourage dès lors que l'on aborde les précautions alimentaires :

Au début je faisais très attention et puis le naturel est revenu au galop, c'est mon compagnon qui me disait bon maintenant tu arrêtes, fais attention.

Une fille que je connais me traite d'irresponsable quand je prends une rondelle de saucisson, n'accepte pas cela, elle qui ne mange pas de viande pour pas faire de mal à son bébé mais qui sort fumer sa clope

Partage des inquiétudes et soutien social

Ces groupes de discussion sont aussi un espace pour partager leurs angoisses :

Je ne suis pas immunisée mon résultat toxo est négatif je dois le faire tous les mois j'ai peur pour mon bébé ça m'inquiète si il y a des impact pour elle. Je suis morte d'inquiétude j'ai peur si il lui arrive

*quelque chose par ma faute Je suis à 4 mois et demi de grossesse je fais la prise de sang tous les mois
Depuis que mon médecin m'a parlé de ça je ne suis plus tranquille.*

À ces inquiétudes, de nombreuses internautes vont y répondre par un partage d'expériences et de conseils :

Bonjour [je ne suis] pas immunisée, c'est des prises de sang tous les mois. Si tu respectes bien les choses, comme certains aliments interdits et tout... ton médecin va dire tout se passera bien. Je dois accoucher le mois prochain bébé va super.

Dans ce groupe, les commentaires de femmes ayant déjà eu des enfants, en partageant leurs expériences de grossesse, avec la naissance d'enfants en bonne santé visent à rassurer les internautes :

Faites attention aux légumes frais mal nettoyés, la charcuterie sauf jambon blanc, et viande rouge bien cuite. Je suis à une 3^{ème} grossesse non immunisée. En suivant ces consignes tout s'est bien passé.

Pour mes 2 grossesses j'ai mangé normalement sauf les sushis malgré ma forte envie de poisson cru je mangeais que les sushis fait avec une algue et du riz avocat ou poivron. Tout ce qui était crevettes et poisson cru et thon ça j'ai vraiment pas mangé. La viande bleue 1x/ mois sinon saignante, le fromage très peu sinon je prenais du cru et faisais cuire pour mettre en sauce et la charcuterie de temps en temps et aujourd'hui mes 2 garçons vont nickel.

Néanmoins, ces expériences partagées, sous le couvert d'empathie, contribuent fréquemment à faire circuler des informations erronées et modifier la perception du risque : « *ne culpabilise pas pour si peu, j'ai mangé une fois du fromage cru et je ne m'en suis aperçue qu'après, il suffit juste de pas en consommer de grande quantité. [...] Bonne grossesse, et no stress 😊.* »

Analyse dynamique des échanges

Nature des réponses

Nous avons vu que les posts des énonciatrices étaient variables dans leur type de demande et leur contenu. Les questions « simples » et synthétiques contenant une demande unique, qui sous-tendent une réponse potentielle par oui ou non, conduisent le plus souvent à un fil de discussion court. Nous pouvons citer l'exemple de la question : « *Bonsoir, je suis enceinte de 9 semaines et j'ai appris que je ne suis pas immunisée, les scampis, je peux manger ? Merci* », qui n'entraînera que 11 commentaires.

Dès que les questions présentent plusieurs dimensions ou lancent l'échange sur une éventuelle prise de risque, les commentaires sont nettement plus nombreux. Par exemple, le post suivant a fait l'objet de 85 commentaires :

Je suis à 7SA et j'ai eu mon premier rendez-vous avec l'obstétricien et j'en suis ravie ! Je suis autorisée à manger des sushis et du saumon fumé qui sont très bons pour le bébé en termes d'apports nutritionnels. Je dois faire attention à bien les acheter là où je connais et où je suis sûre de la qualité. Il m'a en effet expliqué qu'au Japon c'est l'alimentation de base et que les femmes n'arrêtent pas d'en manger pendant la grossesse ! Et surtout, femme enceinte ou non, si le produit est mauvais, on est forcément malade. Et vous, vous en avez mangé ?

Nous pouvons aussi reprendre le post complet de cette internaute, cité précédemment, qui a impulsé 115 commentaires :

Bonjour futures mamans et celles déjà mamans !! J'aimerais savoir pour celles qui ont eu la toxoplasmose, est-ce que vous avez tout respecté à la lettre au niveau de l'alimentation ? Je peux même pas me faire plaisir de temps en temps avec du pâté ou des sushis alors que j'adore ça !! Besoin d'avoir votre vécu à ce sujet !! Merci à toutes !!

Néanmoins, toute question, qu'elle soit simple ou plus complexe, peut conduire à une diversité de réponses portant sur du partage d'informations sur la maladie, les conséquences, les précautions, du partage d'expériences, des demandes de précisions, des questionnements, etc. C'est le cas pour le post de cette internaute qui pose la question « *y'a-t-il des mamans ki ont la toxoplasmose ? est-ce dangereux ?* » que nous illustrerons avec des extraits de commentaires « directs » du fil de discussion :

1. *Je connais quelqu'un qui a eu elle des médocs mais bb allait bien.*
2. *C'est le plus dangereux en début de grossesse, ma gynéco m'avait dit. Après il ne vaut mieux pas la contracter.*
3. *Bonjour, comment on l'attrape svp ?*
4. *Fais attention à ça ! Lave bien tes légumes et fruits et la viande doit être bien cuite et surtout pas de chat.*
5. *Je l'ai eu en début de grossesse, j'ai fait une fausse-couche vers 8sa.*
6. *Moi je suis immunisée je suis tranquille.*
7. *Bonjour, je suis pas immunisée, c'est des prises de sang tous les mois. Si tu respectes bien les choses, comme certains aliments interdits et tout ce que ton médecin va dire, tout se passera bien.*
8. *Je ne suis pas immunisée et arrive en fin de grossesse. Alors franchement si ti écoutes tout ce que te disent les gens, tu ne fais rien et ne mange rien du tout de la grossesse [...].*
9. *AZYTHROMICYNE*

Cela explique que de nombreux posts initiés sur la toxoplasmose dérivent sur les précautions liées à la listériose : « *Même en étant immunisée contre la toxo, il y a le risque de listériose concernant la charcuterie et d'autres produits. Je viens d'apprendre que ça concernait même les graines germées !* » ; « *Il faut faire attention car ce n'est pas déconseillé que pour la toxoplasmose mais pour la listériose aussi.* »

Globalement, les commentaires sont courts, souvent fragmentaires et parfois très synthétiques : « *Pâté, sushis = risque de listériose* ». C'est aussi ce que souligne Michel Marcoccia, cette forme de communication sur les forums favorise la production de messages courts et peu argumentés (1998).²⁸⁵ Nous reviendrons sur les messages longs qui sous-tendent une posture d'expertise.

De plus, l'enchaînement des commentaires n'est pas toujours cohérent et laisse supposer parfois une absence de lecture des autres réponses avant de poster un message. À l'inverse, dans l'exemple, ci-dessous, dans un même fil de discussion, les internautes enchainent des « discussions », avec un enchaînement logique entre les commentaires, ce qui facilite la compréhension du lecteur.

Internaute 1 : Le pâté tu peux c'est cuit.

Internaute 2 : Il faut quand même faire attention car certains ne sont pas correctement cuits.

Internaute 3 : Sous vide pas à la coupe. Mais ça reste déconseillé.

Internaute 1 : les plus classiques il n'y a pas de problème comme par exemple les rillettes c'est bien cuit.

Internaute 2 : Les rillettes c'est déconseillé sauf si c'est industriel...

Internaute 3 : Par contre je ne mange aucune chose crue ou mi cuit. Moi on ne m'a jamais déconseillé les rillettes. Je pense que après qd on est pas sûr de qqch il ne vaut mieux pas manger.

Internaute 4 : Tu fais ton pâté toi-même et tu cuis un peu plus et c'est bon. Jambon et blanc de dinde sous vide c'est bon.

Mais dans de nombreux cas, il n'y a pas de fil conducteur dans la discussion et un fil hétérogène composé de « conversations » ou de commentaires « isolés » répondant à l'énonciatrice se bâtit.

²⁸⁵ Marcoccia, M. (1998) La normalisation des comportements communicatifs sur Internet : étude sociopragmatique de la Netiquette. Dans N. Gueguen & L. Tobin (dirs.), *Communication, société et Internet* (pp. 15-32). Éditions L'Harmattan.

Circulation d'informations erronées

De nombreuses informations diffusées par les internautes sont erronées et traduisent des incompréhensions. Cela concerne la contamination : « *J'ai aussi appris que les personnes ayant toujours vécu avec des chats sont moins susceptibles d'attraper la toxoplasmose parce qu'elles l'ont eu sûrement à un moment donné mais mieux vaut éviter tout risque.* »

Des confusions entre les maladies et les aliments à risque s'observent dans la quasi-totalité des commentaires : « *La toxoplasmose n'a rien à voir avec la charcuterie ou les poissons. La toxoplasmose on la chope dans les litières de chat par exemple. Ce qu'on peut attraper avec les viandes pas cuites ou les poissons c'est la listériose.* » Et ce constat de confusion est pointé par certaines internautes : « *J'ai entendu plein de fois " je suis immunisée contre la toxo je peux tout manger !!" »*

Comme l'ont précisé les professionnels, de nombreuses idées reçues circulent : « *Il faut faire attention si jamais le chat griffe ou mord* », mais aussi de nombreuses astuces erronées car mal comprises, ce qui revient à conseiller une pratique à risque : « *Tu peux la congeler pour tuer les bactéries 😊 plusieurs jours à moins 20 degrés.* » Cette pratique est largement relayée sur les fils de discussion et est le point de départ de nombreux débats :

Internaute 1 : Les germes sont endormis et non tués. Il y a uniquement la chauffe au-dessus de 65 degrés qui tue les bactéries.

Internaute 2 : Mon gygy m'a dit la même chose si ils sont congelés y a plus de risque ./ Bon j'en ai pas manger mais du coup c'est bon à savoir que ça suffit pas ./

Internaute 3 : 😊 Or, quand on congèle un aliment, les bactéries sont endormies, pas tuées!! 🧑

Internaute 4 : Précision --> c'est soit 30 minutes à 60°C ou 10 minutes à 65°C qui tue la bactérie (ce sont les 2 modes de cuissons les plus répandus pour tuer cette bactérie).

Internaute 5 : merci j'avoue que je ne connaissais pas aussi précisément. 😊

De plus, dans de nombreux échanges, les conseils et astuces donnés visent à proposer l'écart qu'elles estiment le moins dangereux : « *Entre un saucisson artisanal et un Justin Bridou bien industriel contrôlé en permanence, choisis le Justin Bridou ;) pareil pour le reste, si un jour tu dois craquer privilégie les produits industriels, très surveillés.* »

Lors d'informations suspectées comme « fausses », de nombreuses internautes viennent contredire et parfois « rectifier » les propos tenus :

Énonciatrice : Je sais qu'il ne doit pas me lécher et que je ne dois pas nettoyer la litière mais dois-je savoir autre chose ?

Réponse internaute : Il faut faire attention à tout ce qu'on entend sur les chats. La plupart est faux. Il faut juste être vigilant pour le nettoyage de la litière et mettre des gants ou faire nettoyer par quelqu'un d'autre. Tu peux caresser ton chat, il peut venir sur toi. Tu as plus de risques de choper une toxo en mangeant des fruits ou légumes mal lavés ou de la viande pas assez cuite.

Internaute : J'ai mangé du saumon c'est très riche en vitamine même pour bébé mais il ne faut pas en abuser. Moi c'était fumé ...

Réponse internaute : Quand c'est fumé la bactérie listéria n'est pas tuée 😊

Prenons aussi l'exemple de ce post : « *Personne n'est immunisé contre la listériose... Vous devez parler d'immunisation contre la toxoplasmose certainement... attention de ne pas confondre les 2.* » Le terme « rectifier » est cependant à nuancer puisque les remarques apportées peuvent également être inexactes, imprécises ou sources de confusion. Citons cet exemple : « *Le bleu c'est la listeria, rien à voir avec la toxo qui est sur les fruits et légumes.* » Ce propos supposerait qu'il n'y a pas de risque de listériose avec les végétaux !

Référence à la parole médicale et professionnelle

Celle-ci se fait à plusieurs niveaux : d'une incitation à consulter un professionnel, notamment lors de situations « médicales » : « Appelez votre laboratoire pour avoir plus d'explications » ; « Parlez-en à votre gynécologue, à votre sage-femme ou votre médecin généraliste », au partage de la parole de professionnel, par exemple celle du vétérinaire, pour évoquer le risque lié aux animaux :

Mon véto m'a expliqué que la toxo se développe au bout de 24/48h sur les selles, et surtout si tes chats sortent il y a de forts risques qu'ils soient concernés d'où le risque par la litière, mais autrement pas de risque.

J'en ai parlé avec ma véto et ce qu'il faut surtout faire attention c'est la litière. [...] Et que les griffures, fallait pas s'inquiéter.

Les femmes évoquent aussi la parole médicale, du médecin ou de la sage-femme, transmise en consultation sur ces maladies (dangerosité, facteurs de risque, conséquences, etc.).

Ça vaut le coup de se priver ! Mon médecin m'a dit que si j'attrape la toxo au premier trimestre les statistiques disent qu'il y a 100% de lésions cérébrales sur le fœtus et que si c'est dans le troisième trimestre il faut déclencher l'accouchement...

Ma sage-femme m'a dit que les chats qui sont beaucoup dehors sont ceux qui ont le plus de chance d'attraper la toxoplasmose.

Cela concerne aussi les conseils de prévention que les internautes partagent :

Après j'avoue que, avec l'accord de ma sage-femme, j'ai mangé du pâté et de la rillette mais sous vide la dernière fois car j'en avais vraiment envie.

Pour la charcuterie et la toxo ma gynéco m'a conseillé la charcuterie industrielle à l'artisanal... bcp moins risqué et pour le reste tout bien cuire, éviter au maximum le cru, bien laver fruits et légumes et fromage pasteurisé 😊

Les débats reposent parfois sur des oppositions dans les postures des professionnels perçues par les femmes :

- 1. Ma sage-femme m'a dit que c'était à éviter car risque de listériose quand même, pourtant sur une appli ils disent que nous pouvons en manger sauf du fait maison.*
- 2. D'après ma sage-femme et mon médecin, c'est zéro souci si le foie gras est cuit... c'est comme tout, personne n'est d'accord apparemment.*
- 3. J'avais demandé à ma gynécologue qui m'avait dit qu'il fallait le congeler et le faire décongeler pour tuer les bactéries.*
- 4. Ma gynécologue m'a dit non.*
- 5. Le plus simple est de poser la question à ton gynécologue ou sage-femme qui te suit.*
- 6. J'ai demandé à ma sage-femme qui m'a dit une tranche ne pose aucun souci, il ne faut juste pas en abuser.*

Les internautes pointent les préconisations disparates qui sont perçues comme déstabilisantes :

Internaute 1 : C'est marrant, les Gynécos peuvent avoir des avis et recommandations totalement différents. C'est à s'y perdre parfois. Le mien m'a totalement interdit les sushis.

Internaute 2 : C'est fou ça ! Comme quoi, ça dépend vraiment. Le mien m'a dit de faire preuve de bon sens et d'en manger dans des restaurants où j'ai l'habitude d'aller.

Internaute 3 : Je pense que votre gynécologue vous fait prendre des risques inutiles...

Si certains commentaires traduisent une adhésion au discours médical : « alors franchement si tu écoutes tout ce que te disent les gens tu ne fais rien et manges rien du tout de ta grossesse. Écoute ton médecin », nous observons aussi une dynamique d'opposition au discours médical :

Internaute 1 : C'est surtout ça qui me stresse si on écoute les médecins il faudrait se priver de pratiquement tout !! Mais c'est dur surtout dans notre état quand on a des envies à cause de bébé. 😞

Internaute 2 : Non mais t'écoute les médecins tu manges plus rien, tu tries des produits de beauté et tu fais tes propres lessives en poudre. 😞 Des fois j'avais envie de leur dire : respirer, on a encore le droit, rassurez moi. 😞

Internaute 3 : Complètement d'accord avec toi ! Dans le temps il n'y avait pas tout ça et ils étaient en pleine forme faut pas écouter tout sinon on en finit plus !

L'une des internautes pointe les confusions récurrentes entre les risques, avec un ton accusateur, qui seraient la conséquence d'un discours médical inadapté : « *Je suis infirmière et je trouve ça dingue la confusion récurrente entre les deux, sage-femme et gynéco un minimum d'explication pendant vos consultations seraient bienvenu...* »

Dynamique des interactions

Les interactions peuvent s'inscrire sur le terrain du soutien, de l'empathie, notamment lors de partage d'expériences : « *Moi je suis pas immunisée non plus mais ça veut pas dire que vous allez forcément la contracter.* » Elles peuvent éventuellement s'orienter sur un consensus : « *Tout à fait ! [...] L'essentiel, c'est de faire attention pendant quelques mois !* »

Le forum est un espace de débat d'idées contradictoires, comme nous pouvons l'illustrer par ces échanges :

Internaute 1 : Mets-le au congélateur 48h et là tu ne risqueras rien 😊 puis à consommer rapidement.

Internaute 2 : Seule la cuisson détruit les bactéries.

Internaute 1 : Détrompe-toi, c'est un conseil de la sage-femme et de mon gynéco.

Internaute 3 : Quand tu congèles ça endort les bactéries. Ça ne les tue pas.

Internaute 4 : La congélation ne tue pas les bactéries, la cuisson à plus de 60 degrés, oui. Pas besoin d'une sage-femme pour savoir ça.

L'analyse des conversations met en avant de nombreux désaccords sur les pratiques préventives des femmes : « *Après chacune fait comme elle veut, on a juste dit que nous n'avions pas pris de précautions et c tout.* » L'élément avancé dans ce genre de débats est souvent la tolérance : « *chacun sa vie, chacun mène sa grossesse comme il l'entend que ça plaise aux autres ou non !* » et plus précisément à travers l'expression « *Après chacun est libre de ses choix* ». Néanmoins, derrière cette idée d'acceptabilité exprimée de l'opinion d'autrui, se lit une volonté de convaincre, avec un ton moralisateur :

Chacune suit ce qu'elle veut à sa guise & je pense que si tu veux te taper un saucisson, libre à toi, mais les conséquences peuvent être terribles. Avec des si, on refait le monde, mais mieux vaut prévenir que guérir. Des IMG [interruptions médicales de grossesse] ont dû être faites à cause de listériose [...] chacune a son taux de risque qui est différent. Je ne te fais pas la morale, perso je m'inquiète juste de ce qui est bon pour bébé, on me dit « pas de ceci » ok je vais trouver une alternative. Tu fais comme tu le sens, chacune est maître & responsable de son corps 😊😞.

Apparaît aussi ce reproche d'inciter les autres femmes à la prise de risque :

Après vous faites comme vous l'entendez, C'est votre vie et la vie de votre bébé. Mais ne jamais dire à quelqu'un « tu peux moi je n'ai rien eu » car concrètement vous jouez à la roulette russe, vous n'avez rien tant mieux mais rien ne dit que l'autre personne n'aura rien...

Face à ces prises de position face au risque, de nombreux jugements sur les pratiques sont postés :

Je pense que chacune fait comme elle veut sachant [qu'] il est possible que tout aille bien et il est possible que ça n'aille pas... Au final on peut s'en prendre qu'à soi-même donc c'est à toi de voir avec toi même ;)

Il y en a qui vont te dire moi j'ai mangé ça j'ai rien eu mais qui prouve à 100% que toi tu auras rien ? Tu préfères risquer d'avoir quelque chose que de t'abstenir pendant 9 mois ?

En ce qui concerne les prises de risque, les débats deviennent souvent tendus, basés sur une confrontation d'arguments, comme l'illustre la discussion ci-dessous :

Internaute 1 : Tu as totalement raison à l'époque nos mères... elles ont pu donner la vie y'avait pas tout ça bon maintenant beaucoup de choses ont évolué mais bon c'est vrai c'est rassurant puis c'est pas bon de trop stresser lol

Internaute 2 : Ma belle-mère a attrapé la toxoplasmose enceinte. Ma voisine a perdu une de ses jumelles enceinte et l'autre est sévèrement handicapée et est dans un institut spécialisé. Donc oui, nous, nous sommes là mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Si les médecins nous disent de faire attention c'est parce que eux sont en contact régulièrement avec des femmes enceintes qui attrapent la toxoplasmose ou la listeria, et connaissent les dégâts, contrairement à nous. Et à l'époque de nos grands-mères, beaucoup d'enfants mourraient mort-nés, sans que nous en connaissions forcément la raison.

Internaute 3 : Il suffit de bien faire attention sans en faire trop, et si on se renseigne un minimum on connaît les risques.

Internaute 4 : Une tomate contaminée, c'est une tomate contaminée. À part se retenir d'en manger, je ne vois pas comment faire attention sans en faire trop.

Les commentaires sont parfois virulents : « *Perso j'suis en conflit avec personne. La maman qui demandait conseil doit pouvoir obtenir des conseils raisonnables et censés, pas des bêtises par contre. Après c'est clair chacun fait comme il l'entend* » ; « *Lisez bien avant d'affirmer des âneries... <https://www.pasteur.fr/.../cen.../fiches-maladies/listeriose>* ».

Les conversations peuvent devenir conflictuelles et cet extrait est représentatif de posts en lien avec les risques infectieux alimentaires :

Internaute 1 : Hey les nanas qui en ont mangé, vous êtes fières de vous ? Vous voulez une médaille ? Moi je peux vous filer celle de la connerie ?

Internaute 2 : Heu 😊 pour ma part je viens de dire que je n'étais même pas au courant, et je pense que personne n'est là pour se faire juger non plus.

Internaute 3 : Ne soyez pas dans le jugement. Ça ne sert à rien de donner des leçons. Chacune prend ses responsabilités.

Internaute 1 : Ah mais je ne vous ciblais pas... Comme vous le dites, vous ne saviez pas... Je parle des nanas qui savent les risques et qui décident d'être de grosses égoïstes... Elles savent que si elles attrapent la listériose, leur bébé peut mourir mais elles mangent quand même ? Et je me permets de juger car tout au long de ma grossesse, j'ai eu envie de crevettes, saumon fumé et sushi mais j'ai pensé avant tout à mon bébé... Je sais pas mais on est déjà responsable de sa vie même en étant enceinte... Si on est pas capable de faire juste cela, faut pas faire de gosses.

Internaute 4 : Nan mais au pire chacun fait ce qu'il veut pendant sa grossesse, on n'a pas besoin de donneuses de leçons ! C'est abusé ça ! Moi je mange de tout mon bébé se porte magnifiquement bien et celles à qui ça plait pas parce que je me prive pas et bien c'est pareil ! je fais pas ma vie en fonction de vous et encore heureux 😊

Internaute 1 : Ah mais faites bien ce que vous voulez mais si vous veniez à choper une connerie et que votre bébé paye les conséquences de vos conneries... Visiblement vous en avez rien à battre... Pourquoi avoir fait un bébé si déjà même pas sorti vous en avez rien à cirer ??

Internaute 4 : Occupez-vous donc de votre vie :) au lieu de raconter des conneries sur mon bebe merci bien.

Internaute 1 : C'est pas sur votre bébé que je bavasse, mais plutôt sur la bêtise de sa mère.

Internaute 5 : Vous êtes d'un ridicule invraisemblable.

Internaute 4 : Écoutez c'est bien si votre avis m'intéressait je vous aurais sonné mais ce n'est pas le cas ! c'est abusé de nos jours les gens ne peuvent pas faire ce qu'ils veulent ! au lieu de piailler à droite et à gauche occupez-vous de votre vie sérieux ! vous n'avez pas mieux à faire ?

Comme le souligne le commentaire de ces internautes, les échanges tournent fréquemment autour de la notion de « responsabilité » : « *Pas très responsable tout ça risque ta santé mais pourquoi risquer celle de ton bébé c'est n'importe quoi ☹* », et de culpabilité : « *Tant mieux pour celles qui ont eu de la chance, quant à celles qui n'en ont pas eue, je n'aimerais pas vivre avec leur culpabilité.* » Dans certains commentaires, les internautes abordent cette notion, soit en s'incluant avec les personnes ciblées, soit en parlant de soi, à l'image d'un jeu de rôle ou encore en pointant l'internaute :

Mais rester bien vigilantes et être bien consciente que s'il arrive quelque chose à bébé à cause de la toxo ou listériose, est-ce qu'on se le pardonnera ? Et ça c'est pas évident je pense !

Je te comprends mais j'avais te le faire à l'inverse. Ok vas-y, je mange une tranche de saucisson ou un œuf à la coque parce que j'en ai vraiment envie et qu'il y a très peu de risque... Oui mais si cet œuf, cette tranche de saucisson me faisait choper la listériose, si jamais ça avait des conséquences sur mon enfant, si c'est moi qui suis responsable de son problème... Jveux pas me culpabiliser ou attendre dans la crainte, la prochaine prise de sang. Ce n'est que neuf mois dans une vie. J pense qu'on peut se priver pour eux !

La seule question à vous poser est la suivante : s'il venait à arriver malheur à votre enfant à cause d'une chose que vous auriez mangée, saurez-vous vous pardonner ?

En filigrane dans les échanges, se joue la représentation de ce qu'est une « bonne mère » :

La plupart des bébés se portent bien malgré les écarts alimentaires de la maman... Oui mais il suffit d'une fois, d'un seul aliment contaminé, et ce jour-là, c'est tout qui s'effondre. On sait qu'il y a des aliments potentiellement dangereux, même si le risque est minime, alors ne peut-on pas, si déjà nous sommes informées, faire courir le moins de risque possible à ce petit être ? Si déjà on sait qu'on attend un bébé, ne peut-on pas faire l'effort d'éviter ce genre de risque pendant quelques mois ? je déteste le dicton « ça n'arrive qu'aux autres ». Et je ne me veux pas moralisatrice non plus...

Personnellement j'ai pas envie de pleurer toute une vie pour 5 min de plaisir en mangeant un sushi ! Si pour vous, vous « priver » 9 mois de certains aliments c'est un supplice... j'espère qu'il vous arrivera rien de grave dans la vie ^^ Mon enfant passe avant tout, et avant de la nourriture. Si je devais rayer à vie la charcuterie et les sushis pour son bien je le ferais... après hein, chacune fait ce qu'elle veut, mais faudra pas pleurer si jamais...

Si vraiment j'avais voulu faire les choses bien en me privant de manger ci ou ça il aurait aussi fallu que j'oublie mes chats dans ce cas ! Et c'est impossible pour moi. Donc je mange de tout sauf de la viande crue, et je lave mes légumes. Je ne pense pas être une mauvaise mère, la mienne n'a pas non plus fait attention pendant sa grossesse et ça ne fait pas d'elle une mère indigne au contraire. Alors celles qui nous jugent et bien qu'elles continuent si ça les amuse, moi ce n'est pas dans mon éducation de juger les autres car chacun a sa liberté :)

Apport pour l'énonciatrice

Ces échanges ont pour objectif de répondre aux demandes des énonciatrices. S'il n'est pas possible d'appréhender l'apport réel pour ces dernières, certains éléments sont palpables à travers leurs commentaires et leur positionnement au sein des fils de discussion.

Soutien social ?

Les énonciatrices peuvent trouver dans les commentaires des réponses à leurs inquiétudes. Elles sont nombreuses à remercier et déclarent se sentir rassurées sur leurs pratiques :

Merci ça me rassure dans ce que je pensais car je me suis rendu compte toute seule que je psychotais donc ça va mieux en vous lisant 😊 moi aussi j'ai 28 ans et je l'ai jamais eu donc ça va ! Et vu que c'est mon premier bb1 je stresse un peu normal !

Merci beaucoup pour vos réponses, ça me rassure beaucoup, j'en faisais tout un drame.

En plus des formulations et signes de remerciements, les posts appréciés par les énonciatrices sont likés, comme dans les exemples ci-dessous :

Non le risque est très minime mais tu as des analyses à faire tous les mois pour contrôler. Il te reste plus qu'à patienter. Mais ne t'inquiète pas trop franchement. Évite les fromages au lait cru, nettoie tes légumes au vinaigre et pas de poisson et viande crus 👍

Merci beaucoup les filles 😊

Et surtout la chose indiscutable qu'il faut c'est ne pas stresser et bcp d'amour 😊

Merci beaucoup 🙏❤

En cas de débat, certaines internautes vont prendre la défense de l'énonciatrice, comme dans l'échange ci-dessous :

Post : Je suis enceinte de 7 mois et je ne suis pas immunisée contre la toxoplasmose et j'ai lu dans les rapports de prise de sang éviter la charcuterie mais là c'est la période des raclettes et j'en ai follement envie 😊 est ce qu'il y a des femmes enceintes qui ont fait des raclettes malgré qu'elles ne soient pas immunisées contre la toxo ??

Internaute 1 : Il vous reste 2 mois à tenir à peine ! J'ai connu une maman qui a perdu son bébé [...]. Je ne comprends pas, vous savez que c'est interdit mais vous voulez essayer...

Internaute 2 : Ce n'est pas ce qu'elle dit, elle demande ce qu'elle peut prendre. Et la charcuterie à base de viande cuite est autorisée et la crue est bien interdite pour la toxo, les légumes sont autorisés mais bien nettoyés et le fromage aussi s'il est pasteurisé. Donc pas de soucis, elle se renseigne et elle a bien raison 😊 Une fois informée, on peut s'adapter tranquillement.

Une autre forme de contribution qui est retrouvée dans les groupes de discussion est celle de la comparaison sociale : « *La théorie de la comparaison sociale met en lumière les impacts positifs et négatifs de la comparaison de sa situation personnelle aux expériences d'autres personnes confrontées à un problème semblable.* » (2022)²⁸⁶ Comme l'évoquent certains auteurs, les comparaisons sociales avec d'autres membres de la communauté peuvent être « ascendantes (avec un standard jugé supérieur) mais également descendantes (avec un standard inférieur) et latérales (avec un standard similaire). « *Les individus peuvent également se comparer eux-mêmes dans le passé (comparaison temporelle).* »²⁸⁷

Lors de cet échange, l'énonciatrice répond au commentaire d'une internaute, comme pour justifier du bien-fondé de son inquiétude et donc de son post. À l'inverse, l'internaute explique assumer d'être moins précautionneuse et de prendre des risques bien supérieurs :

Post : [...] est ce que c'est « grave » si j'ai mangé 2 fois une barquette de taboulé oriental où y a des petits morceaux de tomates et de concombre dedans étant donné qu'on doit laver nos propres légumes

²⁸⁶ Cherba, M., Thoër, C., Turbide, O., Denault, V., Renaud, L., Valderrama, A., & Muloin, C. (2019). Le soutien social en ligne comme mode d'intervention psychosociale : revue de littérature, pistes de recherche et recommandations pour les intervenants. *Santé Publique*, 31, 83-92.

²⁸⁷ Gallin, S., Lichtlé, M., & Balbo, L. (2019). Le rôle de la comparaison sociale dans les communautés en ligne de soutien à la perte de poids. *Décisions Marketing*, 95, 33-55.

*etc.... et donc se faire nous-mêmes nos crudités, je commence à culpabiliser du coup est-ce grave ?
Merci de me donner vos avis si vous vous y connaissez s'il vous plaît ?*

Internaute : Je ne me suis pas privée tant que ça, fromage, charcuterie, etc, pas tout le temps non plus mais fin de grossesse sur période de fêtes je me suis pas privée du tout et bébé pète la forme !

Réponse énonciatrice : Ben dis donc c'est cool tout ça tant mieux après tout il faut vivre sa grossesse et en profiter 😊 moi aussi avant je mangeais beaucoup de viande saignante etc... je suis une bonne vivante mais bon je fais quand même attention à la charcuterie et la viande saignante je suis pas à l'excès non plus mais bon voilà ^^ et le fromage ça va j'en mange du moment que c'est avec du lait pasteurisé y'a rien à craindre 😊 c'était juste les petits morceaux de tomates et de concombre (légumes) achetés dans le commerce en barquettes...vu qu'il faut se les laver soit même c'est juste pour ça que je m'inquiétais mais merci beaucoup ça me rassure encore plus !

Cette « normalité » affichée et assumée de cette prise de risque, avec parfois l'impression d'une concurrence de celle qui prendra le moins de précautions, embarrasse fréquemment certaines internautes, comme le sous-tend la réponse de l'énonciatrice.

Aide ou frein à la prise de décision ?

Suite à leur post, les énonciatrices peuvent être tentées de prendre en considération les différents échanges. Ce qui n'est pas évident au regard du nombre de commentaires contradictoires. C'est le cas de cette énonciatrice qui doit faire la part des choses entre 115 commentaires :

Post : Je peux même pas me faire plaisir de temps en temps avec du pâté ou des sushis alors que j'adore ça !! Besoin d'avoir votre vécu à ce sujet !!

Commentaire : Merci pour tous vos messages je vais quand même faire attention à tout ça il peut tellement s'en passer des choses et pour mon 1^{er} bébé tant voulu je vais pas prendre de risques.

Comme l'expriment certaines internautes, cette multiplicité d'avis complique la prise de décision : « *Ce n'est pas évident de s'y retrouver quand tout le monde dit des choses différentes.* » ; « *Exactement je m'y perds un peu j'avoue... j'essaie de faire preuve de bon sens.* »

La mobilisation des internautes sur un post motive parfois l'énonciatrice à reposer une question sur un autre sujet : « *Merci beaucoup les filles ! Et j'ai une autre question, aucun rapport mais j'ai mon écho de datation dans une semaine, pouvez-vous me dire comment je dois me préparer.* »

En définitive, l'énonciatrice fait face, dans un contexte d'anonymat, à une polyphonie des discours, qui prennent la forme de conseils, de témoignages, de soutien, d'explications, de polémiques. Au terme de cette analyse, nous observons que ces espaces de discussion concentrent toute la diversité de « voix » présente au sein l'environnement social et se font l'écho de la cacophonie autour des risques infectieux alimentaires.

5.4. Face à cette polyphonie informationnelle, quelles sont les perceptions des femmes ?

Finalement, face à l'ensemble des informations collectées auprès des professionnels de santé, de la sphère familiale et amicale, à partir des sources numériques, internet, application, réseaux sociaux, de quelle manière les femmes perçoivent-elles l'alimentation-grossesse et plus particulièrement les risques infectieux alimentaires ? Comment appréhendent-elles les messages délivrés et comment ces derniers impactent-ils leur vécu de la grossesse ?

Comme on pouvait s'y attendre, puisque la grossesse est un événement majeur dans la vie d'une femme, celle-ci est perçue comme une période essentielle pour les changements, comme l'explique Audrey (A29, E0) : « *C'est vraiment depuis que je suis enceinte qu'il y a un changement... on ne pense plus pareil. Sans dire qu'avant ça n'a pas d'importance, mais c'est vrai qu'on réfléchit autrement, on prend plus soin de soi, on veut que ça soit sain !* »

L'alimentation-grossesse fait partie de ces aspects de la grossesse qui impliquent « *des changements... mais plutôt dans le bon sens* » selon Florie (A42, E0). Cette thématique est bien identifiée comme jouant un rôle capital dans le bon déroulement de la grossesse :

Pour moi, l'alimentation, c'est très important... et alimentation et grossesse, ça me parle beaucoup parce que c'est important de bien se nourrir quand on attend un bébé. Dès le départ j'ai eu vraiment des envies de choses plus saines, en me disant que c'était bien de bien nourrir ce petit fœtus. (Tatiana, A32, E0)

Ces changements au niveau de l'alimentation et les précautions qui s'y rattachent sont bien compris par les femmes comme nécessaires pour apporter le meilleur à leur enfant :

Il faut faire encore plus attention dans le sens où il faut apporter tout ce qu'il faut au corps, il y a des aliments qu'il faut éviter... ou vraiment limiter, pour que le petit bébé se développe bien. Donc l'alimentation c'est super important. (Vanessa, A29, E0)

Pour la plupart des femmes, cela consiste à « *manger encore plus sain et faire encore plus attention à ce que l'on ingère* » (Deborah, A35, E1) et « *c'est un effort à faire aussi jusqu'à l'accouchement* » (Tatiana, A32, E0). Nous allons ainsi aborder ces trois aspects, la perception des femmes sur l'alimentation-grossesse et ses enjeux, sur les risques infectieux alimentaires et sur les exigences inhérentes à ces changements dans le parcours de grossesse.

5.4.1. Quelle perception des femmes de l'alimentation-grossesse ?

Dans le cursus des professionnels, l'alimentation-grossesse n'est pas abordée sous l'angle nutritionnel et ils reconnaissent être mal outillés pour accompagner les femmes concernant les mesures à prendre pour bien s'alimenter pendant la grossesse. Ces dernières reçoivent ainsi très peu d'informations sur cette thématique prise dans sa globalité.

Nous avons cherché à comprendre ce que pensent les femmes à propos de l'alimentation-grossesse et si, à l'image des professionnels, elles centrent leur attention sur le volet « *risques infectieux* ».

La grossesse, symbole d'une alimentation saine

« Aliments sains, c'est la première chose qui me vient en tête. » (Audrey, A29, E0)

Pour de nombreuses femmes, cette période impulse une nouvelle dynamique et l'envie de « mieux manger » : *« Alimentation et grossesse... manger bio et équilibré [...], faire davantage attention à la provenance des aliments » (Eva, A28, E1) ; « je me suis orientée vers le bio... naturellement en fait » (Pauline, A30, E2).*

De surcroît, ces nouveaux comportements de consommation s'intègrent dans une démarche globale plus saine :

C'est vrai qu'avant le bio, ce n'était pas trop mon truc non plus, mais pendant la grossesse, j'ai fait attention à acheter ce que j'estimais être des produits sains. Quand on est enceinte, il y a des choses à éviter... Les fromages il fallait regarder les compositions... Les fruits et légumes, je regardais aussi la provenance. (Naomie, A27, E0)

La première grossesse donne l'envie de démarrer ces nouvelles habitudes, les propos de *Jasmine*, enceinte de son premier enfant et *Deborah*, de son deuxième, illustrent ce constat :

Je fais un peu attention aux légumes et fruits que je peux prendre, chose que je ne faisais pas forcément auparavant... J'essaie de prendre des produits un peu plus respectueux de l'environnement, avec un peu moins de pesticides ou un peu bios. Chose que je ne faisais pas forcément initialement. (Jasmine, A28, E0)

Depuis que j'ai mon premier enfant, je fais quand même beaucoup plus attention... j'achète du local... j'essaie d'être dans une démarche de réflexion par rapport à ça. Et avec le congé maternité, on a tendance à accentuer les choses, on va aller plus souvent à la ferme chercher les légumes, acheter des choses plus saines. Je majore mes préoccupations par rapport à ça avec la grossesse. [...] C'est une attitude globale sur le zéro déchet, le « fait maison » qui s'intensifie forcément avec l'arrivée d'un nouvel enfant ! (Deborah, A35, E1)

Au-delà d'une démarche personnelle visant des bénéfices substantiels pour leur propre santé, la priorité des femmes enceintes porte sur celle de leur futur enfant :

Je sais que je ne le fais pas que pour moi. Au niveau de l'alimentation en elle-même, je pense que je fais pas mal d'efforts, je fais assez attention à tout ce que je mange quand même... et même des fois un petit peu de trop ! Je suis même un petit peu trop rigide à ce niveau-là... Je fais comme si c'était une priorité. Donc pour moi c'est une logique en fait... de faire attention au bébé. Et voilà, je ferai toutes les concessions possibles, dès maintenant pour le bébé... Non, je m'exprime mal, ce n'est pas une concession, mais pour moi c'est un devoir de maman, et j'espère lui apporter le meilleur, et dès maintenant, donc je fais au mieux pour ça. C'est surtout important d'apporter le meilleur apport au bébé. (Rachel, A22, E0)

Certaines femmes prennent conscience de l'impact à long terme d'une alimentation saine et adaptée :

Je ne sais pas si c'est une légende ou pas... mais on dit qu'effectivement pendant la grossesse, le fait de manger varié et équilibré, et bien ça influe aussi sur l'alimentation du bébé plus tard donc moi c'est pour ça que je me suis vraiment efforcée à essayer de manger de tout régulièrement, et puis de varier... (Naomie, A27, E0)

Même si ce nouveau mode de vie implique, comme le souligne *Rachel*, de fournir des efforts, *Vanessa* (A29, E0) nous explique qu'elle est prête à faire les concessions nécessaires au bon développement de sa grossesse : *« Je ne dis pas que je ne mange que des fruits bios, parce qu'on ne peut pas toujours tout faire bio... mais ça ne me dérange pas de mettre un petit peu*

plus cher pour avoir des fruits bios, pour être sûre que j'apporte le meilleur en tout cas au bébé. »

En d'autres termes, si les femmes sont peu informées et peu accompagnées par les professionnels dans cette démarche, la grossesse est une véritable fenêtre d'opportunité pour développer des comportements favorables à la santé. Les propos recueillis mettent en lumière cette prise de conscience et cette motivation à adhérer aux recommandations nutritionnelles élaborées pour tous. Celle-ci est initiée par une majorité de femmes, comme le décrit Karen :

Je le vois dans mon entourage, il y a pas mal de gens qui se mettent à l'alimentation bio, ou à manger encore plus équilibré, grâce à la grossesse, parce qu'ils se disent que pour leur enfant, ils veulent le « meilleur » entre guillemets, et du coup arriver à éviter un maximum de substances nocives, même si on sait bien que ça ne passe pas que par l'alimentation... (Karen, A32, E0)

Et notons que malgré une évolution de la conception de l'alimentation-grossesse, les idées reçues font encore leur apparition dans les discours des femmes et de leurs proches : *« Il faut bien équilibrer et ne pas manger pour deux, contrairement à ce qu'on a pu dire pendant des années ! » (Jasmine, A28, E0)*

L'alimentation, vecteur de risques pendant la grossesse

« Ça me fait penser aux maladies qu'on peut contracter plus facilement... la toxoplasmose, la listeria... » (Inès, A29, E0)

L'autre volet très fréquemment abordé spontanément par les femmes enceintes porte sur les risques relatifs à l'alimentation pendant la grossesse, l'alcool a été régulièrement cité au cours des échanges :

Ce qui m'inquiétait un peu avant d'être enceinte, c'était de me dire : « Je ne pourrais pas boire d'alcool du tout pendant neuf mois ». Et ça a été surprenant parce que... du moment où j'ai su que j'étais enceinte, j'avais plus du tout envie. Et on est assez bien informées dès le départ. L'alcool, on le sait que c'est zéro. (Tatiana, A32, E0)

Le message de prévention vis-à-vis de ce risque semble bien passé, toutefois certaines incertitudes perdurent :

Je me suis inquiétée au début de ma consommation d'alcool que j'ai pu avoir, avant de me savoir enceinte... c'est vrai qu'il n'y a pas d'information là-dessus, on entend dire que, au début, le fœtus n'est pas relié par le cordon ombilical donc il y a peu de risque... mais voilà, les « on entend », c'est pas pareil que d'avoir une information claire et précise qui nous dit : « à partir de tel jour, votre fœtus est relié à vous et tout ce que vous mangez lui est transmis. » (Ophélie, A30, E0).

Malgré un risque bien identifié, les comportements peuvent varier : *« L'alcool, je n'ai pas pris une seule goutte d'alcool [...] là, vraiment, je n'ai fait aucun impair. » (Deborah, A35, E1) ; « Après j'ai trempé mes lèvres dans certains verres et voilà, mais... j'ai pas bu un verre entier. Enfin sur toute ma grossesse, peut-être un verre, mais... en plusieurs fois !!! » (Olivia, A33, E1)*

Même si le risque lié à l'alcool apparaît au cours des échanges, ce n'est pas celui qui est abordé en premier dans leurs propos lorsque l'on évoque l'alimentation-grossesse. Leur plus grande priorité se tourne vers les risques infectieux alimentaires :

Par rapport à tout ce qui est toxo et listériose. Donc faire attention aux produits. Moi la principale préoccupation, ce n'est pas est-ce que ça va ou non me faire grossir, c'est, est-ce qu'il y a danger si je mange ça ? Danger potentiel... Vraiment c'est la seule limite que je me suis fixée par rapport à ma grossesse, c'est celle-ci : est-ce que c'est dangereux pour la grossesse, est-ce dangereux pour le bébé ? est-ce que ça m'est autorisé ? à partir de là, si ça m'est autorisé... ben go ! (Laure, A30, E0)

Du fait d'une réflexion à mettre en place au quotidien, cette problématique de risques alimentaires tourne fréquemment dans leur esprit : « *Alimentation et grossesse, c'est... quand même complexe... parce que quand même au début, on se pose tout le temps la question : toxo, pas toxo, listeria...* » (Olivia, A33, E1)

Certaines femmes, comme Lucie (A30, E0), expriment une peur de contracter ces maladies et expliquent le stress inhérent à cette hypervigilance : « *Pas de frustration particulière en ce qui me concerne, mais plutôt du stress. On fait quand même attention... à la toxoplasmose.* » Même si, nous l'avons mentionné, les femmes sont peu informées par les professionnels des conséquences de ces maladies. Elles ont souvent été sensibilisées par d'autres voies au caractère parfois dramatique de ces maladies, comme l'exprime Hélène (A37, E0), immunisée contre la toxoplasmose, et inquiète des risques liés à la listériose : « *La listeria ! En plus, j'ai lu l'article d'une maman qui a perdu un bébé.... [soupir]* »

Aborder le terme « alimentation-grossesse » éveille chez les femmes enceintes toutes les précautions à prendre pour se prémunir de ces risques :

Tout ce qu'il faut éviter de manger, notamment pour éviter d'attraper la listériose et moi je ne suis pas immunisée contre la toxoplasmose donc je fais attention aussi de ne pas attraper la toxoplasmose. Donc je pense précaution : donc pas d'œufs cuits, pas de charcuteries, pas de viandes pas assez cuites... pas de légumes mal lavés... (Kenza, A28, E0)

Ça me fait penser au respect de conditions d'hygiène beaucoup plus strictes. Et ça me fait penser évidemment au fait qu'il faille faire attention à l'alimentation... aux aliments qu'on ingère, surtout si on est... immunisée ou non contre la toxoplasmose. (Perrine, A30, E2)

Plusieurs femmes admettent ne pas connaître les risques potentiels pour la grossesse, ce qui semble cohérent avec les propos des professionnels qui déclarent ne pas insister sur cet aspect. Elles reconnaissent aussi ne pas maîtriser le lien entre les maladies et les précautions alimentaires. Sur ce point, les discours médicaux sont succincts et peu de professionnels s'attardent sur l'explication des modes de contamination.

Pourquoi il vaut mieux éviter le saumon cru... la maladie associée.... Ça je ne pourrais pas vous dire... Je sais qu'il faut y faire attention parce que c'est cru, comme tout ce qui est cru, c'est plus dangereux... mais voilà les viandes crues, les poissons crus et les coquillages c'est à éviter, mais pourquoi exactement je ne sais plus. (Gabrielle, A29, E0)

J'avais déjà entendu parler de la listériose, de toxoplasmose, mais je ne savais même pas concrètement... ce que c'était, quels risques ça pouvait avoir... Et même encore aujourd'hui, je suis incapable d'expliquer exactement tous les risques que ça peut apporter donc... ce genre d'informations-là. Et puis... au niveau des aliments, tel ou tel aliment n'est pas recommandé parce qu'on s'est rendu compte qu'il y avait tel ou tel risque, etc. (Jasmine, A28, E0)

L'alimentation, une préoccupation de début de grossesse ?

« L'alimentation, c'est un vaste sujet... Surtout qu'on n'a pas les mêmes questions au début de sa grossesse... qu'à la fin. » (Olivia, A33, E1)

Au terme de l'analyse des observations des consultations et des entretiens des professionnels, nous avons fait le constat que l'alimentation-grossesse ne semble pas être une problématique majeure abordée lors des consultations de début de grossesse. Cela étant, nous venons de voir qu'elles se sentent concernées par ces changements, comment les perçoivent-elles ?

Sur ce point, la majorité des femmes enceintes s'accordent ; l'alimentation s'envisage en termes de « préoccupation » : *« Alimentation et grossesse, ça me fait penser à préoccupations ! » (Lucie, A30, E0).*

Deux raisons sont évoquées, les femmes sont conscientes qu'il faut développer une plus grande vigilance pendant cette période : *« L'alimentation c'est une préoccupation parce qu'il faut quand même faire attention à ce qu'on mange. » (Ségolène, A28, E0)* De plus, il s'agit d'une activité quotidienne sur laquelle elles doivent engager des modifications : *« C'est quelque chose qu'on fait tous les jours et plusieurs fois par jour, donc c'est une préoccupation. » (Vanessa, A29, E0)* Et comme le précise *Annabelle (A35, E0)*, celle-ci se concentre sur le *« début de grossesse, le temps de prendre l'habitude. »*

Toutefois, les femmes enceintes ne vont pas toutes se lancer dans ces nouvelles habitudes alimentaires au même temps de leur grossesse. Pour certaines, le déclic a été la découverte de la grossesse, comme l'exprime *Naomie (A27, E0)* : *« Dès que j'ai su déjà que j'étais enceinte, je savais qu'il fallait que je fasse attention à certains aliments, j'ai tout de suite regardé... ce que j'avais le droit de manger ou pas. »*

C'est aussi le cas de *Sonia (A27, E1)* qui se souvenait globalement des précautions de sa première grossesse : *« Dès que j'ai su que j'étais enceinte, reprendre l'habitude de bien refaire cuire les aliments. Même si c'est vrai qu'on a un peu tendance à oublier au début. Après, ça s'est fait quand même assez rapidement. »*

Pour d'autres femmes, les précautions sont appliquées après la consultation avec leur professionnel de santé, comme l'expliquent *Romane (A30, E0)* et son conjoint :

Romane : *C'est quand on a vu la sage-femme pour la première fois.*

Conjoint : *On a quasiment vu la sage-femme dans la foulée... peut-être une semaine, voire deux semaines plus tard. Donc au final, c'était quasiment dans la foulée, donc les questions qu'on a eues tout de suite on a pu les lui poser dans la foulée.*

Ce temps de consultation, de rencontre avec le professionnel, aide à matérialiser l'aspect réel de cette grossesse, comme l'explique *Olivia (A33, E1)* :

C'est plutôt après la première consultation [que j'ai modifié mon alimentation]. C'est un peu le moment où on prend conscience... J'ai la sensation que le moment... quand on fait son test de grossesse et avant qu'on ne soit suivie vraiment, on se demande un peu si c'est réel !

Cette conscientisation des précautions se vit ainsi pour certaines femmes en parallèle de celle de la grossesse, comme l'explique *Ophélie (A30, E0)* :

Les adaptations ont été plutôt progressives parce que je pense que c'était aussi le temps au début, enfin le premier mois, de me faire au fait que j'étais enceinte, ça n'a pas été automatique. Et du coup dans mon alimentation, non plus. Même si... j'ai quand même modifié dès le départ certaines

choses... Comme le saucisson, j'en ai mangé une ou deux tranches, mais j'en n'ai pas mangé tous les jours... comme d'habitude.

Un autre point déterminant pour enclencher ces nouvelles habitudes alimentaires est évoqué : la connaissance du statut immunitaire vis-à-vis de la toxoplasmose. Certaines femmes, comme Sarah (A19, E0), déclarent ne pas avoir attendu le résultat de la prise de sang et vont être d'emblée précautionneuses : « *Dès que j'ai su pour la grossesse, c'était immédiat et puis, avant que je fasse la prise de sang pour savoir si j'étais immunisée.* »

Pour cette deuxième grossesse, Zoé (A38, E1) s'attendait à une situation équivalente à sa première grossesse avec une absence d'immunité : « *J'ai pris les précautions dès que j'ai su que j'étais enceinte. Parce que je savais déjà que je n'étais pas immunisée et qu'en général, si on ne l'est pas une première fois... on ne l'est pas du tout.* » Pour cette première grossesse, Kenza (A28, E0) a quant à elle été vigilante tout de suite car elle estimait avoir un mode de vie incompatible avec une contamination préalable à la grossesse : « *On a un mode de vie qui est quand même assez aseptisé, donc je crois que je me doutais que je ne serais pas immunisée donc j'avais fait vite attention.* »

C'est aussi la situation décrite par Julie (A32, E0) qui a ajusté les précautions strictes qu'elle prenait, après l'annonce de son immunisation vis-à-vis de la toxoplasmose :

Je faisais attention depuis le début... depuis qu'on a su que j'étais enceinte. Tout ce qui concerne le bébé, clairement c'était en priorité, notamment la toxo et la listériose, parce que ce sont des risques qui sont directement pour le bébé. Au début j'étais un peu plus stricte, et après, moins une fois que j'ai vu que j'étais immunisée...

Mais comme le précise Karen (A32, E0), cela n'est pas le cas pour toutes les femmes :

Moi, ça a été assez immédiat [...], par précaution avant même en fait de faire ma prise de sang pour vérifier si j'étais immunisée contre la toxoplasmose... Alors que j'ai des femmes dans mon entourage, qui tant qu'elles n'avaient pas fait la prise de sang, se disaient : « Ben du coup je ne sais pas, donc j'ai le droit ! » Même au niveau par exemple du fromage au lait cru, alors qu'on sait que ça fait quand même partie des gros interdits de la grossesse... Elles disaient : « Non mais tant que je ne sais pas, c'est pas grave ! » Et donc... par défaut, elles continuaient à manger strictement ce qu'elles voulaient.

Pour Karen, c'est la conséquence d'un manque d'informations des femmes en amont de la grossesse : « *Parce qu'on n'est quand même pas très, très bien informée tant qu'on n'est pas enceinte.* » C'est également le constat fait par Vanessa (A29, E0) : « *J'ai trouvé ça un peu surprenant parce que c'est quelque chose qui est super important et généralement... les jeunes filles entre 20 et 30 ans, celles qui souhaitent avoir un enfant... elles ne le savent qu'une fois qu'elles sont enceintes...* »

Cela va dans le sens de ce que nous avons précédemment évoqué, le dépistage de la toxoplasmose qui a lieu en début de grossesse est fréquemment un élément déclencheur de l'information sur les messages de prévention. Aussi, peu de femmes font la démarche de s'informer dès le désir de grossesse, à la différence de Daphné (A33, E2) :

On savait qu'on souhaitait avoir un enfant et du coup j'ai un peu pris les devants pour savoir un peu comment ça allait se passer et c'est vrai que quand on parle de bébé, bah, les gens autour ont tendance à dire : « Il y a ça à prendre, il faut faire attention à ça ».

Par conséquent, peu de femmes anticipent ces changements en amont de la grossesse, à l'image de Vanessa (A29, E0) qui a changé son alimentation avant de se savoir enceinte :

J'ai commencé de modifier mon alimentation quand on a décidé de faire un enfant. J'ai commencé de changer mon régime alimentaire, c'est-à-dire de faire attention à ne pas manger les aliments crus, les fromages, etc...

Alors que ces premières semaines de grossesse sont une période plus à risque de contamination et de conséquences sur le futur enfant, celle-ci coïncide avec une période où les prises de risque peuvent être plus nombreuses par manque d'informations, comme le souligne Karen (A32, E0) :

On n'est quand même pas très, très bien informées, avant de mettre le pied dans tout le circuit médical, ou en tout cas dans le suivi de grossesse. Et ce qui fait qu'il doit y avoir des débuts de grossesse qui sont vraiment très à côté des précautions qu'on serait sensées prendre initialement.

Les restrictions, perçues comme indissociables de l'alimentation-grossesse

« Le fait de manger plus sainement, pas qu'au sens diététique, mais avec le moins de polluants. Par contre, il y a aussi toutes les restrictions. » (Karen, A32, E0)

Au-delà de l'alimentation saine, un autre aspect de l'alimentation est abordé par la plupart des femmes enceintes, comme le souligne Inès (A29, E0) :

Ça me fait penser à tout ce qu'on n'a pas le droit de manger !! Donc la viande crue, les fromages au lait cru, les poissons crus, toutes ces choses. Ça c'est tous les interdits mais ça me fait penser aussi qu'il faut avoir une alimentation équilibrée plus particulièrement pendant la grossesse, pour apporter tous les nutriments nécessaires et toutes les vitamines pour le bébé et pour nous.

Dans les propos recueillis, l'alimentation-grossesse est largement synonyme de « restrictions ». Si le côté positif des changements inhérents à l'alimentation saine est exprimé par les femmes, un aspect plus négatif apparaît dans l'ensemble des discours concernant les restrictions alimentaires. Le champ lexical employé est souvent tourné vers l'interdiction : « On a les interdits alimentaires qui forcément nous limitent un peu. » (Lucie, A30, E0)

Cela implique des aliments que l'on ne peut plus consommer qui ne sont pas uniquement liés aux risques infectieux alimentaires, comme l'exprime Florie (A42, E0) : « Ça a été, l'arrêt de l'alcool... bah voilà... j'étais aussi quelqu'un qui... aimait bien faire des petits apéritifs... et puis tout ce qui était, bah assimilé, donc le saucisson, donc plein de choses comme ça... » Pour Florie, ces aliments renvoyaient à une notion de partage et de fêtes.

Néanmoins, comme l'explique Karen (A32, E0), deux regards peuvent être portés sur ces restrictions :

Alimentation-grossesse, c'est un peu compliqué, mais j'imagine que ça doit dépendre des femmes. C'est-à-dire que soit on considère que c'est une contrainte et dans ce cas-là on peut sûrement très mal le vivre. Soit on considère que ça fait partie du jeu et que le reste est tellement exceptionnel que ce n'est pas bien grave...

Deux motivations sont sous-jacentes à ce regard positif porté sur les restrictions. En premier lieu, la protection de son enfant : « Restrictions alimentaires ! Je n'ai pas dit privation hein, j'ai dit restrictions. Il y a des petites frustrations... Mais pour la bonne cause ! » (Zoé, A38, E1) Ces efforts sont bien identifiés par plusieurs femmes comme indispensables pour la bonne évolution de la grossesse et donc plus facilement acceptables : « Parce que finalement, quand on pense que c'est pour la santé du bébé, c'est vraiment très insignifiant quoi. » (Vanessa, A29, E0) ; « C'est une grosse concession mais qui vaut le coup ! [rires] » (Elsa, A30, E1)

En dernier lieu, certaines femmes s'aperçoivent que supprimer certains aliments de leur alimentation contribue à améliorer leur santé et à s'orienter vers une alimentation plus saine :

J'ai dû ôter beaucoup d'aliments de ma grossesse. La charcuterie, j'en mangeais beaucoup et vu que c'est interdit maintenant, enfin c'est pas trop autorisé maintenant je n'en mange plus. Et depuis que je les ai supprimés, j'ai perdu du poids, en fait... (Sékolène, A28, E0)

D'un côté, c'est pas plus mal, au moins il y a trop de choses que j'aime que je n'ai pas pu manger et au niveau de la prise de poids c'est pas plus mal. Vu que j'adore la charcuterie, je ne l'ai pas touchée. On a plus penché pour les légumes que pour la charcuterie. C'est sur neuf mois, c'est pas toute la vie donc ça se fait. (Elsa, A30, E1)

Nous retrouvons aussi dans les entretiens, ce qui a émergé dans l'étude du groupe de discussion. Les femmes, comme Audrey et Romane, relativisent ces contraintes par rapport à la durée de celles-ci :

Bon après c'est neuf mois, ce n'est pas énorme... [...] ça peut paraître long, en même temps, c'est rapide. C'est tellement je pense une belle chose, qu'on a envie que tout se passe bien, et de respecter... (Audrey, A29, E0)

Je me dis que c'est pour un temps assez court, c'est que pour neuf mois alors... autant faire attention pendant ces neuf mois et qu'il n'y ait pas de risques pour le bébé. Après... sur certains aliments comme les sushis, que je sais ne pas avoir le droit de manger, je suis un peu frustrée pour ça, mais... je me dis que c'est l'espace de neuf mois et que je pourrais en manger après. (Romane, A30, E0)

Au-delà de cette période perçue comme restreinte, Élise (A33, E1) a opté pour regarder plus largement ce qu'elle pouvait manger et non ce qui lui était interdit : « *Ce n'est ni frustrant ni perturbant, on a quand même largement le choix de manger d'autres choses. Et puis de toute façon on sait que c'est pour une durée qui est limitée. Au pire, je me vengerai après ! [rires]* »

L'autre « arme » des femmes enceintes pour vivre positivement ces restrictions, c'est de prendre celles-ci avec plus de légèreté, comme en témoignent ces deux femmes :

Je trouve que l'humour est un bon moyen. On a des invités, on sort un super saucisson et tout le monde dit : « Oh, là, là, il est très très mauvais ce saucisson ! Il n'est pas bon du tout ! » C'est les petits moments qui permettent que tout passe bien. C'est drôle et c'est sympathique. (Florine, A42, E0)

C'est vrai que moi, c'est un peu ma façon de prendre les choses... J'ai la chance d'avoir quand même une grossesse qui se passe très bien globalement, donc c'est aussi plus facile pour moi. Mais c'est vrai que oui, moi j'en rigole et je me débrouille pour trouver des astuces. (Karen, A32, E0)

En revanche, l'alimentation-grossesse peut être aussi perçue comme contraignante. Le vécu de ces contraintes varie volontiers selon les femmes interrogées : « *Clairement, je ne le vis pas mal, c'est pas très pratique dans certains cas... je ne suis pas non plus complètement frustrée, à me dire : " J'ai hâte de ne plus être enceinte " ou alors à faire des écarts parce que j'en peux plus... » (Karen, A32, E0)*

Cette perception va être influencée par le statut immunitaire vis-à-vis de la toxoplasmose :

Ne pas être immunisée, ça induit quelques changements et quelques restrictions, surtout en été où on mange encore plus cru que d'habitude et où dès que je suis dehors, c'est tout de suite plus contraignant. (Karen, A32, E0)

Je ne suis pas immunisée contre la toxo, du coup, il y a pas mal de choses que j'ai pas mangées. J'adore la viande presque crue donc un peu compliqué de faire cuire la viande et de la manger bien à point. (Elsa, A30, E1)

Ces restrictions apparaissent de moindre ampleur pour les femmes immunisées, celles-ci sont ainsi perçues comme plus faciles à accepter et les femmes sont globalement moins inquiètes :

Pour moi ça n'a rien changé ... Si, peut-être restriction sur certaines choses mais... Après moi je suis immunisée contre la toxo, donc je n'ai pas eu ce problème-là. Après il y avait juste peut-être tout ce qui est pour la listériose... Enfin l'alimentation n'a pas changé on va dire ! Donc toujours plaisir pour moi ! Pas de contraintes... Je n'ai jamais été restreinte, ni d'aller dans un resto, ni d'être invitée quelque part ou quoi que ce soit. (Maelle, A28, E1)

Ce n'est pas anxiogène, moi je suis immunisée contre la toxoplasmose, donc du coup ça retire quand même un stress je pense... de savoir que je suis immunisée. (Romane, A30, E0)

Ce sentiment de contraintes est d'autant plus atténué quand cela ne touche pas les aliments habituellement consommés, c'est le cas de *Julie* (A32, E0), qui est aussi immunisée pour la toxoplasmose :

C'est une contrainte car ces restrictions sont apparues avec la grossesse, mais finalement, c'est une contrainte qui n'est pas vraiment pénalisante et qui n'est pas très dure à mettre en place puisque... finalement ces aliments, j'en mangeais pas ou j'en mangeais peu.

A *contrario*, ce sentiment de contraintes est majoré quand ces aliments faisaient partie de leurs habitudes alimentaires antérieures à la grossesse et que la liste d'interdits est perçue comme très longue :

Éviter... tout ce qui est charcuterie, poisson cru... voilà, on va dire contraintes dans ce sens-là [...] parce que c'est vrai qu'on a des envies en fait... surtout si on mangeait beaucoup de ces choses avant... (Audrey, A29, E0)

Au début, moi c'était un peu de la frustration... parce qu'il y a beaucoup de choses que j'aimais manger et que je ne pouvais plus manger. Donc tous les fromages à base de lait cru qu'on n'a plus le droit de manger, tout ce qui est à base d'œufs crus, le poisson cru, la viande crue... (Naomie, A27, E0)

Par ailleurs, ces restrictions peuvent conduire à des situations problématiques parfois mal vécues, comme le décrivent *Malorie* (A25, E0) et son conjoint :

Malorie : *C'est mission impossible de trouver un sandwich qu'on peut manger quand on est enceinte ! Il y a de la charcuterie partout... Quand il n'y a pas de charcuterie il y a de la mayo, quand il n'y a pas de mayo il y a des œufs crus...*

Conjoint : *Oui, il y a de la mayo, il y a... du poisson... du saumon... On est obligés de faire trois, quatre sandwicheries pour trouver un truc qui passe et qui donne envie quoi...*

Malorie : *Oui, de faire tout le tour de toutes les sandwicheries... pour trouver un sandwich qui passe et se dire que je l'achète parce que c'est le seul truc que je peux manger mais... Ce n'est pas un sandwich plaisir... C'est arrivé que je reparte sans sandwich en fait.*

Conjoint : *Ça, c'est parce que t'es pas immunisée contre la toxo...*

De ce fait, ces contraintes peuvent induire un sentiment fort de frustrations, comme l'a indiqué précédemment *Naomie* et qui est illustré par les propos suivants de *Malorie* (A25, E0) :

L'alimentation-grossesse me fait penser à tout ce qu'on ne peut pas manger ! tout ce qui est les fromages, la charcuterie, et tous les trucs qu'on aime bien ! La liste est longue... La viande rouge... tout ce qui est viande crue, le tartare, les choses comme ça... Je ne suis pas immunisée

toxoplasmose, donc il y aussi tout ce qui est fruits et légumes qu'il faut laver, faire attention... Tout ce qui est saumon, les poissons... ben les sushis... Je pense que j'en oublie, il y a tellement de trucs ! Beaucoup de frustration ! C'est comme tout quoi, quand on aime un truc et qu'on nous dit : « Tu ne peux pas y avoir droit ! », c'est compliqué... j'aime beaucoup la viande rouge saignante. Et ça c'est compliqué...

Son conjoint témoigne de ce sentiment partagé au sein du couple :

Conjoint : *Au début tu as eu du mal...*

Malorie : *J'ai eu du mal, oui, parce que je n'aime pas du tout la viande trop cuite !*

Conjoint : *Du coup tu n'en n'as pas beaucoup mangé. Encore un petit peu de viande blanche... mais la viande rouge t'en as pas mangé beaucoup...*

Malorie : *Oui, c'est ça, je n'en n'ai pas mangé beaucoup. Au final, on a arrêté d'acheter de la viande... Si quelque fois au restaurant, ou on va sur le marché et on va se dire : « On prend de la bavette, on va bien la faire cuire et ça va passer ! » Mais le plaisir n'est pas le même de manger un bout de viande qu'on aime bien que d'acheter un truc qu'on va trop cuire et... Donc c'est vrai qu'il y a ça qui a pas mal changé du coup.*

Pour certaines femmes qui estiment respecter scrupuleusement l'ensemble des précautions, cette période est difficile. Nous pouvons nous appuyer sur les propos d'*Inès* (A29, E0) qui malgré son immunité vis-à-vis de la toxoplasmose a visé le « zéro risque ». Mais cela a impliqué, pour elle, un très mauvais vécu en ce qui concerne l'alimentation-grossesse :

C'est beaucoup de restrictions, parce que j'adore manger ! C'est un peu compliqué à gérer. [...] Après, je crois que j'ai tendance à me restreindre un peu trop peut-être. Enfin, à faire un peu trop attention, parce qu'il ne faut pas non plus que ça gâche la vie et parfois j'ai l'impression que ça me gâchait la vie. Et on m'a dit : « Détends-toi, déjà tu es immunisée contre la toxoplasmose enfin, si tu manges une tranche de jambon cru dans une salade ou au restaurant, ça ne va pas non plus tuer quoi ! » Du coup ma mère [sage-femme] m'a dit : « Mais t'es complètement parano ! » Donc c'est moi qui m'auto-prive ! Et les autres sont plus à me dire : « Mais c'est bon, tu peux manger ça... c'est bon. » Je ne vais plus à tous les petits apéros qu'on faisait, j'ai même plus envie d'y aller, parce que pour moi c'est trop de frustration [...] ça m'a un peu renfermée je pense.

Comme l'a exprimé *Malorie*, ces restrictions entraînent de la déception car elles viennent toucher le plaisir alimentaire : « *La viande plus cuite, les œufs plus cuits. Et ce n'est pas très bon, il faut dire ce qui est quand même.* » (*Florie*, A42, E0)

Plusieurs femmes se sont exprimées sur cette perte de plaisir alimentaire et finalement comment, du fait de ces restrictions, l'acte de s'alimenter pendant la grossesse devenait uniquement une nécessité :

Sincèrement ce qui me fait mal au cœur, c'est de manger la viande bien cuite ! Parce que je n'ai jamais eu cette habitude et pour moi c'est de la vraie semelle, et j'ai l'impression de manger de la pierre quoi ! (*Rachel*, A22, E0)

Toutes les viandes étaient relativement bien cuites tout au long de la grossesse. Mais je ne la mange pas forcément avec plaisir, c'est plus par nécessité que par plaisir. (*Fanny*, A35, E0)

Pour préserver leur plaisir alimentaire, plusieurs attitudes sont observées. Certaines femmes décident de retirer ces aliments de leur alimentation : « *J'ai arrêté la viande rouge parce que je la mange saignante. J'ai préféré m'en priver plutôt que de manger de la viande cuite.* » (*Hélène*, A37, E0) D'autres femmes enceintes vont reconsidérer leur façon de s'alimenter pendant la grossesse :

Ça me fait penser à restrictions ! Mais je peux adapter mon alimentation en fonction des recommandations. Par exemple, j'aime la viande rouge, j'aime les tartares, j'aime les sushis, j'aime le fromage... ça fait pas mal d'aliments qu'il faut oublier un petit peu, ou alors qu'il faut manger autrement. (Ophélie, A30, E0)

En revanche, une partie des femmes ne peuvent pas concevoir de tirer un trait sur certains plaisirs alimentaires : « *Au début ça a été de la frustration, et après plutôt du plaisir parce qu'en fait... comment dire... je ne fais pas extrêmement attention.* » (Ninon, A23, E0) Ainsi, les précautions alimentaires ne sont pas toujours respectées : « *Je suis le mauvais exemple parce que je ne suis pas immunisée contre la toxoplasmose mais... il m'arrive de manger un peu de choses, qui, je pense, pourraient m'être défavorables.* » (Eva, A28, E1)

La grossesse devient parfois une excuse pour ne rien se refuser :

J'ai envie de tout manger ! C'est la seule période où là, personne ne va m'interdire ce que je veux ! Je prends plaisir à manger et quand je m'interdis des choses, je n'aime pas, je n'aime pas m'interdire. Et je ne me suis pas posée de question, je ne me suis pas dit : « Je suis enceinte, il ne faut pas que je mange ci, il ne faut pas que je mange ça. » (Lydie, A32, E1)

Néanmoins, si une majorité de femmes se soucie de son alimentation, certaines vont décrire une moindre inquiétude au fil des grossesses :

J'ai l'impression qu'on est très préoccupée par l'alimentation... plus peut-être pour une première grossesse. Là pour la deuxième, je l'étais un peu moins, là surtout sur la fin, je pense que j'ai quand même fait moins attention... (Olivia, A33, E1)

Bien nettoyer les fruits et légumes, bien cuire la viande. Après, à part tout ça... je sais qu'il faut apparemment nettoyer son frigo mais moi, je ne l'ai pas forcément fait. Ça, c'est ce qu'on me disait tout au début pour mon premier enfant. Une troisième grossesse... on est moins... je ne sais pas trouver le bon mot mais... on va dire que je suis plus sereine. (Daphné, A33, E2)

Si certaines femmes multipares de notre étude ont évoqué une inquiétude accrue pour ce nouvel enfant, cela ne se traduit pas en ces termes en ce qui concerne les risques infectieux alimentaires.

5.4.2. Comment les messages de prévention sont-ils perçus par les femmes ?

Messages de prévention difficiles à appréhender

« Je dirais qu'au début, c'était compliqué pour moi, savoir quoi manger ou pas. » (Bénédicte, A25, E0)

Nous avons observé lors des consultations et des entretiens que les préoccupations des femmes évoluaient au cours de la grossesse. Leurs questionnements sur l'alimentation étant axés majoritairement en début de grossesse, leurs recherches sur cette thématique s'organisent naturellement et prioritairement sur cette période, comme l'explique *Bénédicte* (A25, E0) :

Je dirais les trois premiers mois, c'était plutôt l'alimentation, ce que je devais faire attention au quotidien, et puis après c'était plus sur le développement du bébé tout le deuxième trimestre je dirais, puis après troisième trimestre, plus sur les préparatifs, ce qu'il y avait besoin pour l'arrivée de bébé.

En premier lieu, les femmes vont devoir se questionner sur tous les aliments qu'elles consomment habituellement et faire le constat des « aliments plaisir » à supprimer de leur alimentation, suscitant souvent un sentiment de frustration que nous avons évoqué :

Les toutes premières questions c'est : « Qu'est-ce que je vais bien pouvoir manger au final ! Qu'est-ce que je vais manger si je n'ai pas le droit à ci, à ça ? Comment je vais organiser mes repas ? » Parce qu'on a l'impression que la liste de ce qu'on n'a pas le droit de manger est un peu longue, donc on a l'impression qu'on va devoir vachement se restreindre sur des choses qu'on aime. (Naomie, A27, E0)

Comme l'ont évoqué de nombreuses femmes, la découverte de ces précautions est source d'appréhension, avec la perception d'être contrainte dans leurs choix alimentaires et de ne plus maîtriser l'organisation de leur repas :

On a l'impression qu'on ne peut plus rien manger... au début. On se dit : « Ouah, mais comment je vais faire pour manger... je ne peux plus rien manger ! » (Vanessa, A29, E0)

Sincèrement, je me suis dit : « ça va être compliqué, je ne vais rien manger. » (Caroline, A33, E0)

Face à cette liste de préconisations, les doutes sont au cœur du quotidien des femmes, sur les aliments à éviter, sur les modes de préparation, de consommation, comme l'exprime *Bénédictte* (A25, E0) : « Des fois, on se retrouve en repas et on se dit : “ Mince, ça je peux ou je ne peux pas ? ” Mais, à un moment on se dit : “ Et est-ce que ça c'est cuit ou ça ne l'est pas ? ” »

Par la suite, ce qui les met le plus en difficulté c'est le caractère flou qui encadre ces messages de prévention. Ce manque de clarté et de lisibilité des messages qui a émergé de l'analyse des textes institutionnels se répercute aussi sur les discours des professionnels. Ces derniers vont limiter leurs messages aux grands principes de prévention et finalement expriment parfois des doutes sur des aliments précis. En conséquence, cela impacte la compréhension des messages par les femmes. *Annabelle* (A35, E0) évoque ce caractère nébuleux des précautions à appliquer pendant la grossesse : « Je pense que c'est assez flou... qu'on n'est pas toujours sûre si on a le droit ou si on n'a pas le droit. »

Le mari de *Malorie* (A25, E0) nous a fait part des hésitations qu'ils ont eues sur certains aliments : « Il y a certains produits, c'est vrai qu'il y a des doutes. Autant il y a des choses, c'est sûr qu'on peut ou qu'on ne peut pas, mais il y en a certains... où on ne sait pas. »

Prenons aussi l'exemple de *Karen* (A32, E0), qui a interprété dans les messages de prévention une différence entre les aliments cuits (non à risque) et les aliments crus (à risque), toutefois des incompréhensions persistent et celles-ci modifient ses pratiques alimentaires :

Pour la charcuterie je crois que je n'ai toujours pas bien ma réponse... globalement en fait, j'ai considéré que tout ce qui était cru, c'est non... mais l'enjeu c'est que c'est froid mais parfois cuit, et du coup là-dessus, j'ai pas bien saisi ce que j'avais le droit ou pas de manger, entre ce qui était cru froid, ou cuit froid... Donc par défaut, je n'en mange quasiment pas du tout, même des charcuteries qui vont être cuites...

Cela nécessite de contrôler tous les aliments consommés, tâche chronophage, comme l'ont exprimé à de nombreuses reprises lors de l'entretien, *Malorie* (A25, E0) et son conjoint : « Au début on regarde tout, toutes les compositions de tout en fait, parce qu'on ne sait pas du tout ce qu'on peut manger ou pas. » Par ailleurs, la quasi-totalité des femmes identifient certains aliments comme plus problématiques que d'autres, c'est le cas de *Vanessa* et *Zoé* :

J'ai trouvé ça compliqué de savoir par rapport aux fromages par exemple ce qu'il fallait manger ou pas manger... À chaque fois je vais devoir regarder sur le site quel fromage je peux manger,

etc... Après tout ce qui est cru, poisson ou viande, ça va, c'est plus facile à comprendre. (Vanessa, A29, E0)

Pour le saumon fumé et la mozzarella... je ne sais toujours pas, donc je n'en consomme pas ! Dans le doute je m'abstiens ! (Zoé, A38, E1)

Les incertitudes se jouent à plusieurs niveaux. Les nuances dans les messages de prévention sur certains aliments, modes de fabrication mais aussi de conditionnement, sont parfois complexes à percevoir comme l'ont exprimé de nombreuses femmes :

Je sais que le pâté à la coupe, on ne peut pas, mais le pâté en bocal, est-ce qu'on peut ? Pareil avec la mousse au chocolat, quand elle est faite maison, c'est sûr qu'on ne peut pas, mais quand c'est des mousses au chocolat industrielles, est-ce que c'est possible ou pas ? (Gabrielle, A29, E0)

Ce que je me dis en tout cas, c'est que par défaut si c'est chaud et cuit, l'avantage c'est que la bactérie... surement... a été tuée a priori pendant la cuisson... Alors qu'une fois que c'est froid, je me dis que ça a pu peut-être revenir, mais je n'en n'ai aucune espèce d'idée en fait ! En vrai, je ne suis pas bien sûre d'avoir ma réponse. [...] Et typiquement, est-ce que je n'ai le droit qu'à des œufs durs ou à des œufs au plat, même si le jaune n'est pas à 100% cuit, est-ce que ça passe ? Pour moi c'est pas évident... je ne vais pas m'en priver, à partir du moment où je sais que les œufs sont relativement frais... Mais voilà, ce sont des points un peu plus flous. (Karen, A32, E0)

Pour l'illustrer, nous pouvons aussi prendre l'exemple des fromages qui a été une incompréhension récurrente dans les entretiens. Dans cette catégorie, les femmes doivent identifier ceux qu'elles peuvent consommer sans risque, de ceux qui ne sont pas recommandés et se repérer dans les appellations : au lait cru, au lait pasteurisé, à pâte cuite, à pâte molle, etc.

Il y a une différenciation lait cru, lait pasteurisé... il y a aussi une différenciation pâte cuite, pâte molle je crois... je ne suis pas très au clair, on n'est pas toujours vraiment sûrs. (Annabelle, A35, E0)

Ce que je trouvais le plus compliqué, c'était au niveau des fromages de savoir... pâte crue... pâte cuite... (Bénédicte, A25, E0)

Ces difficultés sont rencontrées lors des situations d'achat, comme le décrit *Élise* (A33, E1) :

C'est plus difficile par exemple pour le fromage quand on achète directement sur le marché ou chez les producteurs. Il faut vraiment que je demande aux revendeurs... qui ne sont pas forcément au courant. Par exemple, un épicier qui vend des produits locaux et qui ne savait pas du tout quels étaient ses produits laitiers pasteurisés ou non... Il ne savait pas du tout que ça pouvait être mauvais pour une femme enceinte et ne savait pas du tout différencier ses produits. On a regardé ensemble les étiquettes !

À cela s'ajoute, un manque de lisibilité des étiquettes, comme en témoigne *Naomie* (A27, E0) :

Il y a pas mal de choses à éviter pendant la grossesse, qu'on n'a pas le droit de manger... et il faut quand même s'adapter, adapter son alimentation pour la grossesse... les fromages, j'étais un peu en galère au début ! Parce que du coup on nous dit qu'on a le droit qu'aux fromages pasteurisés, et des fois sur certains emballages c'est pas forcément précisé si c'est pasteurisé ou pas... Je me rappelle une fois, par rapport à de la cancoillotte, c'était marqué : « lait fermenté », mais... ils ne disaient pas si c'était pasteurisé ou pas donc du coup je m'étais interdit pendant un bon moment d'en manger et un jour on m'a dit : « Mais si, c'est bon, la cancoillotte tu peux en manger, il n'y a pas de souci ! » On est souvent le nez derrière sur la composition, à voir si c'est pasteurisé ou pas, si c'est au lait cru ou pas... Et si c'est pas marqué, et bien on est dans le doute...

Cette problématique avait été identifiée par l'Académie nationale de médecine dès les années 2000. Cette instance préconisait d'inscrire sur les étiquettes des produits les caractéristiques précises des aliments qui étaient le préalable indispensable pour la transmission d'un message de prévention « efficace ». Car comme l'explique *Vanessa (A29, E0)*, lorsque les précisions nécessaires pour identifier les aliments à risque ne sont pas présentes, les femmes se sentent perdues et en difficulté : « *Parce que je ne connais pas forcément la façon de fabriquer des fromages et j'avais trouvé ça compliqué.* »

De plus, comme nous l'avons déjà mentionné dans l'analyse des textes institutionnels, le vocabulaire utilisé ne permet pas toujours d'apporter de la clarté sur les pratiques alimentaires, comme dans l'exemple de la cuisson : « *Au départ, tu te dis : " D'habitude, je mange bleu, maintenant on va peut-être manger un peu plus cuit. " Mais peut-être que manger un peu plus cuit ne suffit pas, qu'il faut vraiment manger bien cuit...* » (*Caroline, A33, E0*)

Cela s'observe également au niveau des seuils de précaution entourant les restrictions alimentaires, comme le fait remarquer *Rachel (A22, E0)* : « *Par exemple le Roquefort, tout ce qui est le Bleu, tout ce qui est avec moisissures, c'est interdit... enfin... déconseillé. C'est jamais interdit mais c'est toujours déconseillé !* »

Dans ce cadre, comme le souligne *Annabelle (A35, E0)*, « *tout le monde se questionne... il y a pas mal de femmes qui ne sont pas vraiment sûres en fait !* » et qui cherchent des informations pour ne pas prendre de risque :

Les principales préoccupations, c'est de savoir ce qu'il faut un peu « bannir », entre guillemets, de l'alimentation, le temps de la grossesse. Au tout début de la grossesse, c'est vrai que je me sentais un petit peu perdue... et du coup je cherchais sur internet et puis je posais mes questions après quand je voyais les médecins mais c'était pas clair, ça ne coulait pas de source. (*Jasmine, A28, E0*)

Mais elles sont nombreuses à avoir exprimé des difficultés pour trouver des réponses précises et concrètes :

Sincèrement, je ne savais pas quoi manger, je n'arrivais pas à me renseigner, il n'y a personne qui me disait vraiment quelque chose de très concret. C'était bizarre de se dire... ne plus savoir quoi manger. Et j'avais envie de manger des tripes, des andouilles... jusqu'au moment où c'est impossible de trouver nulle part et puis tu peux demander à qui que ce soit, il n'y a personne qui va te dire si tu as le droit d'en manger ou pas. (*Caroline, A33, E0*)

En définitive, certaines femmes s'interrogent sur la façon de s'y retrouver dans les précautions alimentaires : « *savoir quoi manger dès le départ, liste de produits, indications, les températures de cuisson* ». Et leurs propos soulignent les inégalités sociales de santé, sous-jacentes à ces difficultés pour trouver les bonnes informations et pour comprendre ces messages : « *J'ai fait des études dans l'agroalimentaire et une formation d'hygiène il n'y a pas longtemps mais autrement, tu le sais comment ? Tu ne le sais pas !* » (*Caroline, A33, E0*)

En conséquence, les femmes reconnaissent adopter de nouvelles habitudes alimentaires mais sans réelle certitude sur une suppression du risque :

Par exemple le jambon blanc, je mange quand c'est cuit. Après je me dis que le fait que c'est chauffé, c'est bon... et si ça se trouve pas du tout... mais je mange. (*Audrey, A29, E0*)

Sur la charcuterie où je me dis : « Ah tiens, est-ce que là on est sûr de l'artisanal, ou pas de l'artisanal, est-ce que finalement si je mange du jambon cru de supermarché, je ne suis pas sans risque quand même ? » Tout ça me pose toujours question et je n'ai pas forcément résolu. Après, dès lors que c'est cuit... est-ce que c'est bon ? (*Deborah, A35, E1*)

Une anxiété exprimée par les femmes découle de ces incertitudes pouvant être à l'origine de prises de risques : « *Au début, je me suis demandé comment j'allais faire pour ne pas me tromper, pour ne pas faire d'erreur en fait... Donc au début ça fait un petit peu peur.* » (Vanessa, A29, E0)

Ces zones d'ombre sur les typologies d'aliments et les modes de préparation concernés par les précautions de grossesse induisent potentiellement des comportements inadaptés :

Le cervelas, au début je pensais que ça passait, et au final apparemment ça ne passe pas. Au début j'en ai mangé et j'ai pas eu de soucis, mais une fois qu'on sait que finalement ça ne passe pas, on l'élimine en cours de route et on se dit... tant pis, je ne vais plus en manger. (Malorie, A25, E0)

Cela peut conduire à quelques frayeurs et faire naître de la culpabilité :

Voilà, j'ai fait cuire un fromage, il était au lait cru mais je l'ai passé tant de temps au four, à telle température, est-ce que c'est quand même bon ? Parce que ça peut être vraiment paniquant ! Ça m'est arrivé... et ce n'est pas la panique mais c'est : « Oh je suis en train de faire une bêtise ! » Pourtant ce n'est vraiment rien... enfin c'est rien... sur le coup c'est culpabilisant en fait de se dire : « Mince, je suis peut-être en train de faire une grosse bêtise... ou pas grosse, mais en tout cas une bêtise... » (Vanessa, A29, E0)

À l'inverse, cela peut aboutir à des restrictions extrêmes, comme le décrit Jasmine (A28, E0) :

Il y a des choses peut-être que j'aurais pu manger et que j'ai mises de côté parce que... je ne savais pas si c'était forcément recommandé. On nous disait qu'on pouvait manger par exemple des fruits de mer surgelés... et puis en les faisant bien cuire... Donc c'est vrai que ce genre de produits, je les ai un peu mis de côté au début de la grossesse... parce que je me suis dit qu'il peut y avoir un risque potentiel.

Dans ce cas, cela peut accroître ce sentiment de privation :

Genre le Comté, parce qu'il y en a qui disent : « Oui, mais pâte cuite... » Mais en fait on ne sait pas, parfois il y a du Comté au lait cru ! [...] Et je croyais que la mozza, j'avais pas le droit d'en manger et en fait j'ai découvert au bout de trois mois que oui, c'est pasteurisé donc c'est bon ! Ben super je me suis privée pendant trois mois de mozza ! Alors qu'en fait il y a des aliments qui existent dans les deux, qu'on peut en trouver en pasteurisé et j'aurais bien voulu le savoir avant. [...] Voilà, genre j'ai appris comme ça... du jour au lendemain... que je pouvais sur des aliments précis. Même le Comté, encore à l'heure actuelle je n'ose pas en manger alors qu'il y en a qui me disent : « Mais si, quand c'est pâte cuite c'est bon... » Et je dis : « oui, mais je ne sais pas... » Du coup je ne suis pas sereine, donc au final je n'en mange pas ! (Inès, A29, E0)

Le premier trimestre de grossesse, une période pivot d'apprentissage

« C'était les premiers mois, je trouve qu'après, une fois qu'on comprend le principe, il faut que ce soit plus cuit. Effectivement, au quotidien, ça change les habitudes alimentaires. » (Florie, A42, E0)

La quasi-totalité des femmes s'accordent sur une période d'apprentissage de ces précautions et nous pouvons citer entre autres, Rachel (A22, E0), Sarah (A19, E0), Oriane (A33, E1) et Daphné (A33, E2). C'est le premier trimestre de grossesse qui est marqué par cette modification des habitudes alimentaires :

Dès que j'ai su que j'étais enceinte, j'ai pris les précautions de base en tous cas. Après, j'ai élargi sur les fromages, les choses comme ça, puisque je n'étais pas forcément au courant. En tous cas,

avant le troisième mois de grossesse, sûr et certain, j'étais déjà au top au niveau du savoir de ce que je pouvais, de ce que je ne pouvais pas. (Fanny, A35, E0)

Cela sous-tend une acclimatation au niveau des pratiques alimentaires, des habitudes d'achats et des modes de consommation :

C'est une organisation à prendre, une petite adaptation. Mais ça prend un peu de temps, parce qu'il faut le temps qu'on apprenne à découvrir une autre alimentation, ce qu'on peut manger ou ne pas manger, adapter ses repas. Après quelques mois c'est vrai que ça se fait bien, on prend vite le réflexe de bien faire cuire sa viande, bien laver les fruits et légumes pour la toxoplasmose, etc... (Naomie, A27, E0)

C'est surtout le début qui est compliqué, il faut prendre le rythme car au final, chaque aliment on ne sait pas trop. Rien que le fromage, ceux qu'on peut ou non manger, on a vite fait de passer un quart d'heure dans le rayon à regarder toutes les étiquettes, à tout éplucher, à retrouver son nouveau rythme de nouvelles choses à manger. (Malorie, A25, E0)

Comme le décrit *Tatiana (A32, E0)*, les changements se font généralement « petit à petit » jusqu'à la fin du premier trimestre : « *Maintenant [début du 4^{ème} mois] il n'y a plus trop de choses sur lesquelles je doute mais... ça peut arriver. Le gros du travail est fait, je pense. Les réflexes, en tout cas, pour nettoyer les légumes, pour tout ça, c'est mis en place. »*

Pendant toute cette période, ces nombreux « *changements occasionnés par la grossesse [...] ça demande un apprivoisement* », comme le souligne *Florie (A42, E0)* :

Et ça ne me pose plus de problème mais au début c'est vrai que c'est beaucoup de questions sur, à chaque fois, « est-ce que ça, j'ai le droit, pas le droit... les fromages, lesquels j'ai droit... » enfin, on ne connaît pas, en fait, ceux auxquels on a le droit donc, au début on est un plus... en train de modifier, un peu plus de privations. Et puis au bout d'un moment, ça se rythme. Maintenant je suis bien habituée.

Pour la plupart, les femmes sont déconcertées par ces changements qui sont à l'origine de nombreux questionnements et de multiples recherches :

Au début, les premiers mois, on est un peu perdue, on ne sait pas trop ce qu'on peut ou pas manger... donc c'est toujours source de questions et puis... pas d'angoisse, mais... on se questionne, on se dit : « Oui, mais mince, est-ce que ça j'y ai droit ? Est-ce que je peux ou pas ? C'est pas facile ! On se dit : “ Mince, qu'est-ce que je vais manger, ça va être la galère pendant neuf mois ! Au secours ! C'est horrible ! » Bon ben il faut que j'appelle, que je demande, ou que je me renseigne. (Naomie, A27, E0)

De plus, ces derniers apparaissent souvent au jour le jour : « *C'est des petites questions comme ça, au quotidien... » (Daphné, A33, E2)*, et au fur et à mesure que les femmes sont confrontées à des aliments différents :

Au début, pas tellement de questions... C'est au quotidien en fait, quand on fait ses courses. On a un aliment et on se dit : « Ça je peux ou ça je ne peux pas ? » Ça vient au fur et à mesure, quand on pense à un aliment qu'on veut manger ou préparer... et on se dit : « Est-ce que j'ai le droit d'en manger ou pas ? » Au moment de cuisiner, pareil en fait, tu te dis : « Ça... je ne sais pas ». (Malorie, A25, E0)

Toutes les étapes, que ce soient les achats, la préparation ou la consommation des aliments, peuvent être sources de questionnements, comme en témoigne *Hélène (A37, E0)* :

Sur les types d'aliments... au fur et à mesure... j'étais amenée à faire mes courses, à manger, en vérifiant au début. Après on prend l'habitude, mais au début je vérifiais au fur et à mesure ! Dès que j'avais un doute, j'allais vérifier. Après, c'est l'habitude, j'avais plus besoin de regarder.

Tout comme l'a précisé *Hélène*, ces questionnements s'estompent ainsi au fil des semaines : « *Il y a sans doute de moins en moins de questions au fur et à mesure que la grossesse avance.* » (*Géraldine*, A32, E1). Les femmes estiment avoir ensuite une bonne compréhension de l'alimentation-grossesse qui s'inscrit de façon moins prononcée dans leurs préoccupations, comme l'expliquent *Bénédicte* et *Vanessa* :

C'était au début de grossesse, et puis après, ça s'est fait naturellement, une fois que j'ai été au clair sur ce que je pouvais manger ou pas. (*Bénédicte*, A25, E0)

C'est vraiment au début que c'est difficile. Au bout d'un moment on s'y fait, donc ça devient de moins en moins une préoccupation dans le sens où on sait ce qu'on doit faire. (*Vanessa*, A29, E0)

Toutefois, pour certaines femmes, ces recommandations sont parfois longues à intégrer, comme en témoigne *Audrey* (A29, E0) qui reconnaît au 5^{ème} mois de grossesse, que « *ça commence à être acquis* ». Pour *Annabelle* (A35, E0), les questionnements ont duré plus longtemps encore :

Jusqu'au 7^{ème} mois, je dirai, je me suis questionnée quand même surtout sur le fromage [...] c'était stressant, parce que quand on va au restaurant, on ne sait pas toujours pour les fromages. Après, au fil de la grossesse, on se détend un peu, mais... au début on a un peu peur des fromages ! Et à la fin, j'étais un peu plus au point sur toutes ces questions-là !

En résumé, cette progressivité dans la mise en place des mesures de prévention est liée à deux éléments, d'une part à un ajustement des connaissances avec une compréhension au fil de l'eau en fonction des recherches, sans certitude sur l'absence de risque : « *au fur et à mesure qu'on a une question, on cherche...* » (*Romane*, A30, E0) ; « *J'allais juste à tâtons pour les fromages !* » (*Vanessa*, A29, E0), et d'autre part, à de nouvelles pratiques réflexes à acquérir, comme le décrit *Ninon* (A23, E0) :

Dès que j'ai su, progressivement j'ai commencé à faire attention, ça s'est développé au fur et à mesure de la grossesse. Maintenant c'est devenu plus une habitude... par exemple de laver les légumes au vinaigre, une habitude qu'avant je ne faisais pas.

Après cette période d'adaptation, les femmes décrivent une certaine routine qui s'installe. D'une part, le savoir est plus précis et les choix alimentaires sont facilités, notamment au niveau des achats, comme l'évoque *Naomie* (A27, E0) : « *Après on prend l'habitude, donc ça devient un réflexe, voilà on sait où aller pêcher les produits, on sait ce qu'on peut ou pas manger, donc... c'est un pli qu'on prend. Au final, maintenant... ça va.* » D'autre part, les femmes décrivent des « *repas types* » : « *sensiblement, c'est devenu toujours une répétition.* » (*Sonia*, A27, E1).

Cette réorganisation permet parfois de retrouver du plaisir alimentaire :

Après, arrivée à un certain stade de la grossesse, on se dit, c'est pas si dur que ça ! Certes, il y a des choses à éviter mais on peut se faire plaisir sur d'autres choses... justement, en cuisinant nous-mêmes d'autres aliments, changer un peu l'alimentation qu'on avait un peu avant... (*Naomie*, A27, E0)

Cette stabilité des pratiques alimentaires conduit aussi à une anxiété diminuée, comme le souligne *Annabelle* (A35, E0) : « *En fin de grossesse, il y en a peut-être qui se relâchent mais ce n'était pas mon cas au contraire. On est plus sûre de ce qu'on fait. On est moins stressée, on sait mieux là où il faut aller.* »

Pour *Tatiana* (A32, E0), l'élément clé repose sur le fait de se poser les « *bonnes* » questions pour développer son savoir en début de grossesse : « *Peut-être qu'au début j'étais anxieuse par*

rapport à ça mais j'ai vite dissipé en me posant toutes les bonnes questions et en mettant en place pour maintenant. Et maintenant, du coup, ça roule. »

Toutefois, au-delà de cette période d'apprentissage, des questionnements peuvent persister :

Après, une fois qu'on sait, je veux dire... sauf si vraiment demain je me retrouve à aller au restaurant et puis que quelque chose m'est proposé à la carte et qui me fait envie. Je consulterais, si c'est vraiment c'est quelque chose que je n'ai jamais mangé et que je ne connais pas. (Sonia, A27, E1)

Cela est également retrouvé pour les femmes ayant déjà eu des enfants, comme l'explique Zoé (A38, E1) :

Globalement ça s'est remis en route de manière assez automatique quand même. Je savais identifier à peu près... quels aliments je n'avais pas le droit de consommer. Disons qu'il y a des automatismes, mais je me rends compte quand même que j'ai encore des doutes qui subsistent, tels que pour le saumon fumé, la mozzarella, des choses comme ça...

Les événements festifs, une source de questionnements spécifiques

« Je dirais qu'il y a eu les repas de Noël, où il y avait eu des questionnements. » (Bénédicte, A25, E0)

Les périodes ou événements festifs induisent la consommation d'aliments moins habituels tels que les fruits de mer, le saumon fumé, le foie gras, la charcuterie, etc. Au-delà du début de grossesse, des questionnements réapparaissent à ces périodes spécifiques (fêtes, regroupement familial ou amical), comme cela a été évoqué par les professionnels de santé :

Il y a des moments où il faut réfléchir, la période de Noël évidemment. C'est sportif, parce qu'il faut savoir ce qu'on peut manger ou pas. Je savais qu'il y avait du foie gras donc ça a fait partie de mes recherches, où j'ai vraiment été assez finement chercher qu'est-ce que je pouvais manger, pas manger. Est-ce que je peux quand même en manger un petit bout ou vraiment c'est à proscrire. Avec la nécessité de passer un petit temps sur les forums à comprendre si vous avez le droit au foie gras ou pas. (Florie, A42, E0)

Et cela s'observe même lorsque ce n'est pas la première grossesse :

C'est plus pendant la période de Noël où j'ai regardé, car il y a plein de choses à manger et après on se pose plein de questions : « est-ce que j'ai le droit de manger ça et ça ? » Et même si j'en suis à ma troisième grossesse, des fois je me posais quand même la question. (Daphné, A33, E2)

Cela semble intégré que la période des fêtes implique pour les femmes enceintes des changements sur les aliments habituellement consommés lors des repas de fin d'année :

J'ai découvert ma grossesse juste avant Noël donc j'ai tout de suite changé... avant d'aller chez mon médecin finalement, comme je savais qu'il y avait des choses à faire. Je n'ai pas mangé de foie gras. J'ai fait attention aux restrictions quasiment immédiatement, le fait d'avoir eu des amies enceintes avant, ça a beaucoup joué ! (Lucie, A30, E0)

Ces restrictions spécifiques, ravivent plus naturellement des frustrations :

Par moment, c'est pénible, parce que, quand on prend un apéro et puis qu'il y a du saucisson à table et puis qu'on aimerait bien en manger un peu, c'est pénible ou même le foie gras, on m'avait aussi déconseillé de le manger pendant les périodes de Noël. (Daphné, A33, E2)

Pour ma première grossesse, j'avais été enceinte à Noël... Ce que je n'avais pas mangé parce qu'on ne devait pas avoir encore les résultats, ben c'était le foie gras, toutes ces choses-là bien

sûr. Qui sont frustrantes quand on voit tout le monde manger ça et qu'on attend que Noël pour en manger et puis... on ne peut pas ! (Maëlle, A28, E1)

Pour Perrine (A30, E2), cette période de fêtes est synonyme de trop fortes restrictions, là où en fin compte, elle estime qu'il s'agit juste d'une mauvaise information et compréhension des précautions alimentaires :

Mais c'est vrai qu'on manque clairement d'information. Quand je vois toutes les femmes qui me disent qu'à Noël elles ne vont rien manger, alors qu'en fait on peut manger des tas de choses si on connaît un minimum les règles. D'ailleurs, une des premières choses qu'on dit à une femme qui va être enceinte c'est : « Ah, tu ne vas pas pouvoir manger de foie gras ! » C'est un gros cliché !

Quand cette période de fêtes de fin d'année arrive lors des trois premiers mois de grossesse, cela est encore plus compliqué de réaliser des restrictions alimentaires puisque celles-ci seront constatées par tous alors que la grossesse n'a pas été annoncée, comme l'explique Florie (A42, E0) : « J'étais encore en dessous des trois mois, c'était une période compliquée, je l'avais annoncé à la famille proche mais je ne voulais pas encore le dire à la famille plus étendue. »

Les précautions alimentaires, une préoccupation partagée au sein du couple, atout de prévention ?

*« Pour nous, c'est une aventure. On ne le prend pas comme quelque chose de contraignant. »
(Conjoint de Romane, A30, E0)*

Pour de nombreuses femmes, l'alimentation-grossesse n'est pas qu'une préoccupation individuelle, elle est partagée au sein du couple ; la femme enceinte n'est pas la seule à développer un savoir sur l'alimentation-grossesse : « Quand on fait les courses, il me dit : “ ça, tu ne peux pas manger mais ça, tu peux manger ”. » (Sarah, A19, E0)

Lors de l'entretien, Laure (A30, E0) s'est tournée vers son conjoint : « T'en vois d'autres des précautions pour la toxo ou la listé ? je dis listé car je ne sais plus si on dit riose ou ria... je crois que j'ai tout dit... » et déclare s'appuyer fortement sur le savoir élaboré par son conjoint :

Je suis en train de me dire que j'aurai dû vous passer mon compagnon, lui il est hyper balaise sur ces trucs-là !!! Finalement moi quand j'ai un doute, ma première question c'est : « D., est-ce que je peux ? » [rires] Mais lui, je pense, il sait plus que moi... Il s'inquiète plus on va dire ! C'est pour ça aussi que ça me permet d'être plus détendue !

Pour avoir échangé avec des couples d'amis, elle estime que les conjoints sont pour certains très avisés sur cette thématique et que c'est un moyen pour eux de s'investir dans cette grossesse. Les propos recueillis auprès de Laure sont très intéressants sur ce sujet :

Certains conjoints oui... Par exemple le conseil : « Tu congèles ta viande avant, etc... » Je pense que ce sont des conjoints qui ont voulu faire plaisir à leur femme, qui se sont dit : « Mince... » J'ai une copine par exemple qui adorait manger la viande quasiment crue quoi, saignante. Et c'était un calvaire pour elle de devoir cuire sa viande. Et c'est lui qui s'était renseigné en disant : « Ah tiens... la congélation » Il a voulu lui faire plaisir en lui disant que s'il congelait, elle pouvait manger, etc... C'est le gars qui s'est renseigné pour faire plaisir à sa femme. Oui ! C'est ma surprise ! C'est les mecs !!! Parce que nous on a tendance à dire : « Je mangerai bien un petit bout de... » – « Non ! » C'est les mecs ! Ils se renseignent sur : « est-ce que ça peut être congelé, est-ce que ça ne peut pas... » Je pense qu'ils s'investissent... C'est une manière pour eux de s'investir... ils ne portent pas le bébé. Certains dont le mien doivent vivre une certaine frustration,

se dire : « Je ne peux pas porter... et j'aimerais connaître ça. » Et je pense que par l'alimentation... et le fait de gérer un peu ça, c'est une manière de s'investir... C'est peut-être pour ça que j'ai lâché aussi et que je le laisse faire... c'est sa manière à lui de s'investir dans la grossesse j'ai l'impression. Probablement c'est pour eux l'occasion de s'investir et de faire plaisir à leurs femmes. Enfin, une des manières en tout cas.

Cela rejoint les propos d'autres femmes de l'étude. Au niveau de l'information, *Malorie (A25, E0)* et son conjoint se sont tous les deux aidés d'une application pour connaître les aliments à éviter. Le conjoint de *Gabrielle (A29, E0)* s'est également informé sur : « *internet, les bouquins de grossesse et puis avec les amies également.* »

Nous l'avons aussi observé lors des entretiens. *Romane (A30, E0)* et son conjoint, qui n'avaient pas participé à cette phase d'observation, ont souhaité participer ensemble à cet entretien :

Romane : *Alimentation et grossesse...*

Conjoint : *Moi, ça me fait penser à plein d'interdits !*

Romane : *Oui, voilà, faire attention... à ce qu'on mange... si on peut manger ou pas. Au niveau de la fraîcheur, de la propreté...*

Conjoint : *Voilà, il ne faut pas manger de fruits de mer, certains fromages sont interdits, enfin etc. Après il faut faire plus attention. Par exemple les fruits et légumes il faut les nettoyer... Enfin il faut faire attention, on ne peut plus tout manger... par exemple des fois on mangeait des Mont D'or, tout ça, ça on ne peut plus. Voilà, c'est juste qu'il faut faire une petite modification au niveau de l'alimentation. Maintenant qu'elle est enceinte, je sais que je regarde tout...*

Au-delà de l'information, pour de nombreuses femmes, leur implication se porte sur la vigilance et cette démarche de réflexion partagée, comme l'expliquent *Caroline* et *Vanessa* :

Il faut faire attention à tout. Maintenant, à force on s'habitue et puis d'ailleurs mon mari s'est habitué aussi ! Mais du coup les premiers mois, c'était compliqué parce que, à tout regarder, à mettre deux heures pour faire les courses parce que on se dit : « Non, le saucisson, t'as pas le droit » – « Mais tu es sûr que ça, j'ai pas le droit ? si je le fais cuire après ? » Du coup, on cuit tout au final. (Caroline, A33, E0)

Quand on va faire les courses, tout de suite si on prend du fromage il va me dire : « Ben non, tiens, ça c'est le lait pasteurisé, ça c'est le lait cru... Ça c'est ci, ça c'est ça... » Voilà, il fait vraiment attention. (Rachel, A22, E0)

Même les précautions hygiéno-diététiques sont partagées au sein de certains couples, comme en témoigne la fréquence du « on » dans les entretiens comme dans celui de *Malorie (A25, E0)* et les propos de son conjoint :

On fait quand même attention à bien laver... On a lavé le frigo un coup peut-être ! [rires] Mais on n'a pas lavé le frigo toutes les semaines... On l'a fait un bon coup au début, histoire de se donner bonne conscience, qu'il soit propre et voilà mais... Mais je fais attention à pas qu'il y ait des choses qui traînent dedans, que ce soit bien emballé quand même... si on fait plus attention quand même...

Les femmes décrivent fréquemment une hypervigilance de leur conjoint : « *Je fais attention un peu à tout, et mon conjoint aussi du coup maintenant.* » (*Oriane, A33, E1*) ; « *Je disais surtout à mon mari : “ Bon, il faut faire attention, il faut bien laver les légumes, il faut bien désinfecter nos plans de travail, tout ça...” Et il a été très consciencieux et il l'a fait aussi.* » (*Vanessa, A29, E0*)

Globalement, ils sont d'autant plus impliqués que de nombreux conjoints sont amenés à davantage cuisiner avec la grossesse de leur femme : « *En fait j'ai pratiquement arrêté de cuisiner et c'est mon conjoint qui a pris le relais.* » (Gabrielle, A29, E0) Le conjoint de *Romane* (A30, E0) s'organisait pour faire du fait-maison pour diminuer le risque : « *est-ce que c'est pas mieux tant qu'à faire qu'on fasse du maison en fait ? [...] on m'avait dit qu'il y avait beaucoup moins de risques...* »

C'est aussi le cas du conjoint de *Malorie* (A25, E0) qui était présent lors de l'entretien. Il a vécu cette phase d'apprentissage et a ajusté ses pratiques pour proposer des repas à *Malorie* qui correspondent aux exigences de l'alimentation-grossesse :

Conjoint : *C'est vrai qu'au début... Si vous voulez, c'est moi qui cuisine le plus... oui, les premières semaines on se dit qu'on ne va rien pouvoir faire, ça va être difficile !*

Malorie : *Oui, au début c'était assez stressant ! Au début, c'est vraiment dans l'extrême de l'extrême, et au final... à part manger des carottes cuites !*

Conjoint : *Mais après on s'adapte... C'est vrai que... allez, peut-être deux, trois semaines, on galère un petit peu, les premières courses, c'est pas facile. Mais après une fois qu'on a trouvé des idées, des repas qu'on peut faire, ben ça roule quoi.*

Malorie : *Oui, il faut le temps de trouver son rythme quoi !*

Le conjoint de *Rachel* (A22, E0), de par sa profession, s'intéresse également à l'alimentation de sa compagne :

Étant donné qu'il est cuisinier, il est plutôt délicat, il fait attention de bien me faire ma viande... Généralement c'est lui qui cuisine à la maison, parce que je ne le fais pas assez bien pour lui ! [rires] Donc du coup c'est lui qui cuisine, et c'est vrai qu'effectivement il est quand même assez vigilant avec ce que je mange...

L'alimentation-grossesse et les précautions sont au cœur des discussions des couples, comme le raconte *Daphné* (A33, E2) :

La viande, c'est cuit, archi cuit, un truc qui n'est pas mangeable ! Pour le coup, la dernière fois, mon mari c'est lui qui a fait les steaks et je lui dis : « il faut que ça soit cuit pour moi, il ne faut pas que ça soit saignant », et il me répond : « Ah ben c'est pas saignant ça ?! » Je lui dis : « Ah, mais c'est un peu rosé quand même, il faut que ça soit cuit ! »

Certains conjoints mettent un peu la pression pour que leur femme respecte les précautions, comme le mari de *Gabrielle* (A29, E0) :

La charcuterie, je n'en consomme plus du tout, parce que là pour le coup, c'est plutôt mon conjoint qui me met gentiment la pression en disant : « Oui ben là, c'est quand même pas terrible, terrible... ou alors on va mettre le jambon cru sur la pizza qu'on va faire cuire un petit coup, comme ça... ça va être bon. » Sauf que bon, une fois que le jambon sec il est recuit ce n'est pas terrible... donc j'ai arrêté d'en manger !

Le conjoint de *Pauline* (A30, E2) est également, selon sa femme, plus inquiet qu'elle et aurait plutôt tendance à tout lui interdire : « *Ah oui, il faisait attention aussi, lui il avait peur, vraiment !* » De ce fait, *Pauline* n'a pas souhaité lui parler de tout ce qu'elle mange et des risques qu'elle prend occasionnellement :

Non, je ne lui ai pas parlé de ça. Non, j'ai pas voulu lui dire. Parce que mon mari, si je commence à lui faire peur, il va me le supprimer du frigo, le truc ! Donc on va éviter ! J'en voulais quand même du fromage, donc... ! Mais je pense qu'il n'est même pas au courant que le fromage c'est pas forcément bon ! Ah il est très strict ! À partir du moment où il sait que c'est pas forcément

bon... le mieux c'est de supprimer, de ne pas prendre le risque. Alors que moi je suis plus dans la souplesse. Je me dis : « Oui, c'est peut-être pas bon, mais on va réduire, on ne va pas supprimer parce que sinon je serai frustrée. » On est deux personnes différentes, mais on se complète !

Ce sentiment de contrôle et de surveillance par le conjoint crée parfois des tensions au sein du couple, cela peut être illustré par les propos de *Gabrielle (A29, E0)* :

Après quand mon conjoint commence à me dire : « Ah, mais tu devrais manger pour deux et tu manges pour 0,5 ! » Là ça commence à m'énerver... Comme au début de ma grossesse où il regardait dans mon assiette à me dire : « Ah ben non, tu ne vas pas manger ci ou ça... », ça, c'est quelque chose qui m'agace assez rapidement. D'ailleurs je lui ai dit : « Le jour où tu mangeras exactement comme moi ce que j'ai le droit de manger, tu pourras faire une remarque. Mais tant que tu n'appliques pas à la lettre toutes les consignes que moi on me demande en tant que femme enceinte, tu n'as pas à me dire si oui ou non j'ai le droit de manger un œuf ! » Par rapport aux restrictions, ben typiquement en début de grossesse, on avait fait une raclette et puis je ne sais plus, j'ai dû prendre un peu de jambon et il m'avait dit : « Ah mais tu sais le jambon patate patate. » Dans ces cas-là on ne fait pas de raclette ! C'est sûr que c'est moins compliqué de ne pas en manger quand je ne l'ai pas sous le nez !

Vivre au côté d'une femme enceinte implique parfois des changements alimentaires pour les conjoints, soit en limitant certains aliments pour ne pas leur donner envie, comme l'explique le conjoint de *Romane (A30, E0)* : « *Tout ce qui est fruits de mer, je n'en mange pas vu qu'elle est enceinte à côté* », soit du fait des changements dans les modes de consommation du couple : « *Avant je faisais mes mayonnaises mais du coup, je n'ai plus mangé de mayo, parce que c'est cru et ça a restreint mon conjoint aussi, du coup !* [rires] » (*Elsa, A30, E1*)

Ces restrictions peuvent impacter la vie des femmes au niveau du lien social, mais aussi parfois celle du conjoint, comme le décrit *Florie (A42, E0)* :

C'est un peu double. Il y a à la fois... des petits moments, de privation, ... où on sent aussi qu'on est socialement un peu moins en phase. Par exemple avec mon compagnon, ... voilà, on est un peu moins en phase mais la bonne chose, c'est que c'est lui qui s'est adapté à mon rythme, en fait. Il a très vite souhaité aussi boire moins d'alcool, etc. enfin, c'était très bien. Mon compagnon s'est adapté très vite. Il a bien compris les principes. C'est lui qui fait beaucoup à manger, il a fait très attention, vraiment.

À l'inverse, *Perrine (A30, E2)* explique que son conjoint ne s'intéresse pas à son alimentation car il estime que sa femme est suffisamment précautionneuse : « *Il ne regarde pas du tout ce que je mange, je me gère, il ne se pose pas de questions là-dessus, il sait que je vais manger comme il faut pour que faire attention durant ma grossesse.* »

Ce qui ressort des entretiens mais aussi de l'analyse du forum, c'est les missions du conjoint après l'accouchement, celle de combler les envies alimentaires de leur femme : « *J'ai hâte d'accoucher parce que mon conjoint va me ramener... de la charcuterie et du fromage au lait cru* » (*Elsa, A30, E1*) ; « *Un bon fromage ! Une bonne mousse de canard ! Ah ça c'est la fixette depuis le début !* » (*Malorie, A25, E0*)

Cette mission est également bien intégrée par le conjoint de *Romane (A30, E0)* : « *On a appris que dès qu'elle avait accouché, je pouvais lui apporter des sushis ! Je pense que dès que mademoiselle est née, il faut que j'arrive avec un plateau dans l'heure qui suit !* »

5.4.3. Dans quel cadre se mettent en place les précautions alimentaires ?

Difficile combinaison avec les maux de la grossesse et le diabète

« *J'ai eu une phase nauséuse où c'était un peu plus compliqué.* » (Tatiana, A32, E0)

Si toutes ces nouvelles habitudes alimentaires s'instaurent majoritairement lors du premier trimestre de grossesse, ce dernier est également marqué par les « petits maux de la grossesse » ou encore le dépistage du diabète gestationnel pour bon nombre de femmes enceintes. De nombreuses femmes ont partagé la difficulté ressentie pour s'alimenter : « *Tout me donnait la nausée en fait, le fait de manger me rendait malade. Avec des aliments qui m'ont gênée plus que d'autres.* » (Perrine, A30, E2)

Les femmes qui subissent des remontées acides, des nausées ou des vomissements déclarent manger moins ou manger seulement les aliments qui leur faisaient envie. Elles soulignent la difficulté pour manger sainement en début de grossesse : « *Au début j'étais très malade, donc je mangeais n'importe quoi pour que ça passe ! J'ai pas mangé très sainement au début, bizarrement, parce que je n'avais même pas la force de me faire à manger comme il faut...* » (Annabelle, A35, E0), et pointent la perte du plaisir alimentaire pendant cette période : « *J'ai beaucoup, beaucoup vomi, alors ça m'a peut-être pas aidée, dans les plaisirs de manger. En fait, j'avais quasiment envie de rien, c'était terrible !* » (Inès, A29, E0)

Dans ces conditions, bien s'alimenter pendant la grossesse est décrit comme très complexe à gérer par les femmes enceintes :

C'est très compliqué pour moi, alimentation et grossesse... avec les nausées, les vomissements... J'ai fait du mieux que j'ai pu mais ça a été très compliqué, j'ai vomi tout le long de la grossesse et j'ai eu de grosses nausées jusqu'à 6 mois. C'est vrai qu'en fait on fait du mieux qu'on peut parce que, quand on ne peut pas trop manger, en fait on mange ce qui nous fait envie. Ça a été un peu un combat, l'alimentation pendant la grossesse, ça a été très frustrant de ne pas pouvoir manger comme on veut et à l'heure qu'on veut... (Chloé, A25, E0)

Appliquer les conseils médicaux, avec la combinaison précautions alimentaires–alimentation équilibrée, lorsque l'on subit ces maux de la grossesse, apparaît difficile à surmonter :

Mon médecin traitant m'a parlé des précautions... mais de toute manière... je sais que pendant la grossesse, il faut faire attention. Il y a plein de choses. Sauf que le souci, c'est que, oui, elle m'en a parlé et que je savais mais je ne pouvais pas faire autrement que de manger des aliments qui me faisaient envie ou toujours les mêmes. (Chloé, A25, E0)

Au début, j'avais beaucoup de nausées, c'était vraiment compliqué... et aussi je ne suis pas immunisée contre la toxo, on se repose les questions : « à quoi j'ai droit... et puis... Est-ce que je vais pouvoir avaler quelque chose ? » C'était compliqué. (Olivia, A33, E1)

Pour certaines femmes, cela a retardé la mise en place des précautions alimentaires liées aux risques infectieux :

Avec les nausées, j'avais envie de rien. Mais après, quand on commence à avoir un peu plus faim, et que ça commence à passer, on ne sait pas quoi manger. C'est problématique. J'ai surtout fait attention au deuxième trimestre à tout ce qui est fromages et viande, à tout bien faire cuire. (Caroline, A33, E0)

De ce fait, Chloé (A25, E0) n'a pas fait de recherches personnelles sur l'alimentation :

Honnêtement au niveau alimentation, je ne me suis renseignée de rien du tout. En fait, quand on ne peut pas manger ce que l'on veut, ça ne sert à rien de regarder parce que de toute façon on va se frustrer à se dire : « Oh, j'ai pas mangé ci, j'ai pas mangé ça. »

Les femmes qui ont développé un diabète gestationnel lors de leur première grossesse ont expliqué que cela avait chamboulé drastiquement leur alimentation et que cela restait parfois une crainte pour la grossesse actuelle : *« J'ai quand même le souvenir du diabète gestationnel et de la contrainte que ça été par rapport à l'alimentation... que là je n'ai pas eu, c'est quand même déjà... enfin voilà, une préoccupation en moins. »* (Olivia, A33, E1)

Lorsque ces problématiques de diabète sont associées aux maux de la grossesse, les précautions alimentaires sont encore plus compliquées à appliquer :

L'alimentation-grossesse, ça me fait penser qu'il faut quand même faire attention à ce qu'on mange ce qui n'est pas toujours évident, parce que... entre les envies, les grosses fringales, là j'ai eu beaucoup de nausées au début pour cette deuxième grossesse et j'avais tout le temps faim. Je savais qu'en parallèle il ne fallait pas trop exagérer parce que j'ai ce risque de diabète. Pas facile de combiner ce que l'on doit faire et ce que l'on peut faire. C'est une vraie préoccupation. (Élise, A33, E1)

Vigilance accrue en cas de parcours de grossesse complexe

Lors de parcours de grossesse complexe, une plus grande attention pour préserver le bon développement de ce futur enfant est constatée. C'est ce que nous a expliqué *Jasmine* (A28, E0) qui a essayé de ne prendre aucun risque pour cette grossesse car *« c'est un bébé qui a été un peu compliqué à mettre en route »*.

Les femmes expriment une anxiété qui renforce leur vigilance à propos des différents risques et l'alimentation-grossesse fait partie de leurs préoccupations où l'objectif est *« zéro risque »* :

Je suis peut-être plus rigide par rapport à l'alimentation que je ne l'étais pour la première du fait que ce soit une PMA [procréation médicalement assistée] et qu'on a eu plus de mal à l'avoir le petit bout'chou. Je pense qu'on est là-dessus plus vigilant. (Deborah, A35, E1)

J'ai tellement peur en fait que... C'est une grossesse tellement attendue, je dirai... que je fais beaucoup plus attention que pour le premier. Là j'ai l'impression de vivre ma première grossesse en fait. Enfin ça fait huit ans qu'on essayait d'avoir le deuxième... On s'était fait une raison en fait, qu'on n'en n'aurait pas de deuxième du coup, et en fait... comme par magie ! J'ai appris que j'étais enceinte, et du coup je fais très, très attention. J'ai tellement peur que tout s'arrête d'un coup, je dirai... que je fais vraiment attention à tout, tout, tout. Et c'est limite... embêtant je dirai, parce que ça me stresse au quotidien. Sur l'alimentation... et un peu tout en fait. Je fais vraiment attention à tout. (Oriane, A33, E1)

Les antécédents de fausse couche, comme en témoigne *Zoé* (A38, E1), engendrent aussi une attention plus soutenue sur la grossesse en cours : *« Un peu plus cette fois-ci, même si globalement j'étais déjà consciente des risques donc j'étais très vigilante. »*

Même si *Pauline* (A30, E2) n'a pas toujours bien identifié les précautions à prendre, elle déclare avoir fait des modifications quasi immédiates dans son alimentation pour éviter une nouvelle fausse couche :

C'était vraiment immédiat. Dès que j'ai su que j'étais enceinte en fait, c'est comme si c'était une petite lumière qui s'est allumée dans ma tête et qui m'a dit : « Ça y est, tu es enceinte, maintenant tu fais attention ! » C'est aussi un peu de la culpabilité... on a peur pour le bébé. Surtout après une fausse couche trois mois avant, c'est ça aussi qui a joué, on se dit : « voilà, il y a eu un bug

quelque part... donc là, on a une quatrième chance, on va faire attention. » C'est vraiment cette histoire de fausse couche qui m'a donné ces inquiétudes-là... et l'âge aussi. Je suis un petit peu plus mature je dirais, par rapport à mes autres grossesses, donc on prend plus conscience des maladies et des choses qui peuvent arriver... Je n'aurai pas eu cette fausse couche, je pense que j'aurai pris moins de précautions. Parce que quand le gynécologue te dit : « Il y a eu une malformation, donc la nature est bien faite, le corps l'a rejeté... » Pour moi quand j'entends malformation, c'est forcément dû à quelque chose que j'ai mangé... ou mon corps qui n'a pas donné ce qu'il fallait au bébé. Et quand j'ai su que c'était peut-être quelque chose que j'ai mangé, je me suis remise en question sur ce fameux fromage où j'avais pas eu l'info, vu que j'en avais dévoré pendant cette grossesse-là... J'ai culpabilisé, oui. Je n'en n'ai pas parlé à mon conjoint, j'ai pas voulu lui faire peur.

Un parcours de grossesse complexe incite souvent les femmes à relativiser cette période de restrictions et de frustrations potentielles, comme l'explique *Fanny (A35, E0)* qui a été dans un parcours PMA pendant de nombreuses années :

Alimentation et grossesse, ça me fait penser à quelques restrictions mais finalement qui sont très largement gérables et puis l'alimentation saine, mais comme ce qu'on nous préconise de faire au quotidien sans forcément être enceinte donc je ne me suis pas sentie bridée en tous cas. Il y a des choses dont on a envie et puis, parce qu'on n'a pas le droit de le faire, comme les sushis ou le poisson cru, on en a forcément envie. Parce qu'on ne peut pas en manger, mais c'est pas vital du tout ! [...] On sait que c'est neuf mois de sa vie, c'est pas pour toujours non plus, c'est pas insurmontable. J'ai essayé en tous cas de prendre toutes les précautions pour un tas de raison : déjà parce que je n'avais pas envie de perdre cet enfant tant attendu et puis parce qu'on a pas envie de prendre des risques inutiles alors qu'on peut les éviter.

Autonomie des femmes et responsabilité

« Il y a l'alimentation, le fait aussi de ne pas boire d'alcool, etc. C'est un mode de vie qui est... complètement différent ! » (Inès, A29, E0)

Respecter les précautions alimentaires est parfois perçu comme un engagement nécessaire et un devoir pour la femme enceinte, comme l'illustrent les propos formulés par *Élise (A33, E1)* :
« Dès le début, je savais que je n'étais pas immunisée. Donc dès que j'ai su que j'étais enceinte, j'ai fait attention sur le côté infection, ça fait partie des obligations de la grossesse. »

Certaines femmes ont décrit une sorte de pression imposée par l'environnement social, en ce qui concerne l'alimentation-grossesse, comme l'exprime *Julie (A32, E0)* :

Ça m'agace parce que je pense que le rapport à l'alimentation pendant la grossesse est encore plus compliqué que le rapport à l'alimentation qu'on a déjà dans notre vie de tous les jours hors grossesse et moi ça m'énerve. Déjà avec tous les interdits... j'ai l'impression qu'à chaque fois ce sont des interdits entre guillemets puisque si on est immunisée on a droit à cela ou à ceci..., les risques de diabète... comme j'ai pris du poids... Et avec la pression constante de tout le monde : « Combien de poids tu as pris pendant ta grossesse ? » Pffff moi ça me fatigue !!! Alors je fais en sorte que ça reste un plaisir, quand j'ai faim je mange ! Et je mange ce que j'ai envie de manger donc je n'ai pas été rigoureuse. J'ai eu la chance d'être immunisée contre la toxo donc il y avait pas mal de choses auxquelles j'avais droit et j'ai pas voulu devenir psychorigide... de laver mes légumes 28 fois avant de les manger donc j'ai pas voulu faire beaucoup de changements. [...] J'ai l'impression qu'il y a ce regard sur ce qu'une femme enceinte a le droit de faire ou pas... Que moi déjà en tant que personne, dans ma vie, je n'aime pas beaucoup qu'on me juge sans connaître, mais là c'est encore pire avec les hormones ! Je pense que j'étais encore

sensible au fait qu'on me dise : « Ah, tu ne devrais pas manger ça ! T'as pas lavé ça ! » Non mais laissez-moi vivre !

Elles décrivent la responsabilité qu'elles portent, car cela implique la santé de leur enfant ; celle-ci se surajoute à la pression déjà subie autour de l'alimentation. Elles évoquent aussi un sentiment de privation de liberté, comme l'exprime Inès (A29, E0) : « *Déjà quand on n'est pas enceinte, c'est compliqué à gérer si on veut garder la ligne, faire attention à ce qu'on mange... Et là encore plus, j'ai l'impression de ne plus pouvoir faire ce que je veux, parce qu'on est deux ! Donc parfois, oui, de la frustration.* »

Pour Ophélie (A30, E0), le discours médical est orienté sur les interdictions, sans accompagnement sur une proposition concrète d'une alimentation au quotidien :

Je pense que quand on parle d'alimentation et de grossesse, on donne plus aux femmes enceintes, les informations jugées... utiles d'un point de vue médical, donc les interdictions. Sans donner les astuces je dirai, ou les solutions aussi pour éviter d'avoir le risque d'attraper des bactéries ou des parasites... Enfin c'est pas les informations que j'ai eues en tout cas de ma sage-femme et de mon médecin, même si je leur ai posé des questions. C'est vrai qu'on a plus tendance à recevoir des interdictions que des astuces.

Caroline (A33, E0) s'est sentie isolée dans ses prises de décision : « *Après, il n'y a que moi avec mon bon sens, parce que vraiment, personne ne va nous dire concrètement ce que on peut manger ou pas.* » Cela conduit certaines femmes à conclure à une responsabilité entièrement déportée sur les femmes enceintes, comme l'évoque Annabelle (A35, E0) : « *C'est comme si on laissait un peu le soin aux femmes de prendre plus ou moins de risques en fait. Voilà, " Vous verrez bien ! " »*

Pour Ninon (A23, E0), face à ces injonctions sur les interdits alimentaires et le manque d'accompagnement perçu, ce sentiment de culpabilité semble inévitable :

Je dirai qu'il y a beaucoup d'injonctions sur ce qu'il ne faut pas manger... surtout au début je me suis dit ça. Et... je me suis questionnée sur le fait que... voilà, tous les médecins ou sages-femmes que j'ai rencontrés m'ont beaucoup dit ce qu'il ne fallait pas manger, et on a très peu parlé de... ce qu'il fallait manger... plutôt de la bonne nutrition en fait, par rapport aux nutriments... Voilà, c'était aussi important de bien manger, pendant la grossesse... comme tout le temps mais particulièrement peut-être pendant la grossesse. Et j'ai l'impression qu'on a beaucoup parlé de ce qu'il ne fallait pas manger en fait, plutôt. Je crois que ce qui m'a le plus dérangé, c'est de savoir qu'il y a des interdits [...]. Enfin, je suis très partagée en fait : en même temps je me dis qu'il y a beaucoup d'interdits, qu'on n'explique pas trop pourquoi... Je ne sais pas trop comment me positionner ! En même temps on en parle beaucoup... mais voilà, c'est surtout pour dire : « Il faut pas faire ça, il faut pas faire ça ! », sans expliquer pourquoi. Après je suis vraiment partagée parce qu'en même temps j'ai l'impression que ça fait devenir un peu parano... Comment faire pour ne pas rentrer dans une culpabilisation en fait...

En définitive, plusieurs notions font ainsi écho à l'alimentation-grossesse comme l'exprime Sonia (A27, E1) :

Équilibre, prendre du plaisir et se faire plaisir sans forcément trop se frustrer et faire attention à ce qu'on mange par rapport à la prise de poids et par rapport aux éventuelles intoxications, infections que l'on peut avoir durant la grossesse.

Celles-ci s'inscrivent également dans des parcours variés de grossesse. En effet, les trajectoires de soins et de suivi de grossesse dépendent du parcours antérieur personnel et médical, de la

perception des besoins d'accompagnement et d'information et du vécu des interactions avec les professionnels de santé mais aussi du déroulement de la grossesse dans l'environnement de vie (vécu des maux de la grossesse, dynamique de couple et de l'environnement social). Le premier trimestre est une période pivot de construction d'un savoir profane et d'un savoir expérientiel dont la combinaison doit permettre de mettre en place des nouvelles habitudes alimentaires en routine. Cela se conjugue parfois avec une pression sociale « moralisatrice » qui fait peser le poids de la responsabilité et de la recherche d'informations sur les femmes et les couples eux-mêmes. La vigilance accordée aux risques infectieux est ainsi corrélée à tous ces éléments.

À cela s'ajoute cette cacophonie informationnelle et la difficulté de trouver les bonnes informations et les comprendre. L'environnement social et familial est source d'informations, de leviers mais parfois de résistances pour instaurer les bonnes pratiques de prévention. Les sources numériques et notamment les forums sont des vecteurs d'informations mais aussi de doutes et de divergence vis-à-vis de l'importance des risques infectieux alimentaires. Notre recherche montre que les groupes de discussion sont identifiés comme des outils de soutien mais apparaissent comme des amplificateurs de la cacophonie informationnelle. Cette construction des savoirs repose sur un processus hétérogène modulé par les possibilités et les capacités des femmes à mobiliser les ressources fiables. Cela renvoie aussi aux notions de littératie²⁸⁸ et de pollinisation des savoirs²⁸⁹ sur les messages de prévention spécifiques aux risques infectieux alimentaires. Les logiques de transfert de connaissance notamment entre pairs et les outils pouvant favoriser le transfert de connaissances fiables et la littératie en santé devraient être réfléchies et encouragées pour faciliter l'appropriation de comportements favorables à la santé pendant la grossesse et contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

²⁸⁸ La littératie, reconnue comme un élément détermination de la santé publique, est définie par « *la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé* » (Van den Broucke, 2017, p.11)

²⁸⁹ Nous reprenons le terme de Marc Dennery de « pollinisation des savoirs » pour qualifier la logique d'apprentissage d'un savoir : « *Chacun devient à la fois émetteur/ récepteur de savoirs. (...) Reprenant l'image du monde végétal, on peut dire que les grains de savoir circulent d'agents de savoir à agents de savoir, comme des grains de pollen vont de plante en plante.* » (<https://www.blog-formation-entreprise.fr/de-la-transmission-a-la-pollinisation-des-savoirs/>)

CHAPITRE 6.

Analyse et discussion

Pour une sage-femme, et plus généralement pour un professionnel de santé, la consultation de grossesse est envisagée comme l'élément pivot, au centre des transferts d'informations et le déclencheur de la construction des savoirs sur les risques infectieux alimentaires pour la femme enceinte. La question sous-jacente à l'ensemble de cette recherche a donc été : « Qu'est-ce qui se joue lors de ce dispositif de consultation prénatale, examen obligatoire pour toute grossesse, en termes de prévention des risques infectieux alimentaires ? » Notre hypothèse zéro telle que définie par Howard Becker était d'ailleurs formulée comme suit : *La consultation de grossesse est le moment central où tout se joue en termes de transmission et construction des savoirs, notamment au 1^{er} trimestre en ce qui concerne les risques alimentaires.* Pour apporter un éclairage à cette problématique de départ, nous nous sommes intéressée à l'ensemble de la chaîne de construction de savoirs des femmes enceintes intégrant à la fois la construction des messages de prévention des professionnels et le réseau social des femmes. Nous avons ainsi choisi de questionner la médiation des savoirs avec pour référence la définition d'Olivier Galibert et Jacques Bonnet : « *l'ensemble des processus médiatiques et interactionnels qui concourent à la construction, au partage, à la diffusion voire à la confrontation de connaissances socialement institutionnalisées* » (2016).²⁹⁰ Cette recherche s'est ainsi intéressée aux processus de médiations qui permettent aux savoirs sur les précautions alimentaires pendant la grossesse liées aux risques infectieux, d'émerger, de s'élaborer, de se partager et de se confronter. Dans ce cheminement, plusieurs questions ont guidé ce travail.

Afin d'explorer cette hypothèse, nous avons souhaité mettre en exergue dans ce chapitre quatre points centraux. Le premier porte sur l'articulation entre le champ documentaire, institutionnel ou pédagogique, et la formation des professionnels de santé. Dans quelle mesure la polyphonie informationnelle qui s'en dégage vient parasiter l'élaboration du savoir expert ? Le second point évoque les cercles de la communication en périnatalité. Le savoir profane se construit-il au centre (consultation prénatale) pour diffuser aux cercles périphériques (environnement social et numérique) et comment se définissent ces frontières ? Le troisième point revient sur la notion d'asymétrie, d'information, de prise de parole, de connaissances et sur ce que cela implique au

²⁹⁰ Bonnet, J., & Galibert, O. (2016). Organisations et savoirs : quelles médiations ? *Communication & Organisation*, 1(1), 5-17.

sein des espaces de médiation tels que la consultation prénatale ou les groupes de discussion. Peut-on encore parler d'asymétrie dans la relation entre le professionnel de santé et la femme enceinte ? Celle-ci s'efface-t-elle dans les groupes de discussion entre pairs ? S'informer plus est-il synonyme de savoir plus et par conséquent de risquer moins ? Le dernier point s'intéressera à la perception des risques et à ce que cela implique en termes de décision. Dans un environnement risqué, perçu comme mouvant et incertain, la décision ne devient-elle pas énigmatique pour toute femme enceinte ?

6.1. Se former à l'expertise sur les risques infectieux alimentaires, comment font les professionnels ?

Concernant le savoir expert, nous souhaitons comprendre comment les professionnels de santé construisent leurs messages de prévention mais aussi comment ils perçoivent ces risques et quelle importance est donnée à ces mesures lors de la consultation de grossesse. Nous partons du principe que les professionnels de santé, qu'ils soient médecins ou sages-femmes, se basent sur leur formation initiale pour construire ces messages et consultent peu les sources d'informations pour mettre à jour leurs connaissances sur les risques infectieux alimentaires. Les entretiens avec les professionnels nous ont effectivement permis de comprendre que le socle du savoir expert des professionnels s'élabore en formation initiale, qui est composée d'un enseignement théorique et d'un apprentissage pratique. Ce cursus professionnalisant vient ainsi mobiliser des sources documentaires, des cours magistraux et des stages.

Dans ce « champ documentaire », nous avons étudié les sources à disposition des professionnels de santé, des étudiants mais aussi des formateurs en santé : textes issus d'instances sanitaires et professionnelles et ouvrages pédagogiques. Pour saisir comment les professionnels de santé se représentent les risques infectieux alimentaires et s'approprient les recommandations, il a été nécessaire d'étudier en amont l'évolution de ces risques au cours du temps et d'en saisir leur dimension de santé publique. Une immersion dans les textes institutionnels depuis 1960 a permis de comprendre l'intérêt croissant porté à chacun des deux principaux risques alimentaires (liés à la toxoplasmose et la listériose) par les experts et les instances. Malgré une découverte concomitante de ces deux pathologies, des tournants contextuels différents ont contribué à la définition puis la caractérisation de chaque risque. Ont découlé de ces savoirs scientifiques, des politiques de santé et des actions de communication pour prévenir les contaminations. Celles-ci se sont multipliées avec la création des agences sanitaires.²⁹¹ Cette diversité d'émetteurs aboutit à une diversité de messages de prévention et à des normes²⁹² plurielles. Pour la toxoplasmose, les circonstances de contamination mieux déchiffrées dès 1970 font rapidement l'objet de premières recommandations quatre années plus tard. Celles-ci vont s'enrichir à différents temps de l'histoire. Toutefois, le nombre de textes sur la toxoplasmose en comparaison de la listériose (58 versus 125) traduit une potentielle stabilité des recommandations pour la toxoplasmose et une attention soutenue des instances pour la listériose, probablement en lien avec la découverte progressive d'aliments contaminés et des impacts sanitaires et économiques.

En revanche, les instances ont tâtonné pour trouver les meilleures voies de communication pour diffuser ces recommandations.²⁹³ Très tôt, cette obligation d'informer les femmes enceintes est fixée par circulaire et par décret. Les premiers dispositifs déployés tels que la lettre type diffusée en 1983 via une circulaire visaient à cadrer le message de prévention, côté professionnel mais également côté femme enceinte avec un message unique. Toutefois ces dispositifs n'ont pas été

²⁹¹ Comme le précise le rapport présenté à l'Assemblée Nationale en 2011, dans le domaine sanitaire, les agences sont chargées principalement de missions d'expertise et de régulation sanitaire et leur mise en place a correspondu à l'émergence de nouvelles missions dans le domaine de la santé publique, essentiellement en matière de gestion de la sécurité sanitaire. Ce rapport précise que malgré une indéniable valeur ajoutée, la multiplication du nombre d'agences sanitaires a contribué à rendre l'architecture globale des institutions de sécurité sanitaire de plus en plus complexe. Pour en savoir plus : <https://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3627.pdf>

²⁹² Nous nous référons à la définition de la norme proposée par Renaud et al. (2007) et traduite de l'article de Homans de 1974 « Une norme est un énoncé spécifiant le comportement précis qu'un ou certains individus doivent avoir dans des circonstances données – ce comportement est attendu en premier lieu par la personne qui émet la norme. »

²⁹³ Des actions de prévention à destination des femmes enceintes ont été initiées par les autorités sanitaires (Annexe 27)

évalués à l'époque, ni dans la mise en application par les professionnels, ni dans la compréhension par les femmes enceintes des messages transmis (Afssa, 2005).²⁹⁴ D'ailleurs, le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de 1990 pointait la nécessité d'un « effort » à faire pour que d'une part les informations soient transmises aux femmes enceintes mais aussi s'assurer qu'elles étaient comprises. Ces consignes sont d'autant plus importantes que le nombre de femmes enceintes non immunisées et devant bénéficier d'informations a progressivement augmenté (Tourdjman et al., 2015). Malgré le souhait d'une diffusion massive par des magazines, des livres spécialisés en complément du corps médical, les recommandations énoncées en 1996 n'ont pas été transmises individuellement aux médecins, ni au grand public. Par la suite, différents supports (affiche, flyer, sites internet, etc.) ont été élaborés par les instances pour élargir le champ de la communication et faire en sorte que cette information médicale, et basée sur les données scientifiques, circule dans la sphère publique. Un tournant majeur dans les connaissances sur la toxoplasmose est constaté en 2005 dans le rapport de l'Afssa. Les mesures qui en découlent basées sur des données probantes doivent à l'image des premières recommandations servir de socle à une communication unique. Cependant, ces mesures ne seront pas reprises dans le guide de l'Inpes à destination des professionnels et apparaîtront tardivement en 2009 dans les recommandations professionnelles de la HAS. C'est d'ailleurs à cette période que les messages élaborés par les instances se multiplient.

À la différence de la toxoplasmose, les connaissances sur la listériose ont été régulièrement remises en cause et les recommandations ajustées, notamment lors des bouffées épidémiques et des contrôles alimentaires. Malgré une découverte précoce à l'international du risque alimentaire, ce dernier a été reconnu tardivement par les autorités françaises, après les grandes épidémies de 1992. Ce retard était en partie lié aux impacts économiques inhérents aux contrôles et aux retraits ainsi qu'aux effets médiatiques. En effet, l'Académie de médecine soulignait les risques liés à la « psychose » et aux « répercussions sociales et économiques associées à une information mal contrôlée ». Cette maladie était d'ailleurs nommée « l'hystérioriose » à la suite de publications de nombreuses alertes sanitaires en 2000 (Gaillard, 2000). Les voies de contamination étant multiples, de nouveaux aliments contaminés sont fréquemment découverts (légumes surgelés, melon). D'autres le seront probablement dans les prochaines années, dans de nouvelles catégories d'aliments traditionnellement épargnés, notamment du fait de nouvelles pratiques alimentaires (de Valk & Salvat, 2015). Ainsi pour la listériose, les autorités ont cherché un équilibre entre, délivrer une information aux consommateurs dans un temps adéquat et limiter les conséquences économiques. Finalement, pour ces deux maladies, les instances vont souligner tout au long de l'histoire récente un défaut d'information des femmes. Et malgré des tentatives ponctuelles de s'orienter vers un message unique, une pluralité de recommandations se développe au risque de créer de la confusion dans l'esprit des professionnels et en prolongement celui des femmes. Nous pouvons l'illustrer par cet échange autour des risques de contamination entre internautes :

Internaute 1 : Plusieurs médecins m'ont dit qu'à partir du moment qu'il [saumon fumé] était sous vide c'est qu'il n'y avait plus de bactérie.

Internaute 2 : Sachant qu'ils ont rappelé plusieurs fois du saumon sous vide car contaminé à la Toxo ou listeria ça me fait rire de lire ça venant de docteurs.

²⁹⁴ Agence française de sécurité sanitaire des aliments. (Décembre 2005). *Toxoplasmose : état des connaissances et évaluation du risque lié à l'alimentation*. Rapport du groupe de travail « Toxoplasma gondii » de l'Afssa.

Dans cet exemple, les risques de contamination par la *Listeria* pour les produits de la mer, tels que le saumon, existent, même si l'aliment est sous-vide. Ce type de conditionnement est une fausse impression de sécurité puisque si les professionnels conseillent de privilégier la charcuterie sous vide plutôt qu'à la coupe, cette recommandation ne peut pas s'appliquer pour le saumon fumé. De plus, pour l'internaute qui souligne les rappels de produits contaminés, une confusion s'opère vis-à-vis de la toxoplasmose.

La communication en santé est un défi lié « à la complexité du savoir médical, de ses immenses zones d'ombre, de son caractère évolutif, et aussi de ses dimensions économiques » (Igas, 2005, p.4/6).²⁹⁵ Notre étude témoigne du caractère évolutif et incertain des recommandations et de cette polyphonie croissante dans la sphère institutionnelle, potentiellement déstabilisante pour le cadrage de la parole médicale.

L'une de nos hypothèses de travail reposait sur le fait que ces documents relèvent d'un arbitrage entre hiérarchie de la plausibilité des preuves, logique de « principe de précaution » du fait de la vulnérabilité particulière des femmes enceintes et souhait implicite de simplification des informations pour permettre aux professionnels de transmettre des messages généraux standardisés et de faciliter l'appropriation et l'utilisation par les médecins et les sages-femmes. Cette hypothèse n'est que partiellement validée. D'une part cette multiplicité de recommandations ne permet pas aux professionnels d'établir des messages standardisés et de délivrer aux femmes un message unique. D'autre part, la formulation des messages de prévention repose sur un choix effectué par certaines instances de considérer de façon large le principe de précaution. Notre recherche rejoint l'analyse de Didier Tabuteau : « Lorsque le risque est identifié, ce qui demeure l'exercice le plus difficile, la question qui se pose est celle de la proportion des moyens déployés. » (2013, p.95)²⁹⁶ Reprenons l'exemple des mesures de prévention de la HAS de 2017 vis-à-vis de la toxoplasmose. Les données scientifiques de l'Afssa en 2005 présentaient pour les huîtres, moules et autres mollusques consommés crus, un risque hypothétique à confirmer. Les précautions de la HAS intègrent la précaution globale d'« éviter les fruits de mer ». D'une part, ce risque est reconnu scientifiquement comme hypothétique et d'autre part, la cuisson permettrait de supprimer tout risque. Cela met en évidence qu'il est difficile pour les instances de placer précisément le curseur de la prévention du risque. Ensuite, le positionnement du curseur passe de la responsabilité institutionnelle à celle du professionnel : il engage dans la relation de soins, sa responsabilité professionnelle avec une obligation de moyens vis-à-vis de la femme qu'il a en face de lui, en se basant sur l'ensemble des informations à sa disposition.

Est-ce au moment de la consultation qu'il convient alors de présenter ces éléments pour une prise de décision éclairée ou ces notions risquent-elles de brouiller le message que l'on souhaite faire passer ? Comme le souligne Didier Tabuteau : « Majorer les moyens mobilisés apparaît comme la meilleure façon de contrer la menace et d'éviter les accusations de négligence. » (2013, p.95)²⁹⁷ Si l'on considère cet aspect sous l'angle des professionnels, cela vient questionner le respect de ces recommandations car « par le biais de l'assimilation des recommandations de la HAS aux “ données acquises de la science ”, le Conseil d'État consacre le caractère opposable de ces recommandations » (Grenier et al., 2020, p.42).²⁹⁸ Comme

²⁹⁵ Inspection générale des affaires sociales. (2005, avril). *État des lieux et synergie de la communication publique aux usagers en matière de santé et d'offre de soins* (Rapport n°2005 035).

²⁹⁶ Tabuteau, D. (2013). *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*. Éditions Odile Jacob.

²⁹⁷ Op. cit.

²⁹⁸ Grenier, C., Le Guludec, D., de Montalembert, P., & Mounic, V. (2020). Haute Autorité de santé et normalisation de la médecine. *Les Tribunes de la santé*, 2(64), 37-47.

l'expliquent ces auteurs, cela ne signifie pas que le professionnel doit respecter à la lettre les recommandations de la HAS mais s'il s'en écarte, il doit pouvoir le justifier et prouver qu'il a prodigué « *des soins conformes aux données acquises de la science, le cas échéant en s'appuyant sur d'autres recommandations que celles de la HAS, mais dotées d'une portée tout aussi grande* ». Cela vient de nouveau interroger cette multiplicité de recommandations, sans que dans cet environnement sanitaire, une instance prenne le pas sur une autre. De plus, Brian Wynne, qui s'est questionné sur les processus par lesquels se construit un discours scientifique sur le risque, admet que « *la production de connaissances à portée universelle s'accompagne d'une entreprise de simplification du réel* » (1999, p.219).²⁹⁹ Les exigences de standardisation conduisent inévitablement à faire abstraction de la complexité.

Si l'on s'intéresse au point de vue des femmes enceintes, cela donne le sentiment d'une liste imposante et interminable d'interdits, sans marge de manœuvre dans les choix alimentaires, créant stress et frustration : « *Il faut des choses qui sont mesurées et s'il y a une liste d'interdictions longue comme le bras, ça peut un peu effrayer... il faut faire très attention au côté anxigène.* » (Florine, A42, E0)

Une discordance entre le comportement de prévention qui peut être attendu et la réalité peut s'expliquer par le vocabulaire utilisé dans les recommandations. Celui-ci est approximatif et discutable. Qu'est-ce qu'une viande « bien cuite » ? Qu'est-ce qu'un « lavage soigneux » ? Se pose ainsi la question de la formulation à employer dans les messages de prévention. Dans son rapport « *Agir sur les comportements nutritionnels* », l'Inserm pointait cette même problématique : que signifie ne pas manger « trop gras », « trop sucré » ou « trop salé » (2017). Les recommandations sont parfois greffées de distinctions trop subtiles, comme notre étude le pointe pour les fromages : « fromages au lait cru », « fromages à pâte molle au lait cru », « fromage au lait cru surtout à pâte molle », « fromage à pâte molle à croûte fleurie et à croûte lavée ». Comment s'y retrouver dans cet éventail d'expressions et de formulations ? Si la subtilité est difficile à percevoir pour un professionnel de santé, rappelons-le, non spécialiste de l'agro-alimentaire, comment ne pas mettre les femmes enceintes dans l'impasse ? Cette imprécision concerne aussi le sens même que l'on octroie aux recommandations, par exemple au regard des termes « Éviter les produits de charcuterie », « Préférer les produits préemballés aux produits achetés à la coupe »³⁰⁰. Si ce n'est pas interdit, faut-il partir du principe qu'il s'agit d'un aliment autorisé ? Cette zone d'incertitude et de flottement laisse place à l'interprétation, pour les femmes mais également pour les professionnels. Comme l'explique Cécile Méadel, « *le savoir expert n'est pas plus synonyme de vérité intangible que celui des profanes n'est tout entier du côté du subjectif et du local* » (2010).³⁰¹ L'échange avec Pauline éclaire ce point de vue :

Est-ce qu'il faut vraiment supprimer l'aliment en question, ou le réduire... La gynécologue m'avait dit quand même, pour mes deux premières grossesses : « Attention, vous n'êtes pas immunisée, donc il faudra juste... – elle m'avait dit JUSTE – réduire, mais pas s'arrêter... réduire fruits de mer et manger tout ce qui est poisson et viande, bien cuits. » Je me suis dit, ok ! (Pauline, A30, E2)

Réduire, ce n'est pas éviter. Le professionnel redéfinit-il sa propre norme en fonction de ce qu'il a compris des recommandations ?

²⁹⁹ Wynne, B. (1999) Une approche réflexive du partage entre savoir expert et savoir profane, *Les Cahiers de la sécurité intérieure*, (38), 219-236.

³⁰⁰ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/article/listeriose>

³⁰¹ Méadel, C. (2010). Les savoirs profanes et l'intelligence du Web. *Hermès, La Revue*, 2(57), 111-117.

L'expertise des professionnels serait pourtant soumise à une certaine régulation. Pourquoi parler de régulation ? Nous pourrions légitimement hésiter sur l'emploi de ce terme. Il réfère à des acceptions diverses selon le domaine utilisé. Mais il renvoie aussi à l'ensemble des mécanismes qui permettent à une organisation, un système, de maintenir la constance d'une fonction qu'elle ou il aurait à assurer (Timsit, 2004). Nous pouvons faire le parallèle avec le système et tous les mécanismes déployés pour certifier, légitimer et maintenir l'expertise des professionnels de santé.

Nous avons vu précédemment que les sources d'informations institutionnelles imposent au professionnel de déployer son esprit critique pour analyser cette pluralité de recommandations. Qu'en est-il des ouvrages pédagogiques destinés à un public d'étudiants moins aguerris ? À l'inverse des textes institutionnels, les ouvrages abordant la toxoplasmose sont plus nombreux et les mesures préventives sont d'ailleurs plus précoces. Deux hypothèses peuvent être formulées pour l'expliquer, l'idée d'une base de connaissances plus stable et plus solide pour la toxoplasmose facilitant l'appropriation par les auteurs, ou une priorité accordée à la listériose plus faible au regard de l'accroissement de la sécurité alimentaire dans notre pays. Cette différence numérique se traduit dans la pratique par une inadéquation entre les textes institutionnels et les ouvrages. L'une de nos hypothèses de travail était que les ouvrages pédagogiques s'appuient de plus en plus sur les recommandations issues des instances sanitaires et professionnelles. Et dans la mesure où elles s'appuient sur des données fondées sur les preuves, nous partions du principe que les ouvrages se calquaient sur cette démarche avec une précision qui augmentait au cours du temps. Cependant, de façon globale, nous avons constaté que les ouvrages ne sont pas le reflet des textes institutionnels. Un décalage s'observe, supérieur au temps nécessaire à l'écriture et la publication. Certaines recommandations ne sont citées que 10 ans plus tard dans les ouvrages. Les Encyclopédies Médico-Chirurgicales (EMC) sont les publications qui les reprennent le plus fréquemment. Cependant, certains ouvrages sont en avance sur les textes institutionnels. Cela est en partie lié aux auteurs, leurs profils (chercheurs, médecins infectiologues, etc.) et aux sources utilisées pour la rédaction (articles scientifiques, recommandations internationales). D'ailleurs, les publications scientifiques ainsi que les recommandations diffusées à l'international apparaissent, dans nos résultats, comme des éléments marquants dans l'élaboration des savoirs de plusieurs professionnels (sage-femme et médecin, indifféremment de l'ancienneté). Elles sont un repère de comparaison et une source d'inspiration. Notre enquête souligne que, tout comme les textes institutionnels, les ouvrages sont marqués par une diversité d'émetteurs et une pluralité de messages de prévention. Pour écrire leur propre musique, les professionnels doivent donc composer avec de nombreux instruments et une diversité de partitions qui ne s'accordent pas entre elles.

Le format de publication des ouvrages semble aussi peu approprié pour une mise à jour rapide des recommandations, nécessaire au regard de l'évolutivité³⁰² des voies de contamination de la listériose. C'est d'ailleurs l'un des reproches des professionnels qui se désengagent rapidement de ce type de sources une fois diplômés : « *Non plus maintenant, parce que je trouve les manuels avancent moins vite que le numérique.* » (PS19-SF15-Anc13)

Les ouvrages pédagogiques sont une constante en formation initiale, mais restent peu mobilisés au cours de leur exercice hormis lors des transitions professionnelles (passage du statut étudiant au statut de jeune diplômé, de l'exercice salarié à l'exercice libéral, nouvelle pratique dans un

³⁰² Par évolutivité, nous désignons une aptitude, une capacité à évoluer. Dans ce cadre, le potentiel évolutif des voies de contamination de la bactérie témoigne de son adaptabilité à son milieu, condition impérative à sa survie. De nouveaux produits contaminés par la *Listeria* ont été récemment découverts (melons, légumes surgelés, etc.).

service de consultations prénatales, etc.). Les revues professionnelles sont aussi à disposition des étudiants dans les bibliothèques universitaires en version papier et parfois en accès numérique. Toutefois, malgré l'émergence de l'internet, les instituts de formation ne sont pas également dotés. Ces sources d'information sont utilisées par les étudiants, notamment pour leurs travaux universitaires et leurs mémoires de fin d'étude. Ensuite, les usages varient et les professionnels s'y réfèrent pour suivre les actualités et se tenir à jour des recommandations, comme l'évoque cette sage-femme :

Beaucoup moins maintenant sur les livres. Mais aussi parce que maintenant c'est des compléments d'informations que je vais chercher, des compléments de connaissances... plus que vraiment la formation initiale où il y a tout à faire, quasi, et en fait tout ce qui est revues, magazines, c'est vrai que c'est plus simple pour moi, ça va vraiment me permettre d'aller chercher l'actualité... et des fois il y a des dossiers qui vont m'intéresser. (PS9-SF5-Anc4)

Cette démarche est facilitée par l'essor des sources numériques, très présentes dans l'environnement médical. En effet, les besoins d'informations évoluent, d'une recherche globale et exhaustive en formation initiale à une recherche ponctuelle et spécifique lors de l'exercice professionnel : « *Moi, quand je me pose des questions, quand j'ai besoin d'une information précise sur une conduite à tenir, sur une pathologie, là je vais plus sur internet.* » (PS9-SF5-Anc4) D'ailleurs, l'internet est privilégié pour sa facilité d'utilisation. Néanmoins, les professionnels se désintéressent de cette variété d'articles présents dans les revues, leurs lectures s'orientant avant tout vers leurs centres d'intérêt.

L'internet leur permet avant tout de répondre à des questionnements ciblés et de rechercher notamment les documents de référence (textes institutionnels, recommandations de bonne pratique, etc.). Pour s'informer, les professionnels consultent des sites institutionnels, qu'ils estiment de confiance. Toutefois, plusieurs de nos interlocuteurs évoquent une trop grande multiplicité des sources et des difficultés à trouver la « bonne » information, fiable et actualisée, comme l'explique cette sage-femme :

Oui, mais la dernière fois, j'avais dû taper [...] recommandations, et puis c'était des trucs, mais qui n'étaient pas, enfin, ça ne m'aidait pas dans ce que je recherchais [...] je ne tombe pas forcément que sur Doctissimo mais... même en tombant des fois sur des sites où pourtant j'essaie en mettant recommandations, conseils, des fois j'ai même le CNGOF et du coup, soit c'est des trucs qui datent... soit c'est vrai que j'ai du mal à trouver... (PS8-SF4-Anc11)

Tous ces dispositifs documentaires complètent les apports théoriques fournis par les cours magistraux en formation initiale. Dans ces enseignements, l'alimentation-grossesse est une thématique globalement peu abordée dans le cursus des médecins et des sages-femmes. L'enseignement est marqué par l'étude des pathologies (éléments diagnostiques, prise en charge de la maladie, traitements) et moins centré sur l'approche préventive. La listériose est fréquemment abordée dans les ouvrages dans l'item « Fièvre et grossesse ». Cela rejoint le constat de Jean-Louis San Marco, « *la prévention, parent pauvre de la médecine, n'occupe qu'une place limitée dans les cursus de formation des professionnels* » (2016, p.47).³⁰³ Cet enseignement est segmenté sous forme de modules mais aussi réparti sur plusieurs années. Perçu comme dispersé, il requiert un esprit de synthèse en fin de cursus pour assembler les différentes pièces du puzzle et identifier les recommandations communes. C'est ainsi aux futurs

³⁰³ San Marco, J.-L. (2016). Promotion de la santé et prévention des maladies. Dans F. Bourdillon, G. Brücker & D. Tabuteau (dirs.), *Traité de santé publique* (3^{ème} éd.). Lavoisier.

professionnels, de faire le lien entre les voies de contamination de chaque risque infectieux et les règles hygiéno-diététiques qu'ils devront aborder avec les femmes enceintes.

Un cursus professionnalisant par alternance permet aussi de développer sa pratique lors des stages, notamment par la voie du compagnonnage, qualifiée de formation *in situ* entre pairs. Il s'agit de l'une des principales sources d'acquisition de compétences et de techniques. Au-delà des connaissances théoriques, le compagnonnage vise à transmettre un savoir-faire et un savoir-être. Cette méthode basée sur l'apprentissage par imitation participe à l'élaboration de la communication sur les risques infectieux alimentaires. Certains professionnels ont décrit des messages types et parfois succincts de leurs formateurs, comme les propos de ce professionnel le reflètent : « *Les grandes lignes, oui, pour celles qui ne sont pas protégées pour la toxo, mais à part ça...* » (PS16-SF12-Anc10)

Leurs premiers discours sur les risques infectieux alimentaires sont issus d'une socialisation professionnelle sur plusieurs années. Parmi tous les messages de prévention, ces derniers apparaissent nécessaires mais peu prioritaires et souvent axés sur le risque lié à la toxoplasmose. Après une phase potentielle de mimétisme en début d'exercice, les pratiques des professionnels se spécialisent et se personnalisent, notamment après enrichissement progressif des savoirs, comme en témoigne ce professionnel : « *On fait comme on a vu faire et comme on a appris à ce moment-là, au départ, puis après au bout d'un certain temps on se fait son idée, et puis on choisit ce qu'on a envie de continuer et envie de faire soi-même !* » (PS6-GYN4-Anc28)

Les professionnels ont la possibilité de s'informer et de partager leur savoir au sein de colloques, de journées de formations, de diplômes universitaires complémentaires à leur formation initiale, etc. Cependant, l'alimentation-grossesse n'est pas au cœur de la formation continue des professionnels et les risques infectieux alimentaires, encore moins. Ils ont d'ailleurs le sentiment d'avoir un bagage minimum solide sur cette thématique. Ainsi, celle-ci est peu plébiscitée par les professionnels pour leur formation continue ; ils préfèrent orienter ces temps de formation sur des thématiques à risque médico-légal et privilégient ainsi celles à plus haute responsabilité (échographie, pratiques diagnostiques, suivi de la phase de travail et d'accouchement, etc.). La thématique des risques infectieux alimentaires est néanmoins approfondie suite aux doutes qui émergent lors de situations cliniques spécifiques et aux échanges avec leurs pairs ou les femmes enceintes. Ces incertitudes les obligent à se questionner et à réévaluer les messages à transmettre. Citons l'exemple de cette sage-femme qui exerce actuellement en Haute-Saône mais qui avait été confrontée lors de ses études dans le Gard à des patientes ayant des pratiques alimentaires différentes : « *Ah oui la grande question : " Est-ce que je peux manger du Mont d'Or pendant ma grossesse ? ", et là je me suis dit : " Il faut vraiment que tu te renseignes ! "* » (PS17-SF13-Anc6) Les professionnels sont parfois déstabilisés et mis en difficulté pour répondre à certaines interrogations précises des patientes, comme l'exprime cette sage-femme : « *Je ne sais pas, est-ce qu'on a le droit de manger des escargots pendant la grossesse ? Je me dis oui en théorie, mais à Paris, on ne m'a jamais posé la question. [...] Honnêtement, je me suis sentie bête avec mes histoires d'escargots.* » (PS22-SF18-Anc13)

Toutes ces situations participent à l'ajustement des messages. Notre recherche confirme que le savoir se construit grâce à la capacité des professionnels de réexaminer leurs propres actions dans le but d'améliorer des pratiques. La manière de transmettre un message de prévention en fait partie. Cela s'observe aussi dans le cadre de la prévention et du repérage du risque alcool chez la femme enceinte. Les professionnels de santé rencontrent des difficultés à questionner

les pratiques de façon pertinente et à parler alcool (Douguet & Fillaut, 2017), cela ressort également dans certains échanges :

L'alcool, ce n'est pas des choses dont elles vont me parler spontanément. C'est marrant parce que toutes les femmes, à qui on demande si elles consomment de l'alcool pendant la grossesse, tout le monde dit : « nan ». C'est rarement oui. Une femme qui me dit si si... Je bois un verre de vin par jour, ça n'arrive jamais... Mais est-ce que c'est vrai ? Ce n'est pas évident... est-ce bien demandé ? (PS25-SF21-Anc14)

Dans ce cadre, « la réflexivité représente un mécanisme par lequel le sujet devient son propre objet d'analyse et sa propre source de connaissance impliquant [...] une analyse critique de sa propre pratique ainsi que des répercussions de ses propres postures dans la relation à l'autre » (Kebir, 2020).³⁰⁴ Pour Baarts et al., grâce à l'utilisation consciente de la réflexivité, les médecins³⁰⁵ peuvent acquérir de nouvelles connaissances. Cela implique d'être conscient de la façon dont l'interaction entre le professionnel et le patient influence les informations échangées dans le cadre de la consultation. La réflexivité est considérée comme une stratégie pouvant être utilisée pour mettre en œuvre une approche centrée sur le patient dans la consultation (2000). Ainsi, comme nous l'avons relevé dans notre enquête, au contact des femmes enceintes, cet apprentissage réflexif bouscule les automatismes et réajuste régulièrement les messages délivrés. Pour André Vacheron, le doute est « le premier pas vers la vérité. L'homme qui sait douter se défie et la défiance éveille le discernement critique qui apprend à distinguer le vrai du faux ». ³⁰⁶ Ce savoir expérientiel et cette expertise s'élaborent dès la formation initiale et se remodelent au fil du temps, selon les diverses situations cliniques rencontrées tout au long de leur parcours professionnel. Rencontrer des cas de contamination, se trouver dans des lieux géographiques fréquemment touchés par des alertes sanitaires influencent la priorité donnée aux risques infectieux alimentaires en consultation.

Notre enquête montre aussi que le transfert de connaissances est facilité par les échanges informels entre pairs. Ces derniers s'organisent fréquemment sur les thématiques de grossesse et même si cela est moins prioritaire, cela concerne parfois l'alimentation-grossesse. Ce mode de transmission d'information et de partage d'expériences entre pairs est très apprécié des professionnels : « C'est complètement disséminé au quotidien mais c'est vrai que je trouve que les collègues c'est une bonne source d'info. » (PS23-SF19-Anc21)

Cela concerne les temps de rencontre au quotidien entre collègues, lors des formations mais aussi sur des sites et réseaux sociaux. Ils partagent des articles, recommandations, des expériences et recherchent aussi du soutien social. Les débats permettent de faire évoluer les messages délivrés sur l'alimentation-grossesse, comme ceux qui existent sur le dépistage de la toxoplasmose (ex : débat raconté par le professionnel PS5). D'autres possibilités de partage d'informations et d'expériences sont évoquées, tels que des groupes de discussion en ligne, notamment sur la plateforme Facebook, composés de praticiens d'une même profession ou d'une même spécialité. Ce professionnel évoque l'évolution qu'il y a eu avec « les réseaux

³⁰⁴ Kebir, Y. (2020). Le praticien réflexif : aperçu des formations à la réflexivité pour les enseignants et les médecins. Centre de recherche, formation, histoire sociale Henri Aigueperse- UNSA Éducation.

³⁰⁵ Même si certains auteurs centrent leurs analyses sur les médecins, leurs réflexions touchent également la profession de sages-femmes qui est confrontée aux mêmes situations cliniques.

³⁰⁶ Vacheron, A. (2010). *Doute en médecine*. [Séance solennelle de rentrée des cinq académies]. Institut de France. André Vacheron est membre de l'Académie nationale de médecine ainsi que de l'Académie nationale de Pharmacie. Depuis 2009, il est également membre de l'Académie des sciences morales et politiques et grand officier de la Légion d'honneur. http://seance-cinq-academies-2010.institut-de-france.fr/discours_vacheron.php

sociaux qui permettent effectivement entre collègues de s'envoyer des choses, d'avoir des infos, etc. » (PS11-SF7-Anc10)

À ces différentes modalités de recherche d'informations, les professionnels ont cité les organisations professionnelles et syndicales, les réseaux de périnatalité et les maternités mais aussi tout ce qui a trait à la recherche (articles, revues, journaux scientifiques). Leur savoir s'enrichit également lors de démarches personnelles pour les professionnelles ayant été enceintes. Cela touche vraisemblablement par ricochet les professionnels ayant eu une compagne enceinte car le conjoint n'est pas indemne d'interactions sur le sujet : « *il suffit d'avoir vécu à côté [rires]* » (PS4-GYN2-Anc10). Étant confrontées aux précautions quotidiennes de l'alimentation-grossesse, elles ont ressenti le besoin d'enrichir leurs connaissances, comme l'admet cette sage-femme : « *j'avais pas autant d'infos avant d'avoir fait mes mômes !* » (PS14-SF10-Anc13) Cela indique que, au-delà de messages bien identifiés par les professionnels, des questionnements ne trouvent pas leur réponse dans le discours médical, traditionnellement délivré en consultation.

Dans la pratique, c'est par une sorte de « modelage » que se construit le savoir expert sur l'alimentation-grossesse et les risques infectieux alimentaires. Il implique une variation de la parole médicale lors des consultations. Celle-ci est perçue par les femmes de notre étude qui côtoient plusieurs professionnels ou lorsque ces dernières comparent avec d'autres femmes enceintes les discours médicaux : « *Même au niveau du discours médical, il n'est pas forcément similaire d'une personne à l'autre...* » (Ophélie, A30, E0)

En début de thèse, deux questions guidaient nos réflexions : « Les risques infectieux alimentaires sont-ils abordés en systématique par les professionnels de santé lors des consultations de début de grossesse ? », « Comment sont-ils priorisés et délivrés ? ». L'observation des consultations ne nous a pas permis d'évaluer cette action qui peut être autant ponctuelle que réalisée à des temps variables du parcours de grossesse, voire en amont de celle-ci et par différents professionnels. Les entretiens avec les femmes enceintes ne permettent pas une mesure objective de cette démarche puisque le biais de mémorisation est présent et qu'il est tout à fait possible, même si le message a été délivré, qu'il n'ait pas été « retenu ». Ce qui a été constaté lors des observations en consultation à plusieurs reprises. Pour évaluer la systématique des messages, nous nous référerons directement à ce que les professionnels perçoivent des messages qu'ils délivrent, acceptant une divergence potentielle avec la réalité. Lors des entretiens, les professionnels reconnaissent la nécessité d'échanger et de transmettre des informations lors du suivi prénatal sur les risques infectieux alimentaires.

Selon une étude menée en 2020 auprès de professionnels de santé, exerçant en centre hospitalier et en libéral, la totalité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens interrogés déclaraient aborder la toxoplasmose systématiquement lors du premier trimestre de grossesse et la listériose était évoquée pour plus de 90% d'entre eux (Cot, Durand, Biquet et al., 2022). Ce chiffre met en lumière un ancrage probable dans les discours, ce qui rejoint les résultats de notre recherche puisque les professionnels interrogés déclarent tous aborder les risques infectieux alimentaires en consultation, et ce qui demeure en adéquation avec leurs obligations réglementaires. Comme le souligne Catherine Donner, « *le suivi prénatal s'inscrit dans un contexte de médecine préventive, orientée vers le dépistage de pathologies à haut risque tant pour la mère que, plus récemment, pour le fœtus ou le futur enfant* » (2011, p.167).³⁰⁷ Même

³⁰⁷ Donner, C. (2011). 17. Le suivi prénatal au XXI^e siècle vecteur de stress ? Dans L. Roegiers (dir.), *Stress et grossesse : Quelle prévention pour quel risque ?* (pp. 167-171). Érès.

lorsque le suivi est assuré par une sage-femme, ces missions de prévention et de dépistage sont considérées comme l'un des objectifs des consultations, comme l'exprime cette sage-femme :

J'ai déjà beaucoup de choses à dire en fait... moi on m'a appris à faire l'information de la prise de sang, du dépistage de l'HT21, de la toxoplasmose, etc... je pense que le message important pour moi, c'est qu'elles ne fassent pas de fautes, j'allais dire des fautes alimentaires, pas tant sur la quantité ou sur la qualité, sur le risque de transmission. Alors, je fais une fixation peut être sur la toxoplasmose... (PS25-SF21-Anc14)

Au sein de ce colloque singulier, la communication médicale sur l'alimentation-grossesse matérialise un instrument à visée prophylactique. Dans ces actions de communication, il s'agit de transmettre des messages de prévention à une femme enceinte. Au-delà de leur portée individuelle, ces derniers sont-ils relayés à un niveau plus collectif ? Et comment cette préoccupation individuelle s'intègre-t-elle dans les interactions avec la sphère médicale et dans un horizon plus large dans l'environnement social ?

6.2. La consultation, au cœur de la « société » des savoirs profanes ?

Pour les femmes enceintes, la consultation est l'occasion de partager avec leurs professionnels leurs inquiétudes et leurs questionnements qui varient tout au long de la grossesse et éventuellement évoquer avec eux ce qu'elles savent ou ont compris des sujets de santé. L'observation des consultations était une opportunité pour explorer la place de la thématique de l'alimentation-grossesse au sein de leurs préoccupations. Dans notre étude, le premier trimestre est marqué par des craintes sur la bonne évolution de la grossesse et l'organisation du suivi prénatal et des différents examens de grossesse. L'examen obstétrical mené par le professionnel vient confirmer ce nouvel état et permet à la femme enceinte de s'assurer que la grossesse suit son évolution naturelle. Ces premières consultations sont un espace permettant d'ancrer la réalité de cette grossesse et un tremplin pour se projeter dans les futures étapes et dans cette vigilance accrue. Les propos recueillis auprès de *Rachel (A22, E0)* illustrent cette « prise de conscience » :

Lorsque j'ai eu mon premier rendez-vous avec la sage-femme, ça a été une prise de conscience énorme. Je me suis dit : « Ah ben oui je suis bien enceinte, ah bien oui il faut que je fasse attention et à ce que je mange et à ce que je fume... et à mon activité physique, et à ce que je porte etc. » Et c'est là au final où j'ai eu un déclic et puis j'ai commencé à vraiment faire attention.

Catherine Donner expose l'effet positif de l'échographie, qui permet de visualiser le fœtus, sur la modification de certains comportements à risque, plus particulièrement lorsque celle-ci est réalisée en début de grossesse (2011). Pour les femmes interrogées dans notre enquête, trois dépistages viennent « médicaliser » ce temps, qui leur rappelle le risque de pathologie et les conséquences potentielles sur leur futur enfant : les dépistages pour la trisomie 21, le diabète gestationnel et la toxoplasmose. Cette surveillance active représente l'un des paradoxes de la médecine actuelle puisque 80% des grossesses sont considérées comme physiologiques³⁰⁸ et présentent un déroulement normal. Dans cette perspective, pour Alain Jean, « *tout doit être normé, surveillé, évalué, sous contrôle. [...] la médecine a transformé la grossesse, qui devrait être un moment heureux résultant du projet de deux êtres qui s'aiment, en un parcours du combattant jalonné de phases de surveillance, où tout est dramatisé.* » (2021, p.81)³⁰⁹ Les femmes enceintes semblent souscrire sans grande résistance à ce souci de contrôle (Burton-Jeangros, 2010 ; Viaux-Savelon, 2013).³¹⁰ Ce constat a été observé dans notre étude, les femmes attendaient avec impatience ce temps de consultation, de connaître les résultats des dépistages, des échographies et avoir la confirmation de la bonne évolution de la grossesse. Ces préoccupations sont souvent évoquées lors des entretiens. Celles-ci sont parfois partagées au sein du foyer voire au sein de la cellule familiale élargie. Cette période est aussi marquée par des désagréments liés aux « maux » de la grossesse qui touchent une majorité de femmes. Si la grossesse n'est pas visible jusque-là, ils mettent en lumière de façon précoce l'existence de celle-ci. Cependant, ils impactent la vie quotidienne et viennent perturber pour bon nombre de femmes leur alimentation. Si les « maux » de la grossesse s'estompent au fil des mois, certaines

³⁰⁸ Environ 80% des grossesses sont dites physiologiques c'est-à-dire présentent un déroulement que l'on pourrait décrire comme « normal », sans complication. Voir : <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/sages-femmes/>

³⁰⁹ Jean, A. (2021). *La clinique et la relation médecin-malade aujourd'hui*. Éditions L'Harmattan.

³¹⁰ Pour Viaux-Savelon, « *devant la médicalisation de la grossesse, généralement les parents se retrouvent dans une position passive et suivent les protocoles de dépistage du diagnostic anténatal.* »

inquiétudes perdurent comme celles sur l'évolution de la grossesse.³¹¹ De nouveaux symptômes apparaissent, telles que des douleurs difficilement interprétables pour les femmes et sources de nombreux questionnements. Tous ces symptômes amènent aussi à un sentiment de perte de contrôle sur leur corps, sur ce qu'elles ressentent et sur leurs activités quotidiennes (modification de l'organisation des repas, répartition différente des tâches, etc.). Ce constat a été partagé par plusieurs femmes de notre enquête, comme l'exprime *Olivia (A33, E1)* : « *J'aime bien contrôler, et là je ne contrôle pas grand-chose donc... la grossesse c'est... l'art d'apprendre à lâcher un peu prise, à perdre le contrôle. Mais c'est vrai que... c'est compliqué.* »

Cela rejoint les travaux de Reeves et al. qui évoquent une hypervigilance par rapport à toutes les manifestations et signes donnés par leur corps avec le besoin de savoir si tout se déroule normalement « *à l'intérieur d'elles* » et ce sentiment d'une réalité qui en partie leur échappe « *en raison du caractère inaccessible et invisible du fœtus, accentuant ainsi le sentiment d'impuissance et de perte de contrôle* » (2016).³¹² L'alimentation est souvent l'un des seuls leviers pour retrouver une certaine maîtrise sur son quotidien, notamment au regard des deux dimensions du risque alimentaire, le risque sanitaire et le risque nutritionnel (Laporte, 2019).

Notre enquête souligne que les préoccupations à l'égard de l'alimentation interviennent généralement en tout début de grossesse. Les femmes enceintes ont la volonté d'apporter le meilleur à leur enfant et se questionnent sur des pratiques non habituelles, prônées en dehors de la grossesse telles que : privilégier l'alimentation biologique, limiter les aliments ultra-transformés, manger plus équilibré, réduire les pesticides, favoriser les circuits courts, etc. Ces démarches sont englobées sous le terme « l'alimentation-santé », qui est largement valorisée par les autorités sanitaires et les différentes campagnes de prévention (Adamiec, 2017). En parallèle, l'association d'idées avec le terme « alimentation-grossesse » fait émerger les pratiques alimentaires à privilégier pour prévenir les risques infectieux mais avant tout le mot « restrictions » ! Ce dernier est d'ailleurs exprimé par les femmes de notre enquête avec beaucoup d'intensité, comme un cri du cœur, le point d'exclamation retranscrit dans les verbatims n'en est qu'un pâle reflet : « *Des restrictions ! [rires] après, moi, je ne suis pas immunisée contre la toxo donc, il y a pas mal de choses que je n'ai pas mangées !* » (*Elsa, A30, E1*)

Les femmes évoquent fréquemment et avec ardeur l'ampleur de ces dernières, en énumérant les aliments qu'elles ne peuvent plus consommer. Ces précautions sont aussi associées au mot « contraintes ». Cette vision est largement influencée par l'absence d'immunité vis-à-vis de la toxoplasmose, comme en témoigne *Audrey (A29, E0)* : « *Je dirai aussi contraintes... je ne suis pas immunisée contre la toxoplasmose. C'est des aliments à éviter... que j'aimais manger avant.* » Cette préoccupation est moins présente pour les femmes ayant déjà eu un enfant et ayant déjà expérimenté ces préconisations. Néanmoins, elle n'est pas limitée aux femmes enceintes et est portée aussi par les conjoints, comme le montrent les observations de consultations et les entretiens. Ils sont un appui dans le respect des précautions et développent aussi une expertise sur cette thématique qu'ils tentent de s'approprier. Un exemple très parlant a été observé lors de l'échange avec *Laure (A30, E0)* dont le conjoint est très bien renseigné mais est aussi un réel soutien :

³¹¹ Les craintes sur le développement de l'enfant et l'anxiété sur le sentiment de perte de contrôle sur leur corps ont été décrits par d'autres auteurs : Reeves, N., Pelletier, V., Schauder, C., Thériault, J., & Wendland, J. (2016). Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse ; une étude longitudinale et qualitative. *Devenir*, 28 (1), 43-64.

³¹² Op. cit.

Je suis en train de me dire que j'aurai dû vous passer mon compagnon, lui il est hyper balaise sur ces trucs-là !!! Finalement moi quand j'ai un doute, ma première question c'est : « D., est-ce que je peux ? » [rires] Mais lui, je pense, il sait plus que moi... Il s'inquiète plus on va dire ! C'est pour ça aussi que ça me permet d'être plus détendue !

Comme en témoigne d'ailleurs *Laure* en entretien, c'est aussi une manière pour eux de déterminer comment s'investir dans cette grossesse.³¹³ Nous avons utilisé le terme de « colloque singulier » pour désigner cette conception duelle de la communication entre le soignant et la patiente. Pourtant, une personne accompagnante est souvent présente lors des consultations de grossesse et participe à l'échange. Plusieurs auteurs font d'ailleurs le constat de cette indispensable adaptation. Singy et Merminod soulignent que « *les soignants concernés par ce type de consultations sont donc amenés à gérer la communication en tenant compte du profil de ce tiers* » (2021, p.99).³¹⁴ C'est effectivement ce qui a été observé lors des consultations, même si les conjoints sont légèrement en retrait, ils participent aux conversations et sont parfois à l'origine de questions-réponses avec le professionnel. Pour Camus et Oria, « *la place des hommes comme destinataires des discours d'accompagnement reste marginale, comparativement aux femmes* » (2017, p.17).³¹⁵ Notre étude ne rejoint pas entièrement le constat de ces auteurs, cette triangulation de la communication était loin d'être une exception dans les consultations de grossesse que nous avons observées. De plus, comme l'exprime Claudine Burton-Jeangros, si la transmission des pratiques préventives induit clairement pour les femmes « *une mise en avant de la responsabilité individuelle face à la santé* », celle-ci est souvent « *relayée par une surveillance exercée par l'entourage* », les conjoints et la famille (2010, p.208).³¹⁶ Notre enquête met en lumière cette vigilance partagée par l'entourage au sein de plusieurs couples, comme celui de *Tatiana* ou de *Sarah* :

Il regarde tout ce que je mange ! (Tatiana, A32, E0)

Quand on fait les courses, il me dit : « bah, ça, tu ne peux pas manger mais ça, tu peux manger ». (Sarah, A19, E0)

Dans notre enquête, nous avons pu constater que ce regard extérieur est perçu parfois comme pesant pour les femmes.

Dans cette rencontre avec le professionnel, la singularité de chaque femme enceinte est adossée à l'histoire qui l'a constituée, à tous ceux à qui elle est reliée et de façon générale : la consultation touche plus de deux personnes. Certains auteurs estiment que le savoir profane a été transformé par les bouleversements sociétaux, en particulier les changements liés aux modifications familiales et sociales, la dispersion des membres de la famille éloignant ainsi les jeunes femmes d'une expérience directe de la maternité en tant que témoin (Handfield et al., 2006 ; Masella & Godart, 2020). Au-delà de ce constat, notre recherche montre que de nombreuses femmes et couples viennent en consultation avec un bagage d'information sur les précautions alimentaires construit en amont de leur grossesse. Certes, les niveaux d'information sont jugés hétérogènes par les professionnels, comme le souligne cette sage-femme :

³¹³ Pour en savoir plus, voir : Truc, G. (2006). La paternité en Maternité : Une étude par observation. *Ethnologie française*, 36(2), 341-349.

³¹⁴ Singy, P., & Merminod, G. (2021) *La communication en milieu médical. Un labyrinthe*. Presses polytechniques et universitaires romandes.

³¹⁵ Camus, J., & Oria, N. (2017). Accompagnement des mères pendant la grossesse : des discours différenciés. *La Santé en action*, (441), pp. 16-17.

³¹⁶ Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Dans D. Manai, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 177-212). Stämpfli & Bruylant.

C'est très variable ! Celles qui ont un bon bagage sont celles qui sont allées le chercher. Il y a quand même beaucoup de patientes qui veulent être informées et qui sont actives. Après, il y a toute la catégorie de patientes qui ont un bagage mais est-ce qu'il est bon ? Je ne sais pas... parce que c'est plus des « On dit », des « Ma famille », ou « on m'a expliqué », ou « Oui j'ai une copine qui a été enceinte et du coup on m'a dit... », mais souvent c'est déformé, pas tout à fait correct et là il faut reprendre, et puis il y a toutes celles qui ne sont pas allées chercher, à qui on n'a pas forcément expliqué... Je trouve que c'est très variable, il y a de tout ! (PS18-SF14-Anc13)

Les décisions basées sur des connaissances erronées peuvent avoir de graves conséquences sur leur santé ou celle de leur futur enfant et celles-ci peuvent être « *d'autant plus graves que beaucoup d'entre elles ne parlent pas de leurs recherches sur internet avec leur soignant, par peur de jugement ou parce qu'elles n'en ressentent pas le besoin* », ne permettant pas au professionnel de rectifier les connaissances inexacts (Masella & Godard, 2020, p.178).³¹⁷ Nous partageons le constat de ces auteurs lorsque nous croisons les analyses de nos corpus. Toutes n'expriment pas leurs connaissances et lorsqu'elles partagent leur savoir ou leurs questionnements, les professionnels pointent régulièrement des incompréhensions. Comme le souligne l'un des professionnels (PS13), elles sont « *bien connectées* » mais ne sont « *pas bien informées* ». Ils observent une réelle confusion entre les deux risques et une méconnaissance plus marquée vis-à-vis de la listériose. Cela a été constaté aussi lors des entretiens, comme l'illustrent les propos recueillis auprès de *Jasmine* et de *Florie* :

J'avais déjà entendu parler de la listériose, de toxoplasmose, mais [...] je suis incapable d'expliquer exactement tous les risques que ça peut apporter, si tel ou tel aliment n'est pas recommandé parce qu'on s'est rendu compte qu'il y avait tel ou tel risque... (Jasmine, A28, E0)

Je reconnais que je peux confondre un peu parfois les principes entre la listériose et la toxoplasmose, comme j'étais concernée par les deux de toute façon. Je vois que mes connaissances sont limitées quand même, mais je pensais savoir à peu près ce à quoi il faut que je fasse attention. Mais si par exemple on me parle du fromage au lait cru, je ne me rappelle plus... enfin voilà c'est un peu flou quand même. (Florie, A42, E0)

D'autant plus que dans notre étude, les professionnels mettent en avant les nombreuses idées reçues qu'ils doivent combattre.

La toxoplasmose ou la listeria, elles viennent avec des tas d'idées fausses. (PS1-GYNI-Anc33)

Je pars toujours de ce que connais la patiente. Je dis toujours : « Qu'est-ce que vous connaissez, de quoi avez-vous déjà entendu parler ? » pour déjà entendre les bons messages et les faux messages. (PS 11-SF7-Anc10)

Nous partageons les constats de Viviane Clavier et Céline Paganelli : « *Les professionnels de santé, quant à eux, sont souvent amenés à “ recadrer ” les savoirs-patients au cours de leurs consultations, les connaissances apparaissant la plupart du temps comme peu solides ou comportant beaucoup d'idées reçues comme c'est le cas sur l'alimentation.* » (2022a, p.46)³¹⁸ Les professionnels jouent alors un rôle de médiateur dans cet accompagnement puisqu'ils interviennent pour faciliter la compréhension de ces recommandations et aider à la prise de décision (Deschamps, 2018). En revanche, le pendant serait que les échanges conduiraient à allonger le temps des consultations et pourraient déstabiliser l'organisation du système de soins (Romeyer, 2021). Mais la communication s'inscrit « *dans un environnement institutionnel qui*

³¹⁷ Masella, M. A., & Godard, B. (2020). Enjeux éthiques du recours à Internet par les femmes enceintes dans leur suivi de grossesse. *Santé Publique*, 32(2-3), 171-182.

³¹⁸ Clavier, V., & Paganelli C. (2022a). Contribution à la caractérisation de l'information de santé. Dans V. Clavier & C. Paganelli (dirs.), *Pratiques d'information et connaissances en santé* (pp. 31-50). ISTE éditions.

[...] *contraint les actions de ceux qui y prennent part* », notamment du fait de temps de consultation limité (Irving, 2017).³¹⁹

Nous l’observons dans notre enquête, chaque protagoniste est conscient de cette contrainte. Les professionnels témoignent clairement d’un temps restreint accordé aux messages de prévention (environ 5 minutes) : « *Nous, en consultation, on ne peut pas passer plus de temps. On ne peut pas délivrer tous les messages en même temps.* » (PS5-GYN3-Anc9) Ils admettent que le temps guide le contenu et le tempo de leur consultation :

Lors de la première consultation, je pense que je suis plutôt générale. Évidemment, je réponds aux questions quand il y en a. Et puis, de toute façon, comme les patientes, je suis amenée à les revoir, et on réexplique, on réévalue... mais en quart d’heure, je ne peux pas... cibler. (PS7-SF3-Anc11)

Pour les femmes enceintes, cette contrainte semble une évidence et elles s’y résignent, comme l’expriment à ce titre Perrine et Géraldine :

Forcément... on n’aurait pas le temps lors d’un rendez-vous médical de parler de tout, et d’aliments interdits... (Perrine, A30, E2)

C’est vrai que j’ai l’impression qu’on ne prend pas vraiment de temps pour aborder ce sujet-là. (Géraldine, A32, E1)

Cela rejoint les observations de Singy et Merminod, pendant ce temps d’échanges, « *soignants et patients vont en général à l’essentiel, et peu de digressions sont possibles* » (2021, pp.67-68).³²⁰ Ce facteur conduit inexorablement à une priorisation des messages délivrés en consultation, non axés sur les conséquences des maladies, perçues comme trop anxiogènes. Les professionnels interrogés décrivent un message court, simple, général et de bon sens pour faciliter la mémorisation des messages : « *Il faut aller vite. Parce qu’on n’a pas beaucoup de temps, donc pour ne pas que ce soit trop confus, je leur dis pour la toxoplasmose : “ Faites bien cuire vos aliments, comme ça, ça sera plus simple pour vous. ”* » (PS3-SF2-Anc37)

Ce constat est confirmé par les femmes enceintes, qui évoquent des messages de prévention énoncés sous forme de liste de restrictions, souvent très synthétique. Les professionnels souscrivent à ce rôle de filtre et de sélection des informations essentielles à retenir. Pour compenser cette information orale parfois laconique, ils sont nombreux à souhaiter s’appuyer sur des supports écrits, comme l’explique ce gynécologue-obstétricien : « *Je pense que le support écrit complète bien parce qu’il y a quand même des notions qu’oralement on ne peut pas dire comme ça, enfin on n’a pas le temps.* » (PS4-GYN2-Anc10)

Même si ce dispositif de consultation mobilise des normes de santé et des référentiels³²¹, l’analyse de tous les corpus permet de souligner qu’il n’existe pas de standardisation dans les messages délivrés sur les risques infectieux alimentaires. Si les professionnels sont garants de ces messages, notre étude souligne une hétérogénéité des discours que l’on pourrait qualifier « à géométrie variable ». La parole médicale est très différenciée entre les professionnels. Leurs appartenances à un corps professionnel (médecin/sage-femme) mais aussi à un statut d’exercice (hospitalier/ libéral) et leur ancienneté influencent leur façon de communiquer sur les messages de prévention. Les propos de cette sage-femme traduisent très bien cette variabilité manifeste :

³¹⁹ Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ open*, 7(10), e017902.

³²⁰ Singy, P., & Merminod, G. (2021) *La communication en milieu médical. Un labyrinthe*. Presses polytechniques et universitaires romandes.

³²¹ Nous pouvons rappeler l’existence du Guide de la HAS de 2005, *Comment mieux informer les femmes enceintes ?*

Les recommandations sont beaucoup axées sur l'alimentation sur « J'ai le droit », « J'ai pas le droit ». C'est pas toujours clair aussi, mais même pour nous ! Je pense qu'on n'a pas tous le même discours non plus sur les « J'ai le droit », « J'ai pas le droit ». (PS15-SF11-Anc14)

Leurs discours vont dépendre de leurs trajectoires, professionnelle et personnelle, en évolution constante, et sont le reflet de pratiques sociales. Comme le souligne Michèle Lacoste, « dans le secteur médical, on trouve ainsi des discours variés, et des types de soins variés, car les pratiques discursives ne sont qu'une forme des pratiques sociales » (1993, p.42).³²² Les discours peuvent avoir plusieurs orientations : sur les voies de contamination, sur un message non différencié entre les deux risques, limité aux précautions alimentaires, etc. La communication apparaît aussi personnalisée selon le profil des femmes enceintes et de la patientèle (notamment en rapport avec les spécificités liées à la zone géographique d'habitation), comme le précise ce professionnel :

La prévention, elle a toute sa place. Donc je parle autant d'un risque que de l'autre. Ce d'autant plus, pour moi, j'ai vraiment une patientèle rurale, que tout le monde fait pousser au moins 2-3 légumes dans son jardin. Donc, je mets beaucoup l'accent là-dessus en fait. Pas tellement sur le fait que c'est important de manger des légumes du jardin, mais que par contre, il faut absolument les laver, les éplucher, les cuire. Je pense que même les urbaines, elles mangent des légumes, mais mettre ses mains dans la terre, c'est quelque chose qui se fait quand même... quand on a de la terre chez soi, quand on ne vit pas dans un appart. Forcément, ça peut arriver, mais peut-être que je nomme vraiment ces choses-là parce que ça paraît plausible que ça arrive pour ces femmes... (PS20-SF16-Anc8)

Dans notre enquête, un critère apparaît commun aux professionnels et aux femmes. Ils se rejoignent sur la temporalité des messages délivrés. Les risques infectieux alimentaires sont abordés lors des consultations, de préférence avant la fin du premier trimestre, et le plus souvent à l'initiative du professionnel. Néanmoins, la démarche est variable : à la première consultation pour certains, celle suivante pour d'autres, voire en plusieurs temps. Cela dépend de leur organisation spécifique relative au suivi prénatal (temps accordé aux consultations, répartition des messages à délivrer, présence d'un support écrit, etc.).

Lors de la consultation, le moment pour délivrer l'information est souvent lié au test de dépistage pour la toxoplasmose : soit lors de la prescription, avec des messages qui seront adaptés en fonction du statut sérologique, soit lors de la réception du résultat. En France comme à l'international, le dépistage de la toxoplasmose fait l'objet de controverses. De nombreux pays se posent la question de la meilleure attitude à adopter en termes de prévention de la toxoplasmose congénitale. Au-delà de son efficacité démontrée par rapport au dépistage néonatal³²³, le dépistage prénatal de la toxoplasmose apparaît primordial pour initier l'échange sur la prévention des risques infectieux, voire de l'alimentation-grossesse de façon plus globale. Ce lien entre le dépistage, démarche mensuelle, et les précautions, peut marquer les esprits des femmes qui identifient majoritairement le risque toxoplasmique alors qu'elles se souviennent peu de la listériose.

L'information sur les messages de prévention peut ainsi être répétée dès que le sujet de la toxoplasmose est abordé dans le parcours de grossesse des femmes. Dans notre étude, lorsque celle-ci est répétée, c'est souvent du fait de l'intervention de plusieurs professionnels dans le parcours des femmes. Ces dernières ne sont donc pas exposées à un seul savoir mais parfois à

³²² Lacoste, M. (1993). Langage et interaction : le cas de la consultation médicale. Dans J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste (dirs), *Soins et Communication. Approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 33-61). Éthologie et Psychologie des communications. Presses Universitaires de Lyon.

³²³ Binquet, C., Lejeune, C., Seror, V., Peyron, F., Bertaux, A. C., Scemama, O., Quantin, C., Béjean, S., Stillwaggon, E., & Wallon, M. (2019). The cost-effectiveness of neonatal versus prenatal screening for congenital toxoplasmosis. *PLoS one*, 14(9), e0221709.

plusieurs et aussi à différentes approches. Nous pouvons mettre en avant deux témoignages, celui de *Malorie*, qui s'est retrouvée en difficultés suite au discours peu explicite de son médecin généraliste et celui de *Karen*, dont la sage-femme avait une approche du risque différente du gynécologue-obstétricien :

C'est le seul bémol que j'ai dans tout mon suivi : c'est la généraliste que j'ai vu au début, ça ne servait à rien. Je serais allée directement faire ma prise de sang et voir le gynécologue... j'aurai gagné mon temps. Le gynécologue en a parlé un peu plus précisément on va dire... que juste : « Vous ne mangez pas de fromage, de charcuterie... » et voilà. (Malorie, A25, E0)

La sage-femme a abordé la question, pour le coup à l'oral, contrairement à la gynéco... Et elle a eu tendance à dramatiser en fait... sans rentrer dans des considérations trop techniques ou précises. (Karen, A32, E0)

La femme enceinte se retrouve parfois au cœur d'un « colloque pluriel », potentiellement à l'origine d'une cacophonie informationnelle pouvant affaiblir la parole médicale. Les propos de *Fanny* et de cette internaute vont dans ce sens :

Sur l'alimentation enceinte, j'ai demandé aux professionnels. Quand j'étais encore suivie dans le service de PMA, une sage-femme m'avait dit : « Vous pouvez manger ce que vous voulez, il n'y a aucun risque. » Je trouvais le grand écart un peu trop... flippant. Entre le « Il faut faire attention » du gynéco et le « Il n'y a aucun risque, pour rien » de la sage-femme. Du coup, j'ai fait un peu à ma sauce. (Fanny, A35, E0)

Internaute : Les médecins nous culpabilisent beaucoup mais honnêtement il y a très peu de chance si tu respectes au minimum les règles d'hygiène. Ils ne sont eux-mêmes pas tous d'accord sur ce que l'on a réellement le droit de manger ou non !!

Sur cette thématique, aucune articulation collégiale et mise en cohérence de l'accompagnement ne sont observées. Un cercle plus large d'experts se fait l'écho des messages de prévention qui débordent alors le simple cadre de la consultation. Cette pluralité oblige les femmes à croiser les informations, voire à identifier des préférences dans les discours tenus, comme l'explique *Ophélie* et une internaute :

J'ai privilégié plutôt les sources d'informations qui venaient du corps médical, c'est sûr, c'est évident. Après, la sage-femme d'une amie lui avait dit qu'elle pouvait manger des œufs... même crus, et que le seul risque, c'était d'être bien malade... j'ai aussi suivi cette recommandation-là, parce qu'elle m'arrangeait bien !! De ne pas avoir à faire attention à ça en plus. (Ophélie, A30, E0)

Internaute : Un doc disait non l'autre oui. J'en ai mangé et mon loulou va très bien.

Malgré tout, pour les femmes, l'information transmise par les professionnels est perçue comme satisfaisante lorsqu'elles détiennent des connaissances antérieures à la grossesse. Toutefois, dans notre enquête, certaines femmes suggèrent que plusieurs caractéristiques peuvent impacter le contenu du discours du professionnel (grossesse antérieure, profession dans le domaine de la santé, de la nutrition ou de la restauration) mais aussi lors d'un statut positif à la toxoplasmose. Moins d'informations seraient alors transmises lors de cette consultation. Dans ces circonstances, quelques femmes de notre étude mettent en doute la parole médicale, notamment lorsque celle-ci est trop succincte ou n'est pas en adéquation avec leur savoir. Nous pouvons reprendre la situation de *Caroline* (A33, E0) travaillant dans la restauration qui a été déstabilisée par la trop grande souplesse exprimée par le professionnel sur les restrictions :

Au début, tout le monde me disait, même ma sage-femme, la première d'ailleurs : « Oh de toute façon, on a tendance à dire maintenant qu'on ne se restreint plus, on mange tout, sans problème. » Elle ne m'a pas donné vraiment de très bons conseils, je n'ai pas eu l'impression d'avoir été bien soutenue, sincèrement... Elle m'a dit : « On laisse vraiment les femmes enceintes manger de tout. On ne se

restreint sur rien. » Ça m'avait un peu refroidie dès le début, je ne me sentais pas épaulée, pas vraiment soutenue, même sur l'alimentation, tu te sens impuissante.

Tous ces constats portant sur la variabilité des discours amènent à plusieurs questionnements. La plupart des professionnels savent que leurs patientes ont davantage accès à l'information. Est-ce que cela peut aussi impacter le contenu de leurs messages et la manière de les aborder ? C'est ce que les propos de cette sage-femme laissent sous-entendre :

Dans l'idée, je suis assez synthétique quand même dans mes consultations, elles ont déjà tellement d'infos... de plein de sources différentes, que souvent, je vais reprendre ce qui leur a été dit. On rediscute de ça. Et après, souvent, on fait un peu une synthèse des choses importantes, qu'il faut vraiment éviter. (PS16-SF12-Anc10)

Fonder son discours sur les grands principes de prévention est-il suffisant pour ouvrir aux femmes enceintes la voie pour lancer des recherches plus précises et mettre en application ces mesures ? Notre recherche témoigne, tout au long de cette chaîne de construction des savoirs, de l'existence de zones de flou sur les précautions alimentaires à suivre, dès l'élaboration des recommandations jusqu'aux messages transmis aux femmes enceintes. Même si l'information médicale tente de se situer au plus près des recommandations institutionnelles, les messages ne sont pas assez précis pour les femmes et des hésitations surviennent sur des catégories d'aliments (ex : fromages) ou des aliments spécifiques (ex : foie gras). Pour les femmes, cette perception pourrait être comparée à une vague imposante de restrictions qui les submerge : « *Ouah, mais comment je vais faire pour manger... je ne peux plus rien manger !* » Les femmes font état d'une vraie complexité dans la compréhension des messages de prévention et leur mise en application au quotidien même si globalement elles adoptent une démarche de vigilance. Ces pratiques s'accompagnent d'une discursivité continue, chaque femme doit s'appropriier ces messages, comme l'illustrent les propos recueillis auprès de *Karen* :

Finale, l'approche par maladie, je ne l'ai pas trouvée efficace... dans le sens où c'était assez redondant, et donc au final c'est moi qui ait dû croiser ces infos en disant : « ben alors ça en fait c'est pareil, ça c'est pas exactement pareil... » Et donc je me dis que faire plutôt un système... selon le cas, selon les femmes : « Si vous n'êtes que listériose, voilà... Si vous êtes listériose et toxo, voilà... » Parce que finalement, de soi-même devoir croiser, c'est quand même déjà assez compliqué, et c'est surtout qu'on a tellement de choses à prendre en compte dans la grossesse... (Karen, A32, E0)

Ces incompréhensions multiples, sur les aliments à éviter, leurs caractéristiques, la lisibilité des étiquettes, les modes de préparation conduisent à des pratiques de restrictions exagérées ou, au contraire, à des prises de risque inconscientes. Ces restrictions vont déstabiliser les femmes enceintes et conduisent fréquemment à des sentiments de frustrations qui débouchent sur des situations parfois problématiques alors qu'elles paraissent banales (ex : s'acheter un sandwich). Pour Burton-Jeangros, « *certaines femmes considèrent qu'il est normal de se plier aux attentes relatives aux comportements de la vie quotidienne. Elles sont ainsi prêtes à renoncer complètement à l'alcool ou à certains aliments qu'elles apprécient. D'autres en revanche, jugeant que les attentes à leur égard sont fortes, [...] ont parlé d'exagération et de contrainte* » (2010, p.204).³²⁴ Dans le même sens, certaines femmes de notre étude, comme *Caroline* (A33, E0), mettent au même plan toutes les précautions inhérentes à la grossesse : « *Pour moi c'était pareil, je l'ai vécu pareil : tout ce qui est tabac, alcool et puis alimentation, parce que je me suis dit que j'allais pas prendre autant de risques pour la santé de mon bébé.* » A contrario, d'autres femmes évoquent dans notre enquête la notion d'« interdit alimentaire », comme *Lucie*

³²⁴ Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Dans D. Manai, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 177-212). Stämpfli & Bruylant.

(A30, E0) : « ça me fait penser à préoccupations ! Non mais c'est vrai ! Déjà on a les interdits alimentaires qui forcément nous limitent un petit peu. » Cela sous-tend la notion de responsabilité portée par les femmes enceintes, renforcée par la pression sociale et celle engendrée par cette « autonomie » imposée par ces recommandations. Ces sentiments sont moins exacerbés pour les femmes immunisées qui y voient un « totem de tranquillité » ou les femmes ayant eu un enfant.

S'ensuit une véritable période d'apprentissage réflexif et de structuration de ces nouvelles pratiques alimentaires, avec des avancées à tâtons selon les aliments consommés. Comme l'évoque Camille Adamiec, il s'agit d'un moyen de « se faire savant par l'expérience » : « *Les expérimentations sont faites d'erreurs, de ratés, d'inattendus et de réajustements, les mêmes étapes que celles que connaît le scientifique qui cherche à découvrir un nouveau remède ou que le savant qui expérimente une nouvelle invention.* » (2016, p.163)³²⁵ Toutefois, cette période d'apprentissage s'envisage aussi avec l'épée de Damoclès : il suffit d'une « expérience » malheureuse (un aliment contaminé), parfois liée au hasard, pour basculer dans une grossesse à risque, plus particulièrement lors des premiers mois où les conséquences sont majeures.

Pour la majorité des femmes, ces pratiques se stabilisent à la fin du premier trimestre. Cette découverte progressive conduit à de nouvelles habitudes plus sécuritaires grâce à des connaissances plus poussées et une meilleure appropriation des pratiques, même si les femmes ne sont pas toujours certaines d'éliminer la totalité des risques. Tandis qu'une routine s'installe, certaines femmes tentent de retrouver le plaisir alimentaire qui se trouvait jusqu'ici impacté. Dans cette dichotomie « plaisir » versus « risques », s'inscrit l'idée de contrôle, de maîtrise de soi. Les stratégies d'adaptation sont différentes selon les femmes : retirer complètement les aliments de leur alimentation (ex : viande), imaginer des astuces pour consommer ces aliments sans risque (ex : congélation) ou élargir le champ des aliments consommés (ex : sushi végétarien). Parfois, elles envisagent des prises de risque ponctuelles pour assouvir leur plaisir alimentaire (ex : une tranche de saucisson). Pour cela, les femmes sont amenées à faire de nombreuses recherches et à s'informer en dehors du temps de consultation. Comme le constatent Viviane Clavier et Céline Paganelli, « *se développe alors un véritable savoir, une " expertise profane " qui émerge chez les patients* » (2022, p.3).³²⁶

Notre enquête montre que le savoir profane s'élabore fréquemment au contact de femmes enceintes du cercle familial ou amical lors de rencontres et notamment de repas. Ces futures femmes enceintes, en invitant leurs proches enceintes et en préparant les repas, s'interrogent sur les aliments à éviter et expérimentent ces pratiques, bien en amont de leur propre grossesse, comme le décrit très clairement *Gabrielle* (A29, E0) :

Typiquement, quand on a eu des amies qui étaient enceintes et qu'on a invité à dîner, de savoir qu'est-ce qu'on pouvait leur préparer ou pas, et puis à chaque fois on faisait la liste de ce qu'elles avaient le droit ou pas de manger en étant enceinte et puis du coup, c'est comme ça qu'on a appris et qu'on s'est souvenu des listes.

Pendant la grossesse, l'environnement social et familial reste un socle pour l'apprentissage des précautions, notamment auprès de leurs pairs ou de femmes ayant déjà eu un enfant. C'est au

³²⁵ Adamiec, C. (2016). *Devenir sain. Des morales alimentaires aux écologies de soi*. Presses universitaires de Rennes. Presses universitaires François-Rabelais de Tours.

³²⁶ Clavier, V., & Paganelli, C. (2022). Contribution à la caractérisation de l'information de santé. Dans V. Clavier & C. Paganelli (dirs.), *Pratiques d'information et connaissances en santé* (pp. 31-50). ISTE éditions.

sein de ces cellules que se transmettent et se discutent des informations sur les risques infectieux alimentaires. De fait, les normes de prévention circulent largement au sein de la société mais dans un cadre privé plus intime. Les proches d'une femme enceinte font généralement attention au respect de ses choix alimentaires, comme en témoigne *Karen (A32, E0)* : « *J'ai des amis qui sont tellement précautionneux qu'ils gardent les emballages de fromage quand ils nous reçoivent pour que je puisse vérifier dessus au cas où, c'est plutôt adorable !* »

Cet entourage peut répondre de façon plus adaptée à ce besoin ponctuel et précis d'informations. Et il est souvent plus simple de questionner ses proches que son professionnel de santé, comme le manifeste *Audrey (A29, E0)* : « *Le gynéco c'est crédible, c'est sûr même à 100% mais en fait c'est qu'il n'a pas le temps [...] pour moi, la plus source la plus crédible en ce moment, parce que c'est une des plus accessibles, c'est la famille et les amies..., c'est les personnes référentes, on va dire, pendant la grossesse.* »

Comme l'évoquent Singy et Merminod, « *dans les interactions quotidiennes entre pairs, les participants disposent généralement d'un droit équivalent à poser des questions, alors que, lors d'une consultation, l'initiative des questions revient majoritairement au soignant, en raison notamment de la mission qui lui incombe* » (2021, p.68).³²⁷

Néanmoins, dans notre enquête, les femmes constatent de fortes divergences entre pairs dans le respect des précautions. Certaines conversations amènent à des périodes de doutes qui peuvent contribuer à vouloir discerner le vrai du faux dans les informations transmises mais peuvent aussi être source de tensions, de remontrances et de jugements. Les propos recueillis auprès de *Pauline (A30, E2)* illustrent l'ambiguïté de cette « attention » de ses proches, trop prononcée qui en définitive est vécue comme entravant sa « liberté » :

J'ai même l'impression que c'est eux qui surveillent mes plats ! par rapport au lait cru ! J'avais envie de raclette donc j'avais dit à mes copines : « Ben venez, on va se faire un petit resto raclette, avec le fromage et tout ça ! » Elles me disent : « Oui, mais attention, le fromage c'est pas bon ! » – « Ah non, non, ne commencez pas à me dire que c'est pas bon, parce que moi j'en ai envie, donc je m'en fous ! » – « Mais j'en ai envie donc... m'embêtez pas ! Laissez-moi ! »

Nous rejoignons ici les observations formulées par Claudine Burton-Jeangros : « *les membres de la population se positionnent dans certains cas en tant que garants de la bonne conduite des femmes enceintes. [...] Cette pression sociale, ressentie plus ou moins négativement par celles-ci, s'inscrit sans conteste dans le processus de biomédicalisation et notamment dans la surveillance diffuse des comportements face à la santé dans l'ensemble de la société.* » (2010, p.209)³²⁸ Dans notre recherche, les incompréhensions s'observent davantage lors de différences générationnelles ou lorsque les proches n'ont pas eu d'enfants, nécessitant une prise de recul de la part de la femme enceinte. Les propos de *Florie* soulignent les divergences qui entourent l'alimentation-grossesse :

J'ai une de mes amies qui n'a pas eu d'enfant et d'autres, c'était une autre époque... Je le vis bien parce que je suis sûre de moi sur ces principes-là. [...] Je suis indulgente... les gens ont toujours un avis à donner, sur la manière dont on doit mener une grossesse, tout en disant bien sûr qu'il ne faut écouter personne... C'est tout le paradoxe ! (Florie, A42, E0)

³²⁷ Singy, P., & Merminod, G. (2021). *La communication en milieu médical. Un labyrinthe*. Presses polytechniques et universitaires romandes.

³²⁸ Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Dans D. Manai, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 177-212). Stämpfli & Bruylant.

Dans le domaine de la santé, et plus particulièrement celui de l'alimentation-grossesse, l'information est non seulement très accessible pour les femmes mais aussi surabondante, accessible via des sites web, qu'ils soient institutionnels, professionnels, marchands, associatifs, ou d'information de santé grand public, mais également des vidéos, des podcasts, des applications, des émissions télévisées, des journaux et revues, des flyers, etc. (Romeyer, 2021). Tous ces supports manipulent des contenus aboutissant à une réinterprétation des savoirs et subissent un mouvement continu d'actualisation. Comme l'évoque Camille Adamiec, « *l'importance et l'usage des nouveaux moyens de communication ont transformé chaque individu en un potentiel émetteur de connaissances* » (2017, p.18).³²⁹

Les sources numériques sur les thématiques de grossesse et notamment sur l'alimentation-grossesse sont très fréquemment consultées avec des motifs de recours variés selon notre étude : pour compléter les informations reçues et combler un manque, notamment lors d'un échange perçu comme incomplet ou trop rapide, pour obtenir des informations plus précises lors d'un échange perçu comme trop global ou pour valider ou clarifier des informations obtenues de différentes sources (professionnels, entourage, médias). Le recours à ces sources d'information ne relève pas d'une démarche de méfiance envers son professionnel, mais est présenté dans la majorité des cas comme un moyen de pallier les contraintes organisationnelles des consultations prénatales (temps restreint, récurrence mensuelle). Dans notre enquête, questionner le professionnel sur l'alimentation-grossesse n'est ainsi pas leur premier réflexe, comme l'explique *Julie*, malgré toute la confiance accordée à sa sage-femme : « *Quand je me posais une question, c'est vrai que plutôt que d'appeler la sage-femme, je regardais en premier sur internet.* » (*Julie, A32, E0*)

Dans notre enquête, les professionnels de santé sont aussi perçus comme débordés de travail et n'ayant pas le temps de rentrer dans les détails, ce qui est retrouvé par d'autres auteurs (Lagan et al., 2010 ; 2011). Les femmes interrogées expliquent clairement la volonté de s'informer sans déranger le professionnel, comme le souligne *Sonia (A27, E1)* :

J'ai confiance dans les médecins mais je ne vais pas appeler mon médecin s'il y a un aliment qui me fait envie ou quoi que ce soit et puis que je veux le manger, je ne vais pas l'appeler pour lui dire : « est-ce que j'ai le droit ou pas le droit ? ». Forcément, je vais surtout m'appuyer soit sur l'application, sinon, sur internet.

Notre constat, pourtant observé par plusieurs auteurs (Stevenson et al., 2007 ; Burton-Jeangros, 2010 ; Sanders & Crozier, 2018), demeure néanmoins surprenant pour nous en tant que sage-femme. Dans notre représentation du métier, les professionnels de santé sont à l'écoute mais surtout accessibles. Combien de fois répétons nous qu'il n'y a pas de question « bête » pour dédramatiser la prise de parole des femmes...

Il ressort de notre enquête que leur motivation à consulter l'internet peut provenir d'un besoin de soutien ou pour répondre à un doute, une inquiétude liée à la santé du fœtus. Ce constat rejoint l'étude de Burton-Jeangros et Hammer, menée auprès de 50 femmes enceintes, sur les usages de l'internet au cours de la grossesse (2013). Au-delà du partage d'expérience, elles chercheraient des informations spécialisées, pour compléter les informations transmises lors des consultations, parfois par curiosité, ou pour pallier un manque né dans l'échange avec leur interlocuteur. Les auteurs expliquent par exemple le désir pour les femmes de trouver une liste précise d'aliments à éviter en cas de non-immunisation contre la toxoplasmose, ce qui a également été exprimé par les femmes enceintes que nous avons interrogées. Pour certains

³²⁹ Adamiec, C. (2017). *Manger sain n'est pas si sain*. Éditions Hachette.

auteurs, consulter internet peut également s'apparenter à rechercher un deuxième avis, avec la volonté de contrôler ou vérifier l'information qui a été délivrée en consultation. Le témoignage de Zoé (A38, E1) s'approche aussi de ce souhait d'avoir un autre regard sur l'information délivrée en consultation :

Par exemple sur les fromages pasteurisés, j'avais un doute sur la mozzarella, le gruyère râpé... et la réponse qui m'avait été donnée par la gynécologue... c'était pas clair... peut-être que j'avais pas bien compris ou... je ne dis pas que c'était elle qui n'était pas précise mais... j'ai cherché sur internet.

Sur le groupe de discussion, l'avis de la communauté vient parfois « légitimer » la parole médicale et la prise de décision des femmes : « *Moi au début je stressais, après avis du gynéco et du forum, je m'en fais plus.* »

Si ces premiers éléments s'intéressent au message délivré, les motifs de recours aux sources numériques sont aussi liés à la réception du message, quand par exemple les femmes ne se souviennent pas de ce qui a été dit lors de la consultation ou mélangent les informations collectées. Cela repose sur les déterminants d'écoute et d'appropriation des informations, tels que la charge émotionnelle, comme nous l'avons observé en consultation. Par ailleurs, l'intention et le lancement d'une recherche peuvent viser un assouplissement des restrictions, notamment pour les femmes immunisées qui tentent de s'affranchir de certaines interdictions et souhaitent cibler les précautions minimums à adopter.

Comme avec les proches, l'internet permet de répondre à un questionnement immédiat, ponctuel et ciblé sur un aliment. Les propos recueillis auprès d'Olivia (A33, E1) illustrent ce constat qu'il s'agit d'une source privilégiée pour ce type de recherche : « *Internet c'est clairement plus facile que d'appeler une copine qui va te dire blanc, et puis la deuxième elle va te dire noir... Que de déranger sa sage-femme quand on est au restaurant, alors qu'elle a peut-être autre chose à faire !* »

Quand les femmes n'ont pas connaissance d'un site institutionnel à privilégier pour effectuer leurs recherches, elles utilisent basiquement un moteur de recherche. Lors de notre enquête préalable, d'importants volumes de recherches sur des mots-clés en lien avec les risques infectieux alimentaires ont été constatés : plus de 30 000 personnes tapent le mot-clé « toxoplasmose » et plus de 14 000 le mot-clé « listéria » sur un moteur de recherche chaque mois.³³⁰ Les recherches s'orientent dans un premier temps sur les grands principes de prévention ; ces derniers, cités sur différents sites, se trouvent facilement, comme l'explique Zoé : « *J'avais dû taper " aliments interdits - grossesse ". C'était assez large en fait ma recherche.* » Ces premières recherches ne servent pas à répondre à une question urgente. Puis dans un second temps, une recherche ciblée sur des aliments spécifiques est effectuée : « *Et après j'ai affiné sur des aliments précis* » (Zoé, A38, E1), avec le nom de l'aliment associé fréquemment aux mots-clés « enceinte » ou « grossesse ». Mais le fruit de leurs recherches ne permet pas toujours de dégager une réponse unique, comme l'évoque Sarah (A19, E0) : « *Je regardais plusieurs publications, il y en avait qui disaient oui et d'autres qui disaient non.* »

Certaines femmes restent méfiantes, toutefois elles sont nombreuses à estimer que les informations présentes sur l'internet sont globalement fiables, notamment lorsque cela provient de sites qu'elles considèrent sous contrôle médical tels que Doctissimo. Comme l'expliquent Masella et Godard : « *de nombreuses femmes pensent avoir les capacités nécessaires pour*

³³⁰ Ces chiffres sont issus d'outils d'estimation de volumes de recherches (Semrush et Ubersuggest). Cela ne donne pas d'idée sur le volume global qui nécessiterait de prendre en compte toutes les variantes composées autour de chaque mot-clé et les recherches sur des aliments spécifiques (ex : « mozzarella grossesse »)

juger de la fiabilité des sites qu'elles consultent, alors que peu d'entre elles vérifient les sources utilisées pour le contenu du site » (2020, p.178).³³¹ Dans notre enquête, devant ces réponses hétérogènes, les femmes vont soit se diriger vers l'information prédominante et la considérer comme exacte, soit vers l'information qui se rapproche de leur pensée initiale, ou en cas d'incertitude majeure, s'abstenir. L'internet joue un rôle majeur dans la prise de décisions à propos de leur choix alimentaires, ce qui rejoint les travaux de Lagan et al. (2011).

Notre recherche montre que les femmes sont nombreuses à s'informer via les applications de grossesse et apprécient cette information quotidienne. Les applications sont devenues une importante source d'information, parfois utilisée dès le désir de grossesse par certaines femmes interrogées, ce qui va dans le sens des constats d'autres auteurs (Lee & Moon, 2016). Cet engouement a contribué au développement massif d'applications proposées aux futures mères, par des industries privées et récemment par les pouvoirs publics. Le ministère de la Solidarité et de la Santé, qui a vu dans cette source d'information un outil de prévention, a lancé en juillet 2021, l'application « 1000 premiers jours », présentée comme le compagnon de route des parents.

Dans notre étude, la quête d'information sur ces applications spécifiques à la grossesse serait impulsée par la curiosité et non par une carence dans l'information transmise par les professionnels de santé. Elles y voient l'intérêt de suivre l'évolution de la grossesse de façon souvent imagée (ex : comparaison de la taille du fœtus à un fruit) et bénéficier d'articles réguliers sur un ensemble de thématiques (dont l'alimentation), comme en témoigne *Fanny* :

C'est l'application que je suis depuis le début parce qu'il y a l'image du bébé toutes les semaines. Et puis parce qu'il y a des petits conseils sur du quotidien et puis sur de l'hebdomadaire. Ils parlent un peu d'alimentation. Et j'ai trouvé que personnellement c'est ce qui me convenait le mieux en tous cas. (Fanny, A35, E0)

Certaines applications sont dédiées à l'alimentation et fonctionnent comme un moteur de recherche. Toutefois, les informations fournies sont tellement synthétiques et binaires qu'elles réduisent drastiquement les choix alimentaires, ce qui a découragé certaines femmes de notre enquête.

A contrario, parmi les femmes interrogées en entretien, peu consultent les réseaux sociaux, forums et blogs pour s'informer sur la grossesse, et celles qui sont tentées, le font souvent sans s'attendre à y trouver une information utile. Il s'agit de la source d'information dans laquelle elles ont le moins confiance. Elles décrivent des informations contradictoires et des échanges parfois tendus entre les internautes. Toutefois, les femmes enceintes apprécient d'avoir des espaces pour échanger entre pairs, partager leurs expériences mais aussi poser des questions et trouver des réponses sans intervention des professionnels de santé. C'est ce que ressent *Audrey* (A29, E0) qui consulte les groupes Facebook, particulièrement pour ces espaces de partage, tout en ayant un usage raisonné et une vigilance accordée aux informations numériques : « *Même si c'est derrière un écran, je me sens parfois moins seule. Car, malgré qu'on soit énormément entourée, la grossesse est vraiment un moment où l'on se pose plein de questions et ce groupe m'aide beaucoup.* »

Dans notre analyse, une focale a été faite sur un groupe de discussion Facebook, « Tout sur la grossesse », pour cerner la diversité des questionnements et la complexité des réponses. Ce groupe est utilisé comme un espace d'émergence de savoirs mais aussi d'entraide. Trois grands

³³¹ Masella, M. A., & Godard, B. (2020). Enjeux éthiques du recours à Internet par les femmes enceintes dans leur suivi de grossesse. *Santé publique*, 32(2-3), 171-182.

thèmes sont abordés dans les questionnements des femmes : la maladie, les précautions alimentaires et les prises de risques. Dès l'inscription d'un post, les internautes se mobilisent pour soutenir la future mère et apporter une réponse en partageant leur savoir, leur expérience, leur positionnement sur les risques, ou en apportant du soutien social. Certains commentaires combinent différentes approches de soutien. Ces dispositifs viennent mobiliser les normes sociales d'entraide (Amato & Boutin, 2013).

Internaute : Je suis très heureuse d'être enceinte mais mes angoisses me gâchent vraiment ce moment incroyable. Je me dis que venir en parler ici avec d'autres femmes enceintes pourrait, peut-être, m'aider à me faire un peu plus confiance et faire confiance à mon bébé !

Comme le souligne Omrane et Mignot, « dans un contexte d'incertitudes, les dispositifs interpersonnels de confiance à travers le soutien social, le partage des connaissances et les récits de vie sont de plus en plus importants » (2022, p.144).³³² Au-delà de ce qui relève du registre de l'apport informatif, nous retrouvons sur le groupe de discussion étudié des expressions qui évoquent le soutien émotionnel, comme l'illustre l'échange entre ces deux internautes :

Pour la charcuterie et la toxo ma gynéco m'a conseillé la charcuterie industrielle à l'artisanal... bcp moins risquée et pour le reste tout bien cuire, éviter au maximum le cru, bien laver fruits et légumes et fromage pasteurisé 😊 Au passage félicitation 🍷🍷 et belle grossesse à vous ! Et surtout la chose indiscutable qu'il faut c'est ne pas stresser et bcp d'amour 😊

Merci beaucoup 🙏❤

Ce groupe de discussion « Tout sur la grossesse » s'apparente à un dispositif de soutien social générant une abondance de commentaires accompagnés d'un lexique de réconfort et de sympathie et la forte présence d'émoticônes. Notre constat concorde avec les observations formulées par Nadia Gauducheau : « Le soutien social consiste en un échange de messages qui véhiculent des émotions ou des informations pour aider à réduire l'incertitude ou le stress de quelqu'un, et qui signale directement ou indirectement à cette personne, que l'on reconnaît sa valeur et qu'on s'occupe d'elle. » (2012, p.96)³³³

Pour certaines femmes de notre étude, ce dispositif permet d'y trouver une réassurance là où la consultation n'avait pas rempli ce rôle. En entretien, Audrey (A29, E0) aborde comment elle a comblé le fait de ne pas pouvoir partager ses inquiétudes en consultation en échangeant au sein d'un groupe de discussion :

Ma gynéco est speed [...] en fait dès qu'on se pose une question, elle répond d'une manière un peu... froide, elle ne laisse pas trop de place aux questions. [...] Et après oui, elle me disait : « Non, il ne faut surtout pas lire sur internet, il faut faire attention... » Ça je le sais, mais c'est vrai que j'ai appris énormément... un peu pour l'alimentation, mais tout ce qui est poser des questions, énormément sur internet, et heureusement ! [...] Sur tout ce qui est toxo, j'ai regardé pas mal de choses. Il y a un groupe sur Facebook « Bientôt maman », c'est pas mal, on peut poser plein de questions dessus. J'ai demandé des choses là-dessus. Je trouve ça intéressant, parce que j'apprends plein de choses et je trouve qu'il y a pas mal d'infos. Après il faut mesurer un peu ce qu'on lit aussi.

Notre observation rejoint le constat fait par Burton-Jeangros et Hammer, « à travers les forums, les femmes enceintes obtiennent des réponses à des questions qu'elles ne poseraient pas

³³² Omrane, D., & Mignot, P. (2022). La prévention du cancer du sein en ligne dans un contexte de crise de confiance : du discours médico-technique au soutien social. Dans B. Cordelier & O. Galibert (dirs), *Communications numériques en santé* (pp. 125-149). ISTE éditions.

³³³ Gauducheau, N. (2012). Internet et le soutien social. Dans C. Thoër et J. J. Lévy (dirs.), *Internet et santé : usages, acteurs et appropriations* (pp. 93-112). Presses de l'Université du Québec.

forcément à leur gynécologue ou leur sage-femme » (2013).³³⁴ Dans notre recherche, les entretiens ont montré aussi que certaines femmes ne postent jamais aucun message mais sont simplement lectrices. Elles recherchent sur le groupe de discussion une question similaire à la leur, comme l'explique *Jasmine (A28, E0)* : « *Ça m'arrive d'aller sur des forums pour lire des informations... quand j'ai des questions qui me viennent, pour voir si elles ont été posées, mais je n'ai jamais participé et je ne commente pas, je ne pose pas la question.* »

Leur invisibilité n'est pas synonyme d'inertie. Ces femmes profitent de l'information produite sur ce groupe mais pas seulement. Oser poser une question au sein d'une communauté et s'exposer au jugement et aux critiques des autres n'est pas un acte simple, malgré l'anonymat inhérent à cet espace d'apomédiation. Se dire « je ne suis pas seule à me poser cette question, d'autres partagent mes inquiétudes et ma question est légitime » agit comme un renforcement positif pour ces femmes. Trouver une question similaire à celle que l'on se pose sur le forum ainsi que des réponses apportées publiquement par des membres du groupe contribue indirectement au sentiment de légitimité de ses propres questionnements. Par cette médiation, sont mobilisées les notions de soutien, d'intégration et d'appartenance à une communauté.

L'étude des forums a aussi permis de mettre en lumière une pluralité de points de vue complexifiant l'accroissement de connaissances, notamment au regard de la véracité des informations à leur disposition. Sur cet espace de discussion, les risques y sont parfois édulcorés, comme l'illustrent les propos de cette internaute : « *Avant on se prenait bcp moins le chou et les bébés étaient en aussi bonne santé...* » Et de nombreux débats émergent sur ces groupes suite à des désapprobations, plus particulièrement ce qui a trait à une perception différente du risque.

Internaute : On est hyper stressés en France sur la nourriture. On stresse beaucoup trop les femmes enceintes sur ça. Si on regarde les pourcentages de risques c'est quand même pas si fréquent que ça (2-3%).

S'instaurent alors des rapports de pouvoir lors des controverses. Les femmes sont exposées à des critiques et des jugements.

Internaute : Je ne suis pas d'accord, même s'il y a parfois de la surmédicalisation. Les bébés étaient en bonne santé, mais ceux qui survivaient on va dire... Parce qu'il y avait beaucoup plus de mort fœtale, de fausse couche, et de mort subite du nourrisson aussi avant qu'on ait toutes ces recommandations.

Certaines femmes revendiquent le droit de prendre de la distance par rapport aux recommandations et déclarent assumer leurs choix. Cela rejoint l'étude de Burton-Jeangros, dans laquelle « *les " entorses " ne sont pas rares ; elles sont faites en connaissance de cause car l'information relative aux risques est bien connue. [...] Autour de l'alimentation, on trouve de nombreux exemples d'entorses assumées, au nom de la faiblesse, du plaisir associé à la consommation de certains aliments. Elles décrivent d'ailleurs différents moyens par lesquels elles parviennent à justifier leurs pratiques* » (2010, p.205).³³⁵ Les propos suivants de cette internaute illustrent cet enchaînement d'arguments :

Je pense que oui il faut faire attention au max (je suis immunisée contre la toxo) mais après j'avoue avoir craqué 2 fois jusqu'à présent avec des sushis. Je me suis juste assurée qu'ils étaient super frais et safe (mm si on est jamais sûres à 100% bien sûr). Mon bébé va très bien. Je pense qu'il faut pas se

³³⁴ Burton-Jeangros, C., & Hammer, R. (2013). Recherche d'informations sur internet : quels sont les usages des femmes enceintes ? *Revue médicale suisse*, 9(383), 895–897.

³³⁵ Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Dans D. Manai, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 177-212). Stämpfli & Bruylant.

rendre complètement malade et frustrée non plus... À l'époque de nos mères il n'y avait pas ou peu de restrictions et elles faisaient de très beaux bébés !

Les femmes feraient aussi appel à une sorte d'instinct qui les orienterait dans les bons choix alimentaires, comme l'explique cette internaute : « *il faut faire comme on le sent nous, parce que si on écoute tout le monde on ne mange plus rien.* » Si les femmes argumentent sur les différences de pratiques avec les générations précédentes, les recommandations variables selon les pays, leur bon sens, leur expérience personnelle, etc., elles évoquent fréquemment la parole médicale. Celle-ci dépasse le cadre de la consultation et est prédominante dans les messages postés sur le groupe de discussion.

Pour rendre compte de la complexité de l'acte de consultation, « *il est nécessaire d'élargir l'espace et le temps par rapport à ce qui se passe dans une seule interaction.* » (Lacoste, 1993, p.59)³³⁶ Finalement si les groupes de discussion sont utilisés pour partager son savoir, son expérience et ses émotions telles que le stress et la frustration, nous allons voir qu'il est complexe de faire des choix éclairés à la suite de ces échanges.

³³⁶ Lacoste, M. (1993). Langage et interaction : le cas de la consultation médicale. Dans J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste (dirs), *Soins et Communication. Approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 33-61). Éthologie et Psychologie des communications. Presses Universitaires de Lyon.

6.3. Quelle expression du savoir profane dans les espaces de médiation ?

Pour continuer d'appréhender les processus de médiation, il était nécessaire de s'intéresser dans un premier temps au déroulement de la consultation. Quelles sont les caractéristiques de la consultation et que s'y passe-t-il ? Le modèle type met en présence deux protagonistes qui sont investis chacun d'un rôle et se présentent l'un à l'autre avec une histoire, un vécu, des références et des attentes qui leur sont propres. Les travaux fondateurs de la sociologie de la santé considéraient la consultation médicale comme la rencontre entre une conscience (celle du professionnel) et d'une confiance (celle du patient envers son professionnel). La relation de soin est ainsi envisagée comme « *le lieu d'un consensus autour des rôles et obligations que chaque protagoniste est censé suivre* » (Hélarlot & Mulot, 2011, p.187).³³⁷ Pour Michèle Lacoste, « *il est admis que la relation médicale repose d'abord sur la possession par le médecin d'un savoir spécialisé et formalisé, dont le malade est dépourvu* » même si elle souligne que le patient « *n'est pas pour autant réduit à un rôle passif* » car « *il possède [...] des informations potentiellement utiles au médecin* » (1993, p.55).³³⁸

Dans cette perspective, le savoir médical s'envisage avec une valeur normative et sous-tend un schéma émetteur-récepteur, avec une inégalité de statuts entre les deux protagonistes, le professionnel étant plus actif dans la prise de parole. Cela fait référence au modèle biomédical (San Marco, 2016),³³⁹ « *caractérisé sur le plan des échanges par une claire asymétrie entre la voix de la médecine et la voix des patients* ». (Singy & Merminod, 2021, p.9)³⁴⁰ Au cours de l'histoire, des transformations de la relation soignant-soigné vont s'opérer. Si une asymétrie est mise en lumière, concerne-t-elle une asymétrie d'informations, de prise de paroles ou de savoirs et celle-ci est-elle lissée de nos jours ?

Depuis les années 1980, la santé est touchée par un vaste mouvement qui conteste le paternalisme médical et prône le pouvoir décisionnel du patient. L'expression « démocratie sanitaire » atteste de cette évolution. Comme l'explique Hélène Romeyer, « *le patient est appelé à devenir si ce n'est l'égal du médecin, tout du moins dans une situation de rééquilibrage* » (2022, p.154).³⁴¹ Si le professionnel de santé est détenteur d'un savoir scientifique et technique, le patient se voit reconnu un savoir et une expertise profanes. La démocratie sanitaire vient remettre en cause le différentiel d'informations entre les deux protagonistes, en favorisant l'*empowerment* (autonomisation) du patient et sa contribution dans le colloque singulier. L'*empowerment* est défini comme « *l'augmentation des connaissances et des capacités pour la prise de décision en matière de santé, la sensibilisation accrue aux droits à la santé et au bien-être, le renforcement des possibilités de soutien social, d'amélioration de la qualité des soins de santé et des relations avec les acteurs du soin.*

³³⁷ Hélarlot, V., & Mulot, S. (2011). Les relations de soin : un colloque singulier au pluralisme médical. Dans M. Drulhe & F. Sicot (dirs.), *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin* (pp. 185-206). Presses universitaires du Mirail.

³³⁸ Lacoste, M. (1993). Langage et interaction : le cas de la consultation médicale. Dans J. Cosnier, M. Grosjean, & M. Lacoste (dirs), *Soins et Communication. Approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 33-61). Éthologie et Psychologie des communications. Presses Universitaires de Lyon.

³³⁹ Une modification de la relation soignant/malade s'est opérée en passant d'un modèle biomédical injonctif, « descendant », à un modèle de co-gestion de la maladie et de participation active où le patient est accompagné vers une autogestion, notamment de ses nouvelles responsabilités individuelles et collectives.

³⁴⁰ Singy, P., & Merminod, G. (2021). *La communication en milieu médical. Un labyrinthe*. Presses polytechniques et universitaires romandes.

³⁴¹ Romeyer, H. (2022). Patient expert à l'ère numérique : entre mythes et réalité(s). Dans B. Cordelier & O. Galibert (dirs), *Communications numériques en santé* (pp. 153-177). Série prospective technologique et application sociale. ISTE éditions.

[traduction libre] » (Klima, 2015).³⁴² Le patient se saisit d'un ensemble d'informations pour exercer un contre-pouvoir face au corps médical, individuel ou collectif, et pour déployer son processus d'autonomisation (Hélarlot & Mulot, 2011).³⁴³ Pour Philippe Batifoulier, « *le pouvoir est mesuré par l'asymétrie d'information en faveur du médecin sur le patient. Rééquilibrer ce pouvoir consiste donc à rééquilibrer l'information et à faire jouer l'information du patient contre celle du médecin* » (2012).³⁴⁴

Ce mouvement a été facilité par le développement et l'essor des dispositifs d'accès à des informations de santé : « *Les années 2000 sont marquées par la libéralisation de l'information médicale caractérisée par l'augmentation du volume, de la circulation et de la vitesse de l'information de santé.* » (Romeyer, 2022, p.159)³⁴⁵ Les patients ont la possibilité de consulter des informations, publier des contenus et partager des expériences. Pour Cécile Méadel, « *avec le web, l'institution médicale et scientifique a perdu son contrôle généralisé sur la fourniture de ces informations* » et perd son rôle de médiateur (vulgarisation de l'information) et de filtre (qualité de l'information) (2020, p.116)³⁴⁶. Le patient n'est plus isolé à la réception de l'information numérique, il peut devenir producteur.

Les codes de ce « colloque singulier » se voient ainsi bousculés (Tabuteau, 2013, p.225).³⁴⁷ La démocratie sanitaire fait émerger en effet la figure du patient « actif » où la prise de parole s'équilibrerait entre les deux protagonistes du colloque singulier. Pour Amato et Bernard, « *la forme du "colloque singulier", autrefois calée sur un "modèle paternaliste", parfois autoritaire et emblématique de la figure du pouvoir médical, pouvoir notamment d'ordre symbolique persistant aujourd'hui, évolue vers un "modèle délibératif", où le dialogue tiendrait une place importante. [...] Tout se passe comme si la relation entre le médecin et patient gagne en symétrie* » (2017, p.25).³⁴⁸ Malgré une évolution du statut du patient et l'assouplissement du modèle paternaliste, certains auteurs estiment qu'il s'agit plus d'un idéal que d'une pratique ancrée.

L'information n'est pas synonyme de connaissance, l'amalgame est souvent fait. Cela étant, l'information permet si elle est bien gérée d'atteindre la connaissance. Pour Daniel Innerarity, « *nous vivons dans un monde où l'information est surabondante, alors que notre capacité individuelle d'assimilation est limitée* » (2015, p.14).³⁴⁹ Pour cet auteur, la connaissance est une information qui doit être traitée, notamment par le biais de l'expérience, du jugement et de l'intuition et qui fait intervenir des valeurs. Dans cette perspective, sommes-nous alors uniquement dans une « société de l'information » ou peut-on parler de « société de la

³⁴² Klima, C.S., Vonderheid, S.C., Norr, K.F., & Park, C.G. (2015). Development of the Pregnancy-related Empowerment Scale. *Nursing and Health*, 3(5), 120-127.

³⁴³ Hélarlot, V., & Mulot, S. (2011). Les relations de soin : un colloque singulier au pluralisme médical. Dans M. Drulhe & F. Sicot (dirs.), *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin* (pp. 185-206). Presses universitaires du Mirail.

³⁴⁴ Batifoulier, P. (2012). Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin. *Revue Française de Socio-Économie*, 2(10), 155-174.

³⁴⁵ Romeyer, H. (2022). Patient expert à l'ère numérique : entre mythes et réalité(s). Dans B. Cordelier & O. Galibert (dirs.), *Communications numériques en santé* (pp. 153-177). ISTE éditions.

Dans son article de 2021, Hélène Romeyer décrit deux types d'informations qui coexistent : l'information médicale, produites par des experts et répondant aux critères et au fonctionnement de l'information publique scientifique et l'information de santé, à destination du grand public, diffusée sur internet et dont la production échappe aussi bien au secteur médical qu'à l'État.

³⁴⁶ Méadel, C. (2020). Internauts-patients, une aventure collective. Dans I. Pailliant (dir.), *Les nouveaux territoires de santé* (pp. 115-133). Éditions ISTE.

³⁴⁷ Tabuteau, D. (2013). *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*. Éditions Odile Jacob.

³⁴⁸ Amato, S., & Bernard, F. (2018) Adhésion, observance et compliance : apports info-communicationnels. Dans M. Rinn & W. Sherlaw (dirs.), *Santé publique et communication* (pp. 23-33). Éditions L'Harmattan.

³⁴⁹ Innerarity, D. (2015). *Démocratie et société de la connaissance*. Presses universitaires de Grenoble.

connaissance » ? Car comme le souligne Hélène Romeyer : « *Reste à savoir si la réduction de l'asymétrie d'informations a correspondu à une réduction de l'asymétrie de connaissances* » (2022, p.169).³⁵⁰

Qu'en est-il des consultations de grossesse ? Comment s'organise le dialogue entre le professionnel de santé et la femme enceinte autour de l'alimentation-grossesse et des risques infectieux alimentaires ? La consultation prénatale est une rencontre circonstanciée médicale dans le parcours de grossesse qui s'apparente à un temps plutôt qu'à un lieu. Les horaires sont fixés à l'avance, la durée est limitée et ce rendez-vous est renouvelé chaque mois dans une relation qui s'entretient entre le professionnel et la femme enceinte. Le tempo est pré-établi par le professionnel de santé. Ce dispositif de consultation répond également à des normes et des rituels de communication (déférence, tenue, séquences, etc.) (Larger, 2010). La consultation est aussi de plus en plus encadrée par la médecine fondée sur les preuves (Domin, 2014), suivant des protocoles et des standards. Nous pouvons citer par exemple, dans les recommandations professionnelles, le guide de la HAS à destination des professionnels de santé : « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » (2005). Aussi, lors de la consultation, toute femme enceinte qui se rend chez un professionnel de santé s'attend à rencontrer un expert, détenteur d'un savoir spécialisé sur la grossesse, destiné à sécuriser sa prise en charge. Les savoirs spécialisés qu'il a acquis lors de sa formation, au contact de ses pairs et de ses patients, lui conf  rerait une autorité reconnue (Bergeron, 2007). « *En un mot, le médecin n'est pas naïf lorsqu'il s'avance vers une nouvelle consultation. C'est fort de son expérience qu'il l'aborde* », comme le précise Victor Larger (2010, p.49).³⁵¹ Face à lui, une femme enceinte, avec un statut particulier, identifiée comme vuln  rable³⁵², se retrouve en position de doute et d'inquiétude. Le début de grossesse est en effet marqué par une insécurité sur l'évolution de celle-ci, puisqu'un certain nombre de risques pèse sur cette période. Anticiper les risques potentiellement associés à la grossesse doit passer par l'appropriation des normes et des messages de prévention.

S'agissant des thématiques de grossesse, les femmes semblent prêtes à déléguer leurs problématiques de santé (maux de la grossesse, anxiété, etc.)    leur professionnel et à partager avec eux ce qui les inquiète en attente d'une solution ou le cas échéant d'une prise en considération de leurs maux. *A contrario*, sur l'alimentation-grossesse, les échanges se font plus souvent à l'initiative du professionnel et selon des pratiques que l'on pourrait qualifier de réflexes. Ce dernier, contraint par l'objectif de la consultation et le temps restreint, est à l'origine de la prise de parole très cadr  e tandis que la femme enceinte est généralement en position de réaction (simple acquiescement ou réponse aux questions posées), comme l'admet ce professionnel : « *J'ai un la  us qui dure à peu près 5 minutes. Après, il arrive que des patientes posent des questions donc ça va durer un peu plus longtemps [...]. Mais il faut savoir que j'ai une méthode de travail où je donne les infos, si elles ont des questions, c'est parfait, on discute sur ce sujet-là.* » (PS10-SF6-Anc22)

Masella et Godard suggèrent que les professionnels se concentrent plutôt sur la vérification du bon déroulement de la grossesse d'un point de vue physiologique, que sur les questionnements des femmes (2020). En dehors de cet automatisme communicationnel, nous avons pu constater qu'un élément déclencheur est souvent nécessaire pour que l'alimentation revienne au cœur des échanges : lors de troubles digestifs, d'une prise de poids excessive, d'antécédent ou de

³⁵⁰ Romeyer, H. (2022). Patient expert à l'ère numérique : entre mythes et réalité(s). Dans B. Cordelier & O. Galibert (dirs), *Communications numériques en santé* (pp.153-177). ISTE   ditions.

³⁵¹ Larger, V. (2010). *Devenir médecin. Phénoménologie de la consultation médicale*.   ditions L'Harmattan.

³⁵² La femme enceinte bénéficie d'une protection légale, accrue par la reconnaissance dans le Code du travail et dans le Code pénal de son état de vulnérabilité en raison de sa grossesse.

découverte de diabète gestationnel ou d'événements spécifiques tels que les voyages. Au-delà des conseils donnés sur l'alimentation équilibrée ou sur l'adaptation de celle-ci aux maux de la grossesse, les conversations ne s'orientent que ponctuellement sur les risques infectieux alimentaires.

Pour les professionnels, les femmes sont attentives aux informations délivrées en consultation. Ils estiment que leur message est clair, l'absence de questions aux consultations suivantes venant confirmer leur ressenti. Les propos formulés par cette sage-femme en témoignent :

Après, le côté infectieux, on a tendance à leur expliquer une fois comment ça fonctionne, pour la toxo, pourquoi est-ce que c'est surveillé, pourquoi on leur demande de faire attention et pourquoi elles ont leurs prises de sang. Après, quand l'explication est donnée, c'est plus forcément priorisé par les femmes. [...] Je pense que l'explication est plutôt bien faite parce que c'est rarement une question qui revient. [...] Quand elles ont compris comment ça marche, il n'y a plus de question du pourquoi il faut faire attention par exemple. (PS2-SF1-Anc4)

Dans notre recherche, notre postulat de départ était : « les femmes prennent peu la parole pour poser des questions sur les risques infectieux et les précautions alimentaires », ce qui se confirme. La durée restreinte de la consultation peut placer la femme enceinte dans un état de surcharge informationnelle au regard des nombreux objectifs de la consultation. Les échanges avec *Malorie* (A25, E0) vont dans ce sens :

Je suis sortie du premier rendez-vous [avec la généraliste]... c'était trois infos en vrac sur vous ne pouvez rien manger, et la liste de tous les rendez-vous dès maintenant qu'il fallait prévoir pour les neuf mois. Et puis déjà on a l'émotion du moment, donc on ne retient rien ! Et au début on se dit : « Mais qu'est-ce qui va se passer pendant neuf mois quoi ! » Avec cinquante infos... où elle te sort une liste de dix trucs auxquels il faut penser, de rendez-vous à prendre, de prise de sang, d'analyse d'urine... Et on ressort, on n'a que sa liste d'aliments à ne pas manger, et au final les trucs importants on ne les a pas marqués... on n'a pas pensé à les noter et on les a déjà oubliés... et on se dit : « Ok ! Ça va être chaud ! »

Le dispositif de consultation peut aussi affecter la femme enceinte et la placer dans un état de fragilité émotionnelle et de sidération par la confirmation de la grossesse. Nous l'avons observé lors de la première consultation de *Malorie* avec le gynécologue-obstétricien, qui a confirmé la grossesse par échographie. Le sourire et l'émotion de *Malorie* et de son conjoint se sont substitués à la parole.

Notre recherche souligne que seuls quelques professionnels questionnent les femmes sur leurs pratiques alimentaires ou sur ce que les femmes ont compris des précautions. C'est à cette occasion que les femmes évoquent leur savoir sur les précautions alimentaires ou questionnent les professionnels. Néanmoins, elles sont peu nombreuses à évoquer les informations trouvées sur internet ou via un réseau social. Dans le même sens, Hélène Romeyer observe que « le patient hésite toujours à confronter les résultats de sa recherche d'informations avec le personnel soignant » (2022, p.160).³⁵³

Même si elles ont cherché à s'informer via d'autres sources d'informations, les femmes de notre étude ne partagent que très rarement leur savoir et leurs doutes au professionnel de santé à la différence d'autres spécialités médicales.³⁵⁴ Selon Cécile Méadel, les patients ne souhaitent pas

³⁵³ Romeyer, H. (2022). Patient expert à l'ère numérique : entre mythes et réalité(s). Dans B. Cordelier & O. Galibert (dirs), *Communications numériques en santé* (pp. 153-177). Série prospective technologique et application sociale. ISTE éditions.

³⁵⁴ À la différence de l'obstétrique, Viviane Clavier rapporte les observations spécifiques à l'ophtalmologie : « entre les deux consultations, les patients ont tendance à chercher des informations de leur côté. Ils reviennent à la deuxième visite avec davantage de questions, mais aussi davantage de connaissances qui leur permettent parfois de mieux comprendre les explications du médecin. » (Clavier, 2022, p.164)

donner l'impression d'une mise en concurrence entre deux sources d'autorité. Ils préfèrent cacher le fruit de leurs recherches ou les attribuer à des proches, dans un souci de protéger le professionnel contre ce que ce dernier pourrait interpréter comme une remise en cause de ses compétences (« paternalisme inversé ») (Méadel & Akrich, 2010 ; Méadel, 2020).

Fondamentalement, les femmes enceintes se rendent à la consultation prénatale pour être rassurées sur l'évolution de la grossesse et obtenir des informations sur leur propre santé et celle de leur futur enfant, mais pas nécessairement pour s'informer sur l'alimentation. Pour certains professionnels, l'alimentation-grossesse n'apparaît pas comme une « problématique médicale » exprimée par les femmes. Celles-ci se centrent sur les désordres de leur corps et sont essentiellement à l'écoute des informations sur la poursuite de la grossesse. C'est ce que nous avons observé en consultation mais également ce qui transparaît de nos entretiens. Plusieurs femmes de notre enquête mettent cet aspect en avant, comme *Géraldine (A32, E1)* qui réalise que lors de ce temps de consultation, l'alimentation passe au second plan :

Je me rends compte qu'avec le médecin gynécologue, souvent, on est tellement pris dans les choses de la grossesse en elle-même... Que toutes les petites questions qu'on va pouvoir avoir avant sur d'autres sujets, sur l'alimentation... à l'instant T, elles vont être complètement zappées et puis c'est après... vous dites : « Mince, j'ai pas pensé à lui demander ! » Donc, on se renseigne d'une autre façon. C'est pas le cœur des préoccupations avec le gynécologue. Et même avec ma sage-femme, il ne me semble pas avoir abordé le sujet, c'était pas ma préoccupation principale en fait pendant le rendez-vous.

Le médecin gynécologue-obstétricien n'apparaît pas comme l'interlocuteur privilégié sur l'alimentation-grossesse, ce qui est l'un des points marquants de notre recherche. Il est considéré comme un expert « technique » médical comme l'exprime *Annabelle (A35, E0)* : « *Le gynécologue, on n'a pas envie de l'embêter avec ce genre de questions en fait. On se dit... laissons-le se concentrer sur son échographie... sur ce qu'il a à nous prescrire... moi je trouve que c'est pas vraiment le boulot du gynéco !* »

Dans la majorité des cas, les consultations sont très courtes (15-20 minutes) pour les gynécologues-obstétriciens, et plus longues pour les sages-femmes (> 20 minutes) même s'il existe une différence selon le statut d'exercice (hospitalier/libéral). Cela étant, la sage-femme semble plus facilement accessible pour évoquer les problématiques alimentaires, avec notamment une posture plus à distance de la médicalisation de la grossesse, comme l'exprime *Pauline (A30, E2)* : « *Je me dis... alimentation et gynécologue, ça ne va pas forcément avec ! Je me suis dit, c'est un praticien... enfin un docteur, qui fait plus attention au bon développement, mais après... l'alimentation en soi, ce serait plus... une sage-femme... ou quelqu'un comme un diététicien.* »

Dans notre étude, les sages-femmes et les femmes ont décrit la possibilité d'utiliser des SMS pour communiquer, notamment pour échanger sur les aliments à risque. Les propos formulés par *Naomie (A27, E0)* le confirment : « *Si vraiment j'avais des gros doutes, j'en parlais avec ma sage-femme. Plus avec lui [sage-femme] qu'avec le gynéco parce que j'estimais que c'était plus propice avec lui et dès que j'avais un doute je pouvais l'appeler, ou lui envoyer un texto, il me répondait dans l'heure, c'était très bien.* »

À ce sujet, Claudine Burton-Jeangros évoque une plus grande proximité avec la sage-femme. Selon l'auteur, les attentes des femmes enceintes sont contrastées, avec deux conceptions de la grossesse : « *l'une centrée sur la réduction des risques et portée par les gynécologues, l'autre valorisant la physiologie de la grossesse et véhiculée par les sages-femmes* » et « *les femmes enceintes sont non seulement conscientes de ces différents modèles, mais parfois tiraillées entre*

ces manières opposées de vivre la grossesse » (2010, p.186).³⁵⁵ Cette bipartition pourrait amener à considérer l'approche communicationnelle des professionnels sous deux angles : le gynécologue- obstétricien qui aborderait cette thématique sous l'angle des pathologies et des risques pour la grossesse et la sage-femme sous l'angle de l'alimentation, besoin physiologique. Selon nos observations, une telle catégorisation n'est pas le reflet de la complexité de la communication sur les précautions alimentaires.

Dans notre enquête, et quel que soit le type de suivi prénatal, les femmes enceintes sont en quête d'informations auprès de nombreux relais extérieurs à la consultation. On peut affirmer au terme de nos observations que si les questionnements sur les précautions alimentaires sont peu abordés spontanément lors des consultations, malgré un sentiment de confiance envers le professionnel de santé, l'alimentation est au cœur des questionnements des femmes enceintes au quotidien. Les entretiens et les échanges informels ont permis de cerner que l'alimentation-grossesse est une thématique précoce, dont l'intérêt grandit et trouve à se nourrir en dehors de la relation de soins. Au cours de notre enquête de terrain, nous avons observé que les patientes, en dehors du cadre de la consultation, « se prennent en main » et cherchent, grâce aux ressources multiples, à gagner en autonomie. Hélène Romeyer décrit très justement la complexité autour des interactions entre le professionnel et le patient : « *des patients qui s'informent sur internet ayant pris la mesure de l'information disponible, qui gardent toute leur confiance en leur médecin, mais, des patients qui ne se risquent pas à lui révéler qu'ils sont allés sur internet, tout en nourrissant la consultation des informations en leur possession* » (2021, p.27).³⁵⁶

De fait, si l'on projetait dans la consultation un cadre où tout se joue et se cristallise en termes de risques infectieux alimentaires, il n'en est rien. Ce dispositif ne peut être appréhendé comme une bulle étanche dans laquelle les informations sont transmises, les questions évoquées et les réponses données. Comme le précisent Singy et Merminod, « *la communication médicale est vue au-delà du seul ici et maintenant de la rencontre soignant-soigné : tout ne se joue pas au moment où les protagonistes interagissent en face à face* » (2021, p.11).³⁵⁷ Le colloque singulier, même s'il reste central, ne suffit plus à comprendre les enjeux de la médiation des savoirs et des rapports de pouvoir qui en découlent. Ces derniers sont impactés par la diversité d'acteurs impliqués, les formes d'interactions qui évoluent et la présence de tiers (proches, internet, associations). Au-delà du corps médical, l'entourage, les sources numériques et médiatiques sont largement mobilisées par les patients, les femmes enceintes ne font pas exception.

La rencontre entre le professionnel et la femme enceinte part désormais de cette diversité d'informations voire d'un savoir préalable qu'il faut prendre en considération. Comment s'élabore ce savoir expérientiel ? Ces sources sont-elles perçues comme complémentaires aux informations délivrées par le professionnel de santé ou comme des sources concurrentes, créant une dissonance, ou annihilantes, prenant le dessus sur le savoir expert ? Les femmes enceintes développent un savoir qui se construit en amont de la grossesse, également auprès de sources numériques. Elles sont habituées à rechercher des informations de santé via leur ordinateur,

³⁵⁵ Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Dans D. Manai, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 177-212). Stämpfli & Bruylant.

³⁵⁶ Romeyer, H. (2021). Santé et numérique : retour réflexif sur quelques travaux. Dans L. Morillon (dir.), *Les pratiques de recherche sur la santé en contexte numérique* (pp. 15-32). Éditions ISTE.

³⁵⁷ Singy, P., & Merminod, G. (2021). *La communication en milieu médical. Un labyrinthe*. Presses polytechniques et universitaires romandes.

tablette ou smartphone. Certes, il peut être qualifié d'incomplet ou approximatif voire parfois erroné mais elles aborderont cette première consultation sans être vierge de tout savoir. Dès la découverte de leur nouveau statut, ces dernières sont déjà très connectées. Les trois premiers mois de grossesse constituent une période pendant laquelle les femmes se taisent sur leur nouvel état et l'environnement social n'est plus privilégié pour s'informer. En revanche, elles s'orientent très tôt vers les sources numériques et les applications de grossesse. Elles échangent sur leur grossesse grâce aux différents groupes de discussion (forum, réseaux sociaux, etc.). Comme nous l'avons constaté, les femmes s'orientent vers d'autres sources d'information avec des motivations variables. Intervient aussi la temporalité de leurs questionnements, le temps de consultation ne répond pas à ce besoin de réponses immédiates. Les échanges avec Perrine (A30, E2) mettent en lumière ce constat :

Il faut savoir que quand on a envie de manger l'aliment, en général c'est tout de suite. On est au restaurant, on veut savoir si on a le droit de prendre tel plat, on va faire une recherche sur internet, et si on voit que la recherche indique qu'on peut y aller on y va et sinon on prend un autre plat. Mais non, on ne va pas prendre le temps d'attendre d'aller voir son médecin pour savoir si on a le droit de manger tel ou tel plat.

Dans le cadre du suivi prénatal, une à deux consultations sont programmées au premier trimestre puis mensuellement pour les grossesses « normales » à bas risque (HAS, 2016). Cette quête d'informations se déclenche le plus souvent alors même que la parole médicale n'est pas mise en doute (même dans le cas d'un besoin de compenser un manque d'information). Ce phénomène est compréhensible car cette thématique n'est pas perçue par les femmes comme entrant dans les obligations d'information des professionnels en consultation, en particulier s'il s'agit du gynécologue-obstétricien, comme l'évoque Malorie (A25, E0) : « Pour moi, le gynécologue c'est pas son boulot de s'occuper de tout ça quoi ! Lui c'est le technique, c'est pas à lui de prendre une demi-heure, une heure pour ça... Il a autre chose à faire ! »

Leurs recherches d'informations illustrent dans ce cas la figure du patient qui cherche uniquement à gagner en autonomie pour faire ses choix alimentaires au quotidien. Selon Burton-Jeangros et Hammer, « les recours à internet décrits par les femmes interviewées ne valident pas les perspectives diagnostiquant internet comme un intrus qui détériore le rapport de confiance et décrédibilise l'autorité du professionnel » (2013, p.897).³⁵⁸ Dans notre enquête, une minorité de femmes ont recours aux autres sources par esprit de contradiction du savoir expert. Mais s'agissant de l'alimentation-grossesse, l'accès démocratisé aux informations de santé sur le web a placé cette source comme centrale par son usage quasi-quotidien mais aussi transversale (usage avant/pendant/après consultation) et non uniquement comme un moyen complémentaire d'information. Le postulat posé en début de thèse, « malgré des sources variées d'information, les professionnels de santé restent la première source d'information des femmes enceintes », s'avère ainsi infirmé en ce qui concerne les précautions alimentaires liées aux risques infectieux.

La question de l'asymétrie dans la prise de parole est finalement maintenue dans le cadre de la consultation prénatale. Peu de professionnels questionnent sur les pratiques alimentaires et sur ce qu'elles ont retenu des mesures de prévention lors de la consultation suivante, seul un message synthétique est délivré. Sur l'autre versant, les femmes posent peu ou pas de questions et partagent rarement ce qu'elles ont compris des recommandations. Mais comme l'exprime Michèle Lacoste, dans ce colloque singulier, « le comportement d'un des acteurs [ne peut] être

³⁵⁸ Burton-Jeangros, C., & Hammer, R. (2013). Recherche d'informations sur internet : quels sont les usages des femmes enceintes ? *Revue médicale suisse*, 9(383), 895–897.

envisagé indépendamment de l'autre puisque l'interaction est coproduite. Même dans le cas où l'un des partenaires reste silencieux et relativement passif, sa réaction à ce que dit ou fait l'autre, sa façon d'anticiper ou non ce qui va suivre, constitue au plan verbal ou non-verbal, une composante essentielle de la communication » (1993, p.38).³⁵⁹ De plus, la femme enceinte, sans se positionner comme « active » dans le cadre du colloque singulier se nourrit de cet échange. Nous avons pu l'observer dans l'étude du groupe de discussion dans lequel évoquer la parole médicale est une constante.

Internaute : Ma sage-femme m'a même dit que j'avais le droit au foie gras si c'était industriel.

Internaute : Mon gygy m'a conseillé de manger un maximum d'industriel...

Les conseils s'appuient sur ce qui a été dit lors du colloque singulier. D'ailleurs, les débats reposent sur des oppositions de postures des professionnels relatées par les femmes. L'internaute vient évoquer le conseil de son professionnel, voire de ses professionnels de santé, pour donner de la légitimité à son commentaire. Cette source d'information met à disposition des connaissances différentes autour de l'expérience partagée. L'énonciatrice est en attente d'une réponse à son questionnement. Mais comment accorder foi aux réponses alors que ces groupes viennent mobiliser des avis divergents d'internautes anonymes ? Cet échange vient questionner la place de celui qui pose la question à la recherche d'informations, celle de l'ignorant et celle du sachant, celui qui y répond. Plusieurs niveaux d'expertise peuvent être identifiés dans les commentaires et une identité virtuelle peut se dévoiler au fil des échanges. Le premier est celui des novices qui se traduit le plus souvent par le « suivi » du fil de discussion ou l'enchaînement par leur propre questionnement.

Internaute : La listériose c'est par la charcuterie ? Je pensais que c'était les légumes mal nettoyés.

Le niveau intermédiaire qui va s'appuyer sur des sources variées : des sites internet tout public (Doctissimo, La maison des maternelles, etc.), des vidéos, des articles et des captures d'écran de leur application de grossesse.

Internaute : Bjr! Surimi déconseillé 😞 qd j'ai un doute je regarde toujours sur ce site, juste à rentrer le nom de l'aliment c'est top 😊 <https://manger-enceinte.com/surimi/>

Certaines références sont plus fiables car issues de sites institutionnels (Institut Pasteur, Anses, etc.) et la posture de l'internaute s'apparente à celle d'un expert :

Internaute : Je n'ai pas pris le risque mais, à une certaine température il n'y a plus de risque. Le site de l'institut pasteur ne précise pas cette donnée mais si c'est possible, ça ne l'est certainement pas avec les congélateurs qu'on a chez soi. « Multiplication de la bactérie : elle se développe à la température du réfrigérateur, survit à la congélation, et est détruite par la cuisson. Elle se multiplie entre -2°C et 45°C avec un optimum entre 30°C et 37°C. » <https://www.pasteur.fr/.../lis.../la-maladie-recommandations>

Cette position d'expert peut se traduire sous différentes formes. Cela peut s'exprimer dans le style d'écriture. Nos observations rejoignent les constats faits par Anaïs Théviot : même si les échanges en ligne sur un forum, du fait de l'anonymat, semblent « offrir la possibilité de débattre en toute égalité alors que les discussions dans la vie " réelle " sont toujours ancrées par une certaine domination sociale et culturelle qui parasite le débat. [...] il existe des indicateurs repérables à travers le style d'écriture des messages » (2011, p.34).³⁶⁰

³⁵⁹ Lacoste, M. (1993). Langage et interaction : le cas de la consultation médicale. Dans J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste (dirs), *Soins et Communication. Approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 33-61). Éthologie et Psychologie des communications. Presses Universitaires de Lyon.

³⁶⁰ Théviot, A. (2011). Les forums : un espace commun de discussion publique sur Internet ? Dans E. Yasri-Labrique (dir.), *Les forums de discussion : Agoras du XXI^e siècle ? Théories, enjeux et pratiques discursives*. Éditions L'Harmattan.

S'imposer dans le dialogue peut passer par une écriture en lettres majuscules qui équivaut à élever la voix, comme pour affirmer une opinion :

Internaute 1 : Ah mais c'est clair chacun fait ce qu'il veut... faut juste pas pleurer le jour où ça arrive... et tant mieux si vous ne culpabilisez pas. Comme vous dites c'est VOTRE problème et celui de VOTRE bb

Internaute 2 : L'attraper PENDANT la grossesse peut être dramatique pour le bébé.

Cette posture s'interprète également dans le temps utilisé (impératif) pour les verbes « *Faites surtout attention à bien cuire vos viandes et bien laver les fruits et légumes* » ou encore les expressions insistant sur ce qu'elles apportent à la personne ignorante :

Internaute : Il suffit de mettre des gants pour vider la litière sinon éviter de le faire soi-même. Vous lavez les mains après avoir caressé les chats. Ne pas leur faire de bisous. Et la toxo est surtout liée à la consommation de viande et poisson cru à éviter. Et bien laver les fruits et légumes avant de les manger. Voilà vous savez tout !!

Par certaines formulations, certains internautes tentent d'asseoir une position supérieure, en pointant une insuffisance voire une ignorance :

Internaute 1 : Renseignez-vous vous verrez qu'on attrape bien la toxoplasmose par la charcuterie !

Internaute 2 : À toutes celles qui disent qu'il ne faut pas changer la litière. Vous pouvez changer la litière de votre chat sans pour autant attraper la toxo. Comment font les femmes seules avec des chats ? Il suffit de mettre des gants et bien se laver les mains après avoir nettoyer la litière et vous ne risquez rien.

Prendre une position dominante peut également se traduire par l'utilisation d'autres styles tels que l'humour, largement mobilisé par les internautes :

Franchement très peu de risque avec les chats d'attraper la toxo sauf si vous avez l'intention de manger ses excréments mais j'en doute 😊

Raclette on peut car le fromage cuit et puis dans des barquettes de supermarché pas de pb. Mais... avec du jambon blanc pas du sec 😊 Et de l'eau... H2O 😊 Le petit blanc ce sera pour après 😊 Y'a certes peu de risques mais il suffit d'une fois. Moi j'ai 44 balais et c'est mon premier bébé alors bon... 9 mois c'est rien !

D'autres internautes utilisent notamment lors de prises de positions avec contradictions et incompréhensions mutuelles, l'ironie ou le sarcasme :

Internaute : Pour vous la charcuterie ce n'est pas de la viande ? 😊 Vous savez que ça vient d'un animal quand même ? Et que justement ce n'est pas cuit ?

Celui-ci peut se traduire également dans l'utilisation de termes médicaux, comme ci-dessous, sur les conséquences de la maladie :

Internaute : Quand le parasite est dans l'œil, il y est à vie, sous forme de micro-kystes, dès qu'on est un peu fatigué ou malade, il se répand dans l'œil et attaque la rétine, et rend l'œil un peu plus aveugle, je n'ai plus de vision centrale dans l'œil gauche à force des récurrences, heureusement l'œil droit serait indemne à priori.

Parfois les internautes vont aussi au-delà de prendre la posture de « prescripteur de conseils » et émettent un « diagnostic » sur des résultats d'examen sanguins :

Je vois que lors de vos dernières analyses vous étiez immunisée regardez sur le bord droit de vos analyses ce sont les taux relevés lors de votre dernière analyse à mon avis vous n'avez pas à vous inquiéter si vous veniez de la contracter votre taux serait bien plus élevé.

Certains vont légitimer leurs propos en utilisant des informations scientifiques, comme cette internaute qui partage le lien de l'Anses sur la listériose et utilise des données chiffrées pour appuyer sa position :

Les risques de listériose sont EXTRÊMEMENT faibles on parle de même pas 300 cas par an en France toute population comprise (pas que les femmes enceintes, DONC des personnes qui mangent de tout incluant les produits "à risque"). Donc 300 sur 67 millions je vous laisse calculer la probabilité de la choper. Si aujourd'hui on déconseille aux femmes enceintes de ne pas manger charcuterie, sushis et tout ce qu'on connaît, c'est par pur principe de précaution, car si on venait à la choper, même si c'est 0,000001% de risque, c'est quasi sûr que ce serait fatal pour le bébé. C'est pour ça que la génération de nos mères ou celles qui aujourd'hui mangent de tout ont très rarement des problèmes. Alors je ne dis pas qu'il faut prendre des risques et manger des sushis tout le temps, mais de là à dire « oh mon dieu t'as mangé une rilette t'es complètement inconsciente t'imagines pas les risques blabla » euh ça va faut pas exagérer 😊

D'autres internautes se positionnent comme « expert », en formulant un long commentaire et en accumulant les conseils, associés ici à une posture protectrice :

La toxo s'attrape avec les litières des chats et uniquement les litières, un chat qui te griffe ne va pas te donner la toxo sauf s'il a les pattes pleines d'urine ou de selles ou de terre. Ensuite tu peux la contracter avec tous les aliments en contact avec la terre ou la terre elle-même, c'est pour ça qu'il ne faut pas jardiner lors d'une grossesse à moins d'avoir de gros gants imperméables (sachant que c'est par la terre que tu risques le plus d'attraper la maladie), les légumes tu les laves avec du vinaigre blanc, attention pas de javel surtout. Ensuite tu as la charcuterie alors si tu veux en manger, conseil tu la passes un peu à la poêle ou tu manges la charcuterie que tu viens tout juste d'ouvrir, ne la consomme pas trois jours après ouverture pour toi c'est risque de maladie. Tu dois faire bien cuire la viande alors attention pas non plus une semelle immangeable mais bien cuit, à éviter le sang si tu en as, t'en fais pas c'est rien. Tu ne dois pas non plus manger de poisson cru ou fumé non plus (moi perso pour Noël je me suis pas privée) mais à éviter et tout ce qui est crustacés désolée pour toi si tu aimes les sushis 😊 Les plats que tu cuisines attention à ce que ta vaisselle soit bien faite, pas de trace de gras dans ta poêle avant etc et si tu mets les restes dans ton frigo, dans des boîtes pas à l'air libre, tu peux les manger mais il est conseillé de réchauffer plus à la poêle que au micro-onde car la poêle saisit plus et élimine les risques de bactérie mais si tu fais au micro-onde une ou deux fois ça ne risque rien non plus.

Pour certaines, cette posture d'« expert » est sous-tendue par l'expression du savoir expérientiel des internautes, comme l'illustrent les propos formulés ici :

Aucun risque pris le 1^{er} mois de grossesse et pourtant séroconversion datée entre la 2^e et 4^e semaine de grossesse. Il faut faire attention à ce que vous mangez au restau ou chez les autres, salade ou fruits mal lavés, bœuf, porc ou agneau pas assez cuits...

En tout cas faire bien attention. Car on minimise souvent les risques de l'attraper.

- bien se laver les mains

- bien cuire sa viande et se laver les mains après avoir manipulé de la viande crue lorsqu'on cuisine

- bien tremper les fruits et légumes dans du vinaigre ou bicarbonate de soude avant de les consommer.

Mais pour te rassurer on est peu de cas à avoir attraper la Toxo. Je l'ai contractée durant ma grossesse (par gourmandise j'ai fait un seul faux pas en mangeant du saucisson vers la fin...). [...] Une seule bouchée suffit 🙄 Vous avez eu de la chance. Tout le monde n'a pas cette chance... c'est juste avec une seule tranche [de saucisson] dans toute ma grossesse que j'ai attrapé la toxo.... Donc ce n'est pas une question d'abus ou non, juste un coup de pas de bol...

Cette dernière internaute commentera quatre autres posts sur la toxoplasmose mais également sur d'autres publications en présentant son expérience personnelle de contamination, laissant apparaître ainsi son intention sur ce groupe : sensibiliser les femmes.

J'ai attrapé la toxoplasmose enceinte à cause d'un seul saucisson à presque 8 mois de grossesse... ça n'arrive pas à tout le monde, mais le risque reste là.... et bien cuire la viande à cœur etc... ça paraît

un sacrifice énorme alors que ça va, au final les mois passent vite (grandmax 9 mois à tenir ça va mdr) et on se venge juste après l'accouchement ;)

C'est à vous de décider si vous voulez prendre ce risque pour bébé (et donc assumer au cas où il y a un souci) ou attendre encore quelques semaines l'accouchement. J'ai fait attention tout le long de ma grossesse, à 7-8 mois j'avais une envie de saucisson, j'ai succombé et j'ai eu la Toxoplasmose. Maintenant j'assume. À vous de voir si vous avez quelque chose si vous assumerez ou non également.

Hormis des commentaires longs et détaillés détaillant ses conseils, elle diffuse largement son ressenti en mettant des émoticônes 😡 sur les publications lui déplaisant.

Une autre posture est prise par certains internautes, qui consiste à afficher sa légitimité en « cassant » leur anonymat. Elles étalent publiquement certaines caractéristiques de leurs profils comme ici le statut professionnel expert :

Je travaille dans un laboratoire d'hygiène agro-alimentaire et industriel où on peut trouver des listeria partout. En petite quantité c'est vrai mais il y en a. Moi je m'abstiens. Parce que personne n'est immunisé contre la listériose. Il y a deux risques sur ces aliments : la listériose et la toxoplasmose. Si tu es immunisée contre la toxoplasmose, personne ne peut l'être contre la listériose. Et il y a certes moins de risque dans les produits industriels, mais ils existent quand même. Du coup, même si j'adore la charcuterie, je m'abstiens, on ne sait jamais.

Nous n'avons pas observé dans les fils de discussion de positionnement de médecin ou de sage-femme. En revanche, les internautes travaillant dans l'agro-alimentaire ou au contact des animaux sont nombreuses à s'exprimer :

Je suis vétérinaire et je suis toxo neg. Portez des gants pour toucher les chats. Ne pas changer les litières vous-même.

Je travaille au quotidien avec des chats, on entend tout et n'importe quoi [...] alors que nous (travaillant avec les animaux) savons très bien ce qu'il en est.

Pour cette autre internaute, ce statut d'expert est aussi conforté par le commentaire complet et précis qu'elle formule, cité ici dans son intégralité, ce qui est peu fréquent sur ce forum qui affiche en grande majorité des commentaires courts :

Par rapport aux chats, je rajouterai, pour l'anecdote, j'en ai eu 9 dans ma vie. Je suis véto, et je suis toxo négative ... ! De plus les médecins connaissent très peu le cycle du parasite. Le chat se contamine via ses proies (donc un chat qui ne sort pas, ne se contamine pas, sauf si on lui file de la viande crue contaminée), une fois contaminée, le chat va sécréter (pendant 3 semaines) la forme de résistance du parasite (ookystes) dans ses selles, et il faut 24 à 48h de temps pour que le parasite mature et devienne infestant. Par contre le parasite est alors très résistant dans l'environnement (d'où bien laver ce qui vient de la terre, potentiellement contaminé par des crottes d'un chat). Donc retirer les crottes de son chat de sa litière tous les jours évite que le parasite ne devienne infestant. Donc pas de risque. Les animaux que l'on mange, eux se contaminent via leur alimentation (de l'herbe par exemple pour une vache qui a de la chance !), le parasite s'enkyste ensuite dans le muscle. Pour ce qui est des porcs, très rares sont ceux qui voient la lumière naturelle à un autre moment que le jour de leur transport vers l'abattoir... les porcs de plein air, ça court pas les prairies ! Donc la viande de porc est bien rarement (de nos jours) contaminées par le parasite. Alors manger un bout de saucisson industriel ça n'est pas franchement un risque ! Mais bon, par mesure de précaution, on n'en mange pas, c'est mieux pour les porcs et pour nous, et les restrictions alimentaires ne durent que 9 mois ! Et puis il suffit de suivre quelques règles d'hygiène pour le bien de bébé et le nôtre, comme nettoyer régulièrement le frigo, ne pas réchauffer plus d'une fois les plats cuisinés, éviter les crudités au resto (on n'est pas à l'abri d'un "oubli" de nettoyage par les cuisto !), on mange sain, pas trop de sucre, et on ne se prend pas la tête !

Réponse hyper complète ! Merci 😊😊

Certaines internautes adoptent aussi une posture très paternaliste :

Cette fois ci ça va aller mais à l'avenir n'en mange plus car même si c'est pasteurisé ce type de fromage peut qd même te transmettre la listeria. Pour cette fois t'en fais pas tu aurais vraiment pas de chance si tu devais l'attraper en en mangeant une fois. Si ça peut te rassurer appelle le 15 et dit que ça t'inquiète et le médecin du samu te dira s'il y a risque de contamination en ce moment sur ce fromage 🍷

D'ailleurs, dans ce dispositif s'instaure « un cadre de participation » où les internautes peuvent y incarner différents rôles : intervenants actifs répondant aux questions ou en posant, animant des débats ou simples lecteurs (Beaudoin & Velkoska, 1999, p.123). À la différence du colloque singulier qui réunit en face à face deux protagonistes bien identifiés, avec un expert et un profane dans un cadre fermé et privé, pour un objectif spécifique, les forums et les groupes de discussion mettent en présence une hétérogénéité de profils majoritairement anonymes, pour échanger sur des sujets non prédéfinis. L'échange se déroule dans un espace, plus que dans un temps donné : la discussion est asynchrone, reste visible dans le temps et les internautes n'ont pas d'échéance pour commenter. Tout cela est bien différent du colloque singulier qui s'inscrit dans une démarche rigoureuse sur le plan clinique et paraclinique, basée sur un examen obstétrical, des prescriptions et un suivi des examens complémentaires. Il s'accompagne d'une parole experte unique devant permettre une prise de décision éclairée. La consultation est également cadrée par des normes de communication (attitude, comportement, habillement, expressions utilisées, marques de civilité, etc.) et de la déférence (Larger, 2010), comme nous l'avons observé. Concernant les risques infectieux alimentaires, le professionnel transmet des énoncés prescriptifs qui sont « *des énoncés qui nous commandent d'agir d'une certaine manière, qui nous dictent notre conduite* » (Thomas, 2001, p.41).³⁶¹

A contrario, les groupes de discussion s'inscrivent dans une démarche subjective de partage d'expériences de ce que les femmes vivent ou ont vécu et laissent trace de toutes leurs représentations sur la grossesse, la maladie et le risque en lui-même. Les commentaires sont visibles par tous les adhérents au groupe et chaque internaute peut contribuer à la conversation ainsi qu'à l'évolution de celles-ci (vers un autre thème que celui de l'énonciatrice). La parole est diluée entre tous les intervenants et la prise de décision est supposée se faire après lecture de tous les commentaires. Cet espace de discussion laisse place à l'expression des contradictions et de débats parfois houleux, probablement facilités par l'anonymat. Certaines internautes ont une présence récurrente et animent les débats sur différentes publications, notamment dès que cela touche la perception des risques. Mais, dans ces types d'échanges, comme le souligne Michel Setbon, « *ces jugements perceptifs émis par quelqu'un ne sont pas contrebalancés par des jugements d'experts* » (2021, p.80).³⁶² Le forum peut être utilisé comme une sorte de défouloir, certains auteurs abordent le groupe de discussion comme une « arène conversationnelle » où les contributions sont hétérogènes (Schneider, 1996). Michael Dumoulin a constaté des « monologues interactifs » sur les forums, des participants exposent leurs points de vue, « *en rejetant ou en critiquant systématiquement les propos des autres, au lieu de solliciter des opinions, des éclaircissements ou des justifications de la part des autres participants* » (2002, pp.150-151).³⁶³ Nous avons observé également de telles postures dont voici un extrait :

³⁶¹ Thomas, J.-P. (2001). Qu'est-ce que le pouvoir médical ? *Raison présente*, (137), pp. 39-52.

³⁶² Setbon, M. (2021). *Face au risque sanitaire. Perceptions, émotions, décisions*. Éditions Masson.

³⁶³ Dumoulin, M. (2002). Les forums électroniques : délibératifs et démocratiques ? Dans D. Monière (dir.), *Internet et la Démocratie* (pp. 140-157). Éditions Monière et Wollank.

Internaute : Écoutez c'est bien si votre avis m'intéressait je vous aurais sonné mais ce n'est pas le cas ! c'est abusé de nos jours les gens ne peuvent pas faire ce qu'ils veulent ! au lieu de piailler à droite et à gauche occupez-vous de votre vie sérieux ! vous n'avez pas mieux à faire ?

Les questions et les réponses qui fusent sur les groupes de discussion peuvent nourrir les savoirs des internautes tout autant qu'ils peuvent les déstabiliser. Cette confrontation aux messages négatifs moralisateurs et parfois disproportionnés sont susceptibles de fragiliser les internautes et à terme de venir impacter leur estime et leur confiance en soi. Cela est d'autant plus préoccupant lorsque l'on considère la fragilité inhérente à la grossesse et cette période de construction du futur statut de mère ; nous avons d'ailleurs constaté dans les fils de discussion plusieurs commentaires relatifs à ce qu'est une « bonne mère ».

Pour Anaïs Théviot, « *le forum se présente comme une entité remplie de contradictions : considéré à la fois comme un outil améliorant les échanges d'idées et comme un dispositif ne produisant que du " bruit " »* (2011, p.36).³⁶⁴ Certains auteurs dépeignent « *un espace commun d'incompréhension* » (Beaudoin & Velkoska, 1999, p.124).³⁶⁵ Cette diversité de réponses interroge sur l'apport pour l'énonciatrice.

Nous avons pu constater ainsi que certains posts sur la toxoplasmose ont conduit à plus de 100 commentaires, un post a même impulsé 203 commentaires ! L'énonciatrice passe alors d'une quête d'information à une surinformation complexifiant la prise de décision. En définitive, deux attitudes s'observent devant cette surcharge informationnelle.

Dans ce colloque singulier, le « tiers », qu'il s'agisse du réseau social ou d'une source numérique, peut être perçu comme une ressource émancipatrice de la relation « professionnel de santé » / « femme enceinte ». Dans ce cas, la patiente, par une meilleure information, est capable de faire des choix éclairés et de prendre le contrôle de sa santé et de celle de son futur enfant. Elle est alors considérée par le professionnel comme « un patient actif ».

Mais le pendant peut être une perte d'importance accordée à la parole médicale, une méfiance, voire une défiance envers le professionnel. Dans notre enquête, les professionnels ont exprimé leur méfiance face au recours aux sources numériques en santé. Ils sont conscients de cette multiplicité de modes d'informations des femmes et s'inquiètent à l'avenir de l'influence de l'internet et des réseaux sociaux. Pour certains d'entre eux, ces pratiques peuvent induire à terme, dans ce rapport soignant-soigné, une perte de légitimité de la parole médicale, comme s'en inquiète cette sage-femme :

L'avis du professionnel de santé est mis sur le même pied d'égalité que la copine qui lui a raconté un truc sur Facebook. Moi, je trouve que c'est dangereux. [...] L'État se défend super mal contre internet. Personnellement, je trouve qu'on a un travail à faire là-dessus, même nous en tant que professionnels de santé pour informer les gens, on perd en crédibilité et c'est vrai que notre parole est beaucoup moins importante qu'elle ne l'a pu l'être auparavant. (PS10-SF6-Anc22)

Cette remise en cause de la parole médicale émerge sur le groupe de discussion, comme l'illustre ce propos :

Internaute : Je n'ai jamais rien écouté de tous les docteurs, et on est encore là, et elle grandit très bien. 😊 Je dirais même, encore mieux qu'un bébé qui est privé de tout. Si vous pouponnez vos enfants comme ça, c'est hallucinant et ils seront toujours malade, pensez-y.

³⁶⁴ Théviot, A. (2011). Les forums : un espace commun de discussion publique sur Internet ? Dans E. Yasri-Labrique (dir.), *Les forums de discussion : Agoras du XXI^e siècle ? Théories, enjeux et pratiques discursives*. Éditions L'Harmattan.

³⁶⁵ Beaudouin, V., & Velkovska, J. (1999). Constitution d'un espace de communication sur Internet (forums, pages personnelles, courrier électronique...). *Réseaux*, 17(97), 121-177.

Selon Omrane et Mignot, « *l'information médicale sur le réseau social symbolise l'avènement d'un usager qui remet en cause des frontières de l'expertise et valorise une expertise profane basée sur des savoirs expérimentiels* » (2022, p.144).³⁶⁶

Les craintes de bon nombre de professionnels rejoignent ce qui a été décrit par certains auteurs concernant les possibles dérives de ce large accès à l'information : « *mésinformation, informations disproportionnées et présence de jugements portant atteinte à l'empowerment, mais aussi fracture numérique et iniquité de compréhension des informations, stigmatisation des femmes, et risques de bris de confidentialité sur les données acquises en ligne* » (Masella & Godard, 2020).³⁶⁷ En définitive, la polyphonie informationnelle n'est synonyme ni de bonne compréhension, ni d'appropriation (Grimes et al., 2014). Elle est aussi génératrice d'inégalités sociales de santé. Masella et Godard estiment que même si beaucoup de femmes font confiance aux informations et aux conseils en ligne, ceux-ci ne sont pas toujours dignes de confiance et qu'il est complexe pour le public de faire la différence entre des sources fiables et erronées. Cela soulève pour ces auteurs « *des questionnements éthiques, en lien notamment avec la capacité de décision et d'autonomie des femmes enceintes* », essentiellement pour faire des choix éclairés (2020). Et comme le fait remarquer Hélène Romeyer, « *il y a certes une meilleure diffusion de l'information, mais l'amélioration de la connaissance reste inégale en raison des différences d'appropriation et des différences de capacité d'assimilation du grand public. Nous touchons ici à l'une des grandes confusions avec le numérique : la mise à disposition d'informations ferait augmenter mécaniquement la connaissance. Or, ce sont ici deux processus fort différents et aucun lien mécanique n'existe entre les deux* » (2022, p.169).³⁶⁸

Dans ce cadre, que se passe-t-il pour elles en tant que consommatrices ? Entre l'information délivrée, celle comprise et celle dont les femmes se souviennent, des déformations et des lacunes sont constatées. L'observation des consultations suivie par la phase d'entretiens permet de mettre en lumière cette confusion et ce biais de mémorisation. Malgré l'accès plus équitable aux informations de santé, cette diversité de voies de communication et cette pluralité de messages entravent la littératie en santé. Comme l'évoquent Viviane Clavier et Céline Paganelli, « *la littératie informationnelle en santé renvoie à des compétences liées à la maîtrise de l'information, à la capacité à reconnaître un besoin d'information en santé, à la capacité à évaluer et utiliser ces informations dans la vie quotidienne pour prendre de bonnes décisions en matière de santé, à la capacité d'utiliser l'information de manière éthique et légale, etc.* » (2022b, p.7)³⁶⁹

La consultation ne peut pas être envisagée comme centrale, ni comme l'espace où l'asymétrie d'informations, de prise de paroles ou de connaissances se réduit. Même si nous avons constaté que la portée des informations transmises dépasse le cadre de la consultation, de nombreux émetteurs d'informations gravitent autour des femmes enceintes, comme l'exprime Ophélie (A30, E0) : « *Je trouve qu'à partir du moment où on dit aux gens qu'on attend un enfant, je*

³⁶⁶ Omrane, D., & Mignot, P. (2022) La prévention du cancer du sein en ligne dans un contexte de crise de confiance : du discours médico-technique au soutien social. Dans B. Cordelier & O. Galibert (dirs), *Communications numériques en santé*. Série prospective technologique et application sociale. ISTE éditions.

³⁶⁷ Masella, M. A., & Godard, B. (2020). Enjeux éthiques du recours à Internet par les femmes enceintes dans leur suivi de grossesse. *Santé publique*, 32(2-3), 171–182.

³⁶⁸ Romeyer, H. (2022). Patient expert à l'ère numérique : entre mythes et réalité(s). Dans B. Cordelier & O. Galibert (dirs), *Communications numériques en santé* (pp. 153-177). Série prospective technologique et application sociale. ISTE éditions.

³⁶⁹ Clavier, V., & Paganelli, C. (2022b). Introduction. Dans V. Clavier & C. Paganelli (dirs.), *Pratiques d'information et connaissances en santé* (pp. 1-12). ISTE éditions.

trouve qu'on a suffisamment d'informations qui nous arrivent comme ça, qu'on n'a pas demandées. »

Au terme de nos observations, nous constatons que les femmes sont au cœur d'une spirale informationnelle, dans laquelle elles entrent, avant même la grossesse (dès le passage à l'âge adulte) qui les propulse une fois enceintes au contact d'une diversité d'émetteurs les exposant à une cacophonie informationnelle. Tout au long de ce processus réflexif, s'élabore un savoir profane cumulatif, évolutif, aléatoire, incertain, voire contestable. Nous ne pouvons pas nous en étonner au regard de l'origine de ce savoir : les recommandations institutionnelles sur la prévention des risques infectieux alimentaires. Basées par principe sur des données scientifiques évolutives, intégrant des zones de flou inhérentes à la logique du principe de précaution et des distinctions sémantiques subtiles, ces recommandations apparaissent parfois nébuleuses. De cette polyphonie informationnelle institutionnelle doit s'extraire un savoir professionnel expert. L'un des objectifs du cursus de formation consiste à s'informer, se former, acquérir les capacités de lire de façon critique la littérature pour assurer sa formation continue et développer une expertise sur les risques infectieux alimentaires pendant la grossesse, notamment sur l'approche préventive. Sur cet enseignement qui semble si basique et loin de la complexité de certaines thématiques médicales, se greffent des interrogations pour une mise en pratique de ces recommandations. Malgré cette volonté pour tous les acteurs de la prévention et du soin de fournir à la femme enceinte une information fiable, une polyphonie voire cacophonie, qui s'opère dès le niveau institutionnel se poursuit dans la sphère professionnelle.

À ce niveau, la communication médicale est également impactée, comme nous allons le voir, par une subjectivité liée à la perception du risque. Après des phases de vulgarisation et de déformation de l'information, cette cacophonie diffuse largement dans la sphère publique. Certes, cette profusion de sources informationnelles peut réduire l'asymétrie d'informations entre le professionnel de santé et la femme enceinte, néanmoins notre recherche montre qu'elle ne réduit pas l'asymétrie de prises de parole au sein de la consultation. Les espaces d'apomédiation permettent de lisser une éventuelle asymétrie entre pairs, par le seul fait d'avoir la légitimité autant qu'un autre internaute de poser une question. Toutefois, dans nos observations, des postures d'experts, faussement légitimés, y émergent malgré tout. Ces espaces s'inscrivent dans une démarche de soutien plus que de transmissions de savoirs, puisqu'ils ne font pas exception à cette cacophonie : encore plus d'émetteurs, anonymes, ici sans médiateur pour identifier les informations crédibles et rectifier le cas échéant. Devant de telles incertitudes, incompréhensions, cet acte banal, s'alimenter, devient pendant la grossesse, une prise potentielle de risque au quotidien. Comment ne pas se questionner ensuite sur ces notions de risque et de perception du risque alimentaire qui entrent en jeu à toutes les étapes : de la communication à la consommation.

6.4. Face à la perception des risques, comment s'opère la prise de décision ?

La prévention, notion polysémique, peut se définir comme toute action entreprise à un moment déterminé pour minimiser ou éviter un risque potentiel (Corvol, 2012). Elle s'applique par définition avant que ne survienne ce que l'on peut prévenir, grâce à une intervention extérieure, une mesure préventive de référence. Cette conception cadre avec une réflexion dominée par la prescription (San Marco, 2016). Ainsi, la prévention se situe à l'interface entre la politique et la médecine. Sa considération par les pouvoirs publics s'est accrue récemment comme en témoigne en 2022 la dénomination, « ministère de la Santé et de la Prévention », dans laquelle le terme prévention vient prendre place. Cette notion est aussi prônée par les différents acteurs de santé et reconnue par le grand public. Elle fait appel aux comportements individuels et se renforce par l'éducation et l'information. Nous sommes tous les jours exposés à de nombreux messages de prévention et d'éducation à la santé, pour nous amener à changer nos comportements, notamment alimentaires. Le discours médical agit au niveau de la prévention sanitaire (Camus & Oria, 2017). Une transition s'observe, d'une médecine de la maladie vers une médecine de la santé, accompagnée d'un discours de prévention orienté sur l'éradication de certains comportements à risque. Comme le souligne Nicolas Tanti-Hardouin, « *il ne s'agit plus de lutter contre la maladie, mais de se maintenir en bonne santé. Le nouveau paradigme fonde l'émergence de la médecine du risque* » (2013, p.18).³⁷⁰ Si la démocratie sanitaire rééquilibre le colloque singulier, elle « *participe de la transformation du patient en agent rationnel, capable de prendre des décisions dans un univers risqué* » (Domin, 2014).³⁷¹

Les messages prescriptifs sont considérés comme scientifiques et rationnels, dont les ressources numériques et notamment les médias sociaux se font le relais. Pour Nicolas Tanti-Hardouin, la prévention repose sur l'hypothèse d'un « *citoyen informé qui va réagir aux injonctions des messages de prévention selon les aspects incitatifs du modèle de la rationalité instrumentale* » (2013, p.21).³⁷² Le patient doit être informé pour prendre conscience des risques encourus et s'inscrire dans une démarche d'autonomisation. Cela comprend pour chaque individu une maîtrise des risques à l'échelle individuelle. Toutefois, « *il s'agit d'un sujet, mettant en jeu une subjectivité (ses croyances, ses désirs, ses émotions, ses pulsions, ses préférences, ses valeurs) dans son évaluation des faits qui conduit à des décisions et ses évaluations [et il est] fondamentalement doué de réflexivité* », capacité, qui pour Gérard Reach, fonde le concept de personne autonome, définissant elle-même ses propres normes (2020).³⁷³ Ce concept vient questionner la liberté de ne pas appliquer les recommandations et ainsi la rationalité des comportements visant à maintenir la santé. Comme en témoigne l'une des femmes enceintes de notre étude, le renforcement de l'autonomie peut conduire le patient à s'opposer ou détourner les prescriptions du professionnel :

Si je ne vais pas plus loin dans les précautions, ce n'est pas par manque d'information. Je ne sais pas comment dire ça, je vais me sentir responsable de dire ça mais c'est par un manque de volonté, on va dire. Là je sais que j'ai passé les cinq premiers mois. Alors peut-être que j'ai été mal informée mais

³⁷⁰ Tanti-Hardouin, N. (2013). *La liberté au risque de la santé publique*. Les Belles Lettres.

³⁷¹ Domin, J. (2014). De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? *Les Tribunes de la santé*, HS3, 21-29.

³⁷² Op. cit.

³⁷³ Reach, G. (2020). Normes et invariants en médecine. Une réflexion au temps du Covid. *Les Tribunes de la santé*, 2(64), 21-36.

pour moi, j'ai moins de risques de l'attraper. C'est le fait qui me fait dire que, aujourd'hui, ça me fait moins peur qu'au début. (Eva, A28, E1)

Camus et Oria constatent que « *les choix et les pratiques en matière de santé et de prévention sont dépendants de la trajectoire sociale, elle-même liée au parcours scolaire et au niveau de diplôme* » mais également aux habitudes de lecture, du recours à des informations médicales vulgarisées et aux pratiques de suivi de leur santé et à l'aversion personnelle au risque (2017).³⁷⁴ Et comme l'explique Camille Adamiec, le flou entourant l'alimentation peut conduire l'individu à se mobiliser pour trouver ses repères et développer une maîtrise de son quotidien : « *il se constitue sa propre grille de déchiffrement du risque, ses propres vigilances. [...] l'individu se constitue un savoir et veut par ce savoir, être sujet et maître de ses consommations.* » (2016, p.146)³⁷⁵

Les patients souhaitent être informés des risques tout en gardant la main sur leurs comportements. Cela rejoint les propos de cette internaute : « *Je savais que ça représentait un certain risque mais j'estimais qu'il était mesuré.* » Toutefois, leur perception du risque est souvent biaisée et peut s'orienter soit vers une surestimation soit vers une sous-estimation, comme nous l'avons observé dans notre recherche. Les risques dits volontaires associés au comportement de l'individu sont sujets à un biais d'optimisme, comme en témoignent certaines de nos interlocutrices :

J'ai tendance à me dire : « Bon, j'ai jamais rien attrapé en 30 ans... Je sais que l'immunité pendant la grossesse est un peu affaiblie mais faudrait vraiment que j'ai pas de chance pour l'attraper maintenant, dans les neuf mois... ! » (Lucie, A30, E0)

Je sais qu'il ne faut pas manger de saucisson, je crois, ça m'est arrivée d'en avoir très, très envie, et j'ai mangé deux tranches de saucisson et c'est comme ça, je ne me suis pas trop pris la tête ! Je me disais que si moi, j'ai des envies, si mon corps en a envie c'est que ce ne sera pas mauvais pour le bébé, donc sincèrement, il y a des choses que je mangeais et je ne me suis pas posée plus de questions que ça en fait. (Chloé, A25, E0)

Internaute : J'ai confiance en mon corps et j'ai tjs mangé de toutes mes envies de début de grossesse.

D'ailleurs, le patient « *entretient sur la maladie, sur la médecine, des croyances et des représentations qui orientent sa conduite* » (Lacoste, 1993, p.55).³⁷⁶ Cependant, comme le souligne Béatrice Jacques, « *les femmes, les médecins, ne cessent de le répéter, la grossesse n'est pas une maladie* » (2010, p.1).³⁷⁷ Cette représentation de la grossesse peut influencer le comportement, comme en témoigne cette internaute : « *Pour moi être enceinte ce n'est pas une maladie où il faut se priver de tout et pas vivre pendant 9 mois.* » À l'inverse, cette définition sociale de la grossesse peut se construire à partir des enjeux qui tournent autour de la gestion des risques. Si le regard est porté sur les conséquences potentielles en cas de contamination, la perception du risque peut être élevée : « *C'est juste impensable pour moi de prendre ce risque pour uniquement de la nourriture : les enfants n'ont qu'une chance de bien se développer et vivre.* » (Internaute)

³⁷⁴ Camus, J., & Oria, N. (2017). Accompagnement des mères pendant la grossesse : des discours différenciés. *La Santé en action*, (441), pp. 16-17

³⁷⁵ Adamiec, C. (2016). *Devenir sain. Des morales alimentaires aux écologies de soi*. Presses universitaires de Rennes. Presses universitaires François-Rabelais de Tours.

³⁷⁶ Lacoste, M. (1993). Langage et interaction : le cas de la consultation médicale. Dans J. Cosnier, M. Grosjean, & M. Lacoste (dirs), *Soins et Communication. Approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 33-61). Éthologie et Psychologie des communications. Presses Universitaires de Lyon.

³⁷⁷ Jacques, B. (2010). *Sociologie de l'accouchement*. PUF.

De façon générale, « *les comportements varient à l'infini face au risque, en fonction des tempéraments, des expériences et des psychologies individuelles* » (Le Pen, 2013, pp.67-68).³⁷⁸ Nos comportements peuvent effectivement évoluer au cours d'une vie mais il n'est pas simple de les modifier sur du long terme. Ces modifications peuvent être coûteuses en temps, en argent, en perte de plaisir, etc., et impliquer une restriction des choix et des actions, voire un sentiment de limitation des libertés individuelles (Wilhem & Gavard-Perret, 2022).

Le parcours de grossesse intègre cette médecine de surveillance et d'anticipation du risque. Comme l'exprime Nicolas Tanti-Hardouin, « *on admet aisément que le risque zéro n'existe pas mais l'application systématique du principe de précaution révèle cette tentation de vouloir tout ramener au risque nul* » (2013, p.24).³⁷⁹ Cette déclaration peut prendre tout son sens dans cette période de grossesse et de vulnérabilité, qui concerne deux vies dont une en devenir (Reeves et al., 2016).³⁸⁰ La future mère, garante de ces deux vies, devra développer une hypervigilance essentielle ; *Jasmine (A28, E0)* évoque cette préoccupation dans les termes suivants :

Ces bactéries peuvent moi me rendre malade... peut-être des vomissements, mais qui pourraient avoir un effet beaucoup plus critique sur la santé du bébé, puisqu'il est plus fragile et que ce que je mange, il le mange forcément. Enfin, il en a aussi la perception. Mais comme moi j'ai peut-être des anticorps que lui il n'a pas et donc il est plus fragile et plus à risque que moi. Mais je pense que... en étant enceinte, on est quand même aussi plus fragile donc peut-être que ça peut avoir des conséquences plus importantes.

Cependant, cette vigilance doit reposer sur une bonne compréhension des risques en période de grossesse, ce qui n'est par exemple pas le cas de cette internaute : « *Le premier mois ce n'est pas grave car le fœtus est encore "indépendant", il n'y a pas encore de placenta et de cordon.* »

Dans la relation soignant-femme enceinte, la communication du risque revêt alors une importance particulière dans l'adoption de comportements favorables à la santé : « *les femmes se voient adresser un ensemble de messages visant à leur prescrire, de façon plus ou moins explicite, des comportements, attitudes ou habitudes* » (Camus & Oria, 2017).³⁸¹ Pour ces auteurs, ces prescriptions sont principalement formulées sous le mode du conseil, de l'éviction bienveillante et du bon sens, pour susciter l'adhésion spontanée des femmes. C'est également ce qui a été observé lors des consultations. Cela étant, on ne peut pas leur conférer une uniformité.

Les professionnels sont conscients de la pression qui peut être ressentie par les femmes enceintes vis-à-vis de ces changements alimentaires et leurs postures sont primordiales dans la perception des femmes sur l'importance de ces messages de prévention. Pour certains auteurs, la communication médicale vient remodeler la qualité des savoirs sur le risque élevé : « *la transmission de la recommandation peut souffrir de la qualité et du niveau d'informations reçues par les soigné-e-s et les apparenté-e-s. [...] Ainsi, lorsque la transmission n'est pas réalisée, ou de façon incomplète, la perception du risque peut être inexistante ou rester très*

³⁷⁸ Le Pen, C. (2012). Prévention de masse *versus* prévention à la carte. Le point de vue de l'économiste. Dans P. Corvol (dir.), *La prévention du risque en médecine : D'une approche populationnelle à une approche personnalisée* (pp. 57-72). Collège de France.

³⁷⁹ Tanti-Hardouin, N. (2013). *La liberté au risque de la santé publique*. Les Belles Lettres.

Ce constat est fait, alors que toutes les techniques mobilisées par les études scientifiques quantitatives impliquent une incertitude puisqu'elles sont basées sur des théories statistiques.

³⁸⁰ Reeves, N., Pelletier, V., Schauder, C., Thériault, J., & Wendland, J. (2016). Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse ; une étude longitudinale et qualitative. *Devenir*, 28, 43-64.

³⁸¹ Camus, J., & Oria, N. (2017). Accompagnement des mères pendant la grossesse : des discours différenciés. *La Santé en action*, (441), pp. 16-17.

générale » (Palierno et al., 2020, p.119).³⁸² Les pathologies identifiées par les experts et les instances comme des risques potentiels pendant la grossesse, nécessitent que cette information soit délivrée précocement. Ainsi, très tôt, les femmes enceintes sont confrontées à cette « culture du risque » (Peretti-Watel, 2010) et doivent se conformer à des normes qui s'imposent à elles, qui varient selon leur statut immunitaire vis-à-vis de la toxoplasmose. Cependant, rien ne précise comment délivrer cette information et quelle priorité accorder à ces messages en particulier au regard des autres informations à délivrer.

Le discours médical des médecins et des sages-femmes est très empreint de leur propre perception du risque. Certains reconnaissent une souplesse dans ce qu'ils présentent comme recommandations. Rappelons la prise de position de ce praticien à ce sujet :

Je trouve que les femmes sont inondées de choses, et ont des tas d'idées, faut pas ci, faut pas ça. Moi, sur les grossesses je suis assez simple. Je dis les choses strictement interdites, c'est l'alcool quelle que soit sa forme et le tabac. Après je les autorise à manger des langoustes, des huitres, des moules et les fromages, c'est des fromages quand même contrôlés. Bon, on évite les viandes crues à cause de la toxoplasmose mais je n'interdis pas grand-chose. Mais elles ont des tas d'idées, quand elles disent la liste, t'as l'impression qu'elles ne vont plus rien manger. Puis je pense qu'il y a trop d'interdits sur tout... Plus il y a d'interdits moins les gens vont les respecter...(PSI-GYNI-Anc33)

Les propos de ces internautes témoignent de cette souplesse : « *Mon gynéco m'a dit faut pas se prendre la tête non plus juste faire attention et pas tout le temps.* » et d'une dédramatisation à l'égard des écarts avec les recommandations : « *ça m'est arrivé de craquer sur une tranche de saucisson une ou deux fois mais même mon médecin m'avait dit que tant qu'il y avait un craquage occasionnel rien de grave.* »

Pour les professionnels, la perception du risque est notamment fondée sur l'observation de cas de maladie dans leur environnement personnel, leurs expériences professionnelles (fréquence de contamination, gravité, etc.), par la comparaison avec les préconisations des autres pays, ou encore la sécurité alimentaire. Nous pouvons citer l'exemple de cette internaute : « *Mon gynéco est très rassurant sur ce point et dit que, étant donné toutes les normes d'hygiène qu'il y a pour les industriels, pas de danger.* »

Plusieurs professionnels incitent les femmes à s'autonomiser dans leurs pratiques alimentaires en abordant l'évaluation des risques. Dans le champ de la santé, François Dubet précise ce qu'il appelle le « travail sur autrui », activité professionnelle impliquant une médiation entre des individus particuliers et des valeurs universelles dont la finalité repose sur des normes dévolues aux individus, celles-ci les conforment tout autant qu'elles les rendent autonomes (2002). Les professionnels de santé, sont ainsi des médiateurs, dans la construction sociale du risque lié à l'alimentation-grossesse.

Le témoignage de *Malorie* est intéressant à mentionner pour questionner cette notion de risque et dès lors, la gouvernance des risques et celui-ci rejoint le « gouvernement des corps » évoqué par Michel Foucault.

Parce qu'au final on nous dit : « Il ne faut pas manger ça... », mais... je ne sais pas pourquoi. C'est juste... je ne mange pas parce qu'on m'a dit que sinon je vais perdre mon bébé et c'est fini... Mais il n'y a pas un moment où on nous a dit : « Ben attention, ça c'est telle maladie, c'est tel risque... vous avez une chance sur tant et... voilà. » Et ça je l'ai trouvé un peu dommage en fait. Ça fait un peu grand drame au début, où on se dit : « Ouah, si je mange une tranche de fromage auquel j'ai pas le

³⁸² Palierno, N., Gaussot, L., Laurent, E., Ingrand, I., & Ingrand, P. (2020). Circulation familiale des savoirs sur le risque élevé de cancer colorectal. Dans N. Diasio & L. Mathiot (dirs.), *Éducation familiale et maladie. Circulation des savoirs, coordination et pratiques de soin* (pp.111-131). Revue internationale de l'éducation familiale 2(48). Éditions L'Harmattan.

droit, je vais perdre mon bébé dans la nuit et c'est cuit quoi ! » Alors que dans les faits, même si on mange un truc qu'il ne faut pas manger... c'est la faute à pas de chance, et ma grand-mère pareil, si elle le mange, personne ne lui dit rien et il peut aussi lui arriver quelque chose. Donc... mais non les risques au final... on ne sait même pas ! À part... oui, le fait de perdre son enfant. Après je pense que c'est compliqué pour un médecin d'arriver et de nous faire une liste précise, parce qu'il faudrait la journée pour nous dire : ça, tel produit, vous pouvez, vous pouvez, vous ne pouvez pas... Mais il n'y a pas de référentiel en fait. On ne nous dit pas : Vous avez une liste officielle... (Malorie, A25, E0)

Cet entretien met notamment en lumière différentes acceptions du terme « risque » : il peut faire référence à la dangerosité, « la toxoplasmose est un risque pour la grossesse » ; aux conséquences de la maladie, « les risques de la listériose sont la fausse-couche et l'accouchement prématuré » ; il peut évoquer la vulnérabilité des femmes, « la femme enceinte est plus à risque d'infection », l'incertitude et la probabilité de survenue de la maladie « le risque zéro n'existe pas » ou être évoqué pour un comportement « je prends le risque de consommer un aliment interdit » et également la communication du/des risque(s) qui englobent différents aspects. Bien évidemment, au niveau sémantique, la liste est incomplète. Comme le souligne Slovic, « *le risque est un concept subtil aux multiples significations* [traduction libre] » (1999, p.286).³⁸³

Certains professionnels reconnaissent accorder la priorité à d'autres problématiques de santé, l'alimentation passant au second plan. Si les experts et les instances ont reconnu des risques inhérents à l'alimentation-grossesse sur la base de données scientifiques probantes, ces deux maladies ont été considérées comme des problèmes de santé publique. Une actualisation des repères alimentaires pour la population des femmes enceintes a été émise en 2019 par l'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail)³⁸⁴. Suite à des travaux à venir du Haut Conseil de la santé publique et de Santé publique France, ces repères devraient être traduits en recommandations puis en messages sanitaires adaptés à cette catégorie de population afin de permettre leur diffusion et leur appropriation. Une diffusion de ces repères s'opère sur des sites institutionnels tels que Santé.fr, Mangerbouger.fr, 1000premiersjours.fr., par exemple sous des articles intitulés « Quelles précautions alimentaires pendant la grossesse ».

Néanmoins, ces messages de prévention spécifiques aux risques alimentaires pendant la grossesse ne sont actuellement pas positionnés comme des priorités de santé publique, comme peuvent l'être l'alcool et le tabac pendant la grossesse. Ces risques ne font pas l'objet de campagnes de prévention de grande ampleur, avec affichage public. Pour la listériose, les efforts sont portés par les producteurs plus que par les consommateurs, notamment avec la mise en place de la surveillance et des contrôles sanitaires. Pour la toxoplasmose, les professionnels se questionnent sur l'intérêt du dépistage et ont probablement intégré que le risque était relatif, avec un risque faible de contamination précoce en début de grossesse, et avec des risques limités pour l'enfant en cas de contamination tardive lors de la mise en place d'un traitement. Cela a pu éloigner l'intérêt de développer des campagnes spécifiques.

Ces risques apparaissent aussi moins prioritaires pour de nombreuses femmes de notre étude. À la différence de l'alcool pendant la grossesse qui matérialise l'interdiction, avec un message très explicite (« zéro alcool »), les risques infectieux sont abordés sous l'angle de simples avertissements (« éviter »). Les formulations des messages font appel à des expressions dites

³⁸³ Slovic, P. (1999). Are trivial risks the greatest risks of all? *Journal of Risk Research*, 2(4), 281-288.

³⁸⁴ <https://www.anses.fr/>

« déontiques »³⁸⁵ en référence à des normes. Comme l'exprime René Gueguen, « *en matière de santé, l'interprétation de tout résultat nécessite de recourir à des références, à des normes sur lesquelles le praticien fondera son jugement* », avec comme cible « la bonne santé » (1992, p.150).³⁸⁶ Si dans le cas de l'alcool, le message « Zéro alcool pendant la grossesse » peut être considéré comme la « norme » à suivre pour la bonne santé, cela devient plus complexe pour les risques infectieux, dans la mesure où le vocabulaire utilisé reste plus modéré « éviter la consommation de », excluant le zéro risque. Ce constat se reflète dans le commentaire de cette internaute : « *Je suis à 37 semaines et non immunisée pour la toxo. [...] J'ai mangé un peu de charcuterie, fromage peu importe lequel, et une fois des huitres, du poisson cuit... En fait mis à part l'alcool, je me suis privée de rien.* » Ces risques infectieux sont mis en balance avec d'autres inhérents à la grossesse (mort fœtale in utero, malformation, etc.), non liés à l'alimentation, comme le sous-tend le commentaire de cette internaute : « *Moi non plus, pas immunisée, et je viens de finir des sushis... [...] Je pense aussi que la peur n'évite pas le danger, il peut se passer tellement de choses dramatiques pendant une grossesse...* »

Cela crée une ambiguïté dans le message transmis aux femmes enceintes. Les propos formulés par Annabelle et Caroline vont dans ce sens :

C'est comme si on laissait un peu le soin aux femmes de prendre plus ou moins de risques en fait. Voilà, « Vous verrez bien ! » (Annabelle, A35, E0)

Il n'y a que moi avec mon bon sens, parce que vraiment, personne ne va nous dire concrètement ce que on peut manger ou pas. (Caroline, A33, E0)

Cela rejoint la notion d'autonomisation et d'empowerment précédemment évoqués mais aussi le mouvement, « Healthism »³⁸⁷, qui est présenté ainsi par Viviane Clavier et Céline Paganelli : « *Ce "concept" qui a émergé au cours des années 1970-1980 fait notamment référence à la thèse foucaldienne selon laquelle les individus en viennent à adhérer de leur plein gré à des normes sociales, alors qu'ils n'y sont pas contraints. [Il s'accompagne] d'un devoir individuel de se maintenir en santé par la responsabilisation des individus.* » (2022b, p.2)³⁸⁸ Pour Didier Tabuteau, « *l'accroissement de la maîtrise individuelle de la santé, synonyme de liberté, irait ainsi de pair avec une tendance à l'autocontrôle des comportements selon un processus de normalisation* » (2011, p.18).³⁸⁹ Son affirmation va dans le sens des propos recueillis auprès d'Inès (A29, E0) : « *C'est moi qui m'auto-privé ! Et les autres sont plus à me dire : " Mais c'est bon, tu peux manger ça... c'est bon. "* »

Selon Alexis Ferrand, bon nombre de recommandations sur ce que nous devons faire pour conserver notre santé ne sont pas à considérer comme des normes sociales à proprement parler : « *Ces injonctions sont bien des messages émis par des professions de santé en direction des profanes. Par contre, les " sanctions " promises en cas de transgression seraient infligées par notre propre organisme, par notre fonctionnement naturel, qui nous " punirait " sous la forme de la survenue de telle maladie ou d'une aggravation de notre état de santé. Cette maladie ou*

³⁸⁵ Du grec *deon* : devoir

³⁸⁶ Gueguen, R. (1992). Normes et gestion de l'information. Dans P. Aïach, N. Bon & J.-P. Deschamps (dirs.), *Comportements et santé. Questions pour la prévention* (pp. 150-164). Presses universitaires de Nancy.

³⁸⁷ Traduit en français par santéisation

³⁸⁸ Clavier, V., & Paganelli, C. (2022b). Introduction. Dans V. Clavier & C. Paganelli (dirs.), *Pratiques d'information et connaissances en santé* (pp. 1-12). ISTE éditions.

³⁸⁹ Tabuteau, D. (dir.). (2011). *Les nouveaux patients. Rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025*. Rapport Office de Prospective en Santé. Éditions de Santé. Les Presses de Sciences Po.

cette aggravation ne sont pas des sanctions sociales. » Ces messages ne seraient que des « *informations sur les lois (probabilistes) des choses de la vie* » (2004, p.72).³⁹⁰

Ici, le sens du concept de norme est centré sur « la prescription ». Son essence est transmise lors de l'acte de communication. Le contenu du message peut être une recommandation voire une injonction, qui vise à orienter les comportements que l'individu doit adopter, la norme étant le comportement attendu. De fait, « *outrepasser les recommandations n'est pas trivial et l'adhésion aux normes constitue un moyen d'éviter les sentiments de culpabilité* » (Burton-Jeangros, 2010, p.204).³⁹¹ Cela implique un conformisme ou une transgression, soumis à de nombreux facteurs d'influence, notamment la perception du risque qui implique l'intégration et l'appropriation des informations, la communication du risque et la confrontation entre le savoir des professionnels et le savoir profane. Cela met en jeu aussi l'aversion individuelle au risque. Selon Patrick Peretti-Wattel, « *le profane peut avoir sur le risque et son évaluation un point de vue spécifique. Ainsi l'évaluation d'un risque dépend de quel point de vue on se place* » (2010, p.25).³⁹² Les propos recueillis auprès de *Gabrielle (A29, E0)* illustrent ce constat :

Je suis un peu ambivalente, parce qu'à la fois la probabilité de tomber malade en mangeant un œuf, elle est quand même assez faible. Après statistiquement... déjà la probabilité de tomber malade est très faible, puis de tomber malade pendant la grossesse, c'est vraiment la faute à pas de chance ! Donc je me dis certaines restrictions, si on les écoute toutes à la lettre, on ne mange plus de légumes parce qu'on ne sait jamais, la viande, il faut être sûr qu'elle soit passée par l'étape congélation et qu'elle soit complètement bouillie et on ne mange que des patates... Donc au final, je pense qu'on peut être beaucoup plus carencée en appliquant toutes les restrictions... qu'en faisant du bon sens...

Fondamentalement, la compréhension du risque perçu par les femmes enceintes peut ainsi contribuer à l'efficacité des messages de prévention. Comme l'explique Michel Setbon, la perception du risque a une double dimension : « *sa finalité évaluative qui peut entraîner une décision et sa nature subjective. [Mais] alors que, pour l'expert, le risque est le produit de la probabilité (observée) d'un danger et de ses conséquences négatives, le profane mélange ses connaissances factuelles, croyances et sentiments insérés dans son cadre socio-culturel préexistant où règnent valeurs et expériences* » (2021, p.43).³⁹³ Chaque femme va percevoir le risque en fonction de divers mécanismes, incluant la connaissance, la communication et son environnement socioculturel et socio-démographique. D'ailleurs, certaines appréciations du risque et leur argumentation rejoignent celles émises par les professionnels. Leurs représentations s'inscrivent aussi dans l'histoire de la femme et du couple et dans leur désir partagé d'enfant. Certaines grossesses dites « précieuses » du fait d'un parcours de grossesse complexe (difficulté à amorcer une grossesse, fausses couches, grossesse tardive, etc.) peuvent prendre une valeur accrue où « *un événement qui en perturberait le cours normal est plus intolérable que jamais* » (Desprès, 2010, p.148).³⁹⁴ Cela rejoint le témoignage d'*Inès* :

J'ai bien conscience qu'il faut faire plutôt comme on le sent qu'écouter tout ce qu'on raconte. Après les trucs sur lesquels je suis rigide et fermée c'est sur vraiment les maladies, je me dis que c'est de la

³⁹⁰ Ferrand, A. (2004) La tension normative : un état à la fois personnel et interpersonnel. Dans F.-X. Schweyer, S. Penneç, G. Cresson, & F. Bouchayer. (dirs.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (pp. 69-76). Éditions ENSP.

³⁹¹ Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Dans D. Manai, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 177-212). Stämpfli & Bruylant.

³⁹² Peretti-Wattel, P. (2010). II. Une « culture du risque » ? Dans P. Peretti-Wattel (dir.), *La société du risque* (pp. 20-44). La Découverte.

³⁹³ Setbon, M. (2021). *Face au risque sanitaire. Perceptions, émotions, décisions*. Éditions Masson.

³⁹⁴ Desprès, C. (2010). 9. Les femmes enceintes face aux incertitudes de la grossesse. Dans D. Carricaburu, C. Castra & P. Cohen (dirs.), *Risque et pratiques médicales* (pp. 139-154). Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

médecine donc autant faire attention. Ce sera peut-être le seul bébé que j'aurai donc... voilà... [...] je crois que j'ai tendance à me restreindre un peu trop peut-être. (Inès, A29, E0)

Les développements suivants n'ont pas la prétention d'aborder les déterminants de la perception des risques mais de proposer des pistes de réflexion sur les arguments qui participent à la construction de celle-ci. Ils s'articulent autour des questions suivantes : Comment les femmes enceintes perçoivent-elles les risques infectieux alimentaires et quelles différences de perception existe-t-il ? La toxoplasmose est-elle perçue comme plus risquée que la listériose ? Ces deux risques alimentaires sont-ils perçus comme moins risqués que d'autres ? Les femmes savent que ces maladies peuvent se transmettre à leur enfant mais peu de femmes ont une bonne connaissance des risques. Elles évoquent une perception de la gravité différente entre les deux, la listériose est perçue comme moins grave et plus rare que la toxoplasmose :

Ma vraie hantise je dirai... je pense tout de suite à la toxo. Parce que comme je ne suis pas immunisée contre la toxoplasmose, je pars déjà avec un poids je dirai, tous les mois, où il faut faire attention. (Pauline, A30, E2)

Mais j'avoue que ça m'évoque moins de choses que la toxoplasmose, parce que ça me paraît moins... fréquent en fait. Peut-être à tort... (Kenza, A28, E0)

Notre recherche met en avant un ancrage fort de l'association entre le risque toxoplasmique et la grossesse, comme en témoigne Karen et cette internaute :

Alors ça, je n'en n'avais pas du tout connaissance avant de tomber enceinte. Pour moi il y avait cette histoire de toxo pour laquelle on était ou pas immunisée, mais j'en savais pas plus... Et en fait j'ai découvert qu'il y avait des restrictions alimentaires pour toutes les femmes enceintes par défaut, et que si on était en plus pas immunisée contre la toxo, ça en rajoutait... (Karen, A32, E0)

Internaute : Moi je mange de tout, le risque est très minime sauf pour la toxo où je ne fais plus la litière de mon chat et je lave bien mes fruits et légumes.

La perception différente des risques dans d'autres pays est un argument fréquemment utilisé pour relativiser l'importance donnée en France à ces recommandations, notamment en ce qui concerne le risque toxoplasmique :

Internaute : En Espagne, ils ne font même plus le test de la toxoplasmose.

Internaute : Y'a des pays où on ne fait pas de prises de sang mensuelles pour la toxo. Genre l'Allemagne.

Internaute : Je me suis toujours fait plaisir dans la limite du raisonnable ... [...] En France c'est restriction totale alors que en étant frontalière du Luxembourg, les gynécos là-bas nous disent de se faire plaisir et de manger de tout en faisant attention. Certaines vont peut-être râler mais fais toi plaisir !

Le dépistage mensuel de la toxoplasmose peut rappeler aux femmes non immunisées que le risque existe et maintenir une perception élevée du risque, comme l'explique Daphné :

Je suis suivie tous les mois, je fais une prise de sang sur la toxo. Je ne sais pas exactement les symptômes qu'on peut avoir quand on a la toxo enceinte. Mais je pense que ce n'est pas bon pour le bébé et qu'on peut le perdre. Je ne sais pas si je me trompe ou pas mais moi c'est ce que je me suis mis dans la tête. Si on est suivie par rapport à ça c'est qu'il y a vraiment un risque, soit de perdre le bébé soit d'avoir des malformations par la suite. (Daphné, A33, E2)

Mais nous avons pu observer l'effet contraire pour certaines femmes, ce test confirmait que rien n'arrivait malgré les prises de risque nombreuses, comme pour Lucie et une internaute :

Alors c'est quand même prioritaire mais... Je me rends bien compte en plus qu'à chaque fois que j'allais faire ma prise de sang, en attendant les résultats, j'avais un petit stress en me disant : « Bon

j'espère qu'il n'y a rien, que j'ai pas fait de bêtises, que j'ai pas attrapé quoi que ce soit... » (Lucie, A30, E0)

Internaute : Pas immunisée et j'ai craqué pour des sushis et de la viande crue, contrôle de toxo tout va bien./ Je limite mais je ne m'en empêche pas et mes examens sont normaux.

C'est également ce qui a été identifié par Claudine Burton-Jeangros dans son étude : « *comme moyen de gérer leur anxiété, plusieurs femmes ont évoqué le fait qu'elles attendent les examens réguliers de contrôle de la toxoplasmose notamment : ceux-ci permettent de confirmer que leurs écarts aux normes, en termes d'alimentation, n'ont pas eu de conséquences néfastes* » (2010, pp.206-207).³⁹⁵ Ces examens conduisent aussi à un faux sentiment de sécurité puisqu'ils ne peuvent pas rassurer sur les prises de risque liées à la listériose, comme l'exprime cette internaute : « *Sauf que quand on parle de sushi on ne parle pas de toxoplasmose mais de la listériose, donc les prises de sang ne révèlent pas si vous êtes atteinte de Listeria ou pas!* »

Dans notre recherche, certaines femmes de notre enquête (entretien et forum) expriment que le fait de ne pas avoir été contaminées par la toxoplasmose au cours de leur vie est rassurant sur leur propre risque de contracter la maladie pendant la grossesse, malgré une immunité qu'elles savent souvent diminuée :

Internaute : Moi aussi je ne l'ai jamais chopé et pourtant j'ai eu toute ma vie des chats lol.

J'ai tendance aussi à me dire : « Bon, j'ai jamais rien attrapé en 30 ans... Je sais que l'immunité pendant la grossesse est un peu affaiblie mais faudrait vraiment que j'ai pas de chance pour l'attraper maintenant, dans les neuf mois...! » Je me raisonne aussi comme ça... (Lucie, A30, E0)

Ces réflexions peuvent même les amener à modifier leurs pratiques en cours de grossesse :

Internaute : Au début, je faisais attention à tout et maintenant je prends beaucoup de recul. Bien sûr, le risque est là, mais j'ai vécu 28 ans sans l'attraper en mangeant de tout, industriel ou non, en France ou à l'étranger. Maintenant, ça m'arrive de prendre une salade au restaurant et je ne m'inquièterais pas de manger une barquette de taboulé...

De manière similaire, les femmes qui ont déjà eu des enfants peuvent se projeter sur une absence de risque pour la grossesse actuelle, puisqu'il n'y a pas eu de complication pour la grossesse précédente, comme le formule Pauline (A30, E2) :

Il y a ça aussi, j'ai l'expérience de deux autres grossesses en n'étant pas immunisée également, et je ne l'ai pas chopée donc... Je me dis : « Oh ben non, ça, ça ne t'arrivera pas... » du coup on culpabilise un petit peu mais pas tellement, on se dit : « Bon ben, ça doit être rare aussi cette maladie ».

Leur perception du risque est impactée par les expériences rencontrées, cela peut renforcer leur vigilance ou à l'inverse, cela peut conforter leurs prises de risque :

Internaute : J'ai connu une maman qui a perdu son bébé parce qu'elle a mangé la moitié d'une tranche de jambon cru, sous vide ! Une maman qui a perdu son bébé pour une fraise pas lavée ! Je comprends pas, vous savez que c'est interdit mais vous voulez essayer...

Internaute : Je mange de tout sauf viande crue ! Je suis à moins 8 mois et tout va bien ;) J'ai une amie qui n'était pas immunisée elle s'était privée de tout même les restaurants elle n'y allait pas. Au final elle a contracté la toxo. Donc moi je pense que si tu dois l'avoir tu l'auras, peu importe ce que tu manges. L'important c'est de se faire plaisir tout en étant en accord avec soi-même et la façon dont on veut vivre sa grossesse. Moi je ne me mets aucune barrière et je vis une grossesse parfaite. 😊

³⁹⁵ Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Dans D. Manai, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 177-212). Stämpfli & Bruylant.

Leur perception du risque et leur niveau d'inquiétude vont aussi se définir par rapport à d'autres risques, comme le démontrent les propos de *Julie* et d'une internaute :

Moi je pense que c'est important quand même de parler de la notion de risque, mais ça, on ne peut pas faire synthétiquement ! Mais ça joue, quand on parle d'une chance de... en gros de 50% ou si on parle de 1/1000. Je trouve que ce n'est pas du tout la même chose, et c'est dommage de mettre tous les risques dans le même panier. Autant par exemple je trouve que sur l'alcool, le discours il doit être clair et rester clair, parce qu'on connaît... Il y a eu plein d'études, etc... Mais quand on parle de risques qui sont inférieurs à 1/1000..., le comportement ne doit pas être le même ! Chacun a son seuil de tolérance ! Mais autant être au courant ! (Julie, A32, E0)

Internaute : Moi je n'étais pas au courant et j'ai mangé du saumon fumé et des crevettes j'ai culpabilisé quand j'ai su et d'après ma PDS [prise de sang] tout va bien mais quand je vois des femmes enceintes fumer et boire un verre je trouve ça encore pire.

D'ailleurs, comme pour les professionnels, les femmes sont soumises à l'évolution et aux variations des recommandations institutionnelles. Comme le remarque Claudine Burton-Jeangros dans son étude, « *en raison du caractère cumulatif des connaissances, de nouveaux risques sont identifiés et des mesures plus strictes sont formulées. Ainsi, les femmes rencontrées ont souvent évoqué le durcissement des normes relatives à la consommation d'alcool, certaines se rappelant que les messages étaient moins stricts lors d'une grossesse antérieure, alors qu'aujourd'hui l'abstinence totale est recommandée* » (2010, p.207).³⁹⁶

Dans notre recherche, les références aux différences de générations sont également nombreuses, celles-ci s'expriment fortement sur le groupe de discussion et en entretien, comme l'évoque *Lucie* (A30, E0) :

J'ai beaucoup parlé avec maman et avec ma belle-mère des différences qu'il pouvait y avoir entre les conseils qu'elles avaient eu elles, et ce que nous on reçoit. C'est vrai qu'aujourd'hui les grossesses sont beaucoup plus suivies, il y a quand même aussi des interdits qui sont plus nombreux... La toxoplasmose avec les prises de sang tous les mois, il n'y avait pas ça il y a trente ans...

Le parallèle est souvent fait entre les règles qui étaient moins strictes et des naissances sans conséquence : « *Nos parents et nos grands-parents mangeaient de tout, buvaient leur apéro, bossaient en extérieur jusqu'à terme et ça ne les a pas empêchés d'assurer leur descendance puisque qu'on est là 😊* » (*Internaute*). La perception du risque est ainsi arrêtée à une comparaison et une évaluation de la balance bénéfice/risque :

Internaute : Heureusement que les femmes dans le temps ne se posaient pas autant de questions sur la grossesse ! moi j'hallucine de voir autant de personnes se poser la question de si on peut manger telle ou telle chose ! perso je ne me prive de rien, être enceinte ne veut pas dire être malade, ma mère non plus ne s'est jamais privée, ma belle-mère pareil, mes grands-mères de même et tous leurs enfants se portent à merveille !

Internaute : Bah oui, les femmes dans l'ancien temps on ne leur disait pas de prendre autant de précautions et on est pas mort 😊🙄

Comme l'évoque Michael Dumoulin, les interactions s'organisent notamment autour d' « argument – contre-argument ». Des échanges s'organisent autour de différents niveaux de contre-arguments, faisant notamment référence aux autres évolutions de la société. De nombreuses femmes sont conscientes des conséquences pour la grossesse.

Je dirai que la génération ancienne faisait peut-être moins attention, n'y pensait même pas... que les jeunes, c'est-à-dire les gens de mon âge, qui vont faire plus attention. Ils sont plus sensibilisés en tout

³⁹⁶ Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Dans D. Manai, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 177-212). Stämpfli & Bruylant.

cas... ils préfèrent bien faire. Je pense que la génération aujourd'hui se rend bien compte qu'il y a des choses sur lesquelles faire attention et ils ne sont pas influencés par l'ancienne génération qui faisait un petit peu ce qu'ils voulaient. (Vanessa, A29, E0)

Les femmes mettent en perspective les recommandations du passé et les connaissances scientifiques sur lesquelles les pouvoirs publics se basent aujourd'hui.

Internaute : Connaissez-vous les quotas de grossesses avortées spontanément de nos grands parents ? Il y en avait beaucoup plus que maintenant. Les grossesses tiennent mieux et sont mieux prises en charge maintenant. Sans être une maladie, faire attention pour préserver notre bébé n'est pas du luxe non plus :)

Internaute : Chacune voit midi à sa porte. Mais les recommandations ne sont pas là ni pour rien ni par hasard. À chacun de décider s'il veut suivre ou non et prendre le risque.

Cette évolution des connaissances et l'amélioration de la sécurité sanitaire peuvent également impacter leur perception du risque. Les mesures prises pour réduire le risque sanitaire pourraient conduire les consommateurs à prioriser le risque nutritionnel : « *aujourd'hui, ils s'inquiètent davantage des effets secondaires à long terme de leur alimentation que des risques d'intoxication à court terme* », comme le souligne Marie-Ève Laporte (2019).³⁹⁷ Elle décrit une prise de conscience récente de la dimension nutritionnelle, accrue chez les jeunes adultes, le risque alimentaire étant réduit à sa dimension sanitaire et sous-estimé aujourd'hui. L'étude INCA 3 menée en 2017 pointait une recrudescence des prises de risque sanitaire alimentaire, notamment les denrées d'origine animale consommées crues (par exemple les sushis), les modes de conservation et le non-respect des dates limites de consommation.³⁹⁸ Dans notre recherche, les femmes mais également les professionnels affichent une confiance dans les processus de sécurité alimentaire, notamment les procédés de fabrication industrielle vis-à-vis des risques infectieux, comme l'évoque Malorie ou cette internaute :

Les produits industriels on sait que ça va aller, parce que c'est dans une chaîne, donc c'est marqué que c'est pasteurisé, le fromage il sort de l'usine... Même si la chaîne du froid n'est pas top, top respectée, on sait que ça ne va pas craindre grand-chose. Alors que le fromage de ferme on sait que, niveau chance, on joue un peu plus à la loterie... donc on va acheter des fromages industriels. (Malorie, A25, E0)

Internaute : J'ai pas tjrs respecté ! J'ai mangé de tt vraiment ! Mais sous vide ! Ce qui était industriel !

D'ailleurs, ce sentiment fort s'observe dans un contexte qui privilégie les aliments moins transformés et avec moins de conservateurs et pour lesquels les conditions de stockage et conservation doivent pourtant être extrêmement strictes. Nos constats rejoignent ceux de Marie-Ève Laporte : « *Habitués depuis plusieurs générations à consommer des produits industrialisés très contrôlés sur le plan sanitaire, ils tiennent pour acquise l'absence de contamination.* » Pour cet auteur, il est essentiel de communiquer sur ce risque sanitaire et de « *relancer des campagnes d'éducation à des règles que l'on croyait à tort acquises, plus particulièrement auprès des jeunes générations urbaines* » (2019).³⁹⁹

Pour argumenter leur position face aux risques, les femmes sont nombreuses à utiliser des nombres ou des proportions chiffrées, au niveau de la probabilité de tomber malade ou de la quantité « à risque ».

³⁹⁷ Laporte, M.-E. (2019). Distinguer les risques sanitaire et nutritionnel perçus pour améliorer les comportements alimentaires. *Décisions Marketing*, 4(96), 53-68.

³⁹⁸ Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA3) de l'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) parue en 2017.

³⁹⁹ Op. cit.

Internaute : C'est un peu la roulette russe. 1 chance sur 2, soit tu vas le regretter, soit tu assouvras ton envie. À toi de voir si le jeu en vaut vraiment la chandelle.

Internaute : Effectivement on peut si on veut manger ce que l'on veut, mais à savoir qu'il suffit d'UNE FOIS. Un aliment, une bouchée contaminée par la bactérie et ça peut être dramatique pour le bébé (à court terme déjà mais aussi à moyen et/ou long terme).

La décision sur les choix alimentaires reste très complexe car le risque zéro n'existe pas comme l'explique très justement cette femme enceinte en entretien et cette internaute :

Quand on voit, il n'y a encore pas plus tard que la semaine dernière qu'il y a eu des rappels de produits industrialisés, à la charcuterie, sous vide, je me dis qu'au final, même si on fait attention à ne pas se servir à la coupe, on voit que même dans le jambon blanc qui n'est pourtant pas interdit pendant la grossesse... ils se sont aperçus qu'il y avait du jambon blanc qui avait été commercialisé et qui était impacté par la listéria donc bon... On ne sait plus trop au final. On se dit : « bon, bah, on fait attention » mais au final, même en achetant les aliments... qui sont autorisés, on s'expose quand même à un risque. Donc, on se dit : « est-ce qu'on a quand même encore le droit de manger ça ou pas ? » Pour le coup, on voit que... même si on prend les choses auxquelles on a le droit pendant la grossesse, on est exposée, c'est à risque quoi ! (Sonia, A27, E1)

Internaute : Les dégâts de la toxoplasmose sont une réalité pour les femmes enceintes, le risque zéro n'existe pas en cas d'écart, même si c'est avec modération.

Pour Patrick Peretti-Wattel, « au niveau des perceptions individuelles, cette impossibilité du risque zéro peut aussi devenir le vecteur de craintes “ irrationnelles ” » (2010, p.18).⁴⁰⁰ Cela rejoint les constats de ce professionnel :

Il y en a certaines elles ne mangent plus rien ! Elles se restreignent énormément et puis, après, ça fait des frustrations énormes ! J'essaie d'axer en disant « Oui, il y a ce risque mais il ne faut pas non plus avoir peur de tout ! » Je les rassure quand c'est chauffé par exemple. Quand le fromage, il est chaud, je leur dis que la listériose est tuée à partir de... On dit entre 60° et 80° ... Après, si c'est bien lavé, si la viande est bien cuite, le risque, il est minime ! (PS17-SF13-Anc6)

D'autres facteurs guidant les choix alimentaires rentrent en ligne de compte comme le plaisir alimentaire, nous l'avons vu, et la sociabilité (Ferrières, 2002). Les individus cherchent à concilier plaisir alimentaire et santé, mais aussi plaisir de partager et santé (Laporte, 2019), et la grossesse n'échappe pas à ce désir. Ces notions demeurent essentielles, cela transparait par exemple dans les échanges avec Inès (A29, E0) : « Je ne vais plus à tous les petits apéros qu'on faisait, j'ai même plus envie d'y aller, parce que pour moi c'est trop de frustration [...] ça m'a un peu renfermée je pense. »

Dans la même idée, notre recherche montre que pour les femmes enceintes (en entretien ou sur le forum), cette perception du risque est très fréquemment mise en balance avec le plaisir alimentaire.

Internaute : Je mange du saucisson, du fromage et je n'abuse pas j'avoue mais quand on a envie, on ne peut pas se retenir.

J'ai vraiment envie de me faire plaisir pendant cette grossesse, de manger de tout... Est-ce que je prends le risque ou pas de manger ? (Pauline, A30, E2)

Comme l'explique Marie-Ève Laporte, l'alimentation suscite des sentiments ambigus « entre plaisir de manger et de partager son repas, et inquiétude pour sa santé » (2019).⁴⁰¹ Certaines

⁴⁰⁰ Peretti-Wattel, P. (2010). *La société du risque*. La Découverte.

⁴⁰¹ Laporte, M.-E. (2019). Distinguer les risques sanitaire et nutritionnel perçus pour améliorer les comportements alimentaires. *Décisions Marketing*, 4(96), 53-68.

internautes y voient d'ailleurs une certaine antinomie : « *Comment se faire plaisir sur ce qui est interdit, tout en faisant attention. Ça n'a pas trop de sens ? 😊* » (Internaute 3)

Les femmes sont ainsi à la recherche d'astuces pratiques et de précisions pour combiner restrictions et plaisir.

Internaute : La grossesse n'est pas une maladie, tu ne dois pas faire une fixette sur chaque aliment que tu manges, avant tout le mot d'ordre c'est de te faire plaisir et je sais que même si il y a des choses interdites, il y a tjs moyen de combler tes envies :D

Si certaines femmes réfléchissent à la façon de consommer sans risque, différents ajustements sont parfois réalisés, notamment sur la sélection et la préparation des aliments pour s'autoriser des écarts. Par exemple, certains procédés tels que la congélation sont perçus comme éliminant tout risque d'infection alimentaire. Si cette pratique est pertinente pour le risque toxoplasmique, elle ne l'est pas pour le risque listérien.

Internaute : Vous pouvez tout manger tant que ça a été surgelé (Picard ou industriels) ou congelé par vous mais pendant 5/6 jours. Et après, à vous le poisson cru ou la viande saignante ou en tartare !

De nombreuses informations erronées sur les astuces sont échangées entre les femmes, comme nous l'avons observé sur le groupe de discussion.

Une autre stratégie est évoquée pour s'accorder des écarts : « n'en prendre qu'une bouchée ». Certaines femmes supposent que le risque est réduit si la quantité d'aliments à risque consommés est faible, comme l'a exprimé *Pauline (A30, E2)* :

C'est vrai que le jour du rendez-vous avec le gynécologue, bon ben c'est un petit peu la petite peur qu'on a. Mais en fait je me suis dit... si je commence à avoir peur de ça, je vais partir dans un gouffre et je vais me restreindre sur plein de choses. Donc je me suis dit, je vais manger à petite dose tout ce qui est "à risques"... donc crevettes et tout ça... et viande pas cuite.

Dans notre recherche, les conversations centrées sur le lien entre le « niveau de risque » et la « quantité consommée » sont très prégnantes sur le groupe de discussion :

Internaute : Il suffirait que tu manges un aliment contaminé et ça peut être irréversible pour ton bébé. Que ce soit une miette ou 3kg...

Internaute : Personne n'est immunisé contre la listériose, et la quantité mesdames ne veut rien dire, si c'est contaminé c'est contaminé que vous en mangiez une miette ou beaucoup.

D'ailleurs, le terme « abuser » est utilisé par de nombreuses internautes et deux visions s'opposent :

Internaute 1 : Il faut pas en abuser c tout

Internaute 2 : Merci vous me rassurez, quand j'en mange c'est exceptionnel.

Internaute 3 : Exceptionnel ou pas il suffit d'un aliment contaminé pour gâcher la vie de ton bébé... À voir où sont tes priorités... C'est quoi 9 mois sans sushi franchement à côté d'une vie avec un bébé handicapé ?

Internaute 4 : Faut juste pas en abuser c'est tout. Ne te prive pas de tout non plus sinon tu vis plus.

Ces prises de risque semblent *a priori* assumées.

Internaute : Si c'est une tranche de fromage ou une tranche de jambon cru sur 9 mois alors que c'est une envie, pourquoi se priver et rajouter cette frustration... oui il faut faire attention raisonnablement c'est tout mais personnellement je ne me suis jamais privée !

Mais celles-ci sont souvent génératrices par la suite d'anxiété et de culpabilité.

J'ai vraiment envie de me faire plaisir pendant cette grossesse, de manger de tout... Est-ce que je prends le risque ou pas de manger ? Mais c'est vrai que quand je prenais ma petite bouchée je me disais : « Ouh là, fais gaffe, on ne sait jamais... donc n'abuse pas trop ! » Mais voilà, c'est toujours une petite pensée.... Ah oui, mais ça constamment, plaisir et culpabilité en même temps. Mais le plaisir prenait le dessus. Vraiment ! (Pauline, A30, E2)

Internaute : Je l'ai fait j'ai pas pu résister ! Je croise les doigts mais jusqu'à présent tout va bien 😊

En fin de compte, ces confrontations d'expériences basées sur leurs prises de risque vont scinder la communauté entre les « hypervigilantes » qui relativisent sur ce temps limité de restrictions et la possibilité de trouver des alternatives saines et les « laxistes », qui font des écarts, en se retranchant derrière tous les arguments cités plus haut. Pour certaines internautes, se dessine l'idée sous-jacente que s'autoriser à faire des écarts serait une forme de bravoure et d'audace, comme le critique cette internaute : « *visiblement il y a trop de futures mamans qui se prennent pour des warriors car elles se croient plus fortes que tout le monde...* » Cette vision amène à des incompréhensions de la part des femmes enceintes qui respectent les précautions et mettent en avant dans leurs discours, la priorité accordée à la santé de leur enfant :

Internaute : Peu importe la quantité. Cependant vaut mieux être prudente et s'abstenir d'en manger le temps de ta grossesse. Ça serait dommage de mettre la vie de son bébé en danger pour de la charcuterie. Alors évidemment, y'a des femmes enceintes qui en mangent et qui leur arrivent rien. Tant mieux je dirai mais le risque zéro n'existe pas :)

Internaute : Certaines peuvent te dire qu'elles n'ont pas fait attention et que bébé va bien mais il suffit que tu manges un petit bout d'un aliment contaminé, tu seras contaminée. Après à toi de voir =) Et n'oublie pas qu'il y a aussi la listériose =) Après à toi de voir, mais si tu sais que tel aliment n'est pas bon, pourquoi prendre le risque ? C'est pour 9 mois et ensuite ce sera bon =)

Les postures des femmes enceintes sont révélatrices de la complexité d'intégration des informations sur les risques infectieux alimentaires et de la perception qui en découle. La confusion autour des précautions alimentaires, qui est observée dans notre enquête, repose en partie sur la multiplicité des messages qu'ils proviennent des institutions, des acteurs de santé, des sources numériques et médiatiques et de l'environnement social. Dans cette appropriation des normes qui est attendue, les femmes perçoivent les limites des informations qu'elles reçoivent et identifient le flou qui les entoure. Dans son étude, Claudine Burton-Jeangros conclue sur une ambivalence de leurs rapports à l'information : « *Si certaines revendiquent l'accès à une information aussi détaillée que possible, et se donnent les moyens de la trouver à travers différents canaux, d'autres préfèrent maintenir une distance face aux connaissances. [...] si la logique du risque, telle qu'elle est portée par les recommandations médicales, est acceptée par certaines femmes (celles qui veulent savoir et se jugent capables d'interpréter les données reçues), d'autres préfèrent ne pas se confronter à cette logique.* » (2010, pp.209-210).⁴⁰² Cet auteur a travaillé sur la prévention des risques associés à la grossesse dans leur globalité (dépistage prénatal, risques de la vie quotidienne). Dans notre étude qui cible les risques infectieux alimentaires, cette dichotomie n'est observée que pour l'aspect relatif aux conséquences de la toxoplasmose et de la listériose. En revanche, leurs rapports à l'information sont plus homogènes si l'on considère les précautions et pratiques alimentaires.

Nous savons que le rapport entre l'information et les connaissances ne va pas de soi et ces dernières ne sont pas le reflet strict des comportements qui vont bien au-delà de l'acquisition d'un savoir. Ces comportements intègrent notamment, comme nous l'avons vu leur

⁴⁰² Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Dans D. Manai, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 177-212). Stämpfli & Bruylant.

appréciation sur les risques alimentaires mais aussi l'effort à fournir pour appliquer les recommandations. Comme le fait remarquer Burton-Jeangros, « *si s'en tenir aux attentes médicales, qui changent et entretiennent le flou, est souvent jugé difficile, les écarts ou comportements "déviant" ne sont néanmoins pas plus faciles à assumer. On peut y voir le reflet de la moralisation des pratiques de prévention qui définissent les "bons" et les "mauvais" comportements à laquelle les femmes enceintes sont exposées* » (2010, p.208).⁴⁰³ Le post de cette internaute décrit cette gouvernance des corps et l'ambivalence dans laquelle se trouvent les femmes enceintes : « *Je me pose la question, je me dis que oui il faut faire attention mais est-ce que si on mange une tranche de saucisson de temps en temps on est vraiment une mauvaise mère ?* »

Elles voient leur mode de vie, codifié et normé par les politiques de prévention. Elles doivent devenir des acteurs autonomes, responsables, capables de gérer leur « capital santé » et celui de leur futur enfant, dans un environnement « à risques ». Cette plus grande autonomie doit être acquise par une meilleure prise de conscience des risques. Mais les femmes enceintes savent qu'ils existent, même si elles n'en perçoivent pas tous les contours (conséquences, précautions). Elles en sont informées avant et pendant la grossesse. Toutefois, ils sont non palpables et s'apparentent aux risques invisibles décrits par Ulrich Beck. Elles ne peuvent les appréhender, en ce qui concerne la toxoplasmose, qu'à travers le dépistage sanguin, et non par la perception individuelle : « *un mal invisible ne peut rivaliser avec un bien visible. Paradoxalement, c'est justement pour cette raison que les risques finissent par l'emporter.* » (1986 [rééd. 2008], p.45)⁴⁰⁴ De plus, pour la listériose, appréhender ce risque est complexe au regard de l'apparition de nouveaux facteurs de risque. Ces derniers demeurent imperceptibles et comme le souligne Ulrich Beck, les risques propres à la civilisation contemporaine se dérobent à nos perceptions (2008). De plus, la relation entre la perception du risque et la décision n'est pas directe et n'est pas prédictive du comportement puisqu'elle est soumise à de nombreuses variables. Les modifications alimentaires vont bien évidemment dépendre des habitudes préalables à la grossesse et de l'importance des changements qui en découlent. Pour certaines femmes, ces derniers peuvent être conséquents, pour d'autres modérés, voire très limités. Notre recherche montre encore que, de façon globale, les changements exercés au cours de la grossesse, quelle que soit leur ampleur, peuvent être aussi perçus positivement sur la santé, permettant d'impulser une nouvelle trajectoire de santé pour ces femmes, plus protectrice, comme le décrit Zoé (A38, E1) :

Ça permet peut-être aussi d'acquérir des habitudes qui pourront être conservées par la suite. En termes d'hygiène, de regarder peut-être davantage les étiquettes des aliments qu'on achète... laver davantage les aliments... le frigo, des choses comme ça. Je pense aussi à peut-être manger moins de la charcuterie ou de choses comme ça. C'est peut-être un mal pour un bien.

Comme le souligne ce professionnel, la prévention sur l'alimentation-grossesse est une étape clé pour l'amélioration de la santé des femmes, des enfants, voire des familles :

La prévention ça peut toujours se faire à n'importe quel moment, mais plus on prend tôt mieux c'est. Cette prévention doit se faire vraiment dès le début, et l'idéal ce serait de les informer avant d'être enceinte. Je pense que ça commence par-là, c'est là où le message aussi doit passer. Parce que c'est là que tout commence. C'est toujours ça de gagné sur les prochaines grossesses. Ou même sur la suite. Le long de la vie. Elles ont des habitudes alimentaires je dirais... issues de leur éducation.

⁴⁰³ Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Dans D. Manai, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 177-212). Stämpfli & Bruylant.

⁴⁰⁴ Beck, U. (2008). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Éditions Flammarion.

L'alimentation, c'est vraiment quelque chose de culturel et de familial. Ça va toucher la famille, les enfants, etc... (PS25-SF21-Anc14)

À l'issue de cette recherche, deux points cruciaux se dégagent : d'une part la complexité de ces recommandations et de leur application sur lesquelles il sera nécessaire de réfléchir dans une démarche de co-construction entre les autorités sanitaires, les professionnels de santé et les femmes et d'autre part les perspectives qui poussent à l'optimisme en termes de santé publique. En effet cette simple focale sur des risques infectieux met en évidence l'adoption de conduites alimentaires promotrices de santé pour la mère, l'enfant, voire la famille.

CONCLUSION

Parfois bruyamment dévoilée par des manifestations du corps, du comportement émotionnel, alimentaire, la grossesse s'annonce comme une incroyable aventure. Pour Paul Cesbron, gynécologue-obstétricien, les femmes se sont emparées des tests leur permettant de confirmer leur grossesse dès les premiers signes. Toutefois, les femmes ressentent rapidement le besoin de venir confirmer celle-ci auprès de professionnels de santé et s'appuient sur leur savoir et leurs explications « *pour authentifier la nouvelle* » (Cesbron & Missonnier, 2011, p.77).⁴⁰⁵ Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes sont en première ligne dans leur suivi médical. Les couples viennent consulter précocement les professionnels pour s'assurer de démarrer une grossesse dans de bonnes conditions et identifier les précautions à prendre. Il est essentiel que cet accompagnement s'établisse sur des liens de confiance permettant au couple de se sentir écouté dans ses incertitudes par le praticien, qui lui délivrera les informations nécessaires au bon déroulement de cette grossesse. Le cheminement de chaque grossesse reste néanmoins singulier, tant pour la femme que son conjoint, et pendant ces neuf mois, cette dyade mère-bébé va faire l'objet d'une attention particulière. Nous avons choisi de construire notre réflexion sur les expériences des femmes enceintes et des professionnels de santé, protagonistes au cœur de ce colloque singulier, que constitue la consultation prénatale, lieu d'échanges de savoirs et d'expériences. Nous avons sollicité, professionnels de santé et femmes enceintes, pour comprendre et cerner les logiques sous-jacentes à la construction des savoirs experts et profanes puis tirer des enseignements sur les médiations des savoirs en ce qui concerne les risques infectieux alimentaires.

Cette notion de risque occupe une place centrale dans les interactions entre la femme enceinte et le professionnel de santé qui l'accompagne dans son suivi prénatal : « *la progression continue des techniques et des savoirs médicaux permet non seulement de systématiser la détection et la prévention des maladies, mais aussi d'étendre les marges de l'action médicale* » (Burton-Jeangros, Hammer, Manai, & Issenhuth-Scharly, 2010, p.23).⁴⁰⁶ Au regard des enjeux, l'acte de communication sur la prévention des risques infectieux alimentaires est essentiel. Cependant, il apparaît dans notre travail insuffisamment enseigné en formation initiale, et repose essentiellement sur le compagnonnage. L'approche de ces risques se personnalise selon l'expérience du professionnel

⁴⁰⁵ Cesbron, P., & Missonnier, S. (2011). *Neuf mois pour devenir parents*. Éditions Fayard.

⁴⁰⁶ Burton-Jeangros, C., Hammer, R., Manai, D., & Issenhuth-Scharly, G. (2010). Introduction générale. Droit, médecine et société. Dans D. Manai, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 9-38). Stämpfli & Bruylant.

et le profil de chaque femme enceinte. La communication médicale fait l'objet d'un traitement et d'une sélection des informations transmises. Ces dernières sont ainsi générales et étonnamment non standardisées, et le temps qui leur est consacré apparaît restreint.

Malgré la confiance accordée au professionnel de santé, les femmes enceintes s'orientent facilement vers les sites web ou leur environnement social. Comme nous l'avons retrouvé dans notre enquête auprès des professionnels, Chiara Quagliariello constate que « *bien que les patients aient désormais le droit de s'informer de façon autonome, la plupart des professionnels pensent que le personnel médical est l'unique dépositaire du savoir sur la santé et sur la maladie* » (2017)⁴⁰⁷ et que leur rôle est de rétablir les vérités pour les aider à faire des choix éclairés. Pourtant, notre recherche souligne que les professionnels ne leur fournissent pas en consultation les clés pour appréhender l'alimentation-grossesse au quotidien. Les messages de prévention qu'ils délivrent manquent de clarté pour une application concrète et peu de questions sont posées par les femmes pour y remédier. L'alimentation pendant la grossesse n'est d'ailleurs pas toujours perçue par les femmes comme une problématique médicale à aborder en consultation. Toutefois, notre étude rejoint le constat de Caroline Desprès : « *les relations avec les sages-femmes sont plus souvent décrites par les femmes dans une proximité, voire une certaine familiarité, autorisant des échanges moins formels.* » (2010, p.150)⁴⁰⁸ Des échanges sur les précautions alimentaires sont parfois entretenus par SMS avec les sages-femmes, modalité de réponse plus appropriée à l'instantanéité des problématiques qui se posent aux femmes.

Pour s'approprier cette thématique, les femmes sont amenées à effectuer des recherches régulières et ponctuelles (lors des courses, de la préparation du repas, au restaurant, lors de repas festifs, etc.), au cours du premier trimestre de grossesse, période riche en questionnements. D'année en année, les femmes ont à disposition de plus en plus d'informations, notamment grâce aux sources numériques qui ont cette vertu de « *battre en brèche l'idée selon laquelle le savoir est la propriété exclusive de quelques-uns* » (Cesbron & Missonnier, 2011, p.90).⁴⁰⁹ La quête d'informations médicales peut conduire à une diversité de sites web, de qualité variable. Certains sites sont identifiés subjectivement par les femmes comme fiables, principalement ceux perçus comme pouvant être alimentés et régulés par des médecins. Pourtant trouver les bonnes informations n'est pas si intuitif, des difficultés pour identifier les risques de certains aliments ont été exprimées par les femmes. La construction du savoir profane s'élabore aussi à travers l'environnement social et notamment les groupes de discussion en ligne. Cela concerne des informations qui ne sont pas échangées lors du colloque singulier, comme des informations pratiques ou des demandes de soutien et d'empathie.

En définitive, notre travail montre que la consultation de grossesse n'est pas le cœur du dispositif de construction du savoir profane sur les risques alimentaires. Cela fait écho aux constats de Sylvain Missonnier, pour qui être enceinte pour une mère n'est pas une histoire solitaire puisqu'elle se fait l'écho d'une histoire où deux filiations se croisent et où les proches qui entourent la femme enceinte et le couple vont se mobiliser. Cependant, les transmissions intergénérationnelles sont remises en cause, les pratiques de leurs mères ou grands-mères étant d'emblée considérées d'un autre temps : « *la place des mères ou des grands-mères s'efface de*

⁴⁰⁷ Quagliariello, C. (2017). Le temps consacré à la communication médecin-patient : Analyses socio-anthropologiques du consentement éclairé. *Politiques de communication*, 2(9), 63-88.

⁴⁰⁸ Desprès, C. (2010). 9. Les femmes enceintes face aux incertitudes de la grossesse. Dans D. Carricaburu, C. Castra & P. Cohen (dirs.), *Risque et pratiques médicales* (pp. 139-154). Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

⁴⁰⁹ Cesbron, P., & Missonnier, S. (2011). *Neuf mois pour devenir parents*. Éditions Fayard.

plus en plus devant le discours médical en vigueur. » (Desprès, 2010, p.148)⁴¹⁰ Cet auteur souligne que, pour construire leur savoir, les femmes doivent attendre de mener leurs propres expériences : « *la première grossesse est une entrée vers quelque chose qu'elles ignorent dont elles n'ont aucune expérience antérieure* ». En ce qui concerne l'alimentation-grossesse, notre recherche dévoile que le socle de ce savoir expérientiel s'élabore avant la grossesse, en dehors d'une transmission de mère à fille, en côtoyant des femmes enceintes de leur cercle proche. Les futures mères redessinent de nouvelles pratiques lors des moments de convivialité, adaptées avec prévenance, au plus près des recommandations. Au-delà du colloque singulier, une transmission de savoirs se fait donc entre pairs, entre femmes ayant déjà eu des enfants et au sein d'un large réseau d'acteurs sociaux. Finalement, ce savoir a une valeur cumulative au fil des rencontres et des partages. Ces connaissances émergent puis sont échangées et confrontées à travers ces expériences et plus particulièrement lors d'espaces de discussion libres, dans une sphère privée (ex : cercle familial ou amical) ou publique (ex : groupe de discussion), dans lesquels certaines femmes vont adopter des postures d'expertise profane.

Motivées pour donner à leurs futurs enfants le meilleur départ dans la vie, elles sont amenées à prendre le contrôle sur leur alimentation et deviennent actrices à travers un processus réflexif qui se développe lors du premier trimestre de grossesse. Elles tentent de combiner les restrictions alimentaires avec une alimentation plus équilibrée et variée qu'elles envisagent de garder. Les femmes enceintes « *constituent un point de départ utile pour des mesures de santé publique intéressant toute la famille et la collectivité, surtout lors de la première grossesse, époque pendant laquelle les femmes accueillent en général plus favorablement les conseils et l'assistance qui leur sont donnés* » (OMS, 1965).⁴¹¹ Ces changements d'habitude nécessitent une période d'apprentissage qui engage la question individuelle mais aussi collective du risque alimentaire. Les femmes sont largement informées, il n'en demeure pas moins que les prises de risque sont fréquentes. Quels sont les processus qui peuvent expliquer ce décalage alors que la santé du fœtus est en jeu ?

Ulrich Beck évoque une vision de la « conscience du risque » qui serait basée sur une partition du monde entre initiés et profanes : « *La science " constate l'existence des risques ", et la population " prend conscience des risques "*. » (1986 [rééd. 2008], p.104)⁴¹² Dans ce modèle, les femmes seraient appliquées, de bonne volonté, mais ignorantes et incompetentes et il suffirait de les abreuver d'informations médicales pour les faire adhérer aux points de vue des experts sur la « solutionnabilité des risques ». Les peurs, critiques et résistances ne seraient que « *le résultat d'un problème d'information* » (p.104). Mais ce modèle, comme l'explique Ulrich Beck, est erroné. Il ne faut pas voir dans le refus de la population d'adhérer au discours sur les risques un signe d'« irrationnalité », mais le jugement biaisé de ce que la population juge acceptable et inacceptable. La perception d'un risque trouve son origine dans le niveau d'acceptation d'un danger plus ou moins probable. Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre précédent, l'expérience sociale des risques alimentaires s'est façonnée notamment à partir de la réduction drastique des intoxications alimentaires, des bouffées épidémiques et cas sporadiques de contamination, aux niveaux national et international. Les cas de toxi-infections plus rares ainsi que la couverture médiatique moins alarmiste sur les alertes sanitaires alimentent moins les peurs des citoyens comme c'était le cas il y a une vingtaine d'années. De

⁴¹⁰ Desprès, C. (2010). 9. Les femmes enceintes face aux incertitudes de la grossesse. Dans D. Carricaburu, C. Castra & P. Cohen (dirs.), *Risque et pratiques médicales* (pp. 139-154). Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

⁴¹¹ Organisation mondiale de la santé. (1965). *La nutrition pendant la grossesse et l'allaitement. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS*. Série de Rapports techniques N°302.

⁴¹² Beck, U. (2008). *La société du risque. Sur la voie de la modernité*. Éditions Flammarion.

nos jours, certains auteurs évoquent le « paradoxe de la modernité alimentaire » (Raude, 2015) : une sécurité sanitaire des aliments accrue au cours des dernières décennies mais la conviction, dominante au sein de la société occidentale, que les risques alimentaires sont actuellement plus élevés qu'autrefois. Cette perception de l'origine des risques a évolué. Initialement portée sur les risques microbiologiques (bactéries, virus, parasites), l'appréhension du public s'est portée sur les risques liés aux contaminations chimiques de l'alimentation.

Dans notre travail, si le constat a été formulé notamment pour les pesticides, les conservateurs, les colorants, et confirmé par le choix des femmes enceintes de s'orienter vers une alimentation plus saine (biologique, non transformée, etc.), les femmes ne l'ont pas énoncé pour les agents toxi-infectieux. Elles expriment un sentiment de sécurité alimentaire, à propos de ces risques « invisibles », pour reprendre l'expression d'Ulrich Beck, qui échappent à une perception tangible. Seuls quelques rappels ponctuels d'aliments contaminés par la *Listeria* peuvent à nouveau mettre en visibilité ce risque alimentaire. Pour la toxoplasmose, le dépistage mensuel est un instrument indirect permettant d'objectiver la prise de risques auxquels les femmes se seraient exposées.

Cette conscience et perception du risque varient, comme nous l'avons vu, d'une femme à une autre, d'un professionnel à un autre, d'une instance à une autre, d'un pays à un autre mais également dans le temps. Les autorités sanitaires s'appuient sur le « principe de précaution » qui repose sur un processus continu d'acquisition des connaissances de façon à détecter les risques potentiels dès leur émergence (Aurengo et al., 2011). Notre enquête rejoint les constats de Claude Got, « *il y a nécessairement une part d'arbitrage dans le choix qui sera fait d'attendre ou de commencer à agir, puis du choix des méthodes à utiliser, allant de la suppression du risque encore incertain, si c'est possible, à des politiques de réduction des risques* » (2016, p.24).⁴¹³ Les politiques de prévention reposent sur l'hypothèse que la perception d'un risque ou du bénéfice, à titre individuel, va induire un comportement ajusté au niveau de risque établi par les experts (INRA, 2012). Cependant, notre enquête met en exergue une polyphonie informationnelle concernant les risques infectieux alimentaires, marquée par une hétérogénéité des sources et des messages, pouvant être contradictoires. De plus, la communication concernant ces risques ne peut être envisagée de façon descendante, limitée aux seuls pouvoirs publics, elle trouve son fondement dans des processus d'échanges d'information sur les risques entre des institutions, des groupes et des individus (Raude, 2015).

Gérer un risque au niveau individuel ou collectif revient à mettre en dialogue une réalité objectivée par des méthodes scientifiques et la façon dont celle-ci est perçue, intégrant une part de subjectivité. Selon notre enquête, les perceptions du risque entre les experts et les profanes n'ont pas fait l'objet d'opinions si divergentes, celles-ci se croisent. Toutefois, la consultation prénatale met en présence deux individualités, professionnel et femme enceinte, qui peuvent avoir chacun une perception différente des risques. Cela étant, notre recherche pointe le fait que la perception du risque des professionnels imprègne d'autres cercles d'influence (familial, amical, réseaux sociaux). Et comme le souligne Claude Got, « *la gestion de la prévention des risques sort du domaine de la méthodologie scientifique pour devenir un sujet de débat public, avec ses contraintes et ses contradictions* » (2016).⁴¹⁴ Au sein de cet espace public, nous avons observé que les informations pouvaient se répéter, se compléter, se confronter et se contredire. Il existe comme une « mise en concurrence » des informations sur lesquelles les femmes

⁴¹³ Got, C. (2016). Le risque. Dans F. Bourdillon, G. Brücker & D. Tabuteau (dirs.), *Traité de santé publique* (3^{ème} éd.) (pp. 19-25). Lavoisier.

⁴¹⁴ Op. cit.

enceintes vont devoir réaliser une sélection, qui sera le socle de leurs actions. Notre recherche identifie une transition majeure : d'une gouvernance des savoirs, ne pouvant justifier d'une base de références communes sur les mesures de prévention, ajustées aux besoins des femmes enceintes, à une « société » des savoirs, subissant réinterprétation voire déformation de l'expression de ces mesures, au sein de laquelle la femme enceinte va devoir faire des choix pour se préserver des risques infectieux alimentaires pendant la grossesse.

D'ailleurs, nous avons observé que les deux risques infectieux alimentaires, que nous avons plus particulièrement étudiés, toxoplasmose et listériose, n'ont pas eu la même propension à s'introduire dans l'environnement social : la toxoplasmose est davantage ancrée dans les interactions et les représentations sociales autour de l'alimentation-grossesse que la listériose. Les prises de risque variables selon les femmes seraient alors la conséquence de divergences voire d'une méconnaissance en termes de perception du risque. Selon Jean-Jacques Duby, dans le domaine alimentaire, le principe de précaution peut conduire à une part de désinformation, dont l'un des facteurs amplificateurs est fréquemment retrouvé dans les médias ou dans les groupes de pression (d'opinion ou d'intérêt) et dont les conséquences sont principalement des modifications d'attitudes ou de comportements sociaux (1998).

Pierre Corvol, Président de l'Académie des sciences et membre de l'Académie nationale de médecine souligne « *la nécessité de mettre en place des systèmes de communication permettant d'éclairer l'opinion, d'y puiser les informations et les questions originales tout en sensibilisant les chercheurs aux attentes de celle-ci [...] et qu'au-delà du " savoir ", le " faire-savoir " et le partage sont plus que jamais au cœur des missions des chercheurs et des médecins* » (2020, p.5).⁴¹⁵ Au terme de ce travail de recherche, il semble nécessaire que la communication des pouvoirs publics doive parvenir à un difficile équilibre en diffusant des messages de prévention simples, compréhensibles, applicables au quotidien permettant de réduire les risques infectieux alimentaires mais prenant en considération le plaisir et la commensalité. De telles réflexions vont prendre tout leur sens dans un ancrage au plus près de la réalité de cette pratique, impactée par ces divergences sur la perception des risques. Nous rejoignons la proposition de Jean-Jacques Duby : expliquer au public la genèse de la connaissance scientifique, et que celle-ci peut être un processus progressif et conflictuel au cours duquel la quête de certitudes n'est pas toujours exaucée (1998). Pour élaborer un nouveau modèle de communication, il conviendrait de porter l'attention aux deux problématiques suivantes.

D'une part, appréhender le lien entre la perception du risque et le comportement alimentaire pendant la grossesse puisque selon Paul Slovic, les études sur la perception du risque contribuent à « *fournir une base pour comprendre et anticiper les réponses publiques aux risques et améliorer la communication de l'information sur les risques auprès des profanes, les experts techniques et les décideurs [traduction libre]* » (1987)⁴¹⁶ : est-ce qu'une faible perception individuelle des risques suffit pour s'autoriser des prises de risques et à l'inverse, est-ce qu'une perception élevée garantit un comportement protecteur pour sa santé et celle du futur enfant ? Au cours de nos entretiens, plusieurs pistes de réflexion ont été évoquées par les femmes sur leur perception des risques et leurs arbitrages pratiques au cours de leur grossesse. Ces éléments de réponse pourraient conduire à la poursuite d'un travail de recherche sur le sujet.

⁴¹⁵ Corvol, P. (2020). Préface. Dans P. Griset, J.-P. Williot & Y. Bouvier (dirs.), *Face aux risques. Une histoire de la sûreté alimentaire à la santé environnementale* (pp. 4-5). Éditions Recherche Midi.

⁴¹⁶ Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236 (4799), 280-285.

D'autre part, maintenant que nous avons identifié des incompréhensions et des confusions ainsi qu'une demande de vulgarisation des données scientifiques et d'ajustement des messages à leur réalité de la part des femmes enceintes, il serait intéressant de réfléchir à la contribution du savoir profane au savoir expert : quelles sont les sources récurrentes de méprises et d'erreurs inhérentes à la perception des risques infectieux alimentaires ? quelles sont les attentes précises des femmes en termes de connaissances, et d'éléments pratiques leur permettant de faire les arbitrages adaptés au cours de la grossesse ? comment ce savoir profane, associé à ce besoin d'astuces pratiques, de maintien du plaisir et de la convivialité et à la prise en considération des incompréhensions encore existantes, peuvent contribuer à nourrir la transmission de la connaissance médicale et l'élaboration de recommandations par les pouvoirs publics ?

Ces questionnements pourraient faire l'objet d'un travail ultérieur, qui serait un préalable à la conception de messages de prévention sur les risques infectieux alimentaires pendant la grossesse, qui dépasserait la seule prise en compte de l'*evidence based medicine*. Et comme tout processus réflexif, la communication devrait s'envisager en co-construction avec l'ensemble des parties prenantes, femmes enceintes, professionnels de santé mais aussi chercheurs et décideurs.

ANNEXES

Annexe 1 : Méthodologie de sélection des textes institutionnels étudiés

Documents sélectionnés communs aux deux risques infectieux

Deux instances ont édité des guides présentant les risques liés à la toxoplasmose et à la listériose :

Pour l'Inpes, nous avons sélectionné le « Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé- Le guide nutrition pendant et après la grossesse » de septembre 2007.

Pour le Cerin, le guide « *L'alimentation de la femme enceinte- Recommandations et conseils pratiques* » (2000) a été consulté.

Documents sélectionnés pour la toxoplasmose

Pour l'OMS : la recherche a été effectuée sur IRIS, dépôt institutionnel pour le partage de l'information : <http://apps.who.int/iris/>

Sur le mot clé « Toxoplasmose », 335 documents au moment de l'enquête (fin 2018) étaient disponibles dans les résultats. Ont été exclus les documents en lien avec les analyses de laboratoire, les rapports annuels, les articles de revue (*Eastern Mediterranean Health Journal*, *World health statistics quarterly*), les documents avec des versions éditées en différentes langues et ceux ne traitant pas de façon directe de la maladie (toxoplasmose et schizophrénie par exemple).

⇒ Au total, 18 documents publiés par l'OMS ont été sélectionnés (13 REH, 3 rapports, et 2 bulletins). Deux notes du réseau INFOSAN seront analysées pour comprendre la dynamique d'information au niveau international.

Pour le BEH et l'InVS :

Les données du site de l'InVS n'étant pas encore intégrées au site de Santé publique France au moment de la recherche en 2018, plusieurs recherches ont été menées sur le mot-clé « toxoplasmose » :

- sur : <http://opac.invs.sante.fr/> (27 résultats).
- sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Toutes-les-publications> (102 résultats)

Pour la consultation des BEH, la recherche a été faite sur deux sites :

- BEH de 1983 à 2010 : <http://invs.santepubliquefrance.fr//display/?doc=beh/index.html>
- BEH de 2011 à 2018 : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

⇒ Au total, 13 bulletins épidémiologiques et 4 rapports de l'InVS évoquent la toxoplasmose.

Pour l'Afssa : le document de référence utilisé correspond au rapport du groupe de travail « *Toxoplasma gondii* » : Toxoplasmose : état des connaissances et évaluation du risque lié à l'alimentation- décembre 2005.

Pour l'Anses : nous avons consulté la page « Toxoplasmose Présentation de la maladie, recommandations et rôle de l'Anses » mise à jour le 10/06/2016 sur le site (<https://www.anses.fr/fr/content/toxoplasmose>) et intégré la fiche de description de danger biologique transmissible par les aliments-Toxoplasma gondii (avril 2011).

Pour le ministère de l'Agriculture : nous avons intégré la fiche « Toxoplasmose. Quelle conduite à tenir pour éviter d'être contaminé », le document utilisé est disponible en ligne : http://agriculture.gouv.fr/sites/minagri/files/documents//toxoplasmose_5_9_06net.pdf

Pour le ministère de la Santé : aucun document n'a été trouvé sur la maladie liée au *Toxoplasma gondii*. Le mot-clé « toxoplasmose » est retrouvé dans un article sur les sérologies obligatoires intitulé « Suivi de la grossesse et de l'accouchement » (publié le 22.06.16). Un article a été publié hors période de recueil le 23.12.19 intitulé « Femmes enceintes et jeunes enfants : comment réduire les risques alimentaires », établi parallèlement à une réactualisation en 2019 des repères nutritionnels du PNNS. En revanche, nous avons intégré aux textes analysés la lettre d'information de 1983 destinée aux médecins pour les femmes enceintes (Circulaire N°605 DGS et DH du 27 septembre 1983 relative à la prévention de la toxoplasmose)

Pour l'Académie nationale de médecine : 11 bulletins évoquaient la toxoplasmose entre 1966 et 2001.

- Bulletin Tome 150, N°7-8, séance du 1^{er} mars 1966
- Bulletin Tome 153, N°21-22-23, séance du 17 juin 1969
- Bulletin Tome 153, N°28-29, séance du 4 novembre 1969
- Bulletin Tome 158, N°7, séance du 29 octobre 1974
- Bulletin Tome 161, N°2, séance du 1,8 et 15 février 1977
- Bulletin Tome 162, N°8, séance de novembre 1978
- Bulletin Tome 170, N°2, séance du 25 février 1986
- Bulletin Tome 174, N°3, séance du 20 mars 1990
- Bulletin Tome 177, N°8, séance du 23 novembre 1993
- Bulletin Tome 184, N°2, séance du 8 février 2000
- Bulletin Tome 185, N°4, séance du 3 avril 2001

Pour la HAS : les documents de référence sont :

- Comment mieux informer les femmes enceintes- Recommandations professionnelles. Avril 2005
- Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse. Recommandations en Santé Publique. Octobre 2009.
- Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole – Webzine de la HAS Grossesse. Avril 2012.
- Diagnostic biologique de la toxoplasmose acquise du sujet immunocompétent (dont la femme enceinte), la toxoplasmose congénitale (diagnostic pré- et postnatal) et la toxoplasmose oculaire. Argumentaire Février 2017.

Pour le CNGOF : il s'agit du rapport de L. Mandelbrot sur les 35èmes Journées Nationales du CNGOF (7-9 décembre 2011) - Toxoplasmose et grossesse.

Pour l'Inserm ou Santé publique France, aucun dossier thématique sur la toxoplasmose n'a été identifié.

➔ Parmi toutes les sources, **58 documents** évoquant **la toxoplasmose** ont été sélectionnés.

Documents sélectionnés pour la listériose

Pour l'OMS : la recherche a été effectuée sur IRIS, dépôt institutionnel pour le partage de l'information : <http://apps.who.int/iris/>

Sur le mot clé « listériose », 221 documents étaient disponibles dans les résultats fin 2018 (fin 2018). Ont été exclus les documents traitant des sous-sections des REH, les documents en lien avec les analyses de laboratoire, les rapports annuels, les articles de revue (*Eastern Mediterranean Health Journal, World health statistics quarterly*), et les documents édités en différentes langues. Les documents ayant ce mot-clé dans les index ont aussi été exclus. Un autre document abordant la listériose dans une étude de méningites bactériennes n'a pas été retenu.

Nous avons aussi intégré la fiche sur le site de l'OMS publié en 2018 : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/listeriosis>

⇒ Au total, 40 documents publiés par l'OMS ont été sélectionnés (29 REH, 5 rapports, 5 bulletins et une fiche listériose). Deux notes d'information du réseau INFOSAN seront utilisées pour identifier la dynamique de l'information au niveau international⁴¹⁷.

Pour le BEH et l'InVS :

Les données du site de l'InVS étant en migration sur le site de Santé publique France au moment de la recherche en 2018, plusieurs recherches ont été menées sur le mot-clé « listériose » :

- sur : <http://opac.invs.sante.fr/> (26 résultats). Ont été exclus les communications orales, les articles de revue)
- sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Toutes-les-publications> (33 résultats). Ont été exclus les communications orales, les articles de revue et les documents ne traitant que du dispositif de surveillance)

Pour la consultation des BEH, la recherche a été faite sur deux sites :

- BEH de 1983 à 2010 : <http://invs.santepubliquefrance.fr//display/?doc=beh/index.html>
- BEH de 2011 à 2018 : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

⇒ Au total, 41 bulletins épidémiologiques, 8 rapports et 6 communications écrites de l'InVS évoquent la listériose. Nous nous appuyerons à titre informatif également sur deux rapports réalisés en Bourgogne et en Franche-Comté.

Pour l'Afssa, nous avons intégré la fiche « Listériose », un rapport et deux avis :

- Fiche de description de danger microbiologique transmissible par les aliments : *Listeria monocytogenes*. Juin 2006.
- Rapport de la Commission d'étude des risques liés à *Listeria monocytogenes*. (28 juillet 2000).
- Avis relatif à la classification des aliments selon le danger représenté par *Listeria monocytogenes* (29 octobre 2001).

⁴¹⁷ Les documents INFOSAN ne seront pas utilisés dans l'analyse des recommandations à destination des professionnels car ne sont pas une source directe d'information des professionnels de santé.

- Avis sur l'augmentation des cas de listériose et le lien éventuel avec l'évolution des modes de production, de préparation et de consommation des aliments (1^{er} décembre 2009).

Pour l'Anses :

- Nous avons consulté la page « Listériose » mise à jour le 08/06/2016 sur le site : <https://www.anses.fr/fr/content/listerieose>
- Nous avons aussi sélectionné la fiche listériose et deux avis :
 - o la fiche de description de danger biologique transmissible par les aliments - *Listeria monocytogenes* (décembre 2011)
 - o Avis relatif à un plan national de surveillance de la contamination par *Listeria monocytogenes* des végétaux consommés crus (16 septembre 2011)
 - o Avis relatif à la demande de réévaluation des produits de la mer à risque pour les femmes enceintes dans le guide PNNS « Le guide nutrition pendant et après la grossesse » (7 février 2013).

Pour le ministère de l'Agriculture : nous avons consulté l'information publiée en 2017 sur : <http://agriculture.gouv.fr/la-listerieose> et en 2018 sur : <http://agriculture.gouv.fr/la-listeria-cest-quoi>

Pour le ministère de la Santé :

- nous avons consulté l'information publiée en 2015 sur <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/article/listeriose>
- nous avons intégré aux textes analysés la circulaire de 1989 relative à la listériose et à la légionellose (D.G.S/P.G.E. /1 C n°238 du 28 mars 1989) et la circulaire de 1998 relative à la déclaration obligatoire de la listériose (Circulaire DGS/VS 2 n° 98-240 du 15 avril 1998)

Pour l'Académie nationale de médecine : 12 bulletins évoquaient la listériose entre 1982 et 2012

- Bulletin Tome 166, N°6, séance du 15 juin 1982
- Bulletin Tome 167, N°2, séance du 1^{er} février 1983
- Bulletin Tome 170, N°6, séance du 17 juin 1986
- Bulletin Tome 171, N°7, séance du 6 octobre 1987
- Bulletin Tome 179, N°8, séance du 7 novembre 1995
- Bulletin Tome 180, N°8, séance du 26 novembre 1996
- Bulletin Tome 181, N°8, séance du 25 novembre 1997
- Bulletin Tome 183, N°6, séance du 22 juin 1999
- Bulletin Tome 184, N°2, séance du 8 février 2000
- Bulletin Tome 185, N°2, séance du 13 février 2001
- Bulletin Tome 189, N°3, séance du 15 mars 2005
- Bulletin Tome 196, N°8, séance du 27 novembre 2012

Pour la HAS : nous avons sélectionné le guide « Comment mieux informer les femmes enceintes ? ». Recommandations professionnelles. Avril 2005.

Pour le CNGOF : nous n'avons pas trouvé de document de référence sur cette thématique.

Pour l'Inserm : nous avons sélectionné la page « Listériose, une infection alimentaire sous haute surveillance » : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/listeriose>

Pour Santé publique France, nous avons sélectionné le dossier thématique sur la listériose : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Listeriose/Aide-memoire>

➔ Parmi toutes les sources, **125 documents** évoquant **la listériose** ont été sélectionnés.

Annexe 2 : Textes évoquant des mesures de prévention pour la toxoplasmose

Année	Texte
1969	Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. Tome 153, N°28-29, séance du 4 novembre 1969.
1974	REH N° 51-52. OMS. Toxoplasmose. (20 décembre 1974).
1976	REH N°26. OMS. Toxoplasmose. (25 juin 1976).
1977	Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. Tome 161, N°2, séances du 1, 8 et 15 février 1977.
1983	Circulaire N°605 DGS et DH du 27 septembre 1983 relative à la prévention de la toxoplasmose.
1983	BEH N°48. DGS. Notes de la Rédaction. (s.d.)
1988	OMS. Rapport de la consultation de l'OMS sur les aspects de la toxoplasmose liés à la santé publique.
1990	BEH N°4. DGS. Situation en France. Toxoplasmose congénitale. Bilan de la prévention primaire. (29 janvier 1990)
1990	REH N°17. OMS. Toxoplasmose. (27 avril 1990)
1993	Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. Tome 177, N°8, 1411-1421, séance du 23 novembre 1993.
1994	BEH N°38. DGS. Étude épidémiologique de la toxoplasmose chez les femmes enceintes à Amiens (Picardie) Nécessité d'une enquête nationale. (26 septembre 1994).
1996	BEH N°16. DGS. Facteurs de risque d'acquisition de la toxoplasmose chez les femmes enceintes en France (1995). (16 avril 1996).
2000	Cerin. L'alimentation de la femme enceinte. Recommandations et conseils pratiques.
2001	Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. Tome 185, N°4, 665-688, séance du 3 avril 2001.
2005	HAS. Guide « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » Recommandations professionnelles. (avril 2005).
2005	Afssa Toxoplasmose : état des connaissances et évaluation du risque lié à l'alimentation. Rapport du groupe de travail « Toxoplasma gondii » de l'Afssa. Décembre 2005.
2006	Ministère de l'Agriculture. Toxoplasmose. Quelle conduite à tenir pour éviter d'être contaminé ?
2007	Inpes. Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé « Le guide nutrition pendant et après la grossesse ». (septembre 2007).
2009	HAS. Recommandations en santé publique. Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse. (octobre 2009).
2010	InVS. Rapport. Cas groupés de toxoplasmose, Montpellier et ses environs, octobre 2008-janvier 2009. (décembre 2010)
2011	Anses. Fiche de description de danger biologique transmissible par les aliments. Avril 2011.
2011	CNGOF. Toxoplasmose et grossesse. 35èmes Journées Nationales du CNGOF (7-9 décembre 2011).
2011	InVS. Toxi-infection alimentaire collective à <i>Toxoplasma gondii</i> liée à la consommation d'agneau, Aveyron, novembre 2010.
2012	HAS. Grossesse : surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole (18.04.2012). Le Webzine de la HAS.
2012	BEH N°16-17. DGS. Toxi-infection alimentaire collective à <i>Toxoplasma gondii</i> liée à la consommation d'agneau. Aveyron (France), novembre 2010. (24 avril 2012)
2016	Anses. Toxoplasmose Présentation de la maladie, recommandations et rôle de l'Anses.
2017	HAS. Diagnostic biologique de la toxoplasmose acquise du sujet immunocompétent (dont la femme enceinte), la toxoplasmose congénitale (diagnostic pré- et postnatal) et la toxoplasmose oculaire.

Annexe 3 : Textes évoquant des mesures de prévention pour la listériose

Année	Texte
1987	BEH N°8. DGS. Situation en France. Étude épidémiologique de la listériose humaine en France en 1984. (2 mars 1987) / Situation internationale. Données épidémiologiques récentes relatives à la listériose humaine en Suisse.
1987	Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. Tome 171, N°7, séance du 6 octobre 1987.
1989	BEH N°12. DGS. Listériose et santé publique/ Listériose en France en 1987. (27 mars 1989).
1991	REH N°5. OMS. La Listériose en 1988. (1 ^{er} février 1991).
1991	REH N°32. OMS Listériose humaine. (09 août 1991).
1992	BEH N°24. DGS. Listériose d'origine alimentaire- USA, 1988-1990 / <i>Listeria monocytogenes</i> et produits alimentaires. (15 juin 1992)
1992	BEH N°24. DGS. Notes de la Rédaction du BEH. (15 juin 1992)
1992	BEH N°25. DGS. Épidémie de listérioses en France. (22 juin 1992).
1992	BEH N°38. DGS. Épidémie de listériose en France. (21 septembre 1992).
1993	BEH N°4. DGS. Épidémie de listériose en France. (1 ^{er} février 1993)
1993	REH N°13. OMS. Flambée de listériose en 1992. (26 mars 1993)
1995	BEH N°23. DGS. Bouffée épidémique de listériose (avril-mai 1995) / Recommandations (prévention listériose). (6 juin 1995)
1995	Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. Tome 179, N°8, 1613-1624, séance du 7 novembre 1995
1996	BEH N°16.DGS. Notes de la Rédaction. (16 avril 1996)
1996	BEH N°45. DGS. Plan de surveillance de la contamination par <i>Listeria monocytogenes</i> des aliments distribués. (5 novembre 1996)
1997	InVS. Recommandations Listériose. (19 septembre 1997)
1998	Circulaire DGS/VS 2 n°98-240 du 15 avril 1998 relative à la déclaration obligatoire de la listériose
2000	Cerin. L'alimentation de la femme enceinte. Recommandations et conseils pratiques.
2000	BEH N°4. DGS. Bouffée épidémique de listériose liée à la consommation de rillettes / Information des personnes à risques (25 janvier 2000).
2005	HAS Guide « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » Recommandations professionnelles. Avril 2005.
2006	Afssa. Fiche de description de danger biologique transmissible par les aliments. <i>Listeria monocytogenes</i> . Juin 2006.
2007	Inpes. Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé « Le guide nutrition pendant et après la grossesse ». Septembre 2007.
2009	Afssa. Avis sur l'augmentation des cas de listériose et le lien éventuel avec l'évolution des modes de production, de préparation et de consommation des aliments. (Source citée : DGS, 2009)
2011	Anses. Fiche de description de danger biologique transmissible par les aliments. <i>Listeria monocytogenes</i> . Avril 2011
2012	InVS. Cas groupés de listériose. Dossier thématique (actualisé en mars 2012)
2015	Ministère des Solidarités et de la Santé. La listériose et les mesures de prévention.
2016	Anses. Fiche Listériose.
2016	Inserm. Dossier Listériose.
2017	Ministère de l'agriculture et de l'alimentation. Fiche Listériose.
2018	Ministère de l'agriculture et de l'alimentation. Fiche La Listériose, c'est quoi ?
2018	Santé publique France. Fiche Listériose.
2018	OMS. Fiche Listériose.

Annexe 4 : Ouvrages pédagogiques étudiés- Manuels.

Les risques infectieux ont été retrouvés dans 104 manuels pour la toxoplasmose et 81 pour la listériose.⁴¹⁸

DATE	TITRE	Références
1961	Précis d'Obstétrique	Merger, R., Lévy, J., & Melchior, J. (1961). <i>Précis d'obstétrique</i> (2 ^{ème} éd. entièrement refondue, 1 ^{er} précis en 1957). Édition Masson et Cie.
1962	La Maternité : la gestation et l'obstétrique, le nouveau-né	Sureau, M. (1962). <i>La Maternité : la gestation et l'obstétrique, le nouveau-né</i> (4 ^{ème} éd. revue et corrigée). Collection Les Professions médicales et sociales. Les Éditions Foucher.
1964	Gynécologie et Obstétrique	Chome, E. (1964). <i>Gynécologie et Obstétrique</i> . Tome 63. N°5. Édition Masson.
1965	Obstétrique	Gaillard, J. L. (1965). <i>Obstétrique</i> (2 ^{ème} éd.). Éditions Librairie Maloine SA.
1967	Précis d'Obstétrique	Merger, R., Lévy, J., & Melchior, J. (1967). <i>Précis d'obstétrique</i> (3 ^{ème} éd. entièrement refondue). Édition Masson et Cie.
1970	Précis d'obstétrique	Magnin, P., Garnier, R., & Dargent, D. (1970). <i>Précis d'obstétrique. Tome 1. Grossesse normale et pathologique</i> (2 ^{ème} éd.) Éditions J-B BAILLIERE ET FILS.
1971	Maladies Infectieuses et Parasitaires	Bastin, R., Morin, M., Frottier, J., & Vildé, J-L. (1971). <i>Maladies Infectieuses et Parasitaires</i> . (1 ^{ère} éd.). Collection PATHOLOGIE MEDICALE n°9 de Vallery-Radot, P., Hamburger, J., & Lhermitte, F. Éditions Flammarion Médecine Sciences.
1972	Abrégé de Gynécologie et d'Obstétrique	De Tourris, H., & Henrion, R. (1972). <i>Abrégé de Gynécologie et d'Obstétrique</i> . Édition Masson et Cie.
1972	Nouveau manuel d'obstétrique	Seguy, B., Chavinie, J., & Michelon, B. (1972). <i>Nouveau manuel d'obstétrique. Tome 1</i> (3 ^{ème} éd.). Éditions Intermedica et Maloine.
1973	Abrégé de Gynécologie et d'Obstétrique	De Tourris, H., & Henrion, R. (1973). <i>Abrégé de Gynécologie et d'Obstétrique</i> (2 ^{ème} éd.). Édition Masson et Cie.
1973	Nouveau manuel d'obstétrique	Seguy, B., Chavinie, J., & Michelon, B. (1973). <i>Nouveau manuel d'obstétrique. Tome 2</i> (3 ^{ème} éd.). Éditions Intermedica et Maloine.
1974	Nouveau manuel d'obstétrique	Seguy, B., Chavinie, J., & Michelon, B. (1974). <i>Nouveau manuel d'obstétrique. Tome 1</i> (4 ^{ème} éd.). Éditions Intermedica et Maloine.
1974	Précis d'Obstétrique	Merger, R., Lévy, J., & Melchior, J. (1974). <i>Précis d'Obstétrique</i> (4 ^{ème} éd.). Édition Masson et Cie.
1975	Le rôle du médecin généraliste dans l'obstétrique actuelle	Malinas, Y. (1975), <i>Le rôle du médecin généraliste dans l'obstétrique actuelle</i> . Les Monographies Choay.
1976	La Maternité : la gestation et l'obstétrique, le nouveau-né	Sureau, M. (1976). <i>La Maternité : la gestation et l'obstétrique, le nouveau-né</i> (7 ^{ème} éd.). Collection Les Professions médicales et sociales. Les Éditions Foucher.
1976	Abrégé de Gynécologie et d'Obstétrique	De Tourris, H., Henrion, R., & Delecour, M. (1976). <i>Abrégé de Gynécologie et d'Obstétrique</i> (3 ^{ème} éd.). Édition Masson.
1977	Précis d'Obstétrique	Merger, R., Lévy, J., & Melchior, J. (1977). <i>Précis d'Obstétrique</i> (4 ^{ème} éd. entièrement refondue). Édition Masson et Cie.
1977	Obstétrique Pratique	Baudet, J., & Daffos, F., (1977). <i>Obstétrique Pratique</i> . Éditions MALOINE.

⁴¹⁸ Pour rappel l'étude a porté sur 150 ouvrages pédagogiques (manuels et EMC). Les risques infectieux ont été retrouvés dans 125 ouvrages pour la toxoplasmose et 102 pour la listériose

1977	Notions élémentaires d'obstétrique	Morin, P. (1977). <i>Notions élémentaires d'obstétrique</i> . Éditions Sandoz.
1979	Abrégé de Gynécologie et d'Obstétrique	De Tourris, H., Henrion, R., & Delecour, M. (1979). <i>Abrégé de Gynécologie et d'Obstétrique</i> (4 ^{ème} éd.). Éditions Masson.
1979	Précis d'Obstétrique	Merger, R., Lévy, J., & Melchior, J. (1979). <i>Précis d'Obstétrique</i> (5 ^{ème} éd.). Éditions Masson et Cie.
1980	Éléments de pathologie infectieuse	Kernbaum, S. (1980). <i>Éléments de pathologie infectieuse</i> . Éditions SIMEP/SPECIA.
1980	Médecine Interne et Grossesse	Baudet, J., Bonnaud, F., Pichereau, D., & Zago, J. (1980). <i>Médecine Interne et Grossesse</i> . Éditions Maloine s.a.
1981	Maladies Infectieuses et Parasitaires	Bastin, R., Charmot, G., Frottier, J., & Vildé J-L. (1981). <i>Maladies Infectieuses et Parasitaires</i> (2 ^{ème} éd.). Collection PATHOLOGIE MEDICALE de Vallery-Radot, P., Hamburger, J., Lhermitte, F., Éditions Flammarion Médecine Sciences.
1982	Surveillance et thérapeutique obstétricales	Giraud, J.R., & Tournaire, M. (1982). <i>Surveillance et thérapeutique obstétricales</i> . Collection Abrégés. Éditions Masson.
1982	Éléments de pathologie infectieuse	Kernbaum, S. (1982). <i>Éléments de pathologie infectieuse</i> (2 ^{ème} éd.). SIMEP/SPECIA.
1983	Traité d'Obstétrique	Vokaer, R., Barrat, J., Bossart, H., Lewin, D., & Renaud, R. (1983). <i>Traité d'Obstétrique. Tome I La grossesse normale et l'accouchement eutocique</i> . Éditions Masson.
1984	Obstétrique	Pousset, C., & Lopes, P. (1984). <i>Obstétrique</i> (2 ^{ème} éd.). Collection DCEM CHIRURGIE. Éditions Heures de France.
1984	Abrégé illustré de Gynécologie et d'Obstétrique	De Tourris, H., Henrion, R., & Delecour, M. (1984). <i>Abrégé illustré de Gynécologie et d'Obstétrique</i> (5 ^{ème} éd. revue et argumentée). Éditions Masson.
1984	Diététique de la femme enceinte	Thoulon-Page, C. (1984). <i>Diététique de la femme enceinte</i> . Éditions Masson.
1985	Éléments de pathologie infectieuse	Kernbaum, S. (1985). <i>Éléments de pathologie infectieuse</i> (3 ^{ème} éd.). SIMEP/ SPECIA.
1985	Manuel d'obstétrique	Niswander, K.R. (1985). <i>Manuel d'obstétrique</i> (2 ^{ème} éd.) Collection Spirales. MEDSI/Office des publications universitaires.
1985	Précis d'Obstétrique	Merger, R., Lévy, J., & Melchior, J. (1985). <i>Précis d'Obstétrique</i> (5 ^{ème} éd. revue et argumentée). Édition Masson et Cie.
1988	Éléments de pathologie infectieuse	Kernbaum, S. (1988). <i>Éléments de pathologie infectieuse</i> (4 ^{ème} éd.). SIMEP/ SPECIA.
1988	Prendre en charge une femme enceinte – Préconception – Grossesse – Post-partum	Tchobroutsky, C. & Oury, J.-F. (1988). <i>Prendre en charge une femme enceinte – Préconception – Grossesse – Post-partum</i> . SOULISSE et CASSEGRAIN
1988	Traité d'Obstétrique	Vokaer, R., Barrat, J., Bossart, H., Lewin, D., & Renaud, R. (1988). <i>Traité d'Obstétrique. Tome III Pathologie Médico-chirurgicale de la grossesse</i> . Éditions Masson.
1988	Pathologies Maternelles et Grossesse	Wechsler, B., Janse-Marec, J., & Péchère, J.-C. (1988). <i>Pathologies Maternelles et Grossesse</i> . Édition MEDSI/McGRAW-HILL.
1990	Dictionnaire de gynécologie et d'obstétrique	Mavel, A. (1990). <i>Dictionnaire de gynécologie et d'obstétrique- termes usuels d'hier et d'aujourd'hui</i> . Éditions Arnette.
1990	Éléments de pathologie infectieuse	Kernbaum, S. (1990). <i>Éléments de pathologie infectieuse</i> (5 ^{ème} éd.). SIMEP/SPECIA.
1990	Obstétrique Pratique	Baudet, J.-H. (1990). <i>Obstétrique Pratique</i> . Éditions MALOINE.
1990	Obstétrique pour le praticien	Lansac, J., Berger, C., & Magnin, G. (1990). <i>Obstétrique pour le praticien</i> (1 ^{ère} édition 1983). Édition SIMEP.

1991	Médecine de la femme enceinte	Barron, W.M., Lindheimer, M.D., & Davison, J.M. (1991). <i>Médecine de la femme enceinte</i> (édition française rédigée par Grünfeld, J.-P.). Éditions Médecine-Sciences Flammarion.
1991	L'Obstétrique Actuelle	Peter, J. (1991). <i>L'Obstétrique Actuelle</i> . Éditions PSR.
1993	Précis d'Obstétrique	Merger, R., Lévy, J., & Melchior, J. (1993). <i>Précis d'Obstétrique</i> (5 ^{ème} éd. revue et argumentée). Éditions Masson et Cie.
1993	Le livre de l'interne obstétrique	Hohlfeld, P., Marty, F., De Grandi, P., Tissot, J.-D., & Bossart, H., (1993). <i>Le livre de l'interne obstétrique</i> . Éditions Médecine-Sciences Flammarion.
1994	Abrégé illustré de Gynécologie et d'Obstétrique	De Tourris, H., Henrion, R., & Delecour, M. (1994). <i>Abrégé illustré de Gynécologie et d'Obstétrique</i> (6 ^{ème} éd. entièrement refondue). Éditions Masson.
1994	Pathologie infectieuse en gynécologie et en obstétrique	Cristalli, B., & Levardon, M. (1994). <i>Pathologie infectieuse en gynécologie et en obstétrique</i> . Éditions Arnette.
1994	Obstétrique	Lewin, D., & Gillet, J.-Y. (coord.). (1994). <i>Obstétrique</i> . Éditions Ellipses.
1995	Obstétrique	Boog, G., Puech, F., & Thoulon, J.-M. (coord.)(1995). <i>Obstétrique</i> . Collection Universités francophones. Éditions Ellipses.
1995	Obstétrique	Papiernik, E., Cabrol, D., & Pons, J.-C. (1995). <i>Obstétrique</i> . Éditions Médecine-Sciences Flammarion.
1995	Prendre en charge une femme enceinte – Préconception – Grossesse – Post-partum	Tchobroutsky, C., & Oury J.-F. (1995). <i>Prendre en charge une femme enceinte – Préconception – Grossesse – Post-partum</i> . Édition Arnette Blackwell.
1995	Diététique et nutrition	Apfelbaum, M., Forrat, C., & Nillus, P. (1995). <i>Diététique et nutrition</i> (3 ^{ème} éd.), Collection Abrégés. Éditions Masson.
1996	Décisions obstétricales	Tchobroutsky, C., Henrion, R., Dumez, Y., & Dommergues, M. (1996) <i>Décisions obstétricales</i> (2 ^{ème} éd.) (1 ^{ère} éd. 1993). Éditions Pradel.
1996	Éléments de pathologie infectieuse	Kernbaum, S. (1996). <i>Éléments de pathologie infectieuse</i> (6 ^{ème} éd.). SIMEP/SPECIA.
1996	Guide de Surveillance de la Grossesse	Thoulon, J.M., & Fleurette, F. (1996). <i>Guide de Surveillance de la Grossesse</i> . Éditions ANDEM.
1996	Décision en gynécologie obstétrique	Delcroix, M., & Guerin du Masgenet, B. (1996). <i>Décision en gynécologie obstétrique</i> . Éditions VIGOT.
1996	Obstétrique essentielle	Fernandez, H., Cosson, M., & Papiernik, E. (1996). <i>Obstétrique essentielle</i> . Éditions Pradel.
1998	Mémento obstétrique	Pierre, F. & Bertrand, J. (1998). <i>Mémento Obstétrique</i> . Éditions Maloine,
1998	Infections et Grossesse	Matheron, S., Coulaud, J.-P., Vachon, F., & Vilde, J.-L (1998). <i>Infections et Grossesse Épidémiologie Approches thérapeutiques</i> . 41 ^e Journée de l'Hôpital Claude-Bernard. Éditions EDK.
1999	Le livre de l'interne obstétrique	Hohlfeld, P., Marty, F., De Grandi, P., Tissot, J.-D., & Bossart, H. (1999). <i>Le livre de l'interne obstétrique</i> (2 ^{ème} éd.). Éditions Médecine-Sciences Flammarion.
1999	Diététique et nutrition	Apfelbaum, M., Forrat C., & Nillus P. (1999). <i>Diététique et nutrition</i> (5 ^{ème} éd.), Collection Abrégés. Éditions Masson.
2000	Mémento obstétrique	Pierre, F. & Bertrand, J. (2000). <i>Mémento obstétrique</i> (2 ^{ème} éd.). Éditions Maloine.
2000	Obstétrique pour le praticien	Lansac, J., Berger, C., & Magnin, G. (2000). <i>Obstétrique pour le praticien</i> (3 ^{ème} éd.). Éditions Masson.
2001	Décision en gynécologie-obstétrique	Delcroix, M., & Guérin du Masgenêt, B. (2001). <i>Décision en gynécologie-obstétrique</i> (2 ^{ème} éd.). Éditions Maloine.

2001	Le début de la grossesse	Société Française de Gynécologie. (2001). <i>Le début de la grossesse</i> . XXXX ^{es} Assises Nationales de la Société Française de Gynécologie. Éditions ESKA.
2001	Précis d'Obstétrique	Merger, R., Lévy, J., & Melchior, J. (2001). <i>Précis d'Obstétrique</i> (6 ^{ème} éd.). Éditions Masson.
2002	Les bactéries, champignons et parasites transmissibles de la mère à l'enfant	Denis, F. (2002). <i>Les bactéries, champignons et parasites transmissibles de la mère à l'enfant</i> . Éditions John Libbey Eurotext.
2002	Checklists de Médecine Obstétrique	Huch, A., & Benz, J. (2002). <i>Checklists de Médecine Obstétrique</i> . Éditions Maloine.
2003	Protocoles cliniques en obstétrique	Cabrol, D., & Goffinet, F. (2003). <i>Protocoles cliniques en obstétrique Maternité Port-royal</i> . Collection Abrégés de périnatalité. Éditions Masson.
2003	Médecine Périnatale	Jacquemard, F., & Daffos, F. (2003). <i>Médecine Périnatale. Grossesses pathologiques pour raisons fœtales</i> . Edition Elsevier.
2003	Obstétrique pour le praticien	Lansac, J., Berger, C., & Magnin, G. (2003). <i>Obstétrique pour le praticien</i> (4 ^{ème} éd.). Éditions Masson.
2003	Manuel illustré de Gynécologie et d'Obstétrique	De Tourris, H., Magnin, G., & Pierre, F. (2003). <i>Manuel illustré de Gynécologie et d'Obstétrique</i> (7 ^{ème} éd.). Éditions Masson.
2003	Traité d'obstétrique	Cabrol, D., Pons, J.-C., & Goffinet, F. (2003). <i>Traité d'obstétrique</i> . Édition Médecine-Sciences Flammarion.
2004	101 questions en gynécologie-obstétrique	Marret, H., Wagner-Ballon, J., & Guyot, H. (2004). <i>101 questions en gynécologie-obstétrique</i> . Collection Abrégés. Éditions Masson.
2004	Atlas de poche d'obstétrique	Goerke, K. (2004). <i>Atlas de poche d'obstétrique</i> . Éditions Médecine-Sciences Flammarion.
2004	Gynécologie-Obstétrique pour les médecins généralistes	Blanc, B., Monnier-Barbarino, P., & Carbonne, B. (2004). <i>Gynécologie-Obstétrique pour les médecins généralistes - Vingt-Huitièmes Journées nationales</i> , Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Diffusion VIGOT.
2004	Diététique et nutrition	Apfelbaum, M., Romon, M., & Dubus, M. (2004). <i>Diététique et nutrition</i> (6 ^{ème} éd.), Collection Abrégés. Éditions Masson.
2005	Gynécologie et obstétrique pour les médecins généralistes	Lansac, J., Carbonne, B., & Daraï, E. (2005). <i>Gynécologie et obstétrique pour les médecins généralistes</i> . Vingt-neuvièmes Journées nationales, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Diffusion VIGOT.
2005	Protocoles cliniques en obstétrique	Cabrol D., & Goffinet F. (2005). <i>Protocoles cliniques en obstétrique. Maternité Port-Royal</i> (2 ^{ème} éd.). Collection Abrégés de Périnatalité. Éditions Masson.
2005	Soigner la femme enceinte	Pons, J.-C., & Perrouse-Menthonnex, K. (2005). <i>Soigner la femme enceinte</i> . Collection Abrégés de médecine. Éditions Masson.
2006	Mémento obstétrique	Pierre, F. & Bertrand, J. (2006). <i>Mémento obstétrique</i> (2 ^{ème} éd.). Éditions Maloine.
2006	Le Guide nutrition et Santé	VIDAL. (2006). <i>Le Guide nutrition et Santé. Alimentation équilibrée et compléments alimentaires</i> . Diffusion LAROUSSE.
2006	Gynécologie-Obstétrique pour les médecins généralistes	Lansac, J., Carbonne, B., & Daraï, E. (2006). <i>Gynécologie-Obstétrique pour les médecins généralistes</i> . Trentièmes Journées nationales, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Diffusion VIGOT.
2007	Gynécologie Obstétrique	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. <i>Gynécologie Obstétrique</i> (2007). <i>Gynécologie</i>

		<i>Obstétrique</i> . Collection Abrégés connaissances et pratique. Éditions Masson.
2007	L'enfant à naître : sa santé, son avenir. Agir avant, pendant et après la grossesse	Dreux, C., & Sureau, C. (dirs.). (2007). <i>L'enfant à naître : sa santé, son avenir. Agir avant, pendant et après la grossesse</i> . Collection Rapports de l'Académie Nationale de Médecine. Éditions Médicales Internationales.
2007	Le livre de l'interne obstétrique	Hohlfeld, P., Marty, F., De Grandi, P., Tissot, J.-D., Bossart, H., & Gerber, S. (2007). <i>Le livre de l'interne obstétrique</i> (3 ^{ème} éd.). Éditions Médecine-Sciences Flammarion.
2007	Manuel illustré de Gynécologie et d'Obstétrique	De Tourris, H., Magnin, G., & Pierre, F. (2007). <i>Manuel illustré de Gynécologie et d'Obstétrique</i> (7 ^{ème} éd.). Éditions Masson.
2007	Protocoles en Gynécologie Obstétrique	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) (2007). <i>Protocoles en Gynécologie Obstétrique</i> . Éditions Masson.
2008	Mémento Gynécologie Obstétrique	Prudhomme, C. (2008). <i>Mémento Gynécologie Obstétrique</i> . Éditions Maloine.
2008	Obstétrique pour le praticien	Lansac, J., & Magnin, G. (2008). <i>Obstétrique pour le praticien</i> (5 ^{ème} éd.). Éditions Elsevier Masson.
2008	Guide pratique de clinique périnatale	Hourdin, A. (2008). <i>Guide pratique de clinique périnatale - Dans le cadre de la normalité - Grossesse - accouchement - Post-partum - nouveau-né</i> . Collection Pratiques professionnelles. Les Études Hospitalières.
2008	Protocoles cliniques en obstétrique	Cabrol, D., & Goffinet, F. (2008). <i>Protocoles cliniques en obstétrique. Maternité Port-Royal</i> (3 ^{ème} éd.). Collection Abrégés de Périnatalité. Éditions Elsevier Masson.
2009	Mémento Obstétrique	Pierre, F. & Bertrand, J. (2009). <i>Mémento obstétrique</i> (2 ^{ème} éd.). Éditions Maloine.
2009	Guide de consultation prénatale	Alexander, S., Debiève, F., Delvoye, P., Kirkpatrick, C., & Masson V. (dirs.). (2009). <i>Guide de consultation prénatale</i> . Éditions de Boeck
2009	120 questions en gynécologie-obstétrique	Marret, H., Wagner-Ballon, J., Guyot, H., & Lehr Drylewicz, A.-M. (2009). <i>120 questions en gynécologie-obstétrique</i> (2 ^{ème} éd.). Collection Abrégés. Éditions Masson.
2009	Diététique et nutrition	Apfelbaum, M., Romon, M., & Dubus, M. (2009). <i>Diététique et nutrition</i> (7 ^{ème} éd.). Collection Abrégés. Éditions Masson.
2010	Gynécologie Obstétrique	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. (2010). <i>Gynécologie Obstétrique</i> (2 ^{ème} éd.). Collection Abrégés connaissances et pratique. Éditions Masson.
2010	Traité d'obstétrique	Marpeau, L., Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Collège national des Sages-femmes, & Association française des sages-femmes enseignantes français. (2010). <i>Traité d'obstétrique</i> . Éditions Elsevier Masson.
2011	Mémento de la sage-femme	Matis, R. (2011). <i>Mémento de la sage-femme</i> (2 ^{ème} éd.). Éditions Elsevier Masson.
2012	Protocoles en gynécologie-obstétrique	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) & Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. (2012). <i>Protocoles en gynécologie-obstétrique</i> (2 ^{ème} éd.). Éditions Elsevier Masson.
2012	Le livre de l'interne obstétrique	Hohlfeld, P., Marty, F., De Grandi, P., Tissot, J.-D., Bossart, H., & Gerber, S. (2012). <i>Le livre de l'interne obstétrique</i> (4 ^{ème} éd.). Éditions Médecine-Sciences Flammarion.

2013	Protocoles cliniques en obstétrique	Cabrol, D., & Goffinet, F. (2013). <i>Protocoles cliniques en obstétrique. Maternité Port-Royal</i> (4 ^{ème} éd.). Collection Abrégés de Périnatalité. Éditions Elsevier Masson.
2013	Obstétrique pour le praticien	Lansac, J., Magnin, G., & Senthiles, L. (2013). <i>Obstétrique pour le praticien</i> (6 ^{ème} éd.). Éditions Elsevier Masson.
2013	Gynécologie Obstétrique	Harlicot, J.-P., Yaribakht, S., Marie, C., & Lorand, S. (2013). <i>Gynécologie Obstétrique</i> . Collection Doc protocoles. Éditions Médicilline.
2014	120 questions en gynécologie-obstétrique	Marret, H., Wagner-Ballon, J., Guyot, H., Lehr Drylewicz, A.-M. & Simon, E. (2014). <i>120 questions en gynécologie-obstétrique</i> (3 ^{ème} éd.). Collection Abrégés. Éditions Masson.
2014	Guide pratique de clinique périnatale	Hourdin, A. (2014). <i>Guide pratique de clinique périnatale - Dans le cadre de la normalité - Grossesse - accouchement - Post-partum - nouveau-né</i> (2 ^{ème} éd.). Collection Pratiques professionnelles. Les Études Hospitalières.
2014	Guide de la sage-femme : Suivi pré & post-natal	Delcroix, M.-H., & Gomez, C. (2014). <i>Guide de la sage-femme : Suivi pré & post-natal</i> . Collection Études maïeutique. Éditions Maloine.
2014	Pathologies maternelles et grossesse	Benachi, A., Luton, D., Mandelbrot, L., Picone, O., & Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (coord.). (2014). <i>Pathologies maternelles et grossesse</i> . Collection Pratique en Gynécologie- Obstétrique. Éditions Elsevier Masson.
2015	Protocoles en gynécologie-obstétrique	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) & et Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. (2015). <i>Protocoles en gynécologie-obstétrique</i> (3 ^{ème} éd.). Éditions Elsevier Masson.
2015	Gynécologie Obstétrique	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. (2015). <i>Gynécologie Obstétrique</i> . Collection Les référentiels des Collèges. Éditions Masson.
2017	Protocoles cliniques de Port-Royal en obstétrique	Goffinet, F. (2017). <i>Protocoles cliniques de Port-Royal en obstétrique</i> (5 ^{ème} éd.). Collection Abrégés de Périnatalité. Éditions Elsevier Masson.
2018	Médecine de la grossesse- Conduites à tenir	Pourrat, O. (2018). <i>Médecine de la grossesse- Conduites à tenir</i> . Éditions MALOINE.
2018	Mémento de la sage-femme	Matis, R. (2018). <i>Mémento de la sage-femme</i> (2 ^{ème} éd.). Éditions Elsevier Masson.
2018	Protocoles en gynécologie-obstétrique	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) & et Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. (2018). <i>Protocoles en gynécologie-obstétrique</i> (2 ^{ème} éd.). Éditions Elsevier Masson.
2019	Pratique obstétricale- MYLES	Raynor, M., & Catling, C. (2019). <i>Pratique obstétricale- MYLES</i> . Éditions MALOINE.

Annexe 5 : Ouvrages pédagogiques étudiés - Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC)

Sur la période, parmi les EMC sélectionnés, 21 EMC abordaient la toxoplasmose et 21 évoquaient la listériose.⁴¹⁹

<p>1992 EMC Obstétrique Infection bactérienne materno-fœtale Fabrice Pierre, Christian Berger, Francis Gold, Roland Quentin. Infection bactérienne maternofoetale. EMC - Obstétrique 1992:1-0 [Article 5-040-C-10].</p>
<p>1996 EMC Surveillance de la grossesse normale Luc Chevallier, Alain Treisser, Jean-Jacques Favreau. Surveillance de la grossesse normale. EMC - Obstétrique 1996:1-0 [Article 5-007-M-10].</p>
<p>1996 EMC Toxoplasmose et grossesse Francis Puech, Pascal Vaast, Anne-Sylvie Valat-Rigot, Xavier Codaccioni, Brigitte Guionnet. Toxoplasmose et grossesse. EMC - Obstétrique 1996;9(3):1-0 [Article 5-039-D-10].</p>
<p>1996 EMC Pédiatrie-maladies infectieuses Listérioses Michel Bergeret. Listérioses. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses 1996:1-0 [Article 4-265-A-20].</p>
<p>1996 EMC Obstétrique Listériose au cours de la grossesse Yann Pasteur, Yves Darbois. Listériose au cours de la grossesse. EMC - Obstétrique 1996:1-0 [Article 5-039-E-10].</p>
<p>1997 EMC Nutrition et grossesse Max Favier, Jean-Marc Ayoubi, Isabelle Hininger. Nutrition et grossesse. EMC - Obstétrique 1997:1-0 [Article 5-042-A-10].</p>
<p>1997 EMC Maladies infectieuses Listérioses Laurence Struillou, François Raffi. Listérioses. EMC - Maladies infectieuses 1997:1-0 [Article 8-017-R-10].</p>
<p>1998 EMC Médecine Toxoplasmose congénitale Véronique Mirlesse, François Jacquemard, Jean-François Magny, Stéphane Roman, Philippe Thulliez, Fernand Daffos. Toxoplasmose congénitale. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 1998:1-5 [Article 8-0370].</p>
<p>1998 EMC Endocrino nutrition- Nutrition et grossesse Max Favier, Jean-Marc Ayoubi, Isabelle Hininger. Nutrition et grossesse. EMC - Endocrinologie-Nutrition 1998;9(4):1-0 [Article 10-552-A-10].</p>
<p>1999 EMC AKOS Listériose Olivier Rogeaux. Listériose. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 1999:1-3 [Article 4-1170].</p>
<p>2000 EMC Médecine Toxoplasmose Luc Paris. Toxoplasmose. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2000:1-5 [Article 4-1285].</p>
<p>2000 EMC Maladies infectieuses Toxoplasme et toxoplasmoses Bernard Fortier, Anne Dao, Fayza Ajana. Toxoplasme et toxoplasmoses. EMC - Maladies infectieuses 2000;16(2):1-13 [Article 8-509-A-10].</p>
<p>2000 EMC Pédiatrie-maladies infectieuses Toxoplasme et toxoplasmoses Bernard Fortier, Anne Dao, Fayza Ajana. Toxoplasme et toxoplasmoses. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses 2000;7(4):1-13 [Article 4-330-A-10].</p>
<p>2001 EMC AKOS Surveillance de la grossesse Nathalie Costedoat-Chalumeau, Bertrand Wechsler, Jean-Charles Piette, François Goffinet. Surveillance de la grossesse. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2001:1-5 [Article 3-1380].</p>
<p>2002 EMC Infections et toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique Denis Malvy, Félix Djossou, Michel Le Bras. Infections et toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique : orientation diagnostique et conduite à tenir. EMC - Maladies infectieuses 2002:1-15 [Article 8-003-A-82].</p>
<p>2002 EMC AKOS Médecin généraliste et suivi de la grossesse Marie-France Le Goaziou. Médecin généraliste et suivi de la grossesse. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2002:1-5 [Article 3-1375].</p>

⁴¹⁹ Pour rappel l'étude a porté sur 150 ouvrages pédagogiques (manuels et EMC). Les risques infectieux ont été retrouvés dans 125 ouvrages pour la toxoplasmose et 102 pour la listériose

<p>2004 EMC Obstétrique Listériose au cours de la grossesse S. Deguelle, M.-P. Metge, C. Quereux, R. Gabriel. Listériose au cours de la grossesse. EMC - Obstétrique 2004:1-6 [Article 5-039-E-10].</p>
<p>2006 EMC Toxoplasmose congénitale F. Kieffer, P. Thulliez, E. Yi-Gallimard, A. Tasseau, S. Romand, F. Jacquemard. Toxoplasmose congénitale. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2006:1-6 [Article 8-0370].</p>
<p>2006 EMC Gynécologie/Obstétrique- Surveillance de la grossesse normale L. Mandelbrot, P.-F. Ceccaldi. Surveillance de la grossesse normale. EMC - Obstétrique 2006:1-13 [Article 5-007-M-10].</p>
<p>2008 EMC Maladies infectieuses Listériose M. Morillon, E. Garnotel. Listériose. EMC - Maladies infectieuses 2008:1-10 [Article 8-017-R-10].</p>
<p>2009 EMC Consultations préconceptionnelles L. Mandelbrot. Consultations préconceptionnelles. EMC - Obstétrique 2009:1-11 [Article 5-007-M-15].</p>
<p>2009 EMC AKOS Médecine- Toxoplasmose L. Paris. Toxoplasmose. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2009:1-7 [Article 4-1285].</p>
<p>2010 EMC AKOS Listériose L. Epelboin, P. Bossi. Listériose. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2010:1-9 [Article 4-1170].</p>
<p>2010 EMC Maladies infectieuses- Infections et toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique F. Djossou, A. Martrenchar, D. Malvy. Infections et toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique. Orientation diagnostique et conduite à tenir. EMC - Maladies infectieuses 2010:1-20 [Article 8-003-A-82].</p>
<p>2012 EMC Pédiatrie-mal infectieuses Toxoplasme et toxoplasmose M.-L. Dardé, F. Peyron. Toxoplasme et toxoplasmose. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses 2012;7(4):1-12 [Article 4-330-A-10].</p>
<p>2012 EMC Obstétrique Nutrition et femme enceinte J.-M. Ayoubi, R. Hirt, W. Badiou, I. Hininger-Favier, M. Favier, F. Zraik-Ayoubi, A. Berrebi, J.-C. Pons. Nutrition et femme enceinte. EMC - Obstétrique 2012;7(1):1-13 [Article 5-042-A-10].</p>
<p>2012 EMC Listériose au cours de la grossesse E. Raimond, O. Graesslin, R. Gabriel. Listériose au cours de la grossesse. EMC - Obstétrique 2012;7(4):1-6 [Article 5-039-E-10].</p>
<p>2014 EMC Obstétrique- Toxoplasmose et grossesse L. Mandelbrot. Toxoplasmose et grossesse. EMC - Obstétrique 2014 ;9(3):1-12 [Article 5-018-A-55].</p>
<p>2015 EMC Obstétrique/ Gynécologie- Surveillance de la grossesse normale P.-F. Ceccaldi, C. Duveillier, O. Poujade, P. Chatel, E. Pernin, C. Davitian, D. Luton. Surveillance de la grossesse normale. EMC - Obstétrique 2015;10(2):1-13 [Article 5-007-M-10].</p>
<p>2016. EMC- Endocrinologie-Nutrition : Besoins nutritionnels au cours de la grossesse. J.-L. Schlienger. Besoins nutritionnels au cours de la grossesse. EMC - Endocrinologie-Nutrition 2016;13(3):1-9 [Article 10-308-A-20].</p>
<p>2017 EMC AKOS Listériose J. Lourenço, A. Leclercq, M. Lecuit, C. Charlier. Listériose. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2017;13(2):1-9 [Article 4-1170].</p>
<p>2017 EMC Maladies infectieuses Listériose humaine H. Astier, A. Wolf, E. Garnotel. Listériose humaine. EMC - Maladies infectieuses 2017;14(4):1-9 [Article 8-017-R-10].</p>
<p>2018 EMC Pédiatrie Mal infectieuses Toxoplasme et toxoplasmose M.-L. Dardé, F. Peyron. Toxoplasme et toxoplasmose. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses 2018;13(3):1-14 [Article 4-330-A-10].</p>
<p>2019 EMC. Maladies infectieuses toxoplasme et toxoplasmoses F. Robert-Gangneux, M.-L. Dardé. Toxoplasme et toxoplasmoses. EMC - Maladies infectieuses 2019;16(2):1-22 [Article 8-509-A-10].</p>
<p>2019 EMC Obstétrique Listériose au cours de la grossesse E. Raimond, S. Bonneau, R. Gabriel. Listériose au cours de la grossesse. EMC - Obstétrique 2019;43(2):1-7 [Article 5-039-E-10].</p>

Annexe 6 : Guide d'entretien- Professionnels de santé

1. Série de thèmes à explorer au cours de l'entretien
 - Sources d'information des professionnels de façon générale (évolution des modes d'information des professionnels de santé) et sources mobilisées personnellement (évolution au cours de la vie professionnelle, degré de confiance accordé aux sources, degré d'utilisation des différentes sources, éléments d'information sur lesquels ils basent leur discours de prévention)
 - Formation initiale : lieu de formation, importance des risques infectieux alimentaires dans l'enseignement (cours magistraux, stages)
 - Formation continue : modes d'information et de formation sur les thématiques de grossesse, et spécifiques sur l'alimentation-grossesse et les risques infectieux alimentaires
 - Messages délivrés aux femmes enceintes
 - Sources d'information et questionnements des femmes enceintes
 - Moyens d'information/formation sur la thématique
2. Présentation du travail de recherche et de son thème
3. Accord sur l'entretien et l'enregistrement de l'entretien et explications sur le respect de l'anonymat et la durée estimée
4. Éléments recueillis auprès du professionnel de santé : année de diplôme certifiant, ville de réalisation des études, lieu d'exercice

Consigne énoncée : d'une manière générale, quelles sont pour vous les sources d'informations qu'un professionnel de santé peut utiliser pour s'informer sur les thématiques de grossesse, et plus précisément sur l'alimentation-grossesse et les risques infectieux ?

Objectif réel : comprendre comment les professionnels de santé construisent leurs savoirs sur les risques infectieux alimentaires au cours de la grossesse ?

Thèmes	Sous-thèmes	Exemples de questions
Sources d'information mobilisées par les professionnels de santé	Évolution des sources	Entre votre formation initiale et maintenant, quelles variations ou quelle évolution des modes d'information professionnelle avez-vous observées ?
	Changements personnels	Et pour vous personnellement, quels ont été les changements ?
	Sources privilégiées	Pouvez-vous m'expliquer les sources que vous privilégiez actuellement et pourquoi ?
	Confiance accordée	Pouvez-vous me parler de la confiance que vous accordez à ces différentes sources ? pourquoi ?
Formation initiale	Lieu de formation	Où avez-vous réalisé votre formation initiale ?

	Modalités de formation	Par quelles modalités avez-vous été formé ? Cours spécifiques ? en stage ? quelles étaient les supports de formation à votre disposition ? bibliothèque ? livres ? revues ? internet ? autres ?
	Formation reçue sur l'alimentation-grossesse et les risques infectieux	Maintenant, j'aimerais que vous me parliez de l'information spécifique que vous avez reçue sur l'alimentation-grossesse, sur les risques infectieux alimentaires lors de votre formation initiale. Comment pourriez-vous décrire votre formation sur l'alimentation pendant la grossesse et les risques infectieux alimentaires ?
	Importance accordée à ce thème en formation	D'une manière générale, quelle importance était donnée aux risques infectieux alimentaires lors des cours ? lors des stages ? lors de la conduite d'une consultation prénatale ? précisez ? pourquoi à votre avis ?
	Priorisation des risques en formation initiale	Quelle était l'importance accordée à chaque risque infectieux ? Différence entre toxoplasmose et listériose ? avec les autres messages de prévention ?
Formation continue sur l'alimentation-grossesse et les risques infectieux alimentaires	Sur les risques infectieux alimentaires et grossesse	Avez-vous bénéficié d'une formation ultérieure sur ce thème (DU, congrès,...)
	Importance accordée en formation continue	Comment percevez-vous cette thématique/ importance accordée en formation continue à l'alimentation-grossesse et les risques infectieux ?
	Besoin de vous informer	Avez-vous ressenti le besoin de vous informer sur la thématique ? si oui, sur quels sujets ? pourquoi ? Avez-vous encore des doutes sur certains sujets ? comment avez-vous fait ? quelles recherches avez-vous réalisées et comment ? par quels moyens ?
Messages de prévention délivrés aux femmes enceintes	Évolution des messages de prévention dans le temps	Entre votre formation initiale et maintenant, avez-vous identifié des variations ou une évolution ...dans les messages délivrés aux femmes enceintes ?
	Évolution de l'importance accordée à ces messages	...dans l'importance donnée aux messages de prévention spécifiques à ces risques ?

	Évolution des modes d'informations des femmes	... dans les modes d'information utilisés pour informer les femmes enceintes ?
	Éléments du discours délivrés en consultation	Pouvez-vous me parler des messages de prévention que vous délivrez sur le risque infectieux alimentaire ? vis-à-vis de la toxoplasmose ? vis-à-vis de la listériose ?
	Sources d'information utilisées pour construire les messages de prévention	Quelles sont les sources d'information que vous utilisez pour construire vos messages de prévention ?
	Importance accordée actuellement lors des consultations	Quelle importance accordez-vous actuellement à cette information lors d'une grossesse d'évolution normale sans pathologie ni facteur de risque ? vis-à-vis de la toxoplasmose ? de la listériose ?
	Mode d'information à privilégier pour informer en consultation	Quel est selon vous, la meilleure façon d'informer les femmes enceintes sur ce risque infectieux alimentaire ?
	Modalités et support utilisés	À quel moment de la grossesse délivrez-vous l'information ? utilisez-vous un support ? Quel support privilégiez-vous et pourquoi ? Quelle répétition des messages dans le temps ? pourquoi ?
Sources d'information et questionnements des femmes enceintes	Sources utilisées par les femmes selon eux	Quelles sont selon vous les voies d'information privilégiées par les femmes enceintes pour s'informer sur le risque infectieux alimentaire ?
	Sources d'informations évoquées auprès des PS	Vous en parlent-elles lors des consultations ? - à quelle fréquence vous en parlent-elles (très souvent, souvent, très peu, jamais,...)
	Confiance dans les sources utilisées par les femmes	- confiance dans les sources utilisées par les femmes ?
	Thématiques abordées par les femmes en consultation	Est-ce un sujet (risques infectieux alimentaires) qui est évoqué spontanément par les femmes enceintes lors des consultations ? quels sont les sujets abordés avec vous ? quelles sont leurs préoccupations ? leurs incompréhensions ?
	Répétition des questionnements	Est-ce que ces questionnements se répètent à différents temps de la grossesse ? - à quelles occasions ?

Moyens d'information/formation sur la thématique	Moyens nécessaires pour bien s'informer	De quoi auriez-vous besoin pour vous informer sur le risque infectieux alimentaire ?
	Moyens nécessaires pour bien informer les patientes	De quoi auriez-vous besoin pour informer les femmes enceintes sur le risque infectieux alimentaire ?
Avez-vous d'autres choses à me dire sur les messages de prévention sur les risques infectieux alimentaires ?		
Relances possibles	<ul style="list-style-type: none"> - À votre avis, pourquoi ? - Pouvez-vous m'en dire plus ? - À quoi pensez-vous plus précisément ? - Et quoi d'autre ? - Avez-vous d'autres choses qui vous viennent en tête ? - Et quoi encore ? - Et puis ? - C'est-à-dire ? - Et plus précisément ? 	

Annexe 7 : Guide d'entretien – Femmes enceintes

1. Série de thèmes à explorer au cours de l'entretien
 - Représentations de l'alimentation-grossesse, des risques infectieux alimentaires pendant la grossesse ainsi que sur le risque perçu
 - Expression des comportements modifiés, des précautions prises et leur évolution éventuelle en cours de grossesse
 - Informations prénatales sur les messages de prévention évoquées lors de la consultation prénatale et questionnements spécifiques
 - Sources d'information mobilisées de manière spécifique sur l'alimentation-grossesse et les risques infectieux alimentaires et besoins d'informations
 - Degré de confiance vis-à-vis des différentes sources
2. Présentation du travail de recherche et de son thème
3. Accord sur l'entretien et l'enregistrement de l'entretien et explications sur le respect de l'anonymat et la durée estimée
4. Éléments recueillis auprès de la femme enceinte : âge, nombre d'enfants, profession, terme de grossesse, date d'accouchement, lieux d'habitation et d'accouchement, type de suivi prénatal et professionnels rencontrés, parcours de grossesse, statut immunitaire vis-à-vis de la toxoplasmose

Consigne énoncée : Lorsque l'on vous parle d'alimentation pendant la grossesse, à quoi pensez-vous ?

Objectif réel : appréhender les préoccupations des femmes concernant l'alimentation-grossesse, comprendre comment les femmes enceintes s'informent sur les précautions alimentaires à mettre en place et construisent leurs savoirs sur le risque infectieux alimentaire au cours de la grossesse ?

Thèmes	Sous-thèmes	Exemples de questions
Alimentation-grossesse en général	Représentations	Si je vous dis, alimentation et grossesse, ça vous fait penser à quoi ? Lorsque l'on vous parle de l'alimentation-grossesse, quels sont les premières idées/ mots qui vous viennent en tête ?
	Sentiments lorsque l'on évoque le terme	Quels sentiments pouvez-vous associer à l'alimentation-grossesse ?
	Se nourrir au quotidien	Comment ça se passe pour vous, au quotidien ?
Modifications des pratiques alimentaires	Types de modification d'habitudes alimentaires	Parlez-moi de ce que cela/ être enceinte a changé sur votre alimentation ? pourquoi ? en quoi être enceinte a impacté vos habitudes alimentaires ? vos modes de consommation ? Quels sont les changements que vous avez réalisés ?

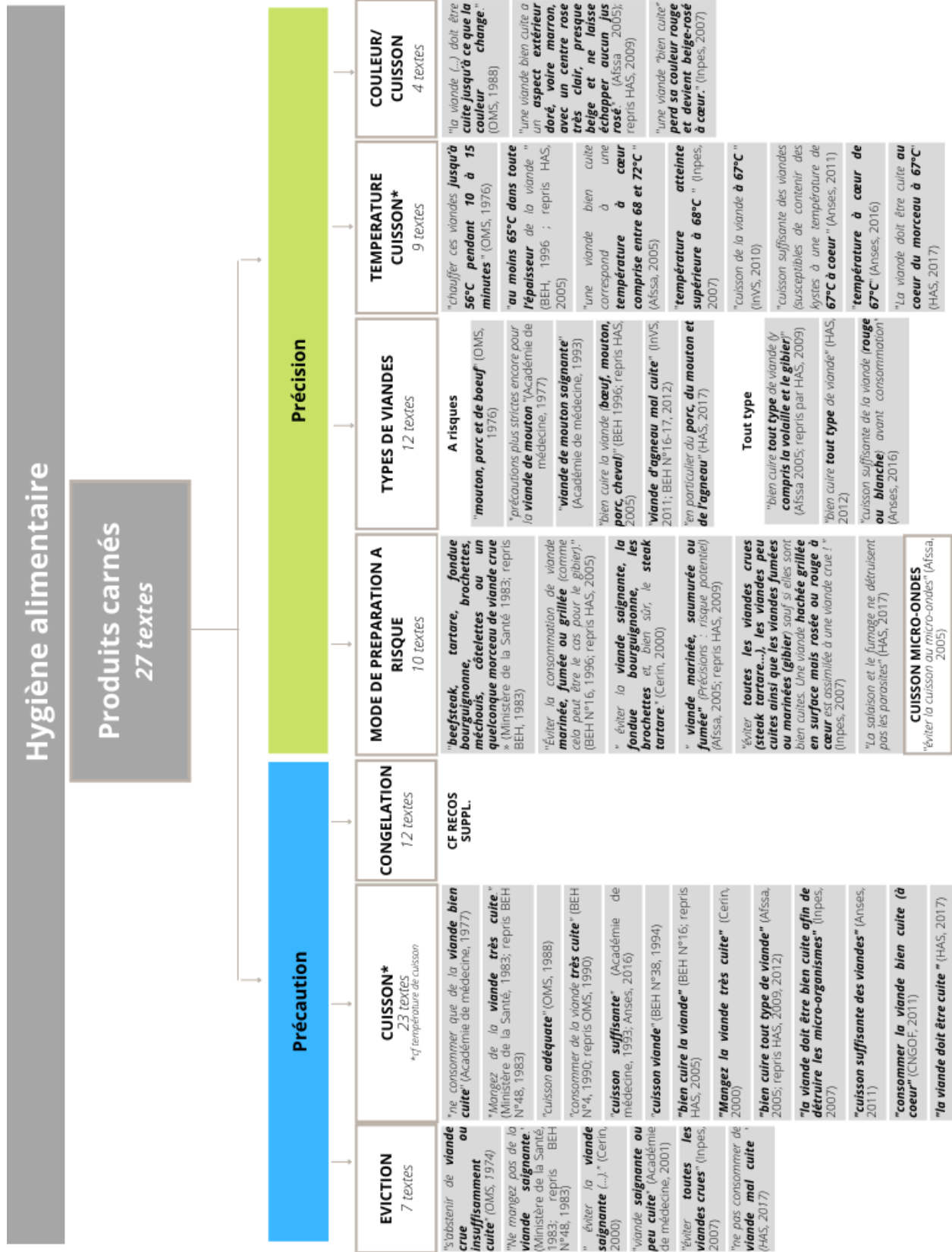
		(si aucun, pourquoi n'y a-t-il pas eu/besoin de changement ?)
	Temporalité de ces modifications	Ces modifications ont-elles été immédiates ou plutôt réalisées au cours de la grossesse ? à quel moment précisément ?
	Facteurs ayant contribué à ces modifications	Existe-t-il d'autres choses/événements qui vous ont amené à changer votre comportement ?
	Sentiments associés à aux modifications alimentaires	Comment vivez-vous ces modifications alimentaires ? -pourquoi ?
Précautions alimentaires	Précautions appliquées	Que faites-vous différemment
	Lors des courses	...lorsque vous réalisez vos courses
	De la préparation des repas	...lorsque vous préparez vos repas
	Du choix des aliments	...lorsque vous choisissez les aliments à consommer
	Des lieux pour se restaurer	... lorsque vous avez prévu de prendre un repas à l'extérieur ?
		Quelles sont les précautions que vous avez changées, ce que vous faites de différent entre avant et pendant votre grossesse ?
	Importance/ vigilance accordée à ces précautions au quotidien	Quelle importance/ vigilance donnez-vous à ces précautions alimentaires dans votre vie au quotidien ? Pourriez-vous me décrire ce degré d'importance ? - et pourquoi un tel niveau/ importance/ vigilance ? (Observez-vous un changement par rapport à vos autres grossesses ?)
	Ressenti vis-à-vis de ces précautions alimentaires	Comment vivez-vous ces précautions alimentaires ? Quels sentiments pouvez-vous associer à ces précautions alimentaires ? - En quoi cela vous est facile/ est problématique ?
	Implication du conjoint/ famille	Comment cela se passe pour votre conjoint/ famille ? comment vit-il ces précautions ? que cela a-t-il changé pour lui ?

	Informations sur les messages de prévention	Comment avez-vous eu ces informations ? à quel moment ?
Alimentation-grossesse, thématique évoquée en consultation	Souvenirs de ce qui a été dit sur le thème d'une façon générale	Lors de vos premières consultations prénatales, le professionnel de santé vous a-t-il parlé d'alimentation ? Pouvez-vous me parler de ce qui vous a été dit ? Par qui ? à quel moment de la grossesse ? Quelles informations vous viennent en tête ? A-t-il évoqué des précautions particulières à prendre pendant la grossesse ? Quels autres souvenirs avez-vous de ce qui a été dit ? (Et comment cela s'est passé pour vos autres grossesses ?)
	Précisions sur les informations délivrées	Que pouvez-vous me dire sur la précision des informations données ? (niveau de précision : générales/ précises)
	Apport /Satisfaction sur les informations délivrées	Ces informations vous ont-elles convenues ? suffisantes ? Que vous ont-elles apporté ?
	Questions posées au cours de la consultation	Avez-vous posé des questions à votre professionnel en consultation ? Si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi ? Si le professionnel ne vous a pas parlé alimentation, lui avez-vous posé des questions ? si oui, lesquelles ? Si non, vous souvenez-vous de questions qui vous seraient passées en tête sur l'alimentation ? pourquoi n'avez-vous pas posé la question ?
	Changement avant la consultation	Aviez-vous fait des changements dans votre alimentation avant la consultation ? si oui, lesquels ?
	Doutes sur des précautions, sur des aliments	Vous est-il arrivé d'avoir des doutes sur certaines précautions ? aliments ? Si oui, comment faisiez-vous ? à qui en parliez-vous ? est-ce que vous en parliez à votre PS ? Avez-vous toujours trouvé des réponses ?

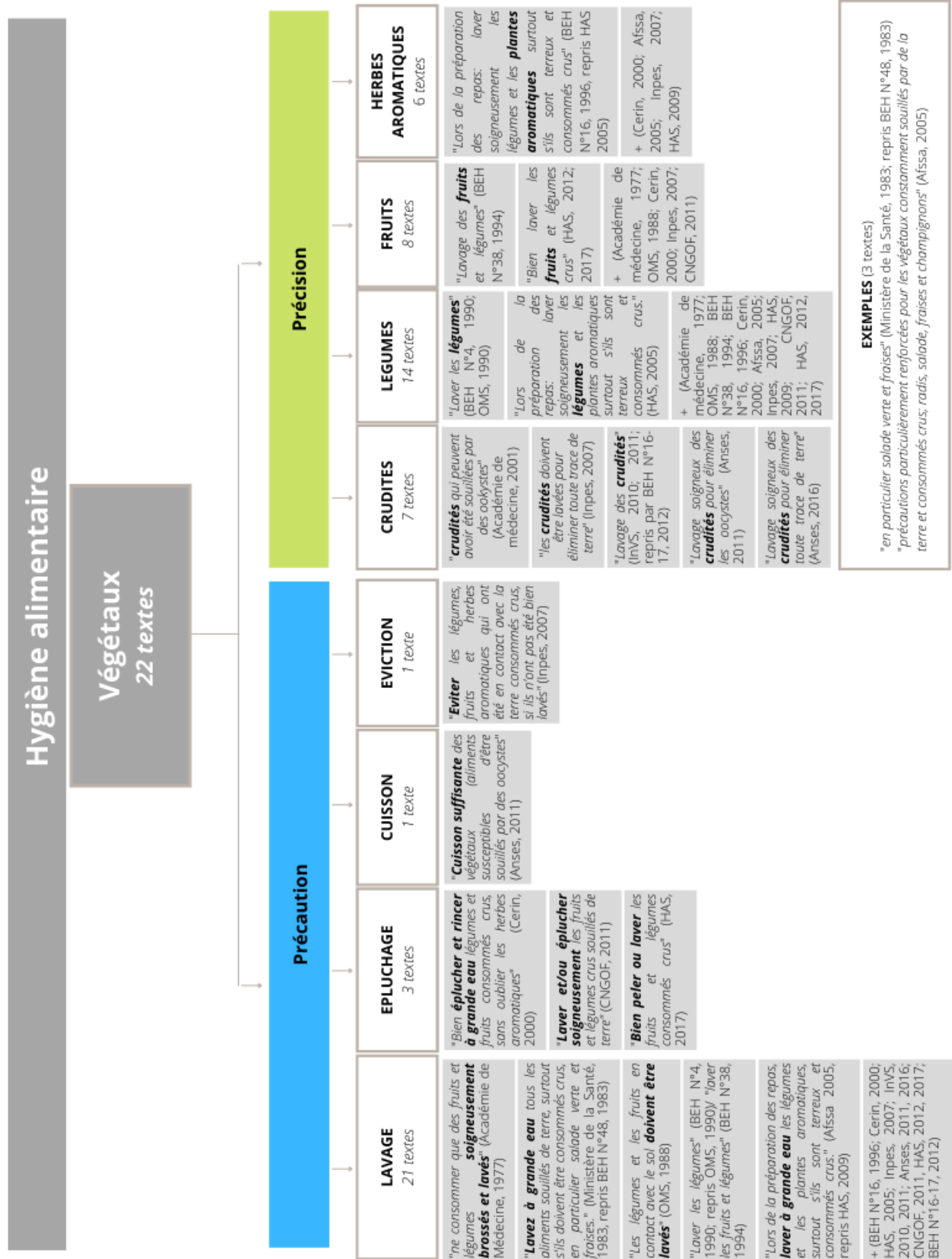
	Support écrit	L'information est-elle orale uniquement ? un support écrit vous a été donné ? à quel moment ? par qui ?
	Besoin d'information en consultation	Quelles informations auriez-vous aimé avoir ? Sur quels éléments auriez-vous aimé avoir d'autres précisions de la part de votre PS ?
Recherche d'informations	Besoin de s'informer davantage hors consultation	Avez-vous ressenti un besoin de vous informer sur l'alimentation pour cette grossesse ? sur les risques infectieux alimentaires ? comment ça s'est passé pour vous ? À quel moment sont venues vos questions ?
Sur l'alimentation pendant la grossesse	Précisions sur les recherches effectuées, sur les informations supplémentaires recherchées	Pouvez-vous me décrire les recherches effectuées ? De quelles informations complémentaires avez-vous eu besoin ? Avez-vous cherché des informations spécifiques sur l'alimentation-grossesse ? les précautions alimentaires ? - lesquelles ? - par quels moyens ? - comment avez-vous fait vos recherches ?
Sur les précautions alimentaires	Temporalité des recherches	À quel moment de la grossesse ont-elles été réalisées ?
	Voies et sources d'information	Pouvez-vous m'expliquer les sources que vous privilégiez actuellement et pourquoi ?
	Confiance accordée aux sources consultées	Pouvez-vous me parler de la confiance que vous accordez à ces différentes sources ?
	Satisfaction des informations trouvées	Avez-vous trouvé les informations que vous souhaitiez ? Avez-vous trouvé les informations obtenues concordantes ? Comment avez-vous fait votre choix dans les informations ? Comment faisiez-vous en cas de doute ? d'informations contradictoires ?
Risques infectieux alimentaires en général	Représentations Sur les risques infectieux Sur la toxoplasmose	À quoi pensez-vous lorsque je vous parle de risques infectieux alimentaires et grossesse ? Quand je vous parle de toxoplasmose, à quoi pensez-vous ? Êtes-vous immunisée contre la toxoplasmose ? à quel moment avez-vous connu votre statut ?

	Sur la listériose	Quand je vous parle listériose, à quoi pensez-vous ? Quel lien faites-vous entre les deux maladies ?
	Précautions connues et précautions mises en place au quotidien Sur la toxoplasmose Sur la listériose	Quelles précautions pourriez-vous me citer pour prévenir cette maladie ? Quelles précautions appliquez-vous ? pourquoi ? depuis quand ?
	Sources d'informations sur risques infectieux alimentaires, toxoplasmose, listériose	Comment avez-vous eu des informations ? par qui ? à quel moment ? par quels moyens (support) ?
	Recherche d'informations complémentaires	Avez-vous cherché des informations spécifiques ? -lesquelles ? -pourquoi ? -par quels moyens - avez-vous trouvé les informations que vous souhaitiez ?
	Besoins de précisions	Sur quels sujets auriez-vous aimé avoir d'autres précisions ?
Besoin en informations	Besoins pour s'informer sur l'alimentation-grossesse ? Besoins pour s'informer sur les risques infectieux alimentaires ?	De quoi auriez-vous besoin pour bien vous informer en toute sécurité sur l'alimentation ? sur les risques infectieux alimentaires ?
Avez-vous d'autres choses à me dire sur l'alimentation-grossesse, les risques infectieux alimentaires ?		
Relances possibles	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous m'en dire plus ? - À quoi pensez-vous d'autre ? - Et quoi d'autre ? - Avez-vous d'autres choses qui vous viennent en tête ? - Et quoi encore ? - Et pourquoi ? - Et plus précisément ? 	

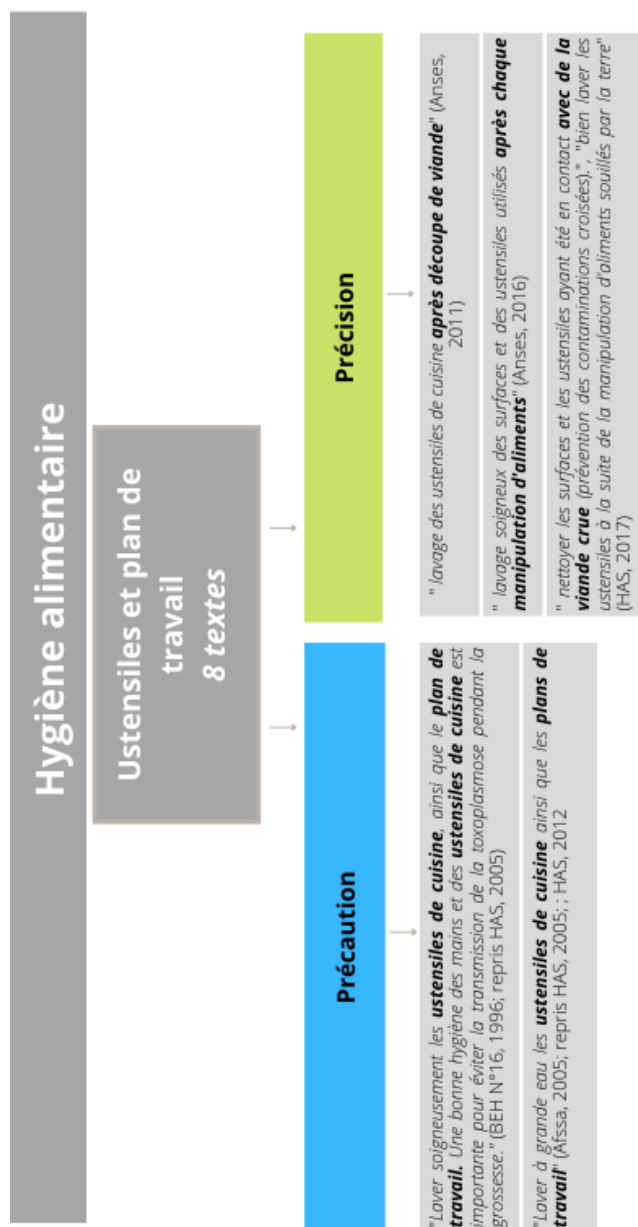
Annexe 8 : Recommandations toxoplasme- Hygiène alimentaire- Produits carnés



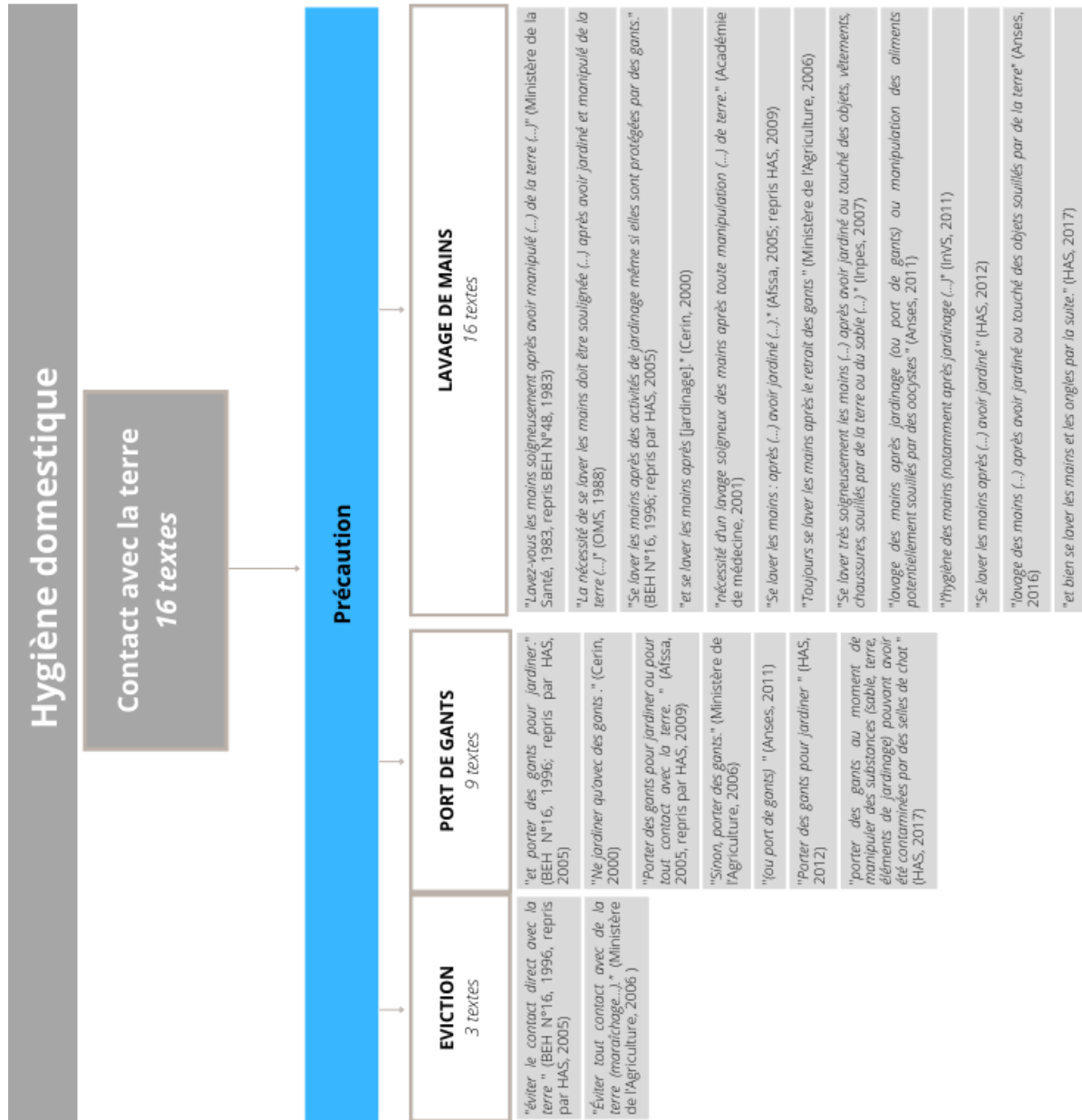
Annexe 9 : Recommandations toxoplasmosse- Hygiène alimentaire-Végétaux



Annexe 10 : Recommandations toxoplasmose- Hygiène alimentaire- Ustensiles et plan de travail



Annexe 12 : Recommandations toxoplasme- Hygiène domestique – Contact avec la terre

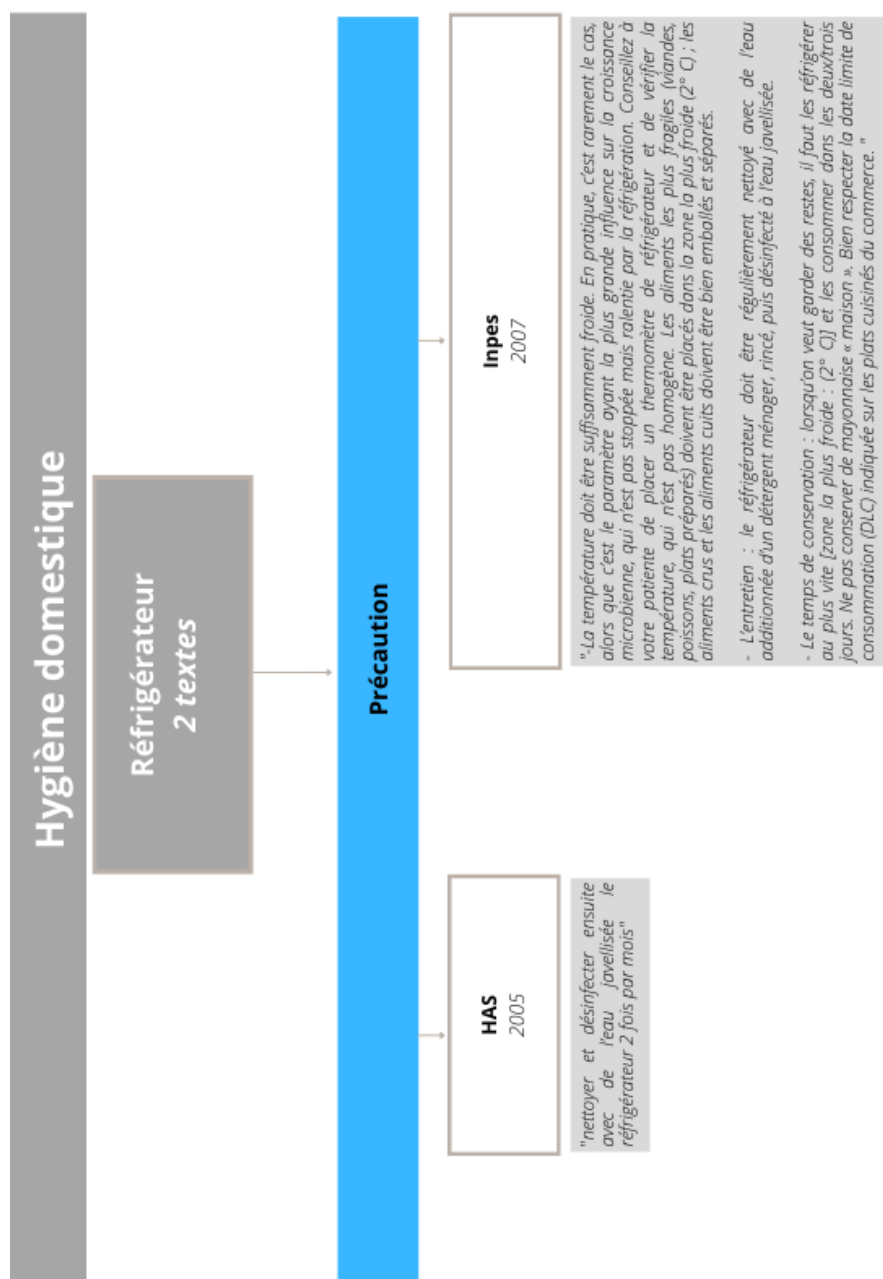


Annexe 13 : Recommandations toxoplasmosse- Hygiène domestique – Contact avec les chats

Hygiène domestique					
Contact avec les chats 23 textes					
Précaution					Précision
EVICTION/ chat 7 textes	EVICTION/ objet contaminé 8 textes	PRECAUTION/ objet contaminé 15 textes	NETTOYAGE/ litière 16 textes	ALIMENTATION 6 textes	RISQUE 5 textes
"Il est conseillé aux femmes enceintes d'éviter les contacts avec des chats" (OMS, 1974)	"éviter les contacts directs avec les objets qui pourraient être contaminés par les excréments de chats (comme les bacs des litières, HAS, 2005)	"et porter chaque fois des gants en cas de manipulations de ces objets" (BEH N°16, 1996; repris par HAS, 2005)	"Faites nettoyer tous les jours par une autre personne avec de l'eau bouillante ou un désinfectant les récipients qui recueillent leurs excréments." (Ministère de la Santé, 1983, repris BEH N°48, 1983)	"Ne leur donnez pas de viande crue." (Ministère de la Santé, 1983, repris BEH N°48, 1983)	"Faire particulièrement attention aux jeunes chats, surtout s'ils chassent, et aux chats errants." (Alssa, 2003)
"Évitez tout contact avec les animaux domestiques, spécialement avec les chats." (Académie de médecine, 1977)	"surtout éviter de toucher tout ce qui a pu être contaminé par leurs excréments (bac de litière...)." (Cerin, 2000)	"ou porter des gants" (Alssa, 2005; repris HAS, 2009) / "ou en mettant des gants" (Anses, 2016)	"Désinfecter les bacs des litières de chat avec de l'eau de Javel" (BEH N°16, 1996; repris HAS, 2005)	"en cas d'impossibilité (d'éviter tout contact, l'écuelle de l'animal sera prise avec des gants, lavée et désinfectée" (Académie de médecine, 1977)	"Le nettoyage à l'eau de Javel n'apporte pas de garantie supplémentaire pour le nettoyage de la litière. Les griffures du chat ne sont pas à risque." (Anses, 2016)
"Évitez les contacts avec les chats (excréments)" BEH N°4, 1990, repris OMS, 1990	"éviter de nettoyer personnellement la litière d'un chat domestique" (Académie de médecine, 2001)	"Si on porte des gants, toujours se laver les mains après le retrait des gants" (Ministère de l'Agriculture, 2006)	"Faire laver chaque jour, par une autre personne, le bac à litière du chat avec de l'eau bouillante." (Alssa, 2005; repris HAS, 2009)	"les chats résidant strictement en appartement et recevant une alimentation traitée par la chaleur (conserves et croquettes indormies de parasites) ne sont pas concernés par cette mesure car ils ne sont pas exposés au danger." (Anses, 2011, 2016)	"réduire le risque d'exposition des chats domestiques en les gardant à l'intérieur, et en leur donnant des aliments cuits, en conserve ou secs" (HAS, 2017)
"Éviter le contact avec les chats." (Cerin, 2000)	"précautions prises vis-à-vis des chats" (BEH N°38, 1994)	"Si elle est obligée de le faire elle-même, demandez-lui de porter des gants réservés à cet usage, puis de se laver très soigneusement les mains." (Impes, 2007)	"Si il y a un chat au domicile, la litière devrait être changée tous les jours, par quelqu'un d'autre que la femme enceinte." (Impes, 2007)	""bac nettoyé avec de l'eau chaude à une température ≥ à 70°C." (Anses, 2011)	
	"éviter de s'occuper des litières des félins" (Ministère de l'Agriculture, 2006)	"Si on toujours porter des gants et se laver les mains après avoir manipulé le chat ou sa litière" (Anses, 2011)	""Faire laver le bac à litière du chat par une autre personne." (HAS, 2012) / "... sa litière est changée par une autre personne" (HAS, 2017)		
	"si présence de chat au domicile: éviter de changer la litière soi-même" (Anses, 2011)	"précautions vis-à-vis du nettoyage des litières/ concernant la manipulation de la litière des chats" (INVS, 2010, 2011; repris BEH N°16-17, 2012)	""bac nettoyé avec de l'eau chaude à une température ≥ à 70°C." (Anses, 2011)		
	"Éviter le contact avec la litière de chat (aucune contre-indication à avoir un chat domestique)" (CNGOF, 2011)	"ou porter des gants." (HAS, 2012)	""Si il y a un chat au domicile, faire laver son bac à litière avec de l'eau bouillante tous les jours, si possible par une autre personne que la femme enceinte ou en en mettant des gants..." (Anses, 2016)		
		+ (Académie de médecine, 1977; HAS, 1994; INVS, 2010, 2011; repris BEH N°16-17, 2012)			

Mesure complète: "une femme enceinte peut garder son chat, dans la mesure où ce dernier ne rentre pas dans la cuisine et où sa litière est changée par une autre personne, ou par elle-même, à condition de porter des gants et de se laver les mains ensuite. En outre, il est préconisé de réduire le risque d'exposition des chats domestiques en les gardant à l'intérieur, et en ne leur donnant que des aliments cuits, en conserve ou secs." (HAS, 2017)

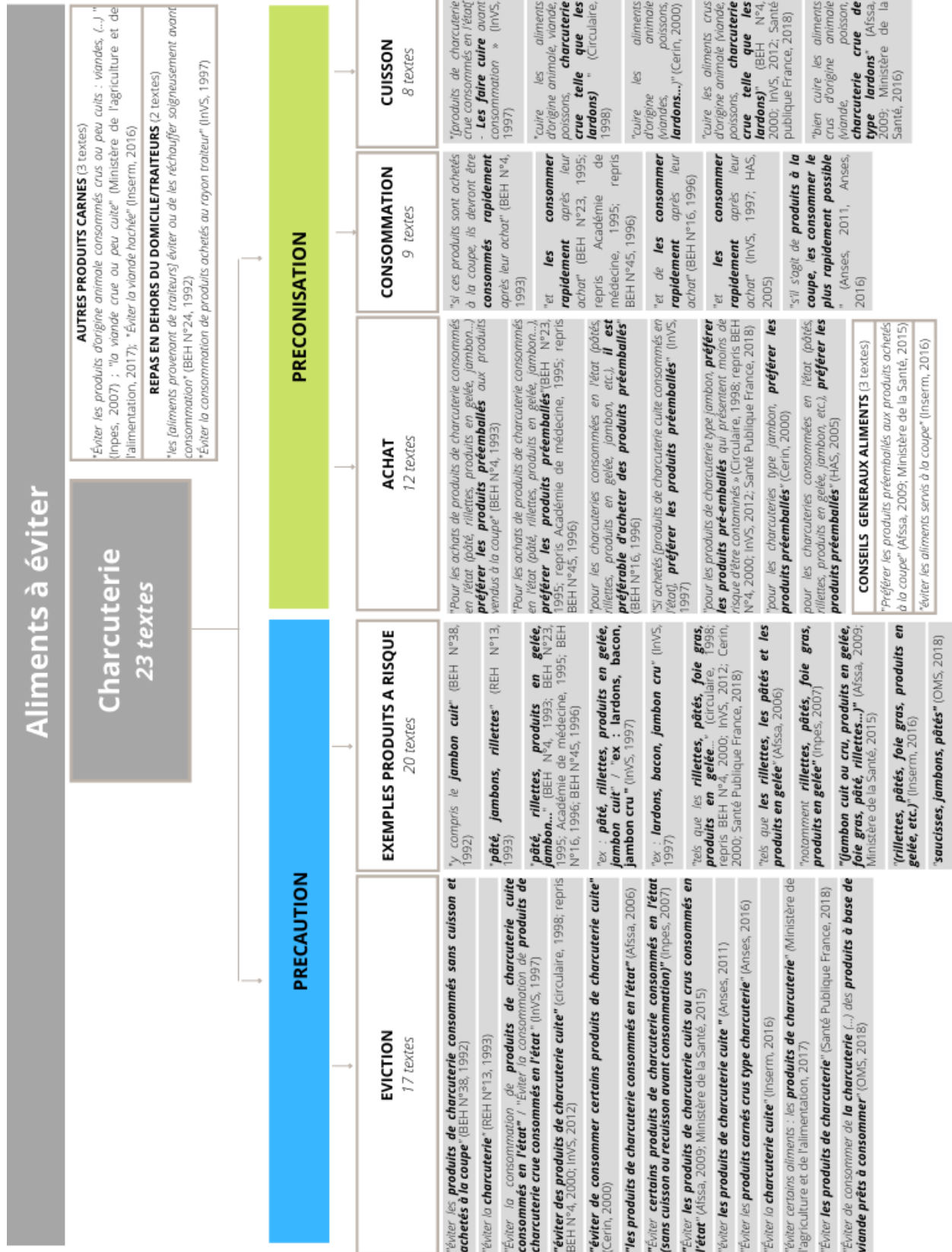
Annexe 14 : Recommandations toxoplasme- Hygiène domestique – Réfrigérateur



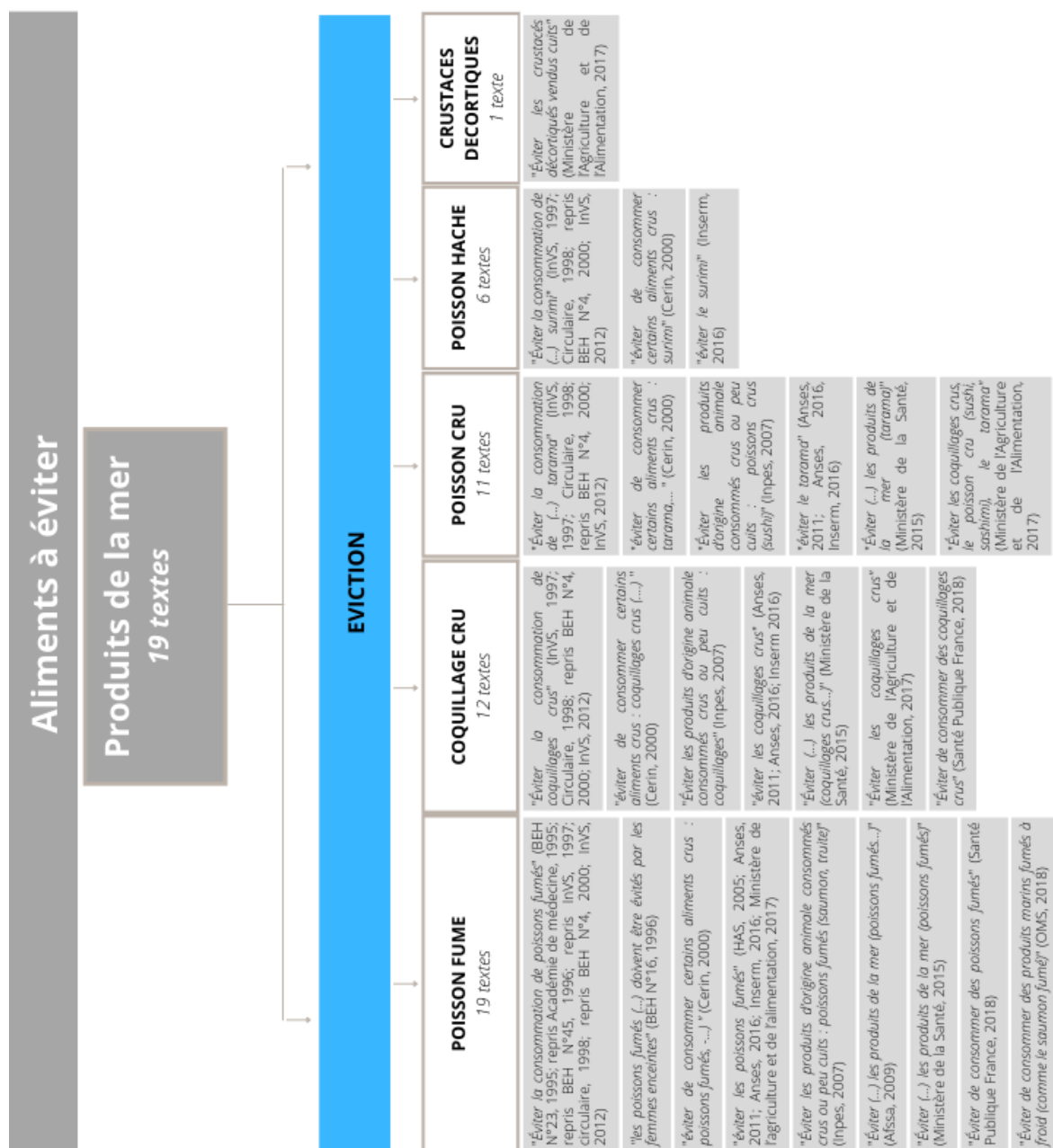
Annexe 15 : Recommandations toxoplasmose- Mesures Complémentaires

Recommandations complémentaires		Autres recommandations	
Congélation 12 textes		Aliments déconseillés	
Repas en dehors du domicile 4 textes		Précaution	
Précaution		Précaution	
Précision		Précaution	
<p>"La réfrigération est considérée comme un moyen probable de tuer les kystes tissulaires." (OMS, 1976)</p> <p>"la congélation tue généralement Toxoplasma" (OMS, 1988)</p> <p>"la congélation industrielle (des viandes)" (Académie de médecine, 1993)</p> <p>"consommer de la viande bien cuite (à cœur) et/ou surgelée" (CNGOF, 2011)</p> <p>"cuisson de la viande ou sa congélation" (InVS, 2011; BEH N°16-17, 2012)</p>	<p>"Lors des repas pris en dehors du domicile, éviter la consommation de crudités et préférer les légumes cuits. La viande doit être consommée bien cuite ou bien privilégier la consommation de volaille ou de poisson." (BEH N°16, 1996; repris HAS, 2005)</p> <p>"Ne consommer de viande que bien cuite. Éviter les crudités. Privilégier les légumes cuits." (Aïssa, 2005; repris HAS, 2009)</p>	<p>"La congélation des denrées d'origine animale à des températures inférieures à -18°C (surgélation) permet la destruction des kystes, et peut être proposée comme recommandation complémentaire de prévention" (Aïssa, 2005)</p> <p>"Les kystes de toxoplasme de la viande sont détruits par une congélation prolongée, plusieurs jours, à basse température (-18 °C). Ne pas décongeler un aliment à température ambiante, mais au réfrigérateur." (Inpes, 2007)</p> <p>"Congeler les denrées d'origine animale à des températures inférieures à -18°C (surgélation)" (HAS, 2009)</p> <p>"congélation de la viande pour détruire les kystes à une température de -12°C à cœur, pendant 3 jours minimum" (Anses, 2011, 2016)</p> <p>"la viande doit être cuite au cœur du morceau à 67°C ou avoir été congelée trois jours à -12°C" (HAS, 2017)</p>	<p>"viandes crues ou insuffisamment cuites et trop peu mastiquées et insalvées" (Académie de médecine, 1969)</p> <p>"viande crue ou insuffisamment cuite" (OMS, 1974)</p> <p>"viande saignante : beefsteak, tartare, fondue bourguignonne, brochettes, méchouis, côtelettes ou un quelconque morceau de viande crue." (Ministère de la Santé, 1983; repris BEH N°48, 1983)</p> <p>"viande de mouton saignante" (Académie de médecine, 1993)</p> <p>"viande marinée, fumée ou grillée (comme cela peut être le cas pour le gibier)." (BEH N°16, 1996; repris HAS, 2005)</p> <p>"la viande saignante, la fondue bourguignonne, les brochettes sur, le steak tartare" (Cerin, 2000)</p> <p>"viande saignante ou peu cuite" (Académie de médecine, 2001)</p> <p>"viande marinée, saumurée ou fumée" (Précisions : risque potentiel) (Aïssa, 2005; repris HAS, 2009)</p> <p>"toutes les viandes crues (steak tartare...), les viandes peu cuites ainsi que les viandes fumées ou marinées (gibier) sauf si elles sont bien cuites." (Inpes, 2007)</p> <p>"viande d'agneau mal cuite" (InVS, 2011; BEH N°16-17, 2012)</p> <p>"viande mal cuite, en particulier du porc, du mouton et de l'agneau." (HAS, 2017)</p> <p>"crudités qui peuvent avoir été souillées par des oocystes" (Académie de médecine, 2001)</p> <p>"légumes, fruits et herbes aromatiques qui ont été en contact avec la terre consommés crus, si ils n'ont pas été bien lavés" (Inpes, 2007)</p> <p>"Huîtres, moules et autres mollusques consommés crus" (Précisions : risque hypothétique à confirmer) (Aïssa, 2005; repris HAS 2009)</p> <p>"éviter les fruits de mer" (HAS, 2017)</p> <p>"Lait de chèvre cru" (Précisions : risque exceptionnel mais avéré) (Aïssa, 2005; repris HAS, 2009)</p> <p>"ne pas consommer de lait cru" (HAS, 2017)</p> <p>"Les plats préparés et les restes doivent être bien réchauffés, de façon à être uniformément très chauds" (Inpes, 2007)</p> <p>"ne pas consommer d'oeufs crus" (HAS, 2017)</p> <p>"consommer de l'eau commercialisée" (HAS, 2017)</p>
<p>PRODUITS CARNES (15 textes)</p>		<p>VEGETAUX (2 textes)</p>	
<p>PRODUITS DE LA MER (3 textes)</p>		<p>PRODUITS LAITIERS (3 textes)</p>	
<p>PARTICULARITÉS (2 textes)</p>			

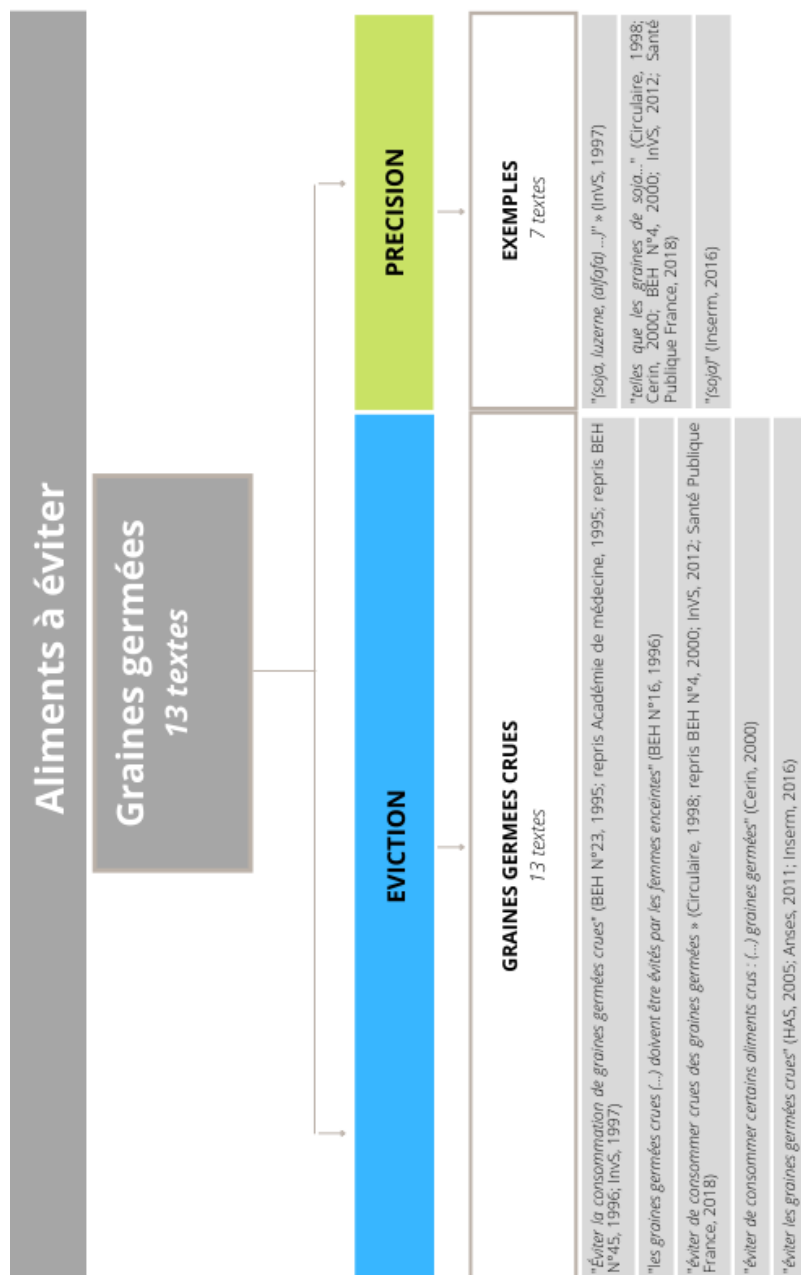
Annexe 17 : Recommandations listériose- Aliments à éviter- Charcuterie



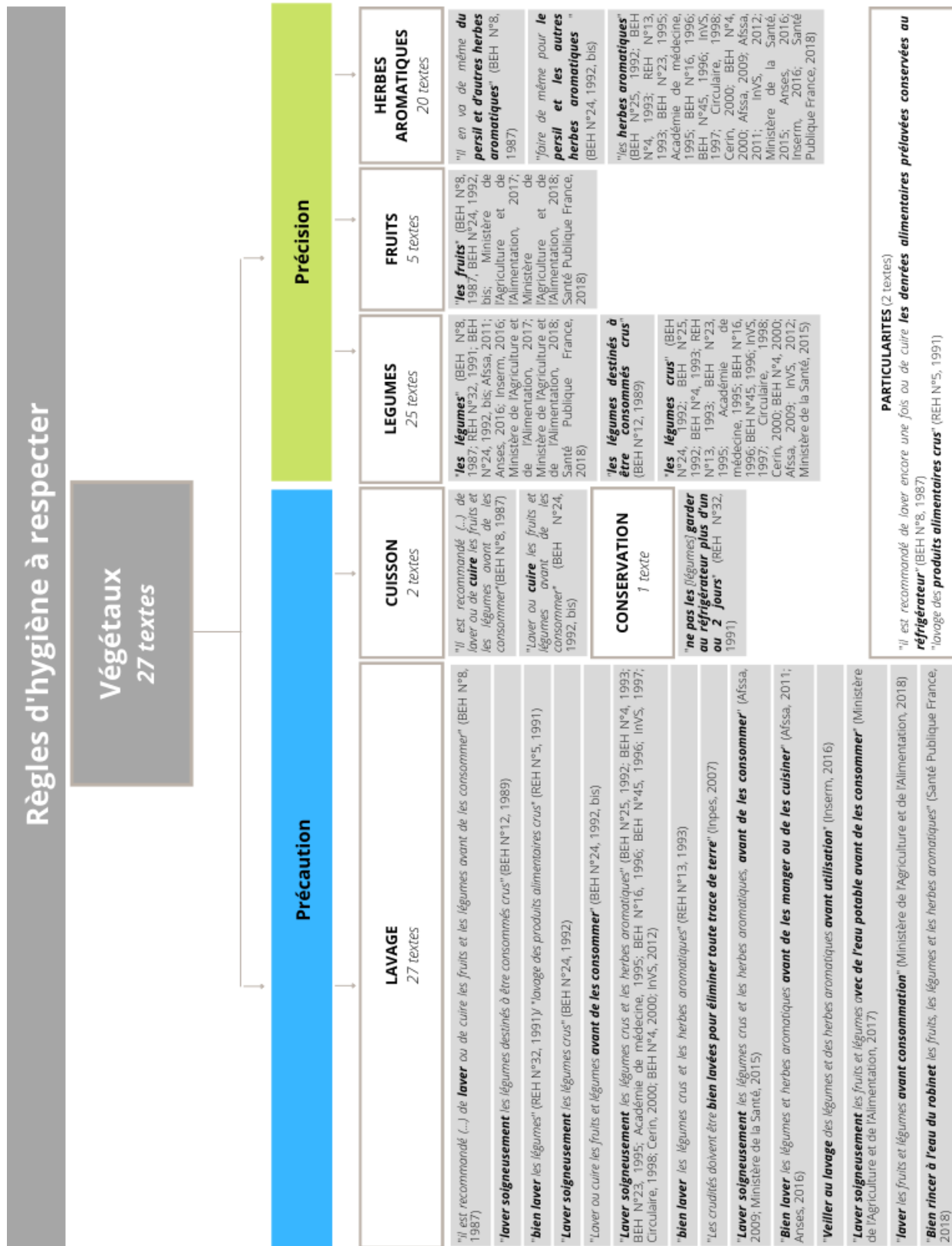
Annexe 18 : Recommandations listériose- Aliments à éviter- Produits de la mer



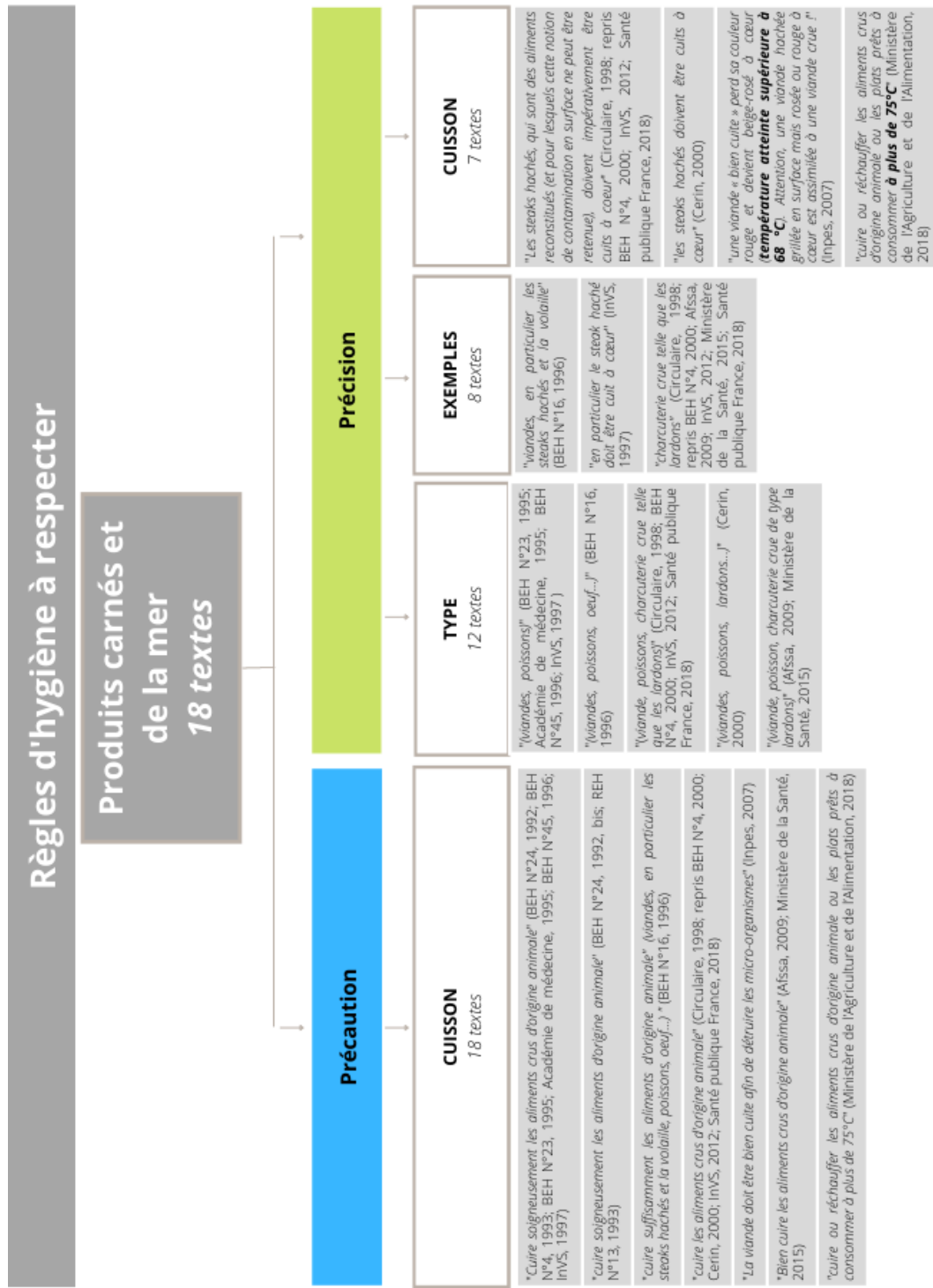
Annexe 19 : Recommandations listériose- Aliments à éviter- Graines germées



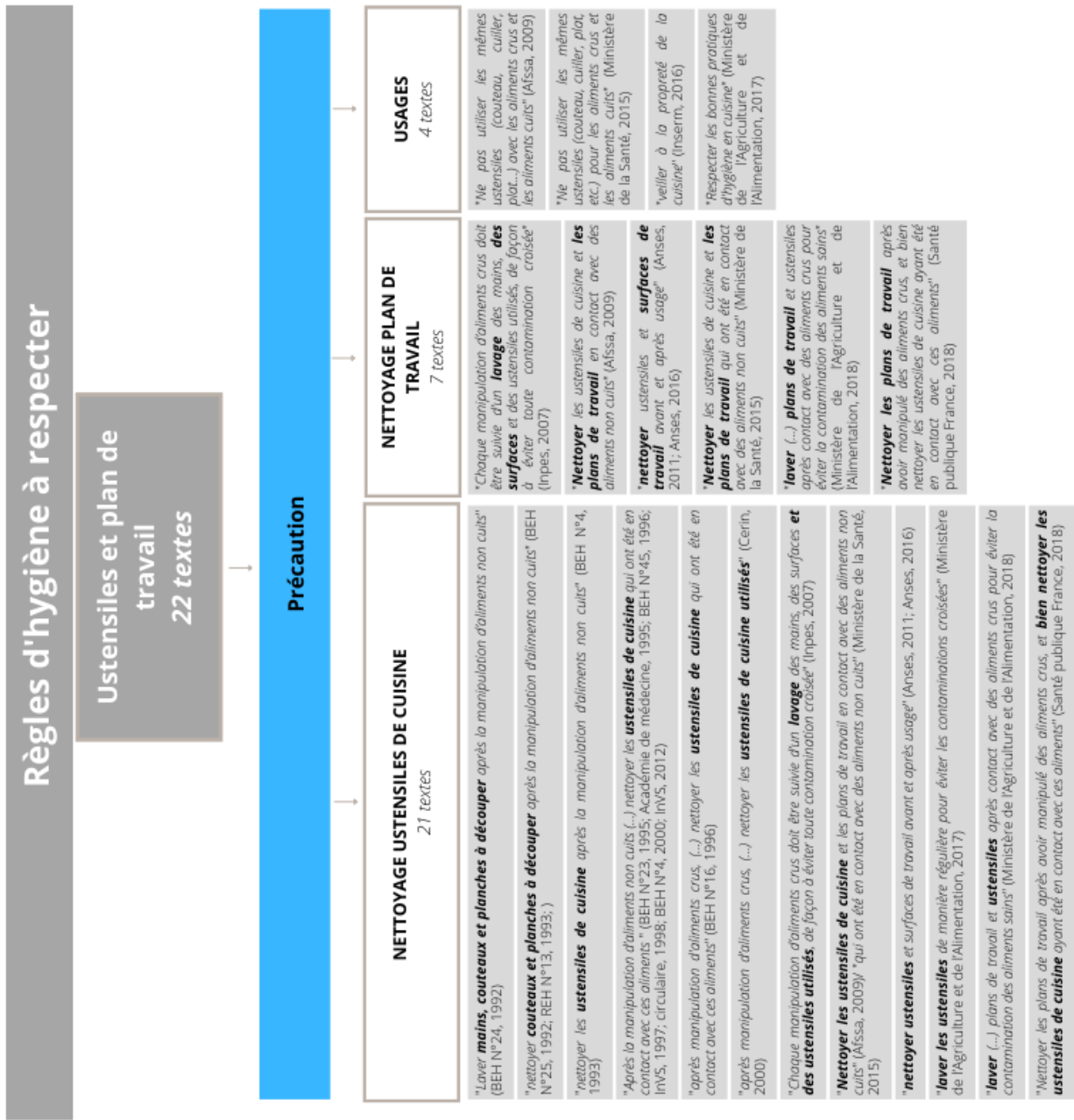
Annexe 20 : Recommandations listériose- Règles d'hygiène à respecter- Végétaux



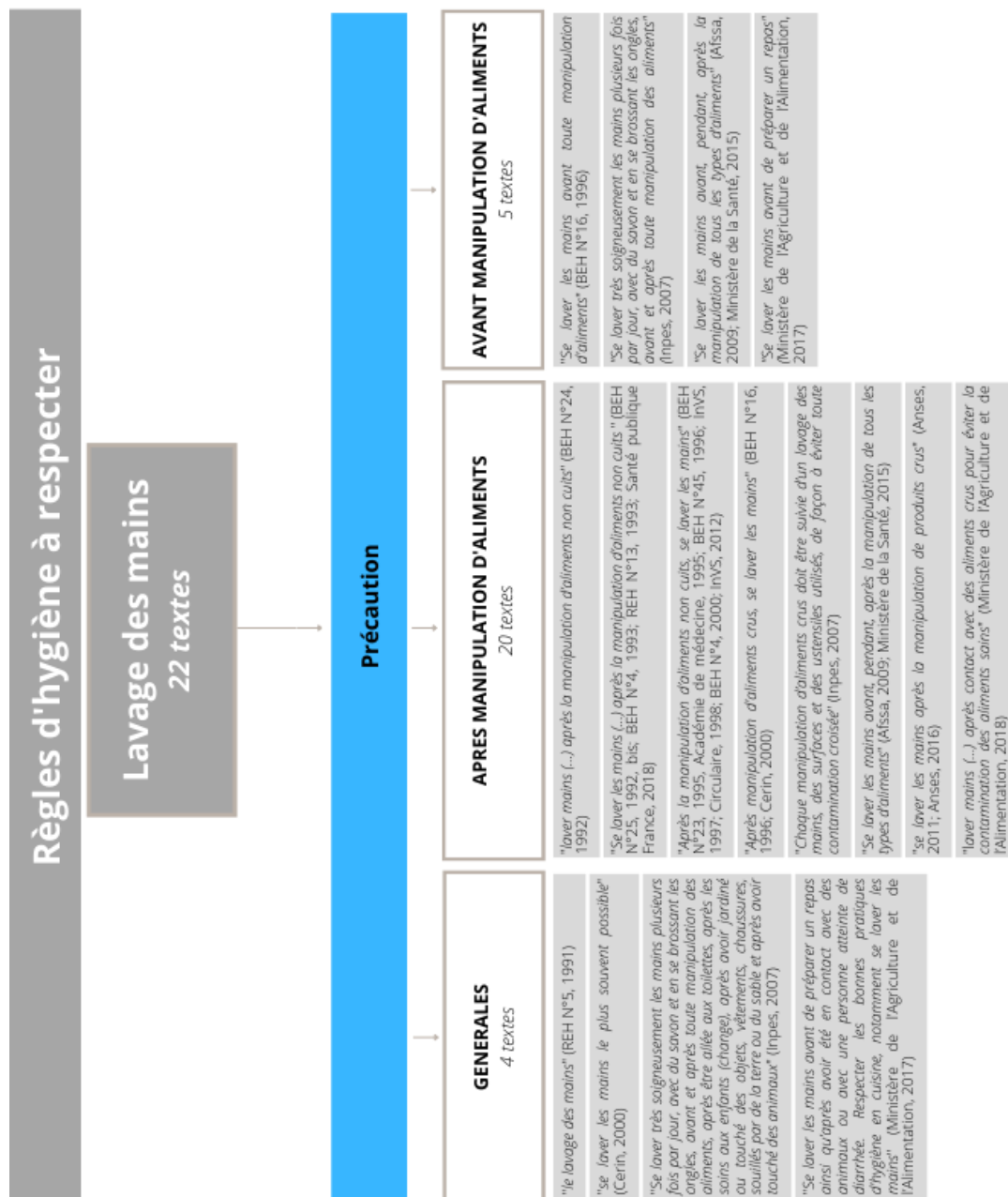
Annexe 21 : Recommandations listériose- Règles d'hygiène à respecter- Produits carnés et de la mer



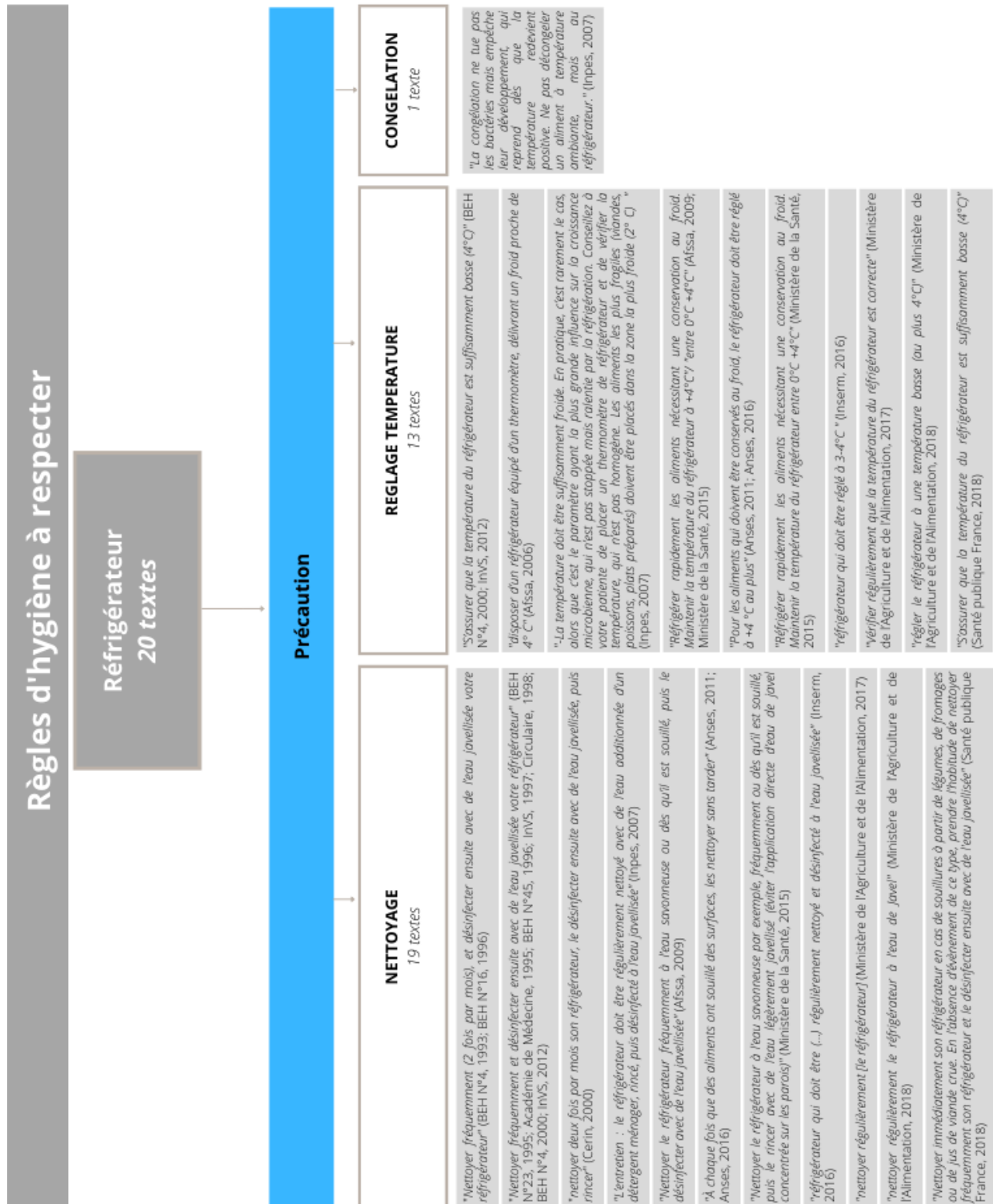
Annexe 22 : Recommandations listériose- Règles d'hygiène à respecter- Ustensiles et plan de travail



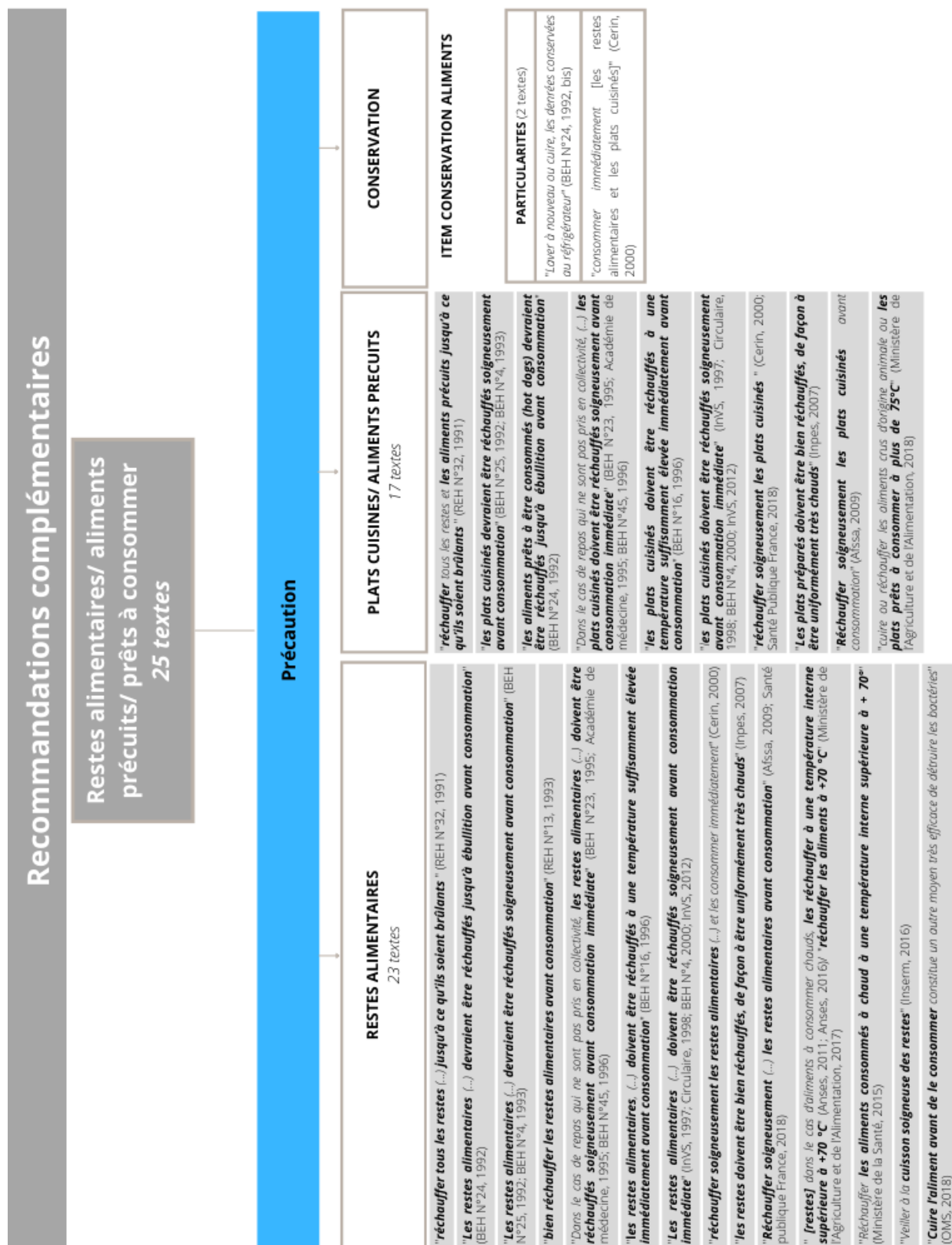
Annexe 23 : Recommandations listériose- Règles d'hygiène à respecter- Lavage des mains



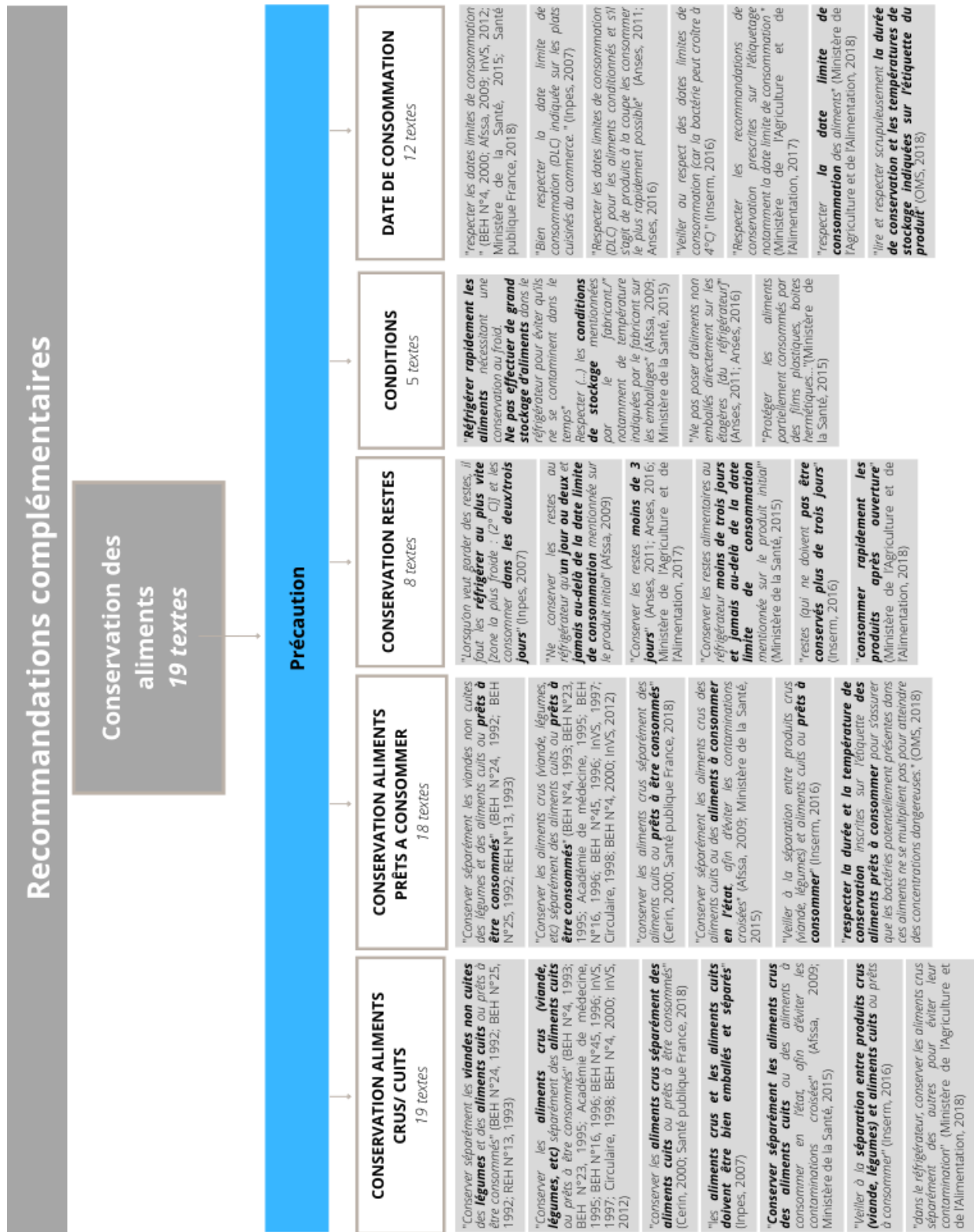
Annexe 24 : Recommandations listériose- Règles d'hygiène à respecter- Réfrigérateur



Annexe 25 : Recommandations listériose - Recommandations complémentaires- Restes/ aliments précuits/ prêts à consommer



Annexe 26 : Recommandations listériose - Recommandations complémentaires - Conservation des aliments



Annexe 27 : Actions de prévention auprès des femmes enceintes

Brochure d'information Maman, prends soin de toi et de moi (1992)



Pendant la grossesse, prenez des précautions simples pour éviter 2 infections graves

TOXOPLASMOSE **LISTERIOSE**

CE SONT DES MALADIES QUI PEUVENT ÊTRE GRAVES POUR VOTRE BÉBÉ ET QUI PEUVENT PROVOQUER :

- des malformations sévères
- un avortement ou une méningite

Par des gestes simples

FAITES ATTENTION À VOS ACHATS ET À VOS HABITUDES ALIMENTAIRES.

- évitez les fromages fabriqués avec du lait cru,
- faites cuire soigneusement les aliments crus d'origine animale (viandes, volailles, saucisses...),
- préférez les produits de charcuterie préemballés et consommez rapidement ces produits après leur achat.

FAITES ATTENTION À VOTRE RÉFRIGÉRATEUR.

- rangez correctement les aliments en séparant les produits cuits et les produits crus,
- protégez vos aliments (charcuterie, fromages, plats préparés) en les emballant ou en les plaçant dans des récipients fermés et propres,
- veillez à ce que la température de votre réfrigérateur soit bien froide,
- nettoyez deux fois par mois votre réfrigérateur : une désinfection à l'eau de javel, suivie d'un rinçage par la décontamination.

RESPECTEZ DES RÉGLES D'HYGIÈNE SÉVÈRES.

- lavez vos mains après la manipulation d'aliments crus,
- nettoyez les ustensiles de cuisine après un contact avec des aliments crus,
- ne laissez pas des denrées périssables à température ambiante,
- lavez soigneusement les mains avant le repas.

et

Si le dépistage prescrit par votre médecin indique que vous n'êtes pas protégées contre la **TOXOPLASMOSE** :

- évitez le contact avec les chats et leurs excréments ou portez des gants et lavez-vous les mains après toutes manipulations ainsi que pendant le jardinage.



Conception : DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
Service de Téléformation et de la Communication

Maman, prends soin de toi et de moi



Dépliant d'information Vous attendez un enfant (1995)

VOUS ATTENDEZ UN ENFANT

Votre mode de vie influence votre état de santé et celui de votre enfant.

Dès maintenant, aidez-le à venir au monde avec le maximum de sécurité.

Veillez à limiter les risques infectieux ...

Certaines infections comme la toxoplasmose, la listériose peuvent être graves pour votre enfant.

... Par le choix des produits alimentaires

Préférez les fromages à pâte cuite ou fondue et évitez les produits fabriqués avec du lait cru et en particulier les fromages à pâte molle. Choisissez la charcuterie pré-emballée et consommez-la rapidement après l'achat.

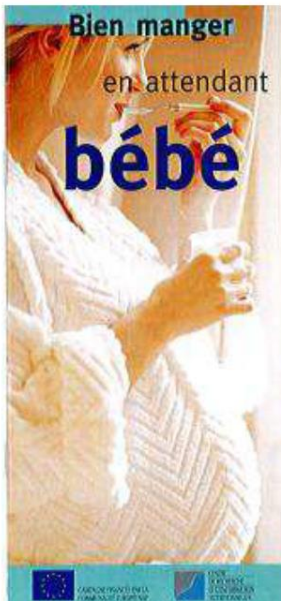
... Par la préparation des aliments

Lavez-vous les mains après la manipulation d'aliments crus. Lavez soigneusement les crudités et les herbes aromatiques. Nettoyez les ustensiles de cuisine après un contact avec des aliments crus. Faites cuire soigneusement les aliments d'origine animale (viandes, volailles, saucisses...). Les préparations à base d'œufs sans cuisson (mayonnaise, crème, pâtisserie...) doivent être réalisées juste avant la consommation et ne doivent pas être conservées.

... Par leur conservation

Mettez les œufs et les denrées périssables au réfrigérateur. Protégez vos aliments (charcuterie, fromage, plats préparés) en les emballant ou en les plaçant dans des récipients fermés et propres. Veillez à ce que la température de votre réfrigérateur soit bien froide (4° C). Rangez correctement les aliments en séparant les produits cuits et les produits crus et nettoyez deux fois par mois votre réfrigérateur (désinfection à l'eau de javel, suivie d'un rinçage).

Lavez soigneusement vos mains avant les repas!



Limiter les risques

■ De listériose : cette maladie rare et généralement bénigne peut être grave pour l'enfant à naître. Elle se transmet par une bactérie, la *Listeria*.

À table, oubliez pendant 9 mois :

- certains produits de la mer : coquillages crus, poissons fumés, poissons crus, surimi, tarama.
- certaines charcuteries : rillettes, pâtés, foie gras, produits en gelée. Préférez les autres charcuteries (type jambon) préemballées.
- certains produits laitiers : lait cru et fromages au lait cru. Préférez le lait pasteurisé, UHT, ou stérilisé ; les fromages pasteurisés, ceux à pâte cuite type gruyère et les fromages fondus. Enlevez la croûte des fromages. Réservez-vous-même votre fromage.
- les graines germées crues comme le soja.



Et surtout, lavez-vous les mains le plus souvent possible.

- Dans la cuisine : soyez vigilantes
- lavez soigneusement les légumes et les herbes,
 - faites bien cuire ou recuire les viandes, poissons et lardons,
 - conservez séparés les aliments crus et crus,
 - consommez rapidement les restes et les plats réchauffés,
 - nettoyez souvent puis désinfectez à l'eau de javel votre réfrigérateur et votre plan de travail.

■ De toxoplasmose : elle est due à un parasite, le *Toxoplasma*. La plupart des femmes enceintes sont protégées : un test pratiqué en début de grossesse permet de le savoir. Les autres doivent prendre un certain nombre de précautions.

À table et dans la cuisine :

- lavez soigneusement les légumes et les herbes,
- faites bien cuire la viande : pas de viande saignante ou de steak tartare au menu...

- À la maison ou au jardin :
- ne jardinez qu'avec des gants,
 - évitez le contact avec les chats, et surtout leur litière.

L'alimentation de la femme enceinte

Recommandations et conseils pratiques

Toxi-infections alimentaires

Toxoplasmose

Cette maladie est transmise par un parasite, *Toxoplasma gondii*, largement répandu dans le règne animal ; le chat est un hôte privilégié, qui le dissémine dans le milieu extérieur. Le parasite peut contaminer la terre, et donc l'eau, les légumes... ou être ingéré par les herbivores, où il s'encyste dans les muscles squelettiques. L'homme s'infecte en mangeant de la viande mal cuite (les kystes sont détruits par la chaleur), des crudités mal lavées, ou par contact direct avec les chats.

La toxoplasmose est grave chez la femme enceinte non immunisée car elle peut entraîner un avortement, la mort in utero ou une fœtopathie avec atteinte neurologique et rétinienne. La transmission se fait par voie transplacentaire.

Listériose

Cette maladie est due à *List. monocytogenes (L.m.)*, une bactérie ubiquitaire que l'on trouve du sol au milieu extérieur au niveau du lait et dans l'eau. Cette bactérie est très résistante au froid capable de se multiplier à +4°C. La L.m. se transmet par la consommation d'aliments contaminés.

La listériose est une maladie mais grave lors de la grossesse (53 cas en 1997). Généralement bénigne pour le père (syndrome pseudo-grippal et parfois symptômes digestifs), elle peut provoquer avortement spontané et accouchement prématuré. L'enfant peut être contaminé in utero ou lors de l'accouchement.

Listériose

La listériose fait l'objet d'une surveillance au niveau national, qui est assurée par le Centre National de Référence des *Listeria* ; c'est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1998.

La prévention repose sur un certain nombre de recommandations qui sont liées à la nature même de *Listeria monocytogenes*, son habitat et sa résistance.

En pratique :

- manger la viande très cuite : éviter la viande saignante, la fondue bourguignonne, les brochettes et, bien sûr, le steak tartare.
- se laver soigneusement les mains après manipulation de viande crue.
- bien égoutter et rincer à grande eau légumes et fruits consommés crus, sans oublier les herbes aromatiques...
- éviter le contact avec les chats, et surtout éviter de toucher tout ce qui a pu être contaminé par leurs excréments (bacs de litière...).
- ne jardiner qu'avec des gants et se laver les mains après.

En pratique :

L.m. résiste au froid, mais est sensible à la chaleur (cuisson, pasteurisation, stérilisation...).

- éviter de consommer certains aliments crus : poissons fumés, coquillages crus, surimi, tarama... ; lait cru et fromages au lait cru (préférez le lait pasteurisé, UHT ou stérilisé ; les fromages pasteurisés, ceux à pâte cuite type gruyère et les fromages fondus) ; graines germées telles que les graines de soja...
- cuire les aliments crus d'origine animale (viandes, poissons, lardons...) ; les steaks hachés doivent être cuits à cœur.

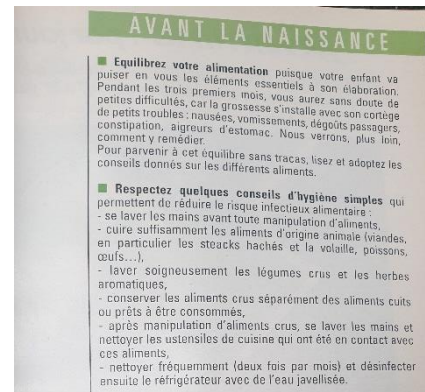
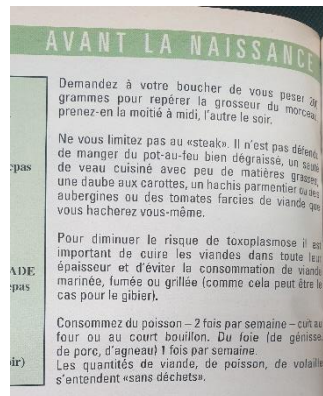
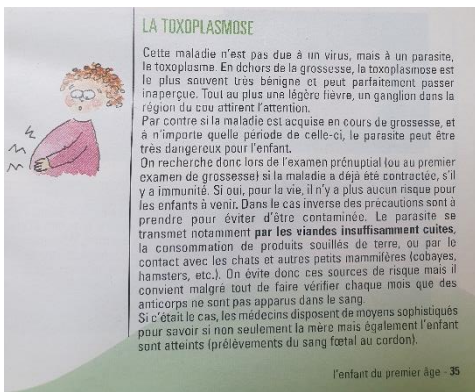
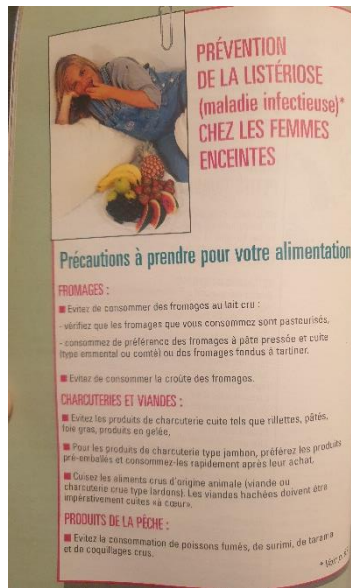
- enlever la croûte des fromages.
- laver soigneusement les légumes crus et les herbes aromatiques.

Pour éviter des contaminations d'un aliment à l'autre :

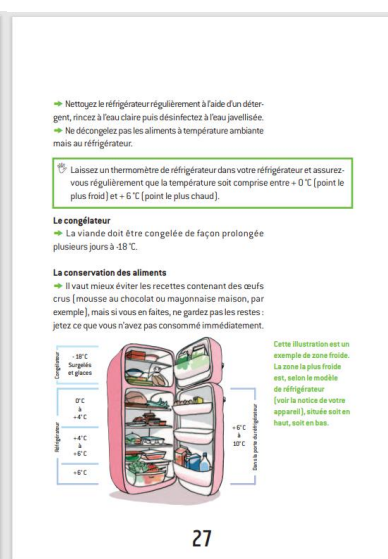
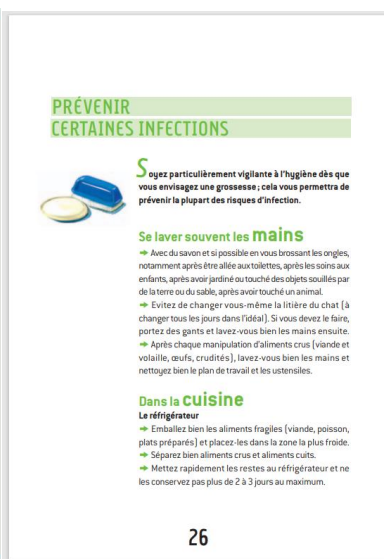
- conserver les aliments crus séparément des aliments cuits ou prêts à être consommés.
- après manipulation d'aliments crus, se laver les mains et nettoyer les ustensiles de cuisine utilisés.

Respecter, les règles habituelles d'hygiène :

- réchauffer soigneusement les restes alimentaires et les plats cuisinés et les consommer immédiatement.
- nettoyer deux fois par mois son réfrigérateur, le désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée, puis rincer.
- se laver les mains le plus souvent possible.



Le guide nutrition pendant et après la grossesse de l'Inpes (2007)



→ Vérifiez les dates limites de consommation (DLC) des produits et consommez-les rapidement après ouverture.

La cuisson des aliments

→ Veillez à bien cuire tous les « produits animaux » : viandes et poissons. Une viande grillée ou rôtie « bien cuite » prend sa couleur rouge et devient beige rosée à cœur.

→ Réchauffez bien les plats déjà cuits ou les restes, de façon à ce qu'ils soient chauds uniformément.

Prévenir la listériose et la toxoplasmose

Sans bouleverser votre alimentation, éviter certains produits permet de réduire les risques d'infections peu fréquentes – la listériose et la toxoplasmose – d'ordinaire sans gravité mais qui peuvent, lorsque vous êtes enceinte, avoir des conséquences graves sur votre enfant.

« Oublier » certains aliments pendant 9 mois
La bactérie listeria, très répandue dans l'environnement, peut se retrouver dans les aliments d'origine végétale ou animale, même s'ils ont été sériés.

Pendant votre grossesse, il est donc recommandé d'éviter :

- les fromages à pâte molle à croûte fleurie (type camembert, brie) et à croûte lavée (type munster, pont-févréque), surtout s'ils sont au lait cru ; les fromages râpés industriels.
- Entendez la croûte de tous les fromages ;
- certains produits de charcuterie, notamment rillettes, pâtés, foie gras, produits en gelée.

→ la viande crue ou peu cuite, les coquillages crus, le poisson cru (sushi, surimi, tarama), les poissons fumés (saumon, truite).

Prendre quelques précautions

La toxoplasmose est due à un parasite présent dans la terre, et donc sur les végétaux ou dans la viande. On peut être contaminé si l'on consomme des aliments mal lavés ou peu cuits. Au début de votre grossesse, une prise de sang vous indique si vous avez déjà eu la toxoplasmose. Si c'est le cas, vous êtes immunisée. Si ce n'est pas le cas, vous n'êtes pas protégée et des prises de sang régulières vous seront prescrites pour vérifier que vous n'êtes pas infectée.

Si vous n'êtes pas protégée de la toxoplasmose :

- ne mangez pas de viande crue ou de la viande peu cuite ;
- évitez les viandes fumées ou marinées (gibier) sauf si elles sont bien cuites ;
- lavez très soigneusement les légumes, fruits et herbes aromatiques, afin de leur ôter tout résidu de terre. N'en mangez pas si vous ne savez pas comment ils ont été lavés.



28

Le carnet de santé Maternité (des conseils de prévention des maladies infectieuses transmises par l'alimentation sont publiés depuis 2008)



Bien manger, bien bouger

2

Aliments consommés crus

Il est très important d'éviter certains aliments crus pendant la grossesse, car ils peuvent être contaminés par des bactéries ou des parasites. Ces aliments sont :

- les viandes crues (sauf poisson fumé)
- les poissons crus (saumon, tarama)
- les coquillages crus
- les fromages à pâte molle à croûte fleurie (type camembert, brie) et à croûte lavée (type munster, pont-févréque), surtout s'ils sont au lait cru ; les fromages râpés industriels
- certains produits de charcuterie, notamment rillettes, pâtés, foie gras, produits en gelée

Aliments consommés crus

La toxoplasmose est due à un parasite présent dans la terre, et donc sur les végétaux ou dans la viande. On peut être contaminé si l'on consomme des aliments mal lavés ou peu cuits. Au début de votre grossesse, une prise de sang vous indique si vous avez déjà eu la toxoplasmose. Si c'est le cas, vous êtes immunisée. Si ce n'est pas le cas, vous n'êtes pas protégée et des prises de sang régulières vous seront prescrites pour vérifier que vous n'êtes pas infectée.

Si vous n'êtes pas protégée de la toxoplasmose :

- ne mangez pas de viande crue ou de la viande peu cuite ;
- évitez les viandes fumées ou marinées (gibier) sauf si elles sont bien cuites ;
- lavez très soigneusement les légumes, fruits et herbes aromatiques, afin de leur ôter tout résidu de terre. N'en mangez pas si vous ne savez pas comment ils ont été lavés.

Précautions à prendre

- ne consommer que des viandes et des poissons bien cuits ;
- ne consommer que des végétaux (fruits, légumes ou herbes aromatiques) soigneusement lavés, épluchés ou cuits ;
- respecter les dates limites de consommation et les températures de conservation des aliments (réfrigérateur réglé en dessous de 4 °C) ;
- se laver soigneusement et systématiquement, les mains (savonner au moins 30 secondes), après avoir touché des légumes, des fruits ou de la viande et avant de passer à table ;
- éviter les contacts directs avec les objets qui pourraient être contaminés par de la terre ;
- laver soigneusement les ustensiles de cuisine et le plan de travail ;
- nettoyer et désinfecter le réfrigérateur régulièrement avec de l'eau javellisée ;
- pour prévenir la toxoplasmose :
 - éviter les chats et tout ce qui peut être contaminé par leurs excréments. Cependant, si vous en avez un : désinfecter son bac à litière avec de l'eau de Javel, si possible, confier cette tâche à une autre personne, sinon, porter toujours des gants pour ce genre de manipulation ;
 - porter tout le temps des gants pour jardiner.

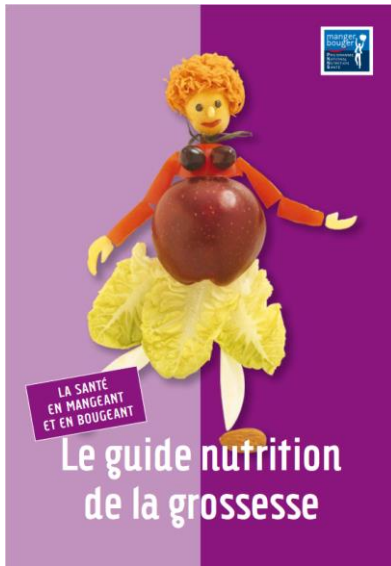
Certaines maladies infectieuses peuvent être transmises par l'alimentation

Ce sont principalement la toxoplasmose, la listériose (voir glossaire) et les intoxications alimentaires.

Des précautions peuvent permettre de les éviter :

- ne consommer que des viandes et des poissons bien cuits ;
- ne consommer que des végétaux (fruits, légumes ou herbes aromatiques) soigneusement lavés, épluchés ou cuits ;
- respecter les dates limites de consommation et les températures de conservation des aliments (réfrigérateur réglé en dessous de 4 °C) ;
- se laver soigneusement et systématiquement, les mains (savonner au moins 30 secondes), après avoir touché des légumes, des fruits ou de la viande et avant de passer à table ;
- éviter les contacts directs avec les objets qui pourraient être contaminés par de la terre ;
- laver soigneusement les ustensiles de cuisine et le plan de travail ;
- nettoyer et désinfecter le réfrigérateur régulièrement avec de l'eau javellisée ;
- pour prévenir la toxoplasmose :
 - éviter les chats et tout ce qui peut être contaminé par leurs excréments. Cependant, si vous en avez un : désinfecter son bac à litière avec de l'eau de Javel, si possible, confier cette tâche à une autre personne, sinon, porter toujours des gants pour ce genre de manipulation ;
 - porter tout le temps des gants pour jardiner.





PRÉVENIR CERTAINES INFECTIONS



Soyez particulièrement vigilante à l'hygiène dès que vous envisagez une grossesse : cela vous permettra de prévenir la plupart des risques d'infection.

Se laver souvent les mains

- Avec du savon et si possible en vous brossant les ongles, notamment après être allée aux toilettes, après les soins aux enfants, après avoir jardiné ou touché des objets saillies par de la terre ou du sable, après avoir touché un animal.
- Évitez de changer vous-même la litière du chat [à changer tous les jours dans l'idéal]. Si vous devez le faire, portez des gants et lavez-vous bien les mains ensuite.
- Après chaque manipulation d'aliments crus (viande et volaille, œufs, crudités), lavez-vous bien les mains et nettoyez bien le plan de travail et les ustensiles.

Dans la cuisine

- Emballez bien les aliments fragiles (viande, poisson, plats préparés) et placez-les dans la zone la plus froide.
- Séparez bien aliments crus et aliments cuits.
- Mettez rapidement les restes au réfrigérateur et ne les conservez pas plus de 2 à 3 jours au maximum.

24

- Nettoyez le réfrigérateur régulièrement à l'aide d'un détergent, rincez à l'eau claire puis désinfectez à l'eau javellisée.
- Ne décongelez pas les aliments à température ambiante mais au réfrigérateur.

☞ Laissez un thermomètre de réfrigérateur dans votre réfrigérateur et assurez-vous régulièrement que la température soit comprise entre + 0°C [point le plus froid] et + 6°C [point le plus chaud].

La congélateur

- La viande doit être congelée de façon prolongée plusieurs jours à -18°C.

La conservation des aliments

→ Il vaut mieux éviter les recettes contenant des œufs crus [mousse au chocolat ou magnum maison, par exemple], mais si vous en faites, ne gardez pas les restes : jetez ce que vous n'avez pas consommé immédiatement.



Cette illustration est un exemple de zone froide. La zone la plus froide est, selon le modèle de réfrigérateur (voir la notice de votre appareil), située soit en haut, soit en bas.

Le guide nutrition de la grossesse

25

- Vérifiez les dates limites de consommation (DL) des produits et consommez-les rapidement après ouverture.

La cuisson des aliments

- Veillez à bien cuire tous les « produits animaux » : viandes et poissons. Une viande grillée ou rôtie « bien cuite » perd sa couleur rouge et devient beige rosée à cœur.
- Réchauffez bien les plats déjà cuits ou les restes, de façon à ce qu'ils soient chauds uniformément.

Prévenir la listériose et la toxoplasmose

Sans bouleverser votre alimentation, éviter certains produits permet de réduire les risques d'infections peu fréquentes – la listériose et la toxoplasmose – d'ordinaire sans gravité mais qui peuvent, lorsque vous êtes enceinte, avoir des conséquences graves sur votre enfant.

« Oublier » certains aliments pendant 9 mois

La bactérie listeria, très répandue dans l'environnement, peut se retrouver dans les aliments d'origine végétale ou animale, même s'ils ont été réfrigérés.

Pendant votre grossesse, il est donc recommandé d'éviter :
 → les fromages à pâte molle à croûte fleurie (type camembert, brie) et à croûte lavée (type munster, pont-l'évêque), surtout s'ils sont au lait cru ; les fromages râpés industriels. Enlevez la croûte de tous les fromages ;

26

- certains produits de charcuterie, notamment rillettes, pâtés, foie gras, produits en gelée ;
- la viande crue ou peu cuite, les coquillages crus, le poisson cru (sushi, sashimi, tarama), les poissons fumés (saumon, truite) et les crustacés décortiqués vendus cuits.

Prendre quelques précautions

La toxoplasmose est due à un parasite présent dans la terre, et donc sur les végétaux ou dans la viande. On peut être contaminé si l'on consomme des aliments mal lavés ou peu cuits. Au début de votre grossesse, une prise de sang vous indique si vous avez déjà eu la toxoplasmose. Si c'est le cas, vous êtes immunisée. Si ce n'est pas le cas, vous n'êtes pas protégée et des prises de sang régulières vous seront prescrites pour vérifier que vous n'êtes pas infectée. Si vous n'êtes pas protégée de la toxoplasmose :

- ne mangez pas de viande crue ou de la viande peu cuite ;
- évitez les viandes fumées ou marinées (gibier) sauf si elles sont bien cuites ;
- lavez très soigneusement les légumes, fruits et herbes aromatiques, afin de leur ôter tout résidu de terre. N'en mangez pas si vous ne savez pas comment ils ont été lavés.



BIBLIOGRAPHIE

Note de présentation de la bibliographie

Les références de la bibliographie sont présentées selon le standard APA (7^{ème} édition, 2019), fréquemment utilisé en sciences humaines et sociales⁴²⁰.

La bibliographie est organisée en quatre sections :

La première section rassemble les ouvrages et chapitres d'ouvrage.

La deuxième section regroupe les publications académiques ou scientifiques (articles de périodiques, thèse, colloques, etc.)

La troisième section rassemble les textes institutionnels et officiels qui seront réunis par type de documents (rapports, guides, communications officielles) et par type d'auteurs (ministère, organismes publics/privés français ou internationaux)

La quatrième section regroupe les sites web consultés.

Au sein de toutes les sections, les références sont classées par ordre alphabétique d'auteur, puis par ordre chronologique de publications si elles concernent un même auteur.

⁴²⁰ Debret, J. (2020). Les normes APA françaises : Guide officiel de Scribbr basé sur la septième édition (2019) des normes APA. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/manuel-normes-apa/>

Première section : Ouvrages et chapitres d'ouvrage

- Adamiec, C. (2016). *Devenir sain. Des morales alimentaires aux écologies de soi*. Presses universitaires de Rennes. Presses universitaires François-Rabelais de Tours.
- Adamiec, C. (2017). *Manger sain n'est pas si sain*. Éditions Hachette.
- Agamben, G. (2014). *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* (2^e éd., traduit de l'italien par M. Rueff). Éditions Payot & Rivages.
- Al Dahdah, M., & Quet, M. (2010). Sélectionner, organiser, diffuser le savoir sur la santé pour les patientes. Dans C. Routier & A. d'Arripe (dirs.), *Communication et santé : enjeux contemporains* (pp. 163-172). Presses universitaires du Septentrion.
- Alexander, S., Debiève, F., Delvoeye, P., Kirkpatrick, C. & Masson, C. (dirs.). (2015). *Guide de consultation prénatale*. Éditions de Boeck.
- Alexander, S., Barlow, C., Buyse, C., Ceysens, G., Emonts, P., Eykerman, M., Mhallem Grizi, M., Jadin, P., Morales, I., Steenhaut, P., & Van Linthout, C. (dirs.). (2022). *Guide de la consultation prénatale* (2^e éd.). De Boeck supérieur.
- Amato, S., & Bernard, F. (2018). Adhésion, observance et compliance : apports info-communicationnels. Dans M. Rinn & W. Sherlaw (dirs.), *Santé publique et communication* (pp. 23-33). Éditions L'Harmattan.
- Ambroise-Thomas, P. (2010). La formation des médecins français et le monde hospitalo-universitaire hier et aujourd'hui. Dans L. Israël (dir.), *Santé, médecine, société* (pp. 201-216). Presses Universitaires de France.
- Apfelbaum, M. (1994). La diète prudente est-elle bien raisonnable ? Dans C. Fischler (dir.), *Manger magique. Aliments sorcières, croyances comestibles* (pp. 179-183). Série Mutations/ Mangeurs N°149. Éditions Autrement.
- Apfelbaum, M. (1998). *Risques et peurs alimentaires*. Éditions Odile Jacob.
- Appel, V., Boulanger, H., & Massou, L. (2010). Dispositif[s] : discerner, discuter, distribuer. Dans V. Appel, H. Boulanger, & L. Massou (dirs.), *Les dispositifs d'information et de communication. Concept, usages et objets*. De Boeck.
- Appel, V., & Heller, T. (2010). Dispositif et recherche en communication des organisations. Dans V. Appel, H. Boulanger & L. Massou (dirs.), *Les dispositifs d'information et de communication. Concepts, usages et objets* (pp. 39-57). De Boeck Supérieur.
- Arborio, A.-M., & Fournier, P. (2015). *L'observation directe* (4^e éd.). Armand Colin.
- Aurengo, A., Couturier, D., Lecourt, D., Sureau, C., & Tubiana, M. (2011). *Politique de santé et principe de précaution*. Éditions PUF.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.
- Barlemont, E. (2017). *Essai sur certaines modifications de la nutrition pendant la grossesse*. Édition Hachette Livre BnF. Disponible sur : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5806792f>
- Beck, U. (1999). *World risk Society*. Polity press.

- Beck, U. (2008). *La société du risque. Sur la voie de la modernité*. Éditions Flammarion.
- Becker, H. (2002). *Les ficelles du métier : Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. La Découverte.
- Benbassa, A., & Thoulon, J.-M. (1996). Chapitre 1. Les consultations. Dans Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (coord.), *Guide de surveillance de la grossesse* (pp. 9-21). ANDEM.
- Bergeron, H. (2007). Les transformations du colloque singulier médecin-patient : quelques perspectives sociologiques. Dans D. Tabuteau (dir.), *Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législature plus tard* (pp. 39-51). Actes du colloque Chaire Santé/CISS. Éditions de Santé Presses de Sciences Po.
- Bernard, F. (2000). Le lien communicationnel en organisation. Dans C. Le Moëne (dir.), *La communisation organisationnelle en débat* (pp. 25-46). Sciences de la société 50/51. Presses universitaires du Mirail.
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie*. Éditions Nathan.
- Beulac-Scott, M. (2008). *La question alimentaire- Mondialisation, uniformisation, modernité du modèle alimentaire français*. OCHA. CNIEL. Disponible sur : <https://www.lemangeur-ocha.com/ouvrage/la-question-alimentaire-mondialisation-uniformisation-modernite-du-modele-alimentaire-francais/>
- Bonneville, L., Grosjean, S., & Lagacé, M. (2007). *Introduction aux méthodes de recherche en communication*. Éditeur Gaëtan Morin.
- Bontemps, R., Cherbonnier, A., & Mouchet, P. (1998). *Communication et promotion de la santé. Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques*. asbl Question santé.
- Bourdelaïs, P. & Faure, O. (2005). Introduction. Dans P. Bourdelaïs & O. Faure (dirs.), *Les nouvelles pratiques de santé, XVIIIe-XXe siècles* (pp. 7-24). Histoire et Société. Belin.
- Bowden, J., & Manning, V. (2017). *Health promotion in midwifery. Principles and practice*. Third Edition. CRC Press.
- Bruchez, C., Del Rio Carral, M., & Santiago-Delefosse, M. (2009). Coconstruction des savoirs autour des contraceptifs dans les forums de discussion sur Internet. Dans C. Thoër, B. Lebouché, J.J. Lévy & V.A. Sironi (dirs.), *Médias, médicaments et espace public* (pp. 245-271). Presses de l'Université du Québec.
- Bruegel, M., Barlösius, E., & Nicoud, M. (2010). Informations et pratiques alimentaires : repères et questions. Dans M. Bruegel, E. Barlösius & M. Nicoud (dirs.), *Le choix des aliments. Informations et pratiques alimentaires de la fin du Moyen âge à nos jours* (pp. 9-27). Presses universitaires de Rennes/ Presses universitaires François-Rabelais de Tours.
- Brunel, O. (2010). *Perception et réduction du risque alimentaire. Dans une perspective de consommation*. Éditions universitaires européennes.
- Burton-Jeangros, C., Hammer, R., Manai, D. & Issenhuth-Scharly, G. (2010). Introduction générale. Droit, médecine et société. Dans D. Manai, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 9-38). Stämpfli & Bruylant.

- Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Dans D. Manai, C. Burton-Jeangros, & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 177-212). Stämpfli & Bruylant.
- Burton-Jeangros, C., & Hammer, R. (2013). Recherche d'informations sur internet : quels sont les usages des femmes enceintes ? *Revue médicale suisse*, 9(383), 895-897.
- Burton-Jeangros, C., Hammer, R., & Maffi, I. (2014). Pratiques professionnelles et contextes institutionnels autour de la naissance. Dans C. Burton-Jeangros (dir.), *Accompagner la naissance : Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande* (pp. 5-30). BSN Press.
- Capucho, M. F. (2003). Communication verbale et non-verbale. Dans E. Maigret (dir.), *Communication et médias* (pp. 11-15). Les notices de la documentation française.
- Cavé, I. (2016). *État, santé publique et médecine à la fin du XIX^e siècle français*. L'Harmattan.
- Cesbron, P., & Missonnier, S. (2011). *Neuf mois pour devenir parents*. Éditions Fayard.
- Chauvin, B. (2014). *La perception des risques. Apports de la psychologie à l'identification des déterminants du risque perçu*. De Boeck.
- Chiva, M. (1998). Les risques alimentaires : approches culturelles ou dimensions universelles ? Dans M. Apfelbaum (dir.), *Risques et peurs alimentaires* (pp. 125-133). Éditions Odile Jacob.
- Clavier, V., & Paganelli, C. (2022a). Contribution à la caractérisation de l'information de santé. Dans V. Clavier & C. Paganelli (dirs.), *Pratiques d'information et connaissances en santé* (pp. 31-50). ISTE éditions.
- Clavier, V., & Paganelli, C. (2022b). Introduction. Dans V. Clavier & C. Paganelli (dirs.), *Pratiques d'information et connaissances en santé* (pp. 1-12). ISTE éditions.
- Clavier, V. (2022). Entretien sur les pratiques d'actualisation des connaissances en ophtalmologie. Dans V. Clavier & C. Paganelli (dirs.), *Pratiques d'information et connaissances en santé* (pp. 157-171). ISTE éditions.
- Combier, E., & de Pouvourville, G. (1999). Périnatalité. *L'évolution des pratiques médicales en France*. Mutualité Française.
- Corvol, P. (dir.). (2012). *La prévention du risque en médecine : D'une approche populationnelle à une approche personnalisée*. Collège de France.
- Corvol, P. (2020). Préface. Dans P. Griset, J.-P. Williot, & Y. Bouvier (dirs.), *Face aux risques. Une histoire de la sûreté alimentaire à la santé environnementale* (pp. 4-5). Éditions Recherche Midi.
- Couzinet, V. (2001). *Jean Meyriat, Théoricien et praticien de l'information-documentation*. ADBS éditions.
- Dab, W. (1998). L'information sur la santé et la sécurité est-elle condamnée à être anxiogène. Dans M. Apfelbaum (dir.), *Risques et peurs alimentaires* (pp. 149-157). Éditions Odile Jacob.
- De Bonville, J. (2006). *L'analyse de contenu des médias. De la problématique au traitement*. Culture et communication. De Boeck.
- Delavault, R. (2007). *L'asepsie un demi-siècle avant Pasteur : Ignace Semmelweis (1818-1865)*. L'Harmattan.

- Delvoye, P. (2009a). Objectifs de la consultation prénatale. Dans S. Alexander, F. Debiève, P. Delvoye et al. (dirs.), *Guide de consultation prénatale* (pp. 19-20). Éditions de Boek.
- Delvoye, P. (2009b). L'approche basée sur le concept de risque et les principes d'une politique de dépistage. Dans S. Alexander, F. Debiève, P. Delvoye et al. (dirs.), *Guide de consultation prénatale* (pp. 31-40). Éditions de Boek.
- Delvoye, P. (2009c). Le concept de prévention. Dans S. Alexander., F. Debiève, P. Delvoye et al. (dirs.), *Guide de consultation prénatale* (pp. 29-30). Éditions de Boek.
- Deschamps, J. (2018). *La médiation. Un concept pour les sciences de l'information et de la communication*. ISTE éditions.
- Desprès, C. (2010). 9. Les femmes enceintes face aux incertitudes de la grossesse. Dans D. Carricaburu, C. Castra & P. Cohen (dirs.), *Risque et pratiques médicales* (pp. 139-154). Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.
- De Vecchi, D. (2005). Information. Dans Commission nationale française pour l'Unesco. *La « société de l'information » : Glossaire critique*. La documentation française.
- Donner, C. (2011). 17. Le suivi prénatal au XXI^e siècle vecteur de stress ? Dans L. Roegiers (dir.), *Stress et grossesse : Quelle prévention pour quel risque ?* (pp. 167-171). Érès.
- Douguet, F., & Fillaut, T. (dirs.). (2017). *Grossesse et alcool. Représentations et appropriations d'une priorité de santé*. Éditions L'Harmattan.
- Drulhe, M. (1996). *Santé et société : Le façonnement sociétal de la santé*. Presses Universitaires de France.
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. L'épreuve des faits. Éditions du Seuil.
- Dubrisay, L., & Jeannin, C. (1936). *Précis d'accouchement* (8^e éd.). Édition J. Lamarre.
- Duby, J.-J. (1998). Risque alimentaire et désinformation. Dans M. Apfelbaum (dir.), *Risques et peurs alimentaires* (pp. 159-165). Éditions Odile Jacob.
- Dujol, L., & Mercier, S. (dirs.). (2017). *Médiation numérique des savoirs. Des enjeux aux dispositifs*. Les Éditions ASTED. Édition en ligne (2018) disponible sur <http://mediation-numerique-des-savoirs.org/>
- Dumoulin, M. (2002). Les forums électroniques : délibératifs et démocratiques ? Dans D. Monière (dir.), *Internet et la Démocratie* (pp. 140-157). Éditions Monière et Wollank.
- Éveillard, P. (2002). *Éthique de l'Internet santé*. Éditions Ellipses.
- Ferrand, A. (2004). La tension normative : un état à la fois personnel et interpersonnel. Dans F.X. Schweyer, S. Pennec, G. Cresson & F. Bouchayer (dirs), *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (pp. 69-76). Éditions ENSP.
- Ferrières, M. (2002). *Histoire des peurs alimentaires. Du Moyen Âge à l'aube du XX^e siècle*. Éditions du Seuil.
- Fischler, C. (1993b). Le Bon et le Sain(t). Dans F. Piauxt. (dir.), *Le Mangeur : menus, mots et maux* (pp. 111-123). Série Mutations/ Mangeurs N°138. Éditions Autrement.
- Fischler, C. (1994). Éditorial : Magie, charmes et aliments. Dans C. Fischler (dir.), *Manger magique. Aliments sorcières, croyances comestibles* (pp. 10-18). Série Mutations/ Mangeurs N°149. Éditions Autrement.

- Flandrin, J.-L. (1998). Risques et angoisses alimentaires avant le XIX^e siècle. Dans M. Apfelbaum (dir.), *Risques et peurs alimentaires* (pp. 113-123). Éditions Odile Jacob.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Presses Universitaires de France.
- Foucault, M. (1997). *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France. 1976*. Hautes études. Éditions du Seuil.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*. Hautes études. Éditions du Seuil.
- Foucault, M. (2008). *L'archéologie du savoir* (rééd. [1^{ère} éd. 1969]). Gallimard.
- Foucault, M. (2009). *Le courage de la vérité. Le gouvernement de soi et des autres II. Cours au Collège de France. 1984*. Hautes études. Éditions du Seuil.
- Foucault, M. (2017). *Dits et écrits, 1976-1988. Volume 2* (rééd. [1^{ère} éd. 1994]). Gallimard.
- Foucault, M. (2021). *Histoire de la sexualité- Tome 1- La volonté de savoir* (rééd. [1^{ère} éd. 1994]). Gallimard.
- Frenette, M. (2010). *La recherche en communication. Un atout pour les campagnes sociales*. Presses de l'Université du Québec.
- Gaillard, J. L. (1953). *Obstétrique*. Librairie Maloine.
- Gaillard, J. L. (1965). *Obstétrique* (2^e éd.). Librairie Maloine.
- Galactéros, E. (1985). Nous ne pouvons pas ne pas communiquer. Dans G. Levy & M. Tournaire (CNGOF), *Environnement de la naissance* (pp. 85-123). Diffusion VIGOT.
- Gaudillière, J.-P. (2008). I. L'hôpital et les savoirs de la clinique. Dans J.-P. Gaudillière (dir.), *La médecine et les sciences : XIX^e - XX^e siècles* (pp. 8-26). La Découverte.
- Gauducheau, N. (2012). Internet et le soutien social. Dans C. Thoër & J. J. Lévy (dirs.), *Internet et santé : usages, acteurs et appropriations* (pp. 93-112). Presses de l'Université du Québec.
- Gavillet, I. (2010). Chapitre 3. Michel Foucault et le dispositif : questions sur l'usage galvaudé d'un concept. Dans V. Appel, H. Boulanger & L. Massou (dirs.), *Les dispositifs d'information et de communication. Concepts, usages et objets* (pp. 17-38). De Boeck Supérieur.
- Godard, O. (1999). Le principe de précaution, une règle d'abstention ? Dans M. Tubiana, C. Vrousos, C. Carde & J.-P. Pages (dirs.), *Risque et société* [actes du colloque, Cité des sciences et de l'industrie de Paris-La Villette, 18-20 nov. 1998] (pp. 293-299). Ed Nucléon et EDP-Sciences.
- Got, C. (2016). Le risque. Dans F. Bourdillon, G. Brücker & D. Tabuteau (dirs.), *Traité de santé publique* (3^{ème} éd.) (pp. 19-25). Lavoisier.
- Gueguen, R. (1992). Normes et gestion de l'information. Dans P. Aïach, N. Bon & J.-P. Deschamps (dirs.), *Comportements et santé. Questions pour la prévention* (pp. 150-164). Presses universitaires de Nancy.
- Halpern, C. (2010). *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Dans C. Halpern (dir.), *La Santé : Un enjeu de société* (pp. 225-225). Éditions Sciences Humaines.

- Heilmann, É. (2020). L'ignorance pour commencer, Dans M. Faury & J. Le Marec (dirs.), *Le métier à penser. Tisser des textes avec Baudouin Jurdant* (pp. 19-24). Études des sciences et Histoire des techniques. Éditions des archives contemporaines. <https://doi.org/10.17184/eac.2888>
- Hélaridot, V., & Mulot, S. (2011). Les relations de soin : un colloque singulier au pluralisme médical. Dans M. Drulhe & F. Sicot (dirs.), *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin* (pp. 185-206). Presses universitaires du Mirail.
- Huber, J. (1955). Préface. Dans Parrot, *Ce que toute maman doit savoir* (pp. 3-4). Éditions sociales françaises.
- Innerarity, D. (2015). *Démocratie et société de la connaissance*. Presses universitaires de Grenoble.
- Jacobi, D. (1986). *Diffusion et vulgarisation : itinéraires du texte scientifique*. Presses universitaires de Franche-Comté.
- Jacques, B. (2007). *Sociologie de la grossesse*. Éditions PUF.
- Jacques, B. (2013). Les politiques de périnatalité et leurs effets depuis 1972. Dans M.-F. Morel (dir.), *Accueillir le nouveau-né, d'hier à aujourd'hui* (pp. 341-358). Érès.
- Jean, A. (2021). *La clinique et la relation médecin-malade aujourd'hui*. Éditions L'Harmattan.
- Jeanneret, Y. (1994). *Écrire la science*. PUF.
- Jeanneret, Y. (2005a). Dispositif. Dans Commission française pour l'UNESCO. *La « société de l'information » : glossaire critique* (pp. 50-51). La documentation française.
- Jeanneret, Y. (2005b). Information. Dans Commission française pour l'UNESCO. *La « société de l'information » : glossaire critique* (pp. 87-89). La documentation française.
- Jeanneret, Y. (2005c). Médiation. Dans Commission française pour l'UNESCO. *La « société de l'information » : glossaire critique* (pp. 105-107). La documentation française.
- Jeanneret, Y. (2016). Le partage des savoirs entre métamorphose des médias et poétique des discours. Dans J.-P. Metzger (dir.), *Médiation et représentation des savoirs* (pp. 15-32) (rééd. [1^{ère} éd. 2004]). Partage des savoirs. Recherches en Sciences de l'Information & de la Communication. L'Harmattan.
- Jurdant, B. (2020a). Vulgarisation et enseignement scientifiques. Dans M. Faury & J. Le Marec (dirs.), *Le métier à penser. Tisser des textes avec Baudouin Jurdant* (pp. 11-18). Études des sciences et Histoire des techniques. Éditions des archives contemporaines. <https://doi.org/10.17184/eac.2892>
- Jurdant, B. (2020b). Vulgarisation scientifique et idéologie. Dans M. Faury & J. Le Marec (dir.), *Le métier à penser. Tisser des textes avec Baudouin Jurdant* (pp. 25-36). Études des sciences et Histoire des techniques. Éditions des archives contemporaines. <https://doi.org/10.17184/eac.2904>
- Kivits, J. (2012). Les usages de l'internet santé. Dans C. Thoër & J. J. Lévy (dirs.), *Internet et santé : usages, acteurs et appropriations* (pp. 37-56). Presses de l'Université du Québec.
- Kivits, J. (2016). Les usages de l'Internet santé : vers une parentalité connectée ? Dans P. Suesser, M.-C. Colombo & C. Baudy (dirs.), *La prévention toujours en re-création : À l'école de la PMI* (pp. 155-186). Érès.

- Knibiehler, Y., & Fouquet, C. (1980). *L'histoire des mères du moyen âge à nos jours*. Éditions Montalba.
- Knibiehler, Y., & Fouquet, C. (1983). La femme et les médecins : Analyse historique. La Force des idées. Hachette.
- Lacoste, M. (1993). Langage et interaction : le cas de la consultation médicale. Dans J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste (dirs.), *Soins et Communication. Approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 33-61). Éthologie et Psychologie des communications. Presses Universitaires de Lyon.
- Larger, V. (2010). *Devenir médecin. Phénoménologie de la consultation médicale*. Éditions L'Harmattan.
- Lecorps, P., & Paturet, J.-B. (1999). *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*. Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique.
- Le Pen, C. (2012). Prévention de masse *versus* prévention à la carte. Le point de vue de l'économiste. Dans P. Corvol (dir.), *La prévention du risque en médecine : D'une approche populationnelle à une approche personnalisée* (pp. 57-72). Collège de France.
- Lereboullet, P. (1945). *Le guide de la jeune mère*. Les Éditions Sociales Françaises.
- Leseur, R. (1998). Fromage et listériose humaine. La crise des années 1986-1987. Dans M. Apfelbaum (dir.), *Risques et peurs alimentaires* (pp. 33-43). Éditions Odile Jacob.
- Manai, D. (2010). Le suivi de la grossesse : de l'encadrement légal des analyses prénatales à la responsabilité médicale pour information incomplète. Dans D. Manai, C. Buront-Jeangros & B. Elger (dirs.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 71-99). Stämpfli Editions/Bruylant.
- Mangenot, F. (2004). Analyse sémio-pragmatique des forums pédagogiques sur Internet. Dans J.-M. Salaün & C. Vandendorpe (dirs.), *Les défis de la publication sur le Web : hyperlectures, cybertextes et méta-éditions* (pp. 103-123). Presses de l'Esssib.
- Marchetti, D. (2010). *Quand la santé devient médiatique. Les logiques de l'information dans la presse*. PUG.
- Marcoccia, M. (1998) La normalisation des comportements communicatifs sur Internet : étude sociopragmatique de la Netiquette. Dans N. Gueguen & L. Tobin (dirs.), *Communication, société et Internet* (pp. 15-32). Éditions L'Harmattan.
- Matthey, M. (2011). Préface. Dans E. Yasri-Labrique (dir.), *Les forums de discussion : Agoras du XXI^e siècle ? Théories, enjeux et pratiques discursives* (pp. 7-9). Éditions L'Harmattan.
- Mauriceau, F. (2019). *Traité des Maladies des Femmes Grosses, Et de Celles Qui Sont Nouvellement Accouchées* (Classic Reprint). Forgotten Books.
- Méadel, C. (2020). Internaute-patients, une aventure collective. Dans I. Pailliarat (dir.), *Les nouveaux territoires de santé* (pp. 115-133). Éditions ISTE.
- Merger, R. (1961). Hygiène de la grossesse. *Précis d'obstétrique*. Masson & cie.
- Metzger, M. (1928). Hygiène de la grossesse. *L'accoucheur moderne. Précis d'obstétrique*. Librairie Félix Alcan.
- Metzger, J.-P. (dir.). (2016). *Médiation et représentation des savoirs*. (rééd. [1^{ère} éd. 2004]). Partage des savoirs. Recherches en Sciences de l'Information & de la Communication. L'Harmattan.

- Miège, B. (1990). *La société conquise par la communication, tome 1 : Logiques sociales*. PUG.
- Morabia, A. (2011). *Santé. Distinguer croyances et connaissance*. Odile Jacob.
- Morin, P. (1947). *La femme enceinte*. Éditions Tiranty.
- Najab, F. (2003). Psychologie de la communication. Dans E. Maigret (dir.), *Communication et médias* (pp. 17-22). Les notices de la documentation française.
- Ogrizek, M., Guillery, J.-M., & Mirabaud, C. (1996). *La communication médicale. Que sais-je ?* Presses universitaires de France.
- Omrane, D., & Mignot, P. (2022). La prévention du cancer du sein en ligne dans un contexte de crise de confiance : du discours médico-technique au soutien social. Dans B. Cordelier & O. Galibert (dirs), *Communications numériques en santé* (pp. 125-149). Série prospective technologique et application sociale. ISTE éditions.
- Paganelli, C., & Clavier, V. (2011). Le forum de discussion : une ressource informationnelle hybride entre information grand public et information spécialisée. Dans E. Yasri-Labrique (dir.), *Les forums de discussion : Agoras du XXI^e siècle ? Théories, enjeux et pratiques discursives* (pp. 39-54). Éditions L'Harmattan.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Armand Colin.
- Palierne, N., Gaussoit, L., Laurent, E., Ingrand, I., & Ingrand, P. (2020). Circulation familiale des savoirs sur le *risque élevé* de cancer colorectal. Dans N. Diasio & L. Mathiot (dirs.), *Éducation familiale et maladie. Circulation des savoirs, coordination et pratiques de soin* (pp. 111-131). Revue internationale de l'éducation familiale 2(48). Éditions L'Harmattan.
- Pénard, L. (1862). *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme*. Édition J.B. Baillière et fils.
- Peretti-Watel, P., & Moatti, J.-P. (2009). *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Éditions du Seuil.
- Peretti-Watel, P. (2010). *La société du risque*. La Découverte.
- Perrousseau, Y. (2020). *Règles de l'écriture topographique du français* (10^{ème} éd.). Atelier Perrousseau.
- Ponchon, F. (2003). *La loi du 4 mars 2002. La mise en pratique. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Berger Levrault.
- Poulain, J.-P. (2013). *Sociologies de l'alimentation. Les mangeurs et l'espace social alimentaire* (3^e éd.). PUF.
- Poulain, J.-P. (2018). Les dimensions de l'espace social alimentaire. Dans J.-P. Poulain (dir.), *Dictionnaire des cultures alimentaires* (2^e éd.) (pp. 383-408). PUF.
- Pynson, P. (1993). Mangeurs fin de siècle. Dans F. Piault. (dir.), *Le Mangeur : menus, mots et maux* (pp. 69-78). Série Mutations/ Mangeurs N°138. Éditions Autrement.
- Raude, J. (2015). Les peurs alimentaires contemporaines, entre perception et communication du risque. Dans Conseil National de l'Alimentation (coord.), *Communication et alimentation : comment reprendre confiance ?* Éditions François Bourin.

- Renahy, E. (2012). Les inégalités sociales face à l'Internet santé. Dans C. Thoër & J. J. Lévy (dirs.), *Internet et santé : usages, acteurs et appropriations* (pp. 13-36). Presses de l'Université du Québec.
- Renaud, L. (dir.). (2007). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*. Collection Santé et Société. Presses de l'Université du Québec.
- Romeyer, H. (2010). Introduction : santé et espace public. Dans H. Romeyer (dir.), *La santé dans l'espace public* (pp. 5- 11). Presses de l'EHESP.
- Romeyer, H. (2021). Santé et numérique : retour réflexif sur quelques travaux. Dans L. Morillon (dir.), *Les pratiques de recherche sur la santé en contexte numérique* (pp. 15-32). Éditions ISTE.
- Romeyer, H. (2022). Patient expert à l'ère numérique : entre mythes et réalité(s). Dans B. Cordelier & O. Galibert (dirs), *Communications numériques en santé* (pp. 153-177). Série prospective technologique et application sociale. ISTE éditions.
- Rouget, F. (1877). *Art de vivre longtemps en bonne santé- Traité des aliments : leurs qualités, leurs effets et le choix qu'il convient d'en faire selon l'âge, le tempérament, la profession, la saison et l'état de convalescence*. Édition Hachette Livre BnF. Source gallica.bnf.fr / BnF.
- Rouget, F. (1865). *Hygiène alimentaire, traité des aliments, leurs qualités et effets, le choix que l'on doit en faire selon l'âge, le tempérament, la profession, la saison et l'état de convalescence*. Édition Hachette Livre BnF. Source gallica.bnf.fr / BnF.
- Rozin, P. (1998). Réflexion sur l'alimentation et ses risques. Perspectives psychologiques et culturelles. Dans M. Apfelbaum (dir.), *Risques et peurs alimentaires* (pp. 135-147). Éditions Odile Jacob.
- San Marco, J.-L. (2016). Promotion de la santé et prévention des maladies. Dans F. Bourdillon, G. Brücker & D. Tabuteau (dirs.), *Traité de santé publique* (3^{ème} éd.) (pp. 43-53). Lavoisier.
- Setbon, M. (2021). *Face au risque sanitaire. Perceptions, émotions, décisions*. Éditions Masson.
- Singy, P., & Merminod, G. (2021). *La communication en milieu médical. Un labyrinthe*. Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Tabuteau, D. (dir.). (2011). *Les nouveaux patients. Rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025*. Rapport Office de Prospective en Santé. Éditions de Santé. Les Presses de Sciences Po.
- Tabuteau, D. (2013). *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*. Éditions Odile Jacob.
- Tanti-Hardouin, N. (2013). *La liberté au risque de la santé publique*. Les Belles Lettres.
- Thébaud, F. (1986). *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*. Presses universitaires de Lyon.
- Théviot, A. (2011). Les forums : un espace commun de discussion publique sur Internet ? Dans E. Yasri-Labrique (dir.), *Les forums de discussion : Agoras du XXI^e siècle ? Théories, enjeux et pratiques discursives*. Éditions L'Harmattan.
- Thiéblemont-Dollet, S. (2010). Chapitre 13. Dispositifs à l'œuvre dans les actions et mobilisations collectives. Dans V. Appel, H. Boulanger, & L. Massou (dirs), *Les*

- dispositifs d'information et de communication. Concepts, usages et objets* (pp. 213-225). De Boeck Supérieur.
- Thoër, C. (2012). Les espaces d'échange en ligne consacrés à la santé : de nouvelles médiations de l'information santé. Dans C. Thoër & J.J. Levy (dirs.), *Internet et santé, usages, acteurs et appropriations, collection santé et société* (pp. 57-91). PUQ.
- Thoër, C., & Lévy, J.J. (2012). Introduction. Dans C. Thoër & J.J. Levy (dirs.), *Internet et santé, usages, acteurs et appropriations, collection santé et société* (pp. 1-9). PUQ.
- Thonon, M. (dir.). (2004). Entretiens avec Jean Caune, Bernard Darras et Antoine Hennion. Dans M. Thonon (dir.), *Médiations et médiateurs. Médiation et Information (MEI) 19*. L'Harmattan.
- Vassy, C., & Derbez, B. (dirs.). (2019). *Introduction à la sociologie de la santé*. Armand Colin.
- Vitoux, J., & Spielrein, M. (2015). *Au risque de manger. Histoire et actualité des risques alimentaires*. Éditions PUF.
- Weber, J.-C. (2017). *La consultation (Questions de soin)*. Presses Universitaires de France.
- Wilhem, M.-C., & Gavard-Perret, M.-L. (2022). La réactance psychologique en communication de santé : facteur explicatif majeur de la difficulté à persuader. Dans K. Gallopel-Morvan & D. Crié (dirs.), *Marketing social et nudge. Comment changer les comportements en santé ?* (pp. 81-88). Éditions EMS.
- Wolton, D. (2005). Communication. Dans Commission française pour l'UNESCO. *La « société de l'information » : glossaire critique*. La documentation française.
- Wolton, D. (2009). *Informé n'est pas communiquer*. CNRS éditions.

Ouvrages numériques

- Artières, P., & Da Silva, E. (dirs.). (2001). *Michel Foucault et la médecine. Lectures et usages*. Éditions Kimé.
- Golse, A. (2001). De la médecine de la maladie à la médecine de la santé. Dans P. Artières & E. Da Silva (dirs.), *Michel Foucault et la médecine. Lectures et usages*. Éditions Kimé.

Deuxième section : Publications académiques et scientifiques

Articles de revues/périodiques

- Agamben, G. (2006). Théorie des dispositifs. *Po&sie*, 115(1), 25-33. <https://doi.org/10.3917/poesi.115.0025>
- Akrich, M., & Méadel, C. (2009). Les échanges entre patients sur l'Internet. *La Presse Médicale*, 38(10), 1484-1490. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2009.05.013>
- Akrich, M. (2010). Retour sur « Comment décrire les objets techniques ? » *Techniques & Culture*, (54-55), pp. 202-204.
- Amato, S., & Boutin, É. (2013). Rites d'interaction et forums de discussion en ligne : *Une analyse nethnospicive de comportements de déférence et de civilité*. *Les Cahiers du numérique*, 9(3-4), 135-159. <https://doi.org/10.3166/LCN.9.3-4.135-159>
- Ancelle, T., Goulet, V., Tirard-Fleury, V., Baril, L. et al. (1996). La toxoplasmose chez la femme enceinte en France en 1995. *BEH* (51).
- Andrieu, B. (2004). La fin de la biopolitique chez Michel Foucault : le troisième déplacement. *Le Portique*, 13-14. <https://doi.org/10.4000/leportique.627>
- Baarts, C., Tulinius, C., & Reventlow, S. (2000). Reflexivity—A strategy for a patient-centred approach in general practice. *Family Practice*, 17(5), 430-434.
- Batifoulier, P. (2012). Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin. *Revue Française de Socio-Économie*, 2(10), 155-174.
- Beaudouin, V., & Velkovska, J. (1999) Constitution d'un espace de communication sur Internet (forums, pages personnelles, courrier électronique...). *Réseaux*, 17(97), 121-177.
- Berthiaud, E. (2012). Le vécu de la grossesse aux XVIII^e et XIX^e siècles en France. Histoire, médecine et santé, (2), pp. 93-108. <https://doi.org/10.4000/hms.282>
- Berthiaud, E. (2020). La santé maternelle et infantile (Europe, XVI^e-XIX^e siècles) : état des lieux historiographique et bibliographique. *Annales de démographie historique*, 1(139), 27-90. <https://doi.org/10.3917/adh.139.0027>
- Beuscart, J., & Peerbaye, A. (2006). Histoires de dispositifs : (introduction). *Terrains & travaux*, 11(2), 3-15. <https://doi.org/10.3917/tt.011.0003>
- Binquet, C., Lejeune, C., Seror, V., Peyron, F., Bertaux, A. C., Scemama, O., Quantin, C., Béjean, S., Stillwaggon, E., & Wallon, M. (2019). The cost-effectiveness of neonatal versus prenatal screening for congenital toxoplasmosis. *PloS one*, 14(9), e0221709. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221709>
- Bondarianzadeh, D., Yeatman, H., & Condon-Paoloni, D. (2011). A qualitative study of the Australian midwives' approaches to Listeria education as a food-related risk during pregnancy. *Midwifery*, 27(2), 221–228.
- Bonnet, J., & Galibert, O. (2016). Organisations et savoirs : quelles médiations ? *Communication & Organisation*, (49), pp. 5-17. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.5164>

- Bouillon, J.-L., Bourdin, S., & Loneux, C. (2007). De la communication organisationnelle aux « approches communicationnelles » des organisations : glissement paradigmatique et migrations conceptuelles. *Communication et organisation*, (31), pp. 7-25.
- Boumhaouad, H. (2017). Pratiques info-communicationnelles des usagers des dispositifs numériques : Théorie de l'acteur-réseau. *Les Cahiers du numérique*, 13(3-4), 137-166.
- Bouvier-Blaizot, C. (2008). Évolution des risques infectieux alimentaires. *Annales des Mines - Responsabilité et environnement*, 3(51), 25-30. <https://doi.org/10.3917/re.051.0025>
- Cahen, F. (2014). Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970). *Revue d'histoire de la protection sociale*, 7(1), 34-57. <https://doi.org/10.3917/rhps.007.0034>
- Cahen, F. & Chilette, S. (2018). Les ambivalences du diagnostic précoce de grossesse (XVI^e-XX^e siècle). *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, 48(2), 223-241. <https://doi.org/10.4000/clio.15142>
- Camus, J., & Oria, N. (2017). Accompagnement des mères pendant la grossesse : des discours différenciés. *La Santé en action*, (441), pp. 16-17.
- Canguilhem, G. (1988). Le statut épistémologique de la médecine. *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, 10, 15-29. <http://www.jstor.org/stable/23328893>
- Carne B., Tirard-Fleury V. (1996). La toxoplasmose chez la femme enceinte en France : séroprévalence, taux de conversion et niveau de connaissances des mesures préventives. Tendances 1965-1995. *Méd Mal Infect.* (26), pp. 431-436.
- Centers for Disease Control (CDC) (1985). Listeriosis outbreak associated with Mexican-style cheese--California. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 34(24), 357-359.
- Charlier, C., Perrodeau, É., Leclercq, A., Cazenave, B., Pilmis, B., Henri, B., Lopes, A., Maury, M.M., Moura, A., Goffinet, F., Bracq Dieye, H., Thouvenot, P., Ungeheuer, M.-N., Tourdjman, M., Goulet, V., de Valk, H., Lortholary, O., Ravaut, P., & Lecuit, M. (2017). Clinical features and prognostic factors of listeriosis: the MONALISA national prospective cohort study. *The Lancet Infectious diseases*, 17(5), 510-519. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30521-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30521-7)
- Cherba, M., Thoër, C., Turbide, O., Denault, V., Renaud, L., Valderrama, A., & Muloin, C. (2019). Le soutien social en ligne comme mode d'intervention psychosociale : revue de littérature, pistes de recherche et recommandations pour les intervenants. *Santé Publique*, 31(1), 83-92. <https://doi-org.proxy-bu2.u-bourgogne.fr/10.3917/spub.191.0083>
- Cook, J. L., Graves, L., & Kirkham, C. (2018). Listeriosis in Pregnancy: Practitioners' Food Safety Counselling Practices to Pregnant Women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(9), pp. 1139-1147. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.01.021>
- Cook, A. J., Gilbert, R. E., Buffolano, W., Zufferey, J., Petersen, E., Jenum, P. A., Foulon, W., Semprini, A. E., & Dunn, D. T. (2000). Sources of toxoplasma infection in pregnant women: European multicentre case-control study. European Research Network on Congenital Toxoplasmosis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 321(7254), 142-147. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7254.142>

- Cot, S., Durand, D., Daniel, S., Paris, S., Millot, I., & Binquet, C. (2022). Prévention au premier trimestre de la grossesse : perspective des professionnels. *Santé Publique*, 34(1), 71-85. <https://doi.org/10.3917/spub.221.0071>
- Coulomb, L., Douguet, F., Fillaut, T., Hontebeyrie, J., & Vilbrod, A. (2019). Généralistes et sages-femmes libérales face au risque alcool chez la femme enceinte – quand les représentations influencent les pratiques. *Revue ¿ Interrogations ?*, (29). Dans *Vino Humanitas. Des usages du vin dans les sociétés*.
- De Iulio, S. (2011). De la peur de manquer aux dangers de l'obésité : les discours publicitaires et la construction sociale des risques alimentaires. *Le Temps des médias*, 2(17), 143-163.
- Desmots, G., Couvreur, J. & Lelong, F. (1965). Étude épidémiologique sur la toxoplasmose : de l'influence de la cuisson des viandes de boucherie sur la fréquence de l'infection humaine. *Rev.fr. étud.clin.biol.* 10, 952-958.
- Des Tout-Petits, L., Salinier-Rolland, C. & Simeoni, U. (2017). De la conception de l'enfant jusqu'à l'âge de 2 ans, les 1 000 premiers jours de vie sont une période clé en matière de prévention. *Contraste*, 2(46), 13- 38. <https://doi.org/10.3917/cont.046.0013>
- De Valk, H., & Salvat, G. (2015). Alimentation et risques infectieux : enjeux et stratégies pour limiter l'impact sur la santé. *Les Tribunes de la santé*, 4(49), 61-68. <https://doi.org/10.3917/seve.049.0061>
- Domin, J. (2014). De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? *Les Tribunes de la santé*, HS3, 21-29.
- Edvardsson, K., Ivarsson, A., Eurenus, E., Garvare, R., Nyström, M. E., Small, R., & Mogren, I. (2011). Giving offspring a healthy start: parents' experiences of health promotion and lifestyle change during pregnancy and early parenthood. *BMC public health*, 11, 936. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-936>
- Elmore, N., Burt, J., Abel, G., Maratos, F. A., Montague, J., Campbell, J., & Roland, M. (2016). Investigating the relationship between consultation length and patient experience: a cross-sectional study in primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(653), e896–e903. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687733>
- Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. *Journal of medical Internet research*, 10(3), e22. <https://doi.org/10.2196/jmir.1030>
- Fischler, C. (1979). Gastro-nomie et gastro-anomie. Dans F. Fischler (dir.), *La nourriture. Pour une anthropologie bioculturelle de l'alimentation*. *Communications*, (31), pp. 189-210. <https://doi.org/10.3406/comm.1979.1477>
- Fischler, C. (1993a). Le complexe alimentaire moderne. Dans G. Vigarello (dir.), *Communications* (56), *Le gouvernement du corps*, pp. 207-224. <https://doi.org/10.3406/comm.1993.1859>
- Fleck, D. (1963). Epidemiology of toxoplasmosis. *Journal of Hygiene*, 61(1), 61-65. doi:10.1017/S002217240002074X

- Foucault, M. (1977). « Le jeu de Michel Foucault » (entretien avec D. Colas, A. Grosrichard, G. Le Gaufey, J.Livi, G. Miller, J. Miller, J.-A. Miller, C. Millot, G. Wajeman). *Ornicar ? Bulletin Périodique du champ freudien*, (10), pp. 62-93.
- Gaimard, M. (2015). L'évolution de la mortalité depuis le milieu du XX^e siècle. *L'Europe en Formation*, 3(377), 30-45. <https://doi.org/10.3917/eufor.377.0030>
- Gallin, S., Lichtlé, M., & Balbo, L. (2019). Le rôle de la comparaison sociale dans les communautés en ligne de soutien à la perte de poids. *Décisions Marketing*, 95, 33-55. <https://doi-org.proxy-bu2.u-bourgogne.fr/10.7193/DM.095.33.55>
- Gardère, E., & D'Almeida, N. (2014). Risques mineurs, changements majeurs. *Communication et organisation*, 45, 1-16. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.4456>
- Gardiès, C. (2014). Lecture et appropriation de l'information : enjeux d'un dispositif pédagogique de médiation des savoirs. *PontodeAcesso*, 8(2), 124-139.
- Gauducheau, N. (2012). Demander de l'information dans un forum de discussion : L'exemple d'Ados.fr. *Les Cahiers du numérique*, 8(1-2), 63-96. <https://www.cairn.info/revue--2012-1-page-63.htm>.
- Grenier, C., Le Guludec, D., de Montalembert, P., & Mounic, V. (2020). Haute Autorité de santé et normalisation de la médecine. *Les Tribunes de la santé*, 2(64), 37-47. <https://doi.org/10.3917/seve1.064.0037>
- Grimes, H. A., Forster, D. A., & Newton, M. S. (2014). Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*, 30(1), e26–e33. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.007>
- Gutierrez, H., & Houdaille, J. (1983). La mortalité maternelle en France au XVIII^e siècle. *Population*, 38^e année, (6), pp. 975-994.
- Handfield, B., Turnbull, S., & Bell, R. J. (2006). What do obstetricians think about media influences on their patients ? *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 46(5), 379-383. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2006.00621.x>
- Hausser, F. (2014). Sciences humaines et sociales : un regard nécessaire sur l'alimentation. *Médecine des maladies Métaboliques*, 8(3), 257-261. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(14\)70795-3](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(14)70795-3)
- Hébel, P. (2010). Influence de la communication sur l'alimentation. *Communication & langages*, 2(164), 41-52. <https://doi.org/10.4074/S0336150010012044>
- Hernandez-Milian, A., & Payeras-Cifre, A. (2014). What is new in listeriosis? *BioMed research international*, 358051. <https://doi.org/10.1155/2014/358051>
- Hubin-Gayte, M., & Squires, C. (2012). Étude de l'impact de la grossesse sur les comportements alimentaires à travers l'utilisation du questionnaire SCOFF. *L'évolution psychiatrique* 77, 201-212.
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ open*, 7(10), e017902. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>

- Jacques, B. (2004). Le festin du fœtus : interdits alimentaires et rituels de protection pendant la grossesse. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, (333), pp.22-24.
- Jurdant, B. (2006a). Parler la science ? Médiation et culture scientifique. *Alliage*, (59), pp. 57-63. <http://revel.unice.fr/alliage/index.html?id=3517>.
- Jurdant, B. (2006b). Écriture, réflexivité, scientificité. *Sciences de la Société*, (67), pp. 131-143.
- Keck, F. (2008). Risques alimentaires et maladies animales. L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, de la vache folle à la grippe aviaire. *Médecine/Sciences*, 24(1), 81-85.
- Kirkham, C., & Berkowitz, J. (2010). Listeriosis in pregnancy: survey of British Columbia practitioners' knowledge of risk factors, counseling practices, and learning needs. *Canadian family physician*, 56(4), e158–e166.
- Kivits, J. (2006). Informed patients and the internet: a mediated context for consultations with health professionals. *Journal of health psychology*, 11(2), 269-282. <https://doi.org/10.1177/1359105306061186>
- Kivits, J. (2008). Le marché de l'information santé : une cacophonie organisée ? *La Santé de l'homme*, (396), Médias et santé : développer l'esprit critique, 14-16. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.
- Klima, C.S., Vonderheid, S.C., Norr, K.F., & Park, C.G. (2015). Development of the Pregnancy-related Empowerment Scale. *Nursing and Health*, 3(5), 120-127. doi: 10.13189/nh.2015.030503
- Kouabenan, R. (2002). La perception des risques comme voie d'analyse et de prévention des risques : état de l'art. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 63(3-4),0.
- Labrot, V. (2000) Gérer le risque alimentaire, une réflexion sur l'action. *Cahier de nutrition et de diététique*, 35(6), 402.
- Lagan, B. M., Sinclair, M., & Kernohan, W. G. (2010). Internet use in pregnancy informs women's decision making: a web-based survey. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 37(2), 106-115. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00390.x>
- Lagan, B. M., Sinclair, M., & Kernohan, W. G. (2011). What is the impact of the Internet on decision-making in pregnancy? A global study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 38(4), 336-345. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00488.x>
- Lake, A. A., Rugg-Gunn, A. J., Hyland, R. M., Wood, C. E., Mathers, J. C., & Adamson, A. J. (2004). Longitudinal dietary change from adolescence to adulthood: perceptions, attributions and evidence. *Appetite*, 42(3), 255-263. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2003.11.008>
- Laporte, M.-E. (2019). Distinguer les risques sanitaire et nutritionnel perçus pour améliorer les comportements alimentaires. *Décisions Marketing*, 4(96), 53-68. <https://doi.org/10.7193/DM.096.53.68>
- Larroche, V. (2018). *Le dispositif, un concept pour les sciences de l'information et de la communication*. ISTE éditions.

- Lascoumes, P. (1993). Construction sociale des risques et contrôle du vivant. *Prévenir*, (24), pp. 23-36.
- Leads from the MMWR. Listeriosis outbreak associated with Mexican-style cheese--California. (1985). *JAMA*, 254(4), 474.
- Lecorps, P. (2010). Du bon usage de la prévention dans la santé. *Revue Projet*, 6(319), 35-42. <https://doi.org/10.3917/pro.319.0035>
- Lee, Y., & Moon, M. (2016). Utilization and Content Evaluation of Mobile Applications for Pregnancy, Birth, and Child Care. *Healthcare informatics research*, 22(2), 73-80. <https://doi.org/10.4258/hir.2016.22.2.73>
- Leune, A.-S., & Nizard, J. (2012). Docteur Google : l'utilisation d'Internet au cours de la grossesse en France, en 2009. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 41(3), 243-254. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.11.007>
- Lévy, J.J., & Thoër, C. (2013). Diversité des usages santé d'Internet et enjeux de communication. *Communiquer, Revue Internationale Communication Sociale et Publique*, (10), pp. 1-4. <https://doi.org/10.4000/communiquer.1405>
- Lombard, J. (2006). Aspects de la *technè* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin. *Le Portique, e-Portique*, 1-13. <https://doi.org/10.4000/leportique.876>
- Lund, B.M., Knox, M.R., & Cole, M.B. (1989). Destruction of *Listeria monocytogenes* during microwave cooking. *Lancet*, 1(8631), 218.
- Mangenot, F. (2002). *Écriture collective par forum sur le Web : un nouveau genre d'écrit universitaire ?* Publié en ligne : https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00000268 (HAL Id: sic_00000268)
- Masella, M. A., & Godard, B. (2020). Enjeux éthiques du recours à Internet par les femmes enceintes dans leur suivi de grossesse. *Santé publique*, 32(2-3), 171-182. <https://doi.org/10.3917/spub.202.0171>
- Mateus, T., Silva, J., Maia, R. L., & Teixeira, P. (2013). Listeriosis during Pregnancy: A Public Health Concern. *ISRN obstetrics and gynecology*, 2013, 851712. <https://doi.org/10.1155/2013/851712>
- Méadel, C. (2010). Les savoirs profanes et l'intelligence du Web. *Hermès, La Revue*, 2(57), 111-117. <https://doi.org/10.4267/2042/38647>
- Méadel, C., & Akrich, M. (2010). Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin. *Les Tribunes de la santé*, 4(29), 41-48. <https://doi.org/10.3917/seve.029.0041>
- Membrado, M. (1993). La construction médicale de la relation thérapeutique : Pour une définition des enjeux. *Ethnologie Française*, 23(4), 526-533.
- Meunier, J.-P. (1999). Dispositif et théories de la communication : deux concepts en rapport de codétermination. *Hermès, La Revue*, 3(25), 83-91. <https://doi.org/10.4267/2042/14976>
- Michels, S. (2005). Perception des messages nutritionnels par le consommateur français. *OCL*, 12(5-6), 395-396. <https://doi.org/10.1051/ocl.2005.0395>
- Nogareda, F., Le Strat, Y., Villena, I., De Valk, H., & Goulet, V. (2014). Incidence and prevalence of *Toxoplasma gondii* infection in women in France, 1980-2020: model-

- based estimation. *Epidemiology and Infection*, 142(8), 1661–1670. <https://doi.org/10.1017/S0950268813002756>
- Nouira, S., Deparis, J., Bouin, T., & Contal D. (2015). Évaluation de l'utilisation d'Internet par les femmes enceintes en France en 2015. *La Revue Sage-femme*, 14(6), 215-22. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2015.10.008>
- Oliveri, N., Tuillier, M., & Mesrobian, E. (2019). *L'internaute reprend le pouvoir. Les nouveaux défis de la communication digitale*. L'Harmattan.
- Pascal, C., Spiess, M., & Thévenot, A. (2011). Expérience de passivité et affects d'angoisse dans le temps de la grossesse. *Dialogue*, 192(2), 137-148. <https://doi.org/10.3917/dia.192.0137>
- Pereboom, M. T., Manniën, J., Spelten, E. R., Schellevis, F. G., & Hutton, E. K. (2013). Observational study to assess pregnant women's knowledge and behaviour to prevent toxoplasmosis, listeriosis and cytomegalovirus. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 98. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-98>
- Pereboom, M. T., Manniën, J., van Almkerk, K. D., Spelten, E. R., Gitsels, J. T., Martin, L., Hutton, E. K., & Schellevis, F. G. (2014). What information do Dutch midwives give clients about toxoplasmosis, listeriosis and cytomegalovirus prevention? An exploratory study of videotaped consultations. *Patient education and counseling*, 96(1), 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.001>
- Peyron, F., L'ollivier, C., Mandelbrot, L., Wallon, M., Piarroux, R., Kieffer, F., Hadjadj, E., Paris, L., & Garcia Meric, P. (2019). Maternal and Congenital Toxoplasmosis: Diagnosis and Treatment Recommendations of a French Multidisciplinary Working Group. *Pathogens*, 8(1), 24. <https://doi.org/10.3390/pathogens8010024>
- Poon L.C., David McIntyre H., Hyett J.A., Fonseca E.B.d., Hod M., for the FIGO Pregnancy and NCD Committee. (2018). The first-trimester of pregnancy - a window of opportunity for prediction and prevention of pregnancy complications and future life, *Diabetes Research and Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.05.002>
- Puech, F. (2007-2008). L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. *ADSP*, (61-62), pp. 35-57.
- Quagliariello, C. (2017). Le temps consacré à la communication médecin-patient : Analyses socio-anthropologiques du consentement éclairé. *Politiques de communication*, 2(9), 63-88. <https://doi.org/10.3917/pdc.009.0063>
- Raude, J. (2013). Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions. *Communication & langages*, 2(176), 49-64. <https://doi.org/10.3917/comla.176.0049>
- Reach, G. (2020). Normes et invariants en médecine. Une réflexion au temps du Covid. *Les Tribunes de la santé*, 2(64), 21-36.
- Reeves, N., Pelletier, V., Schauder, C., Thériault, J., & Wendland, J. (2016). Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse ; une étude longitudinale et qualitative. *Devenir*, 28(1), 43-64. <https://doi.org/10.3917/dev.161.0043>

- Renaud, L., & Rico de Sotelo, C. (2007). Communication et santé : des paradigmes concurrents. *Santé Publique*, 19(1), 31-38. <https://doi.org/10.3917/spub.071.0031>
- Réquillart, D. (2001). « Savoir plus, risquer moins » de la communication publique comme enjeu stratégique », *Communication et organisation*, (20), pp. 1-11. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.2568>
- Richard, J.-B., Bluzat, L., & Nguyen-Thanh, V. (2006). Deux tiers de Français consultent Internet à des fins de santé. *La Santé en action*, 436, 48-49. https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119640/file/152093_sante-action-436.pdf
- Romeyer, H., & Moktefi, A. (2013). Pour une approche interdisciplinaire de la prévention. *Communication & langages*, 176 (2), 33-47. <https://doi.org/10.3917/comla.176.0033>
- Romeyer, H. (2015). Le bien-être en normes : les programmes nationaux nutrition santé. *Questions de communication*, 1(27), 41-61. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.9685>
- Roos, E., Lahelma, E., Virtanen, M., Prattala, R., & Pietinen, P. (1998). Gender, socioeconomic status and family status as determinants of foodbehaviour. *Social Science and Medicine*, 46, 1519 – 1529.
- Rumeau-Rouquette, C. (2004). L'effet des politiques publiques sur les résultats périnataux en France. *Santé, Société et Solidarité*, (1), Naître en France et au Québec, pp. 57-68. <https://doi.org/10.3406/oss.2004.1222>
- Sanders, R. A., & Crozier, K. (2018). How do informal information sources influence women's decision making for birth? A meta synthesis of qualitative studies. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1648-2>
- Schlech, W.F. 3rd, Lavigne, P.M., Bortolussi, R.A., Allen, A.C., Haldane, E.V., Wort, A.J., Hightower, A.W., Johnson, S.E., King, S.H., Nicholls, E.S. & Broome, C.V. (1983). Epidemic listeriosis—evidence for transmission by food. *New England Journal of Medicine*, 308(4), 203-206. doi:10.1056/NEJM198301273080407.
- Schneider, S. M. (1996). Creating a Democratic Public Sphere Through Political Discussion: A Case Study of Abortion Conversation on the Internet. *Social Science Computer Review*, 14(4), 373-393. <https://doi.org/10.1177/089443939601400401>
- Schwartz, B., Ciesielski, C.A., Broome, C.V., Gaventa, S., Brown, G.R., Gellin, B.G., Hightower, A.W., & Mascola, L. (1988). Association of sporadic listeriosis with consumption of uncooked hot dogs and undercooked chicken. *Lancet*, 2(8614), 779-782. doi: 10.1016/s0140-6736(88)92425-7.
- Setbon, M. (1997). Le principe de précaution en questions. *Revue française des Affaires sociales*, (3-4), pp. 201-207.
- Simeoni, U. (2019). Le développement et les 1000 premiers jours : une opportunité de prévention précoce en santé. *Spirale*, 4(92), 42- 44. <https://doi.org/10.3917/spi.092.0042>

- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236 (4799), 280-285.
doi: 10.1126/science.3563507
- Slovic, P. (1999). Are trivial risks the greatest risks of all? *Journal of Risk Research*, 2(4), 281-288.
- Stevenson, F. A., Kerr, C., Murray, E., & Nazareth, I. (2007). Information from the Internet and the doctor-patient relationship: the patient perspective--a qualitative study. *BMC family practice*, 8, 47. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-47>
- Taylor, M., Kelly, M., Noël, M., Brisdon, S., Berkowitz, J., Gustafson, L., & Galanis, E. (2012). Pregnant women's knowledge, practices, and needs related to food safety and listeriosis: a study in British Columbia. *Canadian family physician*, 58(10), 1106–1112.
- Thomas, J.-P. (2001). Qu'est-ce que le pouvoir médical ? *Raison présente*, (137), pp. 39-52.
- Timsit, G. (2004). La régulation : La notion et le phénomène. *Revue française d'administration publique*, (109), pp. 5-11.
- Touboul, A., & Vercher, E. (2008). Communication et santé : entre rationalité marchande, logique d'information et communauté d'intérêts. *tic&société*, 2(1), 44-63.
<https://doi.org/10.4000/ticetsociete.378>
- Tourdjman, M., Tchéandjieu, C., De Valk, H., Goulet, V., & Le Strat, Y. (2015). Toxoplasmose chez les femmes enceintes en France : évolution de la séroprévalence et des facteurs associés entre 1995 et 2010, à partir des Enquêtes nationales périnatales. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (15-16), 264-72.
http://www.invs.sante.fr/beh/2015/15-16/2015_15-16_5.html
- Truc, G. (2006). La paternité en Maternité : Une étude par observation. *Ethnologie française*, 36(2), 341-349. <https://doi.org/10.3917/ethn.062.0341>
- Vandenbergh, F. (2001). Introduction à la sociologie (cosmo) politique du risque d'ulrich. *Revue du MAUSS*, 1(17), 25-39. <https://doi.org/10.3917/rdm.017.0025>
- Van den Broucke, S. (2017). La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. *La Santé en action*, (440), pp. 11-13.
- Viaux-Savelon, S. (2013). La parentalité échographique. *Dialogue*, 199 (1), 19-31.
<https://doi.org/10.3917/dia.199.0019>
- Vion, R. (1996). L'analyse des interactions verbales. *Les Carnets du Cediscor*. [En ligne]
<https://doi.org/10.4000/cediscor.349>
- Wallon, M., Mallaret, M.R., Mojon, M. & Peyron, F. (1994). Toxoplasmose congénitale, évaluation de la politique de prévention. *La Presse Médicale*, 23(32), 1467-1470.
- Wilson, C.B., & Remington, J.S. (1980). What can be done to prevent congenital toxoplasmosis? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 138(4), 357-363. doi: 10.1016/0002-9378(80)90129-5.
- Wong, L. F., Ismail, K., & Fahy, U. (2013). Listeria awareness among recently delivered mothers. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 33(8), 814–816.
<https://doi.org/10.3109/01443615.2013.830091>

Wynne, B. (1999) Une approche réflexive du partage entre savoir expert et savoir profane, *Les Cahiers de la sécurité intérieure*, (38), pp. 219-236.

Conférences et colloques

Cauteren, D. V. (30 mai 2017). *Estimation de la morbidité et la mortalité des infections alimentaires en France*, Rencontres de Santé publique France, Paris. Consulté le 26 janvier 2021 sur le site www.rencontressantepubliquefrance.fr.

Csergo, J. (9 décembre 2008). *L'éducation alimentaire mise en perspective : que nous apprend l'histoire ?* [Colloque Institut Français pour la Nutrition]. Éduquer les mangeurs ? De l'éducation nutritionnelle à l'éducation alimentaire. Paris.

Institut Français pour la Nutrition (9 décembre 2008). *Éduquer les mangeurs ? De l'éducation nutritionnelle à l'éducation alimentaire*. [Colloque IFN]. Paris. Actes du Colloque IFN disponibles sur <https://alimentation-sante.org/documents/eduquer-les-mangeurs-de-leducation-nutritionnelle-a-leducation-alimentaire/#>

Poulain, J.-P. (22 novembre 2016). *De la perception des risques à la prise en compte des inquiétudes alimentaires*. Le rôle des sciences sociales dans la gestion du risque sanitaire des aliments - Présentation des résultats de l'étude "Inquiétudes alimentaires" [Colloque OCHA-Université de Toulouse-CREDOC]. "Tais toi et mange !", Institut Pasteur, Paris. <https://www.lemangeur-ocha.com/wp-content/uploads/2016/12/conference-jean-pierre-poulain-ttem-2016.pdf>

Thoër, C. (11 mars 2010). *Parler de sa santé dans les forums sur Internet* [Journées annuelles de santé publique (JASP)]. Le développement de "l'Internet-santé" : quels sont les enjeux pour la santé publique? <http://www.inspq.qc.ca/archives/>.

Vacheron, A. (2010). *Doute en médecine*. [Séance solennelle de rentrée des cinq académies]. Institut de France. http://seance-cinq-academies-2010.institut-de-france.fr/discours_vacheron.php.

Mémoire/Thèse

Bianchi, C. (2017). *Élaboration et évaluation d'une méthode de conseils alimentaires personnalisés et pas-à-pas visant à améliorer l'adéquation nutritionnelle des régimes de femmes enceintes en France*. [Thèse de doctorat, « Sciences de la nutrition », Université Paris-Saclay préparée à AgroParisTech].

Binquet, C. (2003). *Évaluation des stratégies de dépistage et de prise en charge de la toxoplasmose congénitale*. [Thèse de doctorat, « Santé publique. Épidémiologie. Économie de la santé et prévention », Université de Bourgogne].

Goulet, V. (2013). *Comment réduire l'incidence de la listériose humaine ? Bilan de 30 ans de surveillance épidémiologique en France*. [Thèse de doctorat, « Épidémiologie et intervention en santé publique », Université Paris Sud 11].

Lambert, C. (2016). *L'information nutritionnelle faite dans le cadre du suivi de grossesse*. [Mémoire de sage-femme, UFR Angers].

Dictionnaire

Murat. (1817). Régime pendant la grossesse dans l'article « Grossesse ». Dans Panckoucke, *Dictionnaire des sciences médicales, t. XIX*, pp. 370-546. Disponible sur : <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?47661x19>

Larousse. (s. d.). Aliment. Dans *Le Dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté le 18 janvier 2021 sur <https://www.larousse.fr/>

Office québécois de la langue française (2020). Le Grand Dictionnaire terminologique. <https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/>

Troisième section : Textes institutionnels et officiels

Rapports et guides

- Agence française de sécurité sanitaire des aliments. (Juillet 2000). *Rapport de la commission d'étude des risques liés à Listeria monocytogenes*. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/054000123.pdf>
- Agence française de sécurité sanitaire des aliments. (Octobre 2001). Avis relatif à la classification des aliments selon le danger représenté par *Listeria monocytogenes* (Maisons-Alfort, le 29 octobre 2001). <https://www.anses.fr/fr/system/files/MIC2000sa0094.pdf>
- Agence française de sécurité sanitaire des aliments. (Mars 2005). Avis sur la révision de l'avis 2000-SA-0094 sur la classification des aliments au regard du risque représenté par *Listeria* et les protocoles de tests de croissance. (Maisons-Alfort, le 9 mars 2005). <https://www.anses.fr/fr/system/files/MIC2003sa0362.pdf>
- Agence française de sécurité sanitaire des aliments. (Décembre 2005). *Toxoplasmose : état des connaissances et évaluation du risque lié à l'alimentation*. Rapport du groupe de travail « *Toxoplasma gondii* » de l'Afssa. <https://www.anses.fr/fr/system/files/MIC-Ra-Toxoplasmose.pdf>
- Agence française de sécurité sanitaire des aliments. (2007). *Le guide nutrition de la grossesse*. AFSSA.
- Agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail. (2017). Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3). Avis de l'Anses. Rapport d'expertise collective.
- Assemblée Nationale. Rapport d'information N°3627 déposé le 6 juillet 2022 par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences sanitaires et présenté par M. Yves Bur, député. <https://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3627.pdf>
- Baelde, D. (1996). Les risques provenant des aliments sont-ils contrôlés ? Aspects toxicologiques et réglementaires. Dans J.-F. Desjeux & S. Hercberg (dirs), *La nutrition humaine. La recherche au service de la santé*. Dossiers documentaires. Inserm. (pp. 45-52). Nathan.
- Baril L., Ancelle T., Thulliez P., Goulet V., Tirard V. & Carne B. (1996). Facteurs de risque d'acquisition de la toxoplasmose chez les femmes enceintes en France en 1995. *BEH* (16).
- Blondel, B., Supernant, K., du Mazaubrun, C., & Bréart, G. (2005). *Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998*. [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.
- Blondel, B. (Inserm), Gonzalez, L. & Raynaud, P. (dirs.) et al. (2017). *Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010*. Rapport DREES.

- Bouvet, E. (2008) *Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, son histoire et son rôle dans le partage et la diffusion de données épidémiologiques*. BEH hors-série / 26 novembre 2008. pp. 15-16.
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français, la Société française de médecine périnatale, la Fédération nationale des groupes d'études en néonatalogie et urgences pédiatriques et des représentants des médecins généralistes. (1996). *Guide de surveillance de la grossesse*. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM)
- Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France- Section Alimentation (septembre 2008). *Avis relatif à Listeria monocytogenes et alimentation*. Séance du 8 septembre 1992.
- Cour des comptes (2006). Rapport public annuel 2006, *La politique de périnatalité*, pp. 367-396.
- Cour des comptes (2012). Rapport public annuel 2012, *La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation*, pp. 395-428.
- Dartnton-Hill, I. (2013). *Conseil nutritionnel pendant la grossesse. Justification du point de vue biologique, comportemental et contextuel*. Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/elena/titles/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/fr/
- Department of Health. (2012). *The power of information: Putting all of us in control of the health and care information we need*. DoH. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213689/dh_134205.pdf
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2019). *Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine*. N°1113.
- Etiévant P., Bellisle, F., Dallongeville, J., Etilé, F., Guichard, E. et al. (2010). *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ?* Rapport de l'expertise collective [Programme 215 sous-action 22/ n°étude : 18285), INRA.
- European Food Information Council. (2017). *How to talk about food risk. A handbook for professionals*. EUFIC. <https://www.eufic.org/fr/securite-alimentaire/categorie/communication-sur-les-risques-alimentaires>
- Ferré, F. (1994). *Transmettre la vie à l'aube du XXIe siècle*. Dossiers documentaires. Inserm. Nathan.
- Gomes, E., Menguy, C., Cahour L., Regnault, N. & le groupe de travail sur les indicateurs en périnatalité. (2022). *Rapport de surveillance de la santé périnatale en France*. Santé publique France. [www.santepubliquefrance.fr/http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf_internet_recherche/SPF00004011](http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf_internet_recherche/SPF00004011)
- Haute Autorité de Santé. (2005). *Comment mieux informer les femmes enceintes*. Recommandations professionnelles.
- Haute Autorité de Santé. (2010). *Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer*. Recommandations de bonne pratique.

- Haute Autorité de Santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. État des lieux
- Haute Autorité de Santé. (2016). *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Recommandations de bonne pratique.
- Inspection générale des affaires sociales. (2005, avril). *État des lieux et synergie de la communication publique aux usagers en matière de santé et d'offre de soins*. (Rapport n°2005 035).
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/054000474.pdf>
- Institut national de la recherche agronomique. (coord.). (2012). *Comportements alimentaires*. Éditions Quæ.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (coord.). (2017). *Agir sur les comportements nutritionnels : Réglementation, marketing et influence des communications de santé*. EDP Sciences.
- Institut de veille sanitaire. *Note de l'InVS sur l'augmentation inexplicée de la listériose en France*. (Saint Maurice, le 9 octobre 2007).
- Käferstein F., & Abdussalam M. (1999). La salubrité des aliments au XXI^e siècle. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé : la revue internationale de santé publique : recueil d'articles 1999*, (1), 116-117.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Haut Comité de la Santé Publique. (1994). *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité*. Éditions ENSP.
- Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation. (s. d.). *Feuille de route des États généraux de l'alimentation*.<https://agriculture.gouv.fr/egalim-tout-savoir-sur-la-loi-agriculture-et-alimentation>.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DATAR, CREDES. (2000). *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*. La documentation française.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). Programme National Nutrition Santé 2019-2023. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (1948). *Première Assemblée Mondiale de la Santé. Rapport du Groupe de travail à la Commission du Programme*. Hygiène de la maternité et de l'enfance (Actes officiels OMS, 10, pages 7-8).
- Organisation mondiale de la santé. (1965). *La nutrition pendant la grossesse et l'allaitement. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS*. Série de Rapports techniques N°302.
- Organisation mondiale de la santé. (1972). Service OMS d'information épidémiologique pour les États Membres. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 47(49), pp. 477-478.
- Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada, & Association canadienne de santé publique. (17-21 novembre 1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Conférence internationale pour la promotion de la santé. Vers une nouvelle santé publique.

- Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé.
- Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN). (2008). Note d'information INFOSAN N°3/30 avril 2008- Sécurité sanitaire des aliments et nutrition chez la femme enceinte et le nourrisson.
- Richard, J.-B., Gautier A., Guignard R., Léon C., & Beck, F. (2015). *Méthodologie du Baromètre santé 2014*. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Rocourt, J., Jacquet, C. & Bille, J.- Food safety unit, Division of food and nutrition, World Health Organization . (1997). Human Listeriosis 1991-1992. Food Safety Issues.
- Rolland-Cachera, M.-F. (1996). Les besoins métaboliques et leurs variations physiologiques. Dans J.-F. Desjeux & S. Hercberg (dirs.), *La nutrition humaine. La recherche au service de la santé* (pp. 99-123). Dossiers documentaires. Inserm. Nathan.
- Santé publique France (2014). Enquêtes Baromètre Santé. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2014>
- Santé publique France (2020). Dossier thématique Listériose. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-infectieuses-d-origine-alimentaire/listeriose/donnees/#tabs>
- Wanless, D. (2004). *Securing good health for the whole population: Final report*. HMSO. Disponible sur : <https://editorial.health.org.uk/theme/securing-good-health-whole-population-report>

Textes législatifs

- Loi du 16 décembre 1942 relative à la Protection de la maternité de la première enfance (J.O. n°0305 du 22 décembre 1942)
- Loi n°89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé. (J.O. n°0294 du 19 décembre 1989.
- Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique (J.O. n°0049 du 19 février 1902)
- Loi du 27 juillet 1904 portant reconnaissance d'utilité publique de la Société scientifique d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme (J.O. du 29 juillet 1904)
- Décret n°62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile.
- Décret n°78-396 du 17 mars 1978 portant modification du décret n° 62-840 du 19 juillet 1962 modifié relatif à la protection maternelle et infantile.
- Décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires pré et postnataux. (J.O. n°40, 16 février 1992)

Décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998. (J.O. 1998) ; 235 : 15343-8

Décret n°98-169 du 13 mars 1998 relatif à la déclaration obligatoire de la listériose

Arrêté du 27 août 1971 relatif aux examens pré et postnataux

Circulaire N°605 DGS et DH du 27 septembre 1983 relative à la prévention de la toxoplasmose

Circulaire relative à la listériose et la légionellose. D.G.S./P.G.E./1 C n°238 du 28 mars 1989

Circulaire DGS/VS/VS 2 n° 24 du 22 mars 1993 relative à la prévention de la listériose chez les femmes enceintes, les personnes immunodéprimées et les personnes âgées. (B.O. n° 93/16).

Circulaire DGS/VS 2 n°98-240 du 15 avril 1998 relative à la déclaration obligatoire de la listériose

Article L. 159 du Code de la santé publique

Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale. (J.O. n°0235 du 06 octobre 1945)

Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile. (J.O. n°0260 du 05 novembre 1945)

Plans de périnatalité 1970-1976, 1995-2000 et 2005-2007.

Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale. (1971). *Pour une politique de santé*, Tome I: 17-107.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. (1994). *Périnatalité : le plan du gouvernement. Dossier d'information.*

Ministère de la Santé et de la Protection sociale. (2004). *Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité.*

Communiqués de presse

Agence française de sécurité sanitaire des aliments. (2006). *Mieux informer les femmes enceintes sur la toxoplasmose.* [Communiqué de presse du 24 mars 2006, Maisons-Alfort].

Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire. (1992). Surveillance de la listériose. Flash Santé. [Point presse du 24 juin 1992].

Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire. (1992). Le point au 11 septembre 1992 sur l'épidémie de listériose actuelle. [Communiqué de presse du 11 septembre 1992].

Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire. (1992). Épidémie de listériose. Flash Santé. [Point presse du 15 février 1993].

Direction générale de l'alimentation, Direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes et la Direction Générale de la Santé. (1995). [Communiqué de presse du 18 mai 1995].

Quatrième section : Sites web consultés

- Académie nationale de médecine : <https://www.academie-medecine.fr/missions-et-statuts/missions/>
- Agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail. (Actualité du 12/07/2017). *INCA 3 : Évolution des habitudes et modes de consommation, de nouveaux enjeux en matière de sécurité sanitaire et de nutrition*. Consulté le 26 janvier 2021 sur le site www.anses.fr.
- Agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail. (s.d.). *10 recommandations pour éviter les intoxications alimentaires*. Consulté le 26 janvier 2021 sur le site www.anses.fr.
- Baromètre du numérique 2018
https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/cge/Rapports/Rap2018/Barometre_numerique_2018-Presentation.pdf)
- European Food Information Council (EUFIC). Actualités Communication (11-05-2017). *Comment communiquer le risque alimentaire ? Un manuel pour les professionnels*. Guide en anglais disponible sur : <http://www.actalia.eu/communiquer-risque-alimentaire-manuel-professionnels-2/>
- Gaillard, J.-L. (2000, 20 janvier). *Listeria et l'hystérie*. *Le Monde*.
https://www.lemonde.fr/archives/article/2000/01/20/listeria-et-l-hysteriose_3593225_1819218.html
- Haute Autorité de Santé : <https://solidarites.sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/has-haute-autorite-de-sante>
- Inserm : <https://histoire.inserm.fr/de-l-inh-a-l-inserm/l-inserm-de-1964-a-nos-jours/creation>
- Kebir, Y. (2020). *Le praticien réflexif : aperçu des formations à la réflexivité pour les enseignants et les médecins*. Centre de recherche, formation, histoire sociale Henri Aigueperse- UNSA Éducation. <https://centrehenriaigueperse.com/2020/07/13/le-praticien-reflexif-apercu-des-formations-a-la-reflexivite-pour-les-enseignants-et-les-medecins/>
- Médiamétrie 2018 https://www.mediametrie.fr/sites/default/files/2019_01/2019%2001%2030%20%20CP%20Audience%20Internet%20Global_D%C3%A9cembre2018_0.pdf
- Mercier, S. (septembre, 2012). *Médiation numérique : le guide pratique des dispositifs*. Bibliobsession. [En ligne] : <http://www.bibliobsession.net/2012/05/04/mediation-numerique-le-guide-pratique-des-dispositifs/>.
- Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation. (s.d.). *Feuille de route des États généraux de l'alimentation*. Consulté le 26 avril 2021 sur <https://agriculture.gouv.fr/egalim-tout-savoir-sur-la-loi-agriculture-et-alimentation>.
- Optimoz. (s.d.). *Le référencement naturel (SEO) : on vous explique tout !*
<https://www.optimoz.fr/le-referencement-naturel-et-positionnement-google/>
- Santé publique France. *La littératie en santé : un concept critique pour la santé*. Mis à jour le 05 juillet 2019). <https://www.santepubliquefrance.fr/>

Titre : Les pratiques info-communicationnelles sur les risques infectieux alimentaires pendant la grossesse. *Médiations des savoirs experts et profanes*

Mots clés : Grossesse, information, risques infectieux alimentaires, médiation, savoir expert, savoir profane

Résumé : Durant la grossesse, les femmes sont exposées à deux risques infectieux alimentaires majeurs, la toxoplasmose et la listériose. Dans le cadre du suivi prénatal, les professionnels de santé (médecin et sage-femme) délivrent en consultation des messages sur les précautions alimentaires à adopter pour s'en prémunir. D'autres canaux d'information (environnement social et médiatique) sont à disposition des femmes enceintes. Confrontées à une cacophonie informationnelle (importance quantitative des sources et diversité qualitative des messages), quelles stratégies les femmes adoptent-elles pour construire leur savoir ?

Cette thèse se propose d'identifier les processus de médiation des savoirs experts et profanes sur les risques infectieux alimentaires pendant la grossesse et ainsi comprendre comment ils s'élaborent, se partagent et se confrontent.

Elle s'appuie sur plusieurs enquêtes de terrain : des entretiens avec les acteurs concernés, une immersion au sein de consultations prénatales et d'un groupe de discussion (réseau social).

À l'issue de cette recherche, quatre points saillants apportent un éclairage transversal sur les corpus étudiés et la communication qui est au cœur des actions de santé. Dans ce champ, cette pluralité d'instances sanitaires génère une polyphonie informationnelle, problématique pour l'élaboration de l'expertise médicale. Basés sur la notion de risque et le principe de précaution, les savoirs experts sont modelés par l'expérience et abordés en consultation. Toutefois, celle-ci n'est pas au cœur de la construction des savoirs profanes qui naissent au sein d'espaces de médiation, faisant intervenir la perception individuelle et collective des risques.

Title : Information-communication practices on foodborne infectious risks during pregnancy. *Mediating expert and lay knowledge*

Keywords : Pregnancy, information, foodborne infectious risks, mediation, lay knowledge, expert knowledge

Abstract : During pregnancy, women are exposed to two major infectious food risks, namely toxoplasmosis and listeriosis. During prenatal care, health professionals (doctors and midwives) communicate information on dietary precautions to take in order to reduce risks. Other information channels (social and media environment) are available to pregnant women. What strategies do women use to acquire knowledge when faced with an information overload (quantitative sources and diverse quality of messages)?

This thesis aims to identify the mediation processes of expert and lay knowledge on foodborne infectious risks during pregnancy and thus understand how they are developed, shared and challenged.

This study is based on several field surveys: interviews with the stakeholders, immersion in prenatal consultations and a discussion group (social media).

At the end of this research, four key points shed a transversal light on the studied corpus and the communication at the center of health care actions. The plurality of health authorities in this field generates a polyphony of information, which presents a challenge for the development of medical expertise. Expert knowledge, based on the notion of risk and the precautionary principle, is shaped by experience and discussed during consultations. On the other hand, experience is not central to the development of lay knowledge, which is created within mediation spaces, involving individual and collective perception of risks.