

Le bébé quantifié. Ethnographie des pratiques d'allaitement au début du XXI^e siècle

... There is a need to broadly re-think the meaning of breast feeding as a process linked to other aspects of women's and children's lives, rather than breast milk simply as a product¹.

Introduction

L'allaitement maternel est aujourd'hui conçu par la biomédecine et les citoyen-ne-s des pays industrialisés comme un processus mécanique qui comporte le transfert de substances nourricières du corps de la mère au corps de l'enfant. En Grande-Bretagne, la plupart des femmes indiquent que la décision ou le « choix » d'allaiter dérive de l'idée que cette pratique a des bienfaits pour la santé de l'enfant². Le lait est appréhendé comme un produit dont on peut déterminer la quantité et la qualité à partir d'un critère d'évaluation simple et mesurable : la croissance pondérale de l'enfant. Ce critère qui s'est imposé en Amérique du nord et en Europe à partir des premières décennies du XX^e siècle³ est devenu aujourd'hui un paramètre d'évaluation universel grâce notamment à l'action de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et à la circulation transnationale des savoirs et pratiques biomédicaux. La croissance pondérale de l'enfant est devenue synonyme tant de l'apport adéquat de lait maternel que de son état de santé. Les chiffres indiquant chaque semaine, chaque mois ou chaque année le poids de l'enfant ainsi que les lignes tracées dans les graphiques qui représentent son évolution dans le temps permettent de transformer la complexité des changements subis par un individu en images abstraites, comparables et facilement lisibles.

Dans ce chapitre, je vais me pencher sur le dispositif sociopolitique qui a transformé les mères en productrices de lait et causé la « quantification des bébés⁴ », en me penchant

1 MAKHLOUF OBERMEYER et CASTLE, 1997, p. 56.

2 Dykes, 2006.

3 BROSCO, 2001 ; ROLLET, 2005 ; SACHS, 2005.

4 L'expression « quantification des bébés » est reprise du titre de l'ouvrage de LUPTON, 2016.

Irene Maffi • Université de Lausanne

Allaiter de l'Antiquité à nos jours : Histoire et pratiques d'une culture en Europe, Sous la direction de Yasmina Foehr-Janssens & Daniela Solfaroli Camillocci, Turnhout, 2022, (GENERATION, 1), p. 155-170

© BREPOL PUBLISHERS

10.1484/M.GEN-EB.5.127428

This is an open access chapter distributed under a CC BY-NC-ND 4.0 International License.

d'abord sur l'origine et les formes de biopouvoir qui l'ont produit et ensuite sur ses effets sur les pratiques et les expériences contemporains des professionnel-le-s de santé et des mères au sein d'un hôpital en Suisse⁵. L'étude ethnographique sur laquelle se base la seconde partie de ce chapitre a été menée entre 2011 et 2013 dans une maternité universitaire de dimension moyenne dans un canton francophone. Après avoir esquissé l'importance croissante prise par la récolte de données mesurables au sein des sociétés euro-américaines contemporaines et en particulier au sein de de la médecine dans un contexte visant à améliorer « la qualité » de la population, j'examinerai la composante genrée de la construction de l'allaitement comme processus mécanique réglé par le corps médical. Insistant sur la nature culturellement et socialement construite de l'allaitement maternel, j'explorerai les effets de ce dispositif biopolitique sur les sages-femmes et les infirmières ainsi que sur les mères de la maternité susmentionnée. Je me pencherai notamment sur les effets de la quantification des bébés sur l'expérience, les émotions, les comportements et les discours des actrices prises en compte.

Je conclurai en montrant que les pratiques contemporaines de l'allaitement en Suisse sont inscrites dans l'appréhension biomédicale et quantifiée des individus ainsi que dans une vision genrée du corps et du rôle social des mères. L'allaitement doit donc être appréhendé comme une pratique inscrite dans des configurations sociales, politiques et symboliques complexes inséparables de l'organisation productiviste et capitaliste des sociétés du Nord global contemporaines.

Pour une vision biopolitique de l'allaitement maternel

Jusqu'au XVIII^e siècle, en Europe, mesurer les bébés était une pratique effrayante et interdite : les nourrissons n'étaient jamais mesurés ou pesés car, selon des croyances répandues, ces gestes auraient arrêté leur croissance ou en auraient causé la mort⁶. Mesurer le corps était associé à la mesure du cercueil destiné au défunt ou éventuellement à des pratiques curatives spécifiques comme la construction de membres en cire que les individus souffrants offraient comme ex-voto dans les églises.

L'intérêt moderne pour la mensuration des nourrissons et des enfants ne se développe qu'à la fin du XIX^e siècle dans un contexte historique spécifique : la colonisation est à son apogée et les États européens rivalisent les uns avec les autres pour imposer leur pouvoir militaire, économique et politique sur les autres continents. Le nombre et aussi la « qualité » des individus composant la population de chaque État prennent alors une importance nouvelle et orientent les préoccupations politiques et démographiques nationales. Les autorités doivent veiller sur leurs citoyen-ne-s afin qu'elles/ils donnent naissance et élèvent des individus en bonne santé, forts, actifs et capables d'assumer leurs tâches au sein de la société et les élèvent dans cette perspective. Puisque le souci des États modernes en Europe et en Amérique du Nord était de produire un nombre adéquat de travailleurs actifs et de soldats physiquement capables, leurs politiques

⁵ J'appellerai cet hôpital l'Hôpital H.

⁶ CHARUTY, 1992, p. 56.

étaient orientées à « maximaliser des forces et à les extraire⁷ ». A cette fin, la médecine moderne met en place des mesures visant à assurer la santé et le bien-être des futurs citoyens en instaurant notamment une surveillance accrue sur les mères et leurs enfants depuis le plus jeune âge. La France est le premier pays qui met en place le « carnet de santé » de l'enfant destiné à aider les médecins à surveiller le bien-être et la croissance des bébés grâce aussi à la collaboration avec les mères⁸. Aux États-Unis, c'est l'alarme liée à « l'épidémie de malnutrition » de 1918 qui rendra la pesée des bébés (et plus largement des enfants) fondamentale afin d'évaluer leur état de santé et de nutrition⁹. Dans ce pays, la diffusion de la pesée des enfants mènera également à la légitimation de la pédiatrie et à l'affirmation de l'expertise des pédiatres, qui seraient seuls en mesure d'évaluer la santé des nourrissons et des enfants.

La réduction de la santé des nourrissons à des données chiffrées et à des courbes indiquant l'évolution de la croissance s'inscrit dans un processus plus vaste qui a caractérisé la médecine dans les sociétés euro-américaines du XIX^e et XX^e siècle. Cette évolution a amené à la standardisation croissante des classifications, études et procédures adoptées en médecine ainsi qu'à sa progressive quantification surtout promue par les compagnies d'assurance et les États¹⁰. Malgré la résistance des médecins face à l'usage des instruments permettant de transformer la condition des patients en chiffres et « encore pire, laissant des traces écrites » au détriment de leur compétences et expériences personnelles¹¹, la « métrification » (*metricization*) ou quantification de la médecine et plus largement des sciences s'est imposée. Un des effets de ces processus a été de transformer ces dernières en instruments de pouvoir permettant de mieux gérer les différents groupes de la population¹².

En dépit de leur apparente neutralité, les données chiffrées sont inscrites dans des configurations de pouvoir spécifiques qui impliquent « des jugements, des hypothèses et des significations¹³ ». La quantification des individus et des phénomènes sociaux est ainsi liée à des formes de gouvernementalité qui s'inscrivent dans les biopolitiques des États contemporains. Le biopouvoir peut être appréhendé sous trois dimensions : des régimes de vérités spécifiques avérés par des autorités qui les prennent en charge, des stratégies d'intervention publiques au nom de la santé et des modes de subjectivation amenant les individus à s'autodiscipliner en se conformant aux discours sanitaires faisant autorité¹⁴. Je montrerai dans la suite de ce chapitre la manière dont ces trois dimensions s'articulent dans les pratiques et les expériences des femmes et des professionnel-le-s de santé rencontré-e-s sur le terrain. Avant d'entamer l'analyse ethnographique, j'aimerais mentionner encore deux aspects concernant la vision contemporaine du corps lactant dans les sociétés du Nord.

7 FOUCAULT, 1997, p. 218.

8 ROLLET, 2005.

9 BROSCO, 2001.

10 PORTER, 2005.

11 *Ibid.*, p. 202.

12 LUPTON, 2016.

13 PORTER, 2016, p. 96.

14 RABINOW et ROSE, 2006.

Le corps machine et l'allaitement maternel

Depuis l'époque des Lumières, la biomédecine a embrassé une vision dualiste du corps qui trouve ses origines dans l'œuvre de Descartes : le corps est appréhendé comme séparé de l'esprit et appartenant au domaine de la nature. Comme les autres entités naturelles, le corps est interprété comme un objet qui doit être maîtrisé, domestiqué, apprivoisé par la science et la culture. Le corps est aussi représenté comme une machine dont on peut connaître les mécanismes, les engrenages et sur laquelle il est possible d'intervenir¹⁵. Bien qu'aujourd'hui la métaphore mécaniciste du corps ait été en partie remplacée par d'autres représentations¹⁶, l'imaginaire du corps machine qui peut être réparé, corrigé, remis en service persiste dans le savoir médical et plus particulièrement en obstétrique et gynécologie¹⁷. Le modèle de la chaîne de production industrielle, du rythme de travail, de la qualité du produit ont un impact fondamental sur la conception biomédicale du corps et de son évolution ainsi que sur l'organisation des institutions y compris les hôpitaux.

Les métaphores industrielles pour parler de l'allaitement sont évidentes lorsqu'on examine des expressions récurrentes dans le langage commun telles que « production de lait », lait comme « produit important à cause de ses composantes nutritionnelles¹⁸ », allaitement « à la demande », l'allaitement « fonctionne », etc. L'allaitement apparaît alors comme un véritable travail que le corps maternel doit accomplir afin de fournir une production suffisante de nourriture permettant au bébé de grandir au rythme standardisé que les courbes des chartes de croissance préconisent. Tout ralentissement et toute variation dans les courbes de croissance sont généralement attribués à une production insuffisante¹⁹ de lait maternel ce qui a donné lieu à la fabrication d'une nouvelle catégorie nosographique : le syndrome d'insuffisance de lait. Comme pour le travail d'accouchement qui doit suivre un rythme constant et déterminé selon des courbes standardisées, l'allaitement doit aussi pouvoir être objectivé à travers des valeurs mesurables qui ne sont pas obtenues directement par l'observation du corps de la mère, comme pour l'accouchement, mais par celle du corps de son enfant. Celui-ci, transformé en chiffres et signes graphiques (les courbes de croissance) devient le critère à travers lequel est interprété la qualité et la quantité du travail maternel d'allaitement. Les courbes des percentiles construites à partir de l'évolution du poids, du périmètre crânien et de la taille de l'enfant permettent ainsi de faire abstraction tant du corps de la mère que de celui de l'enfant et donnent lieu à un « nouveau type de corps, une forme de devenir qui transcende la corporéité humaine et réduit la chair à de l'information²⁰ ». Après avoir séparé la mère et l'enfant qui tombent sous la responsabilité de deux experts différents (le pédiatre et le gynécologue-obstétricien), le savoir biomédical a fragmenté le corps du bébé en différentes parties mesurables qui sont comparables avec d'autres entités similaires. Cette opération cognitive permet d'établir des formes de surveillance plus strictes et plus détaillées. Comme le rappelle

15 MARTIN, 1995.

16 *Id.*

17 MAFFI, 2016.

18 DYKES, 2005, p. 2286.

19 DYKES, 2002 ; MAKHLOUF, OBERMEYER et CASTLE, 1997.

20 HAGGERTY et ERICSON, 2000, p. 613.

Foucault, quand « le corps humain entre dans une machinerie de pouvoir », les instances qui représentent ce dernier le « fouille[nt], le désarticule[nt] et le recompose[nt] » afin de s'assurer une prise sur lui²¹. Anticipant le phénomène contemporain du *Quantified self*²², la quantification des bébés a permis de penser la visualisation et la quantification des corps comme des opérations produisant des résultats plus fiables et plus « objectifs » que la connaissance clinique du corps dans sa matérialité. Ce passage de « l'haptique à l'optique²³ » a modifié en profondeur la manière dont les mères et les professionnels de santé vivent et pensent l'allaitement, comme je le montrerai par la suite. La quantification des corps des bébés peut aussi être comprise comme une forme de *commensuration*, processus typique des sociétés modernes capitalistes qui vise à transformer « des qualités différentes en une métrique commune²⁴ ». La commensuration standardise les objets/corps/phénomènes à mesurer, les rendant comparables entre eux et de cette manière plus facilement contrôlables. Parmi les effets de la commensuration, il y a la réduction de la complexité des réalités concrètes à des chiffres abstraits et la construction d'entités parallèles qui sont naturalisées et appréhendées comme objectives. Elle tend à annuler « le lien entre ce qui est représenté et le monde empirique²⁵ » (et à effacer l'incertitude inscrite dans les choses). C'est exactement ce qui se passe quand on transforme le bébé et son état de santé en chiffres et en courbes. Les données mesurées et les diagrammes deviennent plus importants et plus réels que le bébé et l'observation clinique.

Le corps féminin défectueux

Afin de comprendre les expériences et les représentations autour de l'allaitement des professionnel-le-s de santé et des femmes que j'ai côtoyé-e-s, il est nécessaire de rappeler également la manière spécifique dont la biomédecine appréhende le corps féminin. Ce dernier est conçu comme défectueux, faible, instable et donc nécessitant une surveillance et des interventions médicales régulières afin de le maintenir en bonne santé et lui permettre d'accomplir ses fonctions²⁶. C'est en particulier à cause de ses fonctions reproductives que le corps féminin a été pensé comme défaillant : les menstruations, la ménopause, les changements hormonaux, la grossesse, l'allaitement ont été ainsi rapprochés de processus (potentiellement) pathologiques. Renforçant la biologisation des différences sociales entre les hommes et les femmes en vigueur au XIX^e et XX^e siècle, le savoir biomédical a ainsi contribué à la fabrication de la valence différentielle des sexes²⁷ dans sa version moderne, légitimant les discours sociaux qui reléguent les femmes aux tâches domestiques et à l'élevage des enfants²⁸. Malgré leur assignation à la sphère domestique au nom de leurs inclinations « naturelles », depuis la fin du XIX^e siècle, les mères ont également été soumises à un contrôle médical de plus en plus étroit de leurs pratiques de nourrissage

21 FOUCAULT, 1997, p. 139-140.

22 LUPTON, 2016.

23 LUPTON, 2013, p. 398.

24 ESPELAND et STEVENS, 1998, p 314.

25 *Ibid.*, p. 317.

26 Voir par exemple : MARTIN, 1989 ; DAVIS-FLOYD, 2003 ; JORADNOVA, 1993.

27 HÉRITIER, 1996.

28 GARDEY et LÖWY, 2000.

des enfants et d'hygiène domestique²⁹. Afin de garantir la santé des enfants, il fallait désormais que les femmes se confient au savoir et à l'expérience des experts, car elles étaient considérées comme ignorantes des normes médicales et des règles du bon élevage des enfants. Les pratiques biomédicales actuelles qui attribuent une importance centrale à la pesée et à la mensuration du bébé depuis sa naissance à partir de la vie intra-utérine jusqu'à ses premières années de vie³⁰ sont un héritage des préoccupations pro-natalistes et eugénistes et des « politiques de mensuration³¹ » ou de commensuration du XIX^e et XX^e siècles esquissées plus haut. Afin de montrer l'impact que les éléments historiques et théoriques esquissés ici ont sur les discours et les pratiques actuels de l'allaitement, je vais analyser quelques situations ethnographiques au sein de l'hôpital suisse dans lequel j'ai mené ma recherche de terrain.

Protocoles et pratiques professionnelles autour de l'allaitement à l'hôpital H

Dans toutes les chambres du service post-partum de l'Hôpital H, il y avait un classeur volumineux abordant différents sujets – soins de la maman, soins du bébé, le bébé en néonatalogie, informations diverses – dont la partie centrale porte sur l'allaitement. Alors que le classeur se veut un support didactique destiné aux mères, sur sa couverture il y a une image représentant un couple composé d'un homme et d'une femme aux cheveux clairs avec un enfant blond dans le porte-bébé. L'image contraste avec les patientes hospitalisées dans le service, dont beaucoup sont d'origine extra-européenne et parfois ne parlent pas français ainsi qu'avec le fait que les pères en Suisse ne bénéficient pas (ou de manière très limitée) d'un congé paternité leur permettant de s'occuper de leur enfant. Le dossier, qui incite les mères à allaiter, les invite également à demander l'aide des professionnel-le-s de santé afin de réussir dans cette entreprise, selon un modèle bien implanté dans les sociétés industrialisées depuis au moins le début du XX^e siècle. Des textes expliquent l'anatomie et la physiologie de l'allaitement, d'autres montrent les positions dans lesquelles il est possible de donner le sein. Une section importante est consacrée à la fréquence des tétées, où, malgré l'affirmation du principe qu'il faut allaiter à la demande, des rythmes d'allaitement précis sont préconisés indiquant la durée des tétées, s'il faut allaiter des deux seins, etc. Comme relevé déjà dans les années 1990 par Millard et Maher³², malgré la diffusion d'idées indiquant l'allaitement comme un processus naturel devant obéir à la spontanéité de la demande infantile, il est en réalité, à l'époque comme aujourd'hui, rigidement réglementé du point de vue temporel et quantitatif. La signification même de la notion de « demande » reste mal définie et interprétée à l'aune de schémas temporels rigides et d'une vision mécaniciste inspirée par le travail industriel³³.

29 APPLE, 1987.

30 SACHS, DYKES et CARTER, 2005 ; DYKES, 2005.

31 LUPTON, 2013, p. 399.

32 MILLARD, 1990 ; MAHER, 1992.

33 DYKES, 2006.

Ce que l'hôpital fait aux bébés et aux mères³⁴

Les bébés étaient généralement allongés à côté du lit de leur mère dans un petit berceau en plastique sur roulettes sur lequel était affichée une étiquette avec le nom, la date et l'heure de naissance ainsi que le poids et la longueur. La quantification de leur corps et leur insertion dans le temps linéaire de l'institution sont donc considérées comme aussi fondamentales que leur prénom dans la construction sociale de l'individu. Les bébés deviennent donc membres de la société en tant qu'ensembles d'informations quantifiées : « la feuille de surveillance du nouveau-né » en témoigne. Elle est comme le passeport de l'enfant au cours de ses premières interactions sociales avec ses parents, le personnel de l'hôpital, le pédiatre en ville et la sage-femme qui assure le suivi à la maison pendant les premières semaines de vie. La feuille de surveillance du nouveau-né enregistre chaque jour le poids du bébé et les horaires de ses repas, indiquant dans un diagramme l'évolution de la courbe du poids à partir de la pesée effectuée en salle d'accouchement et parfois même en tenant compte de l'évolution pondérale intra-utérine du bébé³⁵.

Si le protocole hospitalier prévoyait une pesée journalière pour le bébé, j'ai pu observer des soignantes³⁶ qui pesaient les nouveau-nés plusieurs fois par jour afin de vérifier si et combien ils avaient mangé pendant chaque tétée. En complément à la balance, objet central pour le contrôle de la santé des bébés, les couches représentaient un autre objet très important aux yeux des soignantes et des mères. L'observation attentive du contenu des couches des bébés permet une forme de surveillance, moins précise, mais largement pratiquée par le personnel, afin d'évaluer si l'enfant a (assez) mangé. Les membres du personnel demandaient de manière presque obsessionnelle aux mères hospitalisées si le bébé avait fait pipi ou caca et combien de fois car, comme le disait un soignant, « les pampers nous disent des choses, on peut tout savoir par les pampers » (Notes de terrain, 14.02.2013). Le lait maternel est ainsi appréhendé comme un produit qu'il faut essayer de mesurer, comme on le ferait avec le lait artificiel, et toutes les techniques indirectes qui permettent de le quantifier à travers le corps du bébé sont utilisées. Puisqu'il n'est pas possible de mesurer ce que le bébé ingère au moment de la tétée, on mesure ce que le bébé retient (le poids) et ce qu'il élimine (urine, selles)³⁷. A l'Hôpital H, le corps des femmes était aussi sujet à certaines formes de surveillance³⁸. Beaucoup de soignantes examinaient de près les seins des mères essayant manuellement d'en exprimer le lait ou le colostrum pour voir s'il y avait des gouttes qui sortaient. Les femmes étaient donc sujettes à des

34 Cet intitulé fait mémoire du titre de l'ouvrage *Ce que le genre fait aux personnes*, dirigé par Irène Théry et Pascale Bonnemère et paru en 2008. Malgré l'usage du présent dans cette formule, les phénomènes décrits ne sont pas universels, ils se déclinent sous des formes sujettes à variation en fonction du temps et de l'espace.

35 Le poids, la taille, l'heure et la date de naissance sont aussi très souvent indiquées dans le faire-part de naissance envoyé à la famille et aux amis, se transformant d'une information médicale et institutionnelle en un élément de construction sociale : cf. Ir. Maffi, « Prendre du poids », dans ce volume.

36 J'utilise le nom au féminin car, durant mon terrain, seuls trois ou quatre membres du personnel paramédical étaient des hommes.

37 Il y a d'autres paramètres qui sont régulièrement mesurés, mais sur lesquels je ne m'arrêterai pas dans ce chapitre qui requièrent des opérations de commensuration : la couleur de la peau (pour détecter la jaunisse), la glycémie (pour détecter des désordres glycémiques) à travers des prises de sang répétées, la température corporelle (pour détecter des difficultés d'adaptation ou d'autres pathologies), la fréquence cardiaque et la tension artérielle.

38 Ici, je ne fais référence qu'à la surveillance liée à l'allaitement.

manipulations corporelles directes et à une pédagogie du regard impliquant des aspects quantitatifs à travers laquelle elles devaient apprendre à évaluer leur capacité à produire du lait et à assurer le bien-être du bébé. La standardisation des gestes médicaux et des paramètres d'évaluations permet une rationalisation du travail hospitalier et des formes de surveillance et de contrôle évidentes. Les pratiques de (com)mesuration permettent en effet de routiniser le suivi des bébés et de rendre les chiffres et les courbes plus réels que les autres paramètres au détriment des aspects cliniques qui deviennent « invisibles ou insignifiants³⁹ ».

Le cas des mères dont l'enfant est hospitalisé en néonatalogie est emblématique des pratiques induites par les protocoles hospitaliers. Le personnel, presque sans que le sujet soit discuté, enjoignait aux femmes, dont l'enfant était hospitalisé en néonatalogie, de tirer leur lait afin de lui donner « la meilleure nourriture possible » (Notes de terrains, 12.01.2013). Attachées à des pompes électriques, les deux seins en même temps, les femmes qui étaient éloignées de leur bébé et souvent souffrantes à cause d'une césarienne, étaient invitées par les soignantes à regarder combien de millimètres de lait/colostrum elles avaient produit⁴⁰. C'est le cas de la mère de deux jumeaux nés prématurément et très petits (800 gr. et 1 500 gr.) à qui j'ai rendu visite accompagnant un infirmier dans une froide matinée de février : elle était très souffrante à cause de la blessure dans le bas du ventre (suite à la césarienne) et angoissée par l'état de santé de ses enfants. Le soignant lui a demandé de tirer son lait « qui est comme la cerise sur le gâteau pour ses enfants » et a installé les pompes aux deux seins. Après une demi-heure, dans les deux petits biberons en plastique reliés à la pompe il n'y avait que quelques gouttes de colostrum et la mère se préoccupait parce que « le lait ne vient pas » (Notes de terrain, 14.2.13). L'infirmier a encouragé la femme en disant qu'il fallait « stimuler la production » et que, avec un peu de patience, le lait allait arriver. Souvent, quand les soignantes demandent aux mères de tirer leur lait pour un enfant hospitalisé, c'est un travail, une performance et un sacrifice qu'elles leur imposent au nom de leur bébé, alors que les femmes sont dans une situation de détresse psychique et de fatigue post-opératoire. Dans leur cas comme dans celui des mères ordinaires, le paramètre implicite pour évaluer l'efficacité de l'allaitement – et donc de leur adéquation au rôle maternel attendu – reste celui du lait artificiel qui est mesurable et donné selon un rythme précis et rigide. Comme le remarque Millard, le modèle de l'organisation temporelle et quantitative de l'allaitement promu dans les maternités trouve vraisemblablement son origine « dans les routines des nurseries des hôpitaux dans lesquelles le travail est programmé en fonction de la plus grande efficacité temporelle⁴¹ ». D'ailleurs, la méticulosité avec laquelle les substances qui entrent et sortent du corps du bébé sont scrutées, mesurées et comparées n'est pas sans rappeler les considérations de Mary Douglas à propos de la correspondance entre corps physique et corps social⁴². Selon l'anthropologue britannique, plus une société est caractérisée par le formalisme, c'est-à-dire

39 ESPELAND et STEVENS, 1998, p 314.

40 Les protocoles hospitaliers concernant l'alimentation du nouveau-né sont très détaillés et indiquent la quantité de colostrum ou de lait maternel que le bébé doit absorber par jour selon son âge ainsi que les intervalles « normaux » entre les tétées (cf. « Alimentation du nouveau-né », document interne de l'Hôpital H).

41 MILLARD, 1990, p. 216.

42 DOUGLAS, 1973.

« distance sociale et rôles bien définis, publics et distincts⁴³ », plus elle applique des formes de contrôle contraignantes sur le corps. Le traitement des corps des nouveau-nés et des mères seraient donc révélateurs du type de société dans laquelle ces pratiques s'inscrivent et sur les rapports de pouvoir qui la caractérise. Le corps physique conçu comme « un microsoma social en relation directe avec le pouvoir⁴⁴ » est sujet à des formes de contrôle plus ou moins fortes en fonction de l'intensité des pressions sociales.

Si plusieurs professionnel-le-s rencontré-e-s étaient critiques vis-à-vis des protocoles hospitaliers qu'ils/elles appréhendaient comme trop rigides, la plupart les appliquaient à la lettre par habitude, par conviction ou de peur de se faire accuser de négligence par les médecins en cas de problème.

Une situation à laquelle j'ai assisté permet de mettre en lumière ce dernier aspect. Dans l'Hôpital H, tous les enfants nés en-dessous de trois kilos étaient soumis à un régime appelé « alimentation précoce » qui, à l'époque où j'ai mené ma recherche, prévoyait d'administrer aux nouveau-nés de la dextrine maltose durant les premières septente-deux heures de vie, suivi par du lait artificiel. Ainsi, même des enfants peu en dessous des trois kilos et jouissant de bonne santé étaient systématiquement « complétés » interférant avec l'allaitement maternel, comme l'exemple qui suit le montre.

Quelques heures après la naissance, Jules⁴⁵ et sa maman arrivent dans le service post-partum accompagnés par la sage-femme de la salle d'accouchement. Elle fait « le retour » à la soignante qui va s'occuper des nouveaux arrivés et lui dit que la naissance s'est bien passée et l'enfant « avait des valeurs parfaites ». Malgré cela, après une discussion avec la pédiatre⁴⁶, elle a été obligée de lui donner du dextrine maltose, car il pesait 2900 gr. La sage-femme de la salle d'accouchement exprime sa colère en disant que « c'est absurde, car l'enfant est proportionné par rapport à ces deux parents » qui sont les deux de petite taille. Elle termine en faisant remarquer que, une fois complété, « l'enfant était gavé et n'a pas voulu téter » (Notes de terrain, 20.01.2013).

Des soucis émis par le ou la pédiatre de garde et les protocoles hospitaliers peuvent ainsi contredire la philosophie officielle de l'Hôpital H qui consiste à encourager l'allaitement maternel. La contradiction entre la position officielle de la maternité et les pratiques dérive du fait que, dans la géographie des responsabilités institutionnelles, les femmes sont suivies par les gynécologues et les bébés par les pédiatres sans que les uns et les autres se coordonnent pour garantir le bon déroulement de l'allaitement. Seules les sages-femmes et infirmières tiennent compte de la dyade mère enfant, mais, à cause de leur subordination hiérarchique, sont contraintes de suivre les protocoles imposés par les pédiatres, même lorsqu'elles considèrent qu'ils vont interférer avec l'allaitement maternel et que, du point de vue clinique, aucun signal pathologique ne se présente.

Les mères n'étaient d'ailleurs pas toujours mises au courant de la pratique de l'alimentation précoce et souvent elles ne recevaient pas d'informations assez détaillées pour leur permettre de décider de manière autonome s'il convenait de donner des compléments à

43 *Ibid.*, p. 107.

44 *Ibid.*, p. 109.

45 Tous les noms sont fictifs afin de protéger l'anonymat des personnes.

46 En salle d'accouchement, tous les bébés sont examinés par la sage-femme et par un-e pédiatre avant d'être transférés au post-partum avec leur mère.

leur enfant ou pas. Il pouvait arriver que les soignantes leur disent que le bébé était petit et qu'il avait besoin de recevoir des compléments jusqu'au moment où elles allaient avoir la montée de lait. Pour la plupart aliénées de leur corps⁴⁷ qu'elles considèrent comme défectueux et donc nécessitant un soutien médical, les mères n'avaient pas les connaissances ou la force de discuter avec les soignantes.

Fatiguées à cause d'un long accouchement, d'une césarienne ou d'une nuit blanche, elles pouvaient parfois demander de mettre leurs enfants dans la pouponnière pendant plusieurs heures afin de se reposer. Pendant ce temps, si le bébé pleurait, certaines soignantes lui donnaient des compléments alimentaires pour le calmer plutôt que réveiller la mère⁴⁸. Ce comportement, qui est moins lié à la volonté de protéger les femmes qu'à des soucis organisationnels⁴⁹, nuit à l'instauration de l'allaitement, car le bébé, satisfait par l'alimentation artificielle, ne ressent pas la nécessité de téter.

L'application des protocoles élaborés par les pédiatres et la priorité attribuée au critère du poids, à l'exclusion d'autres, de type qualitatif, émergent aussi dans des situations telle que celle que je vais décrire à présent. Une jeune mère qui a dû subir une césarienne discute avec la sage-femme de l'évolution du poids de son enfant. La feuille de surveillance du bébé indique qu'il pesait 3800 gr. à la naissance, mais il semble avoir perdu beaucoup de poids depuis le jour précédent : selon la balance, son poids est de 3400 gr. Bien que le bébé soit grand, éveillé, avec un beau teint et que tous ses paramètres vitaux soient en ordre, la perte importante de poids semble alarmer la mère et inquiéter la sage-femme. La mère demande s'il est possible que la première pesée soit incorrecte et demande s'il ne faut pas donner des compléments à l'enfant, puisqu'elle n'a pas encore eu la montée de lait. Avec son enfant précédent, elle a aussi dû donner du lait artificiel, car la montée de lait a eu lieu plus tard que d'habitude (souvent 3 jours). Comme dans le cas du nouveau-né soumis à l'alimentation précoce mentionné plus haut, les informations chiffrées et abstraites qui désincarnent le bébé priment sur l'observation clinique au nom de protocoles basés sur des courbes standardisées. L'entité « poids du bébé » créé par la commensuration se substitue à l'enfant en chair et en os : les chiffres sont plus réels que ce dernier tant pour la mère que pour la soignante. Le ressenti, les discours et les actes des actrices en présence sont ainsi déterminés par l'évolution du poids dont les courbes sont dessinées dans la feuille de surveillance. A l'hôpital H et selon les standards internationaux les plus utilisés, un bébé ne doit pas perdre plus de 10% de son poids après la naissance et doit le récupérer au bout de sa première semaine de vie. Ce critère rigide et quantifié rend pathologiques toutes les déviations de la norme, même lorsque du point de vue clinique il n'y a rien de préoccupant. J'ai moi-même fait l'expérience⁵⁰ de l'impact de ce critère sur les perceptions et les pratiques des professionnel-le-s de santé, lorsque la sage-femme qui me suivait à domicile a commencé à faire pression sur moi parce que ma fille, qui était née à 4 kg et qui n'avait pas perdu de poids après la naissance, ne prenait pas assez de grammes par

47 DYKES, 2006.

48 En particulier pendant la nuit où les membres du personnel sont en nombre réduit, toutes les solutions les plus simples pour les soignantes sont adoptées sans tenir compte des possibles interférences avec l'allaitement.

49 Pour que l'enfant tète, les soignantes doivent l'amener à sa mère, la réveiller, l'aider à le mettre au sein et souvent revenir à la fin de la tétée pour vérifier que tout se soit bien passé.

50 Les faits racontés ont eu lieu en Suisse en 2015.

semaine. Elle me disait que je devais tirer mon lait pour voir s'il y en avait assez, prendre des médicaments homéopathiques pour stimuler la lactation, noter dans un cahier combien de fois j'allaitais et pendant combien de temps, réveiller mon enfant pour qu'elle tète plus longtemps et de manière plus efficace le jour et moins la nuit. Son discours était orienté non pas par l'état de santé de l'enfant, mais par des paramètres temporels et pondéraux abstraits et indépendants de la situation qu'elle observait. Préoccupée que l'enfant suive les courbes préconisées, cette sage-femme a même tenté de me convaincre que je devais donner du lait artificiel à ma fille pour pallier à ce qu'elle considérait comme mon insuffisance de lait. Il est peut-être utile de noter que ma fille n'a jamais voulu plus ou autre chose de ce qu'elle prenait au sein et a grandi à son rythme ignorant les courbes utilisées par la sage-femme.

L'expérience de l'allaitement des mères à l'hôpital

Ce récit personnel me permet d'introduire les expériences des mères que j'ai côtoyées à l'Hôpital H afin de mettre en avant l'impact très important que les pratiques institutionnelles d'allaitement ont sur elles.

La très grande majorité des femmes que j'ai rencontrées déclaraient leur intention d'allaiter, mais étaient préoccupées de ne pas y arriver et pensaient qu'elles n'étaient probablement pas en mesure de le faire. Comme les mères britanniques étudiées par Dykes, elles étaient convaincues que l'allaitement est un processus « incertain et souvent destiné à l'échec⁵¹ » en cohérence avec « une profonde méfiance vis-à-vis de l'efficacité de leurs corps et une absence évidente de confiance⁵² ».

Une attitude récurrente était celle de cette mère qui, en observant les couches mouillées de son enfant disait : « je ne sais pas comment il a pu faire pipi puisqu'il n'y a rien qui sort d'ici (*indiquant ses seins*) » (Notes de terrain, 20.2.13). D'autres, très anxieuses que de leurs seins ne sorte rien, auraient désiré mettre l'enfant au sein tout le temps pour qu'il tète stimulant la « production de lait ». La métaphore mécaniciste de la production de lait et l'idée que le corps féminin est un corps défectueux et défaillant, élaborées par la biomédecine avaient été incorporées par la plupart des femmes et des soignantes que j'ai rencontrées. Leur langage et leur expérience corporelle était donc modelés par la représentation du lait comme produit, de la mère comme producteur, du bébé comme consommateur qui interagissent sous la supervision des experts⁵³. Même les discours des mères qui s'opposaient aux pratiques hospitalières consistant à donner des compléments alimentaires au bébé ou à lui administrer des vitamines (K et D) et qui cherchaient à réaliser un allaitement « naturel », s'inscrivaient dans ce paradigme. L'incorporation de ce dernier a lieu bien avant la maternité et les pratiques hospitalières ne font qu'activer, confirmer et renforcer des schémas corporels déjà existants.

L'analyse de deux situations opposées que j'ai observées me permettra de montrer l'importance des pratiques hospitalières dans la construction du sens et l'expérience de l'allaitement des mères. Je montrerai en particulier que, bien que les femmes ne soient

51 DYKES, 2006, p. 95.

52 *Id.*

53 *Ibid.*, p. 94.

pas complètement déterminées par l'expérience hospitalière, les « vérités » médicales sur l'allaitement et le corps des femmes, les protocoles hospitaliers et les gestes des professionnel-le-s jouent un rôle très important dans les modes de subjectivations des mères.

Le cas de Madame C.

Madame C.⁵⁴ a dû subir une césarienne et ses deux jumelles sont hospitalisées au service de néonatalogie, même si elles vont bientôt pouvoir rentrer à la maison avec leurs parents. Elle a déjà une fille de deux ans qui a dû rester à l'hôpital pendant plusieurs mois, car à la naissance elle ne pesait que 800 gr. Madame C. décrit sa première expérience d'allaitement comme « très difficile » : elle a dû tirer son lait pendant plus de six mois. Elle ne désirait pas le faire, mais elle s'est sentie obligée parce que « c'était le seul cadeau qu'elle pouvait faire à l'enfant » comme à l'époque lui avaient expliqué les professionnel-le-s de santé. Elle devait tirer son lait pour le donner à sa fille, mais aussi la mettre au sein et ces pratiques complexes lui ont laissé des souvenirs désagréables. Pourtant elle avait beaucoup de lait et elle en a tiré tellement qu'elle a pu donner à sa fille les réserves qui étaient au congélateur encore pendant deux mois après avoir terminé l'allaitement. Elle explique à la sage-femme avec qui j'arrive dans sa chambre qu'elle ne veut pas allaiter les jumelles ou peut-être faire un allaitement mixte leur donnant aussi du lait artificiel. Elle voudrait tirer son lait sans donner le sein car elle connaît déjà cette pratique et sait comment faire. La sage-femme l'encourage très fortement à mettre les enfants au sein et à les allaiter le plus longtemps possible en listant les bénéfices du lait maternel. Mme C. pose beaucoup de questions sur la fréquence des tétées et la quantité de lait à donner aux jumelles, même si la sage-femme lui dit qu'il faut allaiter à la demande. Madame C. a aussi peur de ne pas avoir assez de lait pour deux enfants et se demande si elle doit les allaiter en même temps ou l'une après l'autre. Elle explique que, à cause de la grande prématurité de sa première fille, l'allaitement avait été très rigide programmé par les pédiatres. Confrontée à des enfants ne présentant pas de soucis particuliers et pour lesquelles il n'est pas nécessaire de planifier avec précision la fréquence et la durée des tétées ni la quantité de lait à donner, Mme C. déclare : « j'ai beaucoup de liberté, mais puisque je n'ai pas l'habitude, je ne sais pas comment faire » (Notes de terrain, 25.01.13).

Ces sentiments d'incompétence et d'égarement et ces angoisses de ne pas posséder les capacités physiques pour allaiter sont une manifestation des formes de subjectivation présentes chez la grande majorité de femmes que j'ai rencontrées. Dans les discours de ses dernières, seuls les professionnel-le-s possèdent le savoir qui fait autorité⁵⁵ et qui leur permet de donner les indications dont les mères ont besoin pour allaiter et seuls les critères biomédicaux relatifs aux rythmes des tétées, à la quantité de lait ingéré par l'enfant et à son évolution pondérale deviennent significatifs.

54 Les deux mères décrites dans cette section appartenaient à un milieu social privilégié et avaient un niveau d'études élevé.

55 Je me réfère à la notion de *authoritative knowledge*, largement utilisées dans la littérature anthropologique.

Le cas de Madame R.

Je rends visite à Madame R. que j'ai suivie depuis le moment où elle et son conjoint fréquentaient les cours de préparation à la naissance dans le cadre de mon enquête sur le parcours des couples qui accouchent à l'Hôpital H⁵⁶. Malgré son désir d'avoir un accouchement « le plus naturel possible », elle a dû avoir une césarienne car son enfant se présentait par les pieds (Notes de terrain, 13.01.13). Quand je rencontre Madame R., elle a accouché depuis deux jours et demi et me fait part des difficultés qu'elle a rencontrées avec l'allaitement ainsi que de son conflit avec une des soignantes qui s'est occupée d'elle au post-partum. Elle me dit : « pour moi, l'allaitement est très important, c'est récupérer cette dimension naturelle que j'ai perdue avec la césarienne » (*ibid.*). Allaiter c'est donc emprunter de nouveau la trajectoire « naturelle » qu'elle aurait désiré suivre et de laquelle elle a dû s'éloigner au moment de la césarienne. Son idée de « naturel » se heurte néanmoins aux difficultés qu'elle doit surmonter au moment d'allaiter : son enfant ne tète pas bien et elle a eu beaucoup de mal à le mettre au sein surtout le premier jour. Alors qu'on lui avait présenté l'allaitement comme « allant de soi, étant naturel » (*ibid.*), ce qu'elle a vécu est très différent. La sage-femme qui au début était en charge de Mme R. et de son fils semblait mal à l'aise à s'occuper du bébé et ne savait pas du tout comment résoudre les difficultés de mise au sein. Madame R. s'indigne quand elle me raconte que la sage-femme a proposé plusieurs fois de « donner du glucose » (dextrine maltose) au bébé, un acte auquel elle s'est opposée très fortement. Elle a fini par se fâcher avec la sage-femme qu'elle a accusée de ne pas être compétente et de la mettre mal à l'aise et a demandé de changer de soignante. Au cours de la deuxième nuit d'hospitalisation, Madame R. a reçu le soutien inattendu d'une aide-soignante qui a su la « reconforter et lui donner des conseils utiles » lui permettant d'allaiter (*ibid.*). Les difficultés rencontrées par l'enfant de Madame R. étaient dues à la forme de ses mamelons qui ne permettait pas à ce dernier de prendre facilement le sein : il a suffi d'utiliser un tétérèle modelant ces derniers pour que le bébé arrive à téter correctement.

Si, pour Madame C., les règles rigides et claires données par le personnel hospitalier ont constitué le schéma autour duquel s'est construite sa pratique et son expérience de l'allaitement qui, bien que peu agréable, a été rassurante, pour Madame R., l'hôpital a été en partie source de mécontentement et de conflit. Elle se plaint de la fragmentation de la prise en charge et du comportement d'une soignante qui va à l'encontre de ses idées sur l'allaitement comme pratique fondamentale lui permettant de récupérer une dimension « naturelle » après la césarienne. Comme Madame R. le dit, cette naturalité n'est pas tant de l'ordre de l'inné, dans la mesure où elle a eu besoin d'apprendre des techniques qu'elle ne connaissait pas pour allaiter, mais réside ailleurs. L'allaitement devient pour elle une pratique naturelle parce que son enfant ne reçoit pas de substances différentes de son lait et est mis au sein sans utiliser d'autres instruments pour le nourrir –seringue, biberon, tasse.

⁵⁶ MAFFI, 2014. Le titre du projet était 'Enfanter à l'Hôpital H. Le parcours expérientiel des couples des cours de préparation à la naissance au retour à domicile'. La recherche a été menée entre le printemps 2011 et l'été 2013.

Conclusion

Ces quelques fragments ethnographiques montrent que le régime de vérité du paradigme biomédical de l'allaitement et les pratiques qu'il induit donnent formes aux pratiques tant des professionnel-le-s de santé que des femmes. L'incorporation du discours sur la quantification des bébés, des schémas temporels linéaires liés à la production industrielle, du modèle déficient du corps féminin sont à l'origine des modes de subjectivation des actrices et acteurs décrits dans ce chapitre. Comme Scheper-Hughes et Lock l'ont souligné il y a longtemps⁵⁷, le corps comme donnée naturelle, comme substrat matériel séparé de la culture n'existe pas. Le corps des individus est un corps déjà inscrit dans la société et qui est donc ressenti, vécu, appréhendé et réglé selon des configurations culturelles spécifiques ancrées dans un ordre social et politique particulier⁵⁸. Le régime de genre qui attribue une valeur hiérarchiquement inférieure au corps féminin, l'univers économique qui contribue à la perpétuation de la vision mécaniciste et à l'extension des processus de commensuration, l'organisation politique qui comporte des pratiques de disciplinarisation et d'autodisciplinarisation des individus dans le domaine de la santé propres aux sociétés industrialisées se retrouvent inscrits dans les pratiques et les expériences que j'ai décrites. Ces dernières révèlent également que les institutions médicales subordonnent le bien-être psychique et (souvent aussi) somatique des femmes à la santé des enfants, règlementant moralement, médicalement et socialement ce qu'elles peuvent et doivent faire. Incorporées par une grande partie des femmes et des professionnel-le-s côtoyé-e-s à l'Hôpital H, ces normes déterminent une véritable « culture somatique⁵⁹ » genrée qui génère les expériences d'allaitement examinées. Le manque de confiance dans son corps, l'insécurité, les angoisses que mes interlocutrices ont exprimées lors de l'allaitement peuvent également être appréhendées comme le reflet « de la précarité de la vie des femmes et un symptôme d'une plus vaste remise en question⁶⁰ » de leur cadre social de vie.

Bibliographie

- R. APPLE, *Mothers and Medicine : A Social History of Infant Feeding, 1890-1950*, Madison, The University of Wisconsin Press, 1987.
- Fr. BALSAMO, G. DE MARI, V. MAHER, et R. SERINI, « Production and pleasure : research on breastfeeding in Turin », in V. MAHER (éd.), *The Anthropology of Breastfeeding. Natural Law or Social Construct*, Oxford, Berg, 1992, p. 59-90.
- L. BOLTANSKI, « Les usages sociaux du corps », *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, 26/1, 1971, p. 205-233.
- J. BROSCO, « Weight charts and well-child care. How the paediatrician became the expert in child health », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 155/12, 2001, p. 1385-1389.

57 SCHEPER-HUGHES et LOCK, 1987.

58 DOUGLAS, 1973.

59 BOLTANSKI, 1971, p. 217.

60 MAKHLOUF OBERMEYER et CASTLE, 1997, p. 55.

- G. CHARUTY, « Le vœux de vivre. Corps morcelés, corps sans âme dans les pèlerinages portugais », *Terrain*, 18, 1992, p. 46-60.
- R. DAVIS-FLOYD, *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley et Los Angeles, University of California Press, 2003.
- M. DOUGLAS, *Natural Symbols*, Harmondsworth, Penguin Books, 1973.
- F. DYKES, « Eastern medicine and marketing : construction of an inadequate milk syndrome in lactating women », *Health Care for Women International*, 23/5, 2002, p. 492-502.
- , « “Supply” and “demand” : breastfeeding as labour », *Social Science & Medicine*, 60, 2005, p. 2283-2293.
- , *Breastfeeding in Hospital. Mothers, Midwives and the Production Line*, Routledge, Londres & New York, 2006.
- W. ESPELAND et M. STEVENS, « Commensuration as a social process », *Annual Review of Sociology*, 24, 1998, p. 313-343.
- M. FOUCAULT, *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France (1975-1976)*, Paris, Gallimard ; Seuil, 1997.
- D. GARDEY et Il. LÖWY, (éd.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 2000.
- K. HAGGERTY et R. ERICSON, « The surveillance assemblage », *British Journal of Sociology*, 51/4, 2000, p. 605-622.
- Fr. HÉRITIER, *Masculin, féminin. La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob, 1996.
- L. JORDANOVA, *Sexual Visions. Images of Gender in Science and Medicine Between the Eighteenth and Twentieth Centuries*, Madison, University of Wisconsin Press, 1993.
- D. LUPTON, « Quantifying the body : monitoring and measuring health in the age of Health technologies », *Critical Public Health*, 23/4, 2013, p. 393-403.
- , *The Quantified Self*, Cambridge, Polity Press, 2016.
- Ir. MAFFI, « Les cours de préparation à la naissance dans une maternité suisse. Entre logiques institutionnelles, postures des sages-femmes et autonomie des couples », in C. BURTON-JEANGROS, R. HAMMER et Ir. MAFFI (éd.), *Accompagner la grossesse et l'accouchement. Savoirs et pratiques professionnels en Suisse*, Lausanne ; Bangkok, BSN Press, 2014, p. 175-198.
- , « The detour of an obstetric technology : active management of labour across cultures », *Medical anthropology*, 35, 2016, p. 17-30.
- V. MAHER (éd.), *The Anthropology of Breastfeeding. Natural Law or Social Construct*, Oxford, Berg, 1992.
- C. MAKHLOUF OBERMEYERE et S. CASTLE, « Back to nature ? Historical and cross-cultural perspectives on barriers to optimal breastfeeding », *Medical Anthropology*, 17, 1997, p. 39-63.
- Em. MARTIN, *The Woman in the Body. A cultural analysis of reproduction*, Milton Keynes, Open University Press, 1989.
- , *Flexible Bodies. The Role of Immunity in American Culture From the Days of Polio To the Age of AIDS*, Boston, Beacon Press, 1995.
- Ann. V. MILLARD, « The place of the clock in pediatric advice : rationales, cultural themes, and impediments to breastfeeding », *Social Science and Medicine*, 31/ 2, 1990, p. 211-221.
- Th. PORTER, « Medical quantification, science, regulation and the state », in G. JORLAND, Ann. OPINEL et G. WEISZ (éd.), *Body Counts. Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2005, p. 394-402.
- P. RABINOW et N. ROSE, « Biopower today », *Biosocieties*, 1, 2006, p. 195-217.

- C. ROLLET, « Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique », *Revue française des affaires sociales*, 3, 2005, p. 129-156.
- M. SACHS, *Following the Line : An Ethnographic Study of the Influence of Routine Baby Weighing on Breastfeeding Women in a Town of the Northwest of England*, PhD Thesis, University of Lancashire, 2005.
- , F. DYKES, B. CARTER, « Weight monitoring of breastfed babies in the UK-centile charts, scales and weighing frequency », *Maternal and Child Nutrition*, 1, 2005, p. 63-76.
- N. SCHEPER-HUGHES, M. LOCK, « The mindful body. A prolegomenon to future work in medical anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, 1/1, 1987, p. 6-41.