

L'allaitement, le début de la communication

Ethnographie du post-partum dans le cadre d'un suivi global en Suisse romande

Introduction

Toutes les sociétés déploient des efforts pour socialiser leurs bébés et les affilier au groupe humain auquel elles et ils appartiennent¹. En fonction du contexte social, économique et culturel, les modalités et temporalités de cette socialisation varient. L'idéologie néolibérale définit l'individu par son autonomie, comprise comme une compétence : celle de s'autodéterminer en contrôlant son comportement comme ses émotions. Le modèle de socialisation plébiscité, encourageant les nouveaux parents à rapidement réintégrer leur organisation et rythme de travail ordinaires après la naissance de leur enfant, vise à produire des enfants possédant très tôt des qualités d'autorégulation. Dans cette perspective, elles et ils sont par exemple encouragé-e-s dès la naissance à s'endormir seul-e-s, dans leur propre chambre ou, plus tard, à se distraire de manière autonome, sans solliciter l'attention constante de leurs parents. Dykes suggère qu'un mode restrictif d'allaitement des bébés au sein, selon un horaire préétabli, peut être interprété comme un levier précoce d'un processus de « civilisation » – terme qu'elle emploie pour désigner la modalité de socialisation à l'œuvre pour réaliser le modèle d'individu néolibéral². Ainsi, un bébé « civilisé » se comporte conformément aux valeurs autonomistes néolibérales : elle ou il ne doit pas se montrer « trop » demandeuse ou demandeur, et ne doit pas réclamer le sein maternel « par confort », mais uniquement pour assouvir sa faim.

Les recommandations médicales actuelles privilégient la modalité de l'allaitement « à la demande »³ de l'enfant⁴. Le modèle de l'allaitement selon un horaire, implémenté

1 BONNET et POURCHEZ, 2007 ; CONKLIN et MORGAN, 1996 ; GOTTLIEB, 2004.

2 DYKES, 2006.

3 Cette modalité d'allaitement suppose que si l'enfant a un accès illimité aux seins de sa mère, elle ou il sera en mesure d'autoréguler ses apports nutritifs. La notion d'allaitement « à la demande » apparaît dans la littérature pédiatrique dès la deuxième moitié du XX^e siècle, voir : MILLARD, 1990. Il faut néanmoins attendre les années 1980 pour que ce modèle d'allaitement soit bien établi (DYKES, 2006), conjointement aux différentes initiatives et recommandations de bonnes pratiques implémentées par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNICEF (notamment l'Initiative Hôpital Ami des Bébé en 1992, qui vise à garantir des conditions optimales d'initiation à l'allaitement dans toutes les maternités).

4 WHO, 2001.

sous l'influence du mouvement hygiéniste dès le début du xx^e siècle, continue néanmoins d'influencer les pratiques et les discours des professionnel-le-s de la périnatalité, tout comme les attentes parentales. L'hygiénisme se traduit par un savoir formalisé au cours du xx^e siècle sous la forme de règles de puériculture à l'intention des mères concernant les soins à leur enfant⁵. Ces préceptes correspondent à un projet éducatif spécifique reposant sur une anticipation du futur : les contraintes imposées au bébé aujourd'hui, par exemple un horaire strict de tétées, lui permettraient de rapidement s'ajuster à une routine conforme aux horaires des adultes.

Si l'hygiénisme a entraîné une restriction des contacts physiques entre mère et enfant, ils sont réhabilités au cours des années 1990, à travers une série de pratiques recommandées par les professionnel-le-s de la naissance et progressivement intégrées dans les maternités⁶. L'allaitement à la demande s'inscrit dans cette réhabilitation du toucher dans les soins aux enfants, au même titre que d'autres pratiques, telles que le « peau-à-peau » entre les parents et leur nouveau-né, ou le « portage » du bébé contre son corps. Légitimées par la théorie de l'attachement d'Ainsworth et Bowlby, développées dans les années 1960 aux États-Unis, ces pratiques visent à favoriser l'attachement « sécure » de l'enfant à ses parents⁷. Elles répondent ainsi à une inquiétude croissante concernant le développement d'un lien précoce entre parents et bébé, intégrée à un processus plus large de médicalisation de la parentalité. Dès la fin du xix^e siècle, les pratiques de soin aux enfants, mais aussi les émotions maternelles, deviennent un sujet d'investigation scientifique, dans une perspective de rationalisation de la maternité⁸. Dans un contexte médical marqué par une forte promotion de l'allaitement comme manière la plus appropriée de nourrir les bébés, l'allaitement – à la demande – est présenté comme une pratique centrale favorisant la création d'un lien « sécure » entre la mère et l'enfant.

Un suivi « global » à domicile

Entre mai 2014 et février 2017, j'ai suivi onze sages-femmes indépendantes, pratiquant des suivis dits « globaux »⁹, au cours de leurs visites à domicile post-partum¹⁰ en Suisse

5 BOLTANSKI, 1977 ; DELAISI DE PARSEVAL et LALLEMAND, 1998 ; THÉBAUD, 1986.

6 MEMMI, 2014.

7 Dans la théorie originale développée par Ainsworth et Bowlby, la mère est néanmoins présentée comme la figure centrale d'attachement, voir BRETHERTON, 1992. Leurs travaux ont fait l'objet de critiques, notamment par des chercheuses et chercheurs en sciences sociales, mettant en lumière l'adéquation entre la théorie de l'attachement et des éléments idéologiques concernant la place appropriée des femmes dans les sociétés euro-états-uniennes des années 1970, voir : CROUCH et MANDERSON, 1995 ; ÉVER, 1993.

8 APPLE, 1987.

9 Un « suivi global » inclut l'ensemble du processus de la naissance, de la grossesse au post-partum, y compris l'accouchement. Cette prestation s'adresse aux femmes qui vivent une grossesse physiologique, et non aux grossesses labellisées « à risque ». En Suisse, les accouchements qui s'inscrivent dans cette démarche ont généralement lieu à domicile ou en maison de naissance. Selon les statistiques de l'Institut des sages-femmes, mandaté par la Fédération suisse des sages-femmes, 2163 accouchements ont eu lieu hors de l'hôpital et sous la supervision d'une sage-femme indépendante en 2015 sur un total de 86916 naissances, soit 2.5% des naissances, voir : ERDIN, SCHMID et PEHLKE-MILDE, 2015.

10 Je précise que j'ai assisté à des suivis post-partum exclusivement auprès de familles dont les bébés étaient allaités au moment de la visite.

romande. Ces sages-femmes s'inscrivent dans le mouvement de la naissance « naturelle »¹¹. Partageant une vision physiologique et non-interventionniste de l'accouchement, elles se distancient d'une conception dominante, au fondement du système obstétrical moderne effectif dans les pays industrialisés, qui envisage d'abord la naissance en termes de risques¹². Ces praticiennes ont néanmoins une formation biomédicale et une pratique hospitalière de plus ou moins longue durée, influençant leur pratique actuelle.

Réciproquement, des éléments de la philosophie de la naissance « naturelle », tels que l'implication du père ou du deuxième parent durant l'accouchement, le contact peau-à-peau et la première mise au sein juste après la naissance, ainsi que la recommandation d'allaiter à la demande de l'enfant et non selon un horaire préétabli ont été intégrés aux pratiques hospitalières dans beaucoup de pays d'Europe et aux États-Unis¹³. Les figures pionnières du mouvement sont par ailleurs des obstétricien-ne-s travaillant dans des maternités hospitalières. De leur côté, les sages-femmes hospitalières œuvrent également à élargir la définition de la naissance « naturelle » aux procédures biomédicales, par exemple l'injection d'ocytocine de synthèse pour accélérer le travail, visant une prise en soin personnalisée en fonction des besoins de chaque parturiente¹⁴. On peut ainsi noter une interpénétration des deux modèles. Dans le cadre de ma recherche de terrain, je n'ai en revanche pas observé de « compromis » en ce qui concerne l'usage des technologies biomédicales, étant donné que mes interlocutrices sages-femmes pratiquaient exclusivement en extrahospitalier.

Lors du suivi post-partum, les sages-femmes favorisent une approche fondée sur l'observation de l'enfant. Conjointement à l'allaitement à la demande, elles promeuvent d'autres pratiques s'inscrivant dans le courant idéologique du parentage proximal¹⁵ comme le « co-dodo » – partage du lit parental avec son enfant – ou le « portage ». Ces pratiques sont présentées par les sages-femmes comme participant à la réussite de l'allaitement et facilitant sa mise en place et son intégration à la vie quotidienne. Ce sont néanmoins principalement les mères qui les réalisent, notamment en raison de l'absence de congé paternité en Suisse (lorsque la recherche a été menée et jusqu'en décembre 2020), impliquant que la mère passe beaucoup plus de temps avec le bébé durant ses premiers mois de vie. Ainsi, l'« intensification » de la parentalité, mise en évidence par différent-e-s auteur-e-s au cours de la dernière décennie et dans laquelle s'inscrivent les pratiques susmentionnées, concerne surtout les mères¹⁶.

11 Ce mouvement émerge en Grande-Bretagne dans l'entre-deux guerre sous l'impulsion de l'obstétricien Dick-Read, en réponse à l'interventionnisme croissant dominant les pratiques obstétricales. Il faut attendre les années 1970 pour qu'il se diffuse dans quelques espaces, d'abord hospitaliers, en Amérique du nord et en Europe. La définition d'une naissance « naturelle » varie considérablement en fonction du contexte historique et culturel, du lieu et de la profession des praticien-ne-s impliquées dans l'événement, voir : MAFFI, 2013 ; MANSFIELD, 2008 ; MOSCUCCI, 2002. Néanmoins, la volonté principale de ses adeptes reste de réduire ou éliminer les actes techniques et médicaux entourant l'accouchement, sous-tendue par la conviction que les femmes sont physiologiquement aptes à accoucher « par elles-mêmes ».

12 CARRICABURU, 2005.

13 MAFFI, 2013.

14 QUAGLIARIELLO, 2017.

15 Ce courant, initié par le pédiatre Sears et son épouse, auteurs à succès de guides destinés aux jeunes parents, émerge dans les années 1980 aux États Unis et promeut un style de parentage centré sur les besoins des enfants.

16 BLUM, 1999 ; FAIRCLOTH, 2013 ; LEE, 2008 ; WOLF, 2007.

Le matériel ethnographique présenté dans ce chapitre reflète ces inégalités : si j'ai souvent eu l'occasion d'échanger avec des pères autour de l'allaitement de leur enfant, et que j'ai pu observer de manière concrète leur implication dans ce processus, ils restent relativement absents du suivi post-partum des sages-femmes, davantage focalisé sur le corps maternel et le duo mère-enfant. Par ailleurs, dans les discours des sages-femmes, les pratiques de maternage sont souvent naturalisées, notamment suivant un raisonnement s'appuyant sur les hormones sexuelles, qui légitimeraient des aptitudes innées chez les mères¹⁷. Parallèlement, l'enfant est y également présenté comme un « petit mammifère », dans la lignée du discours d'Odent, gynécologue pionnier de la naissance naturelle en France à la fin des années 1970¹⁸. Odent étend d'ailleurs ce statut de mammifère aux mères, qui selon lui devraient recouvrir leur nature de mammifère pour que leur accouchement se déroule bien. De façon similaire, l'argument hormonal concerne aussi les nouveau-nés, décrits par les sages-femmes comme très sensibles aux « hormones de l'allaitement », synchronisant leurs tétées avec les montées de lait maternelles.

Ce chapitre repose sur les suivis post-partum de vingt-six familles, chacune composée d'un couple parental hétérosexuel et d'un à trois enfants. Les parents ont entre vingt et quarante ans. Leurs niveaux et secteurs de formation présentent une forte diversité. La majorité des mères travaillent à temps partiel, deux mères n'exercent pas d'activité rémunérée. Les pères également sont souvent employés à temps partiel. Huit d'entre eux ont le statut de travailleur indépendant, favorisant une certaine flexibilité organisationnelle. Ces couples sont de nationalités diverses (suisse, française, bosniaque, espagnole, italienne, péruvienne) et issus de milieux socio-économiques divers également¹⁹. Tous pratiquent à des degrés différents le parentage proximal et se rejoignent autour de pratiques communes de soins aux enfants, dont le portage et le « co-dodo », mis en œuvre par tous les couples rencontrés.

En complément de l'observation-participante pratiquée durant les visites post-partum des sages-femmes, j'ai aussi réalisé des entretiens approfondis avec les mères ou les parents²⁰, me permettant de retracer leur parcours d'allaitement, et de comprendre l'évolution de leurs pratiques et ressentis sur le plus long terme. Ces entretiens se sont déroulés à intervalles réguliers dès la fin du suivi post-partum, jusqu'au sevrage de l'enfant. J'ai assisté à une centaine de visites post-partum et effectué soixante-neuf entretiens.

Le choix d'être accompagné-e par une sage-femme indépendante reflète une adhésion au modèle du parentage proximal, au sein duquel l'allaitement joue un rôle crucial. Au-delà d'une souscription commune à la pratique de l'allaitement au sein et du refus de donner du lait artificiel à leur enfant, les mères ont souvent un projet d'allaitement établi avant la

17 OUDSHOORN, 1994.

18 ODENT, 2011.

19 La naissance extrahospitalière a été décrite par d'autres chercheuses, en Suisse ou dans d'autres pays européens, comme l'apanage de couples issus de classes sociales socio-économiquement fortement favorisées, voir : GOULHERS-HERTIG, 2017 ; HILDINGSSO *et al.*, 2006 ; PERRENOUD, 2016 ; PRUVOST, 2016 ; QUAGLIARIELLO, 2017 ; VIISAINEN, 2001). La population formée par les parents que j'ai rencontrés est sensiblement plus hétérogène. D'après mes discussions avec les sages-femmes, cette hétérogénéité est représentative de leur clientèle.

20 Pour huit des vingt-six familles rencontrées, j'ai réalisé des entretiens avec les deux parents. Les pères étaient présents durant les visites post-partum – et j'ai pu profiter de ces moments pour discuter avec eux – dans onze autres situations. En ce qui concerne les sept situations restantes, je n'ai pas rencontré les pères, qui avaient recommencé à travailler immédiatement après la naissance.

naissance. Il s'agit d'allaiter à la demande de l'enfant, et d'atteindre une durée d'allaitement ciblée selon les recommandations de l'OMS²¹ : six mois d'allaitement exclusif puis la poursuite de l'allaitement complété par d'autres apports de nourriture et boissons jusqu'à une année ou plus.²²

En raison de l'engagement commun des sages-femmes et des parents vis-à-vis de l'allaitement, le contexte spécifique du suivi global constitue un observatoire privilégié des constructions de sens autour des pratiques et de la relation d'allaitement entre mère et enfant, mais aussi de la manière dont les pères soutiennent ces processus. Ce chapitre vise à apporter un éclairage sur la construction de l'allaitement comme processus relationnel et levier précoce de communication entre l'enfant et ses parents au sein de ce modèle de soin et de parentalité.

Je présente dans un premier temps la façon dont le supposé désir de communiquer du bébé est pensé par les parents et les sages-femmes. Je décris ensuite la manière dont les sages-femmes initient les parents à une fine observation de leur enfant, se faisant son interprète. Dans le discours des sages-femmes, oscillant entre une naturalisation de l'enfant et une valorisation de son statut d'actrice ou d'acteur à part entière, l'allaitement apparaît comme un outil de communication central entre le bébé et ses parents. L'invitation des sages-femmes à « *suivre le rythme* » du bébé se heurte toutefois aux contingences organisationnelles des visites post-partum. Ce rythme fait ainsi l'objet d'une construction de sens, compromis entre l'observation attentive des réactions du bébé, les stratégies déployées pour répondre à ses besoins perçus et les exigences de ses pourvoyeuses et pourvoyeurs de soins.

Des bébés avides de communiquer

Dans les sociétés euro-états-uniennes, la naissance biologique et la naissance sociale sont concomitantes, la naissance sociale précédant même la naissance biologique, notamment à travers des technologies visuelles comme l'échographie. D'autres sociétés marquent en revanche une distinction entre ces deux moments. Dans la société amazonienne Wari, par exemple, la naissance sociale est accomplie par une série d'actes collectifs et relationnels, finalisée par une première tétée du bébé au sein de sa mère²³. Du point de vue Wari, l'individu se constitue et se pérennise au travers des relations sociales, et des partages de substances corporelles, telles que le lait.

Le discours biomédical associe l'individualité du fœtus ou du nouveau-né à des dispositions biologiques, attestant sa capacité à survivre hors du ventre maternel. Conklin et Morgan soulignent la tension entre cette conception de l'individu et les modalités concrètes

21 OMS, 2017.

22 L'OMS recommande de poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et plus (2017), mais les mères que j'ai rencontrées ont souvent en tête le repère temporel d'une année de vie de l'enfant. De manière intéressante, beaucoup de mères établissent initialement une limite temporelle à leur allaitement, sous l'influence d'une vision négative de l'allaitement dit « long ». Elles désapprouvent ainsi l'allaitement d'un enfant qui marche ou qui parle. Ces repères évoluent toutefois parallèlement à leur expérience d'allaitement : les mères poursuivent ainsi parfois l'allaitement bien au-delà de la limite qu'elles s'étaient initialement fixée.

23 CONKLIN et MORGAN, 1996.

d'existence des bébés, entièrement dépendants de leurs pourvoyeuses et pourvoyeurs de soin²⁴. Cette tension se retrouve plus largement entre l'idéal néolibéral d'individu autonome, et l'interdépendance entre les personnes, à fortiori durant les premières années de vie. Les valeurs culturelles autonomistes créent ainsi l'idée d'un corps « naturel », tandis qu'au sein d'une société comme celle des Wari, qui fonde l'individu sur la relationalité, le corps « naturel » et asocial n'existe pas²⁵. La conception de l'individu repose ainsi sur la communication : le bébé est appréhendé comme un nouveau membre de la communauté au travers des échanges qui s'opèrent entre elle ou lui et les autres membres.

Les parents que j'ai rencontrés s'inscrivent dans l'ère de « l'enfant par projet », correspondant selon Boltanski à un investissement et une attention portée à l'enfant inégalée par le passé²⁶. Mes interlocutrices et interlocuteurs, guidé-e-s par leur sage-femme, ont soigneusement préparé leur accouchement, et mené plus largement une réflexion approfondie sur la manière dont elles et ils souhaitaient prendre soin de leur enfant. Désireux de valoriser sa singularité dès la naissance, elles et ils s'engagent dans une quête active de communication avec leur bébé, que ce soit par le biais de l'allaitement, ou à travers d'autres vecteurs – par exemple par le massage, autour des besoins d'élimination du bébé, ou en mobilisant le langage des signes. La communication est parfois initiée in utero, au moyen de l'haptonomie, technique visant à entrer en contact avec le fœtus en posant les mains sur le ventre de sa mère. Parmi cette panoplie d'outils de communication mis en œuvre par les parents, et parfois introduits par la sage-femme, l'allaitement – à la demande – occupe une place centrale.

Selon ce modèle, le bébé est toujours enclin à communiquer. La difficulté pour les parents réside dans leur aptitude à observer et interpréter correctement ses signaux, indiquant ses besoins physiologiques, tels que la faim, la soif, l'envie d'éliminer ou de dormir, afin de renforcer cette disposition.

Les sages-femmes, interprètes des nouveau-nés

L'initiation à l'allaitement en milieu hospitalier a été décrit par Dykes comme un processus lourdement contraint par les protocoles institutionnels²⁷. Dans ce contexte, l'allaitement serait avant tout envisagé par les praticien-ne-s comme un transfert de lait de la mère à l'enfant, une relation « à sens unique » ayant pour objectif une prise de poids rapide et régulière du bébé. Les sages-femmes indépendantes dont j'ai observé la pratique se positionnent de manière critique vis-à-vis d'une évaluation de l'allaitement centrée sur la prise de poids du bébé et revendiquent une approche qualitative, leur permettant aussi de se distancier des pratiques hospitalières et d'affirmer la spécificité de leur suivi.

Elles invitent les mères à une observation clinique de la tétée, les rendant attentives par exemple aux bruits de déglutition ou de contentement du bébé ainsi qu'à son relâchement

²⁴ *Id.*

²⁵ *Id.*

²⁶ BOLTANSKI, 2004.

²⁷ DYKES, 2006.

musculaire. Elles évoquent parallèlement d'autres indicateurs positifs comme l'alternance de phases de sommeil et d'« *éveil calme* » du bébé ou le fait qu'elle ou il urine régulièrement.

Les sages-femmes insistent parallèlement sur la dimension relationnelle de l'allaitement : la satisfaction perçue de leur bébé contribuerait à rassurer les mères quant au succès de l'allaitement. Leur suggérant une lecture positive du comportement de leur bébé, les sages-femmes sont partie prenante de ce processus d'interprétation. Après une tétée, Marie²⁸, une sage-femme, rend attentive une mère aux signaux envoyés par son enfant : « *là, tu vois comme il a tété, il se retire du sein, il est tout bien, c'est un bébé heureux* ». Lors d'une autre visite, elle montre le poing serré d'un bébé pendant la tétée, indicateur de détente : « *elle est toute bien au sein* ». Rendant les mères attentives aux signaux émis par leur enfant, les sages-femmes enjoignent à répondre à son appel, mais aussi à identifier ses réactions positives par rapport à l'allaitement, les confortant dans leurs compétences de mères allaitantes. Elles endossent ainsi un rôle d'interprètes, se faisant les porte-paroles de l'enfant, et transmettant ses besoins et désirs.

Au cours d'un suivi d'Anne, une autre sage-femme, Timéo, un mois, dort pendant l'entièreté d'une visite. Anne ne juge pas utile d'interrompre son sommeil pour l'examiner. Alors que nous nous apprêtons à partir, il se réveille et pleure. Sa mère, Aurélie, s'adresse à lui : « *je te donne après, je te fais patienter un petit peu* ». Anne réagit « *Pourquoi tu le fais patienter ? Là, c'est assez clair !* ». Aurélie installe finalement Timéo au sein. En sortant, Anne revient sur cet épisode, et souligne que si la visite s'était écourtée, elle n'aurait pas pu plaider en faveur du bébé : « *Tu as vu ? J'aurais pas pu voir qu'elle voulait le faire patienter* ». La durée des visites post-partum – habituellement de 1h30 à 2h – est ainsi identifiée par les sages-femmes comme un facteur permettant une meilleure compréhension des dynamiques relationnelles autour de l'allaitement.

Conjointement au temps dévolu à chaque famille au moment des consultations, la continuité du suivi²⁹ permet aux sages-femmes indépendantes de développer une connaissance approfondie et contextualisée de chaque situation, favorisant la création d'un rapport de confiance. L'extrait ci-dessus suggère néanmoins qu'une connaissance intime des couples peut parfois les encourager à adopter une posture plus intrusive, en contradiction avec une éthique professionnelle « de la moindre empreinte », soit une attitude anti-interventionniste adoptée par les sages-femmes indépendantes lors de leurs visites à domicile visant à « minimiser leur impact sur l'écologie familiale³⁰ ». Selon Perrenoud, cette posture est moins présente dans le cadre d'un suivi global³¹. Dans ces suivis, la sage-femme a pu instaurer une relation de confiance avec les parents, et introduire les « bonnes pratiques » en amont de la naissance. Le modèle du suivi global est ainsi imprégné d'injonctions adressées aux mères : sous-tendu par une « éthique de la disponibilité maternelle », il enjoint les femmes à réagir incessamment aux signaux de leurs

28 Tous les prénoms cités sont fictifs.

29 Par opposition, la prise en soin lors d'une naissance hospitalière se caractérise par une fragmentation du suivi, avec différent-e-s intervenant-e-s à chaque étape du processus de la naissance (grossesse, accouchement, post-partum).

30 PERRENOUD, 2016.

31 PERRENOUD, 2016, p. 199.

bébés³². Selon cette vision, les bébés ont des « besoins », hiérarchiquement supérieurs aux « envies » maternelles³³.

Communiquer, c'est d'abord observer

Les sages-femmes que j'ai accompagnées situent l'observation de l'enfant au centre de leur pratique, transmettant cette sensibilité aux parents. L'observation du bébé marque ainsi une première étape de communication. Dans son étude de l'attachement maternel au sein d'un bidonville brésilien, Scheper-Hugues montre que dans ce contexte précaire, où les décès infantiles sont fréquents, les mères sont plus lentes que les parents euro-états-uniens à « anthropomorphiser » leurs nouveau-nés, processus par lequel elles leur accordent progressivement des caractéristiques humaines, telle que la conscience de soi, l'intentionnalité, ou encore l'aptitude à souffrir³⁴. Temporisant ce processus de « personnalisation », elles attendent souvent la fin de la première année de vie avant d'attribuer une signification précise aux manifestations de l'enfant, telles que les cris et les pleurs, ou les mouvements faciaux et corporels. Elles opèrent néanmoins une sélection sur base des signaux envoyés, favorisant les enfants qui semblent plus robustes et prévenant ainsi l'investissement émotionnel pour celles et ceux dont la survie est incertaine. Pour ces mères, l'observation du bébé permet de déterminer si elle ou il est avide ou non de communiquer avec son entourage. Elles cherchent les qualités qui montrent qu'elle ou il est prêt-e à lutter pour vivre, favorisant les enfants affichant un caractère combatif, ce qui se manifeste notamment par un désir prononcé d'interactions³⁵. Dans ce système de valeur, les enfants « actifs, vifs, réactifs, joueurs » sont préférés aux enfants « tranquilles » et « dociles », soit l'idéal néolibéral d'enfant « civilisé » et autonome³⁶.

En suggérant aux mères de s'ajuster au rythme du bébé, et non l'inverse, les sages-femmes défient le modèle néolibéral. Lors de l'initiation à l'allaitement, elles incitent les mères à anticiper les désirs du bébé en étant attentives aux signes avant-coureurs de la faim qu'elle ou il exprime. Avant de manifester une demande explicite et bruyante, le bébé ouvre la bouche, devant laquelle elle ou il place ses mains, ou émet de petits bruits : cet ensemble d'attitudes se traduit par les sages-femmes par l'expression « *il [elle] cherche* ». L'argument sous-jacent est que le nouveau-né dont le désir a été anticipé sera plus calme et tétera plus efficacement au sein.

Cet argument est bien intégré par les parents. Maud, par exemple m'explique lors d'un entretien qu'elle propose son sein à sa fille, âgée de deux mois, dès qu'elle semble être intéressée, sans attendre qu'elle pleure : « *je sais qu'ils [les bébés] sont beaucoup plus zen avant, et ils boivent mieux s'ils ne hurlent pas avant d'aller au sein* ». Reprenant le discours de leur sage-femme, les parents attribuent aussi à cette anticipation une influence sur le

32 GARCIA, 2011, p. 12.

33 WOLF, 2007.

34 SCHEPER-HUGHES, 1992, p. 413.

35 *Id.*

36 SCHEPER-HUGHES, 1992, p. 316.

comportement de leur enfant, au-delà des tétées : les bébés dont la faim est immédiatement satisfaite seraient plus sereins. Dans cette perspective, et en accord avec la théorie de l'attachement d'Ainsworth et Bowlby³⁷, la disponibilité parentale et la promptitude à répondre, voire prévenir, les besoins de l'enfant durant les premiers mois de vie est un investissement pour le futur : en construisant des « fondations émotionnelles sécurées », l'allaitement à la demande, associé à d'autres pratiques de soins « centrées sur l'enfant », lui permettrait de développer sa confiance en elle ou en lui et d'accéder à l'autonomie sur le long terme, rejoignant ainsi l'idéal néolibéral d'autosuffisance.

Faire confiance

Selon une vision de l'allaitement fondée sur la réciprocité entre la mère et l'enfant, les sages-femmes encouragent les mères à « *faire confiance* » à leur bébé. Marie explique ainsi à une nouvelle mère lors d'une visite post-partum : « *On voit pas ce qu'on donne, on peut pas quantifier. L'une des règles de l'allaitement c'est une confiance aveugle au bébé : c'est lui [elle] qui règle quand il [elle] a besoin de manger, combien, comment.* ». Là encore, c'est le bébé qui « règle » le cours des tétées, sans prise en compte des exigences maternelles.

En plaçant la notion de « *confiance* » au centre de leur rhétorique, les sages-femmes (re)donnent au bébé un rôle d'acteur social à part entière. Comme l'affirme l'une d'entre elles : « *L'allaitement, c'est déjà le début de la communication* ». Ce positionnement s'inscrit dans la continuité de l'accouchement extrahospitalier, dans le cadre duquel, parents et sages-femmes évoquent une « collaboration » avec le bébé, perçu comme un partenaire du processus, dont les parents et la sage-femme doivent apprendre à sentir et interpréter la présence et les messages³⁸.

Les pratiques pédiatriques ordinaires, impliquant par exemple une surveillance continue de la prise de poids de l'enfant, sont sous-tendues par une vision du nouveau-né comme un être fragile et vulnérable. La notion de système immunitaire, conceptualisé comme déficient, est par exemple centrale dans la manière de penser le corps des bébés : le monde extérieur est perçu comme une menace pour les nouveau-nés, dont les frontières corporelles sont vues comme « poreuses »³⁹. Contestant cette approche misérabiliste, les sages-femmes manifestent une volonté de mettre en avant les compétences propres du bébé : « *La maman n'a pas l'entière responsabilité de l'allaitement, le bébé a un instinct de survie très fort !* » ou « *il sait son besoin, faites-lui confiance !* » sont des énoncés revenant souvent au cours du suivi post-partum, symptomatiques de cette intention. Le succès de l'allaitement, perçu comme un « *travail d'équipe* », repose sur l'implication et la collaboration des deux protagonistes. Une sage-femme encourage ainsi un duo mère/bébé : « *vous êtes tout-à-fait capables l'une et l'autre !* ». Ces discours reposent sur une représentation naturaliste du nouveau-né, guidé par son « instinct de survie », garant du succès de l'allaitement s'il est adéquatement accompagné par sa mère – la prescription « *il faut suivre* » votre bébé revenant souvent dans le discours des sages-femmes. Si dans ce type d'énoncés émis par

37 BRETHERTON, 1992.

38 PRUVOST, 2016.

39 BROWNLIE et LEITH, 2011.

les sages-femmes et directement orientés sur l'allaitement, les pères semblent absents, en pratique, ils sont partie prenante de cette entreprise collaborative.

D'après mes observations, l'implication des pères se traduit souvent par la volonté de produire un environnement matériel favorable à l'allaitement, prenant en charge les tâches domestiques et d'autres aspects des soins au nouveau-né (la ou le changer, l'apaiser, la ou le baigner, etc.). Les pères soutiennent aussi plus directement l'allaitement en aidant leur partenaire à gérer sa lactation, spécialement au moment de la montée de lait (préparer des compresses ou une tisane visant à augmenter ou réguler la lactation), ou en participant à l'installation de la mère et du bébé en vue de la tétée. Sur le long terme, les pères offrent un soutien pratique comme émotionnel, notamment en partageant les réveils nocturnes de leur partenaire lors des tétées (lui apporter un verre d'eau, changer l'enfant avant de la ou le recoucher) ou en la rassurant quant à l'adéquation de son afflux de lait.

Certains pères semblent néanmoins frustrés d'être « par nature » exclus des échanges permis par la tétée. Deux mois après la naissance de sa fille, Nicolas le déplore : « *je pense que le truc qu'elle préfère, c'est être au sein. Je pense que le père là-dedans, c'est un peu plus construit, tu sens qu'il y a quand-même du retard* ». Ses propos indiquent son internalisation de la hiérarchisation idéologique des besoins des bébés, situant le nourrissage – particulièrement au sein – comme supérieur. Cette hiérarchie reflète l'injonction biomédicale à allaiter, fortement intériorisée par les parents. Pour pallier à ce « retard » perçu, Nicolas m'explique avoir développé une façon d'identifier si les pleurs de sa fille indiquent qu'elle a faim ou si elle exprime un autre besoin. En lui présentant son nez, la partie de son corps qui selon lui ressemble le plus au mamelon maternel, il peut déduire de sa réaction si elle a faim ou non. De cette manière, à l'instar de sa partenaire à travers l'allaitement, il réinvente son corps pour l'adapter à sa nouvelle fonction parentale. Ce détour par le corps paternel, et la façon dont il est repensé par la paternité permet de mettre en lumière la tension entre une vision naturaliste de l'allaitement et un regard constructiviste à travers le travail déployé par les parents.

Construire le naturel

Mansfield montre que la « naturalité » de l'accouchement « naturel » s'accomplit par un éventail de pratiques sociales (préparation à la naissance, gestes et mouvements durant l'accouchement, soutien social adéquat) visant à anticiper les obstacles et à accéder à une naissance « naturelle »⁴⁰. De même, le respect du rythme « naturel » du bébé exige des parents un investissement conséquent : observer attentivement leur bébé, identifier ses signaux et y répondre, accepter d'être inconditionnellement disponibles.

De l'invitation à « suivre le rythme du bébé » découle une valorisation de la « créativité » des mères, soit leurs capacités d'improvisation et d'adaptation démontrées pour s'ajuster à ce rythme. Isabelle, sage-femme, enjoint ainsi les mères à se mettre à la place de leur bébé. Lors d'une visite post-partum, Émilie, 14 jours, est agitée et pleure. Isabelle invite

⁴⁰ MANSFIELD, 2008.

Marion, sa mère, à essayer de voir les choses de son point de vue : « *c'est intéressant de juste chercher des positions. Avant elle pouvait dans le ventre, maintenant elle peut plus, tu dois essayer de trouver des combines* ». Tout en poursuivant la discussion, elle installe Émilie, couchée sur le canapé du salon, de différentes manières : entourée par un coussin d'allaitement, rehaussée par une peau de mouton. Émilie arrête momentanément de pleurer et fait des vocalises. Isabelle observe : « *Elle te cause. Ce sont d'autres codes de langage, que tu ne peux pas facilement comprendre, ce qui engendre de la frustration* ». Émilie pleure toujours. Isabelle demande à Marion : « *tu penses qu'elle mangerait bien encore une fois un peu ?* ». Marion tempère : « *elle fractionne, c'est dur de savoir si c'est un réflexe de succion ou de la faim* ». Isabelle répond : « *dis-toi que les africaines elles se posent pas la question* ». Marion s'exécute et installe Émilie au sein. Isabelle commente : « *elle est d'accord ta maman, elle est d'accord !* », endossant elle aussi un rôle de porte-parole du bébé, comme Anne dans la situation précédemment décrite. Après la tétée, Isabelle propose de recoucher Émilie, mais insiste pour préchauffer l'endroit à l'aide d'une bouillotte : « *tant que t'as pas envie d'être à sa place, elle a le droit de dire que c'est pas génial* ». Émilie ne pleure plus, mais reprend ses vocalises. L'interprétation de Marion est plutôt négative : « *aujourd'hui elle chouine...* ». Isabelle corrige : « *moi je trouve plutôt qu'elle cause, elle expérimente. Des fois on a l'impression qu'on doit tout le temps les distraire, mais ça leur suffit pour brancher quelques neurones. Il faut jamais oublier l'autonomie qu'ils ont eu pendant neuf mois* ».

Cet extrait révèle une tension entre, d'une part, la volonté de Marion de « civiliser » Émilie, qui transparait dans sa réticence à lui proposer une nouvelle tétée et sa légère contrariété face à ses « vocalises » et, d'autre part, la perspective d'Isabelle, qui s'efforce de valoriser Émilie comme un individu à part entière, avec des besoins et désirs légitimes – la faim, le confort, la sécurité.

Dès l'apparition de la notion d'accouchement « naturel », mentionnée pour la première fois par Dick-Read dans l'ouvrage *Natural childbirth*, publié en 1933 en Grande-Bretagne, les adeptes de cette approche mobilisent des imaginaires faisant référence à la nature, définie comme « *the country, the primitive, the spiritual and the instinctual* »⁴¹ (la campagne, le primitif, le spirituel, et l'instinctif) dont les sociétés modernes industrialisées se seraient distancées et qu'il s'agirait de retrouver. Les arguments de Dick-Read reposent sur des stéréotypes culturels associés aux sociétés alors dites « primitives », au sein desquelles les femmes accoucheraient aisément et sans douleur. À l'inverse, les femmes des sociétés industrialisées, corrompues par le mode de vie capitaliste, ne sauraient plus accoucher physiologiquement. La référence d'Isabelle aux « africaines », incarnation contemporaine et imaginaire de ce modèle de parenté naturelle, renvoie à la représentation rousseauiste du *bon sauvage*. La deuxième vague de l'accouchement naturel, dès les années 1970, s'appuie sur cette pensée fondatrice. L'idée d'une parentalité « naturelle », critique du modèle parental néolibéral, fondé sur une idéologie de la séparation entre l'enfant et ses parents revient ainsi dans le discours des sages-femmes.

Il apparaît par ailleurs que la volonté de « respecter » le rythme du bébé entre en dissonance avec les interventions effectuées pour s'ajuster à ce rythme. En observant et en interprétant le comportement du nouveau-né, les parents comme les sages-femmes agissent

41 MOSCUCCI, 2002, p. 168.

constamment autour de ce rythme supposé naturel. Dans la séquence précédemment décrite, Isabelle déploie différentes stratégies sur et autour d'Émilie jusqu'à ce qu'elle arrête de pleurer. Au cours des visites, il y a ainsi des moments où il est adéquat de quitter une posture observatrice pour effectuer des soins : réveiller un bébé endormi si la visite se termine et qu'elle ou il n'a pas été pesé-e depuis plusieurs jours, faire une démonstration de massage, alors que le bébé ne semble pas y être réceptif. Le modèle de soins défendu nécessite des ajustements pour aligner le rythme du bébé sur les temporalités des visites post-partum, et de l'organisation parentale.

Lors d'un autre suivi, avec Mireille, j'assiste à sa première visite chez Léa et Guillaume, nouveaux parents d'Alice. Après une demi-heure de discussion sur différents sujets, Alice se réveille et Mireille propose de la peser. Nous nous déplaçons dans la chambre parentale, qui est aussi celle d'Alice. Elle est déshabillée par sa mère et installée nue dans le petit hamac de la balance de Mireille, qui la soulève et commente « *c'est bon, demain, elle est à son poids de naissance* ». Elle propose de profiter de sa nudité pour montrer aux parents comment la doucher dans le lavabo, « *comme ça ils [les bébés] apprennent quelque chose sur le plan moteur, et ils adorent l'eau qui coule sur le sacrum* ». Elle prend Alice dans ses bras, la pose sur le ventre sur l'un de ses avant-bras et balance le bras d'avant en arrière. Cet exercice permet selon elle de développer la motricité du bébé. Elle montre comment Alice s'accroche à son bras, « *comme ça, votre enfant ne tombera jamais d'un arbre* ». Nous nous déplaçons vers la salle de bain. Mireille tient toujours Alice, et la met dans le lavabo, attentive à ce que ses pieds soient posés à plat contre le fond du lavabo, ce qui lui permettrait de prendre conscience des limites de l'espace. Mireille a ouvert le robinet, ajusté la température et positionné Alice pour que l'eau tiède coule sur le bas de son dos et ses fesses. Elle arrête l'eau et enveloppe Alice dans un linge. Retournant dans la chambre, Mireille la sèche et l'installe sur la table à langer pour la masser. Elle prend de l'huile dans ses mains et commence le massage, en expliquant ses gestes aux parents. Elle huile intégralement Alice, insiste sur la nécessité de ne pas oublier les zones de replis du corps : derrière les oreilles, sous les bras.

Alice était restée calme jusqu'à la fin de sa douche, semblant ébahie du traitement reçu. Elle se met à pleurer de plus en plus fort dès le début du massage, jusqu'à ce que Mireille s'interrompe, la tenant hurlante au-dessus d'elle « *Oh, mais ça, c'était un événement* », lui dit-elle avec amusement. Elle souligne le caractère inédit des contacts physiques pour les bébés : « *on les a jamais touchés, dans le ventre, ils [elles] étaient en apesanteur* », comparant la réaction d'Alice avec celle d'un petit animal non habitué au contact humain, dont la première réaction est la peur, mais qui ensuite « apprend », et se laisse manipuler. Elle conclut : « *on est dans l'observation totale quand on a un bébé, pour savoir qui il [elle] est, comment il réagit* ».

Cette séquence met en lumière une oscillation dans le discours de Mireille entre un bébé générique – « *ils adorent l'eau qui coule sur le sacrum* » – et un bébé individuel, présent dans sa valorisation de l'observation des réactions de chaque bébé. Il semble pourtant dans cet extrait que Mireille estime qu'il est plus important à ce moment précis de terminer sa démonstration aux parents dans un but pédagogique – comment doucher leur bébé dans le lavabo ou la masser – que de se soucier des réactions d'Alice, qui semble peu disposée à recevoir un massage. Elle s'extrait de cette manière de l'injonction intimée aux parents de suivre le rythme de l'enfant. Ce constat corrobore les observations de

Perrenoud, selon lesquelles l'« ethos de la moindre empreinte » est moins présent dans le cadre d'un suivi global⁴².

Les compétences des sages-femmes reposent d'une part sur leur savoir expérientiel issu de leur pratique, fondé sur le fait d'avoir côtoyé et pris soin de nombreux bébés, et d'autre part sur leurs connaissances en biomédecine et en médecines complémentaires. Ces différents registres de connaissances sont reconnus et valorisés par les parents, qui tendent à accepter l'intervention de la sage-femme même lorsqu'elle entre en contradiction avec la volonté de ne pas imposer d'actes perturbant le rythme « naturel » du bébé. Celui-ci est comparé à un « petit animal » qui, s'il est adéquatement entraîné pendant ses premières semaines de vie, ne « tombera jamais d'un arbre ». Cette animalisation de l'enfant, renvoyé à son statut de « mammifère », évoque à nouveau l'imaginaire de la naissance « naturelle⁴³ ». En tant que « produit » de l'accouchement naturel, l'enfant se définit par sa « naturalité ». Ce bébé « naturel » n'existe ainsi qu'en opposition au bébé « civilisé », fruit du modèle éducatif néolibéral.

Remarques et conclusions

En situant l'observation du bébé au centre de leur suivi, valorisant d'une part ses compétences, et stimulant d'autre part la « créativité » maternelle, les sages-femmes s'inscrivent dans une « éthique de la disponibilité maternelle » favorisant – peut-être malgré elles – la (re)production d'une répartition inégalitaire des responsabilités et tâches entre mères et pères⁴⁴. Dans cette perspective, le modèle de soin proposé, tout comme le modèle hospitalier en réaction duquel il s'est construit, est chargé en injonctions, d'abord adressées aux mères, et implique une standardisation des pratiques de soin. Comme le rappelle Perrenoud, « l'accompagnement devient un instrument des sociétés néolibérales, poussant les individus à se prendre en charge⁴⁵ ». À ce titre, malgré un « ethos de la moindre empreinte », le suivi bascule potentiellement dans la prescription, en dépit de la volonté des actrices et acteurs impliqué-e-s, parents comme sages-femmes. Néanmoins, en présentant le bébé comme un acteur à part entière de la relation d'allaitement, les sages-femmes insistent sur son rôle dans le succès de l'allaitement, cherchant à décharger les mères de l'entière responsabilité du processus.

Les modalités temporelles du suivi global, telles que l'étendue de la période sur laquelle se construit la relation entre parents et sage-femme ou la durée des visites post-partum, rompent avec la logique institutionnelle et la hiérarchie technocratique, impliquant la subordination de l'individu à l'institution⁴⁶. La continuité du suivi, par opposition à la fragmentation des soins caractéristique du modèle hospitalier, permet le développement d'une relation de confiance entre la sage-femme et les parents. Les consultations ont lieu au domicile des parents, dans lequel les sages-femmes sont des « invitées », respectant les

42 PERRENOUD, 2016, p. 199.

43 ODENT, 2011.

44 GARCIA, 2011, p. 12.

45 PERRENOUD, 2016, p. 22.

46 DAVIS-FLOYD et JOHN, 1998.

règles de leurs hôtes, et non l'inverse. Ces différentes dimensions du suivi global amènent les sages-femmes à se distancier des repères institutionnels, tel que la pesée systématique, en faveur d'une évaluation qualitative de l'allaitement, perçu comme un processus relationnel.

La découverte du bébé est sous-tendue par une préconception selon laquelle elle ou il devrait forcément être avide de communiquer, pour qui saura interpréter correctement ses signaux. Dans cette quête de communication, les discours et les pratiques s'articulent autour de deux pôles de conceptualisation des bébés : un bébé individuel d'une part, qui possède dès la naissance des caractéristiques qui lui sont propres, et un bébé générique d'autre part, dont les goûts, les attitudes et les compétences sont déterminés par ses capacités biologiques, soit son corps naturel⁴⁷. Si mes interlocutrices et interlocuteurs rejoignent ainsi une vision néolibérale de l'individualité comme extension de données biologiques, ils adhèrent également à une conception fondée sur les relations sociales. Elles et ils se positionnent ainsi de manière critique face à l'idéologie dominante, en faveur d'une formation plus progressive de l'individualité au fil du temps : la dépendance du bébé envers ses parents et le devoir de disponibilité constante de ceux-ci à son égard sont perçus comme une étape de transition nécessaire, voire désirable pour accéder à l'autonomie⁴⁸. Ce raisonnement rejoint les arguments sous-tendant les théories de l'attachement. L'autonomie reste ainsi l'objectif final, bien que le cheminement emprunté pour « civiliser » le bébé diffère.

Bibliographie

- R. D. APPLE, *Mothers and Medicine. A Social History of Infant Feeding 1890-1950*, Londres, The University of Wisconsin Press, 1987.
- L. M. BLUM, *At the Breast. Ideologies of Breastfeeding and Motherhood in the Contemporary United States*, Boston, Beacon Press, 1999.
- L. BOLTANSKI, *Prime éducation et morale de classe*. Paris, Mouton, 1977.
- , *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004.
- D. BONNET et L. POURCHEZ, *Du soin au rite dans l'enfance*, Toulouse, Erès, 2007.
- Ing. BRETHERTON, « The origins of attachment theory : John Bowlby and Mary Ainsworth », *Developmental psychology*, 28 (1992), p. 759-775.
- J. BROWNLIE, V. M. S. LEITH, « Social bundles : thinking through the infant body », *Childhood*, 18/2 (2011), p. 196-210.
- B. A. CONKLIN et L. M. MORGAN, « Babies, bodies and the production of personhood in North America and a native Amazonian society », *Ethos*, 24/4 (1996), p. 657-694.
- M. CROUCH, L. MANDERSON, « The social life of bonding theory », *Social Science & Medicine*, 41/6 (1995), p. 837-844.
- R. E. DAVIS-FLOYD et G. St. JOHN, *From Doctor to Healer. The Transformative Journey*, New Jersey, Rutgers University Press, 1998.
- G. DELAISI DE PARSEVAL, S. LALLEMAND, *L'art d'accueillir les bébés*. Paris, Odile Jacob, 1988.

47 CONKLIN et MORGAN, 1996.

48 TOMORI, 2015, p. 203.

- G. DICK-READ, *Natural Childbirth*, Londres, Heinemann Medical Books, 1933.
- F. DYKES, *Breastfeeding in Hospital. Mothers, Midwives and the Production Line*, Londres, Routledge, 2006.
- R. ERDIN, M. SCHMID et J. PEHLKE-MILDE, *Recensement des activités des sages-femmes indépendantes de Suisse. Rapport sur le recensement*. 2015. Winterthour, Gesundheit Institut für Hebammen, 2015.
- D. E. EYER, *Mother-Infant Bonding : A Scientific Fiction*, New Haven, Yale University Press, 1993.
- Ch. FAIRCLOTH, *Militant Lactivism ? Attachment Parenting and Intensive Motherhood in the UK and France*, Oxford, Berghahn Books, 2013.
- S. GARCIA, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris, La Découverte, 2011.
- Alm. GOTTLIEB, *The Afterlife is Where We Come From : The Culture of Infancy in West Africa*. Chicago, University of Chicago Press, 2004.
- S. GOULHERS-HERTIG, *Gouverner par le risque : une ethnologie des lieux d'accouchement en Suisse romande*. Thèse de doctorat en sociologie, Genève, UNIGE, 2017.
- I. M. HILDINGSSON, *et al.* « Characteristics of women giving birth at home in Sweden : A national register study », *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 195/5 (2006), p. 1366-1372.
- Ell. J. LEE, « Living with risk in the age of “intensive motherhood” : maternal identity and infant feeding », *Health, Risk and Society*, 10/5 (2008), p. 467-477.
- Ir. MAFFI, « Can Caesarian section be “natural” ? The hybrid nature of the nature-culture dichotomy in mainstream obstetric culture », *Journal for research in sickness and society* 10/19 (2013), p. 5-26.
- B. MANSFIELD, « The social nature of natural childbirth », *Social Science and Medicine*, 66 (2008), p. 1084-1094.
- D. MEMMI, *La revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*, Paris, Éditions du Seuil, 2014.
- Ann V. MILLARD, « The place of the clock in paediatric advice : rationales, cultural themes and impediments to breastfeeding », *Social Science & Medicine* 31/2 (1990), p. 211-221.
- Orn. MOSCUCCI, « Holistic obstetrics : the origins of “natural childbirth” in Britain », *Post-graduate Medical Journal*, 79 (2002), p. 168-173.
- M. ODENT, *Le bébé est un mammifère*, Paris, Éditions l'Instant Présent, 2011 [rééd. 1990].
- OMS, « Alimentation du nourrisson et du jeune enfant », Aide-mémoire n° 342, 2017 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/fr/>, consulté le 18.09.2017.
- N. OUDSHOORN, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, Oxon & New York, Routledge, 1994.
- P. PERRENOUD, *Construire des savoirs issus de l'expérience à l'ère de l'Evidence Based Medicine : une enquête anthropologique auprès de sages-femmes indépendantes en Suisse romande*, Thèse d'anthropologie, Lausanne, UNIL, 2016.
- G. PRUVOST, « Qui accouche qui ? Étude de 134 récits d'accouchement à domicile », *Genre, Sexualité et Société*, 16 (2016), p. 1-28.
- Ch. QUAGLIARIELLO, « L'accouchement naturel contre l'hôpital moderne ? Une étude de cas en Italie », *Anthropologie & Santé*, 15 (2017), p. 1-21.
- N. SCHEPER-HUGHES, *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1992.

- C. TOMORI, *Nighttime Breastfeeding. An American Cultural Dilemma*, New York, Berghahn Books, 2015.
- WHO, *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. A Systematical Review*, Genève, World Health Organisation, 2001.
- J. B. WOLF, « Is Breast Really Best ? Risk and Total Motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 32/4 (2007), p. 595-636.