

Mémoire de Master en Sciences sociales
Présenté par Aurélie Vervatidis
Sous la direction de Mme Irène Maffi
Et l'expertise de M. René Knüsel

Quand l'allaitement maternel « prend corps »

Ethnographie et autoethnographie dans le
contexte vaudois de rencontres et consultations
petite enfance

Université de Lausanne
Faculté des Sciences Sociales et Politiques
Institut des Sciences Sociales
Session Été 2016

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
CHAPITRE 1 : ALLAITEMENT ET CORPS FEMININS, UNE INTRODUCTION	7
Démarche inductive.....	11
Matérialité des corps féminins et expériences corporelles.....	11
Construction et réflexion méthodologique.....	13
Contextes pluriels entourant l'allaitement en Suisse romande.....	14
Ethnographie et autoethnographie.....	15
CHAPITRE 2 : ÉLÉMENTS METHODOLOGIQUES	19
Production ethnographique et autoethnographique : articuler différents processus.....	19
Construction de l'objet de recherche.....	21
Comprendre et interpréter en quête de sens.....	25
Présentation des matériaux empiriques.....	28
Ajustements autour d'une pratique ethnographique : la prise de notes en question.....	34
Trouver sa place, négocier les échanges : réflexions autour des rencontres.....	37
CHAPITRE 3 : SITUER L'ALLAITEMENT, CONTEXTES PLURIELS	50
L'allaitement comme mode de nourrissage : références historiques et socio-culturelles.....	51
Politiques européennes et instances internationales : éléments de compréhension.....	56
L'or liquide, entre référence d'excellence et critiques activistes.....	56
Projets politiques de santé : l'allaitement comme moyen de réduction des « risques ».....	59
Devoirs de santé : allaitement et maternité.....	64
Politiques de santé et considérations autour de l'allaitement : spécificités nationales.....	67
Applications cantonales : Programme cantonal, prestations IPE et allaitement.....	77
Le Programme cantonal comme socle constitutif.....	79
Prévenir et promouvoir : une entreprise normative entre responsabilités et obligations.....	84
CHAPITRE 4 : QUAND L'ALLAITEMENT MATERNEL « PREND CORPS »	92
Pratiques et expériences professionnelles : savoirs empiriques et savoirs théoriques.....	92
Discours et pratiques préventives : entre négociations et prescriptions.....	96
La notion d'accompagnement comme « un tout » porteur d'humanisme et d'efficacité symbolique.....	111
La notion d'empowerment, discours et pratiques.....	115
Expériences et pratiques de femmes.....	122
Entre savoirs qui font autorité et savoirs corporels, conflits autour de la matérialité des corps.....	122
Expressions corporelles féminines : au-delà d'un modèle universel d'allaitement maternel.....	132
La notion d'apprentissage à l'encontre d'une conception naturaliste.....	136
Éléments autoethnographiques.....	140
Le « poids du lait », représentations normatives et sources d'anxiété.....	140
Allaiter, au-delà des évidences.....	146
Les tétées, exemple d'une expérience incorporée.....	153
CONCLUSION	156
BIBLIOGRAPHIE	160

Remerciements

Un grand merci tout d'abord à toutes les femmes et aux hommes qui ont permis le présent travail, sans eux il n'aurait pas vu le jour. Les échanges, la confiance et le respect mutuel, l'accueil, dans l'intimité parfois de leur foyers ou de leurs récits de vie personnels, les partages, ont permis à la fois la construction de ce travail et la création de sa dynamique, ainsi qu'un enrichissement personnel. Je les remercie de m'avoir ouvert la porte de leurs savoirs. J'espère que cette recherche reflètera au mieux leurs expériences.

Par ces mots, je souhaite aussi remercier chaleureusement Anne¹, qui m'a accompagnée tout au long de la riche expérience de terrain et qui nous a accompagnés aussi dans nos premiers pas en tant que parents. Je la remercie pour son écoute de qualité, la transmission de son expérience professionnelle et personnelle ainsi que toute la *nourriture* qu'elle m'a offerte pour la construction du présent travail; pour son accueil bienveillant, sa confiance en nous, pour tous nos échanges, les liens qu'elle m'a permis de tisser et le temps qu'elle consacre à chacune des personnes qu'elle rencontre. De la même façon, je remercie toutes les Infirmières Petite Enfance qui ont pris le temps de me rencontrer, de m'accueillir parmi elles, d'échanger ou de partager leurs savoirs et leurs expériences, ainsi que les responsables hiérarchiques qui ont accepté mon projet.

Je remercie Mme Irène Maffi, directrice de cette recherche, mais aussi professeure d'exception. En effet, c'est grâce à sa passion et à son engagement professionnel au travers de ses enseignements, que j'ai découvert puis été passionnée à mon tour par l'anthropologie de façon générale, puis plus particulièrement, par les thématiques de la naissance, de la reproduction, des relations de genre et de la santé féminine. De plus, sur le plan privé, la rencontre avec Mme Maffi m'a permis d'enrichir mes propres expériences de vie. Ainsi, elle a grandement contribué à la construction de ce travail, tant par ses apports en termes de savoirs et de soutien, que par ses précieuses qualités humaines.

Je tiens aussi à remercier vivement Mme Caroline Chautemps qui m'a offert de son temps pour partager ses connaissances et ses expériences et pour nos échanges enrichissants autour de l'allaitement. Je la remercie aussi de m'avoir permis de participer aux journées d'études² sur l'allaitement qui se sont tenues à Genève en juin 2015, organisées par le Projet Sinergia : « Lactation in History ».

J'aimerais tout particulièrement remercier ici mon amie Serjara Aleman, avec qui j'ai partagé cette belle aventure universitaire, qui a été ma guide, ma confidente et la personne qui m'a assurée lorsque je devais gravir des voies de savoirs moins aisées. Je la remercie pour la richesse de son amitié.

J'adresse ici une note particulière à notre sage-femme Anne-Marie, qui nous a permis de découvrir à la fois la Maison de naissance le « Petit-Prince », la naissance physiologique et l'haptonomie. Elle a su nous guider durant une période clé de notre vie et nous a offert la possibilité d'être à la vie et à l'écoute de notre corps différemment.

¹ Prénom fictif

² « L'allaitement entre normes et transgressions. Lieux, espaces, temporalités d'une pratique : Approches anthropologiques et historiques », Projet Sinergia : « Lactation in History ». A ce propos, voire : <https://unige.ch/lactationinhistory/>

Ce présent travail est dédié

À ma maman, yaya, première femme de ma vie, professionnelle exceptionnelle qui a insufflé beaucoup d'humanité et d'amour dans son travail. À cette créatrice passionnée qui m'a offert cette magnifique possibilité d'être celle que je suis aujourd'hui. À cette femme courageuse qui m'a accompagnée à chacun de mes pas, en me soutenant aussi dans tous les moments de doutes ou de difficultés. A toute la *nourriture* que nous avons partagée depuis ma naissance, d'amour, de savoirs, de rires et de pleurs qui font une vie. Aux valeurs humanistes qu'elle m'a transmises, à sa joie de vivre immuable et contagieuse malgré les douleurs et la souffrance qui agitent sa vie. Je t'aime.

À notre fille, notre « éclat de soleil », de bonheur et d'amour, dont la naissance fût la plus belle expression de vie et d'humanité. A toi qui nous offres chaque jour la possibilité d'entrevoir toute la lumière de ce monde, de comprendre la dimension humaine et d'amour infini. Je te souhaite de pouvoir à ton tour devenir femme dans ce vaste monde avec respect et amour. Je t'aime.

À mon conjoint, pour tout ce qu'il m'a transmis et appris, pour son incroyable adaptabilité et compréhension du monde. Pour son soutien, son respect de l'autre et de la femme que je suis malgré les difficultés de la vie. À toi qui es Homme dans toutes ses dimensions. Je t'aime.

À mon père, papous, artiste danseur et musicien autodidacte, talentueux, qui jour après jour transmet avec passion ses connaissances et sa joie de vivre. À son rayonnement solaire grec qu'il partage avec nous, à son amour et à tout ce qu'il m'a permis de découvrir. Je t'aime.

À mon frère, pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore. Je t'aime.

À nos familles que nous chérissons, à nos amis et nos amies.

À tous les êtres humains qui chaque jour se battent pour que leur existence, leurs droits et leur sécurité soit respectés.

À toutes les petites étoiles de ce monde...

Abréviations officielles

AVASAD : Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile

CHUV : Centre hospitalier universitaire vaudois

CRIFE : Centre de référence pour les Infirmières Petite Enfance

HRIP : Hôpitaux reconnus d'intérêt public

IPE : Infirmières ou infirmiers « Petite Enfance »

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMSV : Organisme médico-social vaudois

SPJ : Service de protection de la jeunesse

Abréviations personnelles pour faciliter la lecture du présent document

PC : « Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-6 ans)-parents »

EP : Espace Prévention ou Espaces Prévention

Anonymisation

L'ensemble des noms et prénoms utilisés dans le cadre de ce travail pour les personnes rencontrées sont fictifs, ceci afin de conserver, pour chacune des personnes citées, le droit à l'anonymat et le respect de l'intégrité de la personne et de sa sphère privée. Ils ont été réfléchis afin de refléter au mieux le « profil sociologique » des personnes. Selon Emmanuelle Zolesio (2011), « il se trouve en effet que les noms, comme les prénoms, ne sont pas construits ni distribués au hasard dans la population, et qu'ils ne sont pas porteurs des mêmes connotations ». Les prénoms qui figurent seuls, le sont pour faciliter la lecture tout en représentant les liens d'amitié ou de proximité que j'ai pu entretenir avec les personnes. Lorsqu'il s'agit de personnes rencontrées sur le terrain, pour qui aucun nom ou prénom n'a été attribué, cela signifie que j'ai opéré un choix méthodologique, aussi dans un but d'anonymisation. La ville et les lieux fréquentés, n'ont pas non plus été décrits de façon identifiable.

Axes de rédaction

Dans le but de « rédiger sans exclure une moitié de la population », j'ai souhaité m'appuyer, pour la rédaction de ce texte, sur le document « vers une rédaction non sexiste simplifiée », réalisé par la *Commission Consultative Communale Femmes et Ville* de la ville de Liège.

Traductions

Toutes les traductions de citations d'auteurs qui figurent dans ce travail dépendent d'une traduction personnelle.

Chapitre 1 : Allaitement et corps féminins, une introduction

« Breastfeeding practices within a given culture represent the ways in which women negotiate and incorporate dominant ideologies and institutional and cultural norms with the realities of their embodied experiences, personal circumstances and social support systems » Dykes, citée dans Liamputtong (2011:1)

S'intéresser à l'allaitement, puis plus particulièrement à l'allaitement maternel, c'est s'exposer tout d'abord à la complexité des expériences de vie, à de multiples réalités, c'est explorer des processus physiologiques, concrets, mais aussi plus abstraits, sociaux, politiques, biomédicaux. C'est inscrire ce projet dans une dimension locale et globale puisque l'anthropologie elle-même « renvoie à l'étude de l'humain dans ce que celui-ci possède à la fois de particulier et d'universel » (Kilani, 2009:5). C'est à la fois déplacer le focus d'une attention particulière à une attention plus générale et faire émerger, de ces différents points de vue, une image compréhensible. Ainsi, l'objectif de la présente étude est de dégager de cette complexité, de ces rapports humains et sociaux, des fragments de compréhension autour d'une expérience ethnographique et autoethnographique s'inscrivant dans une approche anthropologique. Cependant, si j'ai pris en compte prioritairement des travaux relevant de l'anthropologie, d'autres approches scientifiques sont mobilisées, telles que des études féministes, sociologiques ou historiques. Ceci, parce qu'il me semble que c'est aussi ainsi, à la croisée de ces différents regards, que peuvent émerger de nouvelles perspectives. Et si je parle ici de fragments, c'est que j'emprunte la formule à Mondher Kilani, qui affirme que « c'est parce que l'horizon de la démarche anthropologique est philosophique – comprendre les mécanismes de production de l'humain – que chaque fragment d'ethnographie est une contribution à l'effort de penser globalement les interactions entre les collectifs d'acteurs » (Kilani, 2009:6).

Aller à la rencontre de celles et ceux qui ont pris la décision d'allaiter ou de ne pas allaiter leur enfant, c'est plonger dans l'intimité des corps, des récits de vie, d'expériences satisfaisantes ou douloureuses, mais c'est aussi se laisser surprendre par chaque expériences

de vie puisque l'allaitement se révèle être une expérience unique, tant intellectuelle que corporelle, tel que le souligne Alison Bartlett (2002).

L'ethnographie de ce travail témoigne à son tour de la diversité des pratiques d'allaitement et de la complexité de leur interprétation. Par conséquent, dans le but de mieux situer ces pratiques actuelles de nourrissage et plus particulièrement d'allaitement maternel, il m'a semblé nécessaire de comprendre comment elles se sont construites et dans quels contextes. Cela me permettant d'autre part de m'interroger sur la façon dont l'allaitement est devenu, au fil des siècles, une véritable question de santé publique, passant d'un événement de la sphère familiale³ ou d'un groupe d'individus restreint à un objet d'intérêt public. En effet, si les décisions concernant l'allaitement d'un enfant relèvent le plus souvent encore de la sphère privée, il n'en demeure pas moins qu'elles sont façonnées par différentes attentes et représentations sociales concernant les « comportements maternels appropriés » (Stearns, 2010 :11) à adopter. Plus spécialement, les pratiques d'allaitement sont représentatives des négociations et de l'incorporation par les femmes d'idéologies dominantes et de normes (Dykes, Op.cit.).

Et si le slogan anglophone « Breast is Best » (le sein est meilleur) représente bien la valeur supérieure attribuée au lait maternel dans les sociétés démocratiques et libérales actuelles, substance préférable à toutes autres possibilités de nourrir un enfant (tel qu'avec des laits dits maternisés ou artificiels par exemple), il semble nécessaire de s'interroger sur cette hégémonie discursive comme évidence sociale. Wolf, à ce propos, questionne dans son ouvrage *Is Breast Best ?* le très large consensus des institutions de santé américaines autour de l'allaitement, comme forme optimale de nutrition pour pratiquement tous les bébés, et ce partout dans le monde. Selon l'auteur, l'inscription des sociétés dites occidentales dans « une culture néolibérale du risque », impliquerait une augmentation de la responsabilité individuelle mais surtout une plus grande complexification de la responsabilité des femmes envers leurs enfants (2011:67). Dans ce sens, Wolf explique comment celles-ci sont tenues pour responsables d'anticiper et d'éradiquer tous les risques possibles auxquels leurs enfants pourraient se confronter. La grossesse et la santé des enfants, tout comme les pratiques d'allaitement maternel, reflètent ainsi des choix de mères responsables, allant dans le sens de

³ Je fais ici notamment référence au travail de Barbara Katz Rothman sur la naissance, lorsqu'elle souligne que celle-ci est passée en l'espace de deux générations, d'« un événement de la vie familiale à une procédure médicale » (1982:29).

cette réduction maximale des risques liés à la santé⁴ infantile. Les questions de risques et de maternité ainsi reliées sont à ce titre, elles aussi, questionnées (Faircloth 2010 ; Knaak 2010 ; Lee 2008 ; Wolf 2011 ; Hours 2001) et mises en perspective avec les concepts de santé et de santé publique. Car si actuellement la santé est perçue comme un « bien » et un « droit universel qui doit être protégé » (Hours, 2001:46), elle implique aussi des devoirs individuels, dans un contexte d' « obsession de la santé parfaite » (id.:10). L'engagement de l'État, lui, permettant de garantir aux individus la lutte contre différents risques sociaux tels que la maladie ou la vieillesse (id.:44). Nous verrons ainsi comment ce mythe de la santé idéale (id.) a participé à la construction de la notion de santé publique actuelle en Suisse, dans laquelle s'inscrivent justement les pratiques et les représentations liées à l'allaitement maternel. Ceci, notamment en regard de ses dimensions éducatives, promotionnelles et de luttes contre des comportements jugés à risques (id.). D'autre part, tel que le souligne Elsbeth Kneuper (2007), la construction des discours autour de l'allaitement, et notamment certains aspects de la biomédecine, dépend aussi d'idées conservatrices sur le genre, la famille et la parentalité, ceci en termes de nutrition, de santé et d'alimentation. Dans ce sens, Wolf met elle aussi en exergue le fait que l'allaitement,

« Dans un sens, est une célébration des corps féminins et de leur capacité à entretenir la vie ; cela permet aux femmes de soustraire aux médecins, aux fabricants de préparations infantiles et aux hommes, le contrôle de leur enfant. Mais d'un autre côté, l'allaitement renforce certaines notions traditionnelles liées aux femmes, à leurs corps et à leur orientation « naturelle » à prendre soin des enfants ; cela les oblige à rester auprès de leur enfant et crée ainsi des risques pour elles sur le marché du travail qui exige un engagement total de la part de ses «travailleurs idéaux» » (2011:148).

Situer l'allaitement, c'est ainsi rendre compte de sa dynamique en tant que processus social, mais aussi en tant que processus physiologique. Commun d'ailleurs à ceux de la grossesse et de la naissance et indissociable des questions de maternité et de corporalités⁵ féminines.

⁴ Concernant la notion de santé, je me réfère pour l'entier de ce travail à la conception de Bernard Hours : « (...) la santé donne à une époque et dans une société donnée, le sens du bien, aujourd'hui largement considéré comme vie prolongée ou fantasme d'éradication de la mort » (2001:7).

⁵ Concernant la notion de corporalité, je me réfère pour ce travail, à celle développée en anglais sous le terme « corporeality » par différents auteurs et auteures et plus particulièrement des auteures participant aux recherches féministes. Soit : Bartlett (2002) ; Kelleher (2006) ; Longhurst (2008) ; Giles (2010) ; Johnson et al. (2009) ; Boyer (2012).

Partant de ce postulat de double dynamique, sociale et physiologique, il s'agit de comprendre, d'autre part, comment les normes sociales, politiques et biomédicales participant à la construction de nos représentations de ce que sont ou devraient être la maternité ou plutôt la « bonne maternité ou la maternité intensive » (Copelton et al. 2010 ; Marshall et al. 2007 ; Kneuper 2007 ; Wall 2001 ; Wolf, 2011 ; Lupton 2011) et les « bonnes pratiques » autour de la grossesse, de la naissance (Burton-Jeangros et al., 2014:7) et de l'allaitement guident les expériences féminines et professionnelles. Ceci, dans le cadre de la coexistence de différents systèmes de savoirs, au travers desquels un modèle dominant peut s'imposer, reflétant ainsi des relations de pouvoir au sein d'une communauté de pratique, impliquant alors un « savoir qui fait autorité » selon Brigitte Jordan (1993). En résonance, je développerai le « modèle technocratique » pensé par Davis-Floyd (1992), supposant l'idéologie du progrès médical comme source de savoir et de pouvoir politique et plus spécialement comment l'allaitement maternel, au même titre que la grossesse et la naissance, s'est rapidement médicalisés (Dykes, 2006 ; Maffi, 2014) dans un contexte d'expansion de la science et d'une plus large considération morale de cette dernière (Wolf, 2011:4). En effet, que ce soit le phénomène d'allaitement maternel ou ceux de la grossesse et de la naissance, il est intéressant de voir comment ils sont actuellement largement encadrés par des savoirs scientifiques et des pratiques professionnelles (Burton-Jeangros et al. 2014:8) dont les attentes sont souvent élevées envers les femmes (Lupton, 2011:637). Irène Maffi, dans son étude sur les cours de préparation à la naissance en Suisse romande, atteste du fait que ceux-ci visent à la fois à « socialiser les femmes au modèle médical de la naissance, mais également à les rendre conscientes des devoirs moraux, civiques et individuels que la maternité implique vis-à-vis de la communauté » (2014:177). Dans ce cadre d'expertise scientifique, l'allaitement est porteur d'une certaine morale, que l'on ne peut séparer des conceptions liées à la « bonne maternité », nous disent Marshall et al. (2007:2147⁶). Cet idéal de bonne maternité, ou de bon maternage (en anglais, *good mothering*), rejoint l'idée d'un « maternage intensif », modèle culturel dominant de la maternité, selon Lupton (2011), dont les pratiques d'allaitement maternel sont centrales. Shaw, conçoit pour sa part que cet idéal-typique de la maternité représente souvent, dans le contexte des démocraties libérales, un mode relationnel privilégié et intensif entre une mère et son enfant (2010:83).

Afin de comprendre comment les femmes qui allaitent peuvent expérimenter différentes tensions entre ces savoirs, je mobiliserai l'ethnographie et l'autoethnographie, tout en

⁶ A propos de la conception de *bonne maternité*, Marshall et al., se réfèrent à Carter (1995) et Murphy (1999).

soulignant, tel que le font Abel et Browner (1998:310-311), l'importance de considérer ces savoirs qui font autorité, comme des processus dynamiques qui impliquent différentes personnes et professionnels et non pas seulement comme des savoirs imposés. Ce qui permet notamment de considérer les savoirs féminins et leurs expériences (ibid.), mais aussi de saisir la façon dont certaines femmes résistent à ces savoirs qui font autorité. D'autre part, il sera question de comprendre comment les professionnelles rencontrées négocient, elles aussi, avec ces cadres de références multiples, et comment à travers l'orientation de leur activité, soit la prévention primaire et la promotion de la santé, elles mettent en pratiques différents savoirs tout en les questionnant.

Démarche inductive

Si les questions autour de la maternité tiennent une place importante dans la présente recherche, c'est aussi parce qu'elles ont émergé au fur et à mesure de la construction du terrain. Non pas en tant que questionnements directement liés à ce que représente le fait d'être mère ou à la notion de maternité, mais plutôt sous forme de tensions et de décalages ressentis par les femmes dès le début de l'allaitement, entre leurs expériences personnelles, les interprétations divergentes de professionnels de la santé et les cadres de référence sur lesquels ils s'appuient et qui font autorité dans le domaine de la santé infantile en Suisse. Et d'autre part, à travers le fait que la grossesse, la naissance et la lactation sont souvent vécues par les femmes comme des événements intenses et bouleversants (Longhurst, 2008:4). Ainsi, c'est à travers cette expérience de « transition à la maternité » (Marshall et al., 2007), que je cherche à comprendre comment les pratiques et les représentations liées à l'allaitement maternel se construisent. Plus particulièrement, je me pencherai sur les expériences de nouvelles mères ou mères « en devenir » (Longhurst, 2008:4), car ce sont elles qui sont le plus souvent conscientes des changements qui s'opèrent au niveau de leurs corporalités et qui se retrouvent confrontées à ces processus (id.). Ce qui, dans une vision plus globale, permet d'appréhender la signification d'être femmes et mères dans le contexte Suisse romand actuel. Et plus particulièrement comment, à travers ces processus naissants, les femmes peuvent expérimenter des sentiments parfois harmonieux mais souvent contradictoires autour de sensations corporelles tout à fait singulières et nouvelles.

Matérialité des corps féminins et expériences corporelles

C'est justement sur ce dernier propos que tient toute la particularité de mon travail. C'est-à-dire, l'émergence, à travers l'ethnographie et l'autoethnographie, de questions liées à la matérialité des corps féminins, aux expériences corporelles. Dans le cadre d'une démarche

inductive, alors que les narrations de chacune des femmes rencontrées, entremêlées au récit plus global de l'expérience ethnographique, entraînent en résonance avec ma propre expérience, un corps non pas de chair, mais de mots, de ressentis, d'images, d'échanges, d'expériences et de savoirs s'est constitué. De telle manière qu'à partir de ce matériel empirique, de nombreux récits de corps, pour la plupart féminins, mais aussi infantiles et d'histoires d'expressions de corporalités féminines, sont apparus comme essentiels. Les expériences d'allaitement, aussi diverses étaient-elles, avaient toutes en commun cette expérience de matérialité corporelle. Cependant, ce qui me semblait être tout d'abord une évidence, s'est finalement dessiné en un long chemin de réflexions. En effet, j'ai tout d'abord été interpellée par le peu de contributions scientifiques, tant anthropologiques que sociologiques, traitant du sujet de la matérialité des corps de façon générale, et plus particulièrement, liée aux corporalités féminines et à l'allaitement maternel. Ma première impression a été confirmée par les recherches de Fournier et Raveneau qui relèvent que « malgré l'importance prise par le corps en anthropologie ces dernières années, la question de la matérialité du corps dans ces mêmes recherches » (2008:2) a elle été évitée. Selon Raveneau (2008), la matérialité des corps serait aujourd'hui déconsidérée alors que paradoxalement les corps eux-mêmes sont sujets à une forte valorisation. L'auteur retient à ce propos plusieurs hypothèses de compréhension, le fait que le corps comme « réalité matérielle » se confronte à des difficultés épistémologiques, qu'il est difficile de le penser tant il semble toujours se présenter comme « un fait de nature allant de soi », qu'il est un objet polysémique, que ses manifestations sont très diverses et que sa construction sociale, dans les sociétés occidentales, s'est réalisée à partir d'une conception dichotomique entre corps et esprit. Kelleher (2006) confirme pour sa part que, du côté des études féministes, peu d'attention a été portée aux expériences physiques liées aux pratiques d'allaitement maternel. Et à cette difficulté à penser les corps, on peut ajouter celle de penser le corps comme un sujet instruit et réflexif (Bartlett, 2002:373).

Ainsi, si les corps concrétisent notre humanité, le corps, en tant que sujet et objet des sciences sociales, est bien plus complexe qu'il n'y paraît. En effet, « les représentations sociales assignent au corps une position déterminée au sein du symbolisme général de la société. (...) Le corps semble aller de soi mais rien finalement n'est plus insaisissable. Il n'est jamais une donnée indiscutable, mais l'effet d'une construction sociale et culturelle » (Le Breton 2011:17). Et si la matérialité nous permet de penser les corps en termes de savoirs et de représentations, j'ai choisi d'approfondir par ailleurs la notion de « construction sociale » des corps (Détrez, 2002 ; Le Breton 2011). En effet, comment ne pas penser cette notion alors

qu'elle semble essentielle pour comprendre les corporalités étudiées dans leur contexte, les relations entre corps et société et éviter les pièges de la pensée essentialiste et dualiste ?

D'autre part, une attention particulière sera portée, à travers Détrez (2002:55) et Kilani (2009:47-50), à la notion de « fait social total », développé par Marcel Mauss dans les années 50 et, à travers Le Breton (2010), aux notions de « forme » et de « sens ».

D'autre part si, selon Kelleher, les pratiques d'allaitement détiennent le potentiel de défier les corporalités féminines (2006:2727), il me paraît aussi fondamental de considérer à la fois, dans une approche locale, la matérialité de ces corps féminins et à la fois, dans une approche plus globale, les discours, les pratiques et les représentations dans lesquels ils s'inscrivent.

Si j'ai souhaité privilégier les perspectives anthropologiques et féministes, c'est aussi dans le but de participer à travers ces approches aux recherches sur l'allaitement, dans le sens où, selon l'anthropologue Penny Van Esterik, la plupart de celles-ci ne sont pas, sur cette question, réalisées par des anthropologues, mais plutôt par des chercheurs en éducation sanitaire, en nutrition internationale, en soins infirmiers cliniques ou dans le domaine de la santé publique, domaines qui ont généralement une plus grande influence politique. D'autre part, elle relève que ces disciplines, n'ayant pas utilisé traditionnellement la recherche qualitative, n'ont pas toujours perçu l'allaitement comme un processus complexe, construction sociale et culturelle par ailleurs, interagissant avec les contextes locaux (2002:258).

Construction et réflexion méthodologique

Or si cette recherche s'appuie en grande partie sur l'anthropologie, il sera question de réfléchir à ce que représente la construction de terrains ethnographiques et autoethnographiques dans le cadre général de cette discipline, mais aussi plus particulièrement de cette recherche. Partant du postulat que « le projet universaliste de la discipline anthropologique se situe dans sa façon de penser l'humanité dans ses différences et ses ressemblances, de penser l'unité et la diversité de l'humanité » (Kilani, 2009:20), il m'est apparu essentiel de me pencher sur les rapports entre l'étudiante-chercheuse que je suis et les personnes rencontrées. C'est-à-dire, comment le décentrement et la distanciation dont parle Kilani ont été possibles et comment, tout en étant respectueuse de la complexité du monde social (id.), la structure de ce travail s'est transformée en même temps que la progression de l'étude se réalisait dans une relation itérative-inductive et interactive à l'objet d'étude. En effet, je discuterai des relations entre constructions ethnographiques et autoethnographiques et comment, au fur et à mesure de mes expériences personnelles, de rencontres avec des femmes

autour de la naissance et de l'allaitement, d'observations, d'échanges et d'allers-retours vers la littérature scientifique, ces différentes constructions de terrain se sont mutuellement nourries, laissant la place à une expérience fluide et flexible (Karen O'Reilly, 2005:30).

Il me semble aussi essentiel de relater la façon dont je me suis « engagée corps et âme » sur le terrain (Favret-Saada, 1990), non seulement intellectuellement mais aussi physiquement (Okely, 2012:107). De cette façon-là, lorsque sur le terrain je me questionne sur la place que j'occupe auprès de la triade mères-enfants-professionnelles, je vis en même temps, corporellement, des tensions qui entraînent des déplacements physiques dans l'espace. C'est toute ma corporalité qui se déplace ainsi. Et quand à la fois, j'échange avec des femmes qui allaitent, que je ressens l'allaitement physiquement ou que j'échange autour des difficultés éprouvées par d'autres autour de la naissance et que je revis matériellement la césarienne (j'éprouve des douleurs dans le bas ventre), alors je ne peux que penser que l'expérience du terrain est celle de la vie, une expérience à la fois particulière et globale. Mais à travers ce « langage du corps » (Okely 2012:111), j'échange, dans un processus continu, aussi avec mes interlocutrices. À travers les larmes, à travers un sourire, une expression, une attitude, l'expérience se constitue et se transforme. Par conséquent, c'est à travers l'expérience que j'ai négocié ma place et mon rôle et accepté celle que l'on m'a « offerte », de la même façon que les personnes rencontrées l'ont fait aussi.

Contextes pluriels entourant l'allaitement en Suisse romande

Par ailleurs, avant d'aborder concrètement l'interprétation des expériences de terrain qui se sont déroulées dans le contexte d'une dynamique institutionnelle particulière, celle des « Rencontres Parents-enfants – Consultation », rattachées à l' « Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile » (AVASAD), il m'a semblé utile de pouvoir situer et inscrire ces expériences dans les contextes pluriels qui les entourent. Dans ce sens, j'envisagerai tout d'abord quelques éléments historiques et socioculturels permettant de situer l'allaitement des cadres référentiels issus de politiques européennes et d'instance internationales. Entre or liquide, et critiques activistes, le lait maternel et ses substituts seront interrogés, suivant des logiques contextuelles globales, tout comme l'allaitement comme moyen de prévention et de promotion de la santé dans une perspective de réduction des « risques ». Les projets visant à atteindre des idéaux de « santé parfaite » comprenant à la fois des droits et des devoirs citoyens. J'aborderai ensuite la centralité et la construction des notions de prévention et de promotion de la santé au sein du contexte suisse à travers divers documents, leurs inscriptions actuelles dans les réflexions politiques de santé publique et à l'intérieur de certains cadres

institutionnels. A échelle encore plus micro, j'interpréterai certaines notions liées à la prévention et à la promotion de la santé inscrites dans un programme cantonal ainsi qu'au travers d'un document définissant les activités et les pratiques des « Infirmières Petite Enfance » (IPE) dans le canton de Vaud. Plus tardivement, dans le dernier chapitre, il sera question de comprendre comment ces notions se reflètent à travers les pratiques et les discours des professionnelles et professionnels de l'espace rencontres-consultation (Tillard 2007 ; Hours et Massé 2001).

Ethnographie et autoethnographie

Je me baserai spécialement sur les différentes expériences de terrain pour l'analyse, autoethnographiques et ethnographiques, étant donné que c'est à partir de ce matériel en constante construction que l'éclosion de questions de recherche a pu s'engager. Effectivement, il faut souligner que le cadre de cette recherche s'est construit tout d'abord à travers une expérience personnelle, partagée avec mon conjoint, notre enfant, ma mère, nos familles et les actrices qui nous ont soutenus dans cette aventure d'allaitement maternel, tant merveilleuse que périlleuse. Les rencontres et les expériences partagées ont éveillé ma curiosité et m'ont interpellée. Ainsi, l'idée de construire cette recherche à partir d'une ethnographie et d'une autoethnographie a lentement germé et le contexte de recherche s'est peu à peu dessiné. Tout d'abord, j'analyserai les pratiques et les discours professionnels et plus particulièrement la façon dont ils se construisent à travers des savoirs empiriques et théoriques et comment ces différents savoirs entrent en résonance les uns avec les autres, s'interpellent ou se confrontent. D'autre part, je questionnerai la multiplicité des discours et des pratiques professionnelles rencontrées, comme autant de possibilités de résistance pour les femmes et les professionnelles, mais aussi de tensions et de difficultés, allant ainsi dans le sens de Burton-Jeangros, Hammer et Maffi (2014:7), qui soulignent « la diversité des positionnements, mais également les tensions existant entre différents groupes professionnels et environnements professionnels ». La notion d'accompagnement, présente tout au long de ma recherche de terrain, sera à son tour examinée et mise en parallèle avec la notion « d'efficacité symbolique », telle qu'elle a été développée par Le Breton (2011). Je chercherai ainsi à comprendre comment à travers cette notion, Anne, l'IPE rencontrée, donne ou redonne sens à l'expérience d'allaitement maternel tout en négociant avec différentes contraintes (institutionnelles, professionnelles, individuelles et liées à l'expérience elle-même), offrant aux femmes et aux hommes un « système de sens » (ibid.) particulier. L'analyse me permettra notamment de m'interroger sur la façon dont cet « univers de sens » (ibid.) se construit et à

partir de quelles références. De cette façon, il semble que les infirmières rencontrées atteignent l'objectif d'« empowerment » souhaité par les pouvoirs publics et inscrit dans le cadre référentiel de leurs pratiques professionnelles, tout en se réappropriant cette notion et en l'adaptant au contexte particulier du terrain et aux contraintes institutionnelles. En effet, « les professionnels impliqués prennent des décisions au quotidien, tiraillés entre des injonctions potentiellement contradictoires, telles que la standardisation des pratiques, la gestion des risques, l'autonomie des usagers et les attentes variables de ceux-ci quant aux interventions techniques » (ibid.). L'interprétation portera plus particulièrement sur l'expérience ethnographique et autoethnographique, afin de comprendre comment la notion d'empowerment se construit à travers les expériences professionnelles d'Anne et comment elle lui permet de rendre compte de l'agentivité des corps. Ceci, alors que je conçois que « le corps dans la société contemporaine capitaliste est un site à la fois de l'inégalité sociale et d'empowerment personnel » (Turner, cité par Csordas, 1994:13).

Une autre particularité du terrain relève de la centralité des pratiques et des discours liés à la notion de prévention primaire. Ainsi, j'interrogerai mes matériaux ethnographiques et autoethnographiques afin de comprendre comment cette notion fait partie intégrante des pratiques professionnelles quotidiennes et comment les différents acteurs et actrices négocient, à travers leurs expériences d'allaitement, les normes et les prescriptions préventives.

Par rapport aux expériences féminines, j'approfondirai la question de la matérialité du corps féminin à travers l'allaitement maternel, qui m'est apparue au fil du temps, alors que le terrain de ma recherche se construisait. Tout d'abord, c'est la problématique de l'allaitement maternel qui semblait centrale dans les récits des femmes rencontrées sur le terrain. Plus spécialement, par le fait que ces rencontres avaient souvent lieu quelques semaines ou quelques mois seulement après la naissance de leur enfant et qu'en cette période de post-partum, la nutrition de l'enfant, au sein ou au biberon, tient une place importante dans les pratiques quotidiennes des femmes. Le récit autoethnographique mettra en évidence le fait que l'allaitement a occupé une place particulière à la fois en tant qu'expérience matérielle et concrète positive, permettant de dépasser les difficultés liées à la césarienne, me redonnant confiance en ma corporalité et donnant sens à l'expérience globale de maternité, rejoignant ainsi la notion d'« empowerment », mais aussi en tant qu'expérience génératrice de difficultés et de tensions. J'analyserai notamment ces différentes expériences en me référant à plusieurs auteures (Kelleher (2006) ; Schmied et Lupton (2001) ; Dykes (2006) ; Campo (2010)).

Ainsi, tant dans le récit autoethnographique que dans ceux des femmes rencontrées, l'allaitement maternel « prend corps », dans le sens où cette expérience corporelle devient vivante, matérielle, à travers la manifestation d'expressions corporelles concrètes et subjectives comme : la « montée de lait », l'expression de lait, la transformation physiologique de la poitrine, les douleurs, la fatigue, des sensations ou des expériences corporelles nouvelles, le plaisir ou le déplaisir. Je m'intéresserai de ce fait à comprendre comment interpréter cette matérialité, à travers une volonté marquée de revaloriser les corporalités féminines et de souligner la pertinence de considérer ce langage corporel et matériel dans l'analyse anthropologique abordant la problématique des corps, comme savoirs corporels et féminins spécifiques.

D'autre part, la prise en compte de cette matérialité dans l'analyse me permettra de dépasser un modèle universel d'allaitement maternel et de me tourner vers les particularités de chaque expérience (Van Esterik, 2002 ; Bartlett 2002 ; Kelleher 2006 ; Lupton 2011 ; Dykes 2006). Mais alors même que cette expérience se matérialise et que les femmes la découvrent à peine, la plupart des récits de femmes que j'ai rencontrées relatent comment elles cherchent à donner sens à leurs expressions corporelles et aux mimiques, aux bruits, aux cris, à des gestuelles ou à des traits physiques observés chez leur enfant. Cependant, les pratiques et les interprétations des professionnels et professionnelles les entourant pendant le post-partum, s'appuyant le plus souvent sur des discours biomédicaux (qui font figure de savoirs qui font autorité en Suisse), peuvent les déstabiliser dans cette expérience, voire les contraindre à mettre un terme à l'allaitement. Par conséquent, cette recherche de sens apparaît à la fois comme enjeu de différentes interprétations, individuelles, collectives ou professionnelles, et à la fois comme enjeu de négociations entre différents savoirs, empiriques, incorporés et théoriques. Si, à travers l'expérience d'allaitement et les échanges avec les professionnelles côtoyées, j'aborde la possibilité pour les femmes de donner ou redonner sens à leur expérience d'allaitement, notamment à travers la notion d'efficacité symbolique, il s'agit pour moi de comprendre comment la matérialité des corps féminin est expérimentée à travers l'allaitement maternel et comment cette expérience nous permet de comprendre l'importance de cette matérialité des corps. Le langage des corps (Bartlett, 2002) est ainsi « traduit » à travers l'expertise biomédicale, ne laissant que peu de place à une interprétation par les femmes elles-mêmes. De ce fait, les expériences féminines vécues à travers l'allaitement maternel nous permettent de comprendre comment s'organisent certaines tensions issues d'éléments complexes et souvent contradictoires entre différents savoirs. En effet, si les approches « épistémologiques occidentales privilégient une vision de l'allaitement en tant qu'activité liée à l'esprit (ou à

l'activité intellectuelle) plutôt qu'au corps », nous dit Bartlett (2002:373), celles-ci considèrent de ce fait que cette activité doit être « apprise et donc enseignée et gérée par des professionnels ou professionnelles plutôt que comme des savoirs qui seraient des savoirs 'incorporés'⁷ féminins ». Les savoirs incorporés féminins seraient ainsi passés des femmes aux mains des professionnels de la santé. Dans ce sens, nous verrons comment peuvent émerger de ces différents savoirs des tensions et quels sont les décalages que j'ai pu observer sur le terrain entre ce que les femmes ressentent (« je peux allaiter », « j'avais du lait ») et les interprétations des professionnelles et professionnels de la santé (en termes de quantités, qualités, poids et mesures, etc.) qui les entourent pendant l'expérience d'allaitement. Différents savoirs, construits en référence à différentes normes et croyances, sociales, biomédicales, issues des politiques de santé ou en regard des différents discours d'acteurs influents. Une des parties de l'interprétation sera plus spécialement consacrée aux particularités de l'autoethnographie, bien que ces particularités soient mises en perspectives avec les expériences plurielles de cette recherche. Une discussion finale sera ensuite engagée, visant à valoriser ou revaloriser la matérialité des corps féminins à travers ses expressions concrètes, tout en situant les expériences d'allaitement dans différentes dynamiques particulières et globales et dans un contexte de tensions entre différentes constructions de sens et de savoirs individuels et professionnels. Alors que l'expérience d'allaitement maternel permet de rendre compte d'expressions corporelles particulières, elle reflète aussi les difficultés, pour les femmes qui l'expérimentent, de lui donner sens. Ceci dans un contexte particulier et actuel suisse, où l'allaitement maternel est encore peu visible (en termes d'espaces et au sein des dynamiques sociales) et peu soutenu en termes législatifs et pratiques⁸, et où, les valeurs dominantes d'individualisme, d'autonomie et de performance ne coïncident guère avec celles de l'être-avec et avec les représentations conservatrices de la maternité et du rôle social des femmes.

⁷ Selon ma traduction de l'anglais du terme *embodied*.

⁸ Comme nous le verrons plus tard.

Chapitre 2 : Éléments méthodologiques

Production ethnographique et autoethnographique : articuler différents processus

Dans ce second chapitre, je me propose de mettre en avant les productions et les processus de la démarche anthropologique qui ont permis la construction de cette recherche, privilégiant les méthodes qualitatives et, plus particulièrement, l'ethnographie et l'autoethnographie. Je m'attache ainsi à décrire et analyser la façon dont j'ai construit mon objet de recherche, l'émergence de particularités ethnographiques et autoethnographiques, ainsi que les rapports relatifs aux dynamiques reliant chercheuse, objet de recherche, interlocutrices et « terrain ». En examinant ces différentes étapes, il sera d'autre part intéressant de comprendre comment ces processus de recherche sont à la fois inductifs, interactifs et itératifs.

En développant deux matériaux parallèles, je souhaite situer ce travail, non pas dans une position clôturée et stricte mais dans un mouvement, dans un processus de réflexion qui emprunte aux recherches anthropologiques contemporaines certaines des critiques « post-modernes », assurément hétérogènes et non uniformes (Ghasarian, 1998). Je ne vais cependant pas me lancer dans une définition, qui ne fait de toute façon pas l'objet d'un consensus (Ghasarian, 1998:567), ni dans une explication complexe des débats construits autour du postmodernisme⁹. Cependant, je saisis l'opportunité d'en retirer certains enseignements qui me permettent ici de réfléchir à la place de la chercheuse face à son objet, en ne prétendant pas détenir de vérité, mais plutôt en proposant, à l'échelle micro-théorique, des expériences individuelles (id.:569), me permettant de comprendre comment elles s'inscrivent dans certaines représentations et pratiques. Ceci, tout en soulignant que les « faits » sont déjà des interprétations et que tous les points de vue ne peuvent être que subjectifs au sens de Nietzsche (id.). En expliquant et en décrivant au mieux ma démarche et la construction du terrain de recherche, en développant une autoethnographie, ce travail franchit certaines « frontières » qui assignent au chercheur ou à la chercheuse une place particulière, construite autour d'une distance intellectuelle et existentielle entre l'anthropologue et les objets d'étude, qui de nos jours n'est plus aussi évidente (Kilani, 2009:10). Des notions comme l'altérité, la distanciation du chercheur, le regard extérieur,

⁹ Pour ce faire se référer au texte de Christian Ghasarian (1998) que je cite ici.

situés aux fondements de l'anthropologie, semblent devoir « être réexaminés sur de nouvelles bases » (id.).

Cela ne signifie pas que je nie l'existence d'une distance construite entre chercheuse et objet de recherche, animée par un « projet d'analyse » (Althabe, 1990:2), qui va permettre de donner sens aux matériaux à travers l'interprétation. Mais je me rapprocherais cependant plus du regard de Norbert Elias, présenté dans un essai de Didier Fassin (2001), qui perçoit la distanciation et l'engagement comme des impulsions potentiellement conflictuelles ou combinatoires selon une multitude de diversités possibles. À son avis : « C'est parce que les hommes appartiennent au monde sur lequel ils tentent de produire un discours scientifique, qu'ils ne parviennent ni à objectiver complètement les relations sociales, ni à éviter tout jugement de valeur sur les faits sociaux » (Fassin, 2001:43).

La distance ethnographique s'est construite à travers mon expérience sur le terrain, au moment même où je me présentais en tant qu'étudiante souhaitant réaliser une recherche. Indirectement, la distance correspondait à une certaine hiérarchie entre celle qui a un intérêt à échanger et les interlocutrices. Cependant, tout au long des échanges, mon principal objectif a été de défaire justement ces distances reflétant une certaine hiérarchisation. Il serait naïf de penser qu'elles se soient une fois totalement déconstruites, mais il me semble qu'à travers l'écoute, les échanges et le fait que je m'y suis activement engagée (Kaufmann, 2007), elles ont pu sensiblement s'estomper. Mon but était d'engager des dialogues sincères, des échanges qui auraient pu se dérouler de la même façon avec des connaissances par exemple. J'ai toujours ressenti le besoin d'exprimer clairement mon intention de recherche, qui me semblait un gage de confiance et de sincérité face à mes interlocutrices, alors même que je ne savais pas encore bien ce que je cherchais exactement, puisque je m'inscrivais dans un processus inductif. J'éprouvais le sentiment que les échanges épousaient les formes du dialogue ordinaire, pour reprendre la formule d'Althabe (1990). La distance à l'objet d'étude a été produite et reproduite aussi lors des interprétations, en tant que condition nécessaire à la connaissance, mais toujours sous cette forme d'impulsions. Selon Denzin (2006), l'ethnographie, et j'ajouterais l'autoethnographie, ne sont jamais des pratiques innocentes. Elles sont performatives, pédagogiques, dans le sens où nous essayons de transmettre des connaissances sur le monde et la façon dont nous le percevons, et politiques. Mais la pédagogie est toujours en soi morale et politique. Dans ce sens, la distanciation entre chercheuse et objet de recherche se révèle complexe et plus proche d'un processus de réflexion que d'un réel détachement.

D'autre part, je conteste fortement le fait que l'autoethnographie serait une construction purement narcissique, tel que semblent le penser certains auteurs¹⁰. Je pense éviter en effet, autant que faire se peut, de m'enfermer dans un récit centré sur le « moi » (Ghasarian, 1998). Le but de la construction autoethnographique, comme méthode de recherche qualitative, étant la poursuite d'une compréhension sociale (et/ou culturelle) à travers l'expérience personnelle (Chang, 2007), se pencher plus profondément sur les interactions entre soi et les « autres » est un principe fondamental de la démarche autoethnographique (Ellis et Bochner, 2013 ; Pink, 2000). Cela implique un regard ethnographique tourné vers l'intérieur, vers le « soi », de la même façon qu'un regard ethnographique tourné vers l'extérieur, ainsi que la considération des contextes, plus larges, dans lesquels les expériences personnelles se produisent (Denzin, 1997, Ellis et Bochner, 2013). L'autoethnographie m'est apparue comme une composante essentielle à cette recherche, dans le sens où elle a porté mon regard vers une compréhension plus large de différents phénomènes, par exemple l'émergence de multiples identités dont celle liée à la maternité, et m'a permis de m'appuyer sur l'expérience personnelle comme ressource pour donner sens aux expériences de mes interlocutrices (Okely et Callaway, 1992). Ainsi, je me rapprocherai plus d'une autoethnographie « évocatrice » d'une histoire, d'émotions, de ressentis et dotée de significations (Ellis, 1999). Plus particulièrement, dans cette recherche, celle-ci m'a permis de créer un lien entre expériences personnelles et expériences plurielles des interlocutrices rencontrées, nous réunissant autour de l'allaitement maternel et de la matérialité de ce vécu.

Construction de l'objet de recherche

Ce travail s'est tout d'abord nourri de mes expériences de vie personnelles et de mon parcours universitaire. C'est en effet dans un contexte particulier de formation que les premiers éléments de cette recherche se sont constitués et que la réflexion globale a été stimulée. Lorsque j'ai décidé de reprendre les études à presque trente ans, après avoir obtenu mon diplôme d'éducatrice sociale à Genève, ville qui m'a vu naître, et travaillé durant presque cinq années, je n'avais pas imaginé quelle pourrait être ma trajectoire de vie et d'études pendant les quelques années à venir. En même temps que je découvrais le milieu universitaire, son fonctionnement, ses dynamiques, j'apprenais à connaître de nouveaux domaines d'études qui m'étaient peu familiers jusqu'alors, tels que l'anthropologie. Ma formation précédente

¹⁰ A ce propos voire par exemple CEFAÏ Daniel (dir.), 2010. *L'engagement ethnographique*. Paris, Editions de l'EHESS

m'avait permis d'en dessiner brièvement les contours, mais ce n'est qu'en suivant mes premiers cours d'anthropologie à l'Université de Lausanne que mon intérêt a grandi. Ceci, premièrement dans le cadre de mon année préalable à l'université et, dans un deuxième temps, lors de ma Maîtrise universitaire en sciences sociales. Tant l'approche spécifique de cette discipline que les professeurs et professeures côtoyées m'ont permis de m'ouvrir à de nouvelles perspectives de réflexions, épistémologiques, méthodologiques et critiques, éveillant chez moi un réel enthousiasme. Plus spécifiquement, c'est en suivant l'enseignement passionnant de Mme Irène Maffi en anthropologie de la naissance que différentes expériences personnelles et universitaires se sont enchaînées au cours desquelles le sujet du présent mémoire a émergé.

A propos des éléments ayant trait à mes expériences personnelles, je peux évoquer le fait que depuis quelques années, avec mon conjoint, nous songions à avoir un enfant, mais de mon côté, il me semblait que ce n'était pas encore le moment. Cependant, plusieurs éléments ont contribué à concrétiser ce désir mutuel, tels que les échanges et expériences que nous avons eus avec quelques-uns de nos amis et amies qui venaient d'avoir un enfant ; le fameux cours d'anthropologie de la naissance qui a stimulé ma curiosité et mon désir et surtout engendré des discussions et des réflexions concrètes au sein de notre couple ; les évocations de nos proches ; les aspirations de mon conjoint à avoir un enfant avant ses quarante printemps. Sous l'effet d'une certaine contamination simultanée, la conjonction de ces différents ingrédients a finalement opéré, concrétisant notre projet à travers la grossesse. Du côté de mon parcours universitaire, il semble que le cours de Mme Maffi m'ait offert les sources de réflexivité nécessaires, notamment autour de la physiologie de la naissance, me permettant d'accéder à des ressources précieuses. En effet, conjointement avec une amie, la même qui m'avait amenée à fréquenter le cours, nous avons mené une brève recherche ayant pour objet des expériences d'accouchement en maison de naissance. Lors de ce travail, nous avons approché plusieurs couples dont le ou les enfants étaient nés dans ce contexte et sommes tombées sous le charme de la structure que nous avons fréquentée, le « Petit Prince »¹¹, maison de naissance ayant à l'époque ses quartiers à Givisiez, commune du canton de Fribourg. De fil en aiguille, ces premières connaissances ont occasionné différentes rencontres autour de la naissance dite « physiologique » (par opposition aux naissances dites « médicalisées »), nous permettant de créer un petit réseau de ressources.

¹¹ Maison de naissance qui depuis notre expérience a vécu de nombreuses transformations, pour plus de détails, se référer à : <http://www.le-petit-prince.ch/>

Quelques autres éléments sont venus se greffer à cette première exploration, inscrite au sein de mon processus de réflexion, comme la découverte d'une littérature spécifique traitant de la naissance physiologique, scientifique et non scientifique ; le visionnage de quelques films dont « Orgasmic Birth »¹² abordant la naissance sous un angle physiologique ; l'expérience d'un couple d'amis ayant donné naissance à leur enfant à « La Roseraie », maison de naissance genevoise ouverte en 2012 ; l'ouverture de deux salles dites « nature », conçues pour les accouchements physiologiques¹³ à la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève où une amie a donné naissance à son fils et la présentation d'un documentaire abordant la thématique des naissances physiologiques¹⁴ sur une chaîne de la Radio Télévision Suisse (RTS). Ce n'est donc pas un hasard si ce processus réflexif universitaire et personnel nous a guidés, mon conjoint et moi-même, vers un suivi de grossesse au sein de la maison de naissance « Le Petit Prince ». Cependant, entre l'idéal d'une naissance physiologique rêvée et pensée à deux et l'expérience vécue, réelle et douloureuse, d'une naissance par césarienne, s'est construit un fossé. Inattendu et douloureux, celui-ci a contribué à modifier mon premier objet de recherche, soit la naissance physiologique dans le cadre de maisons de naissance. Je me sentais en effet incapable d'aborder le sujet au moment même où ce passage de vie prenait toute la place. Dans un second temps, les premières expériences autour de l'allaitement de notre enfant ont amorcé la réorientation de ce travail.

Initialement, j'avais évoqué l'idée d'observer les expériences de parents autour de l'allaitement dans le cadre de maisons de naissance, attachée à ces lieux qui formaient pour moi un certain idéal de naissance, mais je me suis laissée ensuite guider vers d'autres horizons. Plus concrètement, au fil des rencontres qui se sont tissées autour de l'allaitement maternel, j'ai fait la connaissance de différentes actrices (je parle ici au féminin parce que se sont une majorité de femmes que j'ai rencontrées) dont des Infirmières Petite Enfance (IPE). A la suite d'une naissance dans le canton de Vaud, les IPE prennent en effet contact avec les parents dont l'enfant vient de naître, dès qu'elles en reçoivent l'information, le plus souvent de la part de la maternité, des sages-femmes indépendantes ou des communes. Elles proposent alors une première visite à domicile. Celle-ci peut être déclinée, mais le plus souvent, elle est acceptée. Les visites à domicile des IPE s'accomplissent à la suite de celles des sages-femmes. Elles sont gratuites, comme les autres prestations proposées par la suite par les IPE.

¹² Voir : <http://orgasmicbirth.com/>

¹³ Voir le lien : <http://www.hug-ge.ch/obstetrique/accouchements-soins-continus>

¹⁴ Émission « Temps Présent » du 17 octobre 2013, « Accouchement naturel, le grand retour », Radio Télévision Suisse, <http://www.rts.ch/emissions/temps-present/sante/5243425-accouchement-naturel-le-grand-retour.html>

En plus de visites à domicile, les IPE pratiquent des rencontres-consultations hebdomadaires pour parents et enfants de « 0 à 4 ans » et proposent des permanences téléphoniques. Plus spécialement, je me suis intéressée aux échanges qui se sont construits avec une infirmière, que j'ai choisi de prénommer fictivement Anne, avec qui j'ai créé une relation particulière. C'est en effet Anne qui s'est déplacée à notre domicile lors de quelques premières visites que nous avons acceptées, coïncidant avec notre retour à domicile après un séjour exceptionnel¹⁵ passé au « Petit Prince », successivement à deux journées difficiles vécues en milieu hospitalier à la maternité du CHUV.

Les débuts de l'allaitement ont été pour moi une découverte intense émotionnellement et physiquement. Même si j'avais lu passablement d'ouvrages à ce propos, que nous avions été renseignés par notre sage-femme de la maison de naissance, que ma propre maman me soutenait et me guidait dans cette démarche d'allaitement et que notre couple était sûr de cette décision, je n'effleurais qu'à peine la surface de l'expérience singulière que j'allais vivre, à la fois déconcertante et extraordinaire. Plus j'allais, plus mon intérêt pour ce phénomène grandissait. En effet, cette expérience (tout comme la naissance d'ailleurs) que je pensais pouvoir réaliser si « naturellement », me dévoilait alors toute sa complexité. Mes réflexions étaient empreintes de doutes, d'incertitudes, d'interrogations, d'impressions de ne pas pouvoir maîtriser mon propre corps, mais se laissaient aussi guider par la « magie » des moments vécus et par les découvertes liées à la matérialité de mon corps. C'est cet enchevêtrement de ressentis, d'expériences qui m'a tout d'abord intéressé. Je me demandais comment les autres femmes vivaient ou avaient vécu l'allaitement de leurs enfants autour de moi. Et plus j'échangeais avec des amies, ma mère ou d'autres femmes, plus je les entendais me conter des histoires d'allaitement, à la fois très différentes mais aussi similaires sur certains points, ce qui confirmait la complexité de l'objet que je souhaitais étudier. Mes questionnements de recherche se faisaient l'expression de ce que je cherchais à savoir (Karen O'Reilly, 2012). Je me suis tournée ensuite vers quelques premières lectures, traitant de l'allaitement de façon plutôt générale, puis de façon plus spécifique je me suis penchée sur des ouvrages scientifiques, parfois trouvés au hasard, parfois conseillés. Cela m'a permis de me rendre compte de l'étendue de l'objet et de stimuler ma curiosité.

Différents moments dans le processus de recherche ont ainsi nécessité de faire des choix. J'ai privilégié certaines perspectives plutôt que d'autres, de par mon parcours personnel, mais

¹⁵ C'était en effet la première fois que les sages-femmes de la maison de naissance du « Petit Prince » accueillaient une femme, son conjoint et leur enfant après une césarienne.

aussi suivant les opportunités, mes intuitions, les possibilités et dans le cadre des contraintes qu'impose un travail de recherche de Master en sciences sociales. A de nombreux moments, j'aurais souhaité continuer mes investigations, approfondir des discussions, revoir certaines personnes pour d'autres entretiens. Mais ces limites temporelles, institutionnelles, organisationnelles et pratiques m'ont cependant amenée à réfléchir à la manière dont j'avais construit jusque-là mon travail, comment je pouvais utiliser les matériaux dont je disposais et quelles étaient les thématiques qui émergeaient déjà de l'ethnographie et de l'autoethnographie, ceci toujours dans le cadre de processus itératifs, inductifs et interactifs. A partir d'expériences partagées et de processus dialogiques, prenant la forme d'investigations ethnologiques et de communications ordinaires (Althabe, 1990), se sont établis des rapports avec mes interlocuteurs et interlocutrices à partir desquels la connaissance anthropologique a pu graduellement surgir (Kilani, 1994). D'autre part, les matériaux, souvent appelés des données, sont acceptés en anthropologie comme étant des constructions, non pas issues de l'esprit du chercheur ou de la chercheuse, ni même comme des faits réels recueillis tels quels, mais bien comme des transformations « en traces objectivées de « morceaux de réel » tels qu'ils ont été sélectionnés et perçus par le chercheur » (De Sardan, 1995:4), les données émergeant ainsi du contexte de recherche dans un processus inductif. Ainsi, c'est en observant comment, dès le début des conversations avec les femmes, l'allaitement maternel était pour elles « un élément clé de leur expérience postpartum » (Knaak, 2010:347), ceci dans les semaines et mois juste après avoir eu un enfant, que ce travail s'est construit en lien avec la littérature autour des expériences d'allaitement. On remarque alors clairement que la constitution de l'objet de recherche de ce travail, tout comme l'ethnographie et l'autoethnographie, s'est structurée à partir d'un réel exercice interactif de constructions relationnelles (O'Reilly, 2012) et à travers ce que je cherchais à savoir, à travers ma personnalité et ma formation (De Sardan, 1995), dans un processus d'allers-retours entre expériences, réflexions, observations, échanges, interactions, prise de notes et lectures scientifiques, échanges avec ma directrice de mémoire, références à des concepts théoriques, recherches et écriture.

Comprendre et interpréter en quête de sens

Mais au-delà des observations et des échanges dialogiques, la particularité de cette recherche s'est rapidement révélée à travers une ethnographie que je qualifierais de matérielle, se rapprochant de l'ethnographie sensorielle, celle que Sarah Pink propose comme étant une ethnographie investie sous forme d'engagement sensoriel et émotionnel. Cette matérialité

prenait en effet corps à travers les expériences féminines tout comme je l'observais aussi à travers mon expérience personnelle et à travers les interactions. L'allaitement maternel m'apparaissait alors à la fois comme un objet proche et étonnant, m'amenant, à travers l'approche anthropologique, à chercher l'étrange dans le familier, tout comme l'on cherche à donner du sens à ce qui peut nous sembler étrange (Okely, 2012). Cette perspective m'a conduite à produire un récit sur ce que je vivais et, à partir des suggestions de ma directrice de mémoire, je me suis intéressée plus particulièrement à l'approche autoethnographique, sans savoir encore comment je l'utiliserais. Je percevais cependant déjà l'autoethnographie non comme une excuse narcissique pour parler de moi, mais comme possibilité de poser par écrit des expériences, permettant d'explorer l'intimité de l'expérience personnelle à travers l'analyse et l'interprétation des pratiques et des valeurs, au même titre que l'ethnographie. L'autoethnographie m'est aussi apparue au fil du temps comme un moyen de relier les expériences singulières ethnographiques et autoethnographiques entre elles, de les comprendre comme des rencontres faisant partie du même monde social dont je partage le plus souvent, avec mes interlocutrices, les normes, codes et langage (Althabe, 1990). L'approche autoethnographique permettant d'autre part de déconstruire la distance (Pink, 2000), classiquement reconnue en anthropologie comme « garantie d'une certaine objectivité » (Kilani, 2009), entre chercheuse et interlocutrices. Ceci, dans un contexte contemporain où certains courants de l'anthropologie se renouvellent (Kilani, 2009), défiant par exemple les archétypes traditionnels du travail de terrain (Amit, 2000) ou déplaçant les frontières entre objectivité et subjectivité, les anthropologues se situant dans des contextes de recherche moins « exotiques », plus urbains et dans une plus grande proximité des acteurs sociaux auxquels ils s'intéressent, dans le sens où ils en font eux-mêmes partie (Kilani, 2009). Je tiens ainsi à relever que, si les matériaux ethnographiques et autoethnographiques liés à ce travail se sont construits dans un contexte « familier » que certains anthropologues qualifient de « chez soi » (Pink, 2000), dans le sens où j'appartiens moi-même à ce contexte, que je suis censée parler la même langue que mes interlocutrices et interlocuteurs¹⁶, que je ne me suis pas déplacée physiquement à l'extérieur des frontières suisses, ni même à l'extérieur du canton dans lequel je vis, que la recherche s'est composée en milieu urbain dans le cadre d'un processus que j'estime être fait de co-productions interactives et avec différents moyens de communication autres que les échanges face-à-face (e-mails ou téléphone), ils n'en sont pas

¹⁶ Alors que cela n'a pas été réellement le cas à chaque fois et que, si j'avais décidé de me déplacer dans le contexte national, je me serais confrontée à des langues que je ne pratique pas.

moins complexes. S'il est difficile en effet de déterminer quand le « terrain » commence exactement (Pink, 2000:97), il m'a été tout autant difficile de déterminer à quels moments le terrain dépassait les limites de mon domicile ou de celui des femmes rencontrées ou encore de la consultation, tant je ne me suis jamais vraiment sentie détachée des mondes sociaux que je laissais derrière moi (id.). Jusqu'à la note finale et je pense encore bien au-delà de ce travail, les rapports avec les « terrains » ne se sont jamais estompés. Et malgré une proximité toute relative et hypothétique avec le contexte, et de ce fait avec les interlocuteurs et interlocutrices, je n'ai cessé de faire des découvertes, de nourrir ma curiosité, de faire des rencontres riches et intéressantes qui m'ont permis d'accéder à de nouveaux savoirs qui, sans cette recherche, ne m'auraient pas été accessibles.

Ainsi, l'autoethnographie s'est construite parallèlement, mais en interaction, avec le matériel ethnographique, semblablement à une composition patchwork, au travers de méthodes similaires telles que l'observation, l'écoute, les échanges, les descriptions ou encore l'introspection. Les ressources qui se sont dégagées des intersections entre ces matériaux empiriques ont permis une interprétation globale plus fine, tout en m'amenant à me questionner sur les limites entre chercheuse et objets de recherche, se traduisant par un style particulier de terrain « chez soi » (Pink, 2000, Kilani 2009), par la construction de l'autoethnographie et par une définition du ou des « terrains » qui puisse refléter au mieux les processus et expériences globales de cette recherche.

Les méthodes qualitatives et plus spécialement la recherche anthropologique permettent à travers le « terrain », les interactions, le travail itératif se présentant sous la forme d'allers-retours entre théories et expériences pratiques et, de façon inductive, l'émergence de thématiques plus fréquentes, dominantes ou importantes (Thomas, cité par Blais et Martineau, 2006).

A partir de la complexité empirique, je me propose dans cette recherche d'utiliser une approche interprétative et de reprendre certains aspects de l'« analyse inductive » proposée par Blais et Martineau (2006) afin d'appréhender les pratiques, les expériences, les représentations, les contraintes ou les normes en les confrontant à des références et concepts théoriques. Ainsi, la comparaison des données théoriques à d'autres empiriques laissera la place à une conclusion autour des « résultats » de recherche, en essayant le plus possible d'adopter une posture critique. Le sens n'étant jamais un donné immédiat, mais « attribué *a posteriori* » (id.:3), il s'agira de « donner sens » (id.) aux matériaux empiriques, car c'est à la chercheuse ou au chercheur que revient, dans sa démarche interprétative, « la tâche de dégager le sens que l'acteur a construit à partir de sa réalité » (id.).

J'utilise dans ce travail le matériel autoethnographique et ethnographique comme deux matériaux distincts, composés de leurs particularités, tout en recréant cependant les liens qui me sont apparus tout au long de la « production et du processus » (Tedlock, 1991:72) de ces matériaux. Ainsi, je souhaite qu'ils se rencontrent, qu'ils échangent tout en se distinguant et en dégager des interprétations de sens, de significations à la fois communes et distinctes. Je souhaite, en fait et avant tout, réunir ces matériaux autour de notions transversales comme l'allaitement maternel, la matérialité du corps et les corporalités féminines.

Présentation des matériaux empiriques

Plus concrètement, l'ethnographie s'est construite à partir d'échanges issus de vingt-huit rencontres avec des femmes d'âges et d'horizons socio-économiques très variés, vivant des expériences d'allaitement diverses. Celles-ci ont eu lieu lors de neuf consultations, à raison d'une demi-journée à chaque fois, dans le contexte de « Rencontres Parents-enfants – Consultation »¹⁷, en Suisse romande, entre mars 2014 et août 2014. J'ai rencontré les femmes durant des échanges avec des Infirmières Petite Enfance (IPE), au hasard de la file d'attente ou au contraire choisies à partir de la nature des relations instaurées entre IPE et femmes, comme la confiance, permettant un accès facilité. De plus, j'ai composé sur la base de discussions avec Anne, un court récit relatant les expériences de deux mamans rencontrées, qu'elle a eu particulièrement envie de me transmettre, suivi de quelques notes se rapportant à mes questionnements à ce propos. J'ai eu la chance de participer aussi, avec Anne en première partie, puis seule, à deux visites à domicile, en mai et en juin 2014, dont les échanges et les récits constituent un des pans ethnographiques. D'autre part, j'ai proposé une rencontre particulière à Anne en janvier 2015, durant laquelle nous avons échangé autour de son parcours de vie et professionnel. Les observations, les échanges avec Anne et ses collègues, en face-à-face, par téléphone ou par e-mails, l'écoute et l'imprégnation du lieu (l'EP) ont aussi participé à la construction de l'expérience ethnographique.

J'ai pu échanger ainsi avec de nombreuses femmes, rencontrer leur-s enfant-s et d'autres membres de leur entourage proche ou moins proche, grand-mères, conjoints, amies.

J'ai volontairement sélectionné certains récits et mis de côté certains autres, estimant que leur contenu était soit trop éloigné de mon sujet de recherche (par exemple lorsque les récits étaient concentrés autour de la naissance), soit trop brefs pour être utilisés (souvent en relation avec des difficultés d'échanges, écourtés par l'utilisation de langues que je ne pratique pas).

¹⁷ Abrégé pour faciliter la lecture par « rencontres-consultation »

Lors du processus d'écriture, j'ai eu notamment recours à certains éléments issus de ma mémoire, en référence à des discussions avec des amies par exemple ou à des images, des souvenirs qui me revenaient à l'esprit. D'autre part, j'ai supprimé tous les éléments qui auraient permis l'identification de mes interlocutrices, afin de garantir l'anonymat à toutes les personnes rencontrées, mais aussi dans le but de respecter la « convention » que j'ai signée à mon arrivée au sein des rencontres-consultation¹⁸. Quelques personnes ont aussi refusé de me parler. L'ethnographie s'est déroulée en grande partie dans un contexte urbain dont la population se compose approximativement pour moitié de personnes « suisses » et d'une autre moitié de personnes considérées comme étant « d'origine étrangère », représentées à travers cette étude par la multitude d'origines des femmes que j'ai rencontrées, principalement natives des continents africain ou européen, et par la pluralité des langues pratiquées. Les échanges se déroulaient le plus souvent entre les femmes, en présence de leurs enfant-s et parfois de leur conjoint, d'un proche, de moi-même et une ou l'autre des IPE, avec ou sans prise de notes.

Par ailleurs, j'aimerais mentionner que pour cette recherche, j'ai construit séparément différents matériaux. Ainsi, le matériel ethnographique, autoethnographique et les notes de terrain se sont constitués de façon distincte, même si je les utilise conjointement dans les parties analytiques.

Orientations contextuelles

A plusieurs reprises au cours de ma recherche, je me suis demandé pourquoi j'avais pris la décision de m'intéresser davantage aux femmes qui allaitent qu'à celles qui n'allaitent pas. En début de réflexion, de façon sincère, la première réponse qui m'est apparue est celle de l'expérience de « terrain ». Ainsi, si j'ai fait le choix, durant la construction de ce travail, de m'intéresser tout spécialement aux femmes qui ont allaité ou qui allaitaient au moment de nos rencontres, ce n'était pas pour mettre de côté celles et ceux qui ont vécu des expériences douloureuses ou qui avaient pris la décision de nourrir leur enfant autrement qu'au sein, mais c'est bien parce que l'autoethnographie et l'ethnographie m'y ont conduite. En effet, j'ai tout d'abord moi-même allaité notre enfant pendant dix-huit mois, la majorité de mes amies proches ont allaité leur enfant et la plupart des femmes que je rencontrais dans le cadre de mon terrain allaitaient aussi. Il faut souligner que j'ai rencontré un grand nombre de femmes

¹⁸ Document signé le 26.03.2014, concernant l' « obligation de garder le secret (devoir de discrétion et secret professionnel) », protégeant les « affaires du service », les « observations ou constatations » faites par rapport « aux usagers » et ayant trait au respect de la « confidentialité » et de la « protection des données individuelles » et « médicales ».

primipares venant de donner naissance à un enfant et qui vivaient, de ce fait, leur première expérience d'allaitement. Par la suite, d'autres éléments sont venus s'ajouter à cette première constatation. Alors que, au départ de ma recherche, je me suis toujours adressée à toutes les femmes sans exception, qu'elles allaitent ou non, ouvrant grand la porte des possibles, je me suis vite rendu compte qu'il fallait que je condense mes intérêts et réduise ma démarche afin de m'inscrire dans des limites temporelles, organisationnelles et pratiques acceptables pour un travail de Master. D'autre part, plus je fréquentais Anne, plus je lui parlais de mon objet de recherche et plus elle « sélectionnait » des femmes pour me les présenter, considérant que leurs expériences pouvaient m'intéresser. Dans le cadre de réflexions plus tardives, alors que je découvrais l'ouvrage de Joan Wolf *Is Breast Best ?* (2011), j'ai réalisé à quel point j'étais moi-même imprégnée par les discours prônant l'allaitement maternel, baignant dans différents contextes valorisant cette pratique. J'ai pu approfondir ces questionnements et me rendre compte à quel point la littérature scientifique elle-même, qu'elle soit féministe, sociologique ou anthropologique, était peu critique à l'égard de ce discours hégémonique. Ainsi, il me semblait important de le mentionner, même si je n'ai pas plus approfondi cette question. Cela m'a permis de réaliser la complexité des réflexions qui traversent la démarche de recherche et de prendre du recul sur mes décisions, me permettant de réaliser comment elles étaient entremêlées à différents éléments. Cependant, plusieurs échanges se sont constitués à partir d'expériences de femmes n'ayant jamais pu allaiter, n'allaitant plus, en raison de difficultés ou tout simplement parce que leur-s enfant-s avaient « dépassé » l'âge d'être allaité-s. Ces échanges particuliers m'ont notamment offert la possibilité d'entrevoir toute la complexité des expériences d'allaitement et de comprendre comment, parfois, ces expériences peuvent être douloureuses ou emplies d'insatisfactions.

À partir de ces rencontres et des échanges qui s'en sont suivis, se sont dégagés différents aspects liés à l'allaitement maternel qui m'ont interpellée et sur lesquels j'ai poursuivi mes investigations. D'autre part, je me suis appuyée, dans le cadre de mes réflexions et de cette étude, sur divers documents de travail destinés aux « institutions » et aux « différente-s intervenantes-s professionnelles-ls », mis à disposition par Anne, sur des documents de travail utilisés généralement par les professionnelles rencontrées, des documents législatifs nationaux disponibles au public sur Internet, des écrits scientifiques, des sites Web en lien avec mon objet de recherche ou concernant la législation suisse en matière de santé et de prévention.

J'aimerais encore relever une particularité ethnographique de cette recherche, à savoir une large présence et représentativité des femmes. Je n'ai effectivement que rarement rencontré d'hommes aux rencontres-consultation et lorsque je les ai rencontrés, ce fut de façon brève. Je

me suis penchée un peu plus attentivement sur cette question, relevant que, si les hommes semblent moins visibles que les femmes dans le contexte d'un accueil s'adressant « aux parents », plusieurs éléments peuvent l'expliquer. Premièrement, de nombreuses femmes qui se rendent aux rencontres-consultation, le font dans les premiers mois qui suivent une naissance. Ceux-là même où elles bénéficient le plus souvent d'un congé maternité sur le plan professionnel alors que les hommes, en Suisse, ne bénéficient que très rarement de tels congés. Deuxièmement, si l'on s'attarde un peu plus sur chaque situation, on remarque que les hommes, en général le conjoint, mais parfois aussi le père ou des amis, ne sont jamais très loin dans les discours des femmes et que le plus souvent, ils les soutiennent dans leurs pratiques ou participent aux réflexions. Même si leur présence est « indirecte », elle est palpable. J'ai cependant par deux fois été surprise par des présences masculines. La première fois, mon conjoint, notre fille et moi-même étions partis voyager quelques jours en Suisse et, alors que le week-end s'écoulait gentiment, j'ai tout à coup eu l'impression d'être grippée. Les douleurs articulaires et les céphalées ont bientôt laissé place à une forte fièvre suivie de symptômes dont j'avais déjà vaguement entendu parler, correspondant à une inflammation au niveau de la poitrine appelée plus couramment « mastite ». Ne sachant pas comment réagir, j'ai pensé contacter Anne ou une de ses collègues que je savais atteignable le week-end. A mon grand étonnement, ce n'est pas une infirmière, mais un infirmier qui m'a répondu. Assez embarrassée au premier abord, j'ai tout de même entamé la discussion en lui présentant ma situation. Très vite, les mots chaleureux de l'infirmier m'ont réconfortée et mon malaise premier s'est dissipé, laissant place à un échange apaisant. Ses conseils m'ont par ailleurs permis un rétablissement rapide dont je lui suis très reconnaissante. Mes premiers a priori surmontés, je me suis questionnée au sujet de ma réaction. Si je ne m'attendais pas à une réponse masculine ce jour-là, je percevais aussi mon malaise à travers des représentations particulières, comme celles de la place des hommes et des femmes dans certains groupes professionnels de la santé. Si, dans le cadre hospitalier ou en cabinet privé, j'ai souvent rencontré des hommes médecins ou gynécologues, j'ai constaté une présence féminine beaucoup plus importante dans le cadre de certaines professions comme les sages-femmes ou les infirmières petite enfance, que ce soit à la maternité, en maison de naissance ou par la suite, à domicile ou aux rencontres-consultations, les médecins pédiatres formant une exception. Cependant, s'il serait trompeur d'aborder ces groupes professionnels sous un angle homogène, unifié ou cohérent (Burton-Jeangros, Hammer et Maffi, 2014:17), je peux dire que le caractère très genré de mes constatations a concouru à construire chez moi des attentes et des représentations particulières face à certains groupes professionnels. D'où mon impression

de malaise face à un professionnel avec qui je devais échanger sur une problématique que je percevais comme intime et féminine. Dans la suite de ce travail, je reviendrai plus en détail sur les constructions sociales et les représentations liées aux seins et aux corps féminins.

La deuxième fois que la présence d'un homme m'a surprise, c'est dans le cadre d'une matinée aux rencontres-consultation, alors que la météo avait été plus clémente que les autres jours et que le lieu était calme, c'est-à-dire qu'il y avait peu de consultations, un père et ses trois enfants se sont présentés. J'ai été très étonnée par cette présence exceptionnelle et c'est aussi à ce moment-là que j'ai vraiment réalisé le peu de fréquentation masculine. Les hommes n'y sont cependant pas inexistantes, mais le plus souvent, j'ai pu noter leur présence conjointement à celle de leur partenaire. Ce qui peut aussi paraître révélateur de ma propre identité genrée (Okely & Callaway, 1992:30) sur le « terrain ». Si, classiquement, il était conseillé aux anthropologues de délaissier leurs « bagages culturels » avant de se rendre sur le terrain, comme si ces composantes personnelles et culturelles, telles que le genre, pouvaient être séparées du chercheur ou de la chercheuse (id.), il paraît actuellement intéressant d'observer au contraire comment différentes composantes identitaires participent à la co-construction des expériences de terrain et des récits. Ainsi, par exemple, le fait que je sois moi-même une femme, a certainement influencé mes rencontres (Jordan, 1993:111). La composante genre a donc joué un rôle dans mon approche empirique sans que je m'en rende compte, participant aussi à mes représentations autour de l'allaitement maternel. Si ce sont bien les femmes qui allaitent, j'aurais pu tout aussi bien m'imaginer rencontrer des hommes autour de cette expérience. Je ne me suis pas penchée plus attentivement sur cette particularité ethnographique liée au genre, bien qu'elle aurait pu faire l'objet d'une recherche en elle-même, mais je souhaitais tout de même la relever. Ces « présences » ou ces « absences » masculines se faisant aussi l'écho de certaines pratiques et représentations sociales actuelles.

Autoethnographie

Quant au matériel autoethnographique, au même titre que l'ethnographie, j'aimerais souligner qu'il est issu de rencontres, d'expériences personnelles ou partagées, de discussions avec ma famille, père, mère, conjoint, beaux-parents, famille grecque, amies, avec des pédiatres du CHUV ou des pédiatres indépendants, des infirmières du CHUV ou des EP, des sages-femmes de la MDN et du CHUV. Revêtant la forme d'un récit, plus ou moins linéaire, l'autoethnographie a été écrite entre le deuxième mois et le quinzième mois de notre fille, non pas de façon constante, mais épisodiquement, autour de ressentis, d'émotions ou de thématiques particulièrement récurrentes dans le cadre des expériences d'allaitement. Elle

s'est constituée à partir des mêmes principes éthiques et de respect des personnes que l'ethnographie.

D'autre part, il me semble important de relever quelques particularités liées à l'autoethnographie afin d'en clarifier ma représentation, tant les définitions du terme ne sont pas consensuelles. Effectivement, en anthropologie et en sociologie, l'autoethnographie est parfois critiquée et jugée, à tort, de démarche narcissique, contraire au processus autoethnographique qui permet une prise de conscience de soi et un examen critique de sa propre personne (Okely, 1992). À la fois méthode et texte, comme dans le cas de l'ethnographie, l'autoethnographie peut se définir comme une approche qui place le « soi » au sein d'un contexte social (Reed-Danahay, 1997), moral et politique (Ellis, 1999).

Je considère ainsi l'autoethnographie comme une rencontre entre soi et les autres, parce que le soi n'existe qu'en interrelation avec les autres et, de ce fait, tant les matériaux ethnographiques qu'autoethnographiques ne peuvent s'élaborer que dans un processus de co-construction. Mais les individualités ne sont jamais figées, elles se transforment selon les contextes, les rencontres, les événements sociaux ou personnels. Je montrerai, à travers l'autoethnographie, comment différentes identités peuvent d'ailleurs coexister. Ainsi, si les individualités se transforment, se rencontrent, si les identités qui nous composent sont mouvantes et multiples, comment penser que l'autoethnographie ne pourrait être qu'un cheminement égocentrique, un repli sur soi ?

Au moment de l'écriture autoethnographique, ce sont des expériences partagées que j'ai posées sur le papier et que j'avais envie de comprendre en lien avec le monde qui m'entoure. Comme une nécessité de déposer l'incroyable aventure que je traversais ou plutôt que nous traversions. Nous, c'était notre enfant, mon conjoint, ma mère, mes proches (comprenant des membres de ma famille proche en Suisse et en Grèce, des membres de la famille proche de mon conjoint en Suisse), mais aussi des amis-es et les personnes qui me guidaient à travers l'inconnu. Comme Sarah Pink, je ne me suis jamais sentie détachée du monde social que je laissais derrière moi au moment de construire le récit. D'autant plus qu'après la fin de mon « terrain », j'ai continué à allaiter notre enfant. Je me sentais donc toujours non seulement en lien avec l'objet de cette recherche, mais aussi physiquement et émotionnellement investie « dans ».

Ajustements autour d'une pratique ethnographique : la prise de notes en question

Si je n'ai pas rencontré de difficultés méthodologiques importantes, je tiens cependant à relater une expérience particulière qui m'a demandé, à travers un processus d'apprentissage et de réflexions, une certaine adaptation.

Si la prise de notes fait partie intégrante de la démarche ethnographique en anthropologie, sa pratique est, dans les faits, très variable et donc difficilement transmissible (O'Reilly, 2012:101). À travers les apports méthodologiques universitaires, que ce soit par des transmissions de professeurs-s à étudiantes-s ou à travers la littérature scientifique, cette perspective s'est à l'évidence confirmée. Si la prise de notes se traduit ainsi par des pratiques individuelles et non-consensuelles, qui varient en fonction des contextes, des objets d'étude et des interlocutrices-eurs, celles-ci se déploient tout de même à travers une palette s'étendant entre deux « pôles » : l'enregistrement d'entretiens impliquant une retranscription mot à mot des propos des interlocutrices-eurs et le recours à la mémoire de l'anthropologue lors d'une retranscription *par après* (c'est-à-dire après échanges). Une des autres difficultés conjointes à la prise de notes s'avère être le choix de ce que l'on considère comme étant pertinent ou assez pertinent pour être pris en considération et annoté, surtout dans les premières étapes de recherche (id.), lorsque l'on se trouve dans une situation de prise de notes sans enregistrement, comme dans mon cas.

En me rendant sur ce qui deviendrait mon « terrain », soit aux rencontres-consultation ou par deux fois en visite à domicile, je n'étais sûre que d'une seule chose, je devrais faire des choix quant à la prise de notes. Je ne pourrais pas tout retranscrire, c'est-à-dire mes observations, les échanges et les interactions, sans quoi je n'arriverais jamais au bout de ma recherche, je me devais d'être sélective (id.). Mais comment sélectionner alors même que je considérais ma pratique comme itérative et inductive ? Alors que je n'avais qu'une vague idée de ce que je recherchais, que je n'avais en tête qu'un questionnement d'ordre général ? Comment ne pas passer à côté de l'essentiel justement ?

Ce n'est qu'après une certaine pratique que j'ai pu adapter la prise de notes à mon rythme, à mes interlocutrices, aux contextes changeants et à mes ressentis. En effet, munie de mon cahier de notes et de mon stylo, je me suis profondément interrogée sur la meilleure façon d'aller à la rencontre de mes interlocutrices. Si ces outils me paraissaient essentiels dans un premier temps, redoutant de perdre des informations précieuses ou que ma mémoire me fasse défaut (me considérant étudiante et donc dans une dynamique d'expérimentation et d'apprentissage), leur usage m'a rapidement amenée à en repenser l'utilité. Ces petits outils,

qui me semblaient tout d'abord plutôt insignifiants, se sont présentés comme de puissants révélateurs des relations de pouvoir qui pouvaient s'établir entre chercheuse et interlocutrices. Alors que je me présentais auprès des mères, ces deux petits objets semblaient retenir toute leur attention. Souvent, l'on m'a demandé si j'allais poser des questions, combien de temps la rencontre durerait ou si je n'avais pas d'autres questions. Je ressentais fortement ma position de chercheuse face à des interlocutrices impatientes que j'entame la discussion sur le ton d'un entretien. La prise de notes régulaït aussi la dynamique de l'échange, dans le sens où je ne pouvais pas écrire aussi vite que je parlais et, de ce fait, demandais à l'interlocutrice de ralentir parfois la cadence, ou au contraire, c'est elle qui « instinctivement » adaptait son discours à mon rythme d'écriture. Ce qui me paraissait donc, dans un premier temps, être un gage de mémoire et un socle solide et concret sur lequel m'appuyer, me déstabilisait alors et m'interpellait. Comment pouvais-je entrer en relation avec les interlocutrices sans être tout de suite inscrite dans une certaine relation de pouvoir, hiérarchique, et d'a priori ? Même si par la suite ce ressenti s'atténuait, j'étais loin de la relation d'échange idéale imaginée. Essayant de m'adapter à ces premières constatations, j'ai provisoirement élaboré un guide avec quelques questions indicatrices. En voici un reflet tiré de mes notes personnelles de terrain :

« Après ce deuxième terrain, je remarque que je manque parfois de questions de relance. En effet, certaines mamans attendent un peu que je leur pose des questions et pour moi il est difficile d'improviser sur le moment. J'espère toujours au départ qu'elles pourront partager leur expérience d'allaitement, mais pour certaines mamans cela semble difficile sans que je les guide. Je décide donc de rédiger un guide d'entretien avec des questions de relance » (Mars 2014).

Fréquentant un cours en sociologie de l'éducation à l'Université de Lausanne, donné par la professeure Mme Farinaz Fassa Recrosio, j'ai eu l'occasion de lire un texte de Jean-Claude Kaufmann (2007) qui m'a guidée dans mes réflexions. Sans vouloir nécessairement pratiquer « l'entretien compréhensif » qu'il propose dans son écrit, je souhaitais m'appuyer sur certains éléments. Selon Kaufmann, le but des entretiens compréhensifs, que j'ai traduit dans ma pratique à travers les échanges, est de briser la hiérarchie (2007:48) qui peut s'imposer entre chercheuse et interlocutrices lors d'entretiens formels se présentant sous la forme d'une grille de questions. « Le ton à trouver est beaucoup plus proche de celui de la conversation entre deux individus égaux que du questionnement administré du haut » (id.). Même si cette apparente égalité peut être discutée, cette approche me paraissait correspondre à ce que j'espérais des rencontres. J'avais envie que mes interlocutrices se sentent écoutées (id.) et non

pas de les diriger à travers des interrogations fixes et préconçues ne s'adaptant pas au mouvement des conversations. Je souhaitais échanger avec elles, sous la forme d'un dialogue (Althabe, 1990), et relater à travers l'écriture ce que je considérais comme étant important. Suivant cette intuition, l'utilisation d'un cahier de notes et d'un stylo devenait soudain inadéquate. Lorsque les échanges prennent la forme de dialogues, l'implication et les interactions que ceux-ci demandent ne laissent que peu de place à la prise de notes, du moins selon mon expérience. Je me suis également inspirée des conseils de l'assistante de Mme Fassa pour ce cours, Mme Najate Zouggari, qui m'a proposé de mettre en pratique les deux possibilités, soit la prise de notes en direct et la prise de notes différée et de m'adapter selon les circonstances. Expérimentant sa proposition, j'ai réalisé que je pouvais me sentir à l'aise avec les deux pratiques, mais dans des moments et des espaces différents. Effectivement, lorsque je m'adressais à une femme dans le cadre des rencontres-consultation, je ne procédais plus à une prise de notes en direct, mais les retranscrivais par après, dans un espace retiré, c'est-à-dire le bureau des IPE¹⁹ qu'Anne m'avait donné la possibilité d'utiliser. Lors des deux visites à domicile, j'ai repris mes cahiers de notes, car je savais que les rencontres dureraient plus longtemps, ce qui n'a pas perturbé les échanges. Les femmes s'attendaient à ma visite et de ce fait étaient probablement préparées à ce que je prenne des notes. J'ai par ailleurs occasionnellement retranscrits, dans le contexte des rencontres-consultation et lors de moments calmes, des descriptions du lieu, d'événements particuliers ou simplement l'expression de ressentis. En écartant la prise de notes lors des échanges, j'ai ressenti un mieux-être me permettant de briser la première impression hiérarchique qui se dégageait de ma démarche d'introduction auprès des interlocutrices. Je me sentais plus proche d'elles et capable de créer un lien qui permettait le dialogue et non pas l'entretien.

Cependant, si personnellement je me représentais les femmes comme mes « égales », des personnes avec qui j'avais envie d'échanger de façon sincère, que pouvais-je dire au sujet du regard qu'elles portaient sur moi ? Comment se représentaient-elles notre relation ? Comment s'inscrire dans la dynamique d'un lieu si ce n'est à travers des processus de négociations et d'adaptations ?

Afin de répondre à ces questionnements, je vais ainsi analyser la complexité de ces rapports, ce qui permettra de comprendre comment l'ethnographie peut être « 'discursive', attentive aux divers contextes de négociation du savoir et prête à les restituer dans le texte » (Kilani, 1994:52) et comment je me suis incluse ou ai été incluse dans les rencontres (id.).

¹⁹ Ce bureau est dans les faits fréquenté aussi par d'autres professionnelles, se trouvant dans un espace partagé.

Trouver sa place, négocier les échanges : réflexions autour des rencontres

Si je n'ai jamais demandé aux femmes comment elles se représentaient ma présence et qui elles s'imaginaient avoir en face d'elles, j'ai pu, à travers les observations et les échanges, comprendre quelle place j'occupais à certains moments, interpréter la façon dont les femmes me percevaient et comment ma présence était acceptée ou au contraire pouvait déranger.

Ma première rencontre a été celle avec Anne²⁰. Ainsi, j'ai « pénétré » le terrain grâce à elle. C'est avec Anne que j'ai négocié tout d'abord ma place auprès de la hiérarchie institutionnelle (que je n'ai jamais rencontrée personnellement), la justifiant à travers ma démarche de recherche. C'est Anne qui a appuyé et transmis ma demande, exposé l'objet général de ma recherche et qui m'a permis de signer le document institutionnel me permettant de prendre part aux activités de terrain. Lorsque je lui ai proposé d'effectuer ma recherche sur son lieu de travail, elle a assez vite accepté, avec toutefois un peu de retenue, ne sachant pas comment notre collaboration sur le terrain pourrait se passer. Elle m'a fait part de ses premières inquiétudes après ma première fréquentation aux rencontres-consultation, en se disant alors rassurée. Ce qui l'avait inquiétée, c'était qu'une présence s'ajoute au nombre déjà conséquent de personnes présentes lors des « rencontres » avec les « parents »²¹ et que cela perturbe les échanges. Il faut remarquer que le lieu de rencontres parents-enfants-infirmières s'organise selon une dynamique et un aménagement spécifiques qui se sont d'ailleurs modifiés durant mes expériences sur le terrain. Dans la première configuration, deux tables face-à-face permettaient aux infirmières de prendre des mesures, en poids ou en taille, et de rencontrer les parents. Un troisième élément, une table à langer haute, venait compléter les possibilités d'accueil. La plupart du temps, deux à trois infirmières, dont Anne, travaillaient selon un tournus qui s'est aussi modifié en cours de route. Dans un deuxième temps, j'ai dû « négocier » ma place auprès d'Anne et ses collègues. Introduite auprès des collègues d'Anne, je me présentais dès lors à travers mon statut étudiantin alors que jusqu'ici je m'étais rendue aux rencontres-consultation en tant que maman, avec notre fille, pour plusieurs échanges avec les IPE. Je basculais du côté des « professionnelles » alors que j'avais été jusque-là du « côté » des mères. Au fur et à mesure des rencontres, j'ai appris à côtoyer chacune d'entre elles et à comprendre comment je pouvais être présente sans perturber les échanges, ceci tout en respectant leur travail. Dans ce sens, j'étais au départ plutôt observatrice, n'intervenant dans les échanges dialogiques que lorsque l'on s'adressait à moi. Ce qui au fur et à mesure

²⁰ Toujours à l'écoute, attentionnée et bienveillante, Anne m'a épaulée durant toute ma recherche sur le terrain. Elle s'est rendue disponible pour répondre à mes questions et m'a permis de rencontrer de nombreuses femmes.

²¹ Je reprends ici entre guillemets les termes utilisés par les IPE et les documents qu'elles utilisent.

devenait plus fréquent. C'est avec le temps et les discussions, lors des rencontres mais aussi lors de moments plus informels, autour d'un café dans la salle de pause ou au « bureau », lieu où se trouvent les affaires que les IPE utilisent ou qu'elles fréquentent pour leurs travaux administratifs ou des communications téléphoniques, que des liens se sont créés entre nous. J'ai petit à petit investi les lieux et les IPE m'ont acceptée comme « collègue », en me transmettant des informations, en me tenant au courant des situations, en me faisant confiance et en me permettant de rencontrer des femmes et leurs enfants, en m'offrant la possibilité d'être à l'aise dans ce lieu.

Positionnement dans l'espace

Cependant, les premiers temps, je ne savais pas où me placer physiquement. L'espace, assez étroit en effet, est « partagé » visuellement et géographiquement en trois parties, selon la disposition des éléments et des espaces. Celui où se déroulent les rencontres, la file d'attente constituée de chaises, d'une table et d'un porte-manteaux, et l'espace dédié aux jeux pour enfants, à l'exposition de prospectus, de livres ou de catalogues liés à la santé, à l'allaitement ou à la prévention, aux personnes désireuses d'allaiter par exemple, de s'asseoir un peu en retrait de la salle ou pour d'autres moments d'échanges entre IPE et parents. Les premiers temps, j'essayais de me déplacer dans ces espaces et en même temps j'étais attirée par les rencontres qui se déroulaient entre parents (le plus souvent des femmes), enfants et infirmières, car je pensais que ce serait là que je pourrais écouter, observer et échanger. Essayant de trouver ma place au sein de ces dynamiques « triadiques », j'ai rapidement senti que je n'étais justement pas à ma place. Et ceci, malgré les efforts des IPE qui m'introduisaient auprès des femmes. J'ai tout de même participé à plusieurs rencontres, étalées sur différentes matinées. Cela m'a permis de me rendre compte des échanges, d'identifier des thématiques ou des interrogations récurrentes et ainsi d'orienter quelque peu ma recherche. Physiquement, je trouvais cependant difficilement ma place. Oscillant entre un positionnement aux côtés des femmes ou des IPE, parfois même entre deux, mais en retrait, ce qui rendait le malaise plus important. En effet, au cours des rencontres, les IPE se déplacent et les femmes aussi. Je me retrouvais parfois un peu en arrière, ce qui obligeait les femmes à se retourner vers moi pour que je comprenne les échanges, une position désagréable tant pour les femmes que pour moi. Même si Anne me donnait des retours positifs sur ces expériences et que la plupart du temps les femmes m'acceptaient volontiers, je ressentais la résistance de certaines face à ma présence, il est vrai quelque peu équivoque. J'interprétais cette réticence à travers des regards, face à la difficulté de nous placer à trois dans l'espace

entourant l'enfant et à deux refus consécutifs d'échanger avec moi. Les difficultés s'intensifiaient les jours où l'espace se remplissait généreusement, rendant les déplacements malaisés et amplifiant le niveau sonore, de telle façon que les échanges devenaient compliqués en dehors d'une étroite contiguïté. Cette impossibilité de me placer dans l'espace de façon harmonieuse m'a obligée à repenser mon approche et à m'intéresser à la complexité de ces négociations de l'espace commun, des espaces relationnels et d'un possible espace intime. Je me demandais si, à travers les liens de confiance tissés entre les IPE et les femmes, je n'apparaissais pas comme une « intruse » venant compromettre ces liens par le fait que j'y étais à la fois extérieure et surtout étudiante chercheuse dont la posture dialogique d'observatrice-participante pouvait déranger ? Ceci dans un contexte communautaire où les espaces et les échanges intimes étaient déjà restreints. C'est à partir de ces interrogations que j'ai réalisé à quel point les femmes et les IPE construisaient des liens étroits, de confiance réciproque permettant des échanges pérennes. D'autant plus avec Anne, responsable de contacter et de rencontrer les parents de la région lors des premières visites à domicile notamment et référente de ce fait des « situations » régionales. Ses collègues, référentes pour d'autres régions, venaient aux rencontres selon un tournus préétabli ne leur permettant pas forcément de connaître tous les parents, ni toutes les situations. Ces constats se traduisaient notamment dans les propos des femmes et des IPE. En voici deux exemples :

« Certaines femmes, qui ont l'habitude de fréquenter Anne, préfèrent attendre et passer leur tour dans la file d'attente pour être sûres de la rencontrer, plutôt qu'une autre professionnelle, car « c'est elle qui nous a suivis jusque-là », c'est « elle qui nous connaît » et « qui connaît notre histoire ». J'ai pu observer cela dans les faits aussi avec un couple de parents ayant déjà rencontré à plusieurs reprises Danielle (collègue d'Anne) et qui m'ont confié qu'ils « attendaient de voir celle qui connaissait leur situation. » (Notes de terrain, mars 2014)

Louise, IPE avec laquelle j'échangeais un matin, me révèle : « Ils (les parents) ne viennent pas pour moi (mais pour ma collègue qu'ils connaissent). Cela dépend du nombre de personnes, si on a du temps ou pas pour en prendre avec chaque personne, mais l'infirmière doit toujours avoir une oreille sur ce que la collègue dit, car elle connaît les mamans. C'est un travail complexe. On doit avoir beaucoup d'humilité pour retrouver les gens là où ils en sont. Si on sent qu'ils

ont envie d'aller plus loin ou non dans les discussions. Permettre que le lien de confiance s'établisse. Ce matin une maman m'a dit savoir qu'ici elle pouvait venir et parler de ce moment intime (qu'est l'allaitement). » (Notes de terrain, mars 2014)

Ainsi, les relations de confiance se construisent à travers une relation établie sur le long terme et dans des contextes différents (à domicile, à l'EP). « Les mamans apprécient de connaître les infirmières, par rapport à la relation de confiance établie et à la relation dans le temps, c'est positif pour elles » (Anne, Avril 2014).

Même écho à travers le récit autoethnographique :

« Lorsque l'on a connu une certaine infirmière qui nous a suivis depuis la naissance de notre enfant et que c'est à elle que l'on s'est « livrée » émotionnellement, que l'on a dévoilé notre histoire, on a l'impression qu'elle connaît notre fonctionnement, notre enfant et que nous avons créé un lien de confiance, une relation d'estime et de reconnaissance, on a envie de s'adresser en priorité à elle. Et puis dans cette relation sur le long terme, on a le temps de tester ses conseils et, comme je me suis rendue compte qu'ils nous conviennent à nous et à notre enfant, cela confirme mon envie de m'adresser à cette personne là en particulier. (...) Mais aux rencontres, il y a d'autres parents et il faut parfois aller vers d'autres infirmières. Cependant, il y a une infirmière que je vois plus souvent et que j'apprécie aussi. Si je viens fréquemment aux rencontres, elle se rappelle de moi et cela me rassure. Je crée à nouveau un lien particulier, même si dans le fond, je préférerais toujours m'adresser à Anne. Mais lorsque les infirmières changent souvent, je n'ai pas le temps de créer ces liens. » (Autoethnographie, Mai 2014)

A la relecture de mes notes de terrain, parallèlement à mes lectures scientifiques, je me suis rendu compte que, si je pouvais perturber parfois les échanges, ce n'était pas parce que je pénétrais dans un espace ou une relation d'intimité, mais plutôt parce que je pouvais déstabiliser un certain espace temporel au sein duquel les échanges, si précieux aux yeux des femmes, étaient possibles. Tout d'abord, parce que l'intimité, toute relative au sein de l'espace des rencontres-consultation, lieu « ouvert » et collectif, ne semblait pas être une préoccupation particulière, ni pour les femmes ni pour les IPE et que, la plupart du temps, les femmes acceptaient volontiers de me rencontrer dans le cadre des échanges avec Anne ou

avec l'une de ses collègues. En fait, si Anne ou ses collègues souhaitent rencontrer les parents dans des espaces plus intimes, elles le font en se déplaçant à domicile ou lorsqu'il y a moins de monde aux rencontres-consultation, dans un espace en retrait. A ce propos, je peux relever par exemple mon étonnement par rapport à des situations où les femmes allaitaient tranquillement au milieu d'autres parents, je dirais sans « gêne » particulière (allant à l'encontre, comme nous le verrons plus tard, de ce que les femmes me rapportaient de leurs expériences dans les espaces publics) ou lorsque les IPE leur montraient par exemple différentes positions au sein. Les femmes et les professionnelles privilégiaient cependant davantage une certaine « qualité » des rencontres. Selon les professionnelles en effet, les rencontres se construisent à travers différentes notions que j'ai choisi d'interpréter et de regrouper sous le substantif « qualité », soit : l'écoute, la sensibilité, le respect, la reconnaissance, les émotions, la confidentialité, l'adaptation, la disponibilité, l'investissement, l'accompagnement, la prévention, la prise en compte de la complexité des situations, le devoir d'informer, la transmission, la dynamique d'empowerment, « aider à comprendre », « susciter/démontrer », soutenir, offrir un espace pour « pouvoir déposer quelque part ses soucis », « relativiser », orienter les parents vers d'autres services au besoin. Du côté des parents, les échanges avec les IPE comprennent notamment : le fait de « se sentir écoutés », d'apprendre ou de « réapprendre certains gestes » (liés à l'allaitement), de pouvoir « demander conseils », d'« être accompagnés », de se sentir soutenus, de comprendre, d'avoir accès à des informations, un espace relationnel sur le long terme, une relation de confiance, le respect des données personnelles, avoir un lieu où se rendre, pouvoir échanger, parler de situations intimes/privées. Toutes ces composantes se sont traduites à travers les pratiques que j'ai pu observer et les échanges auxquels j'ai participé.

En effet, selon les possibilités, les IPE disposent de plus ou moins de temps d'échange à l'égard de chaque femme, enfant et conjoint. Si le temps est « compté », c'est essentiellement la qualité des échanges que je pouvais troubler, car c'est justement à partir de cette dernière que s'élabore tout le travail des IPE, co-construisant les échanges avec les parents. Cette conception des échanges permet de recréer, un espace rassurant, permettant un certain « bien-être émotionnel » et « le développement de la confiance en soi », conditions essentielles au « développement d'une relation entre femmes et nourrissons » (Dykes, 2006:174). Cet espace semble venir combler ceux qui, au sein des maternités, peuvent faire défaut, faute de temps et de possibilités offertes aux sages-femmes, infirmières-infirmiers ou personnel soignant ou découlant directement d'un système organisationnel institutionnel « impersonnel et médicalisé » au sein duquel les femmes ne se sentent pas soutenues, dans une période

particulière de « fragilité émotionnelle », soit juste après la naissance (Dykes, 2006). Alors que, selon Dykes et concernant plus particulièrement les expériences d'allaitement, c'est justement grâce à la mise en place de telles rencontres relationnelles permettant des expériences où les femmes se sentent émotionnellement soutenues, encouragées et reconnues que, d'une certaine façon, elles pourront relever les défis auxquels elles sont confrontées lors de l'allaitement pendant les premiers temps. En me basant sur mon expérience personnelle et sur les échanges issus de cette recherche, j'ai pu effectivement identifier ces manques d'espaces favorisant les relations de qualité entre femmes/parents et professionnelles-ls au sein des maternités de Suisse romande. Ceci, malgré les critiques²² adressées à la médicalisation et à l'institutionnalisation des services de maternité ayant pris place au cours du 20^{ème} siècle, selon des transformations sociales et médicales qui ont engendré le déplacement des lieux de naissances du cadre « privé », soit du domicile, au cadre hospitalier (Flacking et Dykes, 2013), la médicalisation de la grossesse et des naissances s'exerçant à travers un modèle technocratique (Davis-Floyd, 1992) et « la domination des médecins sur les autres professionnels de la santé, sages-femmes incluses » (Burton-Jeangros Claudine, Hammer Raphaël, Maffi Irene, 2014). Ces mutations sont notamment représentées à travers une déshumanisation des environnements et des pratiques, dans un « contexte culturel » dont on attendait des sages-femmes qu'elles répondent en priorité aux exigences institutionnelles plutôt qu'aux besoins des femmes (Dykes, 2006:174). Alors même que, selon l'ethnographie et l'autoethnographie, les expériences d'allaitement bénéficient justement de ces expériences relationnelles positives ou de qualité, tout comme lorsqu'elles sont inexistantes ou relativement absentes, elles peuvent leur nuire.

Je ne propose cependant pas ici d'aborder plus spécifiquement ces transformations, dont il faudrait, pour en percevoir toute la complexité, prendre en compte différents enjeux et paramètres comme l'évolution des connaissances et des technologies médicales, les transformations liées aux relations entre différents « corps professionnels »²³ travaillant dans le cadre des maternités, les critiques féministes liées au modèle médical/technocratique de la naissance, les pluralités sociétales et institutionnelles, les différents contextes politiques des

²² Emanant essentiellement des sciences sociales

²³ À ce propos et par rapport à une analyse des mutations liées aux contextes professionnels autour de la grossesse et de l'accouchement en Suisse romande, lire l'introduction de BURTON-JEANGROS Claudine, HAMMER Raphaël, MAFFI Irene (2014), in : BURTON-JEANGROS Claudine, HAMMER Raphaël, MAFFI Irene (sous la dir. de), *Accompagner la naissance. Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande*, Lausanne : Giuseppe Merrone Éditeur, pp. 5-30

sociétés néo-libérales. Je me propose toutefois de nuancer mes propos, en soulignant que je relate ici la majorité des expériences qu'il m'a été donné de partager. Cependant, certaines femmes ont tout à fait bien vécu leur séjour à la maternité et relevé que les professionnelles-ls avaient été soutenantes et bienveillantes. Les contextes des maternités en Suisse romande ne sont évidemment pas non plus uniformes, certaines structures proposant déjà des espaces privilégiant les rapports humains ou la naissance physiologique par exemple.

Inscrite dans cette réflexion, j'ai débuté mon expérience de terrain en tentant de *trouver ma place*, au sens où Geertz (2003) décrit ce processus, soit comme une expérience personnelle de la recherche ethnographique, au cœur de la dynamique des rencontres-consultation. En tentant de me placer physiquement, j'en apprenais plus sur les relations entre professionnelles et parents, sans m'en rendre compte dans un premier temps. Je constate que cette expérience, vécue tout d'abord comme un échec, se fait le reflet d'un espace temporel au sein duquel se déroulent des rencontres de « qualité », que ma présence pouvait perturber de façon plus ou moins évidente. Les dialogues, même s'ils sont audibles presque par tous, se structurent autour des actrices-eurs qui échangent et ne sont que peu souvent interrompus. Lorsque les échanges sont « brisés », c'est le plus souvent pour faire appel à l'expérience d'une collègue, lui demander son avis, expérimenter ou mettre en pratique un conseil. Les mères ou parents dans la « file d'attente », guettent le moment où ils pourront prendre place auprès des professionnelles ou de la professionnelle souhaitée, plus qu'ils ne sont à l'écoute de ce qui s'échange entre les actrices-eurs. Les discours des professionnelles s'adaptent aussi en fonction des situations, afin de respecter leur devoir de discrétion et de protection des données personnelles. D'autre part, si je ne me sentais pas à ma place dans ces échanges, c'est aussi parce que j'avais envie de respecter ces moments relationnels, les ayant moi-même expérimentés en tant que mère. Je ne souhaitais pas imposer ma présence, mais la proposer, toujours à travers ce sentiment de faire « au mieux » pour briser de potentielles relations de pouvoir induite par ma position de chercheuse. Par conséquent, cette expérience a entraîné mon déplacement physique dans l'espace.

La « file d'attente »

Intuitivement, je me suis dirigée vers la « file d'attente ». Ce que j'appelle ici la « file d'attente », correspond au passage d'attente se situant entre le moment d'arrivée des personnes et les rencontres avec les IPE. Selon les jours, elle est plus ou moins dense et occasionne plus ou moins de rencontres entre les différentes personnes composant la file d'attente. J'ai ainsi repensé les rencontres et mes attentes face au lieu et entamé un nouveau

processus de recherche sur le terrain. Le fait que ce déplacement intervienne après plusieurs matinées passées aux rencontres-consultation m'a cependant permis de me sentir à l'aise dans l'espace global favorisant ce changement de direction, d'avoir connaissance des pratiques et des « normes » rattachées au lieu et de m'y adapter au mieux et, enfin, de connaître déjà certaines femmes. La première, parce que nous avons noué des liens lorsque je venais aux rencontres-consultation avec notre fille et la deuxième pour l'avoir rencontrée avec Anne. Par ailleurs, Anne n'était jamais loin et m'introduisait parfois auprès de certaines femmes ou leur présentait la thématique générale de ma recherche.

Si j'ai construit la plus grande partie de l'ethnographie à partir des rencontres issues de la « file d'attente », je n'ai jamais laissé de côté les rencontres entre parents et IPE et, d'autre part, il me faut souligner les limites et les contraintes que ce déplacement a engendrées. En effet, les échanges ont dû s'adapter aux contraintes temporelles qui s'imposaient alors que les femmes étaient là dans le but de rencontrer une IPE. Parfois les femmes « passaient leur tour » pour continuer les échanges ou le plus souvent me retrouvaient après la rencontre avec la professionnelle. Cela démontrait leur envie d'échanger mais en même temps réduisait parfois le temps des rencontres lorsque les femmes, n'ayant pas prévu ces échanges devaient quitter le lieu, s'excusant de ne pouvoir rester.

Le fait d'avoir trouvé ma place dans cette dynamique d'attente m'a permis, par ailleurs, d'observer une pratique révélatrice des relations entretenues entre parents et IPE. En effet, aux rencontres-consultation, les infirmières se tiennent debout à côté des parents et des enfants ou en face d'eux, sur un même plan physique. Il n'y a pas de bureau, de lit ou autres éléments séparant la professionnelle des parents, comme on pourrait le voir par exemple entre un ou une pédiatre et ses « patientes-s ». Dans le contexte hospitalier des maternités, les rapports entre professionnelles-ls et femmes venant d'accoucher sont souvent « perpendiculaires », s'articulant autour de femmes alitées, couchées ou assises et des professionnelles-ls se tenant debout face à elles. Ce décalage sur le plan physique engage un univers symbolique et relationnel relatant la disposition hiérarchique qui existe entre patientes et professionnelles-ls. Une hiérarchie physique, porteuse d'une hiérarchie des savoirs et d'un certain rapport à l'autorité, la « blouse blanche » venant soutenir ces rapports de pouvoirs et de savoirs. Les IPE, pour leur part, ne revêtent aucun habit de travail particulier. Si ces rapports entre professionnelles-ls et femmes sont porteurs d'une certaine vision de la hiérarchie au sein de différentes institutions, ils reflètent notamment la définition même des activités professionnelles. Ainsi, nous verrons dans le dernier chapitre comment, dans le cadre des rencontres-consultation, le travail des IPE s'appuie sur des cadres de référence propres à

ce groupe professionnel et à la définition même de leurs pratiques et des valeurs qui les guident. Ces derniers permettent en effet de différencier leur travail de celui des autres professionnels de la santé, mais aussi de mettre en valeur les « prestations » des IPE, soit la promotion de la santé et la prévention des risques.

Se laisser « affecter »

J'aimerais aborder un dernier point relatif à mes réflexions autour des échanges de terrain, participant aux processus de la recherche. Effectivement, j'ai dû à la fois adapter la façon dont je me présentais sur le terrain à mes interlocutrices en fonction de différentes expériences, et comprendre « à qui » chaque interlocutrice croyait s'adresser (Favret-Saada, 2005:36), ce qui engageait et dirigeait les rencontres et les dialogues différemment. Selon Favret-Saada en effet, les discours peuvent être « radicalement différents » selon la place où les interlocutrices ou interlocuteurs nous situent (id.). Dans le cas de l'auteure, les personnes s'adressaient à elle autrement lorsqu'elles pensaient qu'elle était « prise » par les sorts, alors que dans mon cas, les femmes s'adressaient à moi différemment dès lors qu'elles se représentaient que j'étais étudiante ou mère ayant vécu une expérience d'allaitement maternel ou, lorsqu'elles avaient pu vivre cette expérience de manière contraignante ou douloureuse, s'adressaient à moi soit avec quelques regrets, nostalgie, soit en considérant que j'avais « eu de la chance », soit encore dans une posture de résistance qui interrompait toute possibilité d'échanges, « je ne suis plus dans ça (en parlant de l'allaitement) ». Ou encore, elles me renvoyaient aux limites que je m'étais imposées pour construire la recherche, « mais moi je n'ai pas pu allaiter... Alors je ne sais pas si cela vous intéresse quand même ? ». Si toutes les expériences m'intéressaient et que je les ai toutes prises en compte, même si je ne les ai pas toutes relatées dans ce travail, il m'a fallu reconsidérer la façon dont je souhaitais approcher mes interlocutrices. Alors même que le consentement des personnes est une des difficultés liées au terrain (O'Reilly, 2012:65), je ne souhaitais pas trop m'étendre sur le fait que j'étais étudiante et que je devais réaliser une recherche, afin de ne pas accentuer ma posture d'étudiante chercheuse et l'autorité que cela peut supposer. Je ne voulais pas non plus que les personnes rencontrées se sentent obligées de participer (id.). Aussi, rapidement je proposais aux femmes qui avaient accepté de dialoguer de me raconter leurs expériences d'allaitement, que je transformais parfois en expériences de nourrissage, si les femmes me révélaient qu'elles n'avaient pas pu ou voulu allaiter. Dans ce premier processus, j'ai essayé de ne pas tomber dans la complicité ou d'en dire trop sur mes expériences personnelles, craignant que les femmes évitent de me raconter certaines expériences (supposant que je devais en avoir déjà

connaissance, l'ayant moi-même vécu), ou de tirer les échanges à moi. J'étais influencée par certaines lectures du moment, dont celle de Kaufmann (2007), sociologue abordant la question des entretiens compréhensifs. Si, comme je l'ai déjà mentionné, je ne souhaitais retenir que quelques éléments de son approche, j'en étais cependant imprégnée, surtout dans une période où je suivais plusieurs cours à l'Université dont les approches essentiellement sociologiques se démarquaient de celles que j'ai par la suite décidé d'adopter. J'avais certainement aussi en tête les démarches classiques anthropologiques (malgré l'hétérogénéité des pratiques au sein de la discipline, Kilani, 2009) qui prônaient les approches et la distanciation des chercheurs/chercheuses. Malgré le fait que je souhaitais m'en éloigner. Après un certain temps de réflexions et de lectures, j'ai alors choisi de modifier mes pratiques, de me laisser « affecter » (Favret-Saada, 2005) par les expériences ethnographiques et de m'engager dans les rencontres de façon plus sensible (id.). J'avais remarqué que, d'une part, lorsque je me permettais, dans le cadre des échanges, de dévoiler mon identité de mère allaitante, cela ne provoquait pas une diminution des récits, mais au contraire cela permettait l'émergence de nouveaux questionnements ou une nouvelle « nourriture » au processus dialogique, et que, d'autre part, si je voulais être sincère dans ma démarche ethnographique, je ne pouvais dissimuler ni à mes interlocutrices ni à moi-même les multiples identités qui me constituent et qui se transforment constamment. Si mes interlocutrices avaient accepté de co-construire leurs récits avec moi, à travers des rencontres qui engageaient le fait que je puisse les situer à travers différentes identités et temporalités, comment pouvais-je ainsi m'en retirer, même partiellement ?

Co-construction de la recherche

D'autre part, selon Hastrup (1992:117), le terrain se situe toujours entre l'autobiographie et l'anthropologie, reliant les expériences personnelles aux champs de connaissances générales. De ce fait, si je voulais pouvoir construire un récit ethnographique qui permette de comprendre comment les expériences personnelles pouvaient être reliées à des connaissances plus générales, et surtout aux expériences des rencontres, je devais accepter d'être étudiante en sciences sociales ayant une première formation d'éducatrice sociale, mère, femme, « collègue », fille d'une mère infirmière en oncologie pédiatrique, conjointe d'un homme père de notre fille, etc., ce qui impliquait aussi des rapports aux savoirs différents, scientifiques/théoriques, expérientiels ou empiriques, qui permettaient, dans le cadre des échanges, d'engager des sensibilités et des compréhensions différentes par rapport aux récits de mes interlocutrices. Si j'avais craint, dans un premier temps, de me confondre avec mes

interlocutrices, d'être peut-être trop empathique ou proche d'elles, je me rendais compte qu'il n'en était nullement question. Nous collaborions et co-construisions une histoire ensemble et je me rendais compte que c'est au travers d'espaces de « confiance mutuelle et, parfois d'affection, que le meilleur travail sur le terrain peut être fait » (Wax citée par Hastrup, 1992:118). Mais savons-nous vraiment toujours qui nous sommes ?

Si ce n'est que nos différentes identités se transforment, se confrontent, entrent en interaction, se co-construisent. Les femmes que je rencontrais m'apprenaient que nous avions des expériences communes, qu'elles pouvaient ou que l'on pouvait les situer de différentes façons en relation à différentes identités et suivant les interlocuteurs, interlocutrices (Pink, 2000:115), et que cette complexité n'était pas seulement une construction individuelle, mais contextuelle, culturelle et sociale. Les interlocutrices m'offraient la possibilité d'échanger avec elles, de femme à femmes, dans des relations privilégiées basées sur la confiance (Jordan, 1993). Des relations qui se modifiaient selon la place que les interlocutrices m'attribuaient et selon à qui elles pensaient s'adresser (Favret-Saada, 2005:36), articulant ainsi, dans un processus constant, différentes représentations d'elles-mêmes et de la chercheuse (Pink, 104). Ce qui m'a frappée dans les échanges, c'est la façon dont les femmes pouvaient parfois me parler d'abord avec une certaine méfiance, retenue ou détachement ; puis, du moment qu'elles savaient que j'avais un enfant et que je l'allaitais, les dialogues se modifiaient. Les récits revêtaient un ton plus confidentiel et se structuraient en profondeur, des émotions s'échangeaient, des ressentis se dégageaient. Cela devenait réellement des échanges. De la même façon, certaines femmes m'expliquaient parfois comment elles vivaient l'allaitement maternel en cherchant en moi une certaine complicité ou un certain vécu commun. Je les sentais presque soulagées de pouvoir alors partager leurs expériences avec une femme qui avait aussi expérimenté l'allaitement. Parfois, cela confirmait leurs propos, parfois cela les interpellait ou engageait une nouvelle discussion ou de nouveaux sentiments. En voici quelques exemples ethnographiques :

« Elle me demande alors si « j'allaite toujours ». Je réponds par l'affirmative, tout en lui expliquant que ce n'est pas toujours évident, ayant repris mes études. (...) Elle se dit chanceuse, par rapport à d'autres femmes, de pouvoir « encore allaiter, car je ne travaille pas et en toute tranquillité ». D'autres femmes, « comme vous qui devez étudier, mais aussi d'autres femmes, qui au quatrième mois même doivent recommencer à travailler ». (Ethnographie, maman 3, 2014)

« La mère m'explique qu'elle a aussi allaité son premier enfant, ceci jusqu'à ce « qu'elle s'arrête toute seule de téter ». « Elle ne voulait plus le sein », dit-elle, sans cependant avoir jamais vraiment compris le pourquoi de cet arrêt. Elle me regarde alors d'un air interrogateur en suspens. Ne sachant pas quoi lui répondre, je lui explique que j'ai aussi une fille, comme pour lui dire que je suis aussi maman et que je m'interroge aussi à ce propos. Elle me demande alors jusqu'à quel âge je l'ai allaitée, ce à quoi je réponds que je l'allaitais toujours (notre fille a sept mois à ce moment-là). Elle semble étonnée « ah bon !? » « Oui, il y a des gens qui ont peut-être plus de lait », me dit-elle sur un ton un peu perplexe, ce qui relance la conversation ». (Ethnographie, maman 8, 2014)

« Pour cette mère, l'accouchement n'a pas été facile car lorsque l'on accouche d'un « grand bébé », c'est plus difficile. Sollicitant mon avis en me demandant comment j'ai accouché, je lui explique que j'ai dû subir une césarienne et les raisons de celle-ci, tout en soulignant que j'étais triste de cette expérience. Elle me reconforte en me disant que la prochaine fois ça ira mieux et que j'aurai plus de chance. *Dès ce moment-là, j'ai l'impression que la maman se sent plus à l'aise avec moi. Mon hypothèse est que notre rapport se modifie et que nous sommes alors deux mamans qui discutons de nos difficultés.* » (Ethnographie, maman 9, 2014)

Le terrain est ainsi un « travail » constant dialogique et systématique pour tenter d'acquérir des connaissances (Hastrup, 1992), mais aussi évolutif, au sein duquel on tente de *trouver sa place*, sans jamais l'avoir complètement acquise. Le terrain est aussi « performatif », confrontant les acteurs et les actrices à leurs différents « moi » (qui ne sont pas cloisonnés (id.:118) derrière des barrières virtuelles, mais qui s'entrecroisent). C'est une « production ethnographique » (id.), co-construite par les interlocutrices et la chercheuse dans le cas de cette recherche, une création qui unit les différentes actrices entre elles (id.) et qui permet d'élargir les univers compréhensifs réciproques et de ce fait les savoirs. C'est un processus (Jordan, 1993) qui amène la chercheuse ou le chercheur à se confronter parfois à une problématique qui nous choisit plutôt qu'on ne la choisit, comme dans l'exemple de Jordan, « Je n'ai jamais choisi d'étudier la naissance. Dans un certain sens, c'est la naissance qui m'a

choisie » (1993:93) et dans celui de ce travail. Un processus notamment dialogique qui permet de construire une « ethnographie narrative » dans laquelle « le « soi » et les « autres » sont présentés ensemble » (Tedlock, 1991:69).

Plus particulièrement, je souhaite maintenant appréhender les contextes politiques et institutionnels, nationaux et cantonaux, dans lesquels s'inscrivent les matériaux empiriques de ce travail. Me permettant d'aborder en partie et dans une vision plutôt macro premièrement puis micro dans un deuxième temps, les constructions sociales, politiques et institutionnelles qui ont soutenu et soutiennent la mise en place d'espaces de réflexions, de programmes et de nouveaux contextes institutionnels mouvants, autour des notions de prévention et de promotion de la santé.

Chapitre 3 : Situer l'allaitement, contextes pluriels

« C'est bien parce que le corps est au centre d'un ensemble d'enjeux politiques et sociaux qu'il concerne aussi des enjeux de santé (...) », Fournier et Raveneau (2008:5)

Situer l'allaitement, c'est tout d'abord le décrire comme mode de nourrissage particulier, puisque hautement symbolique pour les uns (Knibiehler, 2003) ou révélateur de constructions sociales pour les autres (Shaw, 2010), mais surtout comme mode de nourrissage ancré dans une certaine temporalité et une pluralité de contextes, sociaux-culturels, institutionnels, politiques et historiques, façonnant en partie les normes, les croyances, les représentations et les pratiques autour de l'allaitement maternel.

Je me propose ainsi, dans ce chapitre, d'aborder en premier lieu certains éléments historiques et socioculturels proches du contexte suisse, m'intéressant dans un second temps aux éléments contextuels et politiques liés à l'allaitement maternel, aux questions de santé, en abordant notamment les aspects promotionnels et préventifs, et aux maternités, en m'appuyant sur des conceptions, réflexions et actions européennes et d'instances internationales, puis plus particulièrement, au niveau national. Sur le plan cantonal, je m'attacherai ensuite à comprendre de quelle manière ont été pensés le projet institutionnel et la mise en place de celui-ci au travers des rencontres-consultation, et comment il se fait le reflet d'éléments concrétisés sur la base d'un document officiel, révélateur de certaines valeurs, normes et représentations présentes aussi sur les plans nationaux et au travers de certaines dimensions internationales. La dernière partie de ce chapitre abordera le contexte local du lieu de rencontres et de consultations à travers lequel les matériaux empiriques se sont construits, afin d'engager une réflexion autour d'implications pratiques, spatiales et professionnelles que les notions développées plus haut engagent. Il ne s'agit pas ici d'éclairer toute la complexité des contextes et des enjeux, mais de traiter certains aspects en particulier qui me permettront, dans la dernière partie de ce travail, de proposer des interprétations situées.

L'allaitement comme mode de nourrissage : références historiques et socio-culturelles

« Nourriture vitale pour l'enfant qui vient de naître, produit suave du sein maternel, le lait est l'aliment originel, primordial, symbolique. Ce n'est pas une simple sécrétion biologique : il secrète aussi des fantasmes, des représentations imaginaires, des constructions idéologiques » (Knibiehler, 2003:11).

Les modes d'alimentation des nourrissons²⁴ au 21^{ème} siècle font encore l'objet de nombreuses controverses et sont traités à travers une littérature dense et diverse. Ces modes vont de pratiques dites « d'allaitement maternel », soit un nourrissage exclusif au sein (où l'on peut aussi extraire son lait à l'aide de différents moyens et le donner ou le faire donner à l'enfant au moyen d'un biberon), à celles de l'allaitement dit « artificiel » qui correspond à un nourrissage de l'enfant au biberon avec « des substituts commerciaux du lait maternel ou par d'autres laits »²⁵, en passant par les pratiques « d'allaitement mixte », expression qui se réfère à « un mode d'alimentation qui alterne l'allaitement au sein et au biberon par du lait artificiel »²⁶. D'autre part, selon l'UNICEF, « une alimentation mixte » correspond, elle, au fait d'introduire chez les nourrissons de moins de six mois d'autres liquides et/ou produits alimentaires en plus du lait maternel (ibid.). Si les pratiques actuelles de nourrissage, en Suisse et plus largement en Europe, sont multiples et complexes, elles s'instaurent le plus souvent à partir de ces différents modes, de façon exclusive ou en alternance. Cependant, lorsqu'il est question d'allaitement maternel, il est plutôt rare en Suisse de voir une femme autre que la mère « génitrice » allaiter un enfant (le cas de l'adoption mis à part), alors même que les pratiques de mise en nourrice étaient très répandues dans le contexte européen jusqu'au 19^{ème} siècle. Cet exemple nous montre bien qu'il est intéressant de comprendre comment les pratiques actuelles d'allaitement se sont construites et comment elles répondent à un ensemble de normes sociales et culturelles auxquelles les individus s'adaptent continuellement, mais qui dépendent aussi d'interactions entre différents acteurs et actrices,

²⁴ Le terme « nourrissons » est emprunté à l'OMS. A ce propos, voire OMS, *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Aide-mémoire N°342, 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/fr/>

²⁵ UNICEF, http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24824.html

²⁶ Larousse online : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/allaitement/11059>

sur le plan individuel et social. Yvonne Knibiehler (2003), dans son article de synthèse historique, « L'allaitement et la société », nous éclaire tout d'abord sur la façon dont l'allaitement a été très souvent, au cours de l'histoire et plus particulièrement en France, de l'Antiquité au 19^{ème} siècle, lié à des décisions masculines plus que féminines. Les hommes, définissant de « bonnes » pratiques et érigeant des valeurs et des croyances idéales très souvent contraignantes pour les femmes, comme lorsqu'ils se sont appliqués à définir les particularités de la « bonne nourrice » durant la période Antique, définition reprise dans de nombreux écrits médicaux jusqu'au milieu du 19^{ème} siècle. Ce modèle idéal dessinait d'autre part les contours d'« interdits liés aux rapports sexuels » (id.) pour les femmes ayant accouché d'un enfant, tout autant que pour celles qui en seraient les nourricières. Les femmes, ne pouvant à la fois accomplir leurs devoirs d'épouses et de mères nourricières (id.), doivent déléguer aux nourrices certaines pratiques comme l'allaitement ou les soins.

Après la Révolution et parmi la noblesse française, l'allaitement, considéré comme étant une fonction « trop animale » (id.) pour être pratiqué par de nobles femmes, était toujours accompli par des nourrices dépendant du salaire de cette classe sociale fortunée, exerçant l'allaitement comme un métier. Vers la fin du 18^{ème} siècle, cette « industrie nourricière » (op.cit.:20) prospère et se développe avec la première révolution industrielle qui pousse les femmes d'artisans à travailler plus pour venir en aide à leur époux. Après avoir allaité un ou plusieurs enfants, ces femmes transmettaient le relais à des nourrices. N'étant cependant que maigrement rétribuées au vu des faibles ressources financières des travailleuses ouvrières, les nourrices n'apportaient que peu de soins aux nourrissons qui en subissaient les conséquences à travers une mortalité élevée. Mais les médecins de ce siècle s'opposèrent fermement à ces pratiques, prônant de plus en plus ardemment l'allaitement maternel (op.cit.:21). L'ensemble de l'industrie nourricière est ainsi visé par cette philosophie naissante, qui perçoit dans le nombre et la qualité des citoyens de nouvelles perspectives, dont celle de la richesse des nations (id.). Les nourrices sont dénigrées en même temps que les pratiques des aristocrates. Les premières pour leur ignorance et leurs conduites douteuses, les secondes pour leur refus d'offrir à leur progéniture leur lait (Knibiehler, 2003 ; Badinter, 1980). La « santé des enfants » était dans ce sens représentée comme dépendant essentiellement des mères, vouées à la maternité par « nature », impliquant une large moralisation des pratiques féminines (id.). Cette appréhension de la maternité en tant que devoir naturel fait figure de modèle à suivre jusqu'au 20^{ème} siècle et modifie considérablement les pratiques.

La médecine de la fin du 18^{ème} et du 19^{ème} siècle développe parallèlement de nouvelles expériences visant à réduire la mortalité infantile élevée et combler le manque de nourrices,

tout en permettant d'accroître les connaissances scientifiques liées aux maladies infantiles. D'autre part, l'entreprise de « médicalisation des milieux sociaux les plus modestes » (Knibiehler, 2003:28) se concrétise. Avec les découvertes de Pasteur (dont la pasteurisation), le lait animal devient un aliment possible pour le nourrisson tout comme l'utilisation des biberons (id.:25). Même si l'allaitement maternel demeure une pratique valorisée par les médecins, ces nouvelles possibilités vont transformer les rapports sociaux (id.). Avec de nouveaux moyens à disposition, et la possibilité d'examiner le lait humain, dont les spécialistes étudient la qualité et la quantité, la médecine devient garante de nouvelles règles. En effet, si dans les années 20-30, les femmes ne sont plus considérées comme des « vaches laitières », mais comme de « tendres mamans vivant une idylle avec leur enfant » (id.), celles-ci se voient contraintes de respecter les nouvelles règles établies par les médecins. L'enfant ne doit ainsi pas être mis au sein dès qu'il pleure, les mères doivent se tenir à six tétées espacées par jour (d'un quart d'heure chacune) et à six-huit heures de repos par nuit. L'allaitement est alors perçu comme une réelle technique d'hygiène (id.:23). Simultanément, les comportements jugés ancestraux et de ce fait dangereux, comme ceux des grands-mères, sont combattus. Les liens entre mères et filles et entre générations féminines se distendent, « au risque de plonger la jeune mère inexpérimentée dans une inquiétude quotidienne » (id.:27). Les savoirs aussi se dissocient, entre ceux des hommes, rationnels, objectifs, novateurs, et ceux des femmes, empiriques, intuitifs, traditionnels, opérant dans ce sens un déséquilibre au profit des hommes (id.). Les médecins de famille prennent le relais de ces savoirs masculins dominants en instruisant les jeunes mères à l'allaitement. C'est aussi dans cette période de la fin du 19^{ème} que des livrets vont être élaborés, dans lesquels sont relevés le poids, la taille, le régime, les vaccinations et les maladies (id.) de l'enfant.

Le 20^{ème} siècle se complexifie passablement en réformant les pratiques et les représentations rapidement (id.). Knibiehler relève quelques facteurs principaux de changement tels que : l'essor du consumérisme avec la diversification des laits et des farines dits « artificiels » ou « maternisés » ; l'influence des pensées féministes contemporaines, même si elles se contredisent, les unes prônant l'indépendance de la mère et de l'enfant alors que d'autres militent pour l'allaitement maternel en tant que privilège féminin ; « l'écologisme » qui voit, dans un retour à la nature et au naturel, un moyen d'échapper à la médicalisation ; les constats éthologiques qui considèrent la relation mère-enfant sous sa forme symbiotique et essentielle ; l'augmentation du nombre de femmes qui travaillent et, de ce fait, la mise en place de formations d'assistantes maternelles ou, pour la Suisse romande, d'éducatrices de la petite enfance.

Face à ces riches informations socio-historiques, il est intéressant de constater à quel point les pratiques actuelles d'allaitement maternel, et plus largement de nourrissage des enfants, sont ancrées dans des systèmes de représentations, de croyances, de valeurs et de normes sociales qui se sont constituées à travers le temps, tout en étant constamment produites et reproduites. Ceci, notamment à travers des rapports de genre, de classe sociale et de savoirs. On constate que les pratiques d'allaitement ne sont pas uniquement synonymes d'expériences individuelles et féminines. Au contraire, les hommes, maris, médecins ou philosophes prennent une part active dans les décisions d'allaitement, définissant ainsi des modalités, des normes et des principes plus ou moins contraignants pour les femmes. Seulement, s'il n'est pas possible à la lecture de l'article de synthèse de Knibiehler de comprendre comment les femmes ont vécu les prises de décisions masculines selon les époques, il ne faudrait pas oublier de souligner que les réponses féminines à ces influences, tout comme à la biomédicalisation et à la technologisation des pratiques, ne sont certainement pas passives, mais bien souvent pragmatiques (Lock et Kaufert, 1998), s'adaptant aux contextes, aux habitudes de vie et aux possibilités. Dans un contexte plus contemporain, Schmied et Lupton (2001) mettent par exemple en évidence les formes de résistance mises en œuvre par les femmes face aux impératifs d'allaitement. D'autre part, économiquement, ce sont toujours les femmes issues des contextes les plus défavorisés qui se remettent à travailler le plus rapidement après une naissance, et ceci dans des cadres professionnels qui ne permettent que peu souvent un allaitement maternel, tant par les dispositions de l'espace que par les dispositions temporelles (pourcentage, pauses d'allaitement, etc.). Selon Wolf, les femmes les plus défavorisées socialement et économiquement allaiteraient ainsi moins que les autres, alors que le plus souvent, cette pratique ne serait pour elles « même pas une option » (2011:149). Au contraire, les femmes issues des classes moyennes et plus éduquées allaiteraient davantage, si les circonstances le permettaient, comme le montre l'exemple précédent d'un environnement de travail favorable. Ainsi, s'il paraît alors évident que le retour rapide des femmes à leur emploi ait une incidence sur les décisions d'allaitement, cela nous permet plus particulièrement d'avoir accès à des indications relatives aux conditions socio-économiques dans lesquelles ces femmes vivent (Schmied et Lupton, 2001:236).

D'autre part, comme nous l'avons vu, les décisions concernant l'allaitement d'un enfant ne sont jamais réalisées individuellement. Or, même si ces dernières ont été prises le plus souvent par des hommes, sur une certaine période historique, les pratiques d'allaitement sont,

elles, accomplies par les femmes, sauf dans des cas exceptionnels ou des récits mythiques particuliers²⁷ et se transmettaient entre femmes jusqu'à ce que l'intervention des médecins en modifie les pratiques. Ce transfert des savoirs, des femmes aux médecins puis aux praticiens et praticiennes de la santé plus généralement, a impliqué l'élaboration d'enseignements visant à éduquer les femmes aux pratiques d'allaitement à travers différents supports et la mise en place d'un nouveau secteur professionnel d'expertise, faisant passer l'allaitement maternel d'une expérience incorporée à une expérience intellectualisée (Bartlett, 2002).

De plus, les pratiques inculquées par les experts et expertes ont contribué à définir des normes, oscillant selon les professionnels comme le démontre l'exemple des indications temporelles qui entourent l'allaitement. Les possibilités de nourrir son enfant « à la demande »²⁸ faisant en effet concurrence aux régimes temporels plus stricts qui, suivant différentes schématisations, soumettent les corps féminins à des systèmes de suivis et de planifications (id.:222) quantifiables et mesurables.

Les représentations liées à l'allaitement sont notamment influencées par les discours contemporains qui, à l'instar des courants féministes des années 80-90²⁹, peuvent fortement varier et tendre tout autant vers des positions essentialisantes (Wall, 2001). Les contraintes liées à l'allaitement apparaissent ainsi à travers des temporalités et des espaces très différents, que ce soit en rapport à des influences masculines ou de professionnels, à des scissions ou des hiérarchisations des savoirs, des discours moralisateurs ou militants. D'autre part, si les alternatives au lait humain, accessibles dès la fin du 19^{ème} par le biais de l'hygiénisme et des découvertes pasteurienne entre autres, ont rendu la pratique de l'allaitement beaucoup moins attrayante en Europe et en Amérique du Nord, les interventions des mouvements pro-allaitement et des campagnes de santé publique dans les années 80 ont été développées dans l'objectif d'inverser les tendances (Avishai, 2011:23). De ce fait, il semble important d'identifier certains éléments qui ont guidé les actions de politiques européennes et d'instances internationales visant à valoriser ou revaloriser l'allaitement maternel, afin de

²⁷ Voir par exemple à ce propos, par rapport aux cas d'allaitement par des hommes, mais aussi d'échanges de lait humain entre humains, avec un animal ou dans le cadre de la prostitution, etc., Robyn Longhurst (2008) : « « Queer breastfeeding », (Im)proper Spaces of Lactation », *Maternities*, NY: Routledge, pp. 101-116. et à propos des légendes sur le « lait du père », voir Yvonne Knibiehler (2003), pp. 15-17.

²⁸ Soit sans référence au temps ou « sans horloge » selon la Leche League Suisse ou encore en adaptant le « rythme à la demande du bébé » selon Promotion allaitement maternel Suisse.

²⁹ Certains courants féministes ont en effet vivement critiqué l'allaitement maternel, considérant que cette expérience engageait une forme de « perte de contrôle » pour les femmes de leurs vies, ceci, en défaveur de leur engagement dans le monde du travail. A l'opposé, d'autres discours ont valorisé cette pratique considérée comme « gratifiante » et émancipatrice (Wall, 2001).

comprendre dans quels systèmes représentatifs elles s'inscrivent et quelles transformations majeures ces actions ont entreprises.

Politiques européennes et instances internationales : éléments de compréhension

L'or liquide, entre référence d'excellence et critiques activistes

Les efforts menés en Europe depuis plusieurs années pour promouvoir l'allaitement maternel à travers des discours politiques, institutionnels et professionnels se sont appuyés sur des constructions sociales et culturelles particulières, comme le relève Glenda Wall, telles que le lien évident créé entre *nature* et lait maternel, caractérisant ce dernier comme « l'aliment naturel parfait par excellence » (2001:596), le lait maternel faisant même figure « d'or liquide ». À travers les recherches scientifiques se sont enclenchés des processus de construction de données visant à établir les bienfaits de l'allaitement dans le but d'en augmenter les pratiques, tant en Europe qu'en Amérique du Nord. Plusieurs instances reconnues et influentes sur le plan international en matière de santé, comme par exemple l'OMS, l'UNICEF ou l'« American Academy of Pediatrics », s'accordent autour de discours hégémoniques appuyant une vision primordiale de l'allaitement maternel comme garantie de bonne santé infantile, maternelle et de l'adulte en général et comme moyen de réduction de la mortalité infantile. Cette promotion intensive de l'allaitement maternel a conduit à différentes recommandations présentant l'allaitement exclusif au sein comme mode préféré de nourrissage, ceci pendant les six premiers mois de l'enfant et jusqu'à ses deux ans au moins, tout en associant l'allaitement à une alimentation complémentaire³⁰ (OMS, 2016). Dans ce sens, l'OMS et l'UNICEF ont développé en 1991 une initiative, la BFHI (The Baby-friendly Hospital Initiative) ou, en français, l'initiative des « hôpitaux amis des bébés », dont l'objectif vise à produire des pratiques protégeant, promouvant et soutenant l'allaitement. Un document qui présente les dix conditions permettant le succès de l'allaitement maternel³¹ (OMS, 1999) a notamment été élaboré dans ce cadre.

De son côté, l'« American Academy of Pediatrics » considère que l'allaitement maternel ne doit pas être simplement perçu comme un choix de vie, mais aussi comme une réelle « question de santé publique » (2012 : 827). Observation concrétisée au niveau de l'agenda international, où la promotion de l'allaitement maternel figure au centre des préoccupations

³⁰ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/fr/

³¹ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591544/fr/

concernant les questions de santé publique (Dykes, 2006 : vii), se reflétant plus spécialement au travers de la mise en place d'un « plan d'action »³² européen datant de 2004, intitulé : « Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe ». Les objectifs promotionnels de ce plan d'action visant à « améliorer dans l'Europe toute entière, les pratiques et les taux d'allaitement (initiation, exclusivité et durée), et permettra à davantage de parents d'avoir confiance en eux et d'être satisfaits de leur expérience d'allaitement, et aux professionnels de santé d'améliorer leur savoir-faire et d'éprouver un sentiment de plus grande gratification dans leur pratique quotidienne » (2004:8) et à contrecarrer les conséquences dommageables liées à un taux d'allaitement faible et à des arrêts trop précoces. Des conséquences notamment individuelles (santé des femmes et des enfants), sociales (augmentation des coûts de santé), communautaires (inégalités en matière de santé) et environnementales (id.). Si l'on se réfère au contexte suisse actuel et à des organisations nationales comme l'Office Fédéral de la Santé Publique, Promotion allaitement maternel Suisse, la Société Suisse de Pédiatrie, la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique, la Leche League Suisse, ou encore internationales, telles que l'OMS, l'UNICEF, l'American Academy of Pediatrics, il ne fait nul doute en effet que nous nous trouvons dans un contexte de forte promotion de l'allaitement maternel, basé sur une mobilisation de diverses logiques, économiques, de santé publique, politiques ou sociales et au travers de différentes notions comme la « prévention », les « risques » ou la « promotion de la santé pour tous ». À une autre échelle, les discours biomédicaux suisses adhèrent eux aussi en grande partie à la pratique de l'allaitement maternel, même s'ils sont toutefois très nuancés en pratique. En effet, si l'allaitement est valorisé, il est perçu au travers de prismes qui reflètent différentes normes et croyances qui conditionnent les pratiques, que ce soit à travers des mesures de quantité ou de qualité du lait, des corps infantiles ou de normes physiologiques féminines, de notions de temporalité ou de positionnements au sein. Ainsi, j'ai souvent pu observer dans le cadre de cette recherche, comme nous le verrons par après, que l'allaitement maternel peut être perçu par différents professionnels de la santé (sages-femmes, pédiatres, infirmières) comme un idéal à atteindre, mais que, dès lors qu'il diffère de certaines normes biomédicales établies ou selon les croyances d'un ou d'une praticienne particulière, il peut très bien être

³² COMMISSION EUROPÉENNE, Direction de la Santé Publique et de l'Évaluation des Risques (2004), *EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*, Luxembourg, http://coordination-allaitement.org/images/informer/blueprint_francais.pdf

rapidement « complété » voire « remplacé » par d'autres moyens de nourrissage, sans prendre forcément en compte le contexte et l'expérience des mères et des pères ou à travers des discours parfois moralisateurs ou contraignants.

La « malnutrition commerciogène »

Au-delà d'un premier aperçu de représentations politiques plus ou moins actuelles et des engagements qui les ont concrétisées, Alice Desclaux nous livre une autre approche de la construction de ces discours. En effet, la diffusion à large échelle de laits en poudre dès les années 60, concordant avec l'émancipation du nourrissage au biberon dans de nombreux pays, dont ceux du Sud, inscrits dans une « période de post-indépendances », de « développement économique », d'« implantation de firmes multinationales agroalimentaires » et de « généralisation du modèle culturel occidental » (2000:298) a entraîné une déplorable mortalité infantile. Dès les années 70, les épidémiologistes, constatant que l'ampleur de la catastrophe découlait d'un nourrissage au biberon « notamment là où l'approvisionnement en eau potable n'est pas assuré et l'entretien des biberons n'est pas aisé, et pour les populations dont les ressources ne sont pas suffisantes pour acheter les quantités de lait adéquates » (id.:296). Face à ces observations, un mouvement critique se structure et dénonce la « malnutrition commerciogène » (id.). Des recherches se mettent en place, se concentrant autour des « qualités biologiques, nutritionnelles et immunologiques du lait humain » (id.), développant une « approche médicale de l'allaitement à portée « universelle » » (id.:295). Ce sont notamment Derrick et Eleanore Patrice Jelliffe³³ qui vont contribuer à la production de connaissances, développer « une école de pensée » et présenter « de nouvelles stratégies de santé publique » afin de contrer l'étiollement des pratiques d'allaitement (id.:296). Critiquant les usages du lait en poudre et du biberon, ces chercheurs s'intéressent plus particulièrement aux possibilités qu'offre l'allaitement maternel comme la « prévention des diarrhées et des malnutritions » (id.) et soutiennent la promotion de l'allaitement. L'OMS et l'UNICEF s'appuieront sur leurs recherches pour orienter leurs opérations, dont « les premières mesures sont de nature juridique » (2000:297). Ainsi, durant ces deux dernières décennies, des programmes de promotion de l'allaitement maternel se forment et, en 1981, c'est l'Assemblée Mondiale de la Santé qui adopte un Code international³⁴ de commercialisation des substituts maternels prévoyant l'interdiction des publicités ayant trait aux laits en poudre tout en

³³ « A la suite de Cicely Williams », « Médecin connue pour son travail pionnier en matière de malnutrition infantile » (Desclaux, 2000:269).

³⁴ Référence : http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf

limitant les contacts entre firmes de production et mères, ceci dans tous les pays (id.). « Ces actions dans le domaine politique et légal succèdent à une dizaine d'années de combat des activistes contre Nestlé sur le même terrain » (2000:298).

L'élaboration de ces programmes de prévention et de promotion de la santé a conduit, entre autres, à « hiérarchiser » et « centraliser » les interventions autour de l'allaitement en définissant au niveau international des connaissances, des normes, des stratégies, des moyens et des pratiques, ensuite délégués sur le plan local aux institutions et professionnels de la santé. Ces derniers étant responsables d'appliquer pratiquement les décisions internationales en les adaptant aux contextes spécifiques de chaque pays, ceci dans le cadre de programmes de prévention, de promotion de la santé et de soins des services de santé (2000:297).

Projets politiques de santé : l'allaitement comme moyen de réduction des « risques »

L'émergence de ces discours promotionnels et préventifs a contribué d'autre part à redéfinir la notion de santé, les pratiques d'allaitement s'inscrivant en effet dans un contexte particulier de santé publique dont l'objectif social devient la « gestion rationnelle des risques » (Massé, 2001). Cette dernière vise à réduire au maximum les risques liés à la santé, à atteindre l'idéal de « santé parfaite » (Hours, 2001:12) et diminuer les coûts de la santé en éduquant les individus afin qu'ils optent pour des attitudes et comportements jugés sains (id.). Avec le développement de la nouvelle santé publique, écrit Massé (2001:44), correspondant à l'émergence des États-providence, s'amorce un nouveau tournant idéologique et politique qui implique un partage des responsabilités entre États et individus (id.). Ainsi le « risque social » prend le pas sur la « faute », notion articulée par les églises jusque-là (id.). Ceci, tout en admettant toutefois que les seuls individus ne peuvent être totalement tenus pour responsables face aux risques sociaux, engageant ainsi un processus « de droit à la réparation », correspondant aux droits à accéder aux soins de santé et à une prise en charge sociale des coûts de la maladie (id.). En contrepartie, l'obligation d'autogestion s'impose face à des comportements jugés à risques ainsi qu'un devoir d'autoprotection individuel contre tous « facteurs pathogènes » (id.). Si ces obligations ne sont pas respectées, la santé devient un haut lieu de moralisation³⁵. Car cette notion, est par ailleurs, perçue à travers les prismes des débuts de la vie et même avant lorsqu'il s'agit des femmes et des fœtus, soit pendant la

³⁵ La notion de santé est cependant complexe et mériterait à elle seule un travail de recherche. Comme elle ne fait pas l'objet ici d'un réel approfondissement, je me propose de retenir une des six propositions de réflexion pour « une anthropologie de la santé » de Didier Fassin, qui suppose de ne « pas prendre le mot santé dans l'acceptation substantialiste que lui donnent les médecins et même beaucoup de philosophes (bonne ou mauvaise santé), mais bien dans une perspective constructiviste qui en fait un objet socialement élaboré et dont les limites mouvantes sont elles-mêmes en débat » (2001:35).

grossesse et dès la naissance avec les premiers besoins de l'enfant essentiels à sa survie. De ce fait, le devoir de santé envers l'enfant repose en grande partie sur les épaules des pères et des mères, et plus particulièrement de ces dernières. Le nourrissage de l'enfant, faisant partie intégrante de cet impératif, tient une place particulièrement importante dans les discours et les pratiques des politiques de santé publique, des professionnels et professionnelles de la santé infantile, mais aussi du côté des pères, des mères et de leur entourage proche, comme nous le verrons à travers l'interprétation des matériaux empiriques.

Politiques publiques de santé : une certaine vision des risques

Mais s'il semble que ce sont bien les individus qui se doivent d'être porteurs, à travers un « projet individuel » (Massé, 2001), de ces devoirs de santé, il ne faut pas oublier que celui-ci s'inscrit en grande partie dans les perspectives plus larges des politiques publiques de santé qui définissent les cadres normatifs desquels sont issues les pratiques individuelles et « dont la réussite de sa mission dépend largement de l'acceptation par la population de celui-ci » (Massé, 2001:41).

Plus spécifiquement, l'allaitement maternel en Suisse, en tant que mode de nourrissage particulier, est représenté au travers de normes définissant la santé en termes de « gestion des risques » (id.). De ce fait, les constructions politiques et sociales de comportements jugés « à risques » induisent des discours moralisateurs qui pèsent sur les pratiques, se traduisant chez les individus par « des sentiments de culpabilité et d'anxiété » face à ce qui peut être considéré comme des faiblesses. Ce type de discours est par ailleurs « aliénant dans la mesure où il masque l'entreprise normative et de contrôle social » (id.:49). C'est aussi ce que remarque Lupton (2011:643), soulignant que dans le cadre de ses recherches, de nombreuses femmes disent ressentir de façon importante de « l'inquiétude » et de « l'anxiété » face à la « santé et au bien-être » de leur(s) enfant(s), allant même jusqu'à avoir peur de les voir mourir, dans un sens des responsabilités accrues chez les mères. J'ai pu l'observer moi-même dans cette recherche autour de sujets, tels que « la mort subite du nourrisson », qui fait actuellement état de différentes recommandations qui amènent souvent les femmes à s'inquiéter considérablement pour leurs enfants. Comme cette maman (3) qui me confiait qu'elle était très inquiète pour son enfant, qu'elle avait « peur qu'il s'étouffe la nuit », notamment lorsqu'il se retournait sur le ventre ou se mettait dans d'autres positions que celles recommandées par les professionnels de la santé, se levant plusieurs fois par nuit pour aller « voir » si tout allait bien. Une autre maman (domicile, 2), expliquait, elle aussi, qu'elle se réveillait plusieurs fois par nuit, soit « toutes les deux heures » (alors qu'elle travaillait de jour

à ce moment-là), afin d'aller voir si son enfant dormait, de peur de ne pas l'entendre pleurer s'il lui arrivait quelque chose. Ainsi, c'est dans ce contexte que s'inscrivent les pratiques d'allaitement maternel actuelles en Suisse romande. Cette vision est notamment relayée à travers différents supports utilisés comme moyens de prévention et de promotion de la santé en Suisse. La brochure élaborée par la « Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel³⁶ » en est un bon exemple, tant elle invoque les qualités du lait maternel et les conséquences positives qui en découlent. A travers l'allaitement, ce sont par exemple « les substances immunitaires et les anticorps de la mère » qui pourront protéger les enfants (et ce, durant l'entièreté de leur vie) des maladies ou contribuer à la diminution de risques de surpoids, de maladies circulatoires, d'hypertension et d'allergies. Cette pratique de nourrissage permet aussi de renforcer « les liens affectifs entre la mère et l'enfant » et de favoriser le développement de « la musculature faciale et buccale, ainsi que celle de la mâchoire ». Du côté des mères, la publication développe plusieurs « avantages » liés à l'allaitement maternel, tels que la contribution des hormones de lactation à l'involution de l'utérus et, de ce fait, à la réduction des risques d'hémorragie après la naissance, à retarder l'apparition des règles, à diminuer les risques de cancers du sein. Pour finir, deux autres éléments sont mis en évidence, les allègements sur le plan économique et les aspects environnementaux (2014, Fondation Suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel). En plus d'être un document éducatif à l'attention principale des mères, dont on peut discuter l'approche, cette brochure illustre bien le poids social, en termes de risques, que la pratique de l'allaitement maternel permet d'éviter et les devoirs préventifs que les mères se doivent de porter. Ne pas allaiter, en outre, semble de ce fait être une autre forme de prise de risques.

Si l'on ajoute à cela les recommandations de l'Administration Fédérale Suisse, datant de 2007³⁷, on remarque que la notion de risques est particulièrement prégnante. Selon ces recommandations, et malgré le fait que les « polluants, les substances toxiques ou d'éventuelles impuretés microbiennes présents dans les aliments appelés polluants organiques persistants (POP) » pouvant être éventuellement absorbés par les nourrissons à travers le lait maternel sont issus de la chaîne alimentaire commercialisée sur sol suisse et ainsi liés à une responsabilité plus collective qu'individuelle, le poids de ces risques se mesure essentiellement à travers les comportements maternels en matière d'alimentation, de mesures

³⁶ « En collaboration avec les organisations qui y sont représentées », selon la brochure, publiée par Promotion allaitement maternel Suisse en français, disponible sous : http://www.allaiter.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=stillen&page_id=material&lang_iso639=fr

³⁷ « Alimentation durant la grossesse et la période d'allaitement, Quels sont les risques pour la mère et l'enfant ? »

d'hygiènes et de pratiques jugées adéquates. D'autre part, malgré la présence de ces POP, l'allaitement demeure l'essentielle recommandation en matière de nourrissage infantile. Effectivement, selon ce document, qui s'accorde à l'OMS, à la Fondation Suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel, à la Société Suisse de Pédiatrie et à la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique, « les avantages que procure le lait maternel l'emportent largement sur les craintes que peut susciter la nocivité des polluants ». L'anthropologue canadienne, Penny Van Esterik, relève cependant que les chercheurs en sciences sociales qui ont traité de la problématique des résidus chimiques dans le lait maternel ont souvent insisté sur la nécessité de réfléchir avec plus d'attention aux effets de la globalisation et des contrôles corporatifs sur les pratiques d'allaitement (2002:257), ce qui ne semble pas avoir été réalisé, en Suisse du moins.

Dans un second document émis par l'OFSP, « Alimentation durant la grossesse et la période d'allaitement » (2008), d'autres recommandations précises font figure d'arguments préventifs idéaux mais aussi de réels devoirs féminins. Il s'agit alors pour les femmes d'adapter leur alimentation avant la grossesse afin de prévenir tous risques de « développement incomplet de la colonne vertébrale chez l'enfant » (2008:3), de contrôler leur prise de poids (exemplifiée par un tableau : indice de masse corporelle, prise de poids recommandée, total en kg et en kg/semaine), d'adopter une alimentation saine et équilibrée et de pratiquer une activité physique qui soit « raisonnable ». Les risques liés à l'ingestion par les mères de certains aliments (certains poissons, le foie ou le gibier par exemple) sont d'autre part notifiés, tout comme ceux relatifs à la toxoplasmose ou à la listériose (id.:4-12). Une dernière partie est réservée aux recommandations concernant l'alimentation de la mère et de l'enfant pendant la période d'allaitement (id.:15).

Représentations et moralisation autour de l'allaitement

À la lumière de ces divers arguments pro-allaitement, on entrevoit ainsi toute la complexité des représentations qui entourent l'allaitement maternel, en Suisse, mais aussi dans la plupart des sociétés démocratiques et libérales, et sur quelles bases elles se constituent. À partir de données biomédicales ou de prétextes médicaux³⁸, qui pensent l'allaitement ou la grossesse en termes de risques, on délimite temporellement et normativement les pratiques féminines. On pourrait d'autre part souligner les aspects moraux et idéologiques de ces recommandations, impliquant une certaine représentation de ce que cela signifie d'être une « bonne mère » au

³⁸ Je reprends ici l'expression d'Anne Fournand, (2009:5).

sein de sociétés capitalistes (id.:345). Le caractère hégémonique et homogène des discours pro-allaitement, affirme Knaak, met aussi en évidence le fait que les décisions de nourrissage alternatives à l'allaitement maternel conduisent souvent à des interprétations morales qui discréditent ces actions, plutôt que de les entrevoir comme de possibles prises de position contre les discours dominants ou comme actes de résistance (2010:346).

Ainsi, l'allaitement apparaît être bien plus qu'une décision anodine, individuelle (id.) ou familiale, tout comme cela peut impliquer des formes interactives d'adhérences ou de résistances aux discours politiques et institutionnels dominants. Cependant, les discours pro-allaitement suggèrent le plus souvent qu'il appartient aux individus d'être responsables et de prendre les « bonnes » décisions face au nourrissage de leurs enfants et face à leur santé. Les recommandations tiennent lieu de références en la matière et conduisent à certaines « obligations » (Tillard, 2007:15). Les discours dominants présents sous la forme d'« arguments préventifs » sont employés afin de « combattre des attitudes jugées nuisibles » (id.). Et de cette responsabilisation individuelle, en regard des risques possibles de santé, découle une certaine « conscience » individuelle, très présente chez les femmes et souvent caractérisée en anglais par la notion de « gestionnaires des risques »³⁹ (Knaak, 2010 ; Lee, 2008), ceci, plus spécialement dans le contexte des maternités.

Dans le cadre notamment de cette forme de conscientisation, Knaak met en avant la récurrence des expériences de persévérances féminines pendant la période d'allaitement, particulièrement chez les femmes qui rencontrent des difficultés. Elle souligne l'énergie singulière que ces femmes déploient sur les plans physiques et émotionnels pour assurer le succès de l'allaitement et surmonter les difficultés, mais aussi comme possibilité de correspondre aux idéaux de bonne maternité (id.:350). Les échecs liés à cette pratique comporteraient ainsi pour ces femmes un important « risque identitaire » (Lee, 2008:468). Ceci, tout comme certaines femmes qui n'allaitent pas, éprouvent des difficultés à s'identifier à l'idéal de la « bonne » mère, impliquant un réel « travail identitaire » pour combattre les constructions morales, culturelles, sociales et politiques (id.). Les femmes donnant le biberon à leurs enfants se sentant même parfois rompre avec la normalité des règles (Faircloth, 2010:360), cela alors que, statistiquement, les femmes qui n'allaitent pas, partiellement ou complètement, constituent dans les faits la majorité des femmes dans de nombreux pays occidentaux (Lee, 2008 ; Faircloth, 2010). Mais les discours moralisants concernant les pratiques de nourrissage, catégorisant les pratiques jugées « déviantes », ne se cantonnent pas

³⁹ En anglais : « Risk manager ».

aux mères qui allaitent ou nourrissent leurs enfants au biberon. Elles s'appliquent tout autant à certains groupes de mères, perçues comme ayant des comportements non-conventionnels à risques, comme les femmes qui allaitent leur enfant sur un terme jugé long (dès deux ans et le plus souvent jusqu'à environ cinq ans), dépassant du moins les pratiques courantes (Faircloth, 2010). Ces groupes de femmes s'inscrivent notamment dans des « positions marginales » qui les placent dans des « zones » socialement et politiquement « grises » alors qu'elles correspondent à certaines normes permettant de réduire les risques, elles allaitent, tout en dépassant les limites de l'acceptable en termes de risques assignés au développement social et émotionnel de leurs enfants (id.:357; 361).

Par conséquent, si l'on en revient au raisonnement de Massé, les citoyens et dans ce cas les citoyennes, se retrouvent en quelque sorte « coincés entre la pression normative de la santé publique et leur souhait de vivre librement, entre leur « devoir de gestion des risques » et le droit de décider ce qui est pertinent pour eux » (2001:52). D'autre part, les représentations normatives, qu'elles soient biomédicales, politiques ou sociales, ne prennent nullement en compte l'importance des contextes dans lesquels se déroulent les expériences individuelles, voire collectives de nourrissage.

Devoirs de santé : allaitement et maternité

Questionner la notion de maternité plus particulièrement, en lien avec l'allaitement maternel et les devoirs de santé auxquels les mères doivent répondre dans les contextes des sociétés néolibérales, permet de mettre en évidence les représentations actuelles qui leur sont liées et de comprendre en quoi l'allaitement est un fort « marqueur symbolique de l'engagement maternel » (Reich, 2010:163), l'allaitement étant construit socialement comme caractéristique de la maternité dans de nombreuses sociétés. Il y aurait beaucoup à dire sur la constitution, dans une perspective critique, historique et sociale, de la notion de maternité elle-même, dans le sens où elle apparaît comme étant une construction sociale et non pas une donnée naturelle (Françoise Héritier, 2001), mais aussi comme un processus davantage que comme une représentation figée dans le temps. De plus, en définir les contours est une tâche complexe dans le contexte actuel, tant la maternité est représentative de différents processus contemporains. Selon Kath Woodward (2003) et Marie-Josèphe Dhavernas Lévy (2001), la notion de maternité est même synonyme d'incertitudes face à de nouvelles données sociales. « La donneuse de gamètes, la femme gestante, la mère sociale coïncident encore dans l'immense majorité des cas, mais elles n'ont plus d'unité dans leur essence. » (Dhavernas

Lévy, 2001:95). Longhurst pour sa part, témoigne de la diversité de significations à laquelle la notion de maternité est reliée (2008:4).

Je souhaite aussi me positionner ici en faveur d'une conception plus large non pas de la maternité, mais « des maternités », dans le sens où Longhurst (reprenant le terme de Jolly, 2008:3) en rend compte, c'est-à-dire comme notion permettant de mettre en valeur les « processus corporels de la grossesse, de la naissance et du nourrissage » (id.), définissant les multiples possibilités d'expériences féminines et témoignant de la constante production et reproduction de la condition d'être mères à travers les pratiques et les discours (id.:5). Mais, si les maternités se déclinent sous des formes plurielles, certains modèles les représentant s'incarnent sous la forme d'idéaux permettant de distinguer celles qui les atteignent ou s'en rapprochent le plus en tant que « bonnes mères » ou, au contraire, celles qui s'en éloignent en tant que « mauvaises mères » (Copelton et al. 2010 ; Marshall et al. 2007 ; Kneuper 2007 ; Wall 2001 ; Wolf, 2011 ; Lupton 2011 ; Rudzik 2011 ; Longhurst 2008). Dans ce sens, les recherches anthropologiques, sociologiques et féministes qui s'intéressent aux pratiques d'allaitement contemporaines, aux corps féminins et à la notion de maternité se penchent souvent sur les contraintes et les formes de contrôle que leurs conceptions engendrent sur les femmes, dans le sens d'une « régulation morale des mères » (Wall, 2001:593). Plusieurs auteures s'accordent sur la mise en lumière de certaines caractéristiques typiques représentatives de la « bonne mère », soit « la patience, le dévouement, le contrôle de ses émotions et le fait qu'elle soit prête à donner d'elle-même sans relâche pour le bien de ses enfants. De plus, elle soumet ses propres préférences, ses désirs et ses besoins à ceux de son enfant dans un processus de maternage intensif » (Rudzik 2011:159) et des « mauvaises mères », « représentées comme égoïstes, négligentes, orientée vers le monde extérieur à leur foyer et dépourvues des vertus féminines appropriées » (id.). Représentées à travers ce qu'elles « font », les mères le sont aussi fortement à travers « qui » elles sont. Ainsi, ce qui n'apparaît jamais dans les discours tel quel, mais qui leur est sous-jacent, ce sont les attributs stéréotypiques qui définissent les « bonnes mères » (Longhurst, 2008:117), soit sa classe sociale (moyenne, moyenne-supérieure ou supérieure), sa race (blanche) et le fait qu'elle soit valide, mariée et hétérosexuelle (id.⁴⁰). Selon Lee, en effet, il a été clairement établi que la notion de maternité a été construite à la fois comme représentant la responsabilité privée des mères, individuellement, et à la fois comme problématique de contrôle public et

⁴⁰ Longhurst s'appuie ici sur une étude de Chase et Rogers. Voir Chase S.E and Rogers M.F (2001) *Mothers and children : feminist analyses and personal narratives*, New Brunswick, N.J : Rutgers University Press.

d'interventionnisme (2008:468). Cependant, peu de mères se sentent capables de répondre aux attentes sociales et politiques induisant ces idéaux. Ce que les mères semblent reconnaître volontiers c'est qu'elles sont assaillies de conseils sur la meilleure façon de s'y prendre pour être une « bonne mère » et que leurs pratiques et décisions portent le poids de la morale sociale (Longhurst, 2008).

D'autre part, les représentations idéales des « bonnes maternités », portées par l'idéologie de « maternité intensive » développées par différents auteurs⁴¹, sont aussi vectrices de croyances dont l'allaitement est un des éléments clé. Alanna E. F. Rudzik (2011) nous rappelle qu'à travers l'histoire, de nombreuses méthodes d'alimentation des nourrissons ont été définies, à différents moments dans le temps, soit comme des pratiques dites des « bonnes mères », soit au contraire comme celles de « mauvaises mères ». Une autre composante de ces croyances implique de penser les maternités en termes d'amour maternel et de naturalité (Wall 2001:599). Il serait ainsi tout autant naturel d'aimer son enfant que de le nourrir au sein. Cette représentation de la maternité, appréhendée par le biais de la nature et de « l'instinct maternel » comprend l'amour maternel comme un fait « unique », « naturel » et presque « biologique » (id.). Cependant, alors que l'amour maternel « ne vient pas nécessairement naturellement ou ne vient même pas du tout » (Wall, 2001 citant Badinter 1981 et Oakley, 1979⁴²), il faut relever que ces conceptions sont non seulement liées à des interprétations culturelles spécifiques qui évoluent concernant les besoins des enfants et les responsabilités maternelles (id.), mais aussi à des discours associés au « contrôle » de la maternité (Wall, 2001:593). Ainsi, les idéaux représentant les femmes comme de « bonnes mères », comprennent les maternités en termes d'intensivité et de naturalité dont l'allaitement fait figure de « mesure » (id.).

Selon Wolf, les cohérences discursives entourant l'allaitement maternel paraissent étonnantes en analogie à d'autres problématiques liées à la maternité et sujettes, elles, à conflits, comme la caféine, l'épidurale, le co-sleeping ou les pratiques liées à la grossesse, à la naissance et aux soins infantiles (2011:xii). Ces représentations construisant l'allaitement maternel comme forme « optimale d'alimentation » sont issues notamment des milieux pro-allaitement, associations et mouvements activistes, rejoignant celles des politiques de santé publiques nord-américaines et européennes. Wolf est d'autre part, une des rares auteures à questionner

⁴¹ Comme Copelton, McGee, Coco, Shanbaky et Riley (2010). Et pour approfondir cette notion voir, Sharon Hays (1996), *The Cultural Contradictions of Motherhood*, New Haven, CT : Yale University Press

⁴² Non citée dans la bibliographie : Oakley A. (1979), *From here to maternity : Becoming a mother*. New York: Penguin.

ces larges consensus autour de l'allaitement et remettre en cause les études scientifiques qui constituent la base de soutiens essentiels à la formation de ces représentations politiques et mouvements pro-allaitement. Selon cette chercheuse en études genre, les preuves scientifiques concernant les liens entre allaitement et réduction des risques pour la santé infantile sont contradictoires et ne prennent pas en compte les pratiques qui découlent des décisions d'allaitement pouvant représenter des engagements différents d'autres pratiques de nourrissage, comme une « vie plus saine, elle-même susceptible d'avoir un impact positif sur la santé des enfants » (id.). Ce qu'il me semble important de retenir des réflexions de Wolf, c'est la prépondérance d'un discours global et autoritaire sur l'allaitement et l'importance de rester critique face à ce discours hégémonique. En effet, si le lait maternel, véritable or liquide, est ainsi représenté tel une apogée nourricière, qu'en est-il des enfants qui n'en reçoivent pas ? Qu'en est-il aussi des femmes qui ne peuvent ou ne veulent pas allaiter ? Comment devraient-elles se sentir face à ces représentations toutes puissantes, tant elles sont uniformes ? Et comment les hommes perçoivent-ils ces représentations sociales lorsqu'ils participent aux réflexions et aux décisions de nourrissage de leurs enfants ?

Enfin, si certains discours tendent à minimiser les implications des représentations politiques et sociales concernant les « bonnes maternités » et l'allaitement comme moyen d'en mesurer la « qualité », je montrerai comment, au travers des rencontres ethnographiques et du récit autoethnographique, ces croyances et représentations sont toujours très présentes, mais difficilement perceptibles sans interprétations et sans un certain regard compréhensif. Les femmes tout comme les hommes n'étant jamais simplement réceptifs passivement et contraints par les normes et représentations dominantes, comme je l'ai déjà souligné, mais disposant de ressources différentes selon les contextes leur permettant de s'en dégager et d'y résister de différentes façons.

Politiques de santé et considérations autour de l'allaitement : spécificités nationales

Nous avons vu comment différentes instances internationales et européennes ont construit et promulgué certaines représentations autour de l'allaitement maternel et contribué à élaborer des plans d'action visant à promouvoir l'allaitement mais aussi, de façon plus générale, à promouvoir la santé infantile et maternelle rattachée à des conceptions préventives permettant de minimiser les risques liés à la santé et diminuer les coûts de cette dernière. Sur le plan national, j'ai déjà relevé les éléments significatifs de certains documents de promotion de l'allaitement maternel et de la santé qui reprennent de façon consistante les notions de risques

et de prévention. Je m'attacherai maintenant à relever d'autres éléments qui, dans le cadre de processus nationaux, permettent de comprendre comment l'allaitement est à la fois discursivement promulgué tout en étant encore difficilement réalisable sous certains aspects.

Je ne pourrai pas traiter ici de la complexité des contextes entourant l'allaitement maternel de façon exhaustive, tant parce que cela paraîtrait prétentieux et irréalisable dans un travail de Master, mais surtout parce que, comme de nombreux anthropologues et sociologues l'ont mis en évidence, les contextes (Schmied et Lupton, 2001⁴³, Liamputtong, 2011,) entourant les pratiques (Bartlett et Shaw, 2010⁴⁴), les décisions et les expériences féminines d'allaitement sont d'une telle complexité qu'ils se doivent d'être traités de façon qualitative, empirique et compréhensive. Certains facteurs comme la santé physique des femmes, celle de leurs enfants, les challenges physiques liés à l'allaitement (Kelleher, 2006), les besoins de leurs autres enfants ou d'autres membres de la famille, les représentations sociales (Bartlett, 2005 ; Liamputtong, 2011), les pratiques autoritaires hospitalières ou biomédicales (Carter, 1995 ; Dykes, 2006 et 2009 ; Liamputtong, 2011), les conditions de vie (comme la pauvreté : Carter, 1995) et les contextes politiques et sociaux-culturels (Liamputtong et al., 2011, concernant par exemple l'embarras d'allaiter en public : Van Esterik, 2002 ; Scott, 2011 ; Carter, 1995), les occupations des femmes leur demandant du temps et de l'énergie ainsi que le retour à leur emploi ou le contexte de ce dernier (Schmied et Lupton, 2001⁴⁵ ; Liamputtong et al., 2011), ou encore les attitudes féminines face à l'allaitement (Jane A. Scott, 2011) ont été dégagés à travers de nombreuses recherches. Celles-ci démontrent toutes l'importance de cette pluralité contextuelle et de son influence sur la construction des représentations et des pratiques.

J'ai choisi ici de traiter plus particulièrement, dans le contexte national suisse, deux éléments qui me paraissent intéressants parce qu'ils démontrent qu'il existe certains décalages entre les discours politiques et institutionnels recommandant l'allaitement (dans le cadre de certaines normes admises) et les possibilités offertes aux femmes⁴⁶ leur permettant de construire des expériences d'allaitement. J'ai choisi par ailleurs ces éléments car ils coïncident avec des composantes des récits ethnographiques et autoethnographiques.

⁴³ Et les auteurs qu'elles citent : Carter, 1995 ; Hoddinott, 1996 ; McIntosh, 1985 ; Murphy, 1999 ; Maclean, 1990.

⁴⁴ Voir leur ouvrage concernant les auteurs qui y collaborent.

⁴⁵ Et les auteurs qu'elles citent : Hills-Bonczyk et al, 1993 ; Galtry, 1997 ; Lindberg, 1996.

⁴⁶ A nouveau, j'aurais pu me pencher aussi sur les possibilités offertes aux hommes en Suisse concernant la paternité, ce qui me semble essentiel surtout dans le contexte actuel, mais j'ai dû malheureusement opérer certains choix pratiques.

Le cas suisse

En Suisse, l'allaitement maternel fait l'objet de différents débats et décisions politiques, notamment fédérales et cantonales, qui décident des réglementations en matière de santé, comme les lois concernant le travail et la protection de la maternité ou celles concernant la prévention des maladies et la promotion de la santé. Ces décisions affectent plus particulièrement les possibilités pour les femmes d'allaiter. Le premier élément concerne les faibles avancées politiques en matière de protection de la maternité ou de l'allaitement maternel, comme la mise en place de lois sur le travail. Selon l'Association Genevoise pour l'Alimentation Infantile (GIFA)⁴⁷ qui milite en faveur de l'allaitement, la Suisse ne présenterait pas un contexte très favorable à l'allaitement maternel et permettrait une application seulement restreinte du Code International, soit une faible protection des enfants et de leurs parents corrélativement aux conséquentes actions promotionnelles réalisées en faveur des alternatives au lait maternel ou des biberons (id.), en particulier si l'on compare la Suisse à d'autres pays nord-européens dont les taux d'allaitement sont aussi plus élevés (id.). « Les risques de conflits d'intérêt sont nombreux et la formation des professionnels de santé demeure insuffisante »⁴⁸ (id.) en Suisse souligne la GIFA.

La diversité des actrices et acteurs qui s'intéressent ou militent pour l'allaitement s'incarne à travers différents groupes directement impliqués ou les soutenant⁴⁹. Toutefois, des fondations comme « Promotion allaitement maternel Suisse » n'existent que depuis quelques années (fondée en 2000). Dans ce sens, les transformations légales concernant les lois sur le travail ou qui touchent l'allaitement maternel sont elles aussi assez récentes et traduisent le peu de considération politique accordée jusque-là à ces problématiques en Suisse, ou du moins pas par tous les acteurs et actrices politiques⁵⁰, contrairement aux discours généraux qui incitent à

⁴⁷ Selon leur Site Web : « Association à but non lucratif basée à Genève », œuvrant « depuis 35 ans pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel » et bureau de liaison international du Réseau International des Groupes d'Action pour l'Alimentation Infantile (IBFAN), <http://www.gifa.org/suisse/>

⁴⁸ Pour d'autres informations à ce propos se référer au site web de l'Association GIFA

⁴⁹ En voici quelques exemples : Fondation Promotion allaitement maternel Suisse; Association suisse des consultantes en lactation IBCLC (ASCL) ; La Leche League Suisse (LLLCH) ; Promotion Santé Suisse ; Santé publique Suisse ; Société Suisse de Pédiatrie (SSP) ; Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SSGO) ; Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) ; Fédération des médecins suisses (FMH) ; Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) ; Association suisse des infirmières HMP et de santé publique (ASISP) ; Association suisse des diététiciens et diététiciennes diplômés (ASDD) ; Comité suisse pour l'UNICEF ; Croix-Rouge suisse (CRS) ; Association Pro Familia Suisse (PF) ; l'Association Genevoise pour l'Alimentation Infantile (GIFA) ; Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD) ; Espaces Prévention vaudois (EP), pour n'en citer que quelques-uns.

⁵⁰ Je n'ai pas creusé ici la question, mais des liens pourraient être faits par exemple avec certains conflits d'intérêts vis-à-vis du soutien à l'économie et à la commercialisation des substituts au lait ou avec la place des femmes politiciennes au sein de la Confédération au sens de leur représentativité, de même qu'au sein des instances décisionnelles et de réflexion.

l'allaitement et défendent des valeurs pro-allaitement. C'est d'ailleurs dans l'objectif de ratifier la Convention de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) que le Conseil fédéral a décidé d'établir « avec effet au 1er juin 2014 » une révision de « l'Ordonnance 1, relative à la loi sur le travail » (Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), 2016) et en même temps de « ratifier la Convention n° 183 sur la protection de la maternité »⁵¹ (id.), ce qui a permis l'introduction et l'uniformisation de la rémunération des temps (pauses) d'allaitement dans le cadre du travail. Cette Loi fédérale contient par ailleurs des directives qui visent à protéger les mères qui allaitent dans le cadre de leur emploi⁵². Les associations ou fondations se trouvent être aussi au départ des mobilisations et pressions qui ont favorisé les réflexions suisses, permis de ratifier des accords et adapter les lois en faveur des femmes. Estimant cependant que la Suisse ne figure pas parmi les pays les plus favorables à l'allaitement (GIFA), certaines se sont donné des objectifs spécifiques, comme « Promotion allaitement maternel Suisse», qui souhaite « inciter les entreprises à mettre en place des infrastructures qui permettraient à un plus grand nombre de mères de combiner allaitement et travail »⁵³.

Concilier allaitement et emploi : mission impossible ?

Ainsi, si les révisions actuelles des lois concernant le travail et la maternité se tournent en faveur des femmes, il n'en reste pas moins que les conditions sont encore loin d'être « idéales ». Les congés maternité payés en Suisse sont de 14 semaines (ou 98 jours), dont une interdiction de travailler durant les 8 premières semaines. Au-delà, si les femmes ne souhaitent pas reprendre leur emploi de suite, par exemple pour allaiter, elles le peuvent de la 15^{ème} à la 16^{ème} semaine, mais ne seront cependant pas payées. Même si la nouvelle loi sur le travail souhaite encourager la pratique de l'allaitement au-delà du congé maternité, les possibilités pratiques pour les femmes sont assez limitées. De nombreuses femmes considèrent, et cela se reflète dans les rencontres effectuées dans le cadre de cette recherche, que cette période de congé maternité est courte, notamment dans le cas où elles allaitent. Certaines femmes ont la possibilité de cumuler des congés (heures supplémentaires réalisées avant l'accouchement par exemple) ou des soldes de vacances à la suite de leur congé maternité, mais cela n'est pas possible dans tous les cas. Le fait d'allaiter sur son lieu de travail n'est pas non plus évident. Il faut être assez proche du lieu de garde de son enfant par

⁵¹ Une brochure du SECO permet de se référer plus en détails à ces prescriptions légales : http://www.fin.be.ch/fin/fr/index/personal/gesundheit_bgm/arbeitssicherheit/gefahrenermittlungsbuerobereich.ass/etref/dam/documents/FIN/PA/fr/fr_710.233_Mutterschaft_Schutz_der_Arbeitnehmerinnen.pdf

⁵² Art. 35ss, LTr, art. 60-66 OLT 1, « Ordonnance sur la protection de la maternité »⁵², 2016

⁵³ Voir http://www.allaiter.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=stillen&page_id=arbeit&lang_iso639=fr

exemple, avoir la possibilité d'aller le chercher où que quelqu'un l'amène sur place, bénéficier d'un endroit où l'allaitement est possible. Certaines femmes ont mentionné d'autre part, durant cette recherche, l'énergie que l'expérience d'allaitement engage, difficilement conciliable avec l'activité professionnelle et les autres activités de la vie quotidienne. Les femmes qui expriment⁵⁴ leur lait sur le lieu de travail arrivent parfois à continuer à allaiter leurs enfants les matins et les soirs par exemple, mais cela implique aussi une certaine organisation (avoir par exemple un réfrigérateur à disposition et un lieu pour tirer son lait). Ainsi, on observe un décalage entre les recommandations d'instances internationales de santé influentes comme l'OMS, préconisant l'allaitement exclusif des nourrissons jusqu'à l'âge de six mois⁵⁵, celles de la Société Suisse de Pédiatrie (SSP) qui propose d'introduire les aliments de compléments de façon flexible selon les besoins, au plus tôt à la fin du quatrième mois et au plus tard au début du septième mois⁵⁶ (Promotion allaitement maternel Suisse, brochure « Allaiter », 2016) et les congés maternité en Suisse. En effet, comment allaiter de façon exclusive durant les quatre, six premiers mois, voire plus, d'un enfant si les femmes sont employées et de ce fait ne bénéficient que de 14 (ou 16) semaines de congé, sans que cela ne crée de réels déséquilibres, pour ne pas dire injustices, entre les femmes (entre celles qui ont la possibilité de prendre des congés supplémentaires, diminuer leur temps de travail, devenir indépendantes ou arrêter de travailler et celles qui n'en ont pas la possibilité pour de multiples raisons) ?

Comment en pratique est-il possible de concilier allaitement, même partiel, avec vie professionnelle et vie quotidienne dans un contexte où les femmes conjuguent de plus en plus d'activités et de responsabilités ?

Le retour à l'emploi semble ainsi correspondre le plus souvent avec la fin de l'expérience d'allaitement, de façon complète ou partielle, ceci même si l'entrée en vigueur de la loi sur la travail et la protection de la maternité entend favoriser les pratiques d'allaitement à travers certaines mesures, comme l'aménagement des conditions de travail, la dispense de travaux pénibles ou la possibilité de pouvoir se reposer (SECO, 2014). C'est ce que j'ai pu constater au travers des rencontres ethnographiques et ce que mettent en avant différents scientifiques. Les contraintes liées à la reprise d'un emploi modèlent ainsi souvent les pratiques d'allaitement. Bien que certaines femmes aient essayé de combiner les deux expériences, elles

⁵⁴ Souvent à l'aide de tire-lait

⁵⁵ Puis la poursuite de l'allaitement après introduction des aliments de complément jusqu'à deux ans et plus.

⁵⁶ Puis la poursuite de l'allaitement parallèlement à l'introduction des aliments complémentaires, ceci jusqu'à ce que l'enfant et la mère le désire.

arrêtaient le plus souvent d'allaiter avec la reprise d'un emploi. Certaines ont aussi préféré ne plus travailler pour rester auprès de leurs enfants ou modifier leurs horaires de travail, leur permettant d'allaiter plus longtemps par exemple pour un second enfant. La reprise du travail s'associe aussi avec d'autres éléments, comme le stress, la fatigue, les expériences de couple, des douleurs liées à l'allaitement ou le fait de devoir conjuguer allaitement de nuit et réveil le matin pour se rendre au travail ou assumer plusieurs activités quotidiennes parallèles (ménage, courses, repassage, préparation des repas, etc.) à l'activité professionnelle.

Une femme que j'ai rencontrée a fait cependant figure d'exception et il me semble intéressant de relater son expérience afin de montrer comment certaines configurations permettent de combiner allaitement et travail, engageant cependant dans l'organisation de ce processus des investissements personnels et familiaux particuliers. Travaillant en tant qu'indépendante, la maman m'explique que cela lui a permis d'allaiter plus longtemps, car elle pouvait gérer son emploi du temps de façon plus flexible. D'autre part, étant domiciliée très près de son lieu de travail, elle a pu continuer à allaiter même après la reprise de son activité. Sa propre mère habitant près de chez eux a participé à la garde des enfants et permis à la maman d'avoir ceux-ci à proximité d'elle afin qu'elle puisse allaiter aussi pendant son temps de travail (pendant une pause par exemple). Son mari l'a lui aussi soutenue dans ces expériences d'allaitement. Cependant, les autres femmes qui avaient repris leurs activités salariées m'ont toutes dit qu'elles avaient dû arrêter d'allaiter dès ce moment-là, ou dans certains cas, après un ou deux mois. Une femme se disait chanceuse par rapport à d'autres de pouvoir « allaiter encore, car je ne travaille pas et en toute tranquillité ». Selon elle, d'autres femmes, « qui au quatrième mois même doivent recommencer à travailler », ne le peuvent plus. On remarque alors comment, dans les discours politiques, institutionnels ou associatifs, l'allaitement est aujourd'hui valorisé alors que dans les faits, un allaitement exclusif, voire partiel est difficilement réalisable en Suisse pour des femmes devant travailler⁵⁷.

Concernant l'allaitement maternel, il faut cependant relever que, en Suisse, sont prises en charge par les assurances de base trois séances de conseils en allaitement avec une sage-femme ou une conseillère en allaitement qualifiée, ainsi que les visites de sages-femmes à domicile jusqu'au dixième jour après la naissance de l'enfant. Les assurances de base

⁵⁷ À ce propos, Liamputtong (2011) met en valeur plusieurs études qui soulignent les difficultés de combiner travail et allaitement maternel dans certaines conditions, et qui considèrent les femmes travaillant en dehors de leurs foyers comme un facteur important lié à la baisse des taux d'allaitement. D'ailleurs, ces recherches mettent en exergue le fait que dans de nombreuses sociétés, parmi les mères et leurs familles, l'allaitement est considéré comme étant incompatible avec le travail, sa pratique se complexifiant dans ce contexte-là.

remboursent également de petits montants en ce qui concerne les tire-lait achetés ou loués (les franchises sont cependant réactivées dès la huitième semaine après l'accouchement). Dans le canton de Vaud, les Infirmières Petite Enfance viennent gratuitement à domicile à la suite des sages-femmes et proposent par la suite aux parents de se rendre aux rencontres/consultations. Il resterait beaucoup à dire encore sur les possibilités de garde des enfants dans une configuration où les deux parents travaillent, très variables en Suisse, les contextes sociaux-économiques et l'influence des assurances maladies sur les décisions politiques suisses.

Allaiter dans les espaces publics : entre contraintes et possibilités

Le deuxième élément que j'ai choisi d'observer concerne les possibilités d'accès à des espaces spécifiquement dédiés aux personnes qui ont un ou des enfants et qui souhaitent par exemple disposer d'une table à langer ou d'un endroit calme pour les nourrir. En effet, l'élargissement des possibilités est lui aussi assez récent (variablement selon les lieux et les régions), avec la création de quelques nouveaux emplacements dédiés aux nourrissons par exemple, permettant de les changer ou de les nourrir (dans certains grands centres commerciaux entre autres), mais les possibilités demeurent encore assez peu nombreuses au niveau des offres publiques et il faut parfois chercher longtemps avant d'en repérer. Afin de pouvoir atteindre plus facilement les espaces qui permettent aux femmes d'allaiter par exemple, un projet a été mis en place par « Promotion allaitement maternel Suisse » sous l'appellation « mamamap »⁵⁸. Ce projet se présente sous la forme d'une application gratuite Web et pour téléphones mobiles, permettant de trouver un espace d'allaitement proche d'un lieu choisi ou « repéré » à travers le réseau (sorte de géolocalisation intégrée dès lors que les personnes acceptent de transmettre leurs données). Environ 25 lieux sont proposés pour des villes comme Genève, Lausanne, Yverdon-les-Bains, Berne ou Zürich. Ayant moi-même fréquenté certains de ces lieux, seule ou avec des amies, je dois dire (lorsque l'on ne dispose pas d'une application) qu'il ne m'a pas été aisé de les trouver, ceci surtout durant les périodes froides où allaiter dans les espaces publics extérieurs devient impossible. Les femmes que j'ai rencontrées durant cette recherche m'ont fait part des mêmes remarques et quelques-unes ont même insisté sur leurs difficultés à affronter le regard des gens dans les lieux publics ou privés, expérience que je partage également. Ainsi, plusieurs d'entre nous avons allaité parfois dans nos voitures, à l'ombre des regards, à l'abri du froid et des foules, dans le

⁵⁸ Références, Site Web : <http://www.mamamap.ch/?home&lang=fr>

contexte très peu chaleureux des parkings souterrains, cependant préférables à d'autres endroits exposés aux regards, voire aux critiques. Une femme me disait à ce propos :

« 'On ne peut pas allaiter n'importe où', 'cela dépend des endroits et des gens', 'il y a peu d'endroits publics où l'on peut allaiter'. Lorsqu'elle ne sait pas où allaiter, elle va dans sa voiture. Elle m'explique que par exemple une amie à elle a allaité son enfant à un mariage et une autre femme n'a pas apprécié de voir 'cette amie sortir son sein comme ça' et allaiter. 'Elle n'a pas aimé du tout voir ça' » (Ethnographie, maman 28, Août 2014).

Selon une deuxième rencontre :

« En déplacement donner le sein est 'très stressant'. 'Je tire mon lait avec un tire-lait manuel, c'est plus facile de donner le biberon en sortie, dans la rue par exemple' ». La maman, suivant les situations, allaite aussi dans sa voiture. « J'y suis bien, j'ai mon coussin d'allaitement, je peux me relaxer ». « Il n'y a aucun lieu pour allaiter en ville ». « Mon enfant pleure fort » dit-elle, ce qui lui fait aussi craindre « les regards des gens » (Ethnographie, maman 26, Juillet 2014).

Puis lors d'une troisième rencontre :

« 'Il manque beaucoup d'endroits pour allaiter (en Suisse) alors qu'en France et en Italie, il y a plus de coins'. A ce propos, elle me dit aussi : 'dans les restaurants, ici, on est mieux accueillis avec un chien qu'avec des enfants' » (Ethnographie, maman 19, Juin 2014).

Ces récits illustrent en partie les préoccupations des femmes lorsqu'elles allaitent à l'extérieur de leur domicile ou d'un endroit connu dans lequel elles se sentent à l'aise. Une recherche très intéressante d'Anne Fournand se rapporte, à travers une approche qui s'inspire de la géographie féministe, aux expériences des femmes enceintes et des jeunes mères dans l'espace public, en se basant sur un matériel qualitatif construit en Suisse romande. Elle suggère notamment que les « interrelations entre les sphères corporelles et spatiales sont complexes et inscrites dans le temps » (2009:3) et que de ce fait, les significations liées aux corps sont multiples et varient selon les espaces. Selon Fournand, la sphère publique correspond à un « ensemble d'agencements qui permettent la coprésence des acteurs sociaux » et les interactions en dehors de leur cadre domestique (id.:4). Ainsi, les espaces inscrits dans cette sphère permettent, plus ou moins, aux femmes enceintes et qui allaitent d'y

accéder selon les aménagements ou les « injonctions sociales » fluctuantes qui leur suggèrent les endroits plus ou moins fréquentables (id.:5) (par exemple les milieux dits de « la nuit » sont moins fréquentables, les lieux enfumés, au volume sonore élevé ou reconnus comme endroits de consommation d'alcools), ces représentations sociales évoquant aussi les « bonnes » pratiques que les « bonnes mères » (Longhurst, 2008 ; Fournand, 2009 ; Knaak, 2010 ; Lupton, 2012) devraient adopter. Selon les configurations spatiales et les représentations liées à ces espaces, les femmes adaptent leurs pratiques et certains lieux « sont désinvestis au profit d'autres, spécialisés (...) » (Fournand, id.:5), de la même façon qu'elles s'adaptent aussi à leurs besoins ou aux difficultés qu'elles rencontrent. Ainsi, lorsque les femmes quittent leur domicile pour se rendre dans différents contextes, allaiter peut prendre les allures d'une grande aventure, pour reprendre l'expression de Fournand. Cela provoque ainsi une certaine immobilité (id.) chez les femmes, surtout lorsqu'elles ne sont pas à l'aise avec les pratiques d'allaitement, qu'elles ne se sentent pas en sécurité (id.), qu'elles ressentent les regards extérieurs comme troublants, voire jugeants, ou que les expériences d'allaitement sont liées à certaines difficultés, corporelles ou pratiques.

« Par rapport à d'autres femmes, je ne pouvais pas allaiter à l'extérieur. C'était compliqué, j'avais des coques (*pour les mamelons plats*) qu'il fallait enlever et après replacer mais aussi laver avant et après utilisation. Je l'allaisais seulement à l'intérieur, chez mes parents ou chez des amis. En plus, les premiers temps, avec tout ce matériel, je m'en sortais pas » (Ethnographie, maman 23, juin 2014).

D'autre part, les représentations entourant les seins féminins sont emplies de significations complexes et profondes (Shaw, 2010:83 ; Fournand, 2009:10) tout autant que symboliques (Knibiehler, 2003:12). Perçus comme des objets utilitaires pendant des siècles, les seins se sont transformés en des « objets sexuels », qui, « dans la culture occidentale contemporaine » et « dans un cadre hétérosexuel », sont inévitablement reliés aux relations sexuelles (Wall, 2001:594). Les femmes se doivent ainsi de gérer les regards portés sur leurs seins en maintenant un juste équilibre « entre attrait et respectabilité » (id.), les considérations esthétiques ayant contribué à ces représentations, exacerbées par la récente et large accessibilité aux nouvelles technologies et à travers des communications publicitaires profusément sexualisées. Par conséquent, les représentations sociales construisent les seins féminins en oscillant entre objets de désir et objets à nourrir (Fiona Giles, 2004 citée par Longhurst, 2008). Ces représentations ainsi que certains discours influents contribuent ainsi à définir et redéfinir constamment le cadre dans lequel devrait se dérouler l'allaitement

maternel et devant qui les femmes devraient exposer leurs seins, comment et combien de temps (Schmied and Lupton, 2001:236-237). Les récents développements en Europe d'articles de tous types, tissus, porte-bébés permettant l'allaitement, vêtements spécifiques, soutien-gorge, permettant d'allaiter discrètement incarnent non seulement le souhait des femmes d'être discrètes, mais surtout la façon dont on perçoit l'allaitement maternel en public.

« J'ai allaité aussi dehors, mais j'étais timide. Lorsqu'on est dehors, les seins se remplissent et un moment donné il faut bien donner le sein à son enfant. Alors on lui donne le sein. Mais les gens ne sont pas habitués » (Ethnographie, maman 10, Avril 2014)

Cependant, il est vrai que pour certaines femmes, lorsqu'elles se sentent « à l'aise » avec les pratiques d'allaitement, il est plus facile d'appriivoiser des lieux « de plus en plus ouverts » (Fournand, 2009:11). Mais cela ne va pas de soi pour toutes les femmes, aussi pour celles qui considèrent que l'allaitement maternel représente un moment ou un espace intime entre l'enfant et la mère, ne se partageant pas avec d'autres (id.).

« Je me suis jamais tellement exposée, même plutôt cachée ! Genre aux toilettes, par exemple. J'allais dans un coin tranquille, mais jamais à la vue de tous, à l'extérieur, exposée devant tout le monde. C'est par rapport à moi et par rapport à mes enfants. C'est mieux pour eux d'être seuls avec la maman, c'est un moment intime avec elle » (Ethnographie, maman 19, Juin 2014).

Selon Van Esterik, dans les sociétés euro-américaines, alors que les seins sont souvent dévoilés, les femmes savent que l'allaitement en public pourrait conduire à des commentaires négatifs (2002:264). Par conséquent, cela atténue quelque peu les plaisirs de l'allaitement maternel. Les femmes sont constamment vigilantes par rapport à l'emplacement où elles allaitent, aux situations et aux personnes qui les observent, avec une attention particulière envers les hommes (id.). « Le sein doit être ramené à un seul de ses signifiants pendant l'allaitement, celui de l'organe nourricier. Toute sensualité est écartée » (Fournand, 2009:11). En Suisse, le peu d'aménagements spatiaux et urbains publics permettant aux femmes d'allaiter ne traduit que peu les volontés politiques et les recommandations helvétiques souhaitant favoriser les pratiques d'allaitement. Cette faible visibilité rend les pratiques d'allaitement à l'extérieur du domicile elles aussi peu visibles et les rencontres entre femmes qui allaitent moins courantes, tout en nourrissant les ambivalences des représentations

sociales. Selon Wolf, les femmes pourraient décider plus souvent d'allaiter notamment si les espaces publics et les lieux de travail y étaient plus favorables (2011:150).

La question du poids

Je tiens encore à faire part d'une dernière remarque concernant les spécificités suisses et qui plus tard me permettra de faire des liens avec les matériaux empiriques, soit la question du poids chez les femmes et les enfants. En effet, le poids (en termes de kilos) tient une place importante dans les discours de santé suisses, notamment concernant la prévention de surpoids chez les jeunes ou petits enfants et le maintien d'un poids stable chez les femmes enceintes. On retrouve, et ceci de façon très présente, cette question dans les documents que j'ai déjà présentés en début de chapitre⁵⁹. Leurs arguments visent à réduire l'apparition de l'obésité et du surpoids qui « favorise l'apparition des maladies chroniques », « diminue la qualité de vie ressentie », « l'espérance de vie » (Site officiel du Canton de Vaud, 2015⁶⁰) et peut avoir des conséquences « néfastes sur l'état de santé des personnes atteintes » (id.). D'autre part, les maladies liées au surpoids coûtent cher si l'on s'en réfère aux discours politiques et des assurances maladies (« 6% des coûts de la santé en Suisse », id.), ces recommandations visant à nouveau les pratiques individuelles, hors contextes sociaux ou de quelconques influences industrielles, publicitaires ou commerciales. Les objectifs nationaux se tournent donc vers une réduction de ces risques, à l'instar de « Promotion Santé Suisse » qui prévoit, à travers des programmes et du soutien de projets, « d'accroître la part de la population suisse présentant un poids corporel sain » en encourageant un public cible, soit les enfants et les adolescents, à adopter une alimentation équilibrée et à opter pour une activité physique, le surpoids et l'obésité se situant au prolongement d'habitudes adoptées durant l'enfance selon Promotion Santé Suisse, 2016⁶¹.

Applications cantonales : Programme cantonal, prestations IPE et allaitement

Comme le cadre de cette recherche s'est constitué dans le contexte vaudois, entre 2014 et fin 2015, j'appréhende maintenant une particularité cantonale qui s'inspire à la fois des valeurs fédérales, tout comme elle reflète aussi les représentations et les discours des politiques

⁵⁹ Brochures élaborée par la « Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel et « Alimentation durant la grossesse et la période d'allaitement, Quels sont les risques pour la mère et l'enfant ? ».

⁶⁰ Référence Web : <http://www.vd.ch/themes/sante/lutte-contre-les-maladies/obesite/>

⁶¹ Référence Web : <http://promotionsante.ch/public-health/alimentation-et-activite-physique-chez-les-enfants-et-les-adolescents.html>

européennes et des instances internationales. À travers le prisme cantonal, je tiens à relever différents éléments qui interagissent lors de l'élaboration de réflexions et de la mise en place de projets à caractère préventif, visant à promouvoir la santé au sein de la population, et plus particulièrement en me penchant sur un projet de réorganisation et définition d'offres déjà existantes et de priorités à travers l'élaboration d'un programme cantonal. Je vais examiner la façon dont les savoirs et les représentations construites et centralisées à un niveau « global », rencontrent les espaces de réflexion et d'actions « locales », non pas au sens géographique du terme, mais en fonction de relations de transmission des savoirs, des discours et des représentations qui, à différents niveaux d'applications et dans des contextes distincts, ne s'instituent pas de la même façon. Je m'appuie d'autre part sur les conceptions anthropologiques critiques de Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (2001), qui articulent cultures politiques et santé publique pour en démontrer les pluralités. J'emprunte notamment un des modèles proposés par Dozon pour aborder le concept de prévention.

Je tiens cependant d'ores et déjà à relever qu'au moment de la rédaction de ce document (fin 2015 début 2016), des changements ont eu lieu au niveau du rattachement administratif des « Rencontres Parents-enfants – Consultation ». En effet, les prestations « Petite Enfance » étaient, jusqu'à fin 2015, reliées aux Espaces Prévention vaudois, eux-mêmes rattachés à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD). Le dispositif s'est cependant modifié et les rencontres-consultation sont maintenant administrativement directement dépendantes de l'AVASAD, elle-même organisée en différentes sous-structures de fonctionnement, dont plusieurs associations-fondations gérant notamment les Centres médico-sociaux (CMS) régionaux. C'est dans le cadre d'un de ces CMS qu'avaient lieu les rencontres-consultation que j'ai fréquentées, ce qui est actuellement toujours le cas, l'équipe d'IPE n'ayant pas changé non plus. Les Espaces Prévention pour leur part collaborent maintenant avec l'association vaudoise les « Liges de la santé »⁶². Ainsi, si au départ de ce travail j'avais considéré nécessaire de présenter les Espaces Prévention, j'ai en cours de route reconsidéré cette possibilité et retiré les références ayant trait aux Espaces Prévention.

⁶² Selon leur Site Web : l'association est « un organisme de prévention et de promotion de la santé destiné à la population et aux entreprises du canton de Vaud », 2014, <http://www.liguesdelasante.ch/>

J'espère avoir été la plus fidèle possible dans ces explications concernant l'organisation et réorganisation de ces structures car j'avoue avoir trouvé difficile parfois d'en rendre compte⁶³.

Le Programme cantonal comme socle constitutif

Le « Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-6 ans)-parents » (PC), document élaboré en 2009 à « l'intention des institutions et des intervenantes et intervenants professionnels » par les Services de la santé publique (SSP) et de protection de la jeunesse (SPJ), sous mandat du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et du Département de la formation et de la jeunesse (DFJ), m'a particulièrement intéressée parce qu'il constitue un matériel de référence concernant la définition, l'uniformisation et la coordination des « prestations de base prioritaires »⁶⁴ s'adressant aux « familles avec enfants en bas âge » et « dispensées par des services de l'État et des partenaires ayant une délégation de service publique » (PC, 2009). Dans ce document figurent notamment des « prestations » concernant les Infirmières Petite Enfance (IPE), soit les visites et consultations infirmières pour nourrissons et enfants (id.) correspondant aux « Rencontres Parents-enfants – Consultation » que j'ai fréquentées durant l'année 2014.

De façon générale, le document justifie sa réalisation en s'appuyant sur une délégation hiérarchique des responsabilités. En effet, selon le PC, les actions entreprises s'articulent tout d'abord autour des décisions des législations fédérale et cantonale ayant imposé à l'État d'agir en matière de promotion de la santé et de prévention (PC, 2009:9). Le document part ainsi de mesures législatives pour les transformer en pratiques sociales et actions directes envers les enfants et leurs parents (Rollet, 1994:275), ou plutôt pour réunir différentes pratiques déjà existantes accomplies par une pluralité d'acteurs et d'actrices des domaines publics, parapublics ou privés. Ainsi, en se référant aux attentes nationales, l'État vaudois a instigué une Loi sur la santé publique (LSP) dès 1985, visant à prendre des mesures préventives « propres à maintenir et à améliorer la santé de la population », la protection maternelle et infantile figurant comme principales préoccupations (id.). Ceci, alors que parallèlement, au niveau fédéral, de nombreux projets ont été entrepris afin de résoudre la problématique d'un

⁶³ Je remercie dans ce processus mes « guides », Anne tout d'abord puis sa collègue pour m'avoir aidée à comprendre toutes les finesses de ces différentes organisations et collaborations. J'espère que mon interprétation de vos suggestions, qui m'ont éclairées, est cependant convenable.

⁶⁴ « (...) existantes mais inégalement réparties » (PC, 2009:32).

ancrage légal concernant la prévention et la promotion de la santé en Suisse (Mattig, 2013⁶⁵), depuis les années 80, sans qu'aucun de ces projets n'aient finalement abouti (id.). « L'échec de la loi sur la prévention » (id.) fait figure d'exemple. Selon Thomas Mattig (2013), directeur de la Fondation « Promotion Santé Suisse »⁶⁶, les raisons qui ont conduit à cet échec ne concernaient que peu le contenu du projet, mais portaient plutôt sur « une discussion de principe idéologique sur l'opposition entre responsabilité étatique et la responsabilité individuelle » (2013:6)⁶⁷. On remarque cependant que, tant sur le plan fédéral que cantonal, la promotion de la santé et la prévention figurent au centre des réflexions en santé publique.

La santé publique comme culture

Selon Fassin et Dozon (2001), la santé publique, recherches épidémiologiques à l'appui, se présente ainsi comme une forme de culture particulière. Tant parce qu'elle est constituée de savoirs, de savoir-faire, de méthodes et d'états d'esprit que parce qu'elle est empreinte de sens à travers ces pratiques, y compris « discursives », lui permettant d'interpréter et de décrypter « le monde social » (2001:8). Les normes et valeurs qui la traversent permettent d'autre part de légitimer ces interprétations et les « opérations de jugement et de classement » qui servent aux mesures et à l'éducation (id.). Cette culture de santé publique, non homogène, n'étant pas une entité déjà constituée et figée, mais bien un processus de constructions sociales s'élaborant à travers des rencontres entre santé publique et « publics » auxquels elle s'adresse (id.). Dans le sens d'une appréhension de ces diversités culturelles, Dozon propose quatre modèles⁶⁸ « cognitifs » sur lesquels se fonde la prévention. Ces modèles nous permettent de comprendre que les conceptions et pratiques de prévention ont été traitées de façon universelle par « l'ensemble des sociétés humaines » dans le but de pouvoir comprendre, expliciter, anticiper et contrôler les événements (id.:26). Même si, actuellement, la prévention s'appuie variablement sur ces différents modèles, j'ai choisi ici de m'intéresser

⁶⁵ MATTIG Thomas (2013), *L'échec de la loi sur la prévention: un enseignement*. Document de travail 9, Lausanne et Berne: Promotion Santé Suisse. www.promotionsante.ch/publications

⁶⁶ Selon leur Site Web, la Fondation se définit comme : « Fondation de droit privé soutenue par les cantons et les assureurs. En vertu de notre mandat légal, nous initions, coordonnons et évaluons des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies » (2016), <http://promotionsante.ch/qui-sommes-nous/fondation.html>

⁶⁷ Actuellement, le Conseil fédéral, ayant approuvé en 2013 une stratégie générale en faveur du système de santé nommée « Santé2020 » (OFSP, 2014⁶⁷), met en œuvre progressivement (c'est-à-dire d'ici 2020) trente-six mesures ayant trait à l'ensemble du système de santé et qui visent « à assurer la qualité de vie, à renforcer l'égalité des chances, à améliorer la qualité des soins et à optimiser la transparence » (id.), ainsi qu'à rendre les charges économiques liées à la santé acceptables. Cette stratégie s'appuie notamment sur le domaine de la prévention et sur un renforcement des compétences individuelles concernant la santé (id.).

⁶⁸ Les quatre modèles de Dozon sont : le modèle magico-religieux, le modèle de contrainte profane, le modèle pastorien et le modèle contractuel. Pour un approfondissement de ces modèles, se référer à l'ouvrage.

particulièrement au modèle « contractuel », lequel me semble adapté à l'interprétation du PC. A travers ce modèle, Dozon suggère que les représentations actuelles concernant la prévention se distinguent par une volonté d'améliorer la santé publique à travers la coordination des acteurs et actrices concernées, c'est-à-dire les populations, les instances biomédicales et les sciences, l'État et certaines institutions (2001:41).

Le Programme Cantonal

Le PC offre une perspective identique dans le sens où le développement de ce programme vise à créer des partenariats et des collaborations entre différents « services, organismes et institutions des secteurs public et parapublic employant des professionnels actifs dans les domaines de la santé, du social et de l'éducation » et des acteurs et actrices offrant des services indépendants, « à savoir les médecins gynécologues, les pédiatres et les sages-femmes essentiellement », selon une organisation cantonale et régionale, l'objectif de ces partenariats étant de permettre un accès facilité aux prestations s'adressant aux familles en les orientant davantage (id.). Les familles, quant à elles, selon ces possibilités améliorées, peuvent mobiliser leurs ressources afin de « répondre efficacement aux besoins de leurs enfants » (id.:12) et devenir, dans ce sens, des acteurs responsables de leur santé (Dozon, 2001:41), les uns et les autres contribuant ainsi « au bien-être de tous » (id.). Bien-être qui constitue un « capital » concret qu'il est bien de développer et un « bien » partagé entre les individus et ceux qui s'y intéressent (employeurs, assurances maladies, autorités politiques, système de santé, acteurs privés) en termes de coûts et de bénéfices, le but étant de diminuer aussi bien les souffrances que les dépenses (id.). Le PC n'échappe pas à cette analyse, en soulignant d'un côté qu'il doit répondre aux exigences de « rationalisation de l'offre et de raréfaction des ressources » tout en s'adaptant aux « mesures d'assainissement des finances de l'Etat »⁶⁹ (PC, id.:30), coordonner ses actions afin de les rendre efficaces et les évaluer afin de pouvoir adapter au mieux les actions « aux attentes des familles et des professionnels », mais aussi dans le but de faire mieux connaître et reconnaître le programme par les « décideurs, professionnels, famille et opinion publique » permettant de comprendre comment les subventions attribuées ont été utilisées (id.:31). D'autre part, le PC entend contribuer concrètement à l'amélioration de la vie quotidienne des familles vaudoises (id.:4) en promouvant la santé, c'est-à-dire en renforçant les capacités individuelles, en améliorant les

⁶⁹ D'où la définition de prestations dites « prioritaires ».

conditions de vie (id.:6) et en mobilisant des moyens de prévention primaire. Cette dernière vise quant à elle à « empêcher ou réduire les risques » chez les enfants en bas âge et leurs parents (id.). Ces objectifs, qui tendent vers une amélioration de la santé, voire l'atteinte hypothétique d'une « santé parfaite », contribuent à reformuler la place des êtres humains dans le monde et au sein des sociétés (Hours, 2001), qui réinventent au quotidien leurs pratiques et le sens qu'ils y placent (id.:16). Il semble que cela s'inscrive d'autre part dans un projet « civilisateur » plus global des sociétés occidentales libérales, soit la suppression de la souffrance et de la mort comme « nouveau mythe millénariste » (id.:17). Par ailleurs, « le souci de qualité de la population rejoint la préoccupation économique », dont la rentabilisation des investissements étatiques (Rollet, 1994:266), tout en étant centré sur l'individu dans ses dimensions de futur citoyen. L'enfant comme « capital », notion déjà existante au 19^{ème} siècle (id.), social, économique et de santé mérite certains investissements car il représente le futur des nations et qu'il rejoint dans sa conception certaines valeurs actuelles et « occidentales » en terme d'humanisme, soit en termes de droits de l'homme et de l'enfant (id.). L'accroissement des intérêts portant sur les questions liées à l'enfance correspond aussi à une sensibilité plus accrue à la notion de protection de l'enfance, qui se reflète par exemple à travers la mise en place de nouvelles références ou de nouvelles lois, comme c'est le cas avec les « nouvelles orientations politiques sanitaires » (id.:6) et la Loi sur la protection des mineurs (LProMin) datant de 2004. Les valeurs liées à la protection de l'enfance qui sont transmises à travers le Programme Cantonal correspondent aux représentations que l'OMS cherche à transmettre. Selon cette instance internationale, c'est « l'avenir de toutes les sociétés » qui repose sur les enfants. Il s'agit donc d'en assurer « absolument » la santé, la croissance et le bon développement⁷⁰ (OMS, 2016). C'est ainsi toute la condition humaine qui est touchée et « du sens de l'homme au monde » (Hours, 2001:18). La conception de vulnérabilité liée à la période de l'enfance et à l'enfant ou au nourrisson lui-même est adoptée par l'OMS comme elle l'est par le PC. Deborah Lupton s'appuie sur cette perspective de vulnérabilité pour expliquer comment elle s'inscrit, dans les sociétés contemporaines occidentales, dans une certaine vision du risque et au travers d'une construction de l'enfant qui le définit comme un être de grande vulnérabilité, sans défense, nécessitant une surveillance accrue, tant de la part de ses parents que des réseaux d'experts qui l'entourent (2012:45). Les conseils des experts se tournent alors vers les parents, responsables de cette surveillance et de la protection de leurs enfants contre les risques

⁷⁰ Référence Web : http://www.who.int/topics/child_health/fr/

possibles qu'ils pourraient encourir. Mais si l'on s'adresse ici aux parents, en filigrane ce sont les mères qui se sentent souvent le plus particulièrement concernées par les recommandations, ceci dans l'hypothèse qu'en tant que « bonnes mères » (id.), thématique déjà abordée dans ce travail, elles devraient pouvoir être constamment attentives aux besoins de leur(s) enfant(s) et surtout remplir leurs devoirs de surveillance et de protection (id.). « Les cultures parentales dans les sociétés occidentales contemporaines sont désormais imprégnées d'avertissements et d'inquiétudes sur les risques et les dangers auxquels les enfants peuvent être sensibles » (id.), risques auxquels les parents répondent parfois par des pratiques anxieuses ou excessives. Cela entraîne d'autre part de nouvelles catégorisations qui s'appuient ainsi sur ce qui devrait constituer les normes de la parentalité en termes de protection des enfants et d'écartement des risques. Le Programme Cantonal, dans sa dimension culturelle de santé publique (Fassin et Dozon, 2001), bien qu'il s'adresse clairement à toutes les familles de façon égalitaire, dans une logique de non-assistance, et qu'il relève que des difficultés peuvent apparaître de façon égale pour tous les parents, interprète à sa manière des pratiques ou comportements parentaux ou familiaux jugés à risques pour les enfants en créant certaines catégories sociales plus « en risque » (PC, 2009:8), celles-ci nécessitant une attention, voire une surveillance particulière. Ces « suivis » s'effectuent ainsi selon des critères normatifs (Tillard, 2008:12), qui définissent les catégories soumises à certaines précautions. Ainsi, on peut relever dans le document officiel, que « la grossesse, le post-partum et la prime enfance (0-6 ans) sont des périodes de fragilité où les parents, bien que responsables et capables a priori, ont besoin de quelques coups de pouce » (PC, 2009:8) et que les parents face à une première naissance ne sont pas « toujours préparés à assumer leur nouveau rôle » (id.). Les situations familiales « complexes », « femmes seules, familles séparées, isolées, recomposées », celles en situation de précarité sociale ou économique, « chômage, migration, requérants d'asile, clandestinité », ainsi que les personnes qui se trouvent dans des situations de « solitude » ou d'« absence de participation sociale » sont représentées comme vulnérables face à ces facteurs « déstabilisants » qui peuvent aussi contribuer à « exacerber les problèmes familiaux et ainsi favoriser les mauvais traitements » (id.). Ces « facteurs de mise en danger des enfants en âge préscolaire », pouvant conduire entre autres à un « mauvais » état de santé, sont directement reliés, études à l'appui, aux « difficultés psychosociales des parents, à l'isolement familial et à la maltraitance » (id.:9). Bien que quelques facteurs contextuels soient énoncés, économiques, sociaux ou encore à travers la diminution de prise en charge hospitalière après un accouchement, ce sont essentiellement des paramètres individuels qui sont mis en avant dans le document et qui justifient ainsi les orientations préventives et promotionnelles mais aussi

les actions et interventions, qui, si elles se veulent efficaces, se doivent notamment d'être les plus précoces possible (id.:8). Ainsi, ce sont les comportements personnels et familiaux qui sont considérés, bien plus que le contexte plus large dans lesquels ils s'inscrivent, ceci, dans une « tentation toujours proche de tenir l'individu responsable de son malheur et d'en gommer la part de responsabilité collective, voire institutionnelle » (Tillard, 2008:11), mais aussi dans le sens où la santé publique se conçoit à la fois comme « (...) projet politique et projet individuel » (Massé 2001:41). Je rejoins d'autre part Tillard dans sa réflexion au sujet du concept de promotion de la santé lorsqu'elle relève que celui-ci « illustre donc une ambivalence toujours présente entre d'une part, une analyse des responsabilités de l'environnement et de la collectivité sur la santé de l'individu et d'autre part une interprétation centrée sur la responsabilité de chacun quant à son état de santé » (id.). Il ne s'agit pas ici de critiquer en soi la promotion de la santé ni la « nécessaire prévention » (Hours, 2001:15), mais bien de comprendre en quoi elle est constituée de certaines constructions sociales normatives qui classent les individus selon des catégories qui justifient les pratiques plutôt qu'elles ne s'appuient sur les besoins des parents comme cela est annoncé dans le programme, même s'il faut nuancer ces propos en relevant que les professionnels et professionnelles de la santé s'appuient eux, en partie, dans leurs réflexions et leurs pratiques, sur ce qu'ils identifient comme étant des « besoins » parentaux. Ces constructions sociales normatives, sont porteuses d'autre part, d'un poids moral et d'une certaine forme d'ingérence étatique visant à contrôler la sphère privée et en même temps maintenir certains équilibres sociaux-sanitaires, ceci si l'on veut bien admettre que la santé est elle aussi « une production sociale » (Fassin 2001:101). Il s'agit là d'anticiper et empêcher les risques d'émerger en même temps qu'il est question de minimiser les coûts de la santé. Mais ces coûts justement, ne sont-ils pas eux aussi liés à cette volonté de réduire les risques à tout prix, à travers une technologisation et une médicalisation intensive, construisant à nouveau d'autres risques ?

Prévenir et promouvoir : une entreprise normative entre responsabilités et obligations

Je souhaite maintenant reprendre brièvement les notions de prévention et de promotion de la santé car, comme nous l'avons vu, elles sont centrales dans les thématiques traitées par la santé publique, tout comme elles constituent aussi les cadres de références sur lesquels s'appuient les réflexions et les actions définies dans le Programme Cantonal. Ces notions ont été interprétées et déconstruites à travers de nombreuses recherches et dans différents contextes. Cependant, j'ai choisi de m'appuyer sur une étude particulière, celle de Bernadette Tillard (2007), qui aborde la notion de prévention à travers différentes thématiques qui la

composent dans le contexte français, proche du nôtre. Non seulement cette référence me permet de reconstituer des liens avec le Programme Cantonal, mais me permettra plus tard, dans le chapitre interprétatif de relier ces thématiques avec un deuxième document qui m'a été transmis, celui de la « définition des prestations pour l'activité de l'infirmière Petite Enfance dans le canton de Vaud », document de l'Organisme médico-social vaudois (OMSV) datant de 2005⁷¹. Il me semble intéressant de débiter par la mise en valeur des définitions⁷² de prévention et de promotion de la santé proposées dans le PC. Je tiens aussi à souligner que, si je parle ici de prévention de façon générale, dans le but aussi de la situer de façon plus macro, le Programme Cantonal, lui, s'intéresse à la « prévention primaire » uniquement, même s'il s'agit de l'articuler avec la prévention « secondaire » et la prévention « tertiaire » qui, elles, sont définies comme des « prestations spécialisées consécutives aux dépistages » (PC, 2009:6). Selon le PC, la promotion de la santé concerne l'ensemble de la population et « vise à renforcer les compétences individuelles et l'amélioration des conditions de vie ». L'objectif étant « d'offrir aux futurs parents et aux parents des sécurités et des relais leur donnant les moyens, d'une part, de répondre aux besoins de leurs enfants en âge préscolaire et, d'autre part, de s'adapter à leur nouvelle condition de parents » (2009:6). La prévention primaire « définit l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher ou réduire les risques. Elle vise des thématiques définies, ici les enfants en bas âge et leurs parents, et recouvre essentiellement les aspects d'information et d'éducation » (id.).

Le document de définition des prestations des IPE reprend ces définitions mais apporte aussi de nouvelles perspectives et approches, comme le concept de santé communautaire, l'approche systémique, l'empowerment, l'incidence et la prévalence. Je ne traiterai pas ici de ces dernières, mais dans le prochain chapitre, j'aborderai cependant la conception « d'empowerment ». D'autre part, il me faut relever que je considère particulièrement dans cette partie la notion de prévention, car elle s'articule très finement avec le concept de promotion de la santé et m'est apparue comme un seul fil rouge tout au long de mon interprétation du Programme Cantonal. Cependant, le PC distingue ces deux notions et le document du CRIPE concernant les prestations des IPE relève que « la distinction entre les

⁷¹ Le document peut être trouvé actuellement online sur le Site Web de l'AVASAD, http://www.avasad.ch/jcms/svm_7924/fr/definition-des-prestations-pour-l-activite-de-l-infirmiere-petite-enfance-dans-le-canton-de-vaud?details=true

⁷² Définitions qui selon le document s'appuient sur celles « données dans le Cadre cantonal pour la promotion de la santé et de la prévention – 2002-2007 et dans l'exposé des motifs de la nouvelle Loi sur la protection des mineurs (LProMin) » de 2004 (Programme Cantonal, 2009:6).

divers niveaux de prévention et la promotion de la santé est avant tout théorique, de nombreux chevauchements ayant lieu dans la pratique » (2005:6).

Si Tillard s'intéresse à la prévention sanitaire à travers l'étude d'archives s'étalant sur soixante années (de 1942 à 2002), elle en dégage des recommandations inscrites dans des thématiques plus générales qui, adressées aux futurs parents et parents, rejoignent complètement le « langage préventif » (Tillard, 2007) utilisé dans le PC et les thématiques abordées dans le document du CRIPE concernant les prestations des IPE. Tillard relève que les différents arguments mobilisés pour justifier les pratiques préventives auprès des parents se chevauchent à travers plusieurs registres (2007:18). Elle met en avant cinq types d'argumentations utilisées que je peux mettre en lien avec celles avancées par le Programme Cantonal. Il s'agit tout d'abord de « la survie et la santé de l'enfant » qui, en tant qu'argument préventif principal, suggère, voire recommande des « comportements » permettant de protéger la santé ou la vie des enfants (id.:16). Tillard, tout comme je l'ai relevé avec Dozon (2001) aussi, souligne qu'à ce titre, la prévention se fait le reflet d'un principe universel, même si celui-ci varie selon les contextes, à savoir donner un sens à « différentes formes de malheur », dont celles qui touchent la vie des êtres humains (Tillard, 2007:16⁷³). Un intérêt particulier est souvent porté aux nourrissons et jeunes enfants, perçus comme plus vulnérables, car leur vie est représentée comme « fixée de manière encore incertaine au monde des vivants » (id.⁷⁴). Si les arguments concernant la survie des enfants étaient déjà centraux au 19^{ème} siècle, ils le sont toujours actuellement, tout en utilisant des données différentes comme les statistiques ou les données épidémiologiques. Dans le PC sont utilisées à la fois des statistiques⁷⁵ et des données issues d'études scientifiques (que l'on peut comparer avec des données épidémiologiques) suisses et internationales (2009:9). L'enfance est traitée comme axe principal de la prévention « primaire ». Les parents sont aussi compris dans les démarches préventives et de promotion de la santé, mais plutôt en tant qu'acteurs à soutenir ou à accompagner afin qu'ils puissent « mobiliser » leurs « ressources » dans le but de répondre « efficacement aux besoins de leurs enfants » (id.:12).

Dans le deuxième argumentatif décrit par Tillard, « naturalisme et bon sens », je constate que la question du naturalisme ne ressort pas directement dans le programme. Cependant, les valeurs liées au naturalisme, soit l'évidence biologique comme élément d'interprétation, sous-

⁷³ Tillard se réfère ici aux auteurs : Augé et Herzlich, 1984.

⁷⁴ Tillard se réfère ici aux auteurs : Arnaud, 1999 ; Loux, 1978

⁷⁵ Soit directement, soit indirectement à travers les références mobilisées sous forme de recherches ou de documents officiels.

tendent toujours les représentations, accompagnées de nos jours par d'autres éléments comme la « qualité, la sécurité, l'économie, la relation » (Tillard, id.:17). L'exemple de l'allaitement maternel est assez parlant dans le sens où il est le mode de nourrissage préféré et valorisé par les IPE dans leurs pratiques, mais aussi dans les cadres de références qui les définissent. Si l'on se souvient des discours nationaux sur l'allaitement et ceux des groupes pro-allaitement, il est un processus « naturel » ou physiologique, mais permet aussi d'assurer le développement de liens particulier avec la mère (et donc une certaine sécurité pour l'enfant), il est l'aliment de qualité par excellence, tout comme il est avantageux sur le plan économiquement. Concernant le « bon sens », je laisse cette thématique de côté car elle ne me semble pas apparente dans les documents auxquels je me réfère.

La troisième argumentation concerne la « morale » et les « obligations parentales » (id.). La prévention, selon Tillard, comporte des implicites qui font référence aux droits de l'enfant et aux devoirs des parents envers ce dernier (id.). L'alimentation ou la lutte contre la maltraitance figurent comme exemples, car ils sous-entendent que les parents se doivent d'assurer à leurs enfants des conditions favorables à « leur développement harmonieux, tant physiquement que psychologiquement » (id.), ou dans le programme « favoriser son développement physique, psycho-affectif et social harmonieux » (PC, 2009 :7). Ceci s'applique particulièrement bien au document du PC. Premièrement, l'élaboration du programme a impliqué directement des acteurs des services de protection de la jeunesse (SPJ), soit des acteurs déjà engagés dans la protection des mineurs et donc concernés par les droits de l'enfant. D'autre part, les implicites concernant la responsabilité des parents, soit leurs devoirs envers leurs enfants, correspondent dans le PC souvent au « rôle » qu'ils ont à remplir. On retrouve ces implicites dans différents développements, notamment lorsqu'il est dit : malgré le fait que les parents soient considérés comme « a priori (...) responsables et capables », ils ont besoin de « coups de pouce », ceci afin de pouvoir « assumer leur rôle parental » ; ils ne sont cependant « pas toujours préparés à assumer leur nouveau rôle » ; les prestations visent à « mobiliser les ressources familiales » afin qu'elles puissent « répondre efficacement aux besoins de leurs enfants » ; parmi les axes d'intervention proposés on retrouve « le lien parental », « le développement de l'enfant », la « lutte contre l'isolement des parents » ; parmi les objectifs préventifs des IPE, on trouve le souci d'encourager « les comportements constructifs ». Ainsi, ces rappels des obligations parentales se déploient pour convaincre (Tillard, 2007:19) et justifier les interventions préventives. Les arguments comportent cependant eux-aussi certaines « ambivalences dans la manière d'aborder le rôle de la prévention, tantôt affichant des objectifs de soutien et d'aide aux parents, tantôt rejetant sur

eux la responsabilité des maladies et accidents » (id.). La prévention se veut « positive » (id.), ce qui se traduit dans le PC par une volonté de ne pas entrer dans une « logique d'assistance », mais de mobilisation des ressources parentales, ni dans une démarche « sélective » ou « stigmatisante » (PC, 2009:12), tout en « pointant les défaillances et non les compétences parentales » (Tillard, id.:19), comme c'est également le cas dans le programme. Ce qui est bien représenté par exemple à travers l'utilisation de termes tels que « familles en difficulté », « isolement des parents », « augmentation des familles « en risque » » ; « familles en situations précaires » ; « familles vulnérables » ; « mauvais traitements » ; « difficultés parentales » ; « soucis » ; « problèmes » ; « difficultés psychosociales des parents » ; « isolement familial » ; « maltraitance » (à plusieurs reprises) ; « négligence » ; « problèmes d'adaptation après la naissance d'un enfant » (chez les mères) ; « difficultés avec leur compagnon » (pour les mères) ; « obstacles dans la gestion de leur temps » (aussi pour les mères) ; « intervenir avant que l'enfant ne soit en danger » (PC, 2009). Il faut d'autre part souligner que ces termes sont des constructions spécifiques politiques et institutionnelles qui ne sont valables que dans un certain contexte. Comme le démontre par exemple Dykes pour la question de vulnérabilité émotionnelle des mères (2006:177), considérées après une naissance comme plus vulnérables. Cette vulnérabilité dépendant cependant des contextes dans laquelle elle prend forme et de constructions plurielles qui lui sont liées.

Concernant les derniers arguments mis en lumière par Tillard, « bien-être », « sécurité », « confort » et « arguments psychologiques », je les traite ensemble car ils se chevauchent souvent et parce qu'ils s'articulent autour des risques pour la vie et la santé des enfants et les arguments psychologiques (2007:17). Si la référence au confort est apparue avec « la question du tabagisme » (id.), elle se présente, avec celle liée au bien-être et à la sécurité, dans le cadre de la prévention et de la promotion de la santé, sous la forme d'actions qui prennent en compte de « nouvelles formes d'accomplissement des parents » et qui considèrent les besoins des parents (id.). On le remarque notamment lorsque le PC parle de « protection maternelle » ; « des besoins de la population » ; « des besoins des familles » ; du « bien-être familial » ; « autonomie » et « dignité » retrouvées pour les familles en difficulté ; en « faveur des parents » ; pouvoir être « confortés », « conseillés et orientés » ; offrir aux parents des « sécurités » et des « relais » ; « renforcer les compétences individuelles » et améliorer les « conditions de vie » (PC, 2009).

Enfin, les arguments mobilisés se rapportant à des savoirs liés à la psychologie concernent le plus souvent le développement de l'enfant et les impacts des relations entre parents et enfants sur son développement (Tillard, id.:18). Des facteurs de risques dits « relationnels »

apparaissent dans une aire où la psychologie devient particulièrement importante dans le domaine de la puériculture, sous les effets par exemple des travaux de Françoise Dolto dans les années 80 (id.). L'enfant est reconnu comme acteur à part entière dans les relations et plus tard, dans les années 90, c'est le « soutien à la parentalité » et l'accompagnement des parents qui se dégage. Ainsi, les relations parents-enfants sont observées à travers de nouveaux prismes factoriels et circonstanciels qui mettent en exergue différentes problématiques tels que « la mauvaise qualité des relations parents-enfants » ou « la perturbation momentanée ou durable de l'équilibre familial » (id.). Celles-ci doivent être traitées à travers la reconnaissance et la connaissance de l'univers infantile et des besoins psychomoteurs des enfants, ainsi qu'à travers une stimulation de la « communication parents-enfants », une « attitude de partage » quant aux risques et une suggestion de « l'enfant comme partenaire » (id.). Cela apparaît très clairement tout au long de l'argumentatif du programme qui dégage différents besoins chez l'enfant et qui argumente en faveur d'un « soutien à la parentalité », d'un « accompagnement », de « coups de pouce », de l'« aide », de « conseils », d'« orientation », de réconfort ou d'interventions « plus ou moins spécialisées », mise en « œuvre d'actions », « prestations offertes », « objectifs de santé », « support social », de « mesures » ou de « programmes de prévention primaire » (PC, 2009).

Tillard résume l'évolution des messages de prévention comme une « obligation à la responsabilisation ». Par ailleurs, si la prévention s'adressait dans un premier temps uniquement aux mères, elle s'est tournée petit à petit vers les « parents », alors que les réflexions préventives, de façon plus générale, se dirigent de plus en plus vers une « individualisation de la responsabilité » associée à une « gestion collective de la santé » (2007:20). Cependant, l'obligation à la responsabilisation ne passe plus par le ton du « commandement » mais plutôt par celui de « la persuasion » (id.). Les recommandations continuent à inciter, voire parfois à contraindre (comme c'est le cas pour les vaccinations parfois ou lors de signalisation de cas de maltraitance par exemple), les familles d'adopter les « bons » comportements, tant pour leur propre confort que pour la protection ou la sécurité de leur enfant et de sa santé, en faisant appel à leur sens des responsabilités (id.). Ce sont les professionnels et professionnelles qui sont chargés de retransmettre ces recommandations auprès des parents, et si « ces incitations s'insinuent dans le quotidien des familles », il va sans dire que la plupart des familles y adhèrent, sans quoi les parents pourraient être perçus comme de mauvais parents (id.). Ainsi, ces obligations à la responsabilisation constituent des processus « dans lesquels se trouvent mis en relation, d'un côté, la légitimité croissante de

l'Etat comme détenant le monopole de la régulation sociale, et de l'autre, l'intériorisation toujours plus grande de valeurs privilégiant la maîtrise de soi » (Fassin et Dozon, 2001:357). Il s'agira maintenant de montrer comment, « malgré un accord sur certains éléments centraux » (Tillard, id.:21), différents courants cohabitent au sein de la santé publique en général, mais aussi au sein des différents « groupes professionnels »⁷⁶ qui « véhiculent des principes sensiblement différents et insistent parfois sur les mêmes précautions en mobilisant des arguments distincts » (id.). Ceci notamment à travers les pratiques qui entourent l'allaitement maternel, comme j'ai pu le constater lors de la construction des matériaux empiriques. D'autre part, si les cadres de références concernant par exemple les prestations et l'activité des IPE sont très détaillés et structurés, et qu'ils forment des cadres sur lesquels les pratiques doivent se construire, impliquant ainsi des espaces contraignants pour les professionnels et professionnelles tout comme ils permettent des espaces de « liberté », force est de constater que, sur le « terrain », la complexité des contextes, des interactions et la construction des relations entre différents groupes, professionnelles, professionnels, parents, enfants et entourage proche induisent des processus, des expériences et des pratiques complexes qui vont bien au-delà de recommandations ou de prestations de prévention et de promotion de la santé. Traduit, peut-être, dans le document qui définit les prestations pour l'activité des IPE, par « savoir-faire et savoir-être » dont « l'empowerment » fait figure de concept central (2005:23). Je prêterai attention à ces conceptions liées à l'activité professionnelle des IPE, tout en m'en écartant cependant, afin de laisser place aux expériences vécues et aux pratiques observées, reconstruites dans les matériaux ethnographiques et autoethnographiques, les expériences matérielles liées aux corporalités féminines prenant la forme d'expérience centrales pour les femmes et dans les pratiques des professionnelles. Ainsi, mon objectif est de démontrer non seulement que les pratiques professionnelles sont complexes, mais surtout de relever la centralité des échanges et des rencontres dans les pratiques professionnelles et les relations qui s'instaurent entre différents êtres humains dans les expériences vécues, tout en créant des liens avec la multiplicité d'expériences déjà vécues. Ceci, bien plus que la transmission de techniques ou de savoirs, qu'il s'agisse de « savoir-faire », de « savoir-être », de savoirs théoriques ou empiriques. Ce qui va donc guider maintenant l'interprétation des matériaux, ce sont en effet les expériences vécues entre professionnelles IPE et femmes, bien sûr inséparables de l'entourage de ces dernières et dans des contextes particuliers, comme « lieux de production de savoir » (Pink,

⁷⁶ Pour reprendre l'expression de Burton-Jeangros, Hammer et Maffi (2014:12).

2000:102) ou plutôt comme processus de productions de savoirs. La particularité qui se dégage toutefois des matériaux relève d'expériences concernant la matérialité des corps féminins et comment ces expériences permettent à l'allaitement maternel de « prendre corps ». Je me distancie ainsi également d'une approche spécialement centrée sur l'enfant, comme c'est le cas dans les propositions discursives des documents abordés précédemment et également parfois dans les pratiques des IPE, pour me concentrer sur les expériences féminines.

Chapitre 4 : Quand l'allaitement maternel « prend corps »

« Je ne crois pas qu'il puisse y avoir quelque processus de pensée que ce soit sans expérience personnelle. » (Hannah Arendt, 1964⁷⁷)

Pratiques et expériences professionnelles : savoirs empiriques et savoirs théoriques

J'aimerais débiter ce chapitre en indiquant comment, en passant de la lecture du Programme Cantonal à celle du document du CRIPE, on est amené d'un document dont le « cadre » se veut « volontairement général » (2006:12) à un autre qui détaille plus spécifiquement une activité professionnelle. Si l'un et l'autre s'appuient sur les mêmes définitions de la prévention primaire et de la promotion de la santé, « afin d'assurer une cohérence au niveau cantonal » (CRIPE, 2005:7), on remarque que le document du CRIPE apporte de nouveaux éléments. Il propose d'autres définitions de la prévention primaire et de promotion de la santé qui ne sont finalement pas retenues. Par ailleurs, la santé communautaire est proposée comme approche parallèle, soulignant que les équipes dans le cadre de leur travail font « largement appel à la participation active de la population » (id.) et que cela implique une « dynamique sociale au sein de la communauté » (id.). L'approche systémique est aussi mobilisée, tout comme l'empowerment⁷⁸, tous deux « piliers » centraux « de la pratique des IPE », avec la promotion de la santé et la prévention primaire. Cependant, tout comme dans le PC, on observe qu'il existe des ambivalences persistantes entre la volonté de ne pas assister les individus ou les populations, en répondant à leurs besoins, tout en délivrant cependant des prestations laissant présumer que les parents, les familles, ont besoin d'être conseillées, soutenues, accompagnées, encouragées. Je me permets ici un lien avec les recherches de Maffi (2014) sur les cours de préparation à la naissance, qui s'inscrivent eux aussi dans le contexte de la santé publique de façon générale, mais aussi dans un certain contexte médicalisé. Elle relève que les cours globalement « partent du présupposé que les femmes et

⁷⁷ Tiré d'un article du Magazine *Philosophie*, Hors-série, n°28, février-avril 2016, p.23 : « Extrait d'un entretien publié en français en juin 1980 dans la revue *Esprit*, n°6, issu de la réédition dans le n°42 d'*Esprit* de juin 1985, traduit de l'allemand par Sylvie Courtine-Denamy, pp. 20-38 ».

⁷⁸ Défini comme visant à « favoriser le déclenchement d'un processus qui permette aux individus/familles, dans un contexte socioculturel particulier, de mettre en valeur leurs ressources personnelles, organisationnelles et communautaires » (2005:8).

leurs partenaires ne sont pas suffisamment informés, compétents, capables de se comporter correctement et qu'ils ne savent pas mobiliser leurs ressources pour faire face aux différents moments que la naissance de leur enfant comporte » (2014 :188). Dans le cadre de l'activité des IPE, telle qu'elle est définie par le document du CRIPE, les mêmes constatations peuvent être mises en évidence. En effet, ce sont bien les IPE qui vont vers les parents et qui, malgré le fait qu'il leur soit impératif de répondre en priorité à leurs questions (CRIPE, id.:24), se doivent aussi de « favoriser », « faciliter », « informer », « éduquer », « transmettre des messages spontanés de prévention », « chercher des solutions », « aider à développer », « améliorer », « préserver la santé de l'enfant », « augmenter la fréquence et la durée de l'allaitement », « identifier les enfants qui s'écartent de la norme du développement staturo-pondéral et psychomoteur », « diminuer », « prévenir les risques », etc. (CRIPE, 2005) Une liste impressionnante de compétences qui cependant, si elles se situent dans les interactions, n'en sont pas moins des interventions et des actions ayant pour objectif la transmission de « messages » promotionnels d'une certaine santé et préventifs, soit la transmission de valeurs morales, de normes et de représentations. Ces transmissions visent l'*efficacité*, afin de *prouver* que les actions entreprises sont justifiables, ceci à travers les *évaluations*. Ainsi, on peut se demander si les « besoins » parentaux, identifiés comme tels, ne sont pas des besoins construits en faveur de politiques de santé privilégiant la réduction de risques hypothétiques. Cependant, la question n'est pas de savoir quels sont les besoins identifiés et les besoins construits, mais de comprendre qu'est-ce que cela implique dans les relations entre professionnels, professionnelles de la santé et individus auxquels ils s'adressent. Ce qu'il me semble ainsi important à mettre en valeur, ce sont que les activités professionnelles des IPE sont plutôt tournées vers des accompagnements d'expertise, ou d'experts (Maffi, 2014:189), dont les attitudes expertes visent à guider (id.) les parents vers des objectifs de santé publique, se situant non seulement aux abords de savoirs multiples (expérientiels, scientifiques, statistiques, biomédicaux, etc.), mais aussi de réelles politiques de santé. Politiques de santé dont la finalité, rappelons-le, est la « gestion rationnelle des risques » et dont la notion de santé « est le lieu d'expression du développement social et économique, un marqueur fondamental de la richesse et du développement des nations » (Massé, 2001:45).

Les expériences des femmes et des professionnelles que l'on trouve dans les matériaux empiriques de cette recherche nous apportent encore un élément de compréhension supplémentaire. Elles nous forcent à nous intéresser non seulement aux contextes multiples qui entourent les expériences individuelles, seul niveau appréhendé dans le PC et le document du CRIPE, mais aussi à comprendre comment elles s'inscrivent dans des contextes plus larges

de représentations et de normes spécifiques. Les expériences d'allaitement maternel des femmes et les pratiques professionnelles des IPE m'ont permis d'aborder notamment la médicalisation de l'allaitement à travers une biomédecine et une technologisation des pratiques de plus en plus interventionniste, construisant des croyances médicales concurrentes, pourtant existant parallèlement chez de nombreux praticiens et praticiennes comme la commercialisation des laits dits en poudre et les représentations qui lui sont liées, la dichotomisation du lait maternel entre nature et culture et l'émergence de la sexualisation des seins féminins entraînant de nouveaux regards sur les pratiques d'allaitement tout en les modifiant. Ces apports montrent que les « besoins » parentaux, identifiés comme tels à travers les discours transmis dans le PC et le document du CRIPE, s'inscrivent dans des contextes complexes, dépassant la sphère individuelle ou proche, qui participent à la construction de normes et de représentations qui font autorité. Dans ce sens, je tiens à dégager certains éléments qui me paraissent importants concernant les transformations liées aux pratiques d'allaitement dans notre contexte, qui me permettront ensuite de comprendre l'émergence de tensions au sein des expériences féminines, mais aussi professionnelles.

Les pratiques de nourrissage des enfants en Suisse, dont l'allaitement maternel, prennent forme le plus souvent au sein de contextes hospitaliers médicalisés et dont les pratiques professionnelles sont guidées par la technologisation (Dykes, 2006). En effet, « la très grande majorité des accouchements se déroule dans le cadre d'un séjour stationnaire à l'hôpital, avec seulement 1,2% d'entre eux qui sont réalisés de manière ambulatoire, à domicile ou en maison de naissance⁷⁹ » (Burton-Jeangros, Hammer, Maffi, 2014:10). De même que la médicalisation de la grossesse et de la naissance a été largement critiquée (Jordan 1978 ; Rothman Katz 1982 ; Oakley 1980 et 1984 ; Martin 1987 ; Davis-Floyd 1992⁸⁰), l'allaitement peut s'inscrire également dans ces mouvements de pensées critiques. Toutefois, la grossesse et la naissance sont aujourd'hui, plus que jamais, entourées par des pratiques professionnelles et un ensemble conséquent de savoirs scientifiques, permettant de dire qu'elles sont largement médicalisées (Burton-Jeangros, Hammer, Maffi, 2014:8;10). Il faut rappeler cependant que durant plusieurs siècles, elles ont été expérimentées en tant qu'événements sociaux à travers une prise en charge communautaire et accompagnées par des matrones puis des sages-femmes (id.:8). D'importantes transformations se sont ensuite opérées, notamment au 19^{ème} siècle

⁷⁹ Référence citée ici par les auteures-s : OFSP, 2013.

⁸⁰ Je reprends ici les références citées par Burton-Jeangros, Hammer, Maffi, (2014:9).

avec l'édification de la « gynécologie-obstétrique » comme spécialité médicale, et le déplacement des accouchements du domicile aux contextes hospitaliers, au début du 20^{ème} siècle (id.), les pratiques ayant elles aussi suivi le même mouvement, passant des sages-femmes aux médecins. Ces mécanismes ont engendré de nouvelles pratiques aussi concernant l'allaitement maternel, qui est devenu « institutionnellement régulé » (Dykes, 2006:26). Il faut toutefois nuancer le fait que l'allaitement, comme je l'ai montré en début de recherche, même s'il appartenait au « domaine féminin » (id.:27), a pendant longtemps été lié à des décisions masculines, celles des pères de famille, tout comme il a fait l'objet d'une attention particulière de la part de nombreux médecins et philosophes qui veillaient à transmettre leurs prises de positions sur la question, démontrant comment les changements de « modes » concernant les pratiques de nourrissage sont fortement liées aux façons dont les êtres humains pensent la nature, la culture et la science dans des périodes données (Carter, 1995, citée par Dykes, id.:27). L'intérêt grandissant des scientifiques, du monde médical et des gouvernements envers les pratiques de nourrissage a coïncidé avec la volonté de diminuer la mortalité infantile, d'augmenter le taux de travailleurs et travailleuses en « bonne santé » voués à la production et une remise en question scientifique tout d'abord des pratiques féminines de nourrissage (notamment la mise en nourrice), mais aussi de la qualité du lait maternel (Dykes, id.:27). Cette polarisation des intérêts a contribué à l'apparition de nouvelles représentations quant à l'allaitement et au lait maternel. Si le lait maternel était toujours considéré comme « naturel » et, en soi, le meilleur des aliments pour nourrissons, l'allaitement est devenu une pratique accessible seulement à certaines femmes, soit celles qui pouvaient produire suffisamment de lait, laissant de côté les autres pour de multiples « raisons médicales » (id.). Ainsi, la « lactation humaine » est devenue et demeure toujours, telle une certitude culturelle, une fonction corporelle peu fiable (Wolf, 2000, citée par Dykes, id.), qu'il s'agit, selon les exigences médicales, de superviser, tout en régulant les corps féminins (Dykes, id.:31, Lupton, 2011). L'approche autoritaire médicale et technique de l'allaitement l'a aussi éloigné des corps féminins, traité au cours du 20^{ème} siècle à travers des principes de temporalité linéaire, de production et de contrôles relatifs aux sociétés industrielles et patriarcales (id.). Les notions d'hygiène ont elles aussi contribué à instaurer des conséquences préjudiciables à la mise en place de l'allaitement maternel. C'est entre autre le développement des nurseries dans les hôpitaux et la séparation des nourrissons de leurs mères qui ont accéléré ces effets. La « combinaison » de tous ces éléments a par ailleurs alimenté chez les femmes des sentiments de perte de confiance en soi et en leur habilité à allaiter (Fisher, 1985 ; Palmer, 1993, citées dans Dykes, id.:32), tout comme la technologisation des pratiques a éloigné les

femmes de leur corporalité et des connaissances qui lui sont liées. La commercialisation du lait en poudre a spécialement renforcé ces sentiments. Les messages transmis par la publicité commerciale ont pendant longtemps reflété l'idée que l'allaitement était sujet à défaillance, banal, dépassé et primitif, alors que l'alimentation au biberon était reliée à des images positives du consumérisme et de la libération des femmes (Dykes, id.:32). Replaçant, entre autre, l'allaitement aux confins des représentations séparant nature de culture. Les mouvements économiques liés au lait en poudre ont amené les fabricants à pousser les portes des maternités en proposant des échantillons gratuits, en faisant la promotion de leurs produits et en « courtisant » les médecins au travers d'incitations financières. D'un autre côté, les médecins profitaient des bénéfices de ces relations commerciales dans le sens où les fabricants ont considérablement mis en valeur l'importance des suivis médicaux (id.:33). Les stratégies marketing ont été considérables, allant même jusqu'à participer à la conception des hôpitaux, influençant la mise en place de nurseries les plus éloignées possible des chambres des mères (id.:34). Il va sans dire que ces influences ont contribué à modifier les pratiques, à normaliser l'alimentation au biberon et à rendre l'allaitement beaucoup moins attractif qu'il ne l'était, d'autant plus que le lait en poudre a de plus en plus été associé aux insuffisances de l'allaitement, tel qu'il pouvait tout aussi bien contribuer à la bonne santé des enfants et à leur croissance optimale (id.). Les femmes notamment ont elles aussi associé de plus en plus le lait en poudre et le biberon à des pratiques pouvant être contrôlées (et mesurées) et à des représentations liées à la modernité, au progrès et à l'autonomie, leur évitant parfois aussi de se soumettre aux contraintes des « bonnes pratiques » (liées par exemple à l'alimentation) édictées socialement, médicalement et politiquement. Pour finir, on peut relever, comme je l'ai déjà fait, la récente et considérable sexualisation des seins féminins dans les sociétés occidentales associée à la « naturalité » de l'allaitement, images particulièrement dissonantes, qui ensemble ont contribué à créer chez les femmes des sentiments contradictoires, d'embarras, voire d'anxiété (id.:35). Ainsi, la prise en compte de ces quelques éléments contextuels nous amène à penser aux « besoins » des parents, non pas comme des problématiques liées uniquement à des situations individuelles ou dépendant du contexte proche, mais comme des processus de constructions sociales complexes et aux influences diverses.

Discours et pratiques préventives : entre négociations et prescriptions

Après plusieurs mois de rencontres, tout d'abord avec Anne à domicile, puis avec d'autres professionnelles dans le cadre des rencontres-consultation avec notre fille, pour ensuite y

venir pour ma recherche rencontrer des parents, après de longues heures de discussions avec Anne et avec ses collègues, je dois dire que je suis très admirative du travail effectué par les IPE. J'ai fréquemment relevé dans mes notes, le calme de la voix, des gestes, la douceur mais aussi parfois l'assurance réconfortante des mots, l'écoute attentive, les regards échangés directs et francs. Dans chaque situation de rencontre, c'est la même impression qui demeure et il y a, même lors des journées de grande fréquentation et de bruits multiples, une certaine sérénité dans les échanges et quelque chose de rassurant à cela. Au fur et à mesure, on remarque que de nombreuses femmes reviennent, de façon plus ou moins régulière, à l'espace rencontres-consultation et que, si l'on observe plus attentivement les échanges qui se déroulent entre les professionnelles et les femmes dans ce lieu, il est possible de dire que les liens qui se créent le plus souvent avec les parents sont importants, tant ils se reflètent à travers les mots échangés. Sur le ton de la confiance, de l'humour, de l'intimité ou sur des tons plus personnels, comme de vieilles connaissances qui se retrouvent. Je n'ai jamais ressenti de personnes mal à l'aise dans les rencontres et au contraire, si j'ai parfois eu l'impression de déranger ou de perturber les relations, c'est parce que je pénétrais dans cette sphère relationnelle si particulière, de qualité. Si j'insiste sur ces observations, c'est aussi pour relever que le temps accordé aux parents par les professionnelles de ce lieu est très important. Très souvent, les femmes m'ont relaté comment à la maternité elles avaient eu l'impression de ne pas être écoutées ou que les professionnels et professionnelles n'avaient pas eu le temps de leur expliquer (pour l'allaitement par exemple), qu'elles avaient reçu tellement de conseils différents qu'elles s'étaient senties perdues. Selon une maman rencontrée par exemple, malgré le fait que l'accouchement se soit déroulé dans une clinique privée vaudoise, elle n'a pas reçu les explications qu'elle aurait souhaitées par rapport à l'allaitement, allaitement pour lequel elle aurait aimé « recevoir de l'aide, soit des sages-femmes, soit du médecin gynécologue ». Une autre mère, me faisant part de son expérience lors de ses deux accouchements, qui se sont déroulés dans le cadre d'un hôpital vaudois « Reconnu d'Intérêt Public » (RIP), relevait elle aussi que, malgré le fait qu'elle avait « beaucoup de difficultés à allaiter », personne à la maternité ne l'a « aidée ». « J'avais même des crevasses, puis des hématomes aux seins ». Elle s'est beaucoup « culpabilisée » de ne pas arriver à allaiter, mais « j'ai pris sur moi », dit-elle. La maman répète aussi plusieurs fois qu'elle n'a reçu « aucune aide », que « personne n'est venu vers moi pour m'aider ». Alors que, dans le contexte des visites à domicile, les professionnelles peuvent souvent prendre le temps de rencontrer les parents ou de vivre avec eux des expériences, comme parfois dans celui du lieu des rencontres-consultation, ceci n'est souvent pas possible dans le contexte des

maternités. « On m'aidait bien, mais j'avais l'impression qu'elles venaient (les professionnelles), elles plaçaient le bébé...et repartaient ». « Mon enfant avait tendance à bouger alors j'essayais de me débrouiller », relevait une maman qui, malgré un discours nuancé sur son expérience dans une maternité vaudoise, remarque le peu de temps qui lui a été accordé en regard d'une expérience si singulière. Plusieurs auteures et auteurs ont montré comment les notions de temporalités peuvent effectivement varier, non seulement suivant les contextes mais aussi selon les professions exercées, tout comme elles sont centrales dans les expériences d'allaitement (Dykes, 2006 ; Bartlett, 2010). En effet, alors que les expériences d'allaitement, comme celles de la grossesse et de la naissance, sont perçues dans les recherches qui s'intéressent à la maternité et au post-partum comme des périodes de « changements » et « d'ajustement temporels » en tant que passages transitionnels vers la maternité (Bartlett, 2010:223), certains auteurs relèvent que ces transitions sont des processus complexes souvent surprenants, voire pouvant désorienter les femmes dans leurs « habitudes », liées aux représentations sociales et culturelles occidentales comme la notion de prendre du temps pour soi et prendre soin de soi, qui correspond souvent à une idée de consommation de produits (comme le shopping) et de services (id.). Dans le contexte de nombreuses maternités, Dykes souligne que le soutien apporté aux femmes ainsi que les messages visant à les informer à propos de l'allaitement maternel sont concrétisés de façon « routinière, prescriptive » et « autoritaire », ne tenant pas compte des besoins individuels (2006:176). C'est également ce que j'ai pu remarquer à travers les divers récits qui m'ont été transmis tout au long de cette recherche. À l'image par exemple de cette amie qui m'a conté son expérience frustrante et décevante lors du suivi post-partum dans une maternité d'un hôpital RIP où les sages-femmes, surchargées par de trop nombreuses naissances, l'avaient abandonnée avec un simple papier résumant en quelques points l'allaitement maternel. Elle disposait de « vingt minutes pour le lire » et si après ce temps elle avait encore des questions, une sage-femme serait « à sa disposition ». Mais alors que la sage-femme lui demandait, sur le pas de la porte, si elle avait bien compris le document en question, et qu'elle répondait à peine « je crois que oui », elle se retrouvait à nouveau seule face à l'inconnu. Ce n'est qu'après la naissance de son second enfant en maison de naissance qu'elle « comprend ce que c'est d'allaiter », soit comment « s'y prendre » et vit plus sereinement cette expérience. J'ai relevé un autre point essentiel dans ces expériences féminines, à savoir la multitude d'informations différentes émanant des professionnelles et professionnels travaillant dans les maternités, toutes basées sur des interprétations différentes des normes concernant l'allaitement.

Ainsi, une femme me racontait aux rencontres-consultation,

« Comment chaque sage-femme côtoyée à la maternité lui donnait des conseils différents. Parfois, on lui conseillait de laisser le bébé au sein pendant vingt minutes, d'autres fois pendant quinze minutes ou encore pendant vingt minutes en tout pour les deux seins. Elle se sentait « perdue » par rapport à ces différentes informations, d'autant plus qu'elle entendait aussi celles transmises à sa voisine de chambre. Plus il y avait de conseils, moins elle savait ce qu'il fallait faire, laissant parfois son enfant au sein « pendant des heures » (Ethnographie, maman 17, mai 2014).

C'est aussi ce que rapporte la recherche de Marshall et al. dans le contexte du Royaume-Uni. En effet, les auteurs soulignent que certaines femmes rencontrées, notamment celles qui avaient traversé des difficultés pour allaiter les premiers jours après la naissance, avaient décrit avoir reçu des informations contradictoires ou un support inadéquat concernant les pratiques d'allaitement dans le contexte hospitalier. Les chercheurs mettent en évidence, par exemple, le cas d'une femme, Sally, qui s'exprime ainsi : « Chaque sage-femme qui venait avait une opinion différente sur ce qu'il fallait faire et c'était beaucoup trop confus » (2007:2152). D'autre part, les réactions mitigées des femmes concernant les pratiques professionnelles de certaines sages-femmes, notamment celles qui plaçaient le bébé au sein sans expliquer leurs gestes ou qui donnaient des instructions sans en donner le sens, avaient provoqué parfois des résistances ou des incompréhensions chez les mères.

Je me suis trouvée pareillement désemparée dans le contexte post-partum d'un hôpital vaudois RIP, « face aux multiples conseils des sages-femmes concernant l'allaitement maternel », si bienveillants soient-ils. Pour certaines, il fallait positionner l'enfant de telle ou telle façon ou le laisser au sein « à la demande », alors que pour d'autres, les positions n'avaient aucune importance et qu'il valait mieux mettre l'enfant au sein selon des horaires préétablis. Une anecdote à ce titre a retenu mon attention. Alors que je questionnais la sage-femme sur ses conseils qui venaient contredire ceux de sa précédente collègue, elle me lance : « Mais qui c'est qui vous a dit ça ? Ah, c'est la collègue du bas ! Il ne faut pas l'écouter, elle n'y connaît rien, c'est pas son domaine ». En effet, souvent, sur les deux jours que j'ai passés à la maternité, les sages-femmes venaient vers moi en me disant que leurs collègues du « jour » ou « de la nuit », du « bas » ou du « haut » ne pensaient pas comme elles (Autoethnographie, 2014). Ainsi, les relations entre professionnelles-s et femmes dans ce contexte peuvent être comprises comme des transmissions à sens unique, soit des

transmissions de savoirs qui font autorité, des « expertes-s » aux femmes (Dykes, 2006:176), sans même prendre parfois en compte l'expérience des mères. Une maman rencontrée exprimait ainsi, aussi de façon gestuelle, comment à la clinique, le personnel s'était adressé à elle en lui disant : « ça doit venir de vous » (à propos de l'allaitement) et en même temps comment les sages-femmes étaient venues vers elle et lui avaient pressé plusieurs fois les seins sur les côtés pour « stimuler la lactation ». « C'était horrible, tellement douloureux », répète-elle plusieurs fois en me montrant comment elles appuyaient fortement. Et si ces savoirs font autorité, ce n'est pas parce qu'ils sont forcément « corrects », mais parce que leur force tient au fait qu'ils « comptent » (Jordan, 1997, citée par Dykes, id.) plus que d'autres savoirs tels que celui des expériences féminines. Au contraire, Anne et ses collègues, dans le contexte de leur activité professionnelle, peuvent prendre le temps (pas toujours, mais souvent) d'écouter, de partager des expériences avec les femmes. Leur approche est « centrée sur les personnes », de façon « dialogique » et « individualisée », permettant de reconnaître l'importance des savoirs « expérientiels » et « incorporés » des femmes (id.). Très souvent aussi, des femmes, seules ou avec leur conjoint, venaient aux rencontres-consultations avec leur(s) enfant(s) dans les bras, dans un couffin, portés dans une écharpe ou couchés dans une poussette, avec sur leurs lèvres des mots qui relataient toutes leurs difficultés, leurs douleurs, leur impression de ne pas faire « bien »⁸¹, de ne pas faire « juste » ou « pas assez ». A plusieurs occasions, des larmes ont coulé, les parents profitant d'un moment de répit et d'écoute pour se confier. De tout ce temps passé à côtoyer ces espaces d'échanges et d'interactions, il m'est apparu que les liens qui se construisaient, la confiance réciproque entre professionnelles et mères, l'intensité des rencontres, n'auraient pu exister si la centralité de ce qui se déroulait sous mes yeux n'avait été les expériences. Pour moi, l'essence même de ces rencontres se situait dans les moments présents, vécus ensemble, dans la qualité de ces expériences.

Transmission de savoirs et expériences professionnelles

Assurément, la transmission de savoirs est importante aussi, elle vient répondre aux objectifs de travail des professionnelles et apporte des réponses ou des satisfactions aux attentes des femmes et des hommes. Elle permet aux parents, à leur tour, de partager des savoirs et aux infirmières petite enfance de se questionner, de « se remettre en question » ou de « remettre en question leurs pratiques ». Ainsi, il me paraît important dans un premier temps de signifier

⁸¹ Tous les éléments signalés dans ce chapitre entre guillemets et qui ne sont pas des citations d'auteurs ou d'auteurs sont des extraits choisis de mes matériaux ethnographiques ou autoethnographiques.

la pluralité des savoirs mobilisés dans les rencontres et de comprendre comment ils sont négociés entre les professionnelles et les femmes, et comment, les activités professionnelles et les pratiques sont guidées par les cadres de référence du domaine petite enfance, prévention, promotion de la santé, recommandations médicales, en même temps que certaines de ces notions transmises sont remises en question ou relativisées selon les contextes, créant ainsi des espaces de dissonances. Si les multiples expériences professionnelles d'Anne, ses formations (de base ou continues), ses responsabilités professionnelles et l'ensemble de ses expériences personnelles constituent un bagage complexe et riche qu'elle transporte avec elle dans chacune de ses rencontres, il semble nécessaire de relever que, en tant qu'infirmière petite enfance, elle s'inscrit dans le domaine des professions médicales, de la santé et des soins. S'il serait trompeur de chercher à démontrer le caractère homogène des groupes professionnels (Burton-Jeangros, Hammer, Maffi, 2014:17) comme celui des infirmiers, infirmières, il faut relever que les cadres de référence qui se rattachent à cette profession sont empreints des discours biomédicaux dominants, certes disparates. Mais en m'intéressant de plus près aux pratiques et discours d'Anne, il est apparu que, si elle avait eu l'occasion de travailler dans des contextes hospitaliers, puis dans d'autres contextes, elle tirait de ces expériences différents constats. Premièrement, elle ne travaillait plus dans le milieu hospitalier, « je m'en suis éloignée depuis longtemps », milieu qu'elle perçoit maintenant comme particulièrement hiérarchisé. « Dans le milieu hospitalier, tu vois, tu es le patient, le côté d'égalité n'est pas le même. Celui qui a la blouse blanche a les connaissances et toi, tu écoutes ». Tout en étant critique face à ce milieu, Anne ne s'y oppose pas, mais nous suggère plutôt qu'à travers ses différentes expériences, elle se sent plus en accord avec son activité professionnelle actuelle. « Depuis, j'ai travaillé dans différents milieux et suivi des formations, plus autour de l'écoute, de l'empowerment. Histoire de ne pas être dans le *moi je sais, vous vous ne savez pas* ». « Quand on va à domicile, tu vas *chez* la personne. Déjà que le client t'ouvre sa porte, le but c'est de la maintenir ouverte. J'ai appris ça quand je faisais les soins à domicile (soins généraux) ». Puis, en lui posant la question du terme utilisé, *client*, Anne me répond :

« Dans le contexte des soins à domicile on parle de clients, parce que l'on délivre des prestations remboursées par les assurances. Tandis que lorsque l'on rencontre les parents à domicile (dans le cadre des rencontres-consultation), on ne les qualifie pas de clients car on ne délivre pas de prestations. C'est de l'accompagnement, c'est un

soutien et les personnes ont le choix de refuser ou d'accepter cette proposition d'aide » (Ethnographie, Janvier 2015).

Il est intéressant de remarquer comment Anne interprète son activité actuelle. Si en effet, elle la présente comme non prestataire, alors qu'elle relie ce terme à des prestations remboursées par les assurances, elle s'écarte toutefois des termes employés par le document du CRIPE de 2005, soit la définition des *prestations* de l'activité des IPE. D'autre part, Anne m'explique comment elle conçoit son activité, « notre rôle c'est de valoriser la personne, qu'elle n'ait pas le sentiment d'être nulle. Aussi parce que sinon elle n'osera plus demander de l'aide »⁸². « Parfois, il est difficile d'aborder certain sujets, le but n'étant pas d'angoisser les parents. Je leur dit par exemple, vous voyez, vous faites déjà plein de choses concernant la prévention, c'est super ». On comprend là déjà les prémices d'un entre-deux, soit la valorisation et le soutien des personnes, en même temps qu'il faut aux IPE travailler dans le sens où les personnes continuent à leur demander de l'aide tout en leur transmettant des messages de prévention primaire.

Négociations autour de savoirs qui font autorité

Dans un deuxième temps, il a été parfois question, lors des rencontres, de décalages ou de négociations entre ce que les discours biomédicaux généraux conseillent en termes de recommandations et ce qu'Anne ou ses collègues suggèrent aux parents. Le premier exemple concerne les recommandations liées au sommeil. Alors que j'ai moi-même fait l'expérience pendant longtemps d'amis ou d'amies, de rencontres ou de connaissances qui nous demandaient si notre enfant « passait » bien ses nuits, je me suis rendu compte sur le « terrain » que de nombreuses femmes se sentaient elles aussi concernées par la question du sommeil de leur(s) enfant(s). À plusieurs reprises, j'ai notamment été interpellée par les liens qui étaient fait entre poids de l'enfant, lait maternel et sommeil. Ainsi, une mère disait, « je me demande si ma fille a assez (par rapport à la quantité de lait maternel) car elle se réveille la nuit » ; Une autre se disait très inquiète parce que son enfant ne « dort pas la nuit alors qu'il a pris du poids ». Ayant essayé de donner sa fille à garder la nuit à ses parents et beaux-parents, la maman explique qu'elle avait réussi à « tirer 130 millilitres de lait à l'aide d'un tire-lait. Mais est-ce assez ? » Demandait-elle à l'infirmière. Une femme et ses trois enfants, dont elle avait allaité le premier sept mois et le deuxième quatorze, rencontrant Françoise⁸³, lui demandait, « je ne sais pas s'il ne manque pas de lait le soir, car il est nerveux avant de

⁸² Les extraits cités ici sont tous tirés des matériaux empiriques.

⁸³ Collègue IPE d'Anne

dormir. Avant j'avais beaucoup de lait, mais maintenant, j'ai l'impression de ne pas en avoir assez », interrogeant l'IPE à propos de l'ajout d'un « complément » sous la forme de « lait en poudre » le soir, en plus de l'allaitement. Enfin, une mère qui échangeait autour des nuits de son enfant avec Anne était revenue sur le fait que sa fille se « réveille la nuit ». Ce à quoi Anne répond que cela peut être comme ne pas être un indice quant à savoir si son enfant a faim, s'il a assez mangé ou pas. En effet, Anne m'a souvent expliqué que le sommeil des enfants, surtout la nuit, était une thématique complexe pouvant dépendre de nombreux éléments. Selon elle, les normes actuelles transmises dans le milieu pédiatrique (en Suisse romande) concernant le sommeil préconisent que les enfants en bas âge dorment beaucoup, surtout la nuit. Mais il faut « relativiser » ces normes, car même si les laits en poudre mettent plus de temps à être digérés que le lait maternel et donc pourraient induire un sommeil plus long chez l'enfant, « cela n'est pas une règle. Il y a beaucoup d'autres facteurs qui interviennent dans les cycles de sommeil de l'enfant ». De plus, elle m'explique qu'il y a tout autant d'enfants nourris au lait maternel qu'au lait en poudre qui se réveillent la nuit. Selon Anne, « il faut essayer, il faut tester, il n'y a pas de recette miracle ». Elle ajoute encore que « finalement, qu'est-ce que cela dérange si l'enfant ne dort pas la nuit ? ». Même si la thématique du sommeil a fait son entrée dans « l'intimité des familles » au travers de recommandations préventives dès les années 80⁸⁴ et que de « nouveaux conseils sont donnés aux parents à propos du rythme de l'enfant dans sa vie quotidienne », comme les heures de coucher (Tillard, 2007:15), les IPE nuancent souvent ces « normes » sociales et biomédicales concernant le sommeil même de façon implicite. Anne, par exemple, aborde ainsi les expériences parentales comme des expériences complexes qui souvent déstabilisent les parents ou les inquiètent, selon une identification à des normes qui font autorité. Si les références aux recommandations médicales font partie intégrante de son travail, on remarque cependant dans cet exemple qu'elle s'en éloigne en faveur des parents, afin de les « soutenir » et de « relativiser » leurs expériences, parfois même à travers « l'humour ». Elle reste critique quant à des normes qui se transforment aussi dans le temps.

Un autre exemple me semble intéressant. Une matinée, alors que j'échangeais avec une femme, celle-ci me fait remarquer qu'elle va sûrement « devoir arrêter d'allaiter ». Interpellée, je lui demande pourquoi. Elle m'explique que son enfant « se réveille la nuit », et de ce fait elle le nourrit encore deux fois par nuit. Mais « il a des dents et la pédiatre m'a dit que ce n'est pas bien alors de l'allaiter la nuit car il peut avoir des caries aux dents ». Selon la

⁸⁴ Et qu'elle était déjà présente « dans les préoccupations hygiénistes » (Tillard, 2007:15).

professionnelle, la maman devrait en effet arrêter immédiatement d'allaiter son enfant la nuit afin de lui éviter tous risques de caries. Je note à ce propos que la maman était très perturbée par ce discours alarmiste et a rapidement entrepris d'arrêter les allaitements nocturnes. Cependant, me dit-elle, « mon enfant ne veut pas arrêter de téter la nuit ». Ainsi, selon la mère, la seule solution était de stopper totalement l'allaitement, le jour comme la nuit. Elle semblait cependant très triste. Reprenant cette expérience avec Anne, elle me dit avoir effectivement partagé avec deux autres femmes des récits identiques. Photos de dentitions infantiles rongées par les caries à l'appui, ce qui a provoqué un fort sentiment de peur chez une des mères, la pédiatre aurait conseillé à ces mères de ne plus allaiter la nuit. Anne me dit que « ces mamans désespérées sont arrivées à la permanence en disant que si elles devaient arrêter d'allaiter la nuit, elles arrêteraient d'allaiter tout court ». La pédiatre leur a demandé par ailleurs de s'adresser à l'infirmière pour leur expliquer comment sevrer leur enfant. Anne se questionne à ce propos et me demande si j'ai déjà entendu parler de caries liées à l'allaitement. En même temps elle relève que c'est « sympa » (sur un ton ironique) de renvoyer les mères vers elle de cette façon. Elle ajoute qu'elle se souvient d'un article qui spécifiait que le lait maternel ne faisait pas de caries, mais qu'elle doit avoir un appui « scientifique » pour pouvoir le « démontrer et en parler avec la pédiatre ». Ainsi, elle pense contacter un dentiste et rechercher des articles scientifiques sur la question. De mon côté je n'en ai pas trouvés et j'ai quitté le « terrain » avant d'avoir pu suivre l'évolution des événements. Cependant, le discours de la pédiatre m'a beaucoup interpellée et j'ai ressenti chez Anne une certaine position de retenue, voire de résistance quant à ces propos, virulents il faut le dire, et qui ont spécialement marqués les femmes. C'est ce jour-là que je me suis interrogée aussi quant au positionnement d'Anne et de ses collègues face aux parents. Si le cadre professionnel de leur activité les amène à devoir transmettre certains savoirs, notamment biomédicaux, leur démarche semble bien loin d'une démarche autoritaire et hiérarchique comme cela peut être le cas dans certains contextes médicaux. Effectivement, selon Jordan, il coexiste différents systèmes de savoirs dans tous les domaines, mais certains revêtent plus de poids. Ils peuvent être parfois légitimés de façon égalitaire, mais le plus souvent « une sorte de savoir » gagne en « ascendance » et de ce fait délégitime toutes autres formes de savoirs (1993:154). Si c'est bien d'un « processus social continu » qu'il s'agit, les savoirs qui font autorité sont considérés comme légitimes et officiels au sein de mêmes communautés de pratiques, et donc diffus au sens où ils paraissent « naturels », « raisonnables et construits de façon consensuelle » (id.:153). Ils n'« appartiennent » pas à des personnes en situation d'autorité, mais sont partagés tout en se faisant souvent l'expression de relations de

pouvoir ou de statuts d'expertise par exemple. On pourrait imaginer et interpréter ces différentes relations de savoir comme deux conceptions différentes de relations, soit des relations de savoirs « horizontales » ou alors « verticales ». Bien que ce modèle soit très schématique, il reflète en partie la façon dont les relations peuvent s'instaurer entre « patientes » et médecins lors d'un événement comme celui des caries. Les savoirs sont transmis de façon descendante, de l'experte à la patiente, et d'une façon autoritaire qui ne laisse la place à aucun autre savoir ou même à la possibilité de mettre en doute ce savoir. Même si les femmes qui reçoivent de tels messages de prévention ne sont pas passives face à eux, mais se les approprient et les réinterprètent (Fassin et Dozon, 2001), il va sans dire qu'il leur est difficile d'afficher des postures de résistance face à ces discours autoritaires. D'autre part, le statut d'autorité attribué très souvent socialement et professionnellement aux médecins en Suisse, nous signifie que leur autorité n'est que rarement remise en question par les patients et patientes. À l'opposé, dans un contexte différent, Anne et ses collègues remettent parfois en question cette autorité et la façon dont sont transmis les savoirs qui font autorité. Anne m'a souvent fait remarquer que, à l'hôpital par exemple, des médecins avaient conseillé une femme ou une autre sans prendre en compte le contexte de leur expérience globale, ou les avaient « mal conseillées pour des abcès par exemple », ou encore que, lorsque le médecin « a dit », les mamans « n'ont pas le réflexe de nous appeler » si elles ne sont pas en accord avec les décisions ou qu'elles vivent une expérience douloureuse. « Par exemple, une maman a dû arrêter d'allaiter à cause de la prise de médicaments pour un problème de santé. Le médecin lui a dit de couper son lait, alors qu'elle souhaitait continuer à allaiter son enfant ». L'IPE me relatant ce récit s'est dite déçue de cette expérience, car si la maman l'avait contactée, elle aurait peut-être pu continuer à allaiter. « La prise de médicaments n'entraîne pas forcément l'arrêt de l'allaitement. Certains étant compatibles ». Et dans ce cas-là, cela aurait été effectivement possible. Dans ce sens, ayant échangé parfois autour de cette thématique avec les infirmières, j'ai eu la forte impression que les paroles des médecins étaient encore bien souvent « toutes puissantes ». Dans le contexte des rencontres-consultation et des visites à domicile, les transmissions de savoirs se font plus « horizontalement » et toujours dans le cadre d'une expérience vécue ensemble et d'une collaboration. Anne et ses collègues s'extraitent ainsi d'un rôle plus interventionniste et centralisé sur l'expertise, comme cela pourrait être le cas en milieu hospitalier. De plus, les femmes se réfèrent souvent à d'autres éléments de « support » provenant des professionnelles et professionnels qu'elles estiment utiles dans les premiers temps d'allaitement, comme une « aide pratique concernant les aspects physiques » (ou physiologiques) de l'allaitement ou, plus tard, les aspects liés au

« comment elles se sentent », aussi en termes de bien-être émotionnel (Marshall et Godfrey, 2011:104). Ce qui nécessite un processus dans le temps qui se traduit dans les expériences des IPE par des rencontres souvent répétées sur le long terme, soit lors de rencontres à domicile, soit lors de « consultations ».

Le modèle technocratique

Par ailleurs, souvent, les femmes pensent « bien faire » mais préfèrent que leurs pratiques soient validées par des professionnelles ou professionnels de la santé (id.), faisant ainsi référence, dans une interprétation plus large, aux idéologies du progrès médical comme source de savoir et de pouvoir et à la détention de savoirs faisant autorité par les professionnels de la santé et plus particulièrement les médecins. Il s'agit de ce que Davis-Floyd (1992) définit comme modèle « technocratique ». Les représentations liées au modèle technocratique constituant en effet les bases de l'obstétrique actuelle et celles de représentations sociales plus larges, dans le contexte des « sociétés occidentales où les systèmes de bases sont fortement orientés vers la science, la haute technologie, les profits économiques et gouvernés par des institutions patriarcales » (Davis-Floyd, 2001:5). Ces représentations s'appuient sur une conception des corps perçus comme des « machines », hypothétiquement défailants et susceptibles d'être « réparés » ou réadaptés (Davis-Floyd, 1992) et séparés de l'esprit humain. Les médecins, fonctionnant eux au sein de « structures hiérarchisées », comme des techniciens professionnels dont les savoirs « font autorité » (Davis-Floyd, 2001:8), se situent dans un cadre hospitalier idéal à leurs travaux d'expertise. Le modèle médical contenant des « prérogatives implicites d'autorité » accordant aux médecins le « contrôle » des corps de leurs patients et, à travers eux, les patients eux-mêmes (Lyon et Barbalet, 1994:52). Et lorsque « les médecins représentent l'autorité, les patients manquent de responsabilités » (id.). D'autre part, les corporalités féminines, dans ce modèle, sont conçues comme particulièrement vulnérables, imprévisibles et nécessitant davantage d'interventions et de supervision, surtout dans le domaine reproductif, soit la grossesse, la naissance et ici l'allaitement. Elles sont par ailleurs coopérantes, passives, tout comme elles se plient aux exigences médicales et aux règlements institutionnels, dans le but également de rendre le travail des professionnels et professionnelles plus aisé (Davis-Floyd, 1992), clairement, les corps médicalisés apparaissent comme des corporalités passives (Lyon et Barbalet, id.). Par ailleurs, le fait que les compétences médicales soient orientées vers les « diagnostics et les traitements » implique une réelle « subordination » des patients aux professionnels (Lyon et Barbalet, id.). Bien sûr, ce modèle demeure théorique et ne s'applique

qu'à travers un regard critique et réflexif qui prend en considération les pratiques comme des processus changeants et construits. Cependant, s'il permet de mettre en exergue les particularités du contexte biomédical hospitalier, il semble important dans cette recherche de comprendre comment les notions de prévention primaire et de promotion de la santé sont articulées dans les pratiques des IPE, entre négociations avec les parents et prescriptions liées à l'activité même des infirmières, permettant de comprendre dans un premier temps comment les pratiques et les discours des IPE s'éloignent du modèle technocratique tout en intégrant certaines procédures biomédicales.

Transmission de messages préventifs dans les pratiques professionnelles des IPE

Bien que, comme je l'ai souligné, les rencontres entre IPE et parents se déroulent sur le mode expérientiel et sur le plan « horizontal », cela n'empêche pas l'incorporation, dans le cadre de ces expériences, des messages de prévention et de promotion de la santé, inscrits, eux, dans un même contexte discursif et interprétatif que les pratiques biomédicales institutionnalisées. Anne se demande ainsi souvent « comment faire passer les messages de prévention et comment communiquer » de la meilleure façon possible. Selon Anne, cela se traduit le plus souvent par une entrée en matière autour d'échanges et de discussions selon ce « que la maman sait déjà faire ». Ensuite, « il est plus facile de glisser le message de prévention, au lieu de faire d'entrée une bonne théorie et que la maman se sente dévalorisée ». Cette façon d'établir la communication avec les femmes ou les parents est « très importante » selon Anne. Il y a certes des « façons personnelles » de créer des liens, mais cela s'apprend aussi « au travers de formations » (par exemple de formations professionnelles continues). Son objectif est aussi de pouvoir « soutenir » et « aider » les femmes par exemple à « comprendre ce qu'il se passe » pour leur enfant. Anne expliquait par exemple un jour à une mère qu'il était « important de laisser son enfant mettre ses mains à la bouche, même si la maman n'aimait pas ça ». La mère avait ajouté qu'elle « ne savait pas » et l'infirmière lui avait répondu qu'elle était aussi là pour aider les mamans « à comprendre ». À travers d'autres « conseils », les IPE transmettent aussi les normes biomédicales ou pédiatriques actuelles en vigueur tout en usant du « langage de la prévention » (Tillard, 2007). Comme lorsque les IPE me disaient : suite à un accouchement, « on est plus sensible et vulnérable » ; « les mamans viennent aussi par intérêt, mais c'est à nous de susciter et de démontrer certaines choses », « je vais l'accompagner car si elle veut recommencer à allaiter et ne pas échouer, il faut qu'elle soit accompagnée » ; « l'enfant avait une bonne prise de poids » ; « important concernant l'empowerment » ; « une maman qui m'a toujours écoutée et une

petite qui se développe bien, qui a une bonne tonicité ». Même si ces messages se veulent positifs, ils n'en demeurent pas moins des arguments préventifs et promotionnels s'adressant à des parents qu'il convient « de convaincre d'adopter les comportements proposés par la médecine pour sauvegarder la santé et la vie de l'enfant » (id.) ou pour lui assurer un bon développement. Lors d'une rencontre avec une femme, une IPE me racontait qu'elle encourageait une maman à ne pas trop saler les plats de son enfant, « chez nous, par rapport aux recommandations pédiatriques, on encourage les parents à donner des aliments sans sel (aux jeunes enfants), car les reins ne sont pas à maturité, selon les études ». Elle continuait en disant « bien sûr, je dois vous en informer mais si pour vous c'est trop difficile, faites au mieux ». L'IPE continuant par une explication concernant les alternatives au sel, elle lui a expliqué « comment faire autrement », soit par exemple en aromatisant les plats avec des herbes. Mais alors que la maman était plutôt réticente à son discours, l'IPE continue par m'expliquer que ce qu'elle lui a transmis, « n'est pas quelque chose d'absolu, mais qu'il vaudrait mieux essayer de trouver des alternatives ». « Là c'est mon devoir de reprendre par rapport à des recommandations qui sont médicales, mais c'est aussi important, *je vais reprendre cela la prochaine fois avec elle*, de savoir comment elle a vécu et fait avec ces recommandations ». Pour l'IPE il est question ici de « voir comment on arrive à une certaine harmonisation » entre les recommandations et les discussions avec la maman et de comprendre comment « la personne a pu les recevoir et ce qu'elle en fait ». Lorsque je lui demande pourquoi c'était important pour elle de comprendre, l'IPE me répond, « pour garder un lien avec la personne mais aussi pour que l'on puisse se comprendre. Je n'aimerais pas qu'elle garde cette image de, *je suis une mauvaise maman ou autre*. C'est important d'être là pour l'empowerment, pour valoriser la maman dans ce qu'elle fait ». Ainsi, les IPE se situent aux confins de négociations qui supposent qu'elles soient attentives à la fois aux prescriptions médicales qui font autorité en Suisse, aux messages qu'elles se doivent de transmettre et aux souhaits ou revendications des parents. Parfois, certains « conseils » peuvent aussi être interprétés par les parents comme contraignants et provoquer des réactions de défiance ou de défense, comme c'est le cas dans cet extrait autoethnographique,

« L'infirmière a bien insisté sur le fait que *donner le biberon à notre enfant ne devait pas lui sembler être une punition* et donc que nous devions *mettre tout en place pour que cela ne lui paraisse pas en être une*, car ce n'était pas *son choix* d'arrêter d'être allaitée. Bien sûr j'étais d'accord avec cela, cependant, cette affirmation m'est apparue sur le moment un peu culpabilisante. Je n'avais pas non plus vraiment

le choix de finir mon université (remboursement de la bourse d'étude, finir les cours et le mémoire pour obtenir le diplôme de Master, etc.). Même si nous avons pris la décision d'avoir un enfant en connaissance de cause, il y a tout le contexte dans lequel nous vivons, nous n'avions pas forcément le choix » (Autoethnographie, 2014).

A ce propos, je me suis posé aussi la question concernant les visites à domicile. J'avais entendu une fois une amie me rapporter que sa collègue n'avait pas bien vécu le fait que des données à son égard soit transmises à une IPE et que celle-ci la contacte après la naissance de son enfant, car elle avait eu l'impression que l'on voulait s'immiscer dans son intimité. Que l'État témoignait ainsi de son autorité et de sa volonté de contrôler la sphère intime. Par ailleurs, en me rendant par deux fois à domicile, je m'étais interrogée sur la propreté extrême qui régnait chez la personne visitée. Ceci aussi en regard de mon expérience personnelle, me souvenant que « je voulais au début que cela paraisse propre chez nous. J'avais l'impression de risquer d'être peut-être jugée, mais avec le temps et la confiance qui s'est instaurée, ces sentiments se sont estompés puis complètement effacés ». Je me souvenais aussi combien il m'avait été difficile de « faire le ménage » dans les premiers mois après la naissance de notre fille et d'allaiter en même temps. D'autres expériences de femmes ont fait écho à la mienne,

« Au tout début, l'allaitement n'est pas évident. On a l'impression d'être une vache laitière et cela prend beaucoup de temps. Les tétées, le fait de ne pas beaucoup dormir, de beaucoup porter son enfant, ce n'est pas facile. C'était rude, car je ne faisais *rien*. J'étais 100% avec elle. C'est culpabilisant car on ne fait rien, par rapport aux tâches ménagères surtout. Mon mari partait (travailler), j'allaitais. Mais de ne rien pouvoir faire au début, alors qu'on est en congé maternité ! Les deux premières semaines c'est vraiment difficile » (Ethnographie, maman 20, juin 2014).

Réflexion personnelle

Ainsi, en visitant les deux appartements avec Anne, je m'étais demandé si les femmes avaient pour habitude de vivre dans ces conditions que je jugeais de « grande propreté » ou si elles avaient été influencées par notre visite. Des influences qui auraient pu être multiples, allant d'une forme de respect envers les personnes qui sont accueillies à domicile, d'une certaine « image » à donner de soi, celle d'une « bonne mère » et de son intérieur, d'une représentation des visites à domicile comme probables moments d'« inspection » ou, dans de rares cas, de

« signalisation » liée à l'obligation des professionnelles et professionnels d'annoncer au Service de protection de la jeunesse (SPJ) toutes situations qui pourrait mettre un « mineur en danger dans son développement » ou lorsque « ses parents sont dans l'incapacité d'y remédier sans l'aide du Service de protection de la jeunesse » (Canton de Vaud⁸⁵). *Signalisation* qu'Anne percevait dans ses pratiques comme un événement « contraignant » et délicat, « je n'aime pas trop ça » me disait-elle. Tout comme cela aurait pu être une habitude de vie ou le fait de travaux d'entretien réalisés par une autre personne que la mère, mes interprétations étaient ici liées à certaines représentations. Je m'étais imaginée dans un premier temps que des rapports de pouvoir pouvaient peut-être s'instaurer entre les IPE et les parents lorsqu'elles se déplaçaient à domicile. Cependant, je n'avais aucun élément qui me permette de croire en une telle interprétation et, au risque de surinterpréter les événements, j'ai préféré m'en éloigner. D'autant plus qu'en me joignant à Anne durant ces deux visites à domicile, en retraçant mon expérience et en échangeant avec les femmes, ces premières interprétations se sont déconstruites « toutes seules ». J'ai réalisé à quel point les rencontres et les expériences vécues entre les femmes et Anne étaient importantes et dépassaient tous jugements moraux, s'appuyant sur des échanges construits à travers la confiance, la sincérité, le respect et la collaboration. De plus, la plupart du temps après une première visite, les femmes demandaient à Anne de revenir, signe d'une expérience positive, tout comme, selon Anne, « il est plus facile de travailler dans la prévention car les femmes ont toujours la possibilité de nous refuser ». Lors des deux visites à domicile d'autre part, les mamans nous ont accueillies « à bras ouverts », la première nous ayant même servi le café, des boissons, des biscuits, ce que j'ai ressenti comme une marque de bienvenue, de sympathie et de respect. Dans ces cas, les négociations entre IPE et parents ne se situent pas dans l'expérience du passage à domicile, mais plutôt au travers des échanges qui s'ensuivent et de possibles résistances aux prescriptions ou propositions préventives concernant la santé des enfants selon des interprétations divergentes. Les espaces de négociations dans le cadre de l'activité professionnelles des IPE se situent ainsi à différents « niveaux » de relations, entre professionnelles et professionnels de la santé, entre parents et professionnelles et entre acteurs investis dans les relations (enfants, parents, professionnelles, entourage des parents, etc.). Ce regard sur les pratiques et les discours des IPE nous amène à comprendre que les messages de prévention primaire ainsi que ceux de promotion de la santé sont ici compris en termes

⁸⁵ Référence, Site Web Canton de Vaud, <http://www.vd.ch/themes/vie-privee/enfance-et-jeunesse/protection-des-mineurs/signaler-un-mineur-en-danger/>

« relationnels », en lien avec les contextes dans lesquels s'inscrivent les individus et la société de façon plus générale, se pratiquant sur « le long-terme » et à travers la mobilisation de « compétences » tant professionnelles « qu'empathiques » (Davis-Floyd, 2001:15), indissociables de la vision à la fois technologique et humaniste d'un second modèle présenté par Davis-Floyd, soit « le modèle médical humaniste » (id.).

La notion d'accompagnement comme « un tout » porteur d'humanisme et d'efficacité symbolique

J'aimerais commencer cette partie par un extrait du matériel ethnographique afin d'introduire le sens de la notion d'accompagnement qui se dégage des pratiques et des discours d'Anne. Cet extrait relate un échange reconstruit entre Anne et moi. Anne commence par m'expliquer qu'il s'agit d'une femme originaire du sud de l'Europe qui a deux enfants. La maman s'est rendue aux rencontres-consultation alors qu'Anne était en vacances. Elle dit à l'IPE qui la reçoit « qu'elle souffre beaucoup, de crevasses (aux mamelons) ». L'infirmière lui propose alors de porter des coupelles d'allaitement en argent puis fixe un rendez-vous avec Anne quelques jours plus tard. « Durant le week-end, la maman s'est rendue aux urgences (dans un hôpital RIP). Là, les médecins lui détectent une mycose. Pour la maman c'était la goutte de trop ! Elle a donc pris le traitement proposé à l'hôpital qui coupe radicalement le lait maternel » et interdit la mise au sein car c'est synonyme de poison pour l'enfant. Il s'agit donc d'une « solution radicale » selon Anne. La maman semblait en accord avec cette décision et nourrissait son enfant avec du lait en poudre. Dans ce sens, Anne pensait que la mère avait été obligée de faire des choix, mais que si ces décisions lui convenaient alors c'était positif, l'objectif de son travail étant de mettre en valeur l'allaitement maternel, de le soutenir, mais pas d'avoir un discours culpabilisant envers les mamans. Onze jours plus tard, la maman revient aux rencontres-consultation sans ses enfants. Dans ses échanges avec Anne, elle lui dit avoir fait une « mini dépression après le sevrage ». Elle demande à Anne si il serait possible de « remettre l'enfant au sein », s'étant informée d'une telle possibilité sur le Web et à travers des forums. Anne décide de s'adresser à un grand hôpital vaudois pour connaître « la durée des effets secondaires du médicament » ingéré par la maman. Elle reprend contact avec la mère en lui révélant qu'il n'y a aucune contraindication à ce qu'elle reprenne l'allaitement et qu'elle va « l'accompagner » afin de « commencer l'allaitement doucement ». Le lendemain déjà elles doivent se rencontrer. La maman la rappelle entre temps pour lui dire qu'elle a essayé toute seule de mettre l'enfant au sein, mais « qu'elle a des crevasses et donc cela ne sert à rien de revenir ». Anne lui répond qu'elle vient quand même. En arrivant Anne écoute

attentivement la maman à propos de « sa façon de faire ». Ensemble, elles conviennent que le principal est tout d'abord de « soigner les mamelons » de la maman et « trouver une solution sur le long-terme ». Anne propose de mettre l'enfant toujours au même sein, « deux à trois fois par jour » et d'utiliser un tire-lait pour l'autre sein de manière « douce ». La maman s'était aussi rendue le matin dans une pharmacie pour chercher des solutions afin d'augmenter la lactation. « L'avantage c'était que l'enfant était d'accord de reprendre le sein ». Anne s'est rendue chez la maman à plusieurs reprises après cet épisode pour suivre les événements. « Elle a aussi trouvé par elle-même quel était le traitement le plus efficace pour soigner ses crevasses ». Selon Anne, « c'est un tout qui a aidé ». « Progressivement elle a pu ressentir la montée de lait. Elle avait aussi sa maman qui l'a aidée et qui était présente ainsi qu'un mari soutenant ». Quelques temps après, les « crevasses étaient fermées » et malgré une légère réouverture d'un côté, cela n'a plus nécessité d'arrêt. La maman a ensuite déménagé et à ce moment-là, elle allaitait de manière exclusive, « le bébé ne voulait plus de biberon, refusait les compléments et avait une bonne prise de poids ». « C'est à ce moment-là qu'on voit qu'il y a plusieurs éléments qui entrent en jeu pour que cela réussisse. On n'est jamais tout seul dans une telle aventure ». Selon Anne, l'environnement est aussi essentiel, il a permis ici de favoriser le processus qui a demandé à la maman « énormément d'énergie, de volonté et de détermination ». « Ce que je retiens, c'est le sourire de cette maman, épanouie, fière et contente d'avoir réussi. C'était magnifique, magique ». « Nous, nous sommes là pour accompagner les parents et lorsqu'une maman peut retrouver une certaine autosatisfaction, c'est très important ». Ainsi, selon Anne, l'accompagnement des parents se construit comme une globalité, « un tout ». C'est aussi ce qu'elle me répète à plusieurs occasions, comme lors d'un échange où elle me faisait part d'une rencontre avec une maman qu'elle a vécue de façon « très émouvante ». La mère avait traversé des moments difficiles après une césarienne et une infection de l'utérus. Elle avait recommencé à allaiter après ces événements, mais l'enfant n'avait pas voulu tout de suite le sein. « La maman a pleuré, elle avait l'impression que son enfant ne voulait plus d'elle, ne l'aimait plus ». Anne l'ayant rassurée, « il vous aime, mais il doit ré-apprivoiser le sein », leurs échanges se sont concentré autour des relations physiques entre l'enfant et sa mère, comme le portage et le peau-à-peau. « Le fait d'entendre que son enfant l'aimait toujours et d'avoir pu s'exprimer » l'a aidée. L'enfant s'est d'ailleurs « remis au sein juste après ». « J'ai dit à la maman que ce n'était pas grâce à moi (Anne) que l'enfant avait repris le sein, mais parce qu'elle avait pu mettre des mots sur ce qu'elle ressentait. C'est un ensemble qui a permis à l'enfant de reprendre le sein ». Anne me dira encore que « des fois il n'y a qu'un petit truc qui bloque, le reste tout va bien, et quand on trouve ça peut être

magique ». On pourrait relier la démarche professionnelle d'Anne en termes d'accompagnement, tel *un tout*, à celle décrite par Le Breton, porteuse d'efficacité symbolique. Même si l'auteur compare la démarche des médecins à celles d'autres thérapeutes, certains éléments se retrouvent dans les pratiques d'Anne et ses collègues. Tout d'abord, leur « engagement » auprès des parents, qui se traduit par la grande confiance que ces derniers leur accordent, par des liens créés sur le long terme et des expériences co-construites. « Le thérapeute, quel qu'il soit, soigne avec ce qu'il est et ce qu'il fait » (2013:137). La façon dont les professionnelles « donnent » est tout aussi importante que les produits ou les actes effectués (id.), ceci à travers une démarche qui se situe à l'entre-deux de la démarche existentielle basée sur la connaissance, « au sens de co-naître : naître avec l'autre » et celle scientifique, qui repose sur le savoir de type « universitaire » (id.:135). Cette manière de donner, où le « savoir-être se révèle parfois plus opérant que le savoir-faire », ce « travail de l'imaginaire », cet « effet *placebo* » (id.:137), vient comme s'ajouter à une démarche biomédicale dont les « limites de la relation thérapeutique envisagée de façon trop « technique » » (id.) se font ressentir dans la plus grande majorité des expériences d'allaitement des femmes qu'il m'a été donné de partager. Bien que la « dimension symbolique » ne soit pas absente des relations entre médecins et patients, elles viennent à manquer de relations plus humaines, basées sur la reconnaissance des individus, la confiance, l'estime (id.:138). Anne, en écoutant, en négociant, en reconnaissant « l'autre » *là où il en est*, en partageant les expériences des femmes, des hommes ou des enfants qu'elle rencontre, en « faisant avec », s'inscrit dans un « tissu de sens » (id.:136) commun à ces derniers. Ces relations induisent davantage chez les femmes ce que Le Breton appelle « la volonté de guérir », ce que l'on pourrait traduire ici par la volonté de construire une nouvelle expérience d'allaitement, positive cette fois-ci.

Selon Anne, cet *accompagnement* s'apprend non seulement par le biais de formations, mais aussi à travers les pratiques professionnelles et les échanges entre collègues. « J'ai d'abord fait des consultations en tandem, j'ai suivi une collègue, je l'ai observée ». Cela se construit au fil du temps selon le « propre vécu » de chaque IPE et le fait « de se remettre en question ». « Ce sont des expériences et on continue d'apprendre tous les jours, cela n'est jamais fini ». Il faut « anticiper, s'organiser, réfléchir, se préparer et être présent ». Soit ? « Euh c'est une bonne question ! Être présente, être disponible, à l'écoute, observer, par rapport à l'attitude de la personne (à l'aise pas à l'aise, laisser plus de silences), sentir le climat. Si tu arrives et que le bébé hurle, tu ne peux pas commencer, il faut d'abord t'occuper du bébé et demander à la maman comment elle vit ces pleurs ». C'est « sentir comment la

personne va, comment elle est ». Anne a aussi appris à dire aux parents quand une situation la touche. « Moi, enfant, je n'ai pas été éduquée à ce que l'on écoute mes émotions donc j'ai dû apprendre ». « Je crois aussi en la capacité des personnes, des enfants. Cela rejoint la notion d'empowerment ». Si ce ne sont que des bribes, des petits morceaux discursifs reconstitués dans le cadre de cette recherche, il m'a été possible d'observer les pratiques d'Anne et de les vivre avec elle. Je n'ai pu que constater avec quelle cohérence elle « appliquait » ses propos, qui reflètent aussi vraiment bien les expériences que les femmes ont pu partager avec moi en regard des pratiques d'Anne. Les expériences féminines racontaient tout autant leurs difficultés à avoir engagé le processus d'allaitement dans le contexte de maternités qui ne prenaient que peu en compte leurs besoins et surtout dont l'approche n'était que peu souvent vécue comme humaine. Les rencontres avec Anne ou d'autres IPE ont permis ainsi aux femmes de vivre une expérience totalement différente de celle qui leur avait été donné de vivre dans le contexte hospitalier. C'est un peu comme si, à travers les rencontres, les IPE réengageaient du sens dans les pratiques féminines et nourrissaient en elles de nouvelles possibilités, une confiance en elle et en leurs corporalités renouvelées. Les professionnels et professionnelles, que l'on peut rattacher au modèle « humaniste » de Davis-Floyd, s'engagent dans des pratiques qui « humanisent la technomédecine », dans le sens où ces pratiques sont tournées vers les relations, la collaboration, vers des réponses individualisées et sensibles (2001:10), qui orientent les expériences vers de « multiples possibilités » (id.:13). Dans ce modèle, les corps sont conçus comme des organismes qui communiquent constamment avec l'esprit, le corps et l'esprit ne fonctionnant ni comme des entités séparées, tel que dans le modèle technocratique, ni comme un véritable « tout » comme dans le modèle « holistique » de Davis-Floyd, mais impliquant l'influence de l'esprit sur le corps humain. Selon Davis-Floyd, ce modèle correspondrait bien au « bio-psycho-social » de la littérature médicale qui considère tant les aspects biologiques, psychologiques que ceux de l'environnement social (id.:11) des personnes. Anne, dans ses pratiques, « établit de réelles connections humaines » avec les parents d'une façon qui permet la « considération, le respect et la bienveillance », tout en reconnaissant aux individus qui s'impliquent dans les relations une « profonde humanité » (id.:12), que ce soit du côté des parents ou de sa propre expérience personnelle d'ailleurs. Elle reconnaît par ailleurs sa propre humanité, lorsqu'elle permet à ses émotions de s'exprimer et d'être partagées avec les parents, lorsqu'elle se penche sur ses ressentis ou qu'elle éprouve de l'empathie⁸⁶ par exemple.

⁸⁶ L'empathie qui selon Davis-Floyd reflète la capacité d'une personne à comprendre une réalité différente de la

Elle attache, tout comme ses collègues, une grande importance à la « meilleure façon de communiquer », au « comment écouter » dans le sens où cela est aussi important « que de savoir quoi dire » (id.). D'autre part, en se centrant sur les personnes, en valorisant leurs savoirs, en les reconnaissant capables, Anne permet aux parents de « renforcer leur sentiment d'autonomie » (id.). C'est ce qu'elle nomme l'*empowerment*, élément clé de son activité professionnelle selon les définitions du document du CRIPE (2005).

La notion d'empowerment, discours et pratiques

Ce qui apparaît aussi clairement au travers des pratiques professionnelles d'Anne et de ses collègues, c'est une nette distanciation du modèle médical dans ses conceptions des corps en termes de passivité. Les corporalités féminines (et infantiles), dans les échanges discursifs et les pratiques des IPE, ne sont pas perçues comme passives, nécessitant une « gestion » externe, soit directement par des professionnels détenant certains savoirs, soit par l'administration unique de traitements ou d'interventions, mais, au contraire, sont interprétées en termes de possibilités dans un sens d'*empowerment*. Si j'ai tout d'abord pensé que le terme d'*empowerment* était utilisé par Anne en rapport avec son expérience professionnelle et les formations continues qu'elle a suivies, j'ai petit à petit découvert que cette notion apparaît dans le document du CRIPE, qui définit l'activité des IPE, comme un des « piliers de la pratique de l'IPE » (2005:9). Selon ce document⁸⁷, « l'*empowerment* vise à favoriser le déclenchement d'un processus qui permette aux individus/familles, dans un contexte socioculturel particulier, de mettre en valeur les ressources personnelles, organisationnelles et communautaires ». Ainsi, dans ce sens, les professionnelles sont perçues comme les personnes permettant de favoriser le déclenchement de ce processus. Ce que l'on observe cependant au travers des pratiques et des discours d'Anne, c'est qu'elle relève souvent que c'est un « tout » qui a permis de déclencher les processus et donc que cela ne part pas de la professionnelle pour aller « vers » les parents, mais que ces processus se construisent grâce aux relations et expériences vécues entre les professionnelles et les parents. Les IPE, par ailleurs, apprécient de vivre les expériences avec les parents lorsque cela est rendu possible selon le temps qu'elles ont à disposition. Anne a souvent souligné, à ce propos, l'importance des rencontres à domicile, qui favorisent les expériences et permettent de les *vivre* avec les parents. Un jour par exemple, alors qu'Anne rencontrait un père et son enfant et que la mère

sienne, même si cette réalité va au-delà de sa propre expérience (2001:13).

⁸⁷ Les références associées dans ce document à cette définition sont : un texte de Stark W., 2000, « Comment sortir de l'impasse ? Les fondements théoriques de l'« empowerment » », Focus, N°2 et la Convention internationale des droits de l'enfant, 1989.

qui « allaitait toujours son bonhomme » était absente, ils décidèrent de tenter une expérience ensemble. Après avoir entendu le père sur leurs difficultés à endormir leur enfant le soir, Anne propose au père « d'aller coucher l'enfant ensemble ». « Après avoir recouché une dizaine de fois l'enfant, il s'est endormi ». Anne félicite alors le papa, « bravo, vous êtes un super papa, c'est tellement bien de pouvoir rassurer son enfant » et celui-ci, « tellement content », lui répond : « vous vous souvenez au début j'avais pas de patience ». « Nous étions les deux contents. J'ai trouvé que c'était chouette de le vivre avec lui ». Dans cet exemple, la proposition de l'IPE permet en effet de déclencher un premier processus, celui de l'expérience, mais il semble que ce soit au travers du vécu de cette expérience, ensemble, que « les ressources personnelles » du père émergent et qu'ensemble ils les reconnaissent. Selon Anne, l'empowerment est lié à la notion d'empathie, qui elle-même s'inscrit dans une dynamique « d'expériences d'une certaine sensibilité, d'humilité, que l'on n'a pas à chaque fois, mais qu'on essaie d'avoir...de sentir où se trouvent les personnes sur le moment et de connaître leurs besoins ».

L'empathie s'acquiert au fil des expériences professionnelles, mais aussi des expériences personnelles,

« (...) de vivre cette expérience personnelle m'a permis de me rendre compte qu'il y a des gens qui vivent des choses difficiles et de développer cette empathie. Ce côté-là, personnel, m'a aidé à me construire et me reconstruire en tant qu'individu et en tant que personne. D'être tolérante, d'accepter de dire qu'il y a des gens qui peuvent vivre beaucoup de souffrances et de croire en la résilience. De croire aussi en la capacité des enfants, en leurs compétences. Cela rejoint pour moi la notion d'empowerment. Dans le sens où peut-être que les difficultés permettent aussi d'évoluer, de grandir. C'est un cheminement, un processus » (Ethnographie, 2015).

Anne, par ses propos, met elle-même en évidence l'expérience comme possibilité de « résilience », mais aussi d'empowerment. C'est à travers le « cheminement », le « parcours », le « processus », le « tout » des expériences que l'on « évolue », que l'on « grandit », la reconnaissance de ces expériences permettant aux parents comme à Anne d'exprimer leur ressenti, leurs émotions. Le processus n'est pas déclenché à un moment précis, mais s'inscrit dans la continuité des expériences de vie plus globales. Anne, par sa présence, permet de relier ces différentes expériences entre elles, comme si elle créait des ponts entre différents savoirs, différentes ressources qui sont mobilisées différemment selon

les contextes. Anne s'investit dans les relations en y apportant aussi son expérience « pour dire, que ce que vous vivez il y a d'autres mamans (ou parents) qui le vivent. Cela peut être rassurant de se dire qu'on n'est pas toute seule à vivre une certaine expérience ». L'objectif visé par les espaces rencontres-consultation s'appuie entre autres sur ce principe d'échanges entre parents, de possibilité d'interactions porteuses de savoirs qui circulent et permettent aux parents de se rencontrer autour d'expériences similaires. « J'aimerais bien qu'il y ait encore plus d'interactions comme celles-ci, d'échanges aux rencontres-consultation, c'est aussi un objectif des politiques de santé » soulignait Anne. Si les femmes et les hommes qui viennent aux rencontres-consultation et accueillent les IPE à domicile font souvent appel à l'expertise des infirmières et sont spécialement reconnaissants de « l'aide » apportée par ces dernières et de leur soutien, le concept d'empowerment permet aux praticiennes, dans l'autre sens, de reconnaître les parents comme des « partenaires actifs » (Ouellet et al., 2000:88). En effet, afin de délimiter le concept d'empowerment, « difficile à circonscrire » de par sa large popularité (id.), certains auteurs des domaines sociaux et de la santé supposent que cette notion, en tant que processus, renverrait à « certaines dimensions » (id.), dont l'« intervention » des praticiens se situe dans le cadre de relations partenariales avec les personnes concernées, qui, elles, sont actives⁸⁸. Dans une vision constructiviste, l'empowerment se perçoit alors comme une proposition de « contexte éducatif où l'individu est appelé à construire son savoir d'expérience en interaction avec un savoir professionnel » (id.). Ces définitions correspondent bien à la conception globale des approches adoptées tant dans le PC que dans le document du CRIPE, mais semblent trop étroites et restrictives dans cette recherche. L'ambivalence des termes « intervention » et construction de savoirs à travers l'interaction résonne de façon assez confuse et n'apporte que peu d'éclairage à la complexité des expériences vécues. Je préfère ainsi m'attacher à comprendre comment les IPE et les parents conçoivent ces expériences relationnelles. Le long terme est une possibilité d'appréhender ces expériences selon leur complexité, soit des relations qui se construisent petit à petit, qui se basent en effet sur l'échange d'informations, de messages de prévention et de transmissions de certaines normes, voire de morales sociales, de confiance et de dialogues, mais aussi sur les observations, les négociations, la relativisation, l'échange d'émotions et de ressentis, la reconnaissance, l'« être présent », le vivre ensemble, le faire ensemble,

⁸⁸ Trois « phases » sont particulièrement décrites, celle du « dialogue » et de la création d'une relation de confiance permettant de définir des « objectifs » ; la « découverte » dont émergerait les « forces » et les « ressources de soutien disponibles » ; le « développement » conduisant à mobiliser les ressources et à l'obtention de gains et de prise de conscience chez les individus (id.).

l'adaptation, la construction et la reconstruction d'expériences ainsi que leurs multiples interprétations. Dans ses pratiques professionnelles, Anne révèle qu'elle associe l'empowerment avec le fait de pouvoir « valoriser les personnes » et les « rassurer » à travers ce qu'elles « savent » et « savent faire », mais aussi en faisant appel à leur « bon sens ». J'ai pu observer aussi sa façon de créer des liens entre différentes expériences et entre différentes personnes, demandant par exemple souvent aux femmes à propos de l'allaitement ce « qu'en pense le papa » ou proposant l'expérience d'autres parents ou d'autres femmes dans les échanges dialogiques afin de permettre aux mères de « relativiser » ou de se « déculpabiliser ». Parfois la pratique se mêle à une reconnaissance et à des félicitations « pour tout le chemin parcouru et les difficultés surmontées ». Louise, une IPE, disait par exemple à une maman très anxieuse quant à l'allaitement de son dernier enfant, en même temps qu'elle mesurait et observait son enfant, qu'elle « avait quand même pu allaiter quatorze mois son deuxième enfant malgré toutes les difficultés vécues », l'encourageait à se « faire confiance », tout en reconnaissant que le contexte de vie de la maman n'était pas évident. Comme je l'ai déjà souligné plus haut, Anne relativise aussi souvent les normes biomédicales autour desquelles les expériences des femmes ou des hommes peuvent parfois se cristalliser et leur sembler dans ce sens insurmontables. En partant des ressentis des parents, en les orientant vers des observations qui partent d'eux plutôt que de références objectives et statistiques, notamment autour de la thématique récurrente du poids de l'enfant comme nous le verrons par après, les IPE invitent les parents à se faire confiance et à faire confiance à leurs enfants avant toutes choses. Même si ces propositions sont parfois ébranlées par d'autres interprétations, comme celles de proches ou de pédiatres, elles sont souvent incorporées et reproduites, tant dans les discours que dans les pratiques. Ainsi, j'ai souvent été étonnée d'entendre les parents, dans une même rencontre, à la fois être inquiets quant au poids de leur enfant et à la fois m'expliquer qu'il faut relativiser les normes, prendre du recul, observer son enfant, s'il se développe bien, s'il va bien, s'il rit, s'il joue, etc., répétant finalement les discours des IPE. Vécu qui s'est concrétisé par exemple lors de la première rencontre à domicile. Effectivement, dans un premier temps, la maman m'explique qu'elle souhaite allaiter « exclusivement » son enfant pendant six mois tout en se demandant ce qui est « normal » quant à la prise de poids. Elle compte d'ailleurs s'adresser à ce propos à son pédiatre. Elle constate une baisse de poids chez son enfant. Anne relève qu'il faut cependant « faire attention avec la notion de normalité ». Selon l'IPE, il y a des périodes où les bébés sont plus ou moins demandeurs, mais « tant que l'enfant prend du poids, même peu suivant la période, c'est que tout va bien », certains pédiatres s'inquiétant plus vite que d'autres. Plus

tard, la maman ajoute qu'elle allaitera le plus possible mais que cela dépendra aussi de son enfant, « je tiendrai compte de sa demande ». Alors que le père de l'enfant se joint à nous et demande à son tour si l'enfant a « bien pris du poids », Anne le rassure et dit « oui il a bien pris » en lui transmettant plus de détails. Elle ajoute que ce qui pourrait attirer leur attention plus que le poids, c'est « quelque chose de curieux, d'inhabituel lorsque l'enfant est au sein par exemple ». Comme « des bruits ou de trop rapides distractions ». Après un échange long avec Anne, celle-ci se retire et la maman m'explique alors d'un côté, que,

« L'allaitement ce n'est pas quelque chose de facile, c'est sûr. Il faut suivre et laisser faire les choses. Mais faire *à la demande* ça m'a aidé. Je suis de près l'évolution de ma fille en me référant à une courbe (poids/taille/circonférence de la tête) à travers une application (téléchargée sur le téléphone portable). Si je suis la courbe, je vois que notre fille est toujours en dessus de la norme. En tant que mathématicienne, j'aime bien. Pour moi, c'est important qu'elle évolue bien, qu'elle se développe bien, que je l'amène jusqu'à ses vingt ans. J'estime qu'un bébé c'est un être humain à part entière. »

Et d'un autre côté, elle souligne que,

« (...) bon ce sont des critères, mais ils ne sont pas déterminants. Parfois l'enfant ne prend pas de poids, mais des centimètres. Chacun a sa norme, sa courbe. Ce qui est important pour moi, c'est qu'elle ait plus de poids maintenant comme cela lorsque ses dents apparaîtront, son poids pourra baisser. Mais il n'y a pas de normes par rapport au poids. Ça change d'un pays à l'autre d'ailleurs. Le plus important c'est l'observation. Le point de départ c'est ma fille. C'est important qu'on commence de là et pas de moi. En l'observant, je détermine comment elle va. Pour mon mari aussi d'ailleurs. C'est un papa poule ! Il l'observe, il s'investit, il est attentif. C'est important que cela vienne des deux parents. » (Ethnographie, visite à domicile 1, mai 2014).

La maman fait d'autre part référence à différentes personnes de son entourage, sa mère, son père, ses sœurs, qui vivent tous à l'étranger mais avec qui elle a beaucoup de contacts, et sa belle-mère, chacune de ces personnes lui transmettant différents avis sur l'allaitement maternel et le poids de son enfant. Elle s'adresse à sa mère, médecin « très stricte », tout en disant se sentir plus réconfortée par les propos de sa belle-mère qui correspondent plus à sa

vision de l'allaitement et à celle de son mari. Elle échange aussi passablement avec son père, qui lui transmet par téléphone certaines pratiques courantes de son pays d'origine. Cette complexité discursive construite autour d'une multitude de pratiques et de discours différents met en avant la difficulté à comprendre comment se construisent les savoirs et, de la même manière, les « ressources » auxquelles la santé publique de façon générale, et plus particulièrement les IPE, font appel. Dans ce sens, la notion d'empowerment rappelle celle de « tout » employée par Anne lorsqu'elle interprète les expériences vécues conjointement avec les parents, les enfants et parfois d'autres personnes. Elle nous guide, tout comme lorsqu'elle parle d'empathie, vers des formes d'expériences sociales collaboratives et nous emmène au-delà de la vision promue par le document du CRIPE (2005), soit d'une dynamique permettant le déclenchement d'un processus à sens unique, soit des « experts, expertes » pour ou vers les parents, pour en dégager une plus grande complexité et nous permettre de nous interroger à nouveau sur les ambivalences engagées par les discours de la santé publique concernant les représentations des parents « en devenir » oscillant entre une plus ou moins grande vulnérabilité, fragilité, et leurs compétences ou responsabilités « a priori » reconnues. Car ce sont bien à ces mêmes personnes, à travers les programmes de prévention et de promotion de la santé, que l'on demande d'agir, de mobiliser des ressources ou du moins de les « mettre en valeur » en tant que citoyens et citoyennes responsables de leur avenir, de leur santé, mais surtout de celle de leurs enfants. Cependant, dans le cadre de ces expériences sociales et humaines, la reconnaissance des parents envers les IPE, telle que « c'est grâce à Anne que j'ai quand même pu allaiter », « Anne et moi c'est toute une histoire », « j'ai failli arrêter l'allaitement mais grâce au soutien de la sage-femme et de l'infirmière j'ai continué », « je me suis sentie beaucoup plus soutenue par Anne que par le pédiatre », « cela m'a beaucoup aidée », « je me suis sentie soutenue, aussi parce que c'est notre premier enfant », « je me suis sentie très rassurée, on se fait confiance avec Anne », « j'apprécie l'accompagnement d'Anne et ses qualités humaines », « avec Anne j'ai pu relativiser et j'ai appris à mieux me connaître », nous amène à ne pas oublier dans quels contextes les expériences se déroulent et comment les représentations sociales sont fortement inscrites dans les pratiques et les discours des parents concernant la santé et l'éducation des enfants, mais aussi concernant la « meilleure » façon de devenir de « bons » parents et plus spécialement de « bonnes mères ». Non pas que la reconnaissance des parents envers les compétences professionnelles et personnelles d'Anne et de ses collègues ne soit pas fondée. Au contraire, elle est le reflet de cette complexité des expériences vécues ensemble de façon constructive et positive, et nous permet d'entrevoir, comme une fenêtre ouverte, toute l'efficacité des représentations

« culturelles » contemporaines concevant la « parentalité » comme nécessitant l'accompagnement ou les « conseils » de multiples « professionnels considérés comme principaux experts contemporains en matière d'éducation et de soins aux enfants » (Knaak, 2010:351-352). Ce sont en effet ces représentations concernant la parentalité, incorporées au point d'en devenir « naturelles », qui nous amènent à penser que « la bonne parentalité » est actuellement perçue de façon non-contextuelle et non-expérientielle (id.), tout comme l'allaitement dans ce contexte peut être assimilé à la fois à un « gold standard » biomédical en matière de nutrition infantile et à un « gold standard » moralisateur concernant la maternité (id.).

Par ailleurs, un second élément est selon moi essentiel à retenir ici. C'est parce qu'il se crée en effet des manques ou des manquements dans cette complexité contextuelle, parfois opaque certes, caractérisée par ses ambivalences et ses contradictions, que les femmes et les hommes cherchent à donner du sens à leurs expériences, cherchent à comprendre non pas pourquoi, mais comment les vivre au mieux, comment dépasser les premières barrières qui s'installent devant eux. Non pas celles liées à leur être, à leur corporalité, à leur individualité, mais bien celles que les conditions actuelles leur imposent. Ils cherchent comment redonner vie à une expérience d'allaitement qui, meurtrie, se tarit, comment se permettre de reprendre confiance en soi et en sa corporalité si malmenée et tiraillée entre toutes ces idéologies soi-disant réparatrices ou savantes. Comment croire encore alors que l'on ne sait plus à quels « saints » se vouer ? Et dans cette profonde quête, souvent menée par l'anxiété, une porte semble s'ouvrir, accueillante et bienveillante, celle des IPE. Les IPE qui, au travers de leur activité, s'inscrivent paradoxalement dans le même contexte que celui qui a fermé ses portes aux parents, celui qui les a incités à aller de l'avant à la recherche de sens, ne pouvant leur fournir que des bribes d'expériences décousues et détachées de compréhension globale. C'est là que la reconquête des parents trouve enfin un port d'amarrage auquel se rattacher, un baume apaisant et réparateur, un accueil bienvenu, une écoute sincère et une plage de confiance. Non pas qu'ils ne puissent pas retrouver tout cela au travers de leur entourage ou d'autres expériences relationnelles, mais plutôt qu'ils trouvent ici, dans la collaboration avec les IPE, des professionnelles et professionnels occupant une place d'expertise mais dont les savoirs ne sont pas « tout puissants » et « autoritaires », mais partagés au sens empirique du terme, soit vécus ensemble, expérimentés et construits selon la direction que prennent chacune des expériences relationnelles. À ce titre, je perçois l'absolue nécessité de ces pratiques professionnelles, inscrites dans des contextes qui en soulignent d'autant plus l'importance. Plus largement, si l'on recule la focale, on constate que ces tensions qui perturbent les

expériences parentales, et plus spécialement ici celles d'allaitement, sont imprégnées par celles plus globales qui subsistent dans la plupart des sociétés dites occidentales, exacerbées d'un côté par des valeurs d'autonomie et de responsabilisation individuelle, et de l'autre, par les formes de contrôle, de surveillance ou de soutien des États envers leurs concitoyens et concitoyennes, reconnaissant peut-être de façon indirecte, à travers cette volonté de conservation de liens sociaux, les faiblesses des systèmes néolibéraux.

Expériences et pratiques de femmes

Si je me suis proposé d'effleurer tout d'abord les contours des pratiques et des discours professionnels des IPE, c'est pour appréhender au mieux les expériences relationnelles vécues entre parents, enfants, entourage proche des parents et IPE. Je n'ai cependant pas encore abordé la question de la matérialité des corps dans ces espaces relationnels et de son importance dans les expériences et les pratiques des femmes rencontrées. C'est cette particularité, qui s'est révélée au travers des matériaux empiriques, que je me propose d'aborder maintenant.

Entre savoirs qui font autorité et savoirs corporels, conflits autour de la matérialité des corps

« Living in the twentieth century, women have experienced an increasing appropriation of their bodies as a site for medical practice, particularly in connection with pregnancy, childbirth, and the end of menstruation. This phenomenon forms one of the cornerstones of “the medicalization of life” (...). Medicalization has been characterized as the making of a “body pliant to power” » (Lock and Kaufert, Introduction, 1998:1)

Si, selon Saskia Walentowitz, pour saisir le sens de l'allaitement maternel, « qui ne se résume jamais à sa seule fonction nourricière », il faut l'aborder sous l'angle de l'expérience humaine, sensorielle, comme un « échange sensible, voire sensuel entre une mère et son enfant », et dans un sens plus figuré sous l'angle de sa signification sociale, de la « fonction symbolique et sociale qu'il remplit dans l'engendrement d'un être nouveau » (2006), je me

propose d'ajouter une optique supplémentaire, soit celle de la matérialité, de l'expérience corporelle. De concéder en effet une place à la matérialité de l'allaitement dans le sens d'une « forme d'intelligence du corps » dont les ramifications corporelles (Bartlett, 2002:375) s'expriment à travers différentes expériences féminines, entre substances physiologiques, douleurs et distorsions passagères, ressentis singuliers et découvertes. Tout en construisant cette recherche, j'ai été interpellée par le double constat émis par les anthropologues Raveneau et Fournier dans leur dossier thématique sur le corps, c'est-à-dire « celui de l'importance prise par le corps en anthropologie ces dernières années et celui de l'évitement de la question de la matérialité du corps dans ces mêmes recherches » (2008:2). En m'intéressant à l'allaitement, je me suis confrontée concrètement à cette question et l'éviter aurait signifié rejoindre les représentations des corps qui opèrent diverses scissions avec plus ou moins d'évidence encore actuellement, conçues au cours de l'histoire, entre corps et esprits, nature et culture, inné et acquis. C'est aussi le point de vue que nous livre l'anthropologue et sociologue français, Le Breton, qui propose de comprendre la notion de corporalité comme étant un phénomène social et culturel. Il nous permet d'autre part de saisir comment, dans les sociétés européennes, le corps s'est construit dans un contexte de ruptures. Ruptures entre le corps et l'esprit, entre le « Soi » et les « Autres » (ou l'individu et la société), entre les êtres humains et la nature ou plus largement le cosmos (2013). Ainsi, penser le corps revient à le comprendre « comme objet, enjeu et produit de la socialisation » (Christine Détrez, 2002:18). Les corps, en s'exprimant à travers l'allaitement, nous obligent ainsi à nous souvenir de cette dimension corporelle, que je ne conçois ici que dans une dynamique vivante et globale, soit en constante interaction avec les autres dimensions qui composent les êtres (l'esprit mais aussi les dimensions affectives et sensibles), avec les pairs, les environnements, les contextes. En nous rappelant leur existence au travers d'expériences matérielles, les corps étendent leur présence de façon plus ou moins ponctuelle et participent au développement de notre attention et de nos connaissances intimes à leur égard, dessinant les contours non pas d'un seul et unique corps, mais de corps construits et reconstruits indéfiniment dans un « mélange complexe et dynamique » de dimensions sociales, culturelles et biologiques (Lupton, 2012:38).

Matériaux empiriques

Le point de départ de mes réflexions s'est nourri de ce que les matériaux empiriques révélaient au fur et à mesure des expériences, levant le voile tout d'abord sur des tensions persistantes entre expériences matérielles féminines confrontées à des interprétations et des

dispositifs professionnels ne prenant que peu en compte le vécu des femmes, ceci dans le cadre de pensée de maternités vaudoises, et de normes biomédicales de santé faisant autorité, mais aussi accréditées par notre société. « Les limites de l'action de l'homme sur son environnement » et sur les interactions humaines étant premièrement des « limites de sens, avant d'être des limites objectives » (Le Breton, 2013:107). Et même si « aucune médecine n'est la restriction de l'autre, mais seulement une voie possible d'accès au corps et à la souffrance par l'intermédiaire de la relation thérapeutique » (id.:109), il semble que, dans le cas des expériences féminines d'allaitement de cette recherche, les « réponses » biomédicales ne permettent pas aux femmes de donner sens à leurs vécus.

J'aimerais commencer par partager des extraits de récits de femmes qu'il m'a été donné de rencontrer. À travers leurs expériences d'allaitement, ces extraits nous permettent d'entrevoir comment les expressions physiologiques peuvent dire avec « force ce que n'est pas le corps dans la vie quotidienne » (id.:153). Comme dans l'exemple mobilisé par Le Breton, abordant les corps exposés à des situations extrêmes⁸⁹, les corps qui s'expriment à travers l'allaitement se donnent « à sentir avec une insistance, une exigence, qui tranche sur l'expérience antérieure enracinée dans le quotidien, à la fois discrète et diluée dans l'évidence des jours » (id.). Les sensations physiques ressenties par de nombreuses femmes, totalement inhabituelles, comme pour cette maman (26⁹⁰) au quatrième jour après la naissance de son enfant, qui a ressenti « une montée de lait, c'était impressionnant » ou l'impression d'avoir les seins « pleins » ou « vides » reflète bien l'intensité des événements vécus surtout en début d'allaitement et la découverte de son corps sous un nouveau jour. Ces sensations peuvent s'exprimer de manières différentes et venir aussi appuyer des questionnements, des réflexions ou des inquiétudes comme dans l'exemple de cette maman (2), venue pour des conseils et un soutien autour de l'allaitement, exprimant à Corinne, une IPE, qu'elle est très inquiète depuis plusieurs jours. « J'ai l'impression d'avoir les seins vides, ce n'est plus comme avant quand j'avais les seins pleins. Je ne sens plus mes seins comme avant. Ma fille ne prend plus qu'un sein en plus. Et quand je pompe l'autre sein (avec un tire-lait), il n'y a pas de lait qui vient alors qu'avant oui ». Le vécu du lait qui « jaillit » ou qui coule du sein peut par ailleurs provoquer diverses formes de sentiments chez les femmes, allant de l'étonnement à la gêne, en passant par l'humour. « Elle rit en se souvenant des débuts et du jour où, allant sous la douche, elle remarque de « l'eau par terre » et se demande d'où cela provient. Elle se rend

⁸⁹ Le Breton aborde dans son texte les cas de prisonniers ou de déportés de guerre (2013:153).

⁹⁰ Les numéros font référence à l'ordre dans lequel j'ai rencontré les mamans sur le terrain selon la numérotation utilisée dans les matériaux ethnographiques.

alors compte que « cela venait de moi » (en parlant du colostrum, liquide sécrété par les seins pendant les premiers jours du post-partum) » (Ethnographie, maman 3, 2014). « Son premier « souci » par rapport à l'allaitement a été : « Est-ce que je vais avoir du lait ou pas ? » Mais lorsqu'elle a observé qu'après la tétée, lorsque son enfant se retirait du sein, son lait « giclait », elle a été « rassurée » » (id., maman, 24). Ces vécus autour du lait maternel se trouvent cependant parfois remis en question par certaines normes biomédicales ou sociales qui discréditent les expériences féminines. Ainsi, à plusieurs occasions, des femmes m'ont raconté comment elles avaient du lait ou l'impression d'en avoir alors que les professionnelles ou professionnels des maternités affirmaient le contraire. Pouvant susciter chez les femmes des formes de résistance, comme pour cette maman (17), « (...) à la clinique on m'a dit que je n'avais pas de lait, mais j'en avais ». En effet, de retour chez elle, la mère avait vérifié ses ressentis en tirant son lait (« environ cinquante millilitres, à chaque fois, toutes les deux-trois heures ») et pu ainsi affirmer « vous voyez qu'il y a du lait ». Celle-ci m'expliquant qu'à l'hôpital on lui avait dit qu'elle ne « produisait » pas de lait, car elle n'avait pas eu de « montée de lait ». Ceci, en regard de critères et symptômes particuliers qui lui avaient été énoncés, comme le fait d'avoir les seins durs ou l'apparition de colostrum. Au contraire, cela peut aussi amener les parents à « compléter » l'allaitement sans toutefois qu'ils remettent en cause la parole des « experts, expertes », reconnaissant que leurs savoirs qui font autorité (Jordan, 1993) légitiment les décisions. « L'allaitement s'est bien passé, mais on a dû rapidement compléter avec du lait en poudre. A la maternité, après l'accouchement, on m'a dit de compléter parce qu'il n'y avait pas assez de lait, parce que le bébé pleurait toutes les deux-trois heures et que c'était trop souvent ». La maman (8) est cependant en accord avec les propositions du personnel hospitalier, car ce sont « des professionnels » et que, par la suite, « la pédiatre » a elle aussi approuvé le complément. Ce cas reste cependant plutôt rare. Le plus souvent, les femmes expriment des sentiments de doute et de déception face à leurs corps, comme un sentiment d'impuissance, exprimant leurs regrets de ne pas avoir pu nourrir leur enfant. « Je n'ai pas pu allaiter », malgré le fait qu'elle l'aurait fortement souhaité, m'explique une mère (7) d'un enfant de trois mois. « J'ai essayé de lui donner le sein, mais la quantité de lait ne suffisait pas. Il n'y avait que vingt millilitres ». À l'hôpital tout d'abord, puis à la maison, elle tire son lait afin de pouvoir en mesurer la quantité. « Je suis triste, car je m'étais imaginée allaiter ». Alors que dans ce cas, la maman est contrainte d'abandonner l'allaitement suivant des critères biomédicaux, un autre femme (21) rencontrée ressent, quant à elle, une diminution de lait dans sa poitrine et évoque l'arrêt de l'allaitement avec Louise (IPE). Elle s'inquiète de ne pas avoir autant de lait qu'avant, comme pour ses deux premiers

enfants. Elle trouve que son dernier né d'un mois et demi est en effet très nerveux le soir et ne dort que peu la nuit. Elle vient le mesurer et le peser, le trouvant trop « petit » pour son âge. Elle insiste vraiment sur cette sensation de « peu de lait » et tente de nous le prouver en sortant son sein de dessous son t-shirt et en le manipulant jusqu'à ce que du lait en sorte, ce qui va arroser l'infirmière. Situation cocasse qui nous fait rire sur le moment, mais qui revêt toute son importance pour la maman très angoissée. Parfois, le désarroi des mamans est tel qu'il les amène à porter un regard critique vis-à-vis des expériences d'autres femmes, comme cette mère (23) qui me disait, « j'ai tout essayé pour stimuler la lactation, mais j'ai jamais eu beaucoup de lait. J'avais vraiment envie d'allaiter... Je regrette parce que y'en a qui pourraient et qui ne le font pas et d'autres qui doivent se battre ». Certaines femmes décident cependant de n'accorder de crédit qu'aux discours qui les rassurent ou qui les soutiennent, résistant ainsi à des interprétations sociales dépréciatives. C'est ce que cette maman (19) affirmait dans son récit. Alors que son entourage lui fait comprendre que son lait n'est pas assez « nourrissant » et que c'est pour cela que son enfant ne « passe pas ses nuits », elle continue tout de même à allaiter. « J'ai continué, je m'en fichais. Je ne voulais pas écouter ceux qui voulaient me décourager comme certains proches. Mon conjoint lui m'a toujours soutenue. Bon en même temps ça l'arrangeait comme ça il ne devait pas se lever la nuit » relève-t-elle en riant.

L'importance du poids et de la pesée

Deux éléments cruciaux ont retenu cependant mon attention tout au long de mes expériences empiriques, tant dans l'observation des pratiques professionnelles qu'au travers des récits des femmes autour de la matérialité de ces expériences d'allaitement, à savoir le poids et la pesée des enfants. Si la pesée (comme les mesures de grandeur et du pourtour du crâne) fait partie des « rituels » des rencontres entre parents et IPE, elle est aussi au centre des pratiques hospitalières⁹¹ dans les premiers jours après une naissance, de la même façon qu'elle est un élément important du suivi du « bon développement » et de la « bonne santé » de l'enfant en Suisse, concrétisée dans le « carnet de santé » des enfants, document remis à la majorité des parents. Le poids étant le résultat de cette mesure, ils forment, à eux deux, une concentration de différentes normes souvent fortement incorporées chez les nouveaux parents qui, se souciant du « bien-être » de leurs enfants, suivent scrupuleusement les fluctuations de poids de leurs enfants. Et alors que ces cadres référentiels envahissent le quotidien des parents, leurs pratiques et leurs attentions en deviennent parfois exagérément consciencieuses, au point de

⁹¹ Si je spécifie ici que ce sont des pratiques « hospitalières », c'est que j'ai observé ou que l'on m'a rapporté des pratiques différentes chez les sages-femmes indépendantes ainsi que dans le cadre des maisons de naissance.

rivaliser avec les savoirs biomédicaux qui les ont mis en place et de créer des revers de médaille, tels que de furieuses montées de doutes et d'angoisses que les professionnels n'arrivent presque plus à apaiser. De nombreux récits de femmes exemplifient ces propos, comme celui d'une maman (20) qui, s'adressant à une IPE et inquiète du poids de son enfant, me dit n'avoir jamais « complété » l'allaitement, mais y réfléchir. Son enfant ne « prend pas de poids » malgré le fait qu'il se situe dans les « normes de la courbe » (poids/taille) selon le pédiatre. « Il est dans les hauts pour la grandeur, mais pas pour le poids, alors j'ai fait moi-même une courbe ». Après avoir pesé son enfant à domicile, elle est soucieuse de sa prise de poids faible et se demande si elle a « assez de lait » pour nourrir son enfant. « En plus, elle se réveille la nuit. J'ai réussi à tirer 130 millilitres de lait quand je l'ai donnée à garder une nuit à mes parents, mais je ne sais pas si c'est assez. Elle est pas spécialement maigre mais...pas potelée non plus ». Ce à quoi l'infirmière répond, tentant de la rassurer, « vous, vous avez aussi un physique long et fin ». « Oui mais j'ai été allaitée longtemps petite et j'étais quand même plus potelée ». L'IPE et la maman pèsent alors l'enfant et la mesurent, tout en comparant les résultats à ceux de la mère. L'infirmière demande cependant à cette dernière si elle a bien imprimé une courbe de poids spécifiques aux « enfants allaités ». Ne pouvant pas répondre à cette question, elle ajoute qu'elle attendait aussi la prochaine consultation chez le pédiatre pour savoir si elle devait compléter l'allaitement. « En plus, comme on est dans une ère à la demande, comment je dois faire ? ». « Si vous avez la possibilité de donner plus souvent le sein pour stimuler (la lactation) c'est bien et vous n'aurez pas besoin de compléter » souligne l'IPE. « Alors je ne m'inquiète pas, j'attends les quatre mois et la visite chez le pédiatre ». Prise entre différents sentiments, la maman ne semble malgré tout que peu rassurée. L'IPE, sentant son désarroi, lui propose de repasser si elle s'inquiète à nouveau. Une seconde maman (6), elle-même infirmière en pédiatrie, nous expose de la même façon ses inquiétudes. Elle se dit très fatiguée des réveils nocturnes de son enfant qui, malgré une bonne prise de poids, continue de se réveiller. Le soir précédent la rencontre, son mari a tenté de compléter l'allaitement avec un biberon de lait en poudre, l'enfant aurait mieux dormi. Elle ne comprend pas ce qui arrive à son enfant, « je suis infirmière et pourtant ce n'est pas la même chose de donner des conseils aux autres mères que lorsqu'il s'agit de ses propres enfants ». Ayant déjà allaité son premier enfant jusqu'à six mois environ, elle se dit soucieuse de cette situation. Par ailleurs, l'allaitement est souvent remis en cause parallèlement aux difficultés exprimées par les parents et plus spécialement par les femmes de ne pouvoir « mesurer » la quantité de lait ingérée par l'enfant et de ce fait ne jamais pouvoir se référer à des normes. Dans ce sens, les femmes doutent de la prise de poids de leurs enfants, remettant en question

la qualité et la quantité de lait maternel. En retrouvant une maman (13) originaire du sud de l'Europe et sa fille de 6 mois, avec qui j'ai noué des liens en venant aux rencontres-consultation avec notre enfant, je découvre que, malgré le fait que « l'allaitement se passe bien », elle est tout de même inquiète. « Parfois c'est plus difficile, on est fatiguée mais surtout on ne sait pas combien l'enfant a mangé et s'il a mangé assez. J'aimerais qu'elle prenne plus, même si je sais qu'elle va bien, c'est dans ma tête. Le pédiatre et les professionnelles disent que ça va, ils ne sont pas inquiets, mais moi quand même un peu. Je me demande si je fais bien et lorsqu'elle ne mange pas assez, où j'ai failli (elle cherche le mot en français) ». Habituellement, elle vient toutes les semaines aux rencontres-consultation, mais cela fait maintenant deux semaines qu'elle n'est pas venue, « car il y a eu les vaccinations et le contrôle du poids chez le pédiatre ». C'est important pour elle de peser son enfant pour voir s'il prend bien du poids. « Je trouve que c'est bien, c'est un point de référence ». Une autre mère (25) rencontrée brièvement me disait qu'elle avait stoppé l'allaitement après quelques mois car cela la « stressait ». « Quand je donnais le sein, je ne savais jamais quelle quantité mon enfant buvait ». Puis en parlant du biberon elle m'expliquait « là on voit le lait, par rapport à la quantité, on voit, c'est rassurant ». Puis une mère (26) rencontrée peu après me fait part des premiers temps d'allaitement. Son enfant a sept semaines, c'est un premier enfant. « L'allaitement complet ce n'est pas évident. À la maternité, j'ai eu des moments de doutes ». Elle se demandait si son enfant mangeait et si oui, quelle quantité ? « Je ne savais jamais s'il mangeait assez, s'il avait encore faim. On ne connaît pas encore les signes de bébé », souligne-t-elle. La maman m'explique qu'elle vient faire « repeser » son enfant, voir « s'il prend bien ». Mais la dernière fois qu'elle a tiré son lait, « il était comme de la crème » ce qui l'a rassurée, d'autant plus que son enfant avait bien pris du poids. Selon la mère, il avait pris environ 600 grammes en deux semaines. Cependant, malgré sa satisfaction apparente, elle revient fréquemment faire peser son enfant pour être « confortée » et « voir par rapport aux statistiques ». Ceci malgré le fait qu'elle détecte seule chez son enfant tous les signes d'un bien-être apparent et de santé. « Il pète la forme et régurgite même ! Donc je pense qu'il mange assez... Quand il a faim il suce son poing habituellement ». On comprend d'autre part que ses doutes ont été accentués par ceux des sages-femmes de la maternité. Après une césarienne, l'enfant a été amené tout de suite à la mère et il « a bien pris le sein ». « Mais lorsqu'il pleurait trop, je le laissais aux sages-femmes à la nurserie. Elles lui ont donné de l'eau sucrée car elles avaient des doutes quant à la prise de poids. Pour compléter en fait... avec un biberon jetable ». « Mais bon maintenant je l'allaiter c'est pratique et au moins on ne lui donne pas des saloperies comme... elle cite le nom

d'une marque de lait en poudre ». La mère nourrit son enfant « à la demande » et note tous ses repas dans un cahier. Ce sens des détails se retrouve dans les discours et les pratiques de nombreuses femmes, particulièrement consciencieuses quand il s'agit du poids de leurs enfants. Par exemple, alors qu'Anne avait fait mention d'une prise de poids chez les enfants d'environ deux cents grammes par semaine depuis la naissance, jusqu'à ce qu'un ralentissement s'opère (stagnation), ce chiffre réapparaît aussi dans les discours des femmes. Bavardant avec une maman (28), je me souviens que son insistance à parler de ces deux cents grammes m'avait marquée. « Je viens ici par rapport au poids. Avec mon conjoint nous pensions qu'il fallait que notre enfant prenne deux cents grammes par semaine, mais en fait non ». L'infirmière semblait avoir sur ce point rassuré la maman. « Elle va bien en fait, elle a pris moins que deux cents grammes par semaine mais ça va. Au départ, elle ne prenait pas ses deux cents grammes... On a complété avec un biberon de lait artificiel pendant une semaine, mais elle ne prenait pas plus de poids donc on a arrêté ». Elle ajoute que « la pédiatre ne nous a pas plus influencé que ça à compléter, mais elle ne nous l'a pas non plus déconseillé. Du coup on a essayé. Elle nous avait dit par contre qu'il n'y avait pas une prise de poids énorme ». L'interrogeant sur ce point de référence, elle me dit, « je ne me souviens plus d'où je sors ce chiffre, mais je suis restée sur ça. Mais apparemment certains enfants prennent moins ». Ce qui est d'autant plus étonnant, c'est que le plus souvent les femmes sont prises entre différentes expériences, celles qui partent d'observations, de ressentis ou d'échanges avec des proches ou des professionnels et professionnelles et qui les rassurent, et les chiffres, les référentiels (comme les courbes de poids et taille), les doutes d'autres professionnelles, professionnels qui les déstabilisent, voire les angoissent.

« L'enfant a son rythme. Par exemple si elle tète deux minutes et que lorsque je lui repose deux heures plus tard elle mange à nouveau, qu'elle ne pleure pas et qu'elle a l'air bien, c'est qu'elle a bien mangé. Ce n'est pas un enfant qui réclame en général, sauf dans certains cas, si cela fait par exemple trois heures qu'elle n'a pas mangé. Elle me fait confiance, elle sait que je vais lui proposer » (Ethnographie, maman 13, 2014)

Et des suivis assidus du poids de leurs enfants selon diverses courbes. Ainsi, on remarque tout au long de ces extraits de récits que, d'une part, les femmes qui ressentent les signes matériels de leurs corporalités comme la « montée de lait » ou savent qu'elles ont du lait, se retrouvent dans le contexte biomédical face à des réponses qui nient ces savoirs ou qui les rejettent, tout comme le démontre Jordan dans ses études sur la naissance en milieu hospitalier, lorsqu'elle

nous permet de voir comment s'installent les négations de ce que les corps féminins expriment dans les relations entre, professionnelles travaillant dans des maternités, et femmes (1993:162).

Perceptions particulières des corps féminins et infantiles

D'autre part, le lait maternel, substance qui matérialise l'allaitement, tombe sous le poids de contrôles accrus concernant sa qualité et sa quantité. Bartlett remarque à ce propos qu'il a été observé, spécialement depuis l'introduction des laits « artificiels » pouvant être mesurés et contrôlés, qu'à travers les expériences subjectives des femmes, le lait peut être perçu comme inadéquat en regard de sa qualité et de sa quantité et, de ce fait, leurs corps réagiraient en conséquence (2002:375). Et si le lait en tant que sécrétion du corps, comme la sueur chez Raveneau, pose « la question des limites du corps » (2008:6), il nous ramène aussi à plusieurs des dimensions que j'ai déjà présentées à travers cette recherche, comme le peu de fiabilité accordée à la « lactation humaine » qu'il s'agit dans ce sens de contrôler (Dykes, 2006), au modèle médical (Katz Rothman, 1982) ou technocratique (Davis-Floyd, 2001) qui, tout en représentant le corps comme une « machine », invite les professionnels et professionnelles à être attentifs à son imprédictibilité, surtout féminine, et à en prendre le contrôle. Les caractéristiques de ces modèles étant basées en effet sur une idéologie de la technologie adaptée à nos sociétés technologisées et dont les valeurs « d'efficacité, de rationalité, d'organisation pratique, de systématisation et de contrôle » s'appliquent aussi aux corporalités féminines, même si souvent « aucune évidence scientifique » ne peuvent les légitimer (Davis-Floyd, 2001). Ainsi, les corps féminins se doivent de produire du lait non pas seulement en « bonne » quantité, mais aussi d'une qualité suffisamment nourrissante, ceci dans le but de « produire » des enfants en bonne santé. Par ailleurs, si les expériences féminines sont dévaluées, c'est aussi toujours dans le contexte d'une soumission de ses propres besoins ou ressentis à ceux de son enfant, dans un processus de « maternage intensif » (Rudzik 2011:159). Les corporalités féminines sont ainsi dichotomisées entre corps et substances matérielles, entre corps et esprit (le corps étant soumis à l'analyse de l'esprit) et même des corporalités de leurs enfants. L'autre dimension que l'on peut relier à ces expériences féminines est la conception de l'enfant comme un être « à risque » devant être « régulièrement mesuré et évalué » (Lupton, 2012:46). Les contraintes liées à la surveillance et aux impératifs de santé concernant le corps des mères, qui doit conserver un certain équilibre durant la grossesse, comme nous l'avons vu au début de ce travail, ne pas prendre trop de poids mais être nourri de manière équilibrée afin de répondre aux besoins du fœtus en croissance, sont

alors reportées, après la naissance de l'enfant, directement sur le corps de ce dernier. Leur corps devenant la « cible de mensurations et de surveillances constantes » (id.), sous l'égide des médecins qui vérifient la « normalité » de leur développement (id.). Ces configurations, qui placent les corps infantiles au centre des attentions expertes, supposent cependant que les principaux responsables, non seulement du « bon développement » des enfants, mais aussi de toutes déviations des normes, sont bien les parents, les plaçant ainsi dans une posture d'anxiété constante (id.). Plus spécifiquement, comme ce sont les femmes qui allaitent, ce sont aussi elles qui sont les plus soucieuses. Il est difficile dans ces conditions d'entrevoir des expériences d'allaitement qui puisse se dérouler en dehors de fortes contraintes, et du poids moral qu'engendrent ces perceptions des corps féminins et infantiles. Si l'allaitement est bel et bien promu au sein de notre société, il est soumis à des exigences qui définissent comment il doit se dérouler, pendant combien de temps et dans quelles conditions. En effet, comment accepter des corps qui s'expriment à travers l'allaitement de façon totalement « imprévisible » (Bartlett, 2002), dans des sociétés où l'on se dirige vers une réduction maximale des risques et vers de plus grandes possibilités de contrôle ?

Parfois, ce sont aussi les femmes, elles-mêmes, qui se réapproprient cette notion de contrôle pour l'appliquer à la gestion de leur quotidien. Effectivement, il arrive qu'elles perçoivent la nouvelle dynamique, instaurée par l'arrivée d'un nouvel être, comme déstabilisante et inappropriée à leur mode de vie, comme le démontre cet exemple.

« La maman m'expliquait que lorsque son enfant avait eu deux mois, cela avait été le moment de la « rythmer un peu ». « Cela n'était plus gérable. Au début, c'est le bébé qui rythme notre vie », mais la maman souhaite alors que les choses s'inversent et que son enfant puisse « trouver un rythme » adapté aussi à son équilibre de vie. La pédiatre qui, la soutenait dans cette initiative, lui avait proposé de réadapter l'horaire des tétées, soit toutes les deux heures trente, plutôt que toutes les trois heures. » (Ethnographie, maman 20, 2014)

Ainsi, l'ensemble de ces données nous amènent à comprendre comment, au travers de normes et de pratiques socioculturelles, les corps se modèlent « matériellement », « sont façonnés (...) sous les effets de multiples facteurs imposés à l'individu », confirmant qu'ils ne sont pas des faits naturels, mais des sujets socialement construits (Détrez, 2002:72).

Expressions corporelles féminines : au-delà d'un modèle universel d'allaitement maternel

« Breastfeeding is entirely unpredictable, a practice which cannot be reduced to a set of universal claims that relate to homogeneous bodies, because a woman's lived experiences are crucial to her body's lactational responses » (Bartlett, 2002:375)

En pénétrant, au fur et à mesure, au cœur des expériences empiriques, en écoutant de multiples récits de femmes, mais aussi de personnes que je rencontrais en dehors du « terrain », je me suis rendu compte à quel point les expériences matérielles d'allaitement étaient complexes, et comment de multiples dimensions y sont impliquées. En reconstruisant ces récits par après, à travers l'écriture, je peux aujourd'hui affirmer qu'aucune expérience d'allaitement ne se ressemble, et que chacune est tout autant « imprévisible » (Bartlett, 2002:378) que sujette à différentes adaptations corporelles. Ce qui, d'autre part, m'a confortée dans l'idée d'appréhender les corps de la façon la plus large possible, refusant toute « opposition entre une nature et une culture » de ces derniers (Raveneau, 2008). En me remémorant mon expérience d'allaitement, je me souviens avoir ressenti les mêmes impressions que Bartlett lorsqu'elle parle de son expérience d'allaitement. J'avais la sensation que ma poitrine pensait par elle-même, qu'elle avait « son propre esprit » (2002:379), et que je ne devais pas chercher à contrôler cette expérience, mais plutôt essayer de la comprendre, d'y mettre du sens. Mes seins me parlaient à travers des « connaissances inscrites corporellement » (id.), fonctionnant à l'image qu'en donne Bartlett, c'est-à-dire tels des baromètres de « santé » (id.), ou de vie en général. Lorsque, après de longues heures de travail, me préparant aux examens universitaires, j'oubliais de me rendre au local infirmier où je tirais mon lait, ma poitrine me rappelait que c'était l'heure et que je devais peut-être aussi me reposer un peu, comme lorsque je prenais le temps d'être avec notre fille pour l'allaitement. Il est vrai que les douleurs à la poitrine, sensations matérielles souvent intenses reliées aux expériences d'allaitement, se présentent fréquemment de façon inattendue chez les femmes, leur rappelant que l'allaitement est un réel processus physiologique qui s'exprime aussi matériellement. Kelleher, dans son étude s'intéressant aux défis physiques de l'allaitement dans ses débuts, relève l'étonnement de nombreuses femmes face à ces douleurs, à leur intensité, mais aussi à leur ampleur et à leur durée (2006:2730). Variant cependant en

temps, en virulence et en complications, ces douleurs rendent les expériences d'allaitement spécialement vivantes dans les esprits féminins, en tant qu'événements significatifs de la période post-partum. Comme pour Kelleher, les expériences des femmes que j'ai rencontrées nous racontent à la fois cette centralité des douleurs liées à l'allaitement maternel, avec plus ou moins d'intensité, leur surprise de découvrir que l'allaitement peut être douloureux et engendrer, en parallèle, de multiples autres dimensions, des difficultés. Parfois, ces inconforts ou douleurs ne sont que passagers, et ne forment dans les récits que de « simples » constatations, « oui, lorsqu'il y a beaucoup de lait cela fait mal, au début » (maman, 9), ou « l'allaitement se passe bien, mais les débuts ont été difficiles. Notre enfant avait de la difficulté à téter et la sage-femme avec qui j'ai fait les cours d'accouchement m'a proposé des tétérnelles. Du coup, c'était le jour et la nuit, même si ça rend la succion plus difficile pour l'enfant. L'allaitement c'est normal, ça pince. Ce n'est pas une sensation commune » (maman, 20). Mais elles peuvent aussi faire le constat d'un décalage entre ce qu'elles avaient imaginé de l'allaitement et la façon dont il est vécu au jour le jour. « L'allaitement, non ce n'est pas qu'une partie de plaisir, cela fait mal. Parfois j'ai les seins durs et une fois ils étaient même rouges. J'ai pris des antibiotiques et j'ai continué à allaiter. C'était six semaines après la naissance par césarienne. Si je n'avais pas eu vraiment envie d'allaiter, j'aurais assez vite arrêté, parce que c'était beaucoup plus difficile que ce que je m'étais imaginé » (maman, 26). « L'allaitement maternel est plus difficile que ce que l'on croit. Des fois, c'était très douloureux. Comme si le téton allait s'arracher, il y avait même du sang. Avec les tétérnelles par la suite ça s'est arrangé » (maman, 28). Même constat chez une maman lors d'une visite à domicile. « Deux fois c'était très douloureux. La première fois j'ai percé l'abcès à un sein et la deuxième fois, j'ai laissé comme ça, mais j'ai serré les dents la première minute de tétée, puis ça a été mieux. Comme j'ai beaucoup de lait, lorsqu'elle tète seulement un peu (sa fille), c'est douloureux, ensuite alors je tire mon lait » (maman, domicile 1). Car en effet, pour de nombreuses mères, l'allaitement est une expérience qui demande beaucoup, en temps, en énergie, en investissement personnel, au niveau émotionnel et physique. « L'allaitement, c'est quand même très physique, il faut être disponible pour des tétées toutes les trois-quatre heures » (maman, 23). Relié à d'autres paramètres, comme des spécificités physiologiques décrites dans l'exemple de cette femme, l'allaitement peut aussi s'avérer plus complexe. « C'était difficile. Compliqué. Il (son dernier enfant) n'arrivait pas à tirer, et en plus, j'ai des mamelons plats ». Selon la maman, ce sont ces derniers éléments qui l'ont amenée à compléter rapidement l'allaitement avec du lait en poudre. « Puis dès qu'il a mieux tiré, je l'ai allaité complètement à nouveau ». Mais suite à cette expérience satisfaisante, la mère qui était

revenue aux rencontres-consultation pour faire peser son enfant, s'inquiète à nouveau voyant que son enfant a perdu du poids. « Cela l'a complètement déstabilisée, elle a reperdu confiance en elle », me transmitra Anne plus tard. « J'étais inquiète, donc j'ai réintroduit le complément de lait en poudre » m'avait raconté la maman. « Au début, j'ai utilisé des tételles pour l'aider (son enfant) à téter, mais c'était pire, ça stimule moins bien », exprimant par ailleurs qu'elle avait eu son dernier enfant par césarienne, suite au décès de son deuxième enfant à la naissance. Elle avait ajouté que d'autres éléments avaient aussi contribué à la complexité de son expérience. « Après la naissance, il (son enfant) recrachait beaucoup, parce qu'il avait avalé passablement de liquide amniotique ». Elle pense que c'est notamment la cause de sa résistance à téter dans les premiers temps. « En plus, je n'ai pas eu beaucoup de lait comme la plupart des femmes, je n'ai pas connu ça ». Enfin, elle explique comment son enfant était intolérant au lactose et comment elle ne s'en est rendu compte qu'avec l'arrêt de l'allaitement (maman, 23). L'expérience d'allaitement peut ainsi être vécue comme une accumulation de paramètres qui ne font qu'amplifier son intensité et la rendent compliquée à réaliser. Alors que la seconde maman rencontrée à domicile, femme très active qui se levait à 4h30 du matin pour « faire du ménage, du repassage ou des repas », travaillait la journée et se réveillait toutes les nuits pour « contrôler » que son enfant dorme bien, insistait sur sa grande fatigue, son sentiment de tout oublier, d'être dépassée, elle nous laissait entrevoir toutes les dimensions de son expérience. Engageant avec moi une discussion de trente minutes autour de la naissance de son enfant, événement vécu de façon intense, elle me laissait entendre tous les efforts qu'elle avait entrepris pour mener à bien l'allaitement. Elle avait ainsi allaité son enfant tout de suite après sa naissance, et jusqu'au troisième mois sans grandes difficultés, mis à part un engorgement vécu de façon très douloureuse. « Ma poitrine était rouge et mes seins enflés ». « La sage-femme est venue, mais ça (les manipulations) m'a fait plus mal encore que l'accouchement ». Après trois mois d'allaitement, avec la reprise de son emploi, elle tente de tirer son lait puis abandonne, « très fatiguée » (maman domicile, 2). Anne, dans ce sens, m'avait aussi transmis l'expérience complexe d'une maman (maman, 6). Son enfant, sous médicaments pour des reflux gastriques, était au centre de son attention et elle était, à son propos, « constamment en soucis ». « Il a aussi été hospitalisé dix jours après sa naissance pour une bronchiolite », soulignait Anne. Ce sont ces différents facteurs qui auraient contribué à créer un certain « stress » chez la maman et qui pourraient avoir eu un impact sur l'allaitement. D'autre part, le fait d'avoir deux enfants, dont « un qui se réveille la nuit, cela favorise la fatigue », la maman se sentant « épuisée ». Une situation « familiale difficile » durant sa deuxième grossesse, engendrant un stress supplémentaire, a dans la

globalité de l'expérience participée à son intensité et aux difficultés ressenties chez cette maman. Différents événements, comme des naissances jugées « difficiles » par les femmes ou des interventions chirurgicales diverses avant ou après l'allaitement, ont également été mentionnés par certaines mères comme composantes d'expériences particulièrement douloureuses, ayant eu une influence sur l'allaitement maternel (maman, 5 ; maman, 10 ; maman, 21 ; maman, 23 ; maman, 27). D'autre part, dans les récits des femmes rencontrées, tant chez celles qui allaitent que celles qui n'allaitent pas, la conscience d'un bien-être et d'une « bonne » santé liée à l'allaitement apparaît clairement. Ainsi, tout comme les recherches de Copelton et al. le démontrent, les femmes semblent s'engager « activement » dans des discours qui font la promotion de l'allaitement maternel, à la façon dont le font aussi les « idéologies médicales et maternalistes » (2010:27), faisant souvent passer les besoins de leurs enfants avant les leurs. Ainsi, l'allaitement est représenté par ces femmes comme étant une « bonne base », c'est « donner le meilleur à ses enfants » (maman, 19). Allaiter, « c'est bien. De toute façon, mes deux enfants ont refusé le biberon. Les enfants aussi préfèrent qu'on les allaite. C'est important pour le contact entre la mère et son enfant » (maman, 22). Une autre maman me racontait qu'elle avait pu lire que « l'OMS préconise l'allaitement exclusif jusqu'à six mois. Je crois aux bienfaits du lait maternel. Au niveau gustatif aussi, cela donne une idée au niveau des saveurs » (maman, 20). « C'est à travers les médias, la télévision...on entend dire que c'est la meilleure chose pour l'enfant » (maman, 28). « L'allaitement est bon pour la mère et l'enfant, cela permet de développer un lien particulier entre la mère et son bébé, c'est important. C'est un échange. Elle (la mère) donne à son bébé, mais lui, il lui donne aussi » (maman, 3). La maman rencontrée à domicile m'expliquait aussi comment elle avait allaité son enfant « même chez des collègues » sachant que l'allaitement « lui (son enfant) faisait du bien » (maman, domicile 2). Une femme me disait cependant comment elle avait pu se sentir coupable d'avoir arrêté d'allaiter, « car on dit que c'est bien pour la santé de l'enfant d'allaiter longtemps. Mais pour moi, un mois c'était bien. Et de toute façon, j'étais trop fatiguée pour continuer. Heureusement que mon mari me comprend, parce que je n'ai pas de famille en Suisse. Je suis seule et je suis 24 heures sur 24 avec lui (son enfant) » (maman, 17). D'autres femmes m'ont expliqué que leurs expériences d'allaitement auraient été peut-être moins « difficiles » si elles avaient « su ». « Pour moi, il n'y a pas assez d'informations qui circulent sur le fait que l'allaitement c'est difficile, alors on croit que c'est facile, mais ce n'est pas si évident » (maman, 14). « J'aurais apprécié de savoir, avant la naissance de notre enfant, que l'allaitement n'est pas évident et que cela provoque des douleurs » (maman, 17).

Ainsi, que ce soit à travers des ressentis corporels comme les douleurs ou à travers des expériences matérielles complexes, on remarque que les corps féminins qui expérimentent l'allaitement sont à la fois exposés à des événements inattendus tout comme ils peuvent s'y adapter, nous rappelant qu'ils sont à la fois naturellement et culturellement produits, des artefacts simultanément physiques et symboliques, ancrés dans un contexte historique spécifique (Scheper-Hughes et Lock, 1987:7). Les corps, s'exprimant tous différemment se donnent à voir à travers l'allaitement comme des corps « sujets » et non pas comme des corps « objets ». Ils nous parlent de cette globalité, ce « tout » qui fait les êtres humains. « Des hommes concrets qui sont à la fois corps, conscience individuelle et collectivité » (Détrez, 2002:55). C'est aussi à travers ces expressions que les corps nous démontrent leur « intelligence corporelle, indépendante de la raison et de la réflexion. Le corps n'est plus alors cet objet soumis à une volonté qui le meut et le transcende » (Détrez, 2002:158), tout comme il ne nous permet pas de le distinguer « de la personne qui l'habite » (Walentowitz, 11). L'allaitement à son tour est, dans ce sens, une « activité incorporée » dans des corporalités féminines intelligentes, « instruites et réfléchies » (Bartlett, 2002:373). Cependant, si je tente ici de démontrer comment comprendre les corps féminins et leur matérialité en termes d'incorporation et d'intelligence, il semble que le contexte actuel privilégie plutôt une lecture de l'allaitement maternel comme une affaire liée à la réflexivité de l'esprit (id.) faisant appel à la raison, au raisonnement. Dans ce sens, l'allaitement maternel n'est pas perçu comme un processus incorporé, mais comme une activité à apprendre, selon des pratiques spécifiques et des normes instruites par des « experts » et « expertes » (id.). Seulement, avant d'en arriver à comprendre comment cette expérience d'allaitement est incorporée, je me propose de partager les ressentis de femmes que j'ai rencontrées et avec qui j'ai compris que les expériences d'allaitement ne sont pas si facilement compréhensibles en termes d'incorporation et qu'elles peuvent, d'autre part, se construire à travers la notion d'apprentissage dans une dimension qui permet de dépasser les conceptions naturalistes des corps féminins.

La notion d'apprentissage à l'encontre d'une conception naturaliste

Si les discours naturalisant l'allaitement maternel comme processus maternel allant de soi, que j'ai tenté de mettre en valeur dans ce travail, s'imposent avec « l'évidence du naturel et le naturel de l'évidence » pour reprendre la formule de Blöss (2001) citée par Détrez (2002 :18), tant sur les plans sociaux, politiques que dans les discours pro-allaitement des nombreuses sociétés néo-libérales et démocratiques occidentales, certes différemment au cours de

l'histoire, dans les pratiques, nous avons vu que cette naturalité féminine n'est ni évidente, ni une composante figée des expériences féminines d'allaitement. Au contraire, les expériences féminines reconstituées au travers des matériaux empiriques, nous guident vers une plus grande complexité d'approche que celle qui envisage l'allaitement comme une donnée naturelle ou un processus naturellement associé à la maternité.

Si je me range aux côtés de Bartlett (2002) pour dire que les représentations actuelles autour de l'allaitement proposent généralement une lecture de cette expérience en termes de problématique féminine devant être gérée par des professionnels et professionnelles expertes dont l'objectif est d'instruire, à différents degrés, les femmes aux bonnes pratiques de l'allaitement, je m'éloigne quelque peu cependant de sa vision naturalisante de l'allaitement. S'il apparaît en effet que nous nous trouvons dans un contexte, comme je l'ai déjà souligné, qui historiquement a de plus en plus amené les femmes à se voir dépossédées en partie de savoirs liés à leurs propres corps pour être réappropriés par des experts et expertes professionnelles, si les transmissions de ces savoirs se réalisent souvent dans les contextes biomédicaux à travers des pratiques qui font autorité, relativement humaines et qu'elles s'adressent en grande partie à l'intellect des femmes, mettant de côté leurs ressentis corporels, les savoirs incorporés et l'intelligence des corps, il faut relever la part tant « naturelle » (ou innée) que « culturelle » (ou acquise) des expériences d'allaitement. Si je soutiens l'idée que les corps féminins, mais aussi masculins, fonctionnent en partie sur la base de savoirs innés, incorporés, n'ayant nullement besoin d'être pensés, « nos corps savent comment produire du lait, savent comment chaque interaction neurale et hormonale précipite une autre action » (Bartlett, 2002:377), c'est-à-dire que l'allaitement ne se passe pas qu'à un niveau « intellectuel », mais bien aussi corporel, il m'est difficile tout d'abord d'entrevoir l'allaitement sous ces angles dichotomisés qui tendent à séparer les esprits des corps et la nature de la culture. Je me positionne donc ici plutôt en faveur d'une appréhension de l'allaitement comme expérience globale de l'être, tant innée qu'acquise, soit comme dans l'exemple mobilisé par Détrez à propos des émotions humaines, soulignant qu'elles sont le « résultat de l'incorporation d'un processus inné et appris » (2002:95). Cela transparaît notamment dans les matériaux empiriques démontrant qu'il « y a une pluralité des corps comme il y a une pluralité des cultures (Le Breton, 2013:125), et j'ajouterai une pluralité des expériences, parce qu'à travers l'ensemble des matériaux empiriques, je n'ai cessé de percevoir la complexité des expériences d'allaitement. Par ailleurs, si ces dichotomies entre corps et esprits et nature et culture sont des constructions analytiques et interprétatives, elles peuvent alors tout aussi bien être déconstruites. D'ailleurs, les femmes elles-mêmes relèvent

que, si elles avaient pensé dans un premier temps l'allaitement comme un fait naturel, allant de soi, elles se distancient rapidement au travers de leurs expériences de cette vision de l'allaitement. « Je pensais que l'allaitement c'était naturel, mais en fait il faut apprendre » me disait une maman en soulignant que « maintenant je lis beaucoup (à propos de l'allaitement) mais avant non », ne pensant pas qu'elle aurait besoin un jour d'une quelconque « aide » pour allaiter. « J'imaginai que l'allaitement était un acte naturel » (maman 10). C'est aussi ce que me révélait la maman rencontrée à domicile. « Avant, l'allaitement pour moi c'était tout naturel », m'expliquant que dans le « milieu médical, tous sont d'accord pour dire que le lait est ce qu'il y a de mieux pour l'enfant, le plus complet ». « J'ai moi-même été allaitée par ma mère donc cela me paraissait naturel ». Mais à travers les douleurs et le chemin parcouru, elle se rend compte que l'allaitement « n'est pas si naturel que cela », tout en soulignant d'un autre côté que « pour mon mari et moi c'est naturel de donner le sein, on a la même vision ». Différenciant ainsi dans son discours acte d'allaiter et expérience d'allaitement. De nombreuses femmes ont d'autre part expliqué comment elles avaient pu dépasser les douleurs ou les difficultés rencontrées pendant l'allaitement, surtout dans les débuts, « grâce » au soutien des sages-femmes et IPE durant leurs visites à domicile ou « grâce » à leur propre mère ou personne de leur entourage proche, comme des amies ou un mari soutenant. « C'est ma mère qui a insisté pour que je continue l'allaitement en me répétant de tenir encore dix jours parce que ce n'est que dix jours et après ça passe » (maman 10). C'est aussi ce que j'ai personnellement expérimenté. D'autre part, cette naturalité est parfois contredite dans les mêmes discours, de professionnelles par exemple. Ainsi, une mère m'expliquait comment d'un côté une sage-femme de la maternité lui avait dit que l'allaitement « ça doit venir de vous » et d'un autre côté, elle lui pressait les seins douloureusement afin de lui montrer comment extraire du lait (maman 17). Les professionnelles et professionnels de la santé étant eux-mêmes pris entre des discours politiques et de santé publique qui visent à naturaliser l'allaitement, et leur devoir de transmission des savoirs. L'allaitement est d'autre part déconstruit en tant que pratique naturelle dès lors que les mères et leurs enfants sont catégorisés selon certaines normes biomédicales, physiologiques par exemple. Ainsi, les enfants sont tour à tour qualifiés de « bon tétieurs » arrivant facilement à « bien prendre le sein » ou d'enfants n'arrivant pas à téter, et les femmes classées selon des dispositions physiologiques à allaiter ou au contraire à ne pas allaiter ou difficilement, comme l'exemple des mamelons dits « plats » nécessitant l'utilisation d'un matériel spécifique. Il y a donc un décalage entre cette volonté de rendre l'allaitement naturel et en même temps l'interprétation de la diversité des corps et des expériences. On remarque aussi à travers l'ethnographie que,

selon les contextes socio-culturels, l'allaitement peut être perçu de façon plus ou moins naturelle. « Ça (l'allaitement), c'est dans l'éducation, on a été éduqués comme ça, moi j'ai été allaitée en tout cas une année. Ma maman m'a dit que j'avais aimé être allaitée. Elle a eu six enfants qu'elle a tous allaités » (maman 22). Cependant, l'allaitement n'est plus si « naturel » dès lorsqu'il est expérimenté, surtout au travers de difficultés. J'ai pu entendre souvent des femmes me dire que l'allaitement est un réel « travail », de longue haleine. Un travail même « difficile » selon Schmied et Lupton (2001:236). Dans ce sens, l'allaitement ne devient possible qu'à travers un certain soutien, un accompagnement humain et des transmissions de savoirs. Non pas que les corps féminins ne « savent » pas allaiter, ils prouvent le contraire en démontrant comment ils s'adaptent au fur et à mesure des besoins de l'enfant qui grandit par exemple, mais plutôt que, face à un contexte social, politique, historique et culturel particulier, les femmes ressentent le besoin aussi d'être entourées et guidées dans cette expérience. Cependant, comme je l'ai déjà dit, si ces besoins découlent d'une situation globale particulière, ils s'expriment plutôt en termes de ressentis de validation de savoirs, de reprise de confiance en soi et en son corps, d'attention et d'écoute envers une expérience qui s'avère particulièrement intense, plutôt qu'en termes de réels besoins d'être « éduqué » à l'allaitement. « Même les femmes ayant rencontré peu de problèmes avec l'allaitement ont exprimé des sentiments d'incertitude et de besoin de réassurance quant au fait de savoir si elles avaient « bien fait » », affirment Marshall et al. (2007) dans le cadre de leur recherche. Ainsi, les sentiments des femmes rencontrées se situent plus particulièrement au cœur d'incertitudes, de scepticismes quant à leurs propres capacités et de décalages entre ce qu'elles avaient imaginé de l'allaitement et leurs expériences. Ce qui rejoint notamment les constatations de différentes études (Lee, 2008 ; Schmied et Lupton, 2001 ; Wall, 2001 ; Marshall et al., 2007 ; Lupton, 2011 ; Bartlett, 2002 ; Kelleher, 2006). La médicalisation de l'allaitement (Wall, 2001 ; Blum, 1993 ; Carter, 1995) ayant en grande partie contribué à représenter cette expérience comme un « fait » dont les femmes doivent être « informées et convaincues » à travers des enseignements ayant une « base scientifique » et dispensés au travers d'interventions professionnelles (Wall, 2001). L'allaitement est ainsi confiné au sein de discours qui, d'un côté, valorisent la nature bienfaitrice de cette pratique et, de l'autre, valorisent sa transmission comme un fait qui doit être acquis ou appris. Cette double constatation crée des résonances plutôt dissonantes au centre desquelles les femmes tentent de construire leurs expériences. On voit comment elles-mêmes se situent de façon ambiguë entre ces différentes représentations de l'allaitement maternel. Les IPE permettent cependant aux femmes de reconstruire des expériences positives, de reprendre confiance en elles ou de

valoriser leurs pratiques et leurs savoirs. Plus que des enseignements experts, les IPE offrent aux femmes des espaces d'échanges, d'écoute, d'expériences qui sont vécus comme des temps précieux et de qualité, humainement parlant. Ce que l'on pourrait alors qualifier d'apprentissages globaux, sont en fait des échanges de savoirs et de pratiques co-construites, des expériences globales qui permettent de dépasser les conceptions uniquement naturalistes de l'allaitement. Ces rencontres entre femmes et IPE nous permettent de comprendre que les expériences d'allaitement sont à la fois innées et acquises.

Éléments autoethnographiques

Cette recherche étant construite à partir de deux matériaux distincts mais communicants, je souhaite relever maintenant quelques points à la fois particuliers et proches des expériences féminines et professionnelles que j'ai traversées jusqu'ici, ceci dans une démarche autoethnographique qui se veut réflexive, c'est-à-dire une « méthode de recherche et d'écriture, un genre autobiographique, qui met en lumière diverses couches de la conscience de l'expérience, ralliant le personnel au culturel » (Rondeau, 2011⁹²).

Le « poids du lait », représentations normatives et sources d'anxiété

Me référant aux diverses expériences citées en exemple dans cette recherche, je dirais que j'ai pu traverser les mêmes doutes, les mêmes difficultés et les mêmes impressions tout au long de l'allaitement de notre fille. Il aurait été intéressant dans le cadre de cette recherche d'effectuer une comparaison avec des expériences d'allaitement de femmes qui ont accouché en maison de naissance ou à domicile afin de pouvoir comprendre comment ces dernières vivent l'allaitement dans des contextes moins technicisés. Nous aurions nous-mêmes souhaité, en tant que parents, pouvoir accéder à une telle expérience de naissance, mais la vie en a décidé autrement. Cette expérience inattendue et douloureuse m'a cependant permis de comprendre l'infinie complexité des naissances et de reconnaître les corps comme de réels sujets agissant au-delà de toute volonté purement intellectuelle. Cela m'a rapprochée notamment de ce corps qui est à la fois moi et celui que j'habite, et de mieux le comprendre. Entreprise périlleuse, mais essentielle, dans un processus de mère en devenir qui, à la fois, expérimente intensément de nouvelles sensations corporelles, de nouveaux savoirs incorporés mais jusque-là inconnus, de grands bouleversements tout en se confrontant aussi à la naissance d'un nouvel être et à

⁹² Qui cite ici : Denzin, 2006; Duarte, 2007; Dyson, 2007; Ellis & Bochner, 1996, 2000, 2006; Engelman, 2006; Spry, 2001.

tout ce que cela implique en termes de découvertes, d'échanges, d'expériences sensibles, émotionnelles, physiologiques et relationnelles.

« J'avais tellement préparé l'accouchement, mis mon énergie à cela et modelé mes rêves autour de cet événement que j'en avais oublié les suites. L'allaitement pour sûr m'est apparu beaucoup plus complexe que je ne me l'étais imaginé jusque-là. En effet, les douleurs qui sont survenues les premiers temps, presque insupportables et répétitives, que je me suis obligée à supporter pour le bien de notre enfant, les larmes coulant sur le visage, les dents serrées, me rappelaient que cette expérience m'était totalement inconnue, inédite et en contradiction avec mon désir d'allaiter, puisque pour moi désir et plaisir auraient dû être liés à l'allaitement » (Autoethnographie, 2014)

A ce propos, je me souviens que notre sage-femme, celle qui nous a suivis avant la naissance de notre enfant et pendant la période post-partum qui a suivi le court séjour hospitalier, me disait, « tu n'as pas à souffrir pour allaiter ». De la même manière, elle m'expliquait que des douleurs au début de l'allaitement maternel étaient « normales » (frottements inusuels et montée de lait par exemple), mais que par la suite il s'agissait « d'apprendre à mettre l'enfant au sein », c'est-à-dire dans une position adéquate. Plus particulièrement, il faudrait changer les positions au sein très souvent (dans le sens des aiguilles d'une montre, comme dans la logique de l'horloge), enduire les mamelons de crèmes ou utiliser des coupelles en argent et enfin, tout mettre en œuvre pour ne pas devoir souffrir, et cela avec l'aide des sages-femmes. Une souffrance qui, si elle perdure, peut en effet signifier la fin de l'allaitement, tout comme j'ai eu l'occasion de le constater autour de moi. Or pour cela, il était nécessaire d'apprendre, avec le temps et l'expérimentation de chaque instant. Mais, alors que dans le contexte de la maison de naissance et juste après, à domicile, cette expérience me proposait de nouvelles possibilités d'être femme et me permettait de mettre de côté l'expérience d'une naissance douloureuse, je me confrontais à nouveau à d'autres souffrances et anxiétés auxquelles je ne m'étais pas attendue.

« Sur le moment j'ai eu très peur (les premiers jours, dès le deuxième plus précisément), peur de ne plus pouvoir allaiter tellement la douleur était pesante, peur de ma poitrine qui s'était totalement transformée, c'est-à-dire conséquemment plus volumineuse, peur de ne pas pouvoir nourrir notre enfant, comme je n'avais pas pu l'amener à la vie de la façon tant espérée. Mais aujourd'hui j'estime, même seulement après

deux mois et demi, avoir réussi l'allaitement de notre fille dans le sens où je suis satisfaite d'avoir pu passer au-dessus des difficultés qui lui sont liées. Heureuse de voir cette enfant se nourrir au sein selon ses besoins et de ces instants que je considère comme magiques. La magie et le charme de ces moments hors du temps opèrent chaque jour. Je pourrais passer des heures à l'observer. Ces mimiques qui cherchent tout d'abord le sein, ces bruits comme des gloussement qui expriment un besoin, une envie, son regard et sa façon de me dire, à travers celui-ci, que le moment de manger est arrivé, puis toute la relation qui se met en place à travers ce contact physique tellement différent de tout ce que j'avais imaginé. Des seins qui ne sont plus des seins d'une « simple » femme, mais d'une femme qui peut nourrir son enfant. Est-ce cela qu'on appelle devenir « mère » ? Je m'interroge sur ces différentes femmes que je suis alors. Non pas que je me sois sentie toujours une seule et unique femme, mais cette expérience me proposait de nouvelles possibilités d'être femme. Seulement voilà, la pédiatre a touché mon point faible : la confiance en moi » (id.)

Effectivement, alors que notre première pédiatre se disait être « pro-allaitement », elle avait estimé, à la consultation des deux mois de notre fille, toujours allaitée, qu'elle ne prenait « pas assez de poids » et que pour tenter d'y remédier, il suffirait de compléter l'allaitement avec deux laits différents, ceci pendant un temps, puis d'arrêter si besoin. Selon cette professionnelle, cela n'aurait d'autre part aucun impact sur l'allaitement.

« Je suis chamboulée, j'ai l'impression que cette confiance en moi et en mon propre corps, que je ressentais jusque-là, et ça pour la première fois d'ailleurs, a volé en éclats. Je suis profondément touchée par les propos de cette professionnelle et en même temps révoltée. Je commence à me dire que ces propos sont peut-être exagérés » (id.).

Heureusement que, ce jour-là, deux possibilités d'échapper à ce discours se sont présentées à moi, me permettant de ne pas être complètement « abattue ». D'une part, j'ai eu l'occasion d'atteindre rapidement ma propre mère par téléphone, qui m'a rassurée et surtout convaincue de n'écouter que mes propres ressentis, ceux de mon conjoint et de notre enfant, plutôt que le discours disqualifiant de cette pédiatre. Deuxièmement, j'avais convenu avec la pédiatre de rencontrer deux jours plus tard les IPE dans le cadre des « Rencontres Parents-enfants – consultation » pour faire peser notre enfant. Si je n'ai jamais complété l'allaitement, je me

suis cependant rendue aux rencontres. Par ailleurs, le même jour, ayant décidé de ne pas me laisser influencer par les propos de la pédiatre et par son ton autoritaire et très peu chaleureux, je me suis octroyée une petite pause gourmande en allant déguster ma glace préférée au Mövenpick.

« Très bon choix ! J'y ai rencontré une serveuse aussi jeune maman d'une fille de six mois. Nous avons pu échanger une discussion très intéressante à propos de l'allaitement, de l'introduction de la nourriture et de la séparation d'avec son enfant lors du retour au travail de la mère. Elle m'a dit avoir allaité son enfant pendant cinq mois avant de reprendre son emploi » (id.).

Cette rencontre fortuite m'a permis d'être rassurée et de reprendre aussi confiance en moi. Le fait d'échanger avec d'autres mères a souvent eu cet effet d'ailleurs, autant pour moi que pour mes amies. Nous nous disions que le partage d'expériences pouvait nous permettre de relativiser nos vécus, de voir que toutes les femmes peuvent tout autant vivre des moments difficiles que merveilleux et qu'il existe une multitude de pratiques sur lesquelles nous pouvons décider, ou non, de nous appuyer. Les échanges entre femmes permettent d'accéder aussi à des savoirs et à des connaissances différentes. Cependant, le concept définissant les enfants et plus particulièrement les nourrissons comme « à risque », dont découlent les pratiques de pesée et de mensurations fréquentes des corps infantiles, s'est toujours inscrit fortement dans ces échanges. Que ce soit sur le mode de comparaisons, de conseils ou de besoins d'échanger autour de nos inquiétudes, le « poids du lait maternel » s'est toujours fait ressentir.

« Le glissement vers la culpabilisation se fait rapidement lorsque votre enfant, comme notre fille, se situe dans les courbes un peu en dessous, qu'elle n'a pas, par périodes, pris « assez » de poids selon les critères médicaux et que c'est en fait un poids plume si on la compare à d'autres enfants rencontrés en Suisse. Je me sens tous les jours inquiète pour son poids et j'en ai même mal au ventre. Je me demande souvent si mon lait est assez nourrissant, si elle va grandir et se développer normalement, si je fais bien de vouloir absolument l'allaiter. Ceci, malgré le fait que les sages-femmes, ma mère en tant qu'infirmière et les infirmières de la permanence, m'aient dit à plusieurs reprises que notre enfant allait bien, qu'elle prenait peu mais du poids quand même, qu'elle était vive, souriante et en santé, qu'elle ne pleurait pas et qu'il fallait que je me

fasse confiance et que je fasse confiance à notre enfant »
(Autoethnographie, 2014).

Ces références à un poids « idéal » infantile, construites à partir de normes biomédicales et constamment expérimentées par les femmes, moi comprise, entraînent chez elles un besoin constant et accru de « contrôler leur production de lait maternel » (Avishai, 2011:32). Comme nous l'avons déjà vu au travers des expériences des femmes reconstruites dans cette recherche, ces idéaux de lactation et de poids de l'enfant amènent souvent les femmes qui allaitent à être anxieuses et à ressentir le besoin d'être rassurées constamment à travers la pesée de leurs enfants par exemple. Je me souviens qu'Anne me disait un jour que, lorsqu'elle arrivait chez certaines femmes lors de premières visites à domicile, elle les voyait déshabiller très rapidement leur enfant afin de le peser. Anne s'étonnait de cette situation et leur disait qu'elle avait « une heure devant elle à leur disposition ». Si les femmes imaginaient ainsi n'avoir que peu de temps pour échanger avec les IPE lors des visites à domicile, elles privilégiaient cependant la pesée avant toute autre expérience, échange ou activité. Cette quasi « obsession » pour des chiffres (id.), censés représenter la « bonne santé » des enfants, la « bonne qualité et quantité » de lait maternel et, dans ce sens, la « bonne » expérience d'allaitement, se retrouve dans de nombreux récits de femmes non seulement dans cette recherche, mais dans celles de plusieurs autres auteurs. Avishai souligne particulièrement les formes d'engagement des femmes au travers de pratiques d'allaitement qui visent à « contrôler, évaluer et gérer » leurs corporalités afin de produire suffisamment de lait pour leurs enfants (2011:32). « Produire bien ou plus », c'est aussi ce que j'ai pu constater tant chez plusieurs femmes rencontrées que dans mes propres pratiques. Cela se ressent notamment dans les échanges entre les femmes et les IPE lorsqu'elles abordent les possibilités de produire plus de lait par exemple. Certaines boissons sont ainsi favorisées (tisanes, boissons spécialement conçues pour l'allaitement, Rivella, etc.), tout comme certaines pratiques spécifiques (douches chaudes, exprimer son lait avec un tire-lait, mettre l'enfant plus souvent au sein, utiliser des compresses chaudes, boire des boissons chaudes avant l'allaitement, etc.). Selon Avishai, ces « plans » conçus par les professionnelles et professionnels (l'auteur parle lui de consultants en lactation) « pour faire face à une prise de poids faible des nourrissons ou aux douleurs maternelles représentent une forme extrême de *management* des corps » (id.). Il n'est pas étonnant dans ce sens que les femmes, tout comme moi, considèrent que l'allaitement maternel n'est pas seulement une expérience complexe, mais aussi un réel « travail ». Un constat par ailleurs relevé par de nombreux auteurs

(Schmied et Lupton, 2001 ; Wolf, 2011 ; Copelton et al., 2010 ; Dykes, 2006 ; Avishai, 2011 par exemple).

« L'allaitement, lorsque j'en parle, je dis souvent que c'est génial, mais que c'est aussi un sacré « job » ! Je ne me rendais en tout cas pas compte de l'énergie que cela demande et du temps que l'on y consacre. Même par la suite, lorsque j'ai commencé à tirer mon lait, j'ai découvert que cela prenait aussi énormément de temps. Bizarrement pas pour tirer le lait en soi, mais pour laver, stériliser, relaver, faire bouillir le matériel utile à cette activité ou pour stocker le lait au congélateur par exemple. Ce temps et cette énergie investis ne me semblent pas assez reconnus dans notre société. Tant pendant la grossesse j'avais l'impression que chacun se souciait de « cette femme enceinte » que j'étais, tant la femme allaitante ne trouvait que peu de personnes « compatissant » à sa « cause » ou du moins reconnaissant ce temps et de cette énergie déployée » (Autoethnographie, 2014).

Plus particulièrement, ce « travail » d'allaitement peut être comparé à celui qu'engendre la dynamique productiviste (Dykes, 2006). Ainsi, le poids du lait et de la pesée représentent bien les contraintes normatives auxquelles les conceptions de « maternité intensive » et de « bonne maternité », déjà développées auparavant, sont reliées. L'allaitement est ainsi, en partie, pour les femmes, un travail performatif permettant d'accéder aux représentations idéales actuelles qui fondent la « bonne maternité » (Dykes, 2006⁹³), et un travail significatif du pouvoir et des pressions exercées par l'idéologie « Breast is Best » (id.). Ce « travail » d'allaitement nous rappelle en effet que la « bonne mère » est celle qui, dans un processus de « maternage intensif », soumet ses propres désirs et besoins à ceux de son enfant selon des attitudes typiques comme « la patience », « le dévouement », ou un investissement total de sa personne (Rudzik, 2011:159). J'étais moi-même totalement prise, et je m'en rends compte avec le recul des expériences, au même titre que la plupart des autres femmes rencontrées, dans les dynamiques normatives de ces systèmes de pensée de santé publique (Massé, 2001). Je voulais donner le « meilleur » à notre enfant et cela passait par une incorporation inconsciente des idéologies et des « avertissements » prônant la réduction maximale des « risques » et des

⁹³ L'auteure cite ici : Maclean, 1989 ; Bottorff, 1990 ; Blum, 1993, 1999 ; Carter, 1995 ; Schmied, 1998 ; Murphy, 1999 ; Schmied et Barclay 1999 ; Stearns, 1999 ; Bartlett, 2000 ; Pain et al., 2001 ; Wall, 2001 ; Meyer et de Oliveira, 2003 ; Shaw, 2003).

dangers liés à la santé infantile, entraînant, chez moi, de forts sentiments « d'inquiétudes » (Lupton, 2012).

Par ailleurs, alors que le lait maternel ne peut être qu'« aussi pur que la mère qui le produit » (Wall, 2001:597), il nous renvoie à comprendre l'allaitement en termes de poids social reposant bien, en grande partie, sur les épaules des mères. En effet, lorsque l'allaitement maternel ne correspond pas aux normes actuelles en matière de qualité et de quantité, de poids ou de mesures, et qu'il peut être aisément remplacé par d'autres possibilités tout aussi bienfaites, il se fait plus particulièrement le reflet de « défaillances » maternelles. Ceci alors que, d'un autre côté, le fait de ne pas allaiter ou de stopper l'allaitement de façon précoce est tout autant perçu comme un processus risqué, tant pour la santé des enfants que celle des mères (Wall, id.:604). Ainsi, les femmes se retrouvent souvent coincées entre différents discours qui de toute façon, quoiqu'elles fassent, permettront de les juger comme de « bonnes » ou « mauvaises » mères. D'autre part, les mères se confrontent à des représentations qui les séparent de leurs corporalités pour mieux pouvoir juger de leurs capacités, comme nous l'avons vu dans l'exemple de la qualité et la quantité de lait qu'elles produisent.

« On se retrouve alors dans notre propre société face au paradoxe d'une conjugaison, inédite au regard des données ethnographiques, de la perfection au féminin qui ne peut se penser qu'en coupant le lait maternel du corps vivant par lequel il transite, aboutissant au final à dissocier l'allaitement de l'engendrement physiologique et symbolique de l'être humain » (Saskia Walentowitz, 2006:11).

Allaiter, au-delà des évidences

Il m'aura fallu le temps de la réflexion et de l'écriture pour me rendre compte à quel point j'étais moi-même imprégnée par les discours qui valorisent l'allaitement maternel. Imprégnée finalement par le contexte dans lequel je vis et j'évolue. En ne portant jamais de jugements à l'égard des femmes qui n'allaitaient pas, j'ai cependant toujours eu l'impression que l'allaitement était ce qu'il y avait de meilleur pour l'enfant, et sûrement aussi pour ses parents. Sans m'en rendre compte, j'ai certainement moi-même participé d'un certain discours sur l'allaitement, qui a peut-être discrédité à un moment ou à un autre les expériences d'autres femmes. J'ai pourtant été attentive au fait que certaines de mes amies auraient souhaité allaiter mais n'ont pas pu, malgré toute la volonté et la persévérance dont elles ont fait preuve. La majorité de mes amies ont cependant allaité leurs enfants, sur des durées

cependant très différentes. J'ai moi-même été allaitée pendant six mois et j'avais imaginé allaiter, bien avant la naissance de notre enfant. Mon conjoint était lui aussi convaincu des bienfaits de l'allaitement et même plutôt critique à l'égard des laits « artificiels », dans lesquels il voyait une certaine manipulation des grandes entreprises productrices et distributrices de ces produits, tout comme il avait l'impression que dans notre contexte, les parents souhaitaient avoir des enfants sans « ce qui va avec » (Autoethnographie, 2014), c'est-à-dire sans les difficultés. Si j'ai pu comprendre au travers de cette recherche comment et dans quel contexte j'avais construit ces représentations concernant l'allaitement maternel, j'ai mis plus de temps à comprendre que l'allaitement, en tant qu'expérience de vie particulière, m'avait permis de dépasser bon nombre d'autres évidences. À l'image des femmes rencontrées, je m'étais imaginé que l'allaitement était un processus naturel et qu'il serait « facile » d'allaiter. J'ai vite été rattrapée par la virulence des douleurs des premiers temps de l'allaitement, entre la montée de lait, l'hyper-sensibilité des mamelons et l'impression disproportionnée de douleurs lors des tétées, en regard de la taille de notre enfant, si gracile et petite. J'ai rapidement commencé aussi à poser de multiples questions concernant l'allaitement, comme pour ne pas « rater » ce petit quelque chose qui aurait pu m'échapper, tout comme la naissance de notre enfant nous avait donné l'impression de nous glisser entre les mains. Je savais cependant qu'il ne s'agissait plus de « contrôler » les expériences, mais j'avais envie de comprendre comment je pouvais réussir au mieux à allaiter notre fille, pour son bien et pour atteindre ce que nous pensions être le « meilleur » pour notre enfant, et pour me permettre de reprendre confiance en moi et en ma corporalité après une césarienne qui m'avait dépossédée de mon corps, d'une naissance et d'une expérience de vie, opération sûrement nécessaire, mais que je portais toujours en moi comme un fardeau.

Redécouvrir sa corporalité à travers l'allaitement

En apprenant à être attentive, avec le soutien des personnes qui m'entouraient, à cette corporalité que je découvrais sous un nouvel angle de vue, en l'expérimentant jour après jour avec notre fille, je m'émerveillais devant ces corps qui étaient les nôtres et je reprenais confiance en moi.

« À 32 ans, je continue de découvrir mon corps. Ce corps que je pensais connaître me surprend encore. Il est capable de produire du lait et qui plus est en quantité suffisante pour nourrir cette enfant que je contemple chaque jour avec un émerveillement grandissant. Et cela malgré le fait que, pendant un temps, une parenthèse dans le temps plutôt, j'ai perdu

confiance et je n'y croyais plus. Maintenant que j'ai repris réellement confiance en moi et en mon corps, je m'émerveille de ces nouvelles capacités que ce corps qui est le mien, met en place tout seul. Comme s'il communiquait avec notre fille, ils se parlent, s'adaptant l'un aux besoins de l'autre, l'autre à la physiologie et aux particularités physiques du premier. Je n'ai pas l'impression de faire quelque chose pour cela, mais que mon corps « fait » seul. Il produit lui-même, comme s'il fonctionnait finalement sans mon aide. Très étrange sentiment. Comme si, avec la naissance, j'avais développé une nouvelle façon de voir les choses, d'écouter mon corps. Comme si avec l'allaitement je réapprenais l'humilité, la patience et la joie de voir ce qui m'était auparavant imperceptible » (Autoethnographie, 2014).

Cette expérience si particulière, presque irréaliste parfois, ne pouvait que m'éloigner d'une conception naturelle de l'allaitement. D'autant plus que je me sentais parfois désarmée face à des ressentis qui m'indiquaient fortement que ma poitrine, ainsi exposée à travers l'allaitement, n'était pas perçue uniquement comme une donnée naturelle, malgré ce que certaines personnes m'en disaient.

« Dans notre société, les poitrines féminines sont tellement sexualisées que j'en avais presque oublié leur fonction physiologique ! Les seins comme moyen de nourrir un enfant, quel beau privilège. Cela demeure tout de même un peu étrange de produire du jour au lendemain et de voir s'écouler un liquide de sa poitrine. Je ressens aujourd'hui différemment cette partie intime de mon corps. Alors que jusque-là j'avais dû apprivoiser ce signe de féminité durant mon adolescence, ce qui n'avait pas été des plus facile, puis apprendre à me mettre en valeur sans vouloir jamais paraître trop « vulgaire », ni attirer trop l'attention sur cette partie de mon corps, je ressentais maintenant une certaine fierté à pouvoir allaiter grâce à cette poitrine. Malgré cela, j'ai eu l'impression, jusqu'à ce jour (six mois de notre fille), que cette partie de mon corps, jusqu'ici intime, pouvait à tout moment devenir « publique », exposée au regard de tous. Même si je me suis évertuée à être la plus discrète possible, il me semble que, du moment où j'ai choisi d'allaiter, je dois aussi accepter qu'il soit *naturel* que mon entourage proche ou moins proche me voie allaiter et, de ce fait,

puisse entrevoir ma poitrine. « Mais c'est naturel », « il n'y a pas de honte à avoir », me dit-on. Bien sûr allaiter un enfant peut paraître « naturel », mais il ne me semble pourtant pas avoir vu de nombreuses femmes durant ces six mois allaiter comme je le fais, au restaurant, au café du coin, dans des lieux publics, etc. En plus, je crois que je me sens bien plus gênée d'allaiter par exemple en présence de ma belle-famille ou de ma famille élargie que dans les lieux publics, ce qui peut paraître étrange. En fait, c'est comme si j'avais côtoyé ces personnes jusque-là en étant habillée, et tout d'un coup, il me fallait accepter de me déshabiller, de me mettre à nue face à eux. Difficile pour une personne comme moi, qui a très peu confiance en elle et en son corps, et qui avait toujours plutôt eu l'habitude d'être pudique » (Autoethnographie, 2014).

En fait, si je me confrontais à ces contradictions intérieures, c'est sûrement parce que mon corps participait à « une réelle incorporation des contraintes, transformées en automatismes corporels » (Détrez, 2002:201). J'avais incorporé les codes sociaux qui guident nos pratiques dans le contexte suisse, mais aussi dans la plupart des sociétés occidentales et néolibérales. Mon corps « savait » que les seins féminins sont soumis à certaines « contraintes », « implicites », auxquelles nos comportements se conforment (id.:201-202), et comment il est « bon » de se comporter face aux « autres » et face à leurs regards. L'allaitement ne pouvait soudain révolutionner ces incorporations sous prétexte qu'il était un processus « naturel », car au fond, il ne l'est pas non plus.

Expériences croisées

D'autre part, en comparant mon expérience à celles d'amies proches, je découvrais que nous étions impliquées dans des processus d'allaitement à la fois analogues et différents. Toujours soutenue par ma propre mère, je continuais à allaiter et ce même si, à plusieurs reprises, j'avais craint d'arrêter l'allaitement tant cette expérience me paraissait satisfaisante, agréable pour notre fille et moi-même, pratique et, avec le temps, bien plus aisée que ne l'aurait été la préparation de biberons de laits infantiles. J'étais même animée parfois d'un sentiment de fierté, lorsqu'en Grèce par exemple, d'autres femmes s'adressaient à moi avec admiration et que nous partageions nos expériences. En effet, au cours d'une visite dans la famille de mon père et d'un voyage par après avec mon conjoint et notre fille, j'ai, à plusieurs reprises, été interpellée par des femmes, étonnées de voir que j'avais « encore » du lait (comme je l'avais

déjà entendu en Suisse notamment). Une femme (plutôt la soixantaine) par exemple, rencontrée dans un restaurant et sûrement gérante de l'établissement familial, m'avait transmis son expérience avec enthousiasme (en grec) après avoir entamé une discussion autour de la nourriture. Elle m'avait expliqué que sa fille, tout comme la nôtre, ne mangeait pas beaucoup petite et que son médecin de famille lui avait conseillé de continuer à l'allaiter, parallèlement à une alimentation diversifiée, le plus longtemps possible. Elle me soutenait ainsi amplement dans cette démarche, alors que je lui expliquais que notre pédiatre (la seconde que nous avons consultée), au contraire, s'impatiait de me voir mettre un terme à l'allaitement de notre fille. Peu après, dans un magasin de vêtements de sport où mon conjoint faisait du shopping, nous avons eu une longue discussion avec le vendeur. Il nous avait présenté, à travers une photographie sur son téléphone portable, sa fille de deux ans (dont il était très fier) et nous avait expliqué comment sa femme l'avait nourrie au lait maternel, en plus de l'alimentation diversifiée, jusqu'à ses deux ans. De la même façon, sur la plage, quelques femmes grecques regroupées à côté de nous avaient entamé une discussion autour de l'allaitement maternel, lorsqu'une d'entre elles m'avait vue allaiter. Cette dernière expliquait à ses amies, qui venaient de la rejoindre, que j'allaitais encore mon bébé et qu'elle aurait aimé pouvoir elle aussi allaiter plus longtemps. Elle exprimait sa déception de n'avoir pas eu assez de lait et en même temps son admiration. À ce moment-là, notre fille avait treize mois. De la même façon, la gérante de l'hôtel dans lequel nous avons séjourné en fin de voyage, une femme d'environ cinquante ans elle-même mère et grand-mère, m'avait à plusieurs reprises félicitée de continuer l'allaitement. Elle avait valorisé cette expérience et en même temps le fait que notre fille appréciait la nourriture locale. De toutes ces expériences « grecques » si je puis dire, je suis ressortie plus forte et plus confiante. Malgré tout, lorsque nous sommes revenus en Suisse, je me suis rendu compte que le fait d'allaiter un enfant après ses six mois environ n'avait rien d'évident aux yeux des gens que je pouvais croiser. On me demandait d'ailleurs souvent jusqu'à quand je comptais allaiter et si cela aurait un jour une fin. J'ai souvent eu l'impression d'être une « extraterrestre » dans le contexte suisse, tout comme une maman rencontrée (maman 20) me disait à quel point les gens étaient « étonnés lorsque l'on dit que l'on allaite exclusivement ». J'ai parfois transformé ces interrogations, ou devrais-je dire interrogatoires, en réponses humoristiques. Je répondais par exemple que je n'avais jamais vu d'adolescents téter encore leur mère. Ce qui ne manquait pas de créer de vives réactions comme par exemple, « ah ben quand même, j'espère bien que cela ne va pas durer jusque-là » ou « oui bien sûr, quand même ». Je cherchais à relativiser et à rire de ces propos, plutôt que de les subir comme cela avait été le cas pendant longtemps. D'ailleurs, sans le

soutien inconditionnel de ma mère, sans les encouragements de mon conjoint, d'Anne et de mes amies, je n'aurais sûrement pas continué à allaiter, voire peut-être jamais vécu cette expérience. Anne, à propos du sevrage, m'avait d'ailleurs dit de prendre mon temps et d'attendre que nous soyons prêtes toutes les deux (notre fille et moi-même) à arrêter l'allaitement, sans forcément en parler à tout le monde. Ma mère pour sa part, me rappelait souvent que je devais me faire confiance.

« Jamais je n'aurais imaginé à quel point je devrais me battre et me débattre, passer du temps à expliquer, à argumenter pour qu'on me laisse tranquillement allaiter ! Combien de fois m'a-t-on répété que si j'étais trop fatiguée, il fallait que je lâche l'allaitement, que je ne pouvais pas tout faire (les études, allaiter et tirer mon lait, le ménage, etc.), qu'il fallait que je lâche prise. Combien de fois m'a-t-on demandé avec insistance pourquoi, après tout, je ne donnais pas tout simplement des biberons de lait en poudre à notre enfant ? Mais pourquoi donc ? Et moi, je me demande pourquoi cela paraît tellement incroyable de vouloir continuer à allaiter son enfant et tirer son lait pour le transmettre aux personnes qui la gardent... » (Autoethnographie, 2014).

J'ai finalement allaité notre fille jusqu'à ses deux ans, malgré les commentaires blessants et les discours qui avaient réussi à m'envahir de leurs doutes et de leurs incertitudes. Je me battais alors pour dépasser les aprioris, les préjugés et les évidences. L'allaitement n'avait en soi rien d'évident, ni de naturel. Il remettait en question toutes mes certitudes et me permettait de comprendre que les craintes des personnes qui cherchaient à me faire arrêter d'allaiter, n'avaient de sens que parce qu'elles étaient le reflet de leurs propres craintes, de l'inconnu, de l'infiniment non contrôlable, de ces peurs qui nous dépassent et nous rongent, dans un contexte de vie où tout devrait être sous contrôle, rapidement et efficacement. Seulement voilà, si j'ai pu apprendre quelque chose de cette expérience, c'est, bien au contraire, de laisser le temps à mon corps et à celui de notre fille de se rencontrer, de s'arranger, de trouver des réconforts mutuels, de prendre le temps de vivre cette expérience, cette aventure. Mon corps, à travers l'expression de sa matérialité, m'apprenait aussi un peu plus à le connaître, c'est-à-dire à *me* connaître, et je l'en remerciais. L'allaitement, dans ce sens, me paraît défier toutes nos habitudes de vie, si pressées et construites dans le but de produire et de consommer toujours mieux et toujours plus. J'ai pu cependant mesurer ma chance, le « luxe » dont j'ai pu bénéficier en tant qu'étudiante qui allaite, entourée d'une famille et de proches pour la plupart soutenant. J'ai effectivement pu profiter d'un congé spécial à l'université, puis, par après,

avoir accès à des locaux me permettant de tirer mon lait en toute sérénité et de le stocker au frais. J'avais toujours quelqu'un avec qui je pouvais échanger et une mère disponible et compréhensive. Je ne subissais pas le stress de certaines femmes au travail et, malgré celui des périodes d'examens, je me suis considérée plus chanceuse que certaines de mes connaissances ou amies. Je me rendais compte notamment des décalages existant entre les discours de santé suisses qui valorisaient fortement l'allaitement et les discours et les pratiques des personnes que j'ai côtoyées tout au long de mon expérience d'allaitement et de recherche. Tout comme les rencontres avec des femmes d'origines diverses m'ont confortée dans l'idée que nos représentations concernant l'allaitement maternel sont bien des constructions socio-culturelles, politiques et biomédicales. J'avais par exemple rencontré une maman originaire du sud de l'Italie (maman 3), qui m'avait expliqué que, dans la région où sa famille vivait, les gens étaient parfois superstitieux et qu'ils avaient « certaines croyances » (Ethnographie, 2014). Sa mère par exemple n'avait pas pu allaiter un de ses enfants, car celui-ci était né deux jours après un tremblement de terre. En effet, juste après le tremblement, sa mère avait cessé d'allaiter, pensant que son lait était devenu « acide » (ou qu'il « avait tourné ») parce qu'elle avait eu très peur lors du tremblement. Toutes les femmes de sa famille partageaient elles aussi ces représentations. Elle ajoutait qu'il y avait au sein de sa famille « certaines croyances » mais qu'elle (qui vivait dans un contexte différent) savait faire « la part des choses, entre le juste et le faux ». « Moi je sais que l'allaitement est bon pour la mère et l'enfant, que cela permet de développer un lien particulier entre la mère et son bébé. C'est un échange. Elle (la mère) donne à son bébé, mais il lui donne aussi » (id.). Tout en partageant son expérience d'allaitement avec moi et en abordant les « croyances » de sa famille, cette maman me permettait de comprendre comment elle se situait par rapport au contexte « italien » dans lequel sa famille vivait et au contexte « suisse » dans lequel elle vivait. Ne rejetant pas totalement les représentations familiales, elle les considérait tout de même avec un certain regard critique, s'inscrivant plutôt dans des constructions interprétatives différentes, empreintes des discours suisses actuels biomédicaux et scientifiques qui font autorité. Une autre mère (maman 9) rencontrée, m'avait éclairée sur la relativité de la durée de l'allaitement. Alors qu'elle était originaire d'Afrique de l'est, qu'elle avait trois enfants de cinq, deux ans et six mois, qu'elle était enceinte et qu'elle ne travaillait pas, elle m'avait expliqué que, dans son pays d'origine, les femmes avaient pour habitude d'allaiter leurs enfants entre six mois et deux ans. Ceci alors qu'une autre mère (maman 10), issue de la minorité blanche d'Afrique du Sud, me disait au contraire que ses amies dans son pays d'origine n'allaitaient que peu. Malgré cela, elle se battait pour allaiter le plus longtemps

possible, pensant que c'était ce qu'il y avait de « mieux pour l'enfant ». Pour une autre femme (maman 22), originaire du sud de l'Europe, l'allaitement était une pratique transmise de mères en filles, « ça (l'allaitement), c'est dans l'éducation, on a été éduquées comme ça ». La maman rencontrée à domicile (maman, domicile 1) m'avait permis de comprendre comment différentes expériences et savoirs pouvaient s'entrecroiser. Elle aspirait à se référer tant aux discours, expériences et pratiques de sa famille qui vivait toujours en Afrique du nord, qu'à celles de sa belle-famille qui vivait en Suisse. Elle m'avait expliqué alors comment, « un jour, vers deux mois et demi, elle (sa fille) n'a pas tété de toute la journée. J'étais angoissée alors j'ai contacté ma mère. Pour elle, c'était moi qui psychologiquement ne voulais plus allaiter. Elle a dit aussi que notre fille se sentait gavée ». Ce à quoi la maman avait vivement réagi, en désaccord avec sa mère, médecin. Cette dernière ne comprenait pas pourquoi sa fille souhaitait encore allaiter son enfant. « Dans les années 80, nos mamans travaillaient. On se posait la question de l'allaitement au sein, car le biberon était à la mode. Mais maintenant la tendance est à l'allaitement avec la mondialisation, autant ici que dans mon pays d'origine ». A ce propos, elle se disait plus proche des conceptions de sa belle-mère. Mais lorsqu'il s'agissait d'aborder d'autres pratiques, elle suivait souvent les conseils de son père ou d'autres femmes de sa famille. Toutes ces références à différentes expériences, « ici » et « là-bas », ces croisements de regards, ces échanges de pratiques m'ont permis de comprendre la multiplicité des représentations qui entourent l'allaitement maternel ou le lait maternel et la riche diversité d'interprétations de ces expériences. À la fois universelles, parce qu'expérimentées par de nombreuses femmes à travers le monde, et particulières, parce que chacun et chacune y donne sens différemment, les pratiques d'allaitement sont bien, dans une culture donnée, ce que Dykes (citée par Liamputtong, 2011:1) définissait comme représentatives des façons dont les femmes négocient et intègrent les idéologies dominantes et les normes institutionnelles et culturelles à la réalité de leurs expériences concrètes, de leurs situations personnelles et de leurs systèmes de supports sociaux (2005:2283).

Les tétés, exemple d'une expérience incorporée

Alors que j'ai perçu l'allaitement maternel comme une expérience reconstructive, sensorielle, entre notre enfant et moi, une réelle aventure matérielle et corporelle, une découverte de vie, j'avais encore envie de souligner à quel point j'avais expérimenté mon corps en tant que sujet actif durant tout ce processus. J'ai vécu en effet, à travers l'allaitement, « l'existence d'une intelligence corporelle, indépendante de la raison et de la réflexion » (Détrez, 2002:158). Comme je l'ai mentionné, j'ai souvent eu l'impression que mon corps, non pas comme entité

séparée, mais comme expression matérielle particulière, fonctionnait sans que je doive le guider à travers une quelconque réflexion ou suggestions. J'ai été très surprise de découvrir ces nouvelles capacités et en même temps parfois assez perplexe face à ces expressions matérielles que j'avais l'impression de ne pas pouvoir contrôler ou du moins seulement en partie. À travers les douleurs, les transformations physiques de ma poitrine, la montée de lait, l'expression du lait, je me sentais profondément vivante, de façon tant physique que psychique. Alors que pendant mon séjour à la maternité et suite à la césarienne, je n'arrivais pas à vivre pleinement cette expérience incroyable d'allaitement, j'ai pu, par la suite, grâce au soutien de mon entourage, lui donner sens, la vivre à chaque instant et être présente auprès de notre enfant. Je pouvais répondre et communiquer avec elle à travers les tétées, dans un langage de présence, de corps à corps, dans un ballet d'échanges et de ressentis. J'ai pu exprimer ces sensations plus particulièrement à travers la description des tétées. Il est vrai que ce moment particulier, matériellement représentatif de l'allaitement et des échanges entre femmes et enfants, m'a semblé être au cœur des pratiques d'allaitement. De plus, j'ai vécu la possibilité de donner le sein à notre enfant, et les tétées comme une pratique concrète me permettant de « faire » quelque chose pour notre fille, de la rassurer, de calmer ses pleurs, de répondre à ses besoins ou simplement de vivre une expérience particulière avec elle.

« Dans certaines situations, j'ai le sentiment bienfaisant et rassurant qu'allaiter mon enfant nous « sauve ». C'est-à-dire qu'en allaitant, cela me permet, dans un sens métaphorique, de donner le sein comme on panserait une plaie, on réconforterait un enfant après une blessure ou l'on administrerait un calmant à un enfant souffrant. C'est une alternative simple, efficace et tellement soulageant pour moi. Aussi dans ces situations où je pense que je finirais bien par trouver différentes alternatives, mais où actuellement je ne saurais pas quoi faire d'autre » (Autoethnographie, 2014).

Dans ce sens, j'avais créé un petit répertoire des « huit » tétées, comme je les avais vécues au moment d'allaiter. Il s'agissait des *tétées câlines*, permettant d'assouvir les soifs de réconfort, d'amour et de découverte de « soi » et de « l'autre ». Des *tétées rapides*, répondant à une soif d'être au plus vite rassuré, puis de se « détacher » et de « s'évader ». Des *tétées du soir*, permettant la relaxation et l'envolée vers les rêves. Des *tétées maladies*, qui « soignaient », pansaient les blessures et les douleurs comme des analgésiques ou des antidouleurs. Des *tétées de fin de journée*, vécues comme une soif de repartir, de se redonner de l'énergie mutuellement, vécues comme la prise de « shots énergétiques ». Des *tétées du matin*, comme

une soif de se réunir après la nuit, de se dire parfois au revoir et de se séparer tranquillement, de se dire que nous étions toujours là l'une pour l'autre. Des *tétées drôles*, comme une soif de rire, de complicité, de découvertes, d'observations et d'apprentissages. Puis, des *tétées extérieures*, comme une soif de retourner vers quelque chose de connu, de réconfortant, de retour aux « racines », de lien permettant de construire la confiance en soi, tant pour notre fille que pour moi. Ces tétées représentaient pour moi ce que Détéz explique en ces mots,

« à côté de la réflexion rationnelle existent une intelligence corporelle, un sens pratique, communication silencieuse, infralangagière, de corps à corps, que nous comprenons sans avoir les mots pour le dire, ni pour les enseigner : l'apprentissage, l'incorporation se fondent alors sur l'imitation et la répétition » (2002:159).

En effet, à travers les tétées, nos corps apprenaient, échangeaient, incorporaient des gestes, des postures, des mimiques, des bruits, des « mécanismes corporels » (id:161). Mais cela n'excluait pas les paroles, les mots aussi reliés à ces vécus. Comme un « tout », tel une expérience globale de l'être, l'allaitement prenait tout son sens dans les interactions vivantes, dans les échanges, au travers de la matérialité des corps, mais aussi de leur sensibilité, de leur « adaptabilité » au monde qui les entoure (id.) et de leur réflexivité.

Conclusion

Tout au long de ce travail, j'ai essayé de montrer comment, au travers des expériences d'allaitement, les femmes se confrontent à différentes ambiguïtés et contradictions. Si les discours politiques suisses, ceux de la santé publique et de diverses associations ou fondations se font les promoteurs de l'allaitement maternel, les expériences féminines, elles, prennent forme dans des contextes avec lesquels elles doivent collaborer, auxquels elles doivent se soumettre, adapter leurs pratiques, ou, au contraire, contre lesquels elles doivent se battre, résister ou tenter de « faire avec ». Ces contraintes normatives exigent d'elles qu'elles s'investissent intensément dans les relations avec leurs enfants et qu'elles prennent soin de leur santé, qu'elles assurent leur bon développement, suivent les recommandations en matière de prévention et de promotion de la santé dans une vision de gestion des « risques », mais aussi qu'elles s'entretiennent et s'en réfèrent aux experts, expertes quant à l'éducation des enfants et leur santé. Même si généralement ces recommandations s'adressent aux « parents », nous avons vu que ce sont les femmes qui sont toujours les plus concernées. Mais ces exigences publiques s'opposent en soi aux notions libérales d'autonomie et de responsabilité individuelle, tout comme elles nous amènent à nous interroger à propos des limites entre sphère publique et sphère privée. D'autre part, on remarque, à travers les matériaux empiriques, à quel point les pratiques d'allaitement s'inscrivent dans des discours normatifs qui visent à les contrôler et à les réguler. Si l'allaitement est préférable à toutes autres formes de nourrissage, il l'est jusqu'à un certain point et dans un certain espace temporel. Il l'est, lorsque le lait des femmes est de bonne qualité et produit en quantité suffisante, lorsque les seins féminins sont physiologiquement adaptés, lorsque l'enfant est bon teteur, lorsque les femmes sont disponibles, ni trop, ni pas assez. L'allaitement est possible dans un certain cadre, celui des congés maternités, puis il devient très peu envisageable, encore actuellement, dans le cadre de l'emploi.

Et plus encore, ce que révèle surtout cette recherche, c'est que les expériences d'allaitement maternel globales, mais plus particulièrement matérielles, ne peuvent vraiment s'exprimer et trouver un sens qu'après la sortie de la maternité. Elles prennent en effet forme à travers de nouvelles expériences plus humaines, hors contexte hospitalier et dans un environnement moins médicalisé, avec le soutien de plusieurs acteurs et actrices comme le conjoint, la famille proche et, dans notre cas, les Infirmières Petite Enfance. Parfois, il est cependant déjà trop tard pour que les expériences d'allaitement, meurtries, prennent tout leur sens. Si l'on

comprend que chaque expérience se construit de façon complexe et qu'il faut garder en tête toutes les nuances que cela peut comporter, il semble cependant évident, à travers les matériaux examinés ici, que les expériences d'allaitement sont, dans notre contexte actuel suisse, des expériences féminines exigeantes devant se plier à de nombreuses contraintes et qui demandent bien plus aux femmes qu'un simple désir ou une volonté d'allaiter.

La construction des matériaux ethnographiques et autoethnographiques, m'a permis de créer des liens entre les différentes expériences individuelles et, à travers l'introspection, de rester critique face aux éléments qui participent à la structuration de ces dernières. L'utilisation de ces matériaux, conjointement, m'a aussi laissé la possibilité d'explorer plus en profondeur la thématique des corporalités féminines et de ressentir avec les femmes tout le « sens » que peut prendre l'allaitement. Cela m'a permis aussi de déconstruire les modèles idéologiques de « bonne » maternité ou de maternité « intensive », celui du modèle biomédical « technocratique » et des contraintes qu'il impose aux corps féminins et infantiles, et de comprendre dans quel contexte les expériences d'allaitement s'inscrivent aujourd'hui en Suisse.

En m'intéressant d'autre part à la matérialité des corps féminins, je n'ai pu que constater que, non seulement, les corps sont des sujets réfléchis et intelligents, mais aussi qu'ils ne peuvent être pensés en dehors des personnes qui « sont » ces corps et qui, en même temps, les habitent. Ils ne peuvent, en effet, être considérés qu'en termes de globalité, démontrant que les expériences d'allaitement sont à la fois des expériences globales et locales, universelles et individuelles, contextuelles et construites socialement. Les fragments ethnographiques et autoethnographiques se sont fait le reflet de la diversité des expériences mais aussi des tensions qui existent autour des pratiques d'allaitement. Ainsi, même si la majorité des femmes, que j'ai eu l'occasion de rencontrer pendant les presque deux années qui m'ont mobilisée pour ce travail, souhaitent allaiter, j'ai pu me rendre compte que la multitude des attentes et des pressions sociales et morales auxquelles elles se confrontent, et avec lesquelles elles tentent de jongler, créent des contextes plutôt défavorables à l'allaitement maternel.

Les femmes qui souhaitent, souvent déjà avant même la naissance de leur-s enfant-s et juste après, allaiter, se trouvent coincées entre responsabilités individuelles élargies, attentes diverses concernant l'emploi, la maternité « intensive » ou « bonne maternité », la bonne citoyenneté et l'éducation des enfants. Par ailleurs, ces attentes sont corrélées à un contexte où l'expertise scientifique, la science et la biomédicalisation sont survalorisés et moralement considérées comme « faisant autorité ». Les pratiques professionnelles qui en découlent sont

pensées dans un cadre temporel restrictif qui n'offre que peu de possibilités aux professionnels et professionnelles d'exercer leur métier avec humanité (ou plus d'humanité), de consacrer à chaque personne un temps précieux, si bénéfique aux expériences d'allaitement, et des espaces relationnels « de qualité ». Dans ce sens, ce sont aussi les femmes qui, en premier lieu, souffrent de ces contextes institutionnels peu adaptés.

Le but de ce travail était aussi de reconsidérer les corps féminins et les richesses matérielles des corps, leur intelligence et leur adaptabilité au monde qui les entoure, afin de montrer l'importance de porter crédit aux expériences des femmes et à leurs ressentis corporels ou matériels. Même s'il s'avère que, tout au long de cette recherche, ces sentiments sont souvent contradictoires, tant ils expriment aussi la façon dont ils se sont construits dans un contexte de grandes confusions et d'ambivalences permanentes, sociales, politiques, biomédicales, individuelles, économiques. Ce que les corps féminins expriment surtout dans ce travail, ce sont leurs individualité, mais aussi leur inscription dans un monde au sein duquel chacun tente de se frayer un chemin, de se faire une place, de construire une histoire de vie la plus satisfaisante possible, tout en devant négocier avec différents systèmes de savoirs, différentes appréhensions d'une expérience unique et bouleversante comme la naissance ou l'allaitement maternel. Ce que je retiens cependant de mon parcours sur le « terrain », c'est aussi la force avec laquelle certaines femmes et professionnelles doivent se battre pour que les expériences d'allaitement puissent se construire en dehors des contraintes biomédicales que les corps féminins et infantiles subissent souvent et pour que l'allaitement maternel puisse « prendre corps ».

L'approche globale des corps, liée au processus d'allaitement maternel, parce qu'à travers celui-ci les corps féminins se donnent à voir de façon particulièrement intense et parce qu'ils semblent nous dire qu'il serait illusoire de vouloir les penser de façon dichotomisée, semble s'imposer au fil des récits ethnographiques et de l'expérience autoethnographique comme un impensé de la biomédicalisation actuelle, ou du moins comme un élément laissé de côté, dans l'ombre des savoirs qui font autorité. Cela nous amène à nous questionner plus largement sur cette façon de penser la santé et la maîtrise à outrance des coûts et des risques qui lui sont liés et à réfléchir au regard que nous portons sur les êtres humains dans les sociétés néolibérales. Il ne s'agit pas de composer avec des extrêmes, d'un côté la surmédicalisation des pratiques et des corporalités et de l'autre une appréhension globale et physiologique totale, mais plutôt de permettre à chacun et chacune de construire des expériences humaines qui s'insèrent à la fois

dans un monde actuel technicisé et à la fois dans des approches respectueuses des corps, des ressentis, des émotions, des vécus individuels et pluriels. Se positionner de façon critique nous permet aussi de rester ouverts sur les différentes formes de pensées et de pratiques qui coexistent en ce monde, et de ne pas oublier notre tendance à considérer, de façon ethnocentrique, que nos pratiques et nos usages sociaux sont « supérieurs » ou préférables à d'autres. L'ethnographie comme l'autoethnographie font apparaître aussi les possibilités de résistance, de changements ou de conscientisation, individuelles ou sociales, que les échanges autour des expériences et des pratiques permettent de mettre en valeur. Comme dans tous changements cependant, il en va souvent plus de volontés sociales et individuelles de modifier les pratiques ou de prendre position face à ce qui semble injuste, injustifié ou trop contraignant, que de volontés politiques ou institutionnelles.

Enfin, en nous penchant plus particulièrement sur ce que les corps ont à nous dire, nous pouvons percevoir plus sensiblement et intensément ce que le monde a à exprimer et sur ce que les expériences individuelles ont à nous apporter.

Bibliographie

Littérature scientifique

ABEL Emily K., BROWNER C. H. (1998), "Selective compliance with biomedical authority and the uses of experiential knowledge", in: LOCK Margaret, A. KAUFERT Patricia (Eds), *Pragmatic women and body politics*, United Kingdom : Cambridge University Press, pp. 310-326

ALTHABE Gérard (1990), « Ethnologie du contemporain et enquête de terrain », *Terrain*, n°14, pp. 126-131

AVISHAI Orit (2011), "Managing the Lactating Body: The Breastfeeding Project in the Age of Anxiety", in: LIAMPUTTONG Pranee (ed.), *Infant Feeding Practices: A Cross-Cultural Perspective*, Springer: New York, pp. 23-38

BADINTER Elisabeth (1980), *L'amour en plus, histoire de l'amour maternel, XVII-XXème siècle*, Paris: Flammarion

BARTLETT Alison (2002), « Breastfeeding as headwork : Corporeal feminism and meanings for breastfeeding », *Women's Studies International Forum*, Vol. 25, pp. 373-382

BLAIS Mireille et MARTINEAU Stéphane (2006), « L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes », *Recherches qualitatives*, Vol. 26, pp. 1-18

BLUM Linda (1999), *At the Breast: Ideologies of Breastfeeding and Motherhood in the Contemporary United States*, Boston: Beacon Press

BURTON-JEANGROS Claudine, HAMMER Raphaël, MAFFI Irene, (sous la dir. de) (2014), *Accompagner la naissance. Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande*, Lausanne : Giuseppe Merrone Éditeur

CARTER Pamela (1995), *Feminism, Breasts and Breastfeeding*, New York: St. Martin's Press, 1995

COPELTON Denise A., MCGEE Rebecca, COCO Andrew, SHANBAKY Isis, RILEY Timothy (2010), "The ideological Work of Infant Feeding", in : SHAW Rhonda, BARTLETT Alison (Eds), *Giving Breastmilk: Body Ethics and Contemporary Breastfeeding Practice*, Toronto: Demeter Press, pp. 24-38

CSORDAS Thomas J. (Ed.) (1994), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge: University Press

DAVIS-FLOYD Robbie (2001), « The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol 75, Supplement N°1, pp. S5-S23

DAVIS-FLOYD Robbie (1992), « The Technocratic Model. Past and Present », in: *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, pp. 44-72

- DENZIN Norman K. (1997), *Interpretative ethnography : Ethnographic practices for the 21st century*, Thousand Oaks, CA : Sage.
- DENZIN Norman K. (2006), Analytic Autoethnography, or Déjà Vu all Over Again, *Journal of Contemporary Ethnography*, Vol. 35, N.4, Sage Publications, pp. 419-428,
- DESCLAUX Alice, TAVERNE Bernard (sous la dir. de) (2000), *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris : Éditions KARTHALA
- DETREZ Christine (2002), *La construction sociale du corps*, Paris : Editions du Seuil
- DHAVERNAS LEVY Marie-Josèphe (2001), « Biomédecine : la nouvelle donne » in : KNIBIEHLER Yvonne (sous la dir. de) : *Maternité, affaire privée, affaire publique*, Paris : Bayard Éditions, pp.93-108
- DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier (sous la dir. de) (2001), *Critique de la santé publique, Une approche anthropologique*, Paris : Éditions Balland
- DYKES Fiona (2006), *Breastfeeding in Hospital. Mothers, Midwives and the Production Line*, Oxon: Routledge
- DYKES Fiona, FLACKING Renée, (2010), « Encouraging breastfeeding: a relational perspective », *Early Human Development*, Vol.86, Issue 11, pp.733-736.
- ELLIS Carolyn (1999), « Heartful Autoethnography. Keynote addresses from the first annual advances in qualitative methods conference », *Qualitative Health Research*, Vol.9, No.5, pp. 669-683, Sage Publications, téléchargé le 23 février 2015
- ELLIS Carolyn, BOCHNER Arthur P. (2013), « Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity : Researcher as Subject, in : SIKES Pat (Ed) (2013), *Autoethnography*, Vol. 1, London : Sage, pp. 125-173
- FAIRCLOTH Charlotte R. (2010), « If they want to risk the health and well-being of their child, that's up to them : Long-term breastfeeding, risk and maternal identity », *Health, Risk & Society*, Vol.12, Issue 4, pp. 357-367, téléchargé le 20 janvier 2015
- FASSIN Didier (1997), « L'internationalisation de la santé : entre culturalisme et universalisme », in : *Esprit*, vol. 229, n° La santé à quel prix ?, pp. 83-105
- FASSIN Didier (2001), « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique », in : HOURS Bernard (sous la dir. de) (2001), *Systèmes et politiques de santé, De la santé publique à l'anthropologie*, Paris : Éditions KARTHALA, pp.25-40
- FASSIN Didier (2001), « L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique », in : BECKER C., et al. (Eds), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris : Karthala, pp. 41-64
- FAVRET-SAADA Jeanne (1990), « Être affecté », *Gradhiva*, n° 8, pp. 3-9
- FAVRET-SAADA Jeanne (2005), « Qu'il faut au moins un sujet (première partie) », in *Les mots, la mort, les sorts*, Paris : Gallimard, pp. 15-57

FLACKING Renée, DYKES Fiona (2013), « 'Being in a womb' or 'playing musical chairs' : the impact of place and space on infant feeding in NICUs », *BMC Pregnancy and Childbirth*, Vol. 13, N°179, pp. 1-11

FOURNIER Laurent-Sébastien, RAVENEAU Gilles (2008), « Anthropologie des usages sociaux et culturels du corps », *Journal des anthropologues (en ligne)*, pp.112-113, téléchargé le 12 janvier 2015

GHASARIAN Christian (1998), « A propos des épistémologies postmodernes », *Ethnologie française*, nouvelle série, n°4, pp. 563-577

GEERTZ Clifford, (2003), « La description dense. Vers une théorie interprétative de la culture », in : CÉFAÏ, Daniel (Ed.), *L'enquête de terrain*. Paris : La Découverte/M.A.U.S.S, pp. 208-233

HOURS Bernard (sous la dir. de) (2001), *Systèmes et politiques de santé, De la santé publique à l'anthropologie*, Paris : Éditions KARTHALA

JORDAN Brigitte (1993), « The Achievement of Authoritative Knowledge in an American Hospital Birth », in: *Birth in Four Cultures*, Long Grove II: Waveland Press, pp. 151-168

KATZ ROTHMAN Barbara (1982), « Birthing Babies or delivering Neonates: Two Perspectives on Childbirth », in: *In Labor, Women and Power in the Birthplace*. New York: Norton and Company, pp. 29-49

KAUFMANN Jean-Claude (2007, 2^{ème} éd.), « Le renversement du mode de construction de l'objet », « Commencer le travail : rapidité, souplesse, empathie », in : KAUFMANN Jean-Claude, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif*, Paris : Armand Colin, ch.1, pp. 13-25 et ch.2, pp. 42-57

KELLEHER Christa M. (2006), « The physical challenges of early breastfeeding », *Social Sciences & Medicine*, Vol. 63, Issue 10, pp. 2727-2738

KILANI Mondher (2009), *Anthropologie. Du local au global*, Paris : Armand Colin

KILANI Mondher (1994), « Du terrain au texte », *Communications*, Vol. 58, pp. 45-60

KNAAK Stephanie J. (2010), « Contextualising risk, constructing choice : Breastfeeding and good mothering in risk society », *Health, Risk & Society*, Vol. 12, N° 4, pp. 345-355

KNEUPER Elsbeth (2007), « What happens after the cutting of the umbilical cord ? Breastfeeding as central symbol of the early mother-child relationship and its social implications in Germany », *Anthropology of food*, S3

KNIBIEHLER Yvonne (2003), « L'allaitement et la société », *Recherches féministes*, vol. 16, n°2, pp. 11-33

KNIBIEHLER Yvonne (sous la dir. de) (2001), *Maternité, affaire privée, affaire publique*, Paris : Bayard Éditions

LE BRETON David (6^{ème} Ed., 2011), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris : Presses Universitaires de France

- LEE Ellie J. (2008), « Living with risk in the age of 'intensive motherhood' : Maternal identity and infant feeding », *Health, Risk & Society*, Vol. 10, Issue 5, pp. 467-477
- LIAMPUTTONG Pranee (ed.) (2011), *Infant Feeding Practices: A Cross-Cultural Perspective*, Springer: New York
- LIAMPUTTONG Pranee (2011), "Infant Feeding Beliefs and Practices Across Cultures: An Introduction", in: LIAMPUTTONG Pranee (2011), *Infant Feeding Practices: A Cross-Cultural Perspective*, Springer: New York, pp. 1-20
- LOCK Margaret, A. KAUFERT Patricia (Eds) (1998), *Pragmatic women and body politics*, United Kingdom : Cambridge University Press
- LONGHURST Robyn (2008), *Maternities. Gender, Bodies and Space*, N-Y: Routledge, Taylor & Francis Group
- LUPTON Deborah (2012), « Infant embodiment and interembodiment: A review of sociocultural perspectives », *Childhood*, 20(1), pp.37-50, téléchargé le 20 janvier 2015
- LUPTON Deborah (2011), « The best thing for the baby : Mother's concepts and experiences related to promoting their infants' health and development », *Health, Risk & Society*, Vol.13, Issue 7-8, pp. 637-651, téléchargé le 20 janvier 2015
- MAFFI Irène (2014), « Les cours de préparation à la naissance dans une maternité suisse. Entre logiques institutionnelles, postures des sages-femmes et autonomie des couples », in : BURTON-JEANGROS Claudine, HAMMER Raphaël, MAFFI Irene, (sous la dir. de), *Accompagner la naissance. Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande*, Lausanne : Giuseppe Merrone Éditeur, pp. 175-197
- MARSHALL Joyce L., GODFREY Mary, RENFREW Mary J. (2007), « Being a 'good mother' : Managing breastfeeding and merging identities », in : *Social Science & Medicine*, Vol. 65, N°10, pp. 2147-2159
- MASSÉ Raymond (2001), « La santé publique comme projet politique et projet individuel », in : HOURS Bernard (sous la dir. de), *Systèmes et politiques de santé, De la santé publique à l'anthropologie*, Paris : Éditions KARTHALA, pp. 41-64
- OKELY Judith & CALLAWAY Helen (Eds) (1992), *Anthropology & Autobiography*, London : Routledge
- OKELY Judith (2012), *Anthropological Practice. Fieldwork and the Ethnographic Method*, London & NY: Berg
- O'REILLY Karen (2012, second éd.), *Ethnographic Methods*, London : Routledge, ch.2, pp. 28-48
- PINK Sarah (2000), « 'Informants' who come 'home' », in: VERED Amit (ed.), *Constructing the field: Ethnographic Fieldwork in the Contemporary World*, London : Routledge, ch.6, pp. 96-119
- RAVENEAU Gilles (2008), « Traitement de la sueur et discipline du corps », *Journal des anthropologues (en ligne)*, pp.112-113, téléchargé le 07 janvier 2015

REED-DANAHAY Deborah E. (Ed.) (1997), *Auto/Ethnography. Rewriting the Self and the Social*, Oxford & NY: Berg

ROLLET Catherine (1994), « La santé du premier âge sous le regard de l'État », *Cahiers québécois de démographie*, vol.23, n°2, pp. 257-295, téléchargé le 24 juin 2015

RUDZIK Alanna E. F. (2011), « Breastfeeding and the « Good Mother » Ideal. Breastfeeding Practices Among Low-Income Women in Sao Paulo, Brazil », in: WALKS Michelle, MCPHERSON Naomi, *An Anthropology of Mothering*, Bradford: Demeter Press, pp. 159-171

SHAW Rhonda, BARTLETT Alison (2010), « Mapping the Ethics and Politics of Contemporary Breastmilk Exchange : An Introduction », in : SHAW Rhonda, BARTLETT Alison (Eds), *Giving Breastmilk: Body Ethics and Contemporary Breastfeeding Practice*, Toronto: Demeter Press, pp. 1-8

SHAW Rhonda (2010), « Perspectives on Ethics and Human Milk Banking », in : SHAW Rhonda, BARTLETT Alison (Eds), *Giving Breastmilk: Body Ethics and Contemporary Breastfeeding Practice*, Toronto: Demeter Press, pp. 83-97

SHEPER-HUGHES Nancy, LOCK Margaret M. (1987), « The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, n°1, pp. 6-41, téléchargé le 06 juin 2014

SCHMIED Virginia, LUPTON Deborah (2001), « Blurring the boundaries: breastfeeding and maternal subjectivity », *Sociology of Health & Illness*, Vol. 23, N°2, pp. 234-250

TEDLOCK Barbara (1991), « From Participant Observation to the Observation of Participation: The Emergence of Narrative Ethnography », *Journal of Anthropological Research*, Vol. 47, No. 1, pp. 69-94

TILLARD Bernadette (2007), « Quand la prévention sanitaire s'adresse aux parents et aux futurs parents », *ethnographiques.org*, N°14, pp. 1-24

TILLARD Bernadette (2008), « Introduction et présentation du dossier. La santé des enfants au cœur des relations entre familles et autres instances éducatives », *La revue internationale de l'éducation familiale*, N° 24, pp. 9-18

VAN ESTERIK Penny (2002), « Contemporary Trends in Infant Feeding Research », *Annual Review of Anthropology*, Vol. 31, pp. 257-278, téléchargé le 20 janvier 2015

WALL Glenda (2001), « Moral Constructions of Motherhood in Breastfeeding Discourse », *Gender and Society*, Vol.15, N°4, pp. 592-610, téléchargé le 26 septembre 2014

WOLF Joan B. (2011), *Is Breast Best ? Taking on the Breastfeeding Experts and the New High Stakes of Motherhood*, New York : New York University Press

WOODWARD Kath (2003), « Representations of Motherhood », in: EARLE Sarah, LETHERBY Gayle (Eds.), *Gender, Identity & Reproduction. Social Perspectives*, Hampshire & NY: Palgrave MacMillan, pp.18-32

ZOLESIO Emmanuelle (2011), « Anonymiser les enquêtés », *Revue Interrogations*, N°12, *Quoi de neuf dans le salariat ?*, téléchargé le 5 novembre 2015

Autre documentation utilisée

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2012), *Breastfeeding and the Use of Human Milk*, PEDIATRICS Volume 129, No. 3, pp. 827-843

COMMISSION EUROPÉENNE, Direction de la Santé Publique et de l'Évaluation des Risques (2004), *EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*, Luxembourg, http://coordination-allaitement.org/images/informer/blueprint_francais.pdf

DISERENS Marc, LAVANCHY Philippe (sous la dir.), HOLZER Valérie, ALVAREZ Caroline (2006), *Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-6 ans)-parents, document à l'intention des institutions et des intervenantes et intervenants professionnels*, Département de la santé et de l'action sociale, Service de la santé publique (SSP), Département de la formation et de la jeunesse, Service de protection de la jeunesse (SPJ), Suisse : Canton de Vaud

DURGNAT Christine (cheffe de projet), GROSS Nicole, VOUMARD Mireille, DUPERREX Olivier, MASSEREY Eric, (2005), *Définition des prestations pour l'activité de l'infirmière Petite Enfance dans le canton de Vaud*, Promotion de la santé et prévention petite enfance, Organisme médico-social vaudois (OMSV), Centre de référence pour les Infirmières Petite Enfance, Lausanne

KÖNIG Régula, VOUMARD Mireille, ZUGER Catherine, FONTANNAZ Christiane, STETTLER Susanne, DALI-YOUCEF Martine, DURGNAT Christine, HEINIGER Renée, WAGNER Suzanne, HIPPOLYTE Josette, GROSS Nicole, DUPERREX Olivier, MASSEREY Eric (2003), *Cadre de référence pour l'activité des infirmières Petite Enfance dans le canton de Vaud*, Organisme médico-social vaudois (OMSV), Groupe cantonal de référence des infirmières Petite Enfance, Lausanne

MATTIG Thomas (2013), *L'échec de la loi sur la prévention: un enseignement*. Document de travail 9, Lausanne et Berne: Promotion Santé Suisse. www.promotionsante.ch/publications

OMS (1999), Département Santé et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent, *Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65956/1/WHO_CHD_98.9_fre.pdf

VERVATIDIS Aurélie (2015), « Ethnographie dans le cadre d'un « Espace Prévention » vaudois ou quand l'allaitement maternel *prend corps* », présentation dans le cadre du *Projet Sinergia, workshop « Lactation in History »*, *L'allaitement entre normes et transgressions. Lieux, espaces, temporalités d'une pratique : approches anthropologiques et historiques*, Université de Lausanne et de Genève

WALENTOWITZ Saskia (2006), « Entre sens et cultures: l'allaitement maternel », « Le sens de l'allaitement. Regards anthropologiques », Journée Nationale de l'Allaitement (JNA), Brest, <http://coordination-allaitement.org/index.php/nos-actions/journee-nationale-de-l-allaitement-jna/jna-precedentes/33-jna-2006>

Promotion allaitement maternel Suisse-Schweizerische Stiftung zur Förderung des Stillens, Information aux médias (2014), *Rémunération des pauses d'allaitement*, http://www.allaiter.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=stillen&page_id=aktuell_4_2&lang_iso639=fr, téléchargé le 12 mai 2014

Fiches « Santé des nourrissons » (2014), Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-4 ans) – parents, Canton de Vaud, centrereference.ipe@avasad.ch

Programme des cours et des activités (2013-14), Espaces Prévention Vaud, www.espace-prevention.ch

Document : « Vers une rédaction non sexiste simplifiée », *pour mettre le pied à l'étrier*, Commission Consultative Communale Femmes et Ville, Robert Catherine, Liège, Belgique. <http://www.liege.be/telechargements/pdf/actu/cfv-a4web.pdf>

Littérature uniquement consultée

BAYOT Ingrid (2005), « Pour une vision globale de l'allaitement maternel », Institut Co-Naître, <http://www.co-naître.net/flire.html>

BAYOT Ingrid (2006), « Éthique et efficacité de la communication autour de l'allaitement maternel », Journée Nationale de l'Allaitement (JNA), Brest, <http://coordination-allaitement.org/index.php/nos-actions/journee-nationale-de-l-allaitement-jna/jna-precedentes/33-jna-2006>

BONTE Pierre (1991), « Questions d'éthique en anthropologie », *Sociétés contemporaines*, septembre, Ethique professionnelle, N°7, pp. 73-85

BOYER Kate (2012), « Affect, corporeality and the limits of belonging : Breastfeeding in public in the contemporary UK », *Health & Place*, Vol.18, Issue 3, pp. 552-560

BOYER Kate (2012), « Affect, corporeality and the limits of belonging : Breastfeeding in public in the contemporary UK », *Health & Place*, Vol.18, Issue 3, pp. 552-560

DESCLAUX Alice, SARRADON-ECK Aline (2008), « Introduction au dossier « L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique » », *ethnographiques.org*

EARLE Sarah, LETHERBY Gayle (Eds.) (2003), *Gender, Identity & Reproduction. Social Perspectives*, Hampshire & NY : Palgrave MacMillan

ELLIS Carolyn, ADAMS Tony E., BOCHNER Arthur P. (2011), « Autoethnography : An Overview », *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum : Qualitative Social Research*, Vol. 12, N°1, pp. 1-18

FORSEY Martin (2004), « 'He's Not a Spy ; He's One of Us' : Ethnographic Positioning in a Middle-Class Setting », in : HUME Lynne, MULCOCK Jane (Eds), *Anthropologists in the Field : Cases in Participant Observation*, NY : Columbia University Press, ch.5, pp. 59-63

GEERTZ Clifford, (1996), *Ici et Là-bas. L'anthropologue comme auteur*, Traduit de l'anglais (USA) par Daniel Lemoine, Titre original : *Works and Lives : The Anthropologist as Author* (1988), pour la traduction française, Paris: Éditions Métailié

GÉLARD Marie-Luce (2008), « Des corps qui parlent », *Journal des anthropologues*, pp.112-113, téléchargé le 09 janvier 2015

- GIRARD Laurence (2002/2008), « L'allaitement maternel...Entre croyances et réalités », Institut Co-Naitre, <http://www.co-naitre.net/flire.html>
- GOJARD Séverine (1998), « L'allaitement : une pratique socialement différenciée », *Recherches et prévisions*, N°53, pp. 23-24
- GOJARD Séverine (2003), « L'allaitement, une norme sociale », *Spirale*, n°27, pp. 133-137
- JOHNSON Sally, WILLIAMSON Iain, LYTTLE Steven, LEEMING Dawn (2009), « Expressing yourself : A feminist analysis of talk around expressing breast milk », *Social Science & Medicine*, Volume 69, Issue 6, pp. 900-907
- JONES Marion (2013), « Traversing No Man's Land in Search of An(Other) Identity : An Autoethnographic Account », *Journal of Contemporary Ethnography*, Vol. 42, N°6, pp.745-768
- KATZ ROTHMAN Barbara (1984), « The Meaning of Choice in Reproductive Technology », in: ARDITTI Rita, DUELLI KLEIN Renate, MINDEN Shelley, *Test-Tube Women: What Future for Motherhood?*, London: Pandora, pp. 23-33
- LOCK Margaret (1993), « Cultivating the Body : Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge », *Annual Review of Anthropology*, Vol. 22, pp. 133-155, téléchargé le 03 juin 2014
- LOCK Margaret (2013), « The Epigenome and Nature/Nurture Reunification : A Challenge for Anthropology », *Medical Anthropology*, Volume 32, Issue 4, pp. 291-308, téléchargé le 04 janvier 2016
- MACDONALD Margaret (2007), « Natural Birth and gender expectations », in : *At Work in the Field of Birth*, Nashville : Vanderbilt University Press, pp. 93-126
- MAFFI Irene (2013), *Women, Health and the State in the Middle East. The Politics and Culture of Childbirth in Jordan*, London: I. B. Tauris.
- MAFFI Irene (2013), « Can caesarean section be 'natural'? The hybrid nature of the nature-culture dichotomy in mainstream obstetric culture », *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, N°19, pp. 5-26
- MASSÉ Raymond (2007), « Santé », in: MARZANO Michela (sous la dir. de), *Dictionnaire du corps*, Paris : PUF, pp. 839-843
- MCCOURT Christine (Ed.) (2010), *Childbirth, Midwifery and Concepts of Time, Fertility, Reproduction and Sexuality*, Vol.17, Oxford & NY: Berghahn Books
- MOTTIER Véronique (2005), « From Welfare to Social Exclusion: Eugenic Social Policies and the Swiss National Order », in : *Discourse Theory in European Politics: Identity, Policy, Governance*, edited by D. Howarth & J. Torfing, London: Palgrave MacMillan, pp. 255-274
- MOTTIER Véronique (2008), « The invention of Sexuality », Chapter 2, in : MOTTIER Véronique, *Sexuality : A very Short Introduction*, Oxford : Oxford University Press, pp. 25-48

NOIRHOMME-RENARD Florence, NOIRHOMME Quentin (2009), « Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature », *Journal de pédiatrie et de puériculture*, N°22, pp. 112-120

OKELY Judith (1996), *Own or Other Culture*, London : Routledge

ROLLET Catherine (1978), « Allaitement, mise en nourrice et mortalité infantile en France à la fin du XIXe siècle », *Population*, 33^{ème} année, n°6, pp. 1189-1203

SARGENT Carolyn, GULBAS Lauren (2011), « Situating Birth in the Anthropology of Reproduction », ch.14, pp. 289-303, In : SINGER Merrill, ERICKSON Pamela I. (Eds), *A companion to Medical Anthropology*, UK : Blackwell Publishing Ltd

SCHMIED Virginia, BEAKE Sarah, SHEEHAN Athena, MCCOURT Christine, DYKES Fiona (2011), “Women’s Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis”, *Birth*, Vol. 38, Issue 1, pp. 49-60

SIKES Pat (Ed) (2013), *Autoethnography*, Vol. 1, London : Sage

SIKSTROM Laura, BEZNER KERR Rachel, DAKISHONI Laifolo, « Fluid Boundaries : Multiple Meanings of the Illness ‘Moto’ in Northern Malawi », in : LIAMPUTTONG Pranee (ed.) (2011), *Infant Feeding Practices: A Cross-Cultural Perspective*, Springer: New York, pp. 211-227

SIMONDS Wendy (2002), “Watching the clock: keeping time during pregnancy, birth, and postpartum experiences”, *Social Science & Medicine*, Vol. 55, Issue 4, pp. 559-570

STEARNS Cindy A. (2011), “Cautionary Tales About Extended Breastfeeding and Weaning”, *Health Care for Women International*, Vol. 32, Issue 6, pp. 538-554

VINEL Virginie (sous la dir.), DORLIN Elsa, DEMANGET Magali, DIASIO Nicoletta, TENOUDJI Patrick, et al. (2007), « Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales », *Les Cahiers du Portique*, pp. 1-280

WALKS Michelle, MCPHERSON Naomi (2011), *An Anthropology of Mothering*, Bradford : Demeter Press

Sites Internet

Lien proposé par swiss-paediatrics.org, PELLAUD Nicole (2008), Politique professionnelle, *Prise de position de la SSP sur le projet de loi sur la prévention et la promotion de la santé et sur l’Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé*, *Paediatrica*, Vol.19, N°5

<http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatrica/vol19/n5/pdf/12-13.pdf>

Lien proposé par Profamilia.ch, Office de la Santé Publique (2008), *Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé, procédure de consultation*, Division Projets multisectoriels, Berne

http://www.profamilia.ch/tl_files/Dokumente/Vernehmlassungen/VL-Loi%20sur%20la%20prevention.pdf

OMS, lien online sous « Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent », « Allaitement consulté en 2015 et 2016 : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/fr/

Promotion Santé Suisse, Public Health, Bases et concepts

<http://promotionsante.ch/public-health/alimentation-et-activite-physique-chez-les-enfants-et-les-adolescents/evaluation-et-monitoring/bases-et-concepts.html>

Espaces Prévention, canton de Vaud

<http://www.espace-prevention.ch/presentation.htm>

AVASAD, Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile, Lausanne

http://www.avasad.ch/jcms/m_6807/fr/enfance-et-jeunesse

Office Fédéral de la Santé publique (OFSP), *Projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé*

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=fr>

Office Fédéral de la Santé publique (OFSP), *La politique de la santé*

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/index.html?lang=fr>

Office Fédéral de la Santé publique (OFSP), *Projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé*

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=fr>

Fédération romande des consommateurs, article Jeunesse, (2009), *Surpoids : La prévention contre-attaque*

<http://www.frc.ch/articles/la-prevention-contre-attaque/>

