

Mères et pères face à l'allaitement : savoirs experts et rapports de genre à l'hôpital et à domicile en Suisse

Caroline Chautems, Irène Maffi

DANS NOUVELLES QUESTIONS FÉMINISTES 2021/1 (VOL. 40), PAGES 35 À 51
ÉDITIONS ÉDITIONS ANTIPODES

ISSN 0248-4951

DOI 10.3917/nqf.401.0035

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2021-1-page-35.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Antipodes.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Mères et pères face à l'allaitement : savoirs experts et rapports de genre à l'hôpital et à domicile en Suisse

Caroline Chautems et Irene Maffi

Fondé sur deux recherches ethnographiques menées en Suisse romande, notre article propose une analyse comparative des savoirs et des pratiques autour de l'allaitement développés, d'une part, par des sages-femmes indépendantes qui réalisent un suivi global à domicile à la suite d'un accouchement extrahospitalier et, d'autre part, par des sages-femmes et des infirmier-e-s qui travaillent en contexte hospitalier. Les savoirs experts véhiculés par les soignant-e-s rencontré-e-s dans les deux contextes comprennent des connaissances théoriques sur la physiologie de l'allaitement, les caractéristiques chimiques et les bénéfices du lait maternel, ainsi que sur les recommandations des organismes de santé publique concernant les modalités et la durée de l'allaitement. Les sages-femmes transmettent également des conseils pratiques concernant les positions des têtées, les remèdes aux inconforts induits par la montée de lait ou la sollicitation des mamelons, l'hygiène de vie, l'alimentation pendant le post-partum et les rôles respectifs des parents pendant les premiers mois de l'enfant.

Cet article se focalisera sur le suivi de couples hétérosexuels, car nous n'avons pas eu l'opportunité de rencontrer des couples de même sexe, invisibles aussi dans le discours des professionnel-le-s. Cette absence reflète l'hétéronormativité de la culture familiale suisse, dominée par une vision genrée des rôles parentaux, encore souvent pensés comme complémentaires (Ballif, 2017). Contrairement aux pays de l'Union européenne, en Suisse jusqu'en 2021, la loi n'inclut aucun congé paternité. Cette introduction tardive reflète le régime de genre en vigueur, qualifié de « néo-maternalisme » par Olivier Giraud et Barbara Lucas (2009), et reposant sur l'attribution aux femmes des tâches domestique et des soins aux enfants. Ainsi, le manque de politiques familiales appelle à l'organisation et à la responsabilité individuelles, entravant l'adoption de pratiques parentales égalitaires par les couples (Le Goff et Levy, 2016).

En Suisse, comme ailleurs depuis une trentaine d'années, l'allaitement maternel est reconnu par les organismes de santé publique et les expert-e-s en santé infantile comme le mode d'alimentation le plus adapté aux besoins des enfants. Dans ce contexte, une initiation à l'allaitement réussie représente un enjeu crucial du post-partum, à l'hôpital comme à domicile. La quasi-totalité

des enfants sont allaité-e-s à la naissance – 95% selon les dernières statistiques (Dratva *et al.*, 2014). Ce taux d'initiation à l'allaitement reflète un engagement institutionnel, résultant d'une série de mesures mises en place dès les années 1990 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour réhabiliter l'allaitement, après plusieurs décennies de discrédit au profit du lait artificiel¹. Dans ce contexte, les professionnel-le-s de santé s'efforcent d'encourager l'allaitement maternel, ce qui est souvent ressenti par les femmes comme une injonction (Garcia, 2011 ; Gojard, 2010 ; Knaak, 2010 ; Sheehan et Schmied, 2011).

Bénéfique pour la santé physique des enfants, l'allaitement est identifié par la pédopsychiatrie comme la promesse d'un développement psycho-émotionnel optimal. Cette vision s'inscrit dans la continuité des travaux du psychiatre John Bowlby, présentant les mères comme figures centrales d'attachement pour leurs enfants, dont la présence poserait les fondations de la santé mentale à long terme (1969). Cette approche est également influencée par les travaux du psychanalyste Donald Winnicott sur la figure de la « mère suffisamment bonne » ([1973] 2006), permettant aux soignant-e-s d'évaluer l'adéquation du comportement des mères envers leur bébé (Ballif, 2020 ; Vozari, 2012). Ces théories continuent d'occuper une place importante dans les formations médicales en Suisse, notamment au sein des écoles de sages-femmes.

À l'hôpital, l'initiation à l'allaitement est d'abord envisagée par les professionnel-le-s selon une logique productiviste et quantitativiste, comme un transfert de lait de la mère à l'enfant, visant une prise de poids linéaire, et ensuite comme une pratique destinée à créer l'attachement mère-enfant (Dykes, 2006 ; Maffi, à paraître ; Rochat, à paraître). À domicile, les sages-femmes valorisent la dimension relationnelle de l'allaitement et prônent une évaluation qualitative de ce dernier, fondée sur l'observation de l'enfant, reléguant la dimension quantitative au deuxième plan (Chautems, 2019). Si les deux modèles de soins, définis comme « modèle technocratique » et « modèle du suivi global », sont appréhendés comme opposés, ils se retrouvent néanmoins autour d'une conceptualisation naturaliste de l'allaitement, perçu comme une compétence maternelle innée.

En Suisse, comme dans le reste de l'Europe occidentale et en Amérique du Nord, les pères n'ont été admis en salle d'accouchement que dans les années 1960-1970 (Droux, 2007 ; Wertz et Wertz, [1977] 1989), grâce à l'émergence du mouvement pour la naissance naturelle, fondé par Grantly Dick-Read. Dès les années 1930, ce dernier met en avant le besoin des parturientes d'un soutien émotionnel durant l'accouchement, idéalement assuré par le futur père (Dick-Read, 1933). Si, lors d'une naissance hospitalière, la présence des pères est aujourd'hui fortement encouragée, voire exigée, au moment du post-partum, les mères restent les principales cibles des discours des professionnel-le-s de

1. Voir Bosson (2002) et Praz (2005) sur l'histoire du déclin et de la réhabilitation de l'allaitement maternel en Suisse.

santé, les identifiant comme peu compétentes à prendre soin de leur enfant en l'absence d'une guidance experte (Apple, 1987 ; Kukla, 2005). En revanche, les discours sur l'expérience de la transition à la paternité n'évoquent pas le besoin d'une surveillance médicale (Miller, 2011), permettant aux hommes d'échapper aux injonctions normatives réservées à leur partenaire.

La littérature en sciences sociales souligne une «intensification» de la maternité: une extension du rôle de mère, au-delà des soins aux enfants, visant à optimiser chaque aspect de leur existence (santé, éducation, loisirs), selon un modèle éducatif «centré sur l'enfant» et guidé par les expert-e-s (Blum, 1999 ; Lee *et al.*, 2014 ; Wolf, 2007). L'allaitement y est identifié comme un élément central, renforçant les inégalités de genre. Par son ancrage dans le corps maternel, l'allaitement amènerait une légitimation naturaliste de la répartition des rôles parentaux, argument souvent mobilisé par ses détractrices et détracteurs (Badinter, 2010).

Les modalités d'implication (ou de non-implication) des pères dans l'allaitement apportent un éclairage intéressant sur la manière dont les parents néophytes composent avec cette différence physiologique et psychologique (Ballif, 2017), en l'acceptant, ou non, comme règle «naturelle» structurant leur organisation familiale.

Dans cet article, nous examinons les savoirs communiqués par les sages-femmes et les formes d'incorporation que l'interaction entre professionnel-le-s et mères (ou couples) induit chez les parents. Nous discuterons le caractère genré des savoirs médicaux sur l'allaitement qui circulent en Suisse romande, tant dans le milieu des sages-femmes indépendantes, qui s'inscrivent dans le mouvement de la naissance démedicalisée ou «naturelle», qu'à l'hôpital. Nous montrerons que, malgré l'opposition apparente entre ces deux univers, les deux groupes de professionnel-le-s partagent une conception naturaliste de l'allaitement, ainsi qu'une vision hétéronormée et différentialiste des rôles parentaux. Nous analyserons en particulier le rôle dévolu aux pères dans les discours des sages-femmes, dans la mesure où il permet de mettre en évidence comment les savoirs professionnels autour de l'allaitement peuvent légitimer le régime de genre en place, mais également renforcer les inégalités au sein des couples. En conclusion, nous synthétiserons les similarités et différences qui émergent des discours et des pratiques des professionnel-le-s dans les deux milieux analysés, les liant au contexte socio-économique suisse et aux politiques de la famille des cantons romands.

Méthodes et terrains

Entre 2014 et 2017, Caroline Chautems a mené une enquête ethnographique en Suisse romande, auprès de sages-femmes indépendantes, qu'elle a accompagnées lors de leurs visites post-partum à domicile. Ces sages-femmes

pratiquent des suivis dits globaux, prenant en charge l'entièreté du processus de la naissance, du suivi de grossesse au post-partum, accouchement compris. Ces accouchements se déroulent hors de l'hôpital, à domicile ou en maison de naissance et restent un choix minoritaire, représentant 3% des naissances en Suisse en 2018 (Grylka et Pehlke-Milde, 2019).

Les sages-femmes rencontrées par Chautems partageaient une vision naturelle et non interventionniste de la naissance. Reprenant des éléments du «parentage proximal», développé dans les années 1980 aux États-Unis par William Sears et Martha Sears (2001), les sages-femmes promouvaient des pratiques telles que le portage de l'enfant ou le co-dodo (partager son lit avec son enfant), favorisant le rapprochement physique entre le bébé et ses parents. L'allaitement, envisagé comme la continuité naturelle d'une naissance sans intervention médicale, occupait une place centrale dans leur suivi post-partum, reflétant l'engagement des parents. Ces derniers avaient souvent établi un projet d'allaitement avant la naissance, inspiré des recommandations émises par l'OMS (WHO, 2007) : allaiter à la demande de l'enfant et exclusivement pour environ six mois, puis poursuivre l'allaitement complété par d'autres apports de nourriture et boissons pour une durée indéterminée.

Lors des visites post-partum, Chautems a observé les interactions entre les parents, les sages-femmes et les nouveau-nés autour de l'allaitement, et pris part aux discussions entre les différents protagonistes. Elle a également effectué des entretiens avec les parents, à intervalles réguliers de la naissance au sevrage de leur enfant, pour saisir l'évolution de leurs pratiques. Ses observations sont fondées sur le suivi de 27 familles, composées chacune d'un couple hétérosexuel et d'un à trois enfants. Les parents avaient entre 20 et 40 ans, étaient de nationalités diverses et issus de milieux socio-économiques divers également². Leurs niveaux et secteurs de formation étaient variés, la grande majorité des mères et presque la moitié des pères travaillaient à temps partiel, deux mères étaient sans emploi.

Irene Maffi a mené une enquête de terrain dans un hôpital universitaire en Suisse romande entre 2011 et 2013 centrée sur le parcours des couples et/ou des femmes qui avaient fait le choix d'accoucher dans cet établissement. Elle a participé à 15 cycles de cours de préparation à la naissance donnés par une équipe de sages-femmes de l'hôpital et a fait de l'observation participante en salle d'accouchement et dans les services du post-partum. Elle a également réalisé des entretiens approfondis avant et après la naissance de l'enfant avec dix couples hétérosexuels et une femme seule rencontrés dans

2. Les familles rencontrées par Chautems formaient une population hétérogène concernant leurs statuts socio-économiques et leurs affiliations culturelles, et ne correspondaient pas aux caractéristiques observées par d'autres chercheuses travaillant sur l'accouchement extra-hospitalier (par exemple Pruvost, 2016 ou Quagliariello, 2017b), qui ont décrit une population homogène de parents urbains, blancs, de classe moyenne supérieure et avec un haut niveau d'éducation.

les cours de préparation à la naissance. Les femmes et couples côtoyés dans les services et dans les cours de préparation à la naissance appartenaient à différents milieux sociaux et avaient des origines diverses. Maffi a collaboré avec les professionnel-le-s de santé des services dans lesquels elle a mené son enquête, réalisant quelques entretiens approfondis, mais préférant la technique de l'immersion à long terme ou de l'imprégnation (Olivier de Sardan, 1995). Ses principales interlocutrices ont été des sages-femmes et des infirmières ou infirmiers (large majorité de femmes) dans les services du post-partum et en salle d'accouchement, ainsi que quelques gynécologues-obstétricien-ne-s et pédiatres³.

Les cours de préparation à la naissance, des lieux de (re)production de rôles parentaux genrés

Dans le contexte d'un projet de naissance extrahospitalier, et dans l'héritage du mouvement de la naissance naturelle (Moscucci, 2003 ; Quagliariello, 2017b), l'engagement actif des pères est perçu par les sages-femmes comme un indispensable prérequis (Chautems, 2019 ; Pruvost, 2016 ; Quagliariello, 2017a). Les séances de préparation à l'accouchement sont l'occasion d'enseigner aux pères des massages pour soulager leur partenaire lors de l'accouchement, mais aussi des mesures d'évaluation de l'avancée du travail ou des gestes techniques, leur permettant de seconder la sage-femme. Les pères sont ainsi formés à agir en tant que partenaires des sages-femmes (Pruvost, 2016).

Lors d'une première consultation post-partum chez une nouvelle mère⁴, le lendemain de la naissance de son enfant en maison de naissance, la sage-femme revient avec la mère sur le déroulement de l'accouchement et le rôle joué par le père. Le corps du bébé étant retenu par son cordon ombilical, le père a aidé la sage-femme à faire une manipulation pour le libérer. La sage-femme commente, valorisant sa contribution : « Je l'ai trouvé très calme, très aidant. » La mère confirme son fort engagement dans leur projet de naissance extrahospitalier. Faisant référence de manière plus large à son expérience extrahospitalière, la sage-femme observe : « Les couples se réalisent beaucoup pendant la naissance », sous-entendant l'impact positif d'une naissance extrahospitalière sur la relation de couple. Dans ce récit de naissance, emblématique des situations observées par Chautems, le rôle du père est présenté comme central et particulièrement valorisé par la sage-femme.

3. Maffi a obtenu l'autorisation de la commission cantonale d'éthique ainsi que l'appui du chef du service d'obstétrique et gynécologie de l'hôpital afin de mener son enquête. Sa présence dans les divers services a été négociée avec les responsables, alors que les entretiens avec les (futurs) parents ont été menés sur la base de leur participation volontaire.

4. Les descriptions et extraits ethnographiques présentés à partir de là proviennent alternativement des recherches de Chautems et de Maffi.

Outre les explications anatomiques sur le déroulement d'un accouchement et les conseils donnés aux pères pour épauler leur partenaire pendant les cours de préparation à la naissance, les sages-femmes indépendantes abordent leur implication lors du post-partum, en particulier par rapport à l'allaitement. Elles suggèrent par exemple de préparer une tisane galactogène, de proposer de l'eau ou un en-cas à leur partenaire au moment des tétées. Ces gestes s'inscrivent dans une conception de la paternité « au service de la maternité » (Truc, 2006) : les pères prennent soin de leur enfant en prenant soin de sa mère. L'implication des pères en regard de l'allaitement se traduit souvent par un désir de produire un environnement favorable à sa réalisation, en assurant les tâches ménagères et les autres aspects du soin au bébé. Suggéré par les sages-femmes, ce rôle s'inscrit dans une vision traditionnelle des rôles parentaux, assignant le père comme protecteur de la famille. Par exemple, dans les premiers temps de l'allaitement, lorsque le positionnement du bébé n'est pas encore évident, les pères aident à installer mères et enfants en vue d'une tétée. Au-delà d'un soutien pratique, les sages-femmes soulignent l'importance du soutien émotionnel des pères vis-à-vis de l'allaitement, en valorisant les efforts fournis par leur partenaire.

De manière similaire, dans les cours hospitaliers de préparation à la naissance et malgré un modèle de prise en charge technocratique, les futurs pères sont censés participer aux séances d'information avec leur partenaire et même prendre part à une séance spéciale qui leur est réservée afin de réfléchir à leurs compétences paternelles. Pendant les cours, les futurs pères doivent apprendre l'anatomie et la physiologie de l'accouchement ainsi que les techniques de massage et de respiration pour soulager la parturiente. Ils doivent également être capables de défendre les besoins de leur partenaire face aux professionnel-le-s de santé lors de son séjour hospitalier et s'intéresser aux aspects pratiques du retour à domicile. La représentation sous-jacente est qu'une femme qui accouche a besoin d'un partenaire pour la défendre et la soutenir dans un environnement qui n'est pas toujours bienveillant.

Dans la séance consacrée à l'allaitement, les couples étaient d'abord invités à expliciter leurs souhaits, leurs craintes, leurs questions à l'égard de l'allaitement pour ensuite en discuter avec la sage-femme responsable. Par exemple, dans un des cours auxquels Maffi a participé, la sage-femme demandait aux couples de discuter entre eux et de noter leurs idées autour de l'allaitement. Elle écrivait ensuite au tableau les éléments que ces couples avaient discutés en les inscrivant dans trois colonnes dédiées respectivement à « ce qui réjouit », « ce qui fait peur » et aux « questions ». C'était l'occasion pour la sage-femme de corriger ou de renforcer les idées exprimées par les futurs parents et de répondre aux interrogations formulées, mais aussi de transmettre aux participant-e-s le savoir qui fait autorité (Jordan, 1993) sur l'allaitement. Bien que les sages-femmes aient demandé aux femmes si elles désiraient allaiter, le discours expert mettant en avant les

bénéfices de l'allaitement au sein laissait peu de marge de manœuvre aux femmes et à leurs partenaires pour exprimer un avis différent. L'allaitement s'imposait aux femmes comme un devoir sanitaire et moral si elles désiraient garantir la bonne santé de leur enfant.

En comparaison, rappelons que la question du choix ne s'est pas posée dans le modèle observé par Chautems, étant donné l'engagement unanime des parents pour l'allaitement, perçu comme élément intrinsèque de la naissance naturelle. Le projet d'allaitement, pleinement embrassé par les pères, avait fait l'objet d'une réflexion menée en amont de la naissance.

Dans les cours hospitaliers de préparation à la naissance, les pères n'exprimaient pas d'opposition à l'allaitement dans la mesure où ils partageaient le discours sanitaire, le présentant comme fondamental pour la santé de l'enfant. Le seul père qui, pendant un des cours auxquels Maffi a assisté, avait exprimé une attitude négative envers l'allaitement a suscité une sorte de scandale moral chez les autres couples et la sage-femme. Ceci d'autant plus que ses raisons pour s'opposer à l'allaitement au sein étaient perçues comme égoïstes et superficielles : il a affirmé que les seins de sa compagne étaient pour lui des objets érotiques, qu'il refusait de céder à son enfant.

Pour comprendre le statut différent des pères dans l'imaginaire des professionnel-le-s de santé, il est intéressant de mentionner quelques aspects de la séance du cours de préparation à la naissance consacrée aux pères. Tout d'abord, l'existence même de cette séance est significative : si les cours de préparation à la naissance s'adressent aux couples, aux hommes est réservée une séance spécifique qui n'a pas d'équivalent pour les femmes. L'idée sous-jacente est que les hommes ont besoin d'un apprentissage spécifique de la parentalité alors que pour les femmes ce processus serait naturel, car lié à leur vécu corporel et psychique. Le cours pour les pères est donné depuis plusieurs années par un psychothérapeute qui se propose de « favoriser l'entrée en paternité et valoriser le rôle des pères » (Ebook, 2011⁵), et de leur donner des conseils pratiques sur leur attitude envers leur partenaire et leur enfant. Les hommes et les femmes sont décrit-e-s de manière stéréotypée : « [La femme] fabrique du bébé et y pense 24 heures sur 24 » alors que les hommes doivent faire des efforts pour apprendre à renoncer à leur vie ordinaire. Comme affirmé par le psychologue : « Avant, il y a les amis, les hobbies, le travail et le sport. Après, les hobbies, le sport et les amis disparaissent... Or, nous sommes une société de loisirs ! Il est difficile de parler de ce type de préoccupations à sa compagne enceinte, alors que cela peut être important pour l'homme » (Magazine romand⁶). Les hommes doivent non seulement

5. Cette référence ne peut pas être indiquée de manière plus précise afin de respecter l'anonymat de la personne citée, en conformité aux principes éthiques de la recherche en sciences sociales.

6. Voir note 5.

apprendre à renoncer à leurs loisirs (ce que les femmes n'auraient pas besoin de faire), mais aussi à canaliser les sentiments de leur partenaire, car « elle vit un stress naturel » et n'est plus capable de se maîtriser. Ainsi, si une femme enceinte « veut acheter dix bodys qu'elle trouve très jolis pour le bébé », son partenaire doit la raisonner. Le psychothérapeute conseillait aux participants de faire une liste des choses qu'ils aiment faire avec leur compagne afin de lui rappeler six mois plus tard, après la naissance du bébé, qu'elle n'est pas qu'une mère, mais qu'elle « peut aussi être une femme et une amante ». Ces conseils contiennent une vision différentialiste des hommes et des femmes selon laquelle la grossesse et la naissance de l'enfant seraient à l'origine d'une perte de rationalité et de sens pratique chez les femmes, alors que les hommes garderaient leur rationalité et leur capacité de gestion de la vie quotidienne. La liste visait également à rappeler aux femmes leur rôle de partenaires sexuelles qu'elles auraient tendance à oublier, emportées par leurs sentiments maternels, alors que les hommes ne risqueraient pas d'oublier cet aspect. Le psychologue expliquait aux hommes que la famille est une sorte de PME dans laquelle on ne peut pas être égaux, mais où il faut être complémentaires. Il rappelait que le rôle de la mère est de protéger l'enfant tandis que celui du père est de l'ouvrir au monde. Les pères peuvent alors ne rien ressentir pour leur enfant au début, dans la mesure où leur identité se construit souvent au fil du temps, alors que celle des mères semble aller de soi. Ce discours est d'autant plus significatif que les professionnel-le-s de santé portent un regard attentif sur les mères qui ne montrent pas d'attachement envers leur bébé après la naissance.

Naturalité de l'allaitement

Si les discours des sages-femmes indépendantes rencontrées par Chautems définissaient ce qu'est un comportement paternel adéquat lors d'un accouchement extrahospitalier – impliqué, calme, coopérant –, les pères en étaient relativement absents en revanche au moment du post-partum, l'accent étant avant tout mis sur le duo mère-enfant et sur le corps des femmes.

Les sages-femmes présentaient l'allaitement comme faisant intrinsèquement partie du processus physiologique de la naissance, dans la continuité d'un accouchement « naturel ». Au-delà de ses bénéfices sanitaires, elles soulignaient le caractère unique du lait maternel, adapté aux besoins spécifiques de chaque bébé en termes de composition et de quantité. Dans une perspective productiviste, elles valorisaient la synergie positive entre les sollicitations de l'enfant et l'ajustement de la production du lait maternel.

Conjointement, l'allaitement était présenté comme un processus inné. Une des sages-femmes a décrit en ces termes l'initiation à l'allaitement à une mère : « Elle [l'enfant] est née avec un savoir inné de nutrition, comme toi tu es née avec un savoir inné d'allaitement, et c'est la rencontre des

deux.» Évoquant un «instinct d'allaitement», cette sage-femme percevait son approche naturaliste comme un moyen d'autonomiser les femmes, renforçant leur confiance en leurs compétences.

Cette compréhension de l'allaitement fondée sur l'instinct et les hormones s'inscrit dans la continuité des discours médicaux et du champ disciplinaire de l'endocrinologie, qui, dès le début du XX^e siècle, identifie les hormones sexuelles comme le lieu de la différenciation des sexes (Oudshoorn, 1994). Malgré la remise en cause de la catégorisation binaire des sexes et la problématisation scientifique de la naturalité du sexe biologique (Gardey et Löwy, 2000 ; Laqueur, 1994 ; Oudshoorn, 1994), cette explication hormonale de la différence sexuelle s'est largement diffusée, s'imposant comme cadre de référence partagé entre les sages-femmes et les parents. Les hormones sexuelles ou «hormones d'allaitement» sont fréquemment convoquées pour justifier les sentiments et les comportements des femmes durant le post-partum, que ce soit pour valoriser le réflexe d'éjection de lait ou rassurer les parents sur la sécurité du co-dodo, les hormones gardant les femmes en état d'alerte. De leur côté, les bébés seraient également très sensibles à ces hormones, sentant, même à distance, les montées de lait maternelles.

Dans les cours de préparation à la naissance donnés à l'hôpital et pendant les interactions entre soignant-e-s et nouvelles mères dans les services du post-partum, le discours sur la naturalité de l'allaitement a émergé régulièrement, en dépit de l'apprentissage technique imposé par les pratiques hospitalières et les contraintes liées aux protocoles pédiatriques réglant l'alimentation du nouveau-né. En accord avec la politique de promotion de l'allaitement, une des sages-femmes de l'unité de préparation à la naissance affirmait que «le lait est un produit de l'homme (être humain) pour le petit de l'homme», qu'il contient tout ce dont le bébé a besoin et que c'est une nourriture mieux adaptée que le lait de vache. Elle soulignait que «nous avons beaucoup oublié ce que la nature nous met à disposition» et que «c'est la technologie qui nous a fait oublier tout ça», alors qu'«au Tibet et en Afrique les femmes sont plus près de la nature et de leur corps» et donc allaiteraient plus facilement. Elle encourageait les femmes à «réapprendre» ce qui a été oublié en se détachant de la technologie, parce que «la nature est là et on peut compter sur elle». Le discours de cette sage-femme, représentatif de ceux qui circulaient parmi plusieurs soignant-e-s de la maternité, reprend les stéréotypes présents chez Dick-Read (1933) et plus tard chez Michel Odent (2012), selon lesquels les femmes «occidentales» auraient des difficultés à accoucher et à allaiter à cause des conditionnements de la civilisation. La technologie, évoquée en opposition à la nature, est appréhendée comme dérangeant les processus corporels liés à la naissance (Davis-Floyd, 1992 ; Merchant, 1980 ; Maffi, 2012). La référence à la nature et aux femmes extra-européennes comme étant plus proches de celle-ci n'a pas empêché cette sage-femme d'utiliser des métaphores mécanicistes pour décrire la physiologie de la lactation. Ainsi, les seins «sont programmés pour être

fonctionnels trente minutes par heure » et « les bébés sont bien équipés » pour se procurer la nourriture auprès de leur mère. Les métaphores des seins comme « restaurant » ou instruments pour la « production de lait » étaient aussi couramment utilisées dans les services du post-partum de la maternité. Le registre productiviste et mécaniciste employé par le personnel était renforcé par les protocoles hospitaliers consacrés au contrôle du poids du nouveau-né, qui induisaient diverses pratiques chez les soignant·e·s pour garantir l'adéquation de l'évolution du poids du bébé aux courbes standardisées. En comparaison, à domicile, les sages-femmes indépendantes se montraient critiques vis-à-vis de la pesée systématique des bébés, privilégiant l'observation empirique pour évaluer leur état de santé. La pratique indépendante permet aux sages-femmes de se distancier des protocoles institutionnels et de fonder leur suivi sur une approche plus qualitative et relationnelle de l'allaitement.

Disciplinarisation des corps maternels et rôle des pères

Les observations de Chautems montrent que malgré leur adhésion à une approche de soin non interventionniste, les sages-femmes ont conseillé aux mères, dans le cadre d'un suivi global, la mise en place d'un dispositif technique pour optimiser l'initiation à l'allaitement. Le corps maternel lactant était discipliné par des gestes, des outils et des substances spécifiques : techniques de massage et drainage des seins pour éviter les engorgements, « copettes » en argent ou coquillages en nacre pour soigner les crevasses aux mamelons, utilisation d'un tire-lait et consommation de remèdes galactogènes afin d'accroître la production de lait. Parallèlement à ce travail sur le corps des mères, les sages-femmes leur préconisaient de se rendre « émotionnellement disponibles » pour favoriser la lactation, les invitant à faire du « peau à peau » avec leur enfant, en le reniflant, ou encore à regarder des photos ou des vidéos si elles devaient pomper leur lait à distance.

Malgré une attention des sages-femmes dirigée en priorité sur les corps maternels, Chautems a pu observer que la mise en place de l'allaitement était souvent un moment privilégié d'implication pour les pères. Se positionnant en défenseuses des femmes, s'engageant pour leur droit à donner naissance dans l'environnement qui leur convient le mieux et pour préserver leur intégrité physique et émotionnelle, les sages-femmes côtoyées par Chautems encourageaient une attitude soutenance de la part des partenaires des femmes, tandis qu'un père distant et peu attentif était réprouvé. Pendant l'initiation à l'allaitement, les pères étaient ainsi invités à poursuivre leur rôle de partenaires des sages-femmes cherchant à faciliter l'expérience des mères. Ils étaient chargés de l'achat des produits et objets visant à prendre soin des mamelons endoloris ou à soulager des seins engorgés. Certains apprenaient à réaliser les compresses conseillées par la sage-femme, comme ce père qui confectionnait quotidiennement des cataplasmes de feuille de

chou et fromage blanc pour détendre les seins de sa partenaire. Lors de la naissance de leur deuxième enfant, qui ne parvenait pas à téter efficacement, la production de lait était si difficile à contrôler qu'il avait aidé la sage-femme à vider les seins de sa partenaire. La femme avait rapporté l'anecdote en utilisant avec humour le terme de traite: «J'étais à quatre pattes, P. [nom du partenaire] sur un sein, I. [nom de la sage-femme] sur un autre, en totale confiance. Ce n'était pas drôle à l'époque, mais maintenant on en rigole tous les trois!» Ce récit met en évidence le contexte intime du domicile, et la continuité du suivi, qui a favorisé le développement d'une relation proche et informelle avec la sage-femme, caractéristique des échanges auxquels Chautems a assisté.

Dans les services post-partum où Maffi a réalisé ses observations, les femmes étaient la cible d'injonctions et d'une éducation accélérée au cours de leur séjour hospitalier où les soignant-e-s non seulement leur apprenaient comment et quand allaiter, mais exerçaient sur elles un vrai dressage corporel. Pendant les examens médicaux journaliers, le personnel vérifiait l'état des seins et des mamelons, essayait parfois d'exprimer du lait manuellement, pour vérifier si la femme en avait, et manipulait les seins et l'enfant afin de positionner correctement ce dernier. À certaines mères, dont la production de lait semblait déficiente, le tire-lait était imposé plusieurs fois par jour et le lait extrait mesuré attentivement. La pratique de compléter l'allaitement au sein en donnant des suppléments alimentaires dès le premier jour était très courante et souvent décidée par le personnel sans consulter les parents, afin que le poids du bébé ne s'éloigne pas des courbes pédiatriques de l'hôpital ou pour calmer un enfant en pleurs (Dykes, 2006 ; Maffi, à paraître).

La plupart des mères étaient angoissées à l'idée que leur enfant ne reçoive pas assez de lait ou que leur lait ne soit pas de bonne qualité (Maffi, à paraître). Les discussions autour du poids de l'enfant occupaient une place centrale dans les échanges entre nouvelles mères et soignant-e-s et la pesée était un rituel fondamental dans les services post-partum tant pour les mères que pour le personnel. Toute défaillance de la lactation provoquait un travail important, justifiant des actions telles que réveiller l'enfant s'il dormait trop longtemps entre les tétées, le forcer à téter des deux côtés, même s'il s'endormait, etc. Par exemple, un enfant né depuis quelques heures refusait de téter quand la sage-femme l'approchait des seins de sa mère. Puisqu'elle voulait absolument qu'il tète (probablement pour éviter une baisse de glycémie), la soignante avait alors décidé de lui donner un bain, de le changer et de «prendre du temps avec lui» pour le remettre au sein. La mère avait dû se lever pour aider la sage-femme pendant ces opérations et remettre l'enfant au sein plusieurs fois sans succès. L'injonction à «produire du lait pour son enfant» devenait encore plus forte quand le bébé était hospitalisé : le lait en tant que nourriture optimale pour les nouveau-nés avec des soucis de santé ou prématurés était mis en avant et contribuait à intensifier les pressions exercées sur les mères (Rochat, à paraître).

Les pères, qui ne passaient que peu de temps à la maternité dans la période post-partum, soit parce qu'ils devaient travailler soit parce que les horaires des visites étaient limités⁷, étaient exclus de cet apprentissage. Selon le psychothérapeute responsable du cours pour les hommes, le père doit protéger du monde extérieur la femme qui, elle, est censée s'occuper de manière primaire de l'enfant. Ce rapport entre père, mère et enfant était parfois représenté à travers l'image de la poupée russe, parfois par un schéma composé de cercles concentriques au centre duquel il y a l'enfant, entouré successivement par des cercles plus grands qui, dans l'ordre, représentent la mère, le père, la famille, l'entourage, la société. L'attribution au père d'un rôle secondaire est confirmée dans les pratiques des services hospitaliers observés où seules les attitudes des femmes faisaient l'objet des attentions des soignant-e-s. Ainsi, un père rencontré à la maternité qui refuse de donner le bain à son enfant ne suscite aucune préoccupation chez la soignante, tandis qu'une mère qui refuse d'allaiter son enfant et le laisse dans son berceau sans le prendre dans les bras ne comprend pas le besoin primaire de contact de son bébé.

Si le sentiment d'être inadaptés domine l'expérience des hommes lors du séjour post-partum de leur partenaire à la maternité (Truc, 2006), les pères se sont sentis en revanche généralement bien intégrés aux consultations post-partum de la sage-femme dans le cadre du suivi global. Ce suivi est resté néanmoins « matrifocalisé » (Goody, cité par Truc, 2006) et le rôle des pères a été principalement défini par leur aptitude à soutenir leur partenaire et à répondre à ses besoins. Cette matrifocalisation reflète l'intégration par les sages-femmes des normes genrées relatives aux rôles parentaux, participant ainsi à leur reproduction. Les pères étaient presque toujours congratulés pour leur implication dans les soins à leur enfant, tandis que les mêmes gestes n'auraient pas été relevés s'ils avaient été accomplis par la mère. Une sage-femme a par exemple félicité un père qui déshabillait sa fille en vue d'une pesée : « Il se débrouille bien papa ! Tu es à l'aise, c'est cool ! » La simple présence des pères était aussi souvent valorisée, alors que leur absence systématique aux consultations suscitait l'inquiétude des sages-femmes.

La psychologisation de l'allaitement

Inspirés par l'idéologie du parentage proximal, les parents rencontrés par Chautems étaient particulièrement attachés à l'allaitement à la demande et privilégiaient le portage et le co-dodo, pratiques encouragées par les sages-femmes. Envisagé comme « le début de la communication », selon les termes d'une sage-femme, l'allaitement au sein renforcerait l'attachement entre mère et enfant.

7. Seuls les hommes dont la partenaire est hospitalisée en division privée ont le droit de passer la journée (mais pas la nuit) dans la chambre de celle-ci.

Prônant une approche centrée sur l'enfant, dans la lignée de l'obstétricien Frédérick Leboyer (1974), les sages-femmes incitaient les parents à observer leur enfant pour détecter les signes précoces de la faim. Avant de se manifester par des pleurs, le bébé ouvre la bouche, devant laquelle elle ou il met ses mains, ou émet de petits bruits : les sages-femmes désignaient cette attitude par l'expression « elle/il cherche ». L'argument est qu'un-e enfant dont le désir a été anticipé sera plus calme au sein et tétera mieux.

Les sages-femmes endossaient de cette manière un rôle d'interprètes, se faisant les porte-parole des bébés pour relayer leurs besoins. Cette posture pouvait parfois les amener à s'interposer dans la relation parents-enfants, au nom de l'intérêt des nourrissons. Lors d'une consultation post-partum, alors que la sage-femme était en train de partir, le bébé s'est mis à pleurer. Sa mère s'est adressée à lui, lui disant qu'elle lui donnerait le sein après notre départ. La sage-femme a protesté : « Pourquoi tu le fais patienter ? Là, c'est assez clair ! » Se sentant visiblement prise en faute, la mère s'est exécutée, installant l'enfant au sein. Adhérant à une « éthique de la disponibilité maternelle » (Garcia, 2011 : 12), les sages-femmes encourageaient les femmes à réagir sans tarder aux signaux de leur enfant, au détriment parfois de leurs propres besoins. Dans cette perspective, le modèle du suivi global, comme le modèle technocratique, est chargé en injonctions normatives, principalement adressées aux femmes.

Dans la maternité étudiée par Maffi, les soignant-e-s avaient souvent tendance à donner des explications psychologiques des comportements des femmes, en particulier pour celles qui s'éloignaient du modèle que les professionnel-le-s avaient à l'esprit : la mère dévouée, qui montre avoir construit des liens avec son bébé après la naissance. Certains comportements, interprétés comme de la négligence ou de l'anxiété, poussaient le personnel soit à leur proposer une rencontre avec la ou le pédopsychiatre, soit à focaliser leur attention sur ces patientes manifestant un comportement jugé déviant. Sans une raison médicale attestée, le refus d'allaiter au sein faisait souvent l'objet de négociations entre les soignant-e-s et la femme pour essayer de la convaincre d'allaiter. Dans les cours de préparation à la naissance dans les services du post-partum, les encouragements, voire les injonctions, à allaiter étaient aussi présents et pouvaient générer des tensions entre les professionnel-le-s et les mères. La vignette ethnographique ci-dessous permet de clarifier le mécanisme de psychologisation de la maternité et plus particulièrement de l'allaitement :

Mme C. a eu des jumelles nées par césarienne qui ont dû être hospitalisées en néonatalogie. Maffi assiste à des échanges entre cette femme, une soignante et un soignant qui s'occupent d'elle à différents moments de la journée. Mme C. explique qu'elle ne désire pas allaiter au sein ses jumelles et qu'elle préfère tirer son lait et le donner avec le biberon. Trouvant son attitude problématique, les deux soignant-e-s essayent de la convaincre des bienfaits de l'allaitement au sein. L'infirmier dit à Mme C. que « ce n'est pas

très poétique» d'utiliser le tire-lait et de devoir stériliser plusieurs biberons par jour. Conserver le lait au frigo ou au congélateur comporte aussi un travail conséquent. Puisque Mme C. a déjà un enfant de 22 mois, l'infirmier souligne que c'est difficile d'adopter le régime d'allaitement qu'elle décrit.

Sorti de la chambre, le soignant dit à Maffi que le refus de Mme C. d'allaiter au sein pourrait s'expliquer par un traumatisme qu'elle aurait subi quand elle était bébé. Il dit qu'il a insisté sur la difficulté de mettre en place le type d'allaitement que la patiente souhaiterait parce qu'il faut «mettre la maman devant sa responsabilité».

Plus tard, Mme C. raconte à une infirmière et conseillère en lactation son expérience d'allaitement avec sa première fille qui, grande prématurée, a dû rester dans le service de néonatalogie pendant trois mois. Durant son hospitalisation, Mme C. a tiré son lait pour que la petite puisse être nourrie avec «la meilleure nourriture possible», le personnel lui ayant expliqué que c'était «le plus beau cadeau qu'elle pouvait faire à sa fille». Même après son retour à domicile, l'enfant avait eu du mal à téter et donc Mme C. avait dû continuer à tirer son lait. Elle affirma: «C'était une grande souffrance pour moi, je n'avais pas de plaisir et c'était beaucoup de temps perdu.» Lorsque Mme C. parle à la soignante de ses incertitudes face à l'allaitement des jumelles, cette dernière met en avant les bienfaits du lait maternel et du contact corporel entre mère et enfant. Une fois sortie de la chambre, l'infirmière dit à Maffi que la femme «a un problème avec le contact au sein, elle refuse le contact physique ou peut-être a peur du refus». Bien que leurs interprétations divergent, les deux soignant-e-s considèrent anormal que Mme C. ne veuille pas allaiter au sein et cherchent à donner une explication psychologique, négligeant l'expérience du premier allaitement de la patiente. Dans ces interactions et dans les discours des soignant-e-s, le père des jumelles n'est pas présent, son possible rôle dans la gestion de l'allaitement n'est pas évoqué, parce qu'il n'est pas considéré comme un acteur légitime. Leurs discours sont révélateurs d'une idée répandue chez le personnel hospitalier côtoyé par Maffi, selon laquelle le refus d'allaiter est un comportement déviant, car, bien que présenté comme un choix, en réalité il s'agit d'une injonction sanitaire et morale. Rappelons que le savoir biomédical a construit les mères qui refusent d'allaiter comme déviantes depuis longtemps: l'historienne Rima Apple cite un guide nord-américain pour parents de 1949 dans lequel on lit que «certaines femmes ont peur de perdre leur attractivité vis-à-vis des hommes en général et de leur mari en particulier, si elles allaitent. Au contraire, cette "perte de féminité" constitue en réalité un attrait pour la majorité des hommes. Beaucoup de femmes qui ne veulent pas allaiter leur enfant sont sexuellement frigides, ce qui révèle leurs compréhension et acceptation incomplètes de la sexualité et de leur rôle de mère» (Apple, 1987: 124-125)⁸.

8. Traduction par nos soins.

Conclusion

Les éléments évoqués dans cet article révèlent qu'en Suisse romande, les savoirs professionnels autour de l'allaitement sont inscrits dans un régime de genre qui assigne aux femmes et aux hommes des rôles différents et inégaux. L'attention presque exclusive des sages-femmes envers les mères, observée dans les deux modèles de soins, est sous-tendue par une intégration des normes de genre concernant les responsabilités et les rôles parentaux. Si cette conception est exacerbée par l'organisation hospitalière, les sages-femmes indépendantes contribuent elles aussi, à travers une approche genrée des consultations post-partum, à la reproduction de ces normes.

Les cours de préparation à la naissance et la gestion de l'allaitement au sein de l'hôpital étudié et auprès des couples qui choisissent le suivi global montrent que les femmes sont pensées comme possédant un savoir inné sur l'élevage des enfants et l'allaitement en particulier. Cette approche naturaliste entre en tension avec le dispositif technique proposé par les professionnel-le-s de santé pour soutenir l'allaitement et avec le travail fourni par les mères pour se soumettre à cette disciplinarisation de leur corps.

Les professionnel-le-s de santé appréhendent les mères comme les principales responsables du bien-être de l'enfant et donc focalisent leur attention sur les comportements de ces dernières. Le cadre hospitalier est plus normatif, attendant des femmes de correspondre à un modèle idéalisé de mère entièrement dévouée à son enfant. Toute déviation de la norme amène les professionnel-le-s à pathologiser les comportements des mères en l'attribuant à des troubles somatiques ou psychiques dont l'origine est naturalisée, car pensée comme ancrée dans le corps (les hormones, les changements corporels, etc.).

Dans les deux modèles de soins, les hommes ne sont pas soumis à la même surveillance que leur partenaire et leurs attitudes ne suscitent qu'un intérêt limité chez les soignant-e-s, notamment parce que les hommes devraient passer par un processus social plus long et complexe pour devenir pères. En particulier à l'hôpital, ils sont exclus du savoir et des pratiques de l'allaitement transmis à leurs partenaires et le rôle qu'ils pourraient jouer dans sa gestion est négligé. Si la naturalisation du rôle des mères, l'approche centrée sur le bébé et le savoir différentialiste et essentialisant sont communs aux soignant-e-s qui travaillent à domicile et à l'hôpital, les sages-femmes consacrent un espace plus important aux pères dans le suivi global. Nous relevons aussi une différence importante entre les deux contextes qui dérive d'un engagement accru des pères dans les couples qui choisissent le suivi global face à celui des couples qui choisissent le suivi hospitalier.

Les attentes des sages-femmes à domicile et celles des sages-femmes hospitalières sont également différentes en raison des conditions structurelles

de leur pratique : dans le premier cas, la nécessité d'une collaboration active des couples à domicile afin de gérer l'accouchement et le post-partum ; dans le deuxième une prise en charge technocratique qui limite l'accès des pères à l'hôpital et qui tend à les décharger des responsabilités liées à l'allaitement. Toutefois, tant à domicile qu'à l'hôpital, aux pères est attribué le rôle de protéger et de soutenir émotionnellement leur partenaire, offrant un appui matériel temporaire – tâche pour laquelle ils peuvent être remplacés par d'autres proches (de sexe féminin). Les normes et les pratiques professionnelles analysées autour de l'allaitement s'inscrivent dans le régime de genre que les structures familiales, l'organisation du travail et l'idéologie dominante en Suisse romande produisent. L'absence de politiques familiales dont témoigne l'introduction récente d'un congé paternité, l'attribution aux femmes des tâches domestiques et des soins aux enfants sont ainsi intégrés dans les savoirs professionnels sur l'allaitement qui contribuent à les légitimer, leur donnant une base biologique et psychologique. Le contexte socio-politique suisse génère ainsi une homogénéité inattendue entre les savoirs et les pratiques d'allaitement des sages-femmes qui adhèrent au modèle de la naissance naturelle et ceux des soignant·e·s qui travaillent au sein du contexte hospitalier, malgré le clivage qui sépare ces deux univers dans les discours des professionnel·le·s et dans le débat public. ■

Références

- Apple, Rima D. (1987). *Mothers and medicine. A social history of infant feeding 1890-1950*. Londres : The University of Wisconsin Press.
- Badinter, Élisabeth (2010). *Le conflit. La femme et la mère*. Paris : Flammarion.
- Ballif, Edmée (2017). *Du temps pour parler. Le gouvernement des grossesses dans le canton de Vaud (Suisse)*. Thèse de doctorat en sciences sociales, Université de Lausanne.
- Ballif, Edmée (2020). «Policing the maternal mind: Maternal health, psychological government and Swiss pregnancy politics». *Social Politics*, 27 (1), 74-96.
- Blum, Linda M. (1999). *At the breast. Ideologies of breastfeeding and motherhood in the contemporary United States*. Boston : Beacon Press.
- Bosson, Alain (2002). «La lutte contre la mortalité des nourrissons en Suisse: enjeux et mesures de prévention (1876-1930)». *Cahiers d'histoire*, 47 (1-2), 93-126.
- Bowlby, John (1969). *Attachment*. New York : Basic Books.
- Chautems, Caroline (2019). *Negotiated breastfeeding as an embodied parenting model. An ethnography of holistic postpartum care by independent midwives in Switzerland*. Thèse de doctorat ès sciences sociales, Lausanne.
- Davis-Floyd, Robbie (1992). *Birth as an American rite of passage*. Berkeley/Los Angeles : University of California Press.
- Dick-Read, Grantly (1933). *Natural childbirth*. Londres : Heinemann Medical Books.
- Dratva, Julia, Karin Gross, Anna Spath et Elisabeth Zemp Stutz (2014). *Étude nationale sur l'alimentation des nourrissons et la santé infantile durant la première année de vie*. Bâle : Swiss TPH.
- Droux, Joëlle (2007). «1946-1976 : les Trentes glorieuses ?» In Philip Alexander Rieder et Joëlle Droux (éds), *À l'orée de la vie. Cent ans de gynécologie et obstétrique à la maternité de Genève* (pp. 135-149). Genève : Médecine & Hygiène.
- Dykes, Fiona (2006). *Breastfeeding in hospital. Mothers, midwives and the production line*. Londres : Routledge.
- Garcia, Sandrine (2011). *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*. Paris : La Découverte.
- Gardey, Delphine et Ilana Löwy (2000). *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris : Éditions des archives contemporaines.
- Giraud, Olivier et Barbara Lucas (2009). «Le renouveau des régimes de genre en Allemagne et en

Mères et pères face à l'allaitement : savoirs experts
et rapports de genre à l'hôpital et à domicile en Suisse
Caroline Chautems et Irene Maffi

- Suisse: bonjour "néo-maternalisme". *Cahiers du Genre*, 46, 17-46.
- Gojard, Séverine (2010). *Le métier de mère*. Paris: La Dispute.
- Grylka, Susanne et Jessica Pehlke-Milde (2019). *Rapport statistique des sages-femmes indépendantes en Suisse*. Berne: Fédération suisse des sages-femmes.
- Jordan, Brigitte (1993). *Birth in four cultures: A cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Long Grove: Waveland Press.
- Knaak, Stephanie J. (2010). «Contextualising risk, constructing choice: Breastfeeding and good mothering in risk society». *Health, Risk and Society*, 12 (4), 345-355.
- Kukla, Rebecca (2005). *Mass hysteria. Medicine, culture and mothers' bodies*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.
- Laqueur, Thomas (1990). *Making sex: Body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge (MA)/Londres: Harvard University Press.
- Leboyer, Frédéric (1974). *Pour une naissance sans violence*. Paris: Seuil.
- Lee, Ellie, Jennie Bristow, Charlotte Faircloth et Jan Macvarish (éds) (2014). *Parenting Culture Studies*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Le Goff, Jean-Marie et René Levy (2016). *Devenir parents, devenir inégaux. Transition à la parentalité et inégalités de genre*. Zurich: Seismo.
- Maffi, Irene (2012). «Can caesarean section be "natural"? The hybrid nature of the nature-culture dichotomy in mainstream obstetric culture». *Tidsskrift for Forskning I Sygdom of Samfund*, 66 (1), 5-26.
- Maffi, Irene (à paraître). «Le bébé quantifié. Ethnographie des pratiques d'allaitement dans un hôpital suisse au début du XXI^e siècle». In Foehr-Janssens, Yasmina, Véronique Dasen, Daniela Solfaroli Camillocci et Irene Maffi (éds), *Allaiter. Histoire(s) et cultures d'une pratique*. Bruxelles: Brepols.
- Merchant, Carolyn (1980). *The death of nature: Ecology and the scientific revolution*. New York: Paper-back.
- Miller, Tina (2011). «Falling back into gender? Men's narratives and practices around first-time fatherhood». *Sociology*, 45 (6), 1094-1109.
- Moscucci, Ornella (2003). «Holistic obstetrics: The origins of "natural childbirth" in Britain». *Postgraduate Medical Journal*, 79 (929), 168-173.
- Odent, Michel (2012). *Le bébé est un mammifère*. Paris: Payot.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre (1995). «La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie». *Enquête*, 1, 71-96.
- Oudshoorn, Nelly (1994). *Beyond the natural body. An archeology of sex hormones*. Oxon & New York: Routledge.
- Praz, Anne-Françoise (2005). *De l'enfant utile à l'enfant précieux*. Lausanne: Antipodes.
- Pruvost, Geneviève (2016). «Qui accouche qui? Étude de 134 récits d'accouchement à domicile». *Genre, sexualité & société*, 16. En ligne: <http://journals.openedition.org/gss/3849>.
- Quagliariello, Chiara (2017a). «"Ces hommes qui accouchent avec nous". La pratique de l'accouchement naturel à l'aune du genre». *Nouvelles Questions Féministes*, 36 (1), 82-97.
- Quagliariello, Chiara (2017b). «L'accouchement naturel contre l'hôpital moderne?» *Anthropologie & Santé*, 15. En ligne: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2780>.
- Rochat, Line (à paraître). «Allaitement et prématurité: enjeux, pratiques et discours». In Foehr-Janssens, Yasmina, Véronique Dasen, Daniela Solfaroli Camillocci et Irene Maffi (éds), *Allaiter. Histoire(s) et cultures d'une pratique*. Bruxelles: Brepols.
- Sheehan, Athena et Virginia Schmie (2011). «The imperative to breastfeed: An Australian perspective». In Pranee Liamputtong (éd.), *Infant feeding practices. A cross-cultural perspective* (pp. 55-76). New York: Springer.
- Sears, William et Martha Sears (2001). *The attachment parenting book: A commonsense guide to understanding and nurturing your baby*. Londres: Little, Brown & Company.
- Truc, Jérôme (2006). «La paternité en maternité. Une étude par observation». *Ethnologie française*, 36 (2), 341-349.
- Vozari, Anne-Sophie (2012). «"Surveiller" pour "veiller sur" en Protection maternelle et infantile». In Yvonne Kniebühler, Francesca Arena et Rosa Maria Cid Lopez (éds), *La maternité à l'épreuve du genre* (pp. 109-116). Paris: Presses de l'EHESP.
- Wertz, Richard W. et Dorothy C. Wertz ([1977] 1989). *Lying-in. A history of childbirth in America*. New Haven: Yale University Press.
- WHO (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analysis*. Genève: World Health Organisation.
- Winnicott, Donald ([1973] 2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris: Payot.
- Wolf, Joan B. (2007). «Is breast really best? Risk and total motherhood in the national breastfeeding awareness campaign». *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 32 (4), 595-636.