

L'« humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil » : de nouveaux dispositifs de régulation des corps des femmes pauvres ?

The “humanisation of labour and childbirth” in Brazil: New programmes to control poor women’s bodies?

Alfonsina Faya Robles

Numéro 59, printemps 2008

Corps et politiques : entre l'individuel et le collectif

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/018818ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/018818ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (imprimé)

1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Faya Robles, A. (2008). L'« humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil » : de nouveaux dispositifs de régulation des corps des femmes pauvres ? *Lien social et Politiques*, (59), 115–124.
<https://doi.org/10.7202/018818ar>

Résumé de l'article

Cet article rend compte de la mise en place de politiques publiques dans la sphère de la santé, identifiées sous le nom d'« humanisation de l'accouchement et de la naissance » et de leur emprise sur l'expérience de la maternité des femmes de milieux populaires urbains au Brésil du Nord-Est (Nordeste). Nous nous pencherons sur celle qui nous semble la plus représentative du vaste ensemble de politiques publiques issues de ce processus : la promotion de l'allaitement maternel. Les données ethnographiques, collectées lors de notre travail de terrain au sein de trois maternités publiques ainsi que dans un quartier populaire de la ville de Recife, seront analysées dans le but d'enrichir la discussion sur la régulation du corps des femmes pauvres à travers les dispositifs de santé publique. L'approche analytique tente de ne pas succomber à une vision déterministe de la relation système de santé/actrice-mère, en essayant d'engager une réflexion sur l'articulation entre les dispositifs et les expériences des parturientes.

L'« humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil » : de nouveaux dispositifs de régulation des corps des femmes pauvres ?

Alfonsina Faya Robles

Les maternités publiques brésiliennes sont aujourd'hui traversées par des processus sociaux complexes articulant des discours originaux et des pratiques nouvelles concernant les modes de l'intervention médicale lors de l'accouchement et de la naissance. Ces institutions constituent des espaces fortement problématiques, car elles sont le théâtre de plusieurs enjeux politiques, sociaux et d'image de soi d'un pays en reconstruction démocratique. Si le système de santé public est un des principaux terrains des luttes tangibles et symboliques de reconnaissance de la citoyenneté, la sphère materno-infantile constitue un champ de bataille essentiel autour de cette reconnaissance ainsi que la voie privilégiée des dispositifs de régulation des comportements des femmes et des familles appartenant aux couches populaires.

Depuis trois décennies, la question des mortalités infantiles et maternelles prend une place prépondérante dans le débat public au Brésil et oriente en conséquence de nombreuses politiques de santé publique qui font des femmes de milieux populaires leur principale cible. La diminution des taux atteste cet investissement de l'État. Les données statistiques montrent une chute progressive de la mortalité infantile au Brésil depuis le début du XX^e siècle, avec une forte accélération de cette tendance à partir des années 1980. Si le taux de 162,4 décès pour 1 000 naissances vivantes (NV) en 1930 diminue progressivement de moitié jusqu'aux années 1980 (85% NV), cette diminution s'accélère dans les deux dernières décennies. Tous les 10 ans, le taux régresse de moitié: le taux de 85% NV des années 1980 passe à 48,3% NV en 1990, et à 22,58%

NV en 2004¹. Parallèlement, le constat de ces données est escorté par un discours critique du mode d'intervention médical qui a accompagné la diminution de ces taux. Ce discours se traduit à son tour par un ensemble de politiques publiques, qualifiées d'« humanisation de l'accouchement et de la naissance », un processus qui relève tant de la sphère du discours que de celle des pratiques et infrastructures.

L'idéologie de l'*humanisation*, apparue dans les années 1960-1970 dans des groupes professionnels et des groupes d'intérêt restreints et trouvant chez les femmes des couches moyennes les principales adeptes, s'étend par la suite et devient publique. À partir de 1985, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) divulgue des « recommandations » précises pour le processus « d'humanisation de la maternité » dans les

L'« humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil » : de nouveaux dispositifs de régulation des corps des femmes pauvres ?

États nationaux. Cette prise en charge internationale de la notion d'humanisation va entraîner la légitimation politique et technique des demandes des mouvements nationaux. En outre, ces derniers vont en venir à une planification détaillée de mesures qui fonctionnera comme grille à remplir dans le but d'une plus grande humanisation. Ces recommandations, qui sont formulées en une vingtaine de points, sont justement données au Brésil lors de la Conférence interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchement en avril 1985, à Fortaleza.

Ce qui semble original au Brésil, par rapport à d'autres pays, c'est que le mouvement et l'idéologie de l'humanisation ne viennent pas se positionner face à un solide bâtiment d'institutions de santé publique déjà existantes, mais se développent de façon simultanée et inhérente au système de santé publique lui-même. Autrement dit, les politiques d'humanisation sont moins l'expression d'une volonté de remplacer le vieux modèle hygiéniste et médical de la maternité que l'expression du développement

sinueux du système de santé publique brésilien lui-même.

Au Brésil, le système de santé publique est réformé au début des années 1990 avec la loi n° 8080 et la création du Système universel de santé (SUS). En 1995 est créé le Programme santé dans la famille (PSF) qui sert de cadre opératoire des principes du SUS : équité, intégralité des soins, universalité d'accès, décentralisation et participation de la communauté, entre autres. Plus tard, en 2004, se met en place la Politique nationale d'humanisation du système de santé dans sa globalité, ce qu'on appelle HumanizaSUS, du ministère national de la Santé. Dès ses débuts, le mouvement pour l'*humanisation de la maternité* a évolué au sein même des instances de santé publique, les maternités publiques étant ainsi les plus touchées par cette idéologie et généralement les plus « à la pointe » concernant le programme. Par exemple, on y pratique moins de césariennes, ou encore on y retrouve la plupart des banques de lait et des unités kangourous² du pays.

Même si nous sommes face à un mouvement très hétéroclite, nous pouvons dire de façon générale, à l'instar de l'anthropologue Carmen Susana Tornquist (Tornquist, 2002 : 483-492), que ce qui fait lien entre toutes ses composantes, c'est la volonté de changer le modèle de soins hospitaliers et médicalisés, ainsi que le partage d'un ensemble de valeurs et de pratiques divers regroupés autour de la notion d'humanisation. Si elle reste souvent floue et ne fait pas l'objet d'une réflexion critique par les acteurs du mouvement, cette notion

se construit plutôt négativement dans le rejet du modèle technocratique de l'assistance. Globalement, le mouvement condamne l'approche de l'accouchement et de la naissance en tant que situations dangereuses et pathologiques, ayant besoin d'une forte technicité et médicalisation. Les partisans de l'humanisation revendiquent la revalorisation de la naissance dans son caractère *naturel*. Les questions que pose l'humanisation sont celles suscitées par le lien entre l'idéologie et sa mise en pratique. Autrement dit, comment la construction de l'accouchement et de la naissance en tant que phénomènes *naturels* se traduit-elle en politiques publiques ? Ce questionnement devient saisissant dans le contexte brésilien où l'humanisation investit les institutions publiques et ne se construit pas, comme en France, en opposition ou dans la périphérie des maternités³. C'est dans ce contexte que nous avons réalisé notre travail de terrain dans trois maternités publiques de la ville de Recife, au Brésil du Nord-Est (Nordeste) : rencontre, donc, avec des institutions médicales en pleine mutation, traversées par des logiques d'action diverses.

Droit à avoir une accompagnatrice pendant l'accouchement et l'hospitalisation, droit de visite pour le père en dehors des horaires réglementaires, chambres portant le nom de pierres précieuses à la place de numéros, introduction de *doulas* (sages-femmes) lors de l'accouchement, fauteuils dépliant pour le sommeil des accompagnatrices, chambre commune avec le bébé, etc. : il s'agit là d'un ensemble hétéroclite de normes, objets et

discours introduits dans les maternités publiques dans le cadre du processus d'humanisation. Dans ce mouvement, la promotion de l'allaitement maternel se trouve au centre. Contrairement à d'autres pratiques où le processus d'humanisation doit affronter des résistances coriaces de la part des logiques d'organisation bureaucratique et hiérarchique de l'institution⁴, la promotion de l'allaitement maternel semble être la plus ancrée dans les pratiques institutionnelles. Autour de cette pratique, il semble aussi y avoir un consensus: c'est elle qui est principalement à l'origine de la chute des taux de mortalité infantile. L'allaitement est donc un enjeu dès les premiers mois de la gestation, mais il devient essentiel après l'accouchement. Si le suivi de cette pratique par les professionnels de santé est impératif en milieu hospitalier, il ne s'arrête pas à la sortie de la maternité et prend comme relais le réseau d'institutions de santé dans les quartiers de la ville, avec les programmes du PSF et des Programmes Agents communautaires de santé (PACS). Nous nous concentrerons sur les pratiques et discours à l'intérieur des maternités, mais nous suivrons aussi la Voie lactée qui se dessine à la sortie du cadre hospitalier en faisant un détour par un quartier de la ville, Pantanal, où nous avons aussi réalisé un travail de terrain ethnographique de plusieurs mois.

Cet article s'appuie sur un travail ethnographique réalisé pendant huit mois, entre 2005 et 2006, dans trois maternités publiques et un quartier populaire de la ville de Recife. Après de longues péripéties pour accéder aux institutions

médicales⁵, le rôle de l'enquêtrice à l'intérieur de celles-ci a été flottant selon les situations et les interlocuteurs, l'âge et le sexe de l'enquêtrice permettant une certaine mobilité. Cependant, le fait de passer de jeune médecin à apprentie infirmière ou à bénéficiaire des services montre non pas tant l'adaptabilité de la chercheuse au terrain, mais plutôt la labilité d'affectation de rôles chez notre population, les femmes bénéficiaires de milieux populaires et les professionnels de santé⁶. Jeune femme, étrangère, diplômée, non-mère — et donc représentante d'un autre modèle de féminité pour certaines femmes rencontrées — étaient les caractéristiques qui ont joué autant comme des vecteurs de complicité que comme des facteurs pouvant aboutir à un sentiment de « familiarité rompue » (Chavier, 2006: 16). Au-delà des implications dans le déroulement de la recherche, cette caractéristique du terrain, où les places des interlocuteurs sont aussi définies par le jeu des statuts cognitifs, nous oblige à porter un regard complexe sur les acteurs engagés dans les situations.

Dans un premier temps, nous décrivons le panorama général du dispositif d'allaitement maternel. Dans un deuxième temps, nous analyserons une question particulière posée par l'introduction de ces politiques publiques dans le système de santé brésilien, celle du caractère naturel de la pratique de l'allaitement. Nous avons remarqué, en effet, une contradiction dans les définitions et pratiques humanisantes de l'allaitement: l'opposition entre « caractère *naturel* » et « caractère

acquis ». Nous observerons dans un troisième temps comment cette question, qui semble sans issue au sein des dispositifs, trouve cependant un dénouement dans l'expérience des femmes que nous avons rencontrées. En conclusion, nous essayerons d'articuler les données empiriques exposées avec ce qui nous semble pouvoir constituer une approche théorique, extensive et pertinente de la maternité chez les femmes de milieux populaires au Brésil, celle qui se centre sur le lien entre expérience et dispositif.

L'« allaitement sacralisé » de la maternité humanisée

La mise en place des programmes nationaux spécifiques à l'allaitement maternel commence aux débuts des années 1980. À cette époque est créé le Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento materno (PNIAM), sous l'impulsion d'UNICEF-Brasil. Le ministère de la Santé met en place la résolution n° 18/INAMPS (1983) qui rend obligatoire « la résidence commune » pour la mère et l'enfant dans la même chambre (« l'unité kangourou » ou le *Rooming in*). En 1985-1986 voit le jour la première expérience pilote d'un nouveau modèle de banque de lait standardisée selon les critères du PNIAM. Cependant, l'établissement d'un véritable ensemble de politiques publiques opératoires ne vient s'installer au sein du système de santé qu'au début des années 1990. Cette mise en place sera garantie par le développement de la législation réglementant le commerce et la publicité des produits lactés artificiels, par la promulgation constitutionnelle

L'« humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil » : de nouveaux dispositifs de régulation des corps des femmes pauvres ?

118

en 1988 du droit au congé maternité de 120 jours, et en 1990 par l'approbation de la loi n° 8069 relative au « Statut de l'enfant et l'adolescent », qui assure grâce au SUS les soins du préaccouchement et du postaccouchement à toute parturiente. La dernière décennie du XX^e siècle sera également marquée par la création et la diffusion de l'Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB), planifiée par l'OMS et l'UNICEF, qui donne le label ainsi qu'une majoration de 10 % du budget aux établissements de santé qui se conforment aux « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ». En 2005, le Brésil comptait 338 Hôpitaux amis des bébés, dont 152 dans la région du Nordeste⁷. Certaines enquêtes démontrent cependant que ces établissements n'appliquent pas la totalité des « conditions » et que les moins zélés sont généralement les hôpitaux privés (Toma et Monteiro, 2001 : 409-410).

De manière générale, les taux d'allaitement maternel ont augmenté au Brésil depuis les années 1980. Si, en 1975, 66 % des enfants étaient allaités principalement avec du lait maternel durant leur

premier mois de vie, ils étaient 87 % en 1999, dont 47 % allaités *exclusivement*⁸ avec du lait maternel. En 1975, une femme sur deux allaitait jusqu'au deuxième ou troisième mois, alors qu'à la fin des années 1990, une femme sur deux allaitait jusqu'au dixième mois. Concernant l'allaitement maternel exclusif jusqu'au sixième mois de vie de l'enfant, tel que l'OMS le recommande, en 1999, le taux au Brésil est encore insuffisant : 9,7 % des enfants de six mois étaient nourris exclusivement de lait maternel⁹.

Des recherches récentes sont d'accord pour dire que l'adhésion des femmes à cette pratique dépend de la prise en compte par les pouvoirs publics des « facteurs de risque » menant au sevrage précoce : l'origine sociale, le niveau d'éducation, l'âge de la mère, le type d'accouchement et le réseau d'entraide de la mère, entre autres. Cependant, la mise en pratique du programme *humanisant* reste ancrée dans le paradoxe d'une vision *naturelle* de la pratique de l'allaitement qui accompagne des pratiques orthopédiques de resocialisation des femmes *dénaturées*.

La « nature » acquise par la régulation des corps

Dans l'ensemble des messages qui font de l'allaitement une pratique naturelle et donc exigée de la femme envers sa progéniture, nous trouvons des métaphores, un langage romantique et toute une imagerie de la parfaite harmonie entre le corps de la femme et celui l'enfant. Sur l'insigne d'identification d'une maternité que les accompagnatrices des patientes

doivent porter, une phrase est révélatrice : *Lait maternel, eau vitale qui émane de ma terre natale*. Nous pouvons remarquer l'identification du corps de la femme à un espace, la terre natale, perçu ici comme un lieu généreux, dynamique et mettant en parallèle le lieu d'origine et le ventre maternel. Ce dernier est identifié alors comme pourvoyeur d'une identité et d'un lien particulier et immédiat dont la toile de fond est un modèle corporel et biologisant de la maternité¹⁰. Le sein (et le corps) maternel est représenté ici comme un lieu d'ordre extérieur aux volontés humaines, d'où jaillit le liquide vital. La chaîne *naturelle* de causalités ferait de toute femme ayant accouché une mère nourricière, et de la lactation une action impérative. Une infirmière et une femme primipare discutent des difficultés de cette dernière à allaiter. Après avoir corrigé la position des bras de la mère pour tenir son enfant, l'infirmière regarde l'enquêtrice et poursuit son propos.

Infirmière : Elles arrivent en disant : « Je n'ai jamais eu de lait, je n'ai pas allaité parce que je n'avais pas de lait », alors là je leur dis : « On va voir si tu n'as pas de lait, maman... », et là, elle en a. [Je leur dis] « Tu en as, allaite-le ! » et là, elles répondent « Ah ! ».

Patiente : J'ai cru que je n'en avais pas, du lait...

Infirmière : Et là, tu en as. Par nature, toute mère a du lait ! Par nature !

L'argument naturaliste peut s'appuyer tantôt sur le registre du monde matériel, tantôt sur la référence à un ordre transcendantal. Une affiche du ministère de la

Santé, collée à un mur de la maternité, est destinée aux pères: «Qui a des seins donne du lait, qui n'en a pas donne du courage. Le droit d'allaiter est sacré, facilitez et donnez la force à la maman.» Au-delà de la valorisation d'une «nouvelle paternité» moins axée sur l'autorité que sur le dialogue et l'affect, et la référence à la pratique de l'allaitement maternel en tant que droit de la femme, sur laquelle nous reviendrons, nous retrouvons ici la causalité naturelle entre corps féminin et pratique de l'allaitement, causalité qui prend un caractère sacrosaint.

La vision naturaliste de l'allaitement semble cependant reposer moins sur la corporéité de la femme que sur le lien entre deux corps, celui de l'enfant et de la femme.

Patiente: C'est parce qu'avec moi, (l'allaitement) est un peu ennuyeux...

Infirmière: Évidemment, parce que le lait descend seulement quand le bébé suce, le lait ne vient pas tout seul. Tu dois faire des exercices au niveau des seins. Et là, tu as vu? Tu avais beaucoup de lait...

Outre la proximité entre deux corps, l'allaitement suppose la mise en exercice de la nature de ceux-ci, une proximité active des corps. Si d'un côté, la pratique de l'allaitement est présentée comme étant naturelle et spontanée, de l'autre, nous avons pu observer tout un déploiement de cours, de campagnes de sensibilisation, des tracts et des affiches pour sa promotion. Dans une des maternités, le suivi de deux formations sur l'allaitement maternel est demandé aux femmes si elles veu-

lent accoucher dans cette institution. L'«accouchement garanti» (*o parto garantido*) inclut, outre un minimum de six consultations prénatales, ces deux formations. Celles-ci intègrent la diffusion d'une vidéo où l'on peut écouter quelques phrases comme celles-ci:

- La position de la mère pour allaiter: il faut qu'elle soit tranquille, que le bébé reste dans ses bras dans une position bien confortable, alitée avec le bébé dans les bras.
- Comment tirer le lait? Quel que soit le type de traite, il faut qu'elle soit toujours protégée par le lavage des mains avec de l'eau et du savon.
- Avec l'allaitement, vous offrez croissance et développement à l'enfant.
- L'allaitement est une pratique qui peut être apprise et enseignée.

Ces énoncés nous rappellent que cette pratique n'est pas naturelle et que, comme le dit la vidéo, elle s'apprend par tout un dispositif pédagogique. Dans une autre maternité, une infirmière passe tous les matins dans les chambres des parturientes pour exposer, à l'aide d'un corset simulant la poitrine, les gestes et positions exactes des mains de la mère, de la bouche du bébé au moment de la succion ainsi que la direction du regard maternel pour vérifier le bon accomplissement de l'alimentation.

La recommandation formulée par l'OMS est à ce sujet catégorique et illustre ce qui peut être la face cachée de la promotion de l'allaitement maternel. Elle pres-

crit: «L'allaitement au sein doit être immédiatement encouragé, avant même que la mère ne quitte la salle d'accouchement»¹¹. L'exhortation semble revêtir une certaine urgence, l'allaitement doit être «immédiatement» encouragé, et avoir une visée coercitive, il faut que la femme administre la preuve de l'adoption de cette pratique avant qu'elle ne sorte de la salle d'accouchement.

Autour de l'allaitement maternel se font et se défont plusieurs luttes. Si, dans les années 1990, elles semblaient être portées contre les multinationales¹², maintenant c'est contre «les habitudes alimentaires et culturelles», comme le dit une infirmière, des femmes de milieux populaires. Elles n'auraient pas les conditions d'hygiène, d'intimité, de confort et de tranquillité nécessaires au bon accomplissement de l'allaitement. Cette lutte de reconversion des femmes de milieux populaires est aujourd'hui visiblement fondamentale, puisque c'est de l'allaitement que semble dépendre la paix dans le monde, selon une affiche sur un mur d'une maternité: *Allaitement, santé et paix, pour un monde meilleur.*

Avoir le futur du monde sur les épaules, ce n'est pas si simple et cela requiert tout un entraînement, assuré même par les documents administratifs. Au verso des autorisations de sortie de la maternité données aux femmes, au détriment de conseils quant aux suites de couches, sont données quelques recommandations pour l'allaitement: «Il n'y a pas d'horaire rigide pour alimenter le nouveau-né. Cela doit être fait

L'« humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil » : de nouveaux dispositifs de régulation des corps des femmes pauvres ?

120

selon la sollicitation de l'enfant. Offrir les seins chaque fois que l'enfant a faim, etc.» Ces prescriptions gestuelles, temporelles, cognitives et spatiales font partie de toute une discipline corporelle des femmes en train de devenir mères, discipline qui doit gérer ces corps en mutation en les redésignant.

Le discours qui fait du lien de lait le résultat immédiat de la rencontre *naturelle* entre deux corps (celui de la femme et celui de l'enfant) cache l'abondance des techniques corporelles mises en œuvre par les dispositifs de santé pour parvenir à cette rencontre. Le modèle d'humanisation offre une image très précise de la femme-mère qui doit suivre une grille de positions, de gestes, d'horaires, en somme, une discipline du corps. En effet, nous ne sommes pas très loin de l'idée selon laquelle, en redressant les corps, nous arriverons à un redressement moral de la femme vers l'amour maternel. Les affiches de la banque de lait des maternités assimilent le fait de donner du lait au fait de donner de l'amour, établissant un lien évident entre les deux. De

manière inverse, l'amour qu'une mère doit avoir pour son enfant sert comme support de coercition vers l'adoption de la pratique de l'allaitement maternel. Cependant, cette discipline du corps des femmes semble d'autant plus contraignante qu'elle implique aussi une obligation de jouissance, le dispositif valorisant de plus en plus la souplesse des pratiques. Contrairement aux normes corporelles rigides de l'allaitement dictées par ce qu'on pourrait appeler « la puériculture scientifique »¹³ du modèle médical technocratique, le modèle d'humanisation de la maternité souligne l'importance de la flexibilité des horaires, de l'adoption de positions commodes, de la création d'une ambiance tranquille et de l'allaitement « à la demande » (du bébé). La valorisation des notions de bien-être et de plaisir entraîne l'invisibilité du cadre normatif qui devient ainsi plus opérant. En effet, les femmes rencontrées auraient difficilement accepté des injonctions de la part du corps médical si elles n'avaient pas été légitimées par la preuve des bienfaits médicaux et psychologiques de l'allaitement maternel, ainsi que transmises sous la forme de « conseils » et d'« orientations ». Les propos des femmes montrent l'importance de se voir « reconnues » en tant que « personnes », et non pas comme des « bêtes », par le corps professionnel¹⁴. Nous sommes face à un dispositif qui réclame une discipline corporelle distincte de celle des institutions *panoptiques*, et dont la matrice pouvoir-savoir engendre des subjectivités différentes.

Les inflexions de la nature : l'expérience de l'allaitement

Malgré les impératifs de l'allaitement maternel comme faisant partie du bon accomplissement du rôle maternel et les injonctions culpabilisatrices qui s'y ajoutent, les femmes ont leur façon de s'appropriier ces discours en les infléchissant non seulement selon leurs conditions de vie, mais aussi selon leurs propres visions de la réalité. L'analyse des propos et des observations nous font introduire dans l'analyse, en termes de dispositifs, la notion d'expérience (Dubet, 1994). L'expérience de l'allaitement maternel se construit par la combinaison de diverses logiques d'action à partir desquelles des liens s'établissent entre les femmes et le dispositif. Autrement dit, les femmes rencontrées ne doivent pas être perçues en tant qu'« agentes » évoluant dans des dispositifs de santé, mais en tant qu'« actrices de ceux-ci ». Si les femmes ne parlent pas de leurs pratiques d'allaitement en termes de « choix », ce qui serait le cas pour les Brésiliennes des classes moyennes (Sandre-Pereira, 2006), leur expérience de l'allaitement met en lumière non seulement leur appropriation des discours et pratiques promus par le dispositif, mais aussi leur capacité à le remanier et le mobiliser pour exprimer leur propre vécu.

En ce qui concerne les normes temporelles de l'allaitement maternel, nous observons des ductilités tant au moment du sevrage que sur la fréquence des tétées. Ainsi, si les discours des professionnels de santé sont unanimes quant à la durée de six mois de l'allaitement exclusif,

Esmeraldinha, une femme de 25 ans qui vient d'avoir son premier enfant, nous dit qu'elle va allaiter «jusqu'à ce que ça donne du lait. Si je pouvais j'allaiterais jusqu'à un an, deux ans, trois, qu'est-ce que j'en sais!»

Les temps de l'allaitement s'articulent, dans les discours des femmes, avec d'autres temporalités, comme celle du travail. Antonia (29 ans, premier enfant), employée domestique, n'a que quatre mois de congé maternité; elle nous dit: «Je vais allaiter seulement jusqu'au quatrième mois, ou alors je vais allaiter la nuit, quand j'arrive du travail, et s'il en veut». En revanche, Cisera avait un emploi qui lui a permis d'allaiter une de ses filles pendant cinq ans: «Je l'ai allaitée cinq ans. À cette époque, je vendais mes produits (vente ambulante) je pouvais lui donner (le sein)».

Les femmes font aussi référence à une autre expérience de leurs corps, la douleur, qui viendrait diviser l'unité d'expérience entre le corps de l'enfant et le corps féminin en rappelant leur disjonction. Flavia, de 18 ans, rajoute: «Allaité? Sept mois, mais je crois que je n'arriverai pas à lui donner jusqu'au septième mois, si cela ne s'améliore pas, à cause de la douleur, n'est pas?»

Sandre-Pereira (2006) montre la distinction effectuée par les femmes entre «sein maternel» et «sein érotique», produisant un phénomène qu'elle nomme le «tabou du sein maternel», et qui consiste en un interdit pour le partenaire de toucher le sein allaitant. Ceci amènerait certaines femmes au sevrage ou au choix de ne pas allaiter. Si elles ne le font

pas en référence à l'allaitement, nos interlocutrices parlent des contraintes, de teneur culturelle, du temps de *resguardo* (retour de couches), et de la proscription des rapports sexuels pendant cette période. Ce qui nous laisse supposer, à l'instar des analyses de Sandre-Pereira, que le tabou concernant l'allaitement au sein fait partie des contraintes du retour de couches évoquées par les femmes de notre population d'étude, l'allaitement fonctionnant comme la pratique qui divise symboliquement le rôle de mère et le rôle d'épouse.

La gestualité et l'espace propices au moment de l'allaitement selon l'imaginaire de l'humanisation de la maternité, c'est-à-dire la douceur et l'intimité de la chambre conjugale propre et lumineuse, sont aussi mis à mal par des femmes, qui n'hésitent pas à allaiter lors d'un trajet dans un bus bondé ou lors d'un déplacement à pied dans les rues en terre du quartier.

Si le dispositif d'humanisation est catégorique dans l'affirmation que «toute femme a du lait», les femmes contredisent cette généralisation naturaliste par l'individualisation de leur corps. Amanda, 17 ans, qui attend son troisième enfant, nous explique: «Les infirmières disent ainsi “Vous devez allaiter jusqu'au 6^e mois”. Mais, celles qui n'en ont pas? Moi, c'est comme ça, je n'avais pas beaucoup de lait. Alors, je n'arrive pas à allaiter jusqu'au 6^e mois».

Elles renversent les prescriptions des institutions en se servant des représentations de ces mêmes institutions, celles de la rencontre naturelle entre corps maternel et

corps de l'enfant qui impliquerait l'allaitement. Elles expliquent le sevrage en soulignant la non-correspondance spontanée de l'enfant malgré la persévérance de la mère. Une mère nous dit: «Euarda ne voulait pas mon sein, je mettais le sein dans sa bouche, mais rien...» (Francisca). L'asymétrie et la non-concordance entre le corps infantin et maternel sont mises en exergue par les femmes. Une autre femme dit aussi: «Je l'ai allaité jusqu'au quatrième mois et la petite jusqu'au deuxième, parce qu'ils ne voulaient plus... Il [son premier enfant] pleurait, il pleurait beaucoup, alors je lui ai donné le biberon et il s'est arrêté [de pleurer]. Parce que j'avais peu de lait, alors il tétait, il tétait et n'arrivait pas à se satisfaire» (Cristiane).

Elles utilisent aussi le double jeu du dispositif (l'allaitement est une pratique *naturelle* qui doit être *apprise*) pour construire une critique de l'institution et du «mauvais accompagnement» dont elles ont fait l'objet. Cisera témoigne: «L'autre [fille] ça a été cinq mois seulement parce que je n'ai pas eu l'accompagnement que j'ai eu dans l'autre maternité». Comme on l'a dit, la demande effectuée par les femmes d'avoir un traitement «humain» de la part des professionnels peut jouer en discréditant les institutions et leurs «corrections». «Une des infirmières a voulu me corriger, mais ça n'a pas été une correction bien faite, parce que j'étais en train de l'allaiter, j'étais assise et je n'ai pas vu qu'il [le bébé] était en train de s'endormir, alors elle [l'infirmière] m'a interpellé comme si elle voulait me battre,

L'« humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil » : de nouveaux dispositifs de régulation des corps des femmes pauvres ?

122

elle était très ignorante [...]. Elle a été très agressive» (Elisange). «(Les médecins) pensent qu'on est des bêtes, ils traitent les gens comme des animaux, et personne n'est une bête» (Marinalva). Ces propos mettent en évidence les directions divergentes que peuvent prendre les visions des femmes et des acteurs institutionnels en ce qui concerne le traitement «humanisé», les premières faisant référence à l'appartenance à une «commune humanité», et donc au droit d'être traitée, du point de vue formel, comme «égales», les derniers investissant cette «humanité» d'une vision naturaliste, et cherchant un «toujours plus humain» par un surplus de naturel.

Le modèle de maternité véhiculé à travers l'allaitement maternel par les dispositifs de santé est démythifié par les femmes. Non seulement elles esquivent les prescriptions temporelles, corporelles et spatiales qui l'entourent, mais surtout elles le font en jouant les mêmes cartes que les institutions. D'abord, l'idée selon laquelle l'allaitement découle d'une rencontre naturelle entre deux corps est reprise pour signifier que la

défaillance de l'un d'eux mènerait mécaniquement au sevrage. Ensuite, le non-suivi des techniques *souples* d'enseignement de l'allaitement de la part des professionnels est ressenti par les femmes comme une intervention violente, et donc illégitime. C'est aux interstices laissés par les apories des dispositifs institutionnels, et au centre de la contradiction entre «naturel» et «acquis», que les femmes construisent leur expérience de l'allaitement.

La pratique de l'allaitement semble être au creuset de plusieurs logiques sociales qui se construisent autour de l'expérience de la maternité. Non seulement elle est au centre des politiques d'humanisation de la maternité, mais elle est l'une des pratiques les plus intégrées par les femmes des milieux populaires, comme le dit cette infirmière :

L'allaitement [est le changement le plus important], c'est sûr, c'est l'allaitement. Avant c'était comme ça : il n'y avait pas de respect pour la patiente, c'était quelque chose d'imposé, par les médecins, et parce que le patient rentre déjà ici connaissant ses droits, avant ce n'était pas comme ça, [les patients] ne savaient pas, ils n'avaient pas idée...

Plus que la planification des naissances, l'assiduité à la préparation à l'accouchement ou l'accouchement par voie basse, l'allaitement maternel semble être la pratique sociale où le système et l'acteur se retrouvent : un système qui se veut de plus en plus défini par la démedicalisation (tout en ayant des exigences accrues en termes de résultats sanitaires), le respect de la «nature humaine», et l'«accom-

pagnement» comme pratique principale de soin, trouve sa contre-partie dans un patient de plus en plus «acteur», autonome, responsable et connaissant ses «droits».

Les processus exposés ci-dessus nous semblent pouvoir être analysés à la lumière de la notion de «dispositif de pouvoir» de Michel Foucault (Foucault, 1976). Elle est toujours la plus pertinente pour l'analyse des processus imbriquant pratiques, savoir, discours et infrastructures, surtout quand nous nous apercevons que les partisans de l'humanisation se sont approprié cette notion pour critiquer «la médicalisation» de la maternité, alors qu'elle n'a jamais été appliquée comme grille de lecture des nouvelles politiques humanisantes, possibles dispositifs de micropouvoir en émergence. Reprenant la notion de pouvoir foucauldienne, c'est-à-dire loin de toute idée manichéenne et résolument négative du pouvoir, nous voyons dans ces politiques publiques la construction de nouvelles contraintes corporelles, mais aussi de nouvelles formes de subjectivité dans l'expérience de la maternité.

Si depuis quelque temps plusieurs recherches analysent la maternité en termes d'expérience, elles se sont surtout portées sur la sphère des logiques individuelles et subjectives pour démontrer leur détachement des «systèmes», et très peu d'entre elles se sont attachées au système lui-même et à ses dispositifs. En revanche, celles qui le font dérivent très souvent vers un déterminisme où l'actrice-mère redevient invisible. Nous avons vu comment les rela-

tions des femmes avec les dispositifs sont complexes et ne sauraient être interprétées par la seule adhésion ou «logique d'intégration» (Dubet, 1994). C'est justement à l'intersection de l'acteur et du système qu'il faut entreprendre l'analyse de la maternité, car indubitablement l'humanisation, nouveau dispositif l'encadrant, n'est réalisable que par la définition d'un acteur «responsable», autonome et dissociable du système.

ALFONSINA FAYA ROBLES
 Doctorante-allocataire de
 l'Université de Toulouse II-Le
 Mirail, France
 UMR 5193/LISST-CERS
 Université de Toulouse II-Le
 Mirail

Notes

- ¹ Les indices de mortalité maternelle sont plus ambigus. Si, en général, ils présentent une tendance à la baisse, après l'an 2000, il y a une augmentation des taux passant de 52,36‰ NV en 2000, à 76‰NV en 2004. Sources: *Censo demográfico 1940-1991*. 1950-1997. Rio de Janeiro, IBGE; *Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1992-1993, 1995*. 1997. Rio de Janeiro, IBGE, v. 15-17. MS/Funasa/Cenepi, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC; MS/Funasa/Cenepi, Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; IBGE/Estimativas demográficas
- ² Service de néonatalogie permettant l'hospitalisation dans la même chambre de la mère et de son enfant. Au Brésil, cette structure s'appelle aussi *o alojamento conjunto*.
- ³ Selon Béatrice Jacques (2007), en France, c'est notamment autour de la pratique de l'accouchement à domicile (AAD) que cette idéologie

trouve un «acte politique» fort. Au Brésil, le nombre d'accouchements au domicile est déjà minime et tend à la diminution. Il représentait 1,6% du total des naissances vivantes en 1996, et en 2000 sa participation a été de 1,4%. Sources: Fundação Nacional de Saúde [Funasa]. 2002. *Banco de dados dos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) - 1996 a 2000* [CD-ROM]. Brasília (DF).

- ⁴ Nous avons analysé ailleurs la question problématique de l'intégration d'autres personnes dans le processus de la naissance et l'accouchement. Une autre difficulté observée est celle de l'articulation entre le traitement personnalisé des patientes et l'organisation bureaucratique de l'institution. Nous avons très souvent vu les professionnels obligés d'aller regarder sur les fichiers les prénoms des patientes avant de rentrer dans les chambres.
- ⁵ Les conditions d'accès aux maternités publiques et les limites spatiales, temporelles et bureaucratiques rencontrées par la chercheuse ont fait l'objet d'un article (Faya, 2006).
- ⁶ Quand on se rapproche de la trentaine et qu'on est femme, la question de la maternité en milieux populaires au Brésil devient impérative. En effet, après avoir discuté de longs moments sur leur maternité, la question était posée en retour. Pourtant, ma réponse négative modifiait les règles du jeu et si je n'étais pas mère je devais représenter un autre modèle de féminité. Elles se livraient alors à des comparaisons, trouvant des ressemblances avec des personnages de la télévision ou de la musique populaire brésilienne et nord-américaine.
- ⁷ Sources: Ministère national de la Santé, <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=26348>.
- ⁸ Allaitement exclusif: le bébé est alimenté exclusivement avec du lait maternel. Il ne reçoit pas d'autre type de nourriture ou liquide.

⁹ Sources: DATASUS. 2006. *Indicadores e Dados Básicos*. Brasil.

¹⁰ C'est ce qu'observe Marcela Iacub (2004) dans un autre contexte (la France contemporaine) et à partir d'autres facteurs (l'évolution du droit civil et des techniques de reproduction assistée).

¹¹ Recommandation numéro 12 des 21 formulées à l'issue de la Conférence interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchement, Fortaleza, Brésil, 22-26 avril 1985.

¹² Une bande dessinée dans le manuel pour l'allaitement maternel de l'IBFAN-Brésil (International Baby Food Action Network) de 1991 est évocatrice: «Si l'allaitement établit et renforce le lien entre la mère et le bébé [...] l'alimentation par biberon renforce le lien entre la mère et les multinationales».

¹³ Le XX^e siècle a été témoin d'un flux constant, mais versatile, de prescriptions sur l'allaitement maternel de la part des experts (non seulement du corps médical, mais aussi de ceux issus des «humanités»): l'intervalle temporel des tétées, la position du bébé pour la régurgitation, l'allaitement nocturne, etc. Séverine Gojard (2000) distingue trois grands ensembles normatifs de la puériculture: le «pastorien», le «neo-pastorien» et le «psy». Le modèle «psy», proposé par Gojard, n'est pas un adoucissement des règles hygiéniques et sanitaires de la puériculture pastorienne (comme l'est le modèle «néo-pastorien»), mais il se distingue des deux autres en voulant retrouver une «tradition» perdue «pré-pastorienne» et en mobilisant d'autres registres discursifs, comme la psychologie.

¹⁴ Voir à ce sujet les travaux de Dominique Vidal (particulièrement 1999) qui montrent comment la demande de reconnaissance des catégories populaires au Brésil est généralement formulée sous cette forme d'appartenance à une «commune humanité».

L'« humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil » : de nouveaux dispositifs de régulation des corps des femmes pauvres ?

Références bibliographiques

- CHAUVIER, Éric. 2006. *Anthropologie*. Paris, Allia.
- DUBET, François. 1994. *Sociologie de l'expérience*. Paris, Seuil.
- FAYA, Alfonsina. 2006. « Conditions d'accès aux maternités dans la ville de Recife. Comment un sujet de thèse devient aussi une expérience réelle du chercheur », *¿ Interrogations? Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société*, 3, <<http://www.revue-interrogations.org>>.
- FONSECA, Claudia. 1997. « Ser mulher, mãe e pobre », dans Mary DEL PRIORE (dir). *História das mulheres no Brasil*, São Paulo, Contexto: 510-553.
- FOUCAULT, Michel. 1976. *Histoire de la sexualité*, tome I, *La volonté de savoir*. Paris, Gallimard.
- GOJARD, Séverine. 2000. « L'alimentation dans la prime enfance: diffusion et réception des normes de puériculture », *Revue française de sociologie*, 3, 41: 475-512.
- IACUB, Marcela. 2004. *L'empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*. Paris, Fayard.
- JACQUES, Béatrice. 2007. *Sociologie de l'accouchement*. Paris, Presses universitaires de France.
- SANDRE-PEREIRA, Gilza. 2006. *Anthropologie de l'allaitement maternel en France et au Brésil*. Thèse de doctorat, Département d'anthropologie sociale et historique de l'Europe, Université Toulouse II-Le Mirail.
- TOMA, Tereza Setsuko et Carlos Augusto MONTEIRO. 2001. « Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo », *Revista de saúde pública*, 35, 5, août: 409-414.
- TORNQUIST, Carmen Susana. 2002. « Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto », *Estudos feministas*, 10, 2: 483-492.
- VIDAL, Dominique. 1999. « Catégories, territoires et individu: quelle place pour le pauvre? », *Cultures et conflits*, 35, automne: 95-124.