HAL
open science

De la maternité en milieu populaire à Recife : enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale

Alfonsina Faya Robles

To cite this version:

Alfonsina Faya Robles. De la maternité en milieu populaire à Recife : enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale. Sociologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2011. Français. NNT : 2011TOU20029 . tel-00681107

HAL Id: tel-00681107

https://theses.hal.science/tel-00681107v1

Submitted on 20 Mar 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Toulouse

Thèse pour obtenir le grade de docteur en sociologie

Présentée et soutenue par

Alfonsina FAYA ROBLES

Le 2 juillet 2011.

De la maternité en milieu populaire à Recife. Enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale.

Sous la direction de

Angelina Peralva, Professeur à l'Université Toulouse 2, Le Mirail.

Membres du jury

François DUBET, professeur à l'Université Victor Segalen - Bordeaux 2 et directeur d'études à l'EHESS.
Agnès FINE, directrice d'études à l'EHESS.
Danilo MARTUCCELLI, professeur à l'université René Descartes - Paris V. (Rapporteur)
Dominique MEMMI, directrice de recherches au CNRS.
Russell Parry SCOTT, professeur à l'Université Fédérale de Pernambouc, Brésil. (Rapporteur)

De la maternité en milieu populaire à Recife. Enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale.

RÉSUMÉ :
La thèse analyse la construction de l'expérience maternelle chez des femmes de milieu populaire urbain dans le Nordeste brésilien. Au Brésil, société traversée par de fortes asymétries sociales et suivant – en même temps – des processus démocratiques, l'expérience de la maternité en milieu populaire se façonne de plus en plus à travers les dispositifs de santé publique. Les objectifs sanitaires de l'État brésilien se traduisent par une assignation et une sollicitation de ces femmes à accomplir un rôle maternel sanitarisé. Non seulement le système public de santé s'étend mais il change aussi ses modes de régulation, produisant des changements dans les relations familiales et dans la relation de filiation. Cette extension entraîne également une reconfiguration du rapport au pouvoir et des modes de subjectivation d' l'expérience. Par une analyse de données issues d'un travail ethnographique, il s'agit de reconstituer les diverses logiques sociales à l'œuvre lorsqu'une femme de milieu populaire à Recife est « mère », ou est en train de le devenir. En suivant la temporalité de l'expérience de la maternité – réduite ici aux moments de la grossesse, de l'accouchement et du post-accouchement – cette étude met en évidence les différents arrangements entre les femmes et les régulations du dispositif de santé.
La visée de la thèse est double : décrire les changements des relations familiales de milieu populaire au Brésil dans ce contexte d'extension des régulations ainsi que proposer un renouvellement interprétatif de ces changements par la mise en relation des notions d'expérience et de dispositif.

Mots clés : Maternité- Brésil- Famille- Santé Publique- Expérience- Dispositif

Maternity in working-class Recife. Issues and arrangements between regulatory apparatuses and social experience.

.

ABSTRACT :
This thesis analyses the construction of the maternal experience among women in an urban working-class milieu in Northeast Brazil. In Brazil, a society marked by strong social asymmetries yet also democratic processes, the experience of maternity in working-class milieus is increasingly organized via public health apparatuses. The health objectives of the Brazilian state are in effect a summons and solicitation for women to perform a sanitized maternal role. Not only is the public health system expanding, it is changing its modes of regulation, producing changes in familial relations and the parent-child relationship. This extension leads both to a reconfiguration of the relationship to power and the modes of the subjectification of experience. For the analysis of data issuing from ethnographic work, it is necessary to reconstitute the diverse social logics at work when a working-class woman in Recife is or is becoming a "mother". By following the temporality of the experience of maternity, reduced here to the moments of pregnancy, birth and post-birth, this study highlights the different arrangements between women and health apparatuses.
The goal of this study is two-fold: To describe the changes in familial relations in a Brazilian working-class milieu within the context of the extension of regulations; and to propose a new interpretation of these changes by linking notions about experience with these apparatuses.

Keywords: Maternity – Brazil – Family – Public Health – Experience – Apparatus

A Griselda,
Por enseñarme que
“uno nunca termina de nacer”.

À Loick et Paloma,
Pour habiter l’enfance
et nous y inviter.

Remerciements.

On finit toujours par le début, et on sait que ni l'un ni l'autre ne sont des tâches faciles. De même qu'il n'est pas facile de remercier toutes les personnes qui nous ont accompagnés, de près ou de loin, pendant ces longues années de vie et de travail. Difficile de le faire de manière juste et exhaustive. Difficile aussi de ne pas tomber dans des formules toutes prêtes, surtout quand la langue n'est pas la nôtre et que finalement ces phrases prêtes à l'emploi sont salvatrices. Difficile et pourtant tellement essentiel. Commençons donc par ce qui peut être le départ…

C'est d'abord à ma directrice de recherche, Angelina Peralva que j'aimerais remercier. Elle qui a suivi ce long parcours, depuis ma maîtrise et DEA en sociologie, où elle a toujours été disponible et encourageante, sachant me rediriger quand je perdais la direction de mes propres réflexions. Elle a toujours été sensible à « ce que je voulais dire » et m'a soutenue. Merci pour m'avoir offert les deux éléments indispensables pour ce travail : liberté et confiance, que j'ai ressenti tout le long de cette thèse.

À Toulouse, j'ai eu la chance de faire partie de l'association de jeunes chercheurs sur les Amériques, ATRIA, où j'ai appris le travail en collectif, où j'ai fait de bons amis et où j'ai pu apprécier le côté convivial et dynamique de la vie académique. Je remercie aussi mes chers « camarades » doctorants du CERS – Pierre Dufour, Audrey Parron, Américo Mariani, Fathia Madjoubi – les discussions partagées ont été enrichissantes non seulement pour mon travail de thèse mais aussi pour ma personne. Merci aussi à Maud Leguevin et Nathalie Chauvac qui m'ont lu et fait des critiques avisées. Impossible de nommer ici tous les professeurs et collègues du LISST-CERS, notamment ceux de l'axe « gendre, migration, marginalité », où j'ai pu présenter et discuter mon travail. Merci.

À Recife, je tiens à remercier particulièrement le professeur Parry Scott, pour sa générosité dans le partage d'idées et sa complicité lors de mes séjours au Brésil. Pour m'avoir appris « le terrain » et m'avoir donné la première expérience dans le travail de recherche en équipe. D'ailleurs, je tiens à remercier aussi toute l'équipe FAGES pour l'accueil et l'intérêt de nos échanges. Un remerciement spécial pour Eliete, ma guide de bâtiments officiels. En 2006, elle m'a guidée dans les couloirs de l'UFPE, toujours avec un "cafesinho" prêt pour moi, et en 2008 dans les bâtiments du Secrétariat de Santé de l'État de Pernambouc. À Luis Fernando, disparu mais toujours dans la mémoire, pour les soirées conviviales de "converça e fofoca" partagées à Recife. À Rizo, pour sa complicité, sa bonne humeur et son amitié. À Martin, cher compagnon des découvertes dans une ville pour lui aussi étrangère. À tous les amis brésiliens qui m'ont ouvert leurs maisons et m'ont donné leur amitié, comprenant qu'il est difficile d'être seul à l'étranger.

Je remercie amplement les personnes qui se sont engagés dans les corrections et relectures très compliquées du fait de mon style alambiqué, dû peut-être à un défaut de fabrique hispanophone. À Clarisse Poupard pour les corrections. À mon *brother* Steven pour la traduction et à Mathieu pour les corrections *express*.

Merci encore et encore aux amis français qui m'ont accompagnée, qui m'ont relu à diverses occasions, qui ont été toujours là, généreux, m'offrant une petite famille en France. Je ne pourrais pas remercier un par un ici, eux, ils savent que je leur suis entièrement reconnaissante. À Ouali pour sa bonne humeur et sa luminosité quotidiennes. À Xime et les enfants : sans eux à mes côtés, simplement, je n'aurais pas pu rester. À mes collègues et amis de *pasina&cie* pour les moments de magie, petites échappées du « réel » qui m'ont été vitales pendant toute cette recherche.

Finalement, en Argentine, un grand merci à ma famille et mes amis, qui ont été compréhensifs quand j'étais « dans le même continent » et que je ne leur rendais pas visite, qui ont toujours été très proches tout en étant loin.

Merci à tous ceux que je n'ai pas pu évoquer ici.

De la maternité en milieu populaire à Recife.
Enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale.

Table des matières.

Avant-propos. 13

Une introduction au singulier. Le labeur sociologique au « pays des vacances ». 15

Le parcours de recherche : Terrains et méthodes. 18
L'approche ethnographique et les méthodes utilisées. 26
Retour réflexif sur la position de la chercheuse. 31

PARTIE I: TRAVERSER L'OCÉAN POUR RETROUVER « LA MÈRE »..... 41

I-1. La maternité comme objet : L'inscription de la relation maternelle dans la parenté contemporaine et dans le corps des femmes..... 43
I-1-a. De la « famille moderne » à « la parenté contemporaine ». 43
I-1-b. Le lien filial en question: mutations et permanences d'une « relation privilégiée ». 55
I-1-c. De la filiation à la « maternité normal (isé) e » : retour sur l'expérience. 63
I-1-d. La maternité: une question de genres écrite sur et par les corps. 70
I-1-e. Vers une définition sociologique de l'expérience de la maternité. 85

I-2. Le contexte de l'expérience maternelle. 89
I-2-a. Démocratisation et complexification de la société brésilienne. 89
I-2.b. Complexification de la ville. Le cas de « La Venise brésilienne ». 94
I-2-c. Zoom sur le marécage. O Pantanal..... 103
I-2-d. Sociabilité, relations familiales et de genre dans une société inégale et complexe. 111

I-3. L'hétérogénéité cadrée de l'expérience et ses instances de régulation. 129
I-3-a. Des formes de la régulation sur l'État brésilien et sur les familles de milieu populaire. 131
I-3-b. Les dispositifs de santé publique et les femmes- mères de milieu populaire. 143
I-3-c. L'humanisation de la maternité: les virevoltes des « dispositifs doux ». 153
I-3-d. Limites corporelles du dispositif et point de saturation de la régulation « humanisée »..... 162
I-3-e. Vers une définition de l'expérience régulée de la maternité en milieu populaire à Recife : la reconstruction d'une problématique. 174

PARTIE II : DE L'ASSIGNATION À LA SOLLICITATION MATERNELLE.....183

II-1. Être jeune femme et pauvre à Recife. Une « assignation diffuse » à la maternité. 185
II-1-a. Socialisations de genres et responsabilités face à « l'accident ». 187
II-1-b. Les issues stratégiques de la réalisation de soi. 192
II-1-c. Prendre une place par « accident ». 195

II-2. De l'accident à la grossesse. La construction d'un projet individuel (*a posteriori*) à partir d'une base d'assignation sociale à la maternité. 202
II-2-a. Entre l'intention et l'action : l'accident. 203
II-2-b. Les arrangements symboliques de l'accident et la construction de la grossesse. 209
II-2-c. Quand l'accident survient dans une base d'assignation diffuse : le projet individuel (*a posteriori*). 213

II-3. La douceur gravidique. Médiation sanitaire, médias et individualité..... 217
II-3-a. La matérialisation de l'assignation ou la confirmation de la grossesse. 218

II-3.b. L'urgence médicale de la captation de la grossesse. 223
II-3-c. De la médicalisation à la sanitarisation : le *bien-être* gravidique. 225
II-3-d. L'expérience du *bien-être* et des vicissitudes du dispositif. 231

II-4. « Le risque maternité » : du risque médical au risque social. 235
II-4-a. Les définitions institutionnelles du risque et la difficulté de l'évaluation. 235
II-4-b. Le substrat culturel de la notion de risque. 240
II-4-c. Les expériences des grossesses « à bas » et « à haut risque ». 250

II-5. L'illégalité de la chair : l'expérience de l'avortement. 261
II-5-a. Retour sur une assignation diffuse bifurquée. 263
II-5-b. L'arrangement par la « descente des règles. » 267
II-5-c. La subjectivation relationnelle de l'épreuve. 272
II-5-d. Limites de la régulation du dispositif de santé. 275

II-6.Le projet maternel entre projections et réalités : inscription individuelle, conjugale et en réseau. 279
II-6-a. Rien planifié mais tout préparé. 280
II-6-b. Au nom de la mère : nomination de l'enfant et relations. 288
II-6-c. Inscription de l'enfant et circulation des hommes. 293

PARTIE III : NAISSANCE DE L'ENFANT, NAISSANCE DE LA MÈRE : DE LA SOLLICITATION À LA SOLLICITUDE. 299

III-1. L'accès à l'institution médicale. Choix de la maternité et itinéraires de l'accouchement. 303
III-1-a. La médicalisation de la naissance et son (des)organisation. 304
III-1-b. Du risque individuel à la « négligence institutionnelle ». 309
III-1-c. L'accès en termes physiques. Une cartographie relationnelle. 315

III-2. L'accouchement: le passage à l'acte chirurgical ou non. 320
III-2-a. L'image d'une « nature active ». 321
III-2-b. Les mésententes de l'activité/passivité. Logiques des uns, logiques des autres. 324
III-2-c. L'urgence des interactions au moment du « passage ». 332
III-2-d. L'ouverture de l'institution « totale ». 339

III-3. Être à l'intérieur de la maternité avec un pied dehors : temps, espaces et relations dans l'institution. 344
III-3-a. La négociation des espaces dans l'institution. 345
III-3-b. L'espace des femmes, les interactions et la médiation du bébé. 349
III-3-c. Le temps standardisé versus le temps des « autres ». 354
III-3-d. Les accompagnatrices et le père. La reconstitution des relations du « dehors » à l'intérieur de l'institution. 359

III-4. L'expérience de la mort d'un enfant. 371
III-4-a. La reconfiguration des morts des enfants. Enjeux sanitaires et enjeux anthropologiques de l' « amour maternel ». 373
III-4-b. Désinstitutionalisation, risque et évitabilité : de l'individualisation des responsabilités. 383
III-4-c. Mesures et démesures des affects : du projet rationnel à la perte insensée. 391

PARTIE IV: ÊTRE MÈRE ET PAUVRE À RECIFE (N'EST PAS TOUT) : LE POST-ACCOUCHEMENT ENTRE ENRÔLEMENT ET SUBJECTIVATION DE LA SOLLICITUDE.....405

IV-1. Les savoir-faire maternels sous surveillance. L'exemple de l'allaitement « sacralisé » de la maternité « humanisée ». 409
IV-1-a. La «nature» acquise par la régulation des corps. 412
IV-1-b. Les inflexions de la *nature acquise* : l'expérience de l'allaitement..... 423

IV-2. La « police amie des mères »: les agentes communautaires de santé. 431
IV-2-a. As agentes comunitárias de saúde de Pantanal. 432
IV-2-b. Le travail d'ACS : la double tâche fâcheuse, la double position incommode. 437
IV-2-c. La régulation des interactions entre ACS et habitants du quartier..... 441
IV-2-d. Pantanal vu par ses ACS : le genre et la génération comme marqueurs. 448
IV-2-e. Les mères soigneuses de Pantanal. 454

IV-3. La différenciation vis-à-vis de modèles « autres » de maternité : déclin de l'institution maternelle?..... 461
IV-3-a. La logique de distinction dans l'incorporation expérientielle du rôle. 463
IV-3-b. De l'incorporation du rôle à son morcellement relationnel. 471
IV-3-c. La quarantaine sanitaire versus le "resguardo" relationnel..... 477

IV-4. La stérilisation féminine, sortie abrupte de la maternité régulée et reconstruction subjective: "mulheres ligadas mas desligadas". 483
IV-4-a. L'expérience contraceptive. Contraintes, ressources et « désir de ligature ». 483
IV-4-b. Du désir de « ligature » à sa réalisation: l'administration de la preuve. 490
IV-4-c. Des femmes « liées » mais « déliées »: vers une remodulation subjective. 498

CONCLUSIONS 503

I- Une virée en France. Les vécus maternels rencontrés de ce côté de l'océan..... 506

2. Les spécificités brésiliennes : Le « pouvoir indicatif », les trois limites du dispositif et l'expérience en réseau..... 530

3- Le « rôle maternel incarné » et subjectivation de l'expérience maternelle en milieu populaire à Recife. 542

4- Quelques considérations finales. 549

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.....553

ANNEXES.....585
Annexe A: Table de sigles. 586
Annexe B : Table d'illustrations. 588
Annexe C : Tableaux récapitulatifs des entretiens. 589
Annexe D : Guides d'entretien « femmes » et « acteurs professionnels » en portugais et en français. 590
Annexe E : Questionnaire Agentes Communautaires de Santé de Pantanal, juin 2006..... 595
Annexe F : Carte de Pantanal du District Sanitaire 6..... 596

Annexe G : Cartes thématiques de Recife. 597
Annexe H : Divers documents du dossier présenté auprès du « comité d'éthique » des maternités publiques. 599
Annexe I : Quelques photos de Pantanal. 601

Avant-propos.

Un enfant est né, de quelqu'un et quelque part, disons en Argentine. Il croit que c'est le seul lieu où l'on puisse naître. Le seul ventre, le seul monde, la seule mère. Il se peut que la maternité soit comme un vaste sol, une superficie, où chacun de nous a été déposé. Au départ, c'est depuis cet endroit que l'on contemple les angles, les reliefs, les cavités, sans paramètre de comparaison. C'est depuis ce petit coin que l'on s'attache au sol qu'on quitte un jour. L'enfant part très loin, disons en France, et cet éloignement provoque des questions, sur l'attachement, sur le lieu de naissance, la famille et la maternité. L'enfant veut revenir pour comprendre. Mais, comment revenir sur cette terre, une fois adulte ? Et par quel chemin ?

Le regard a perdu une certaine naïveté du fait de pouvoir désormais contempler le paysage depuis une vision plus haute, plus éloignée. Ainsi, la quantité de plis, d'accidents de la terre natale devient indéniable. Nous pouvons aussi repérer d'autres terres voisines, la nôtre n'était donc pas unique. Nous aurions pu naître ailleurs. Le multiple réveille alors la curiosité.

Un écrivain argentin dit *« il n'y a pas de rêve plus grand dans la vie que le rêve du retour. Le meilleur chemin est le chemin de retour qui est aussi le chemin impossible*[1]*»*. Le retour est impossible parce que ce n'est plus la même personne qui revient.

Je suis donc retournée aux territoires de la maternité en tant que chercheuse.

[1] Alejandro Dolina, "Refutación del regreso", *Crónicas del ángel gris*, Buenos Aires, 1988. (Traduction de l'auteure).

Une introduction au singulier. Le labeur sociologique au « pays des vacances ».

« L'ailleurs est un miroir en négatif.
Le voyageur y reconnaît le peu qui lui appartient,
et découvre tout ce qu'il n'a pas eu, et n'aura pas ».
Italo Calvino, *Les villes invisibles*.

Le retour devait emprunter des chemins différents de ceux qui avaient été empruntés lors du départ. La recherche de ces chemins avait déjà une visée anthropologique: chercher l'Autre, ou plutôt construire l'autre comme « Autre ». Même si, on le sait, le chemin qui amène à l'Autre, est un chemin oblique qui revient au Je, un Je qui n'est plus le même que celui du départ ainsi que l'Autre du départ a changé. Autrement dit, je devais opérer un décentrage épistémologique et construire une certaine « altérité » pour sortir du domaine de « l'identité ».

Divers chemins de retour ont été empruntés, certains menant à des impasses, d'autres permettant de découvrir de nouvelles terres.
Un premier décentrage a été celui de travailler sur des personnes issues des milieux populaires. Il s'agissait de sortir de la familiarité des familles de classe moyenne latino-américaine, très proches, au moins dans les représentations, des supposées familles de classe moyenne européennes : nucléaires, conjugales et égalitaires. C'est généralement dans ce type de familles que la maternité a été étudiée[2]. Pour ma part, je voulais comprendre d'autres manières d'être mère. En 2003-2004, j'avais étudié l'identité de femmes qui travaillaient dans la cantine municipale d'un quartier périphérique de la ville de Santa Fe, en Argentine. J'ai analysé leur participation dans cette organisation sociale du quartier, comme relevant d'une « maternité collective », construite à partir de leur fonction nourricière envers les enfants du quartier. Les représentations que « les mères de San Pantaleón », comme les habitants du quartier

[2] Il y a aussi une longue tradition de travaux qui sans se référer explicitement à ce modèle, se centrent sur d'autres types de familles qui sont vues néanmoins comme « anomiques » par rapport à ce modèle nucléaire, c'est le cas des familles monoparentales sur lesquelles nous reviendrons dans la première partie de cette thèse.

les appelaient, avaient d'elles-mêmes ont été analysées à partir d'une perspective dichotomique, allant de celles plus proches d'une idéologie patriarcale à celles menant à l'émancipation[3]. Sans l'expliciter véritablement, ces deux pôles recouvraient finalement la sphère d'une autre polarité : celle entre « tradition » et « modernité ». Et, sans le vouloir, je tombais dans le piège de mes propres préjugés de jeune femme de classe moyenne argentine. Et, sans le vouloir, je glissais dans le piège du double récit « modernité-tradition », qui dans mon pays s'est inscrit dans le clivage « civilisation et barbarie ». Je ne voulais pas tomber dans l'exécrable danger d'inventer un « Autre » pour marquer ensuite ses insuffisances, ses manques, son retard (Martuccelli, 2010). D'ailleurs, plus j'avançais dans mes recherches, plus il devenait difficile pour moi de rendre compte du vécu de ces femmes à partir de cette approche que je voyais de plus en plus caricaturale et manichéenne. La nécessité d'expliquer si leur identité rentrait dans des définitions de la maternité selon une idéologie patriarcale ou pas, a cédé le pas à l'envie de décrire leur véritable expérience maternelle, des pratiques diverses, des logiques contradictoires, enfin de tenir compte des cadres pluriels de l'expérience très difficilement classables entre « patriarcaux » et « modernes ».

Cette impasse était due aux chemins théoriques que j'avais empruntés. En effet, vouloir entreprendre une recherche sociologique sur la maternité nécessitait de plus en plus, pour moi, une circonspection épistémologique singulière. Très souvent les travaux sur la maternité en sciences sociales se centrent sur les questions des représentations ou des symboles de la mère. Les socialisations, les valeurs, l'imaginaire ont marqué fortement les voies qui devaient emprunter les voix se prononçant sur la maternité. Autrement, quand la maternité prenait corps, la figure maternelle se réduisait à celle d'un « membre » du groupe de parenté, un « organe » du corps familial, le point d'un segment relationnel, petit point participant à un système ou à une structure. Le fait de devenir mère ou de vivre la maternité dans une société donnée n'a pas beaucoup été étudié[4]. Le plus souvent, quand cela a été fait, la maternité était étudiée dans ses rapports avec d'autres sphères de la vie d'une femme ou en rapport à d'autres « rôles ». Ainsi, plusieurs études traitent de l'articulation pour

[3]D'ailleurs, le titre de mon mémoire de Maîtrise en sociologie était : « Les mères de San Pantaleón. Patriarcat et Identité ». (Faya Robles, 2004)

[4] Même si au moment où je commençais cette thèse, plusieurs ouvrages sont apparus en France cherchant à rendre compte des aspects différents de diverses expériences maternelles. Nombre d'entre eux – celui de Béatrice Jacques et celui de Luc Boltanski, entre autres – ont constitué une base bibliographique avec laquelle j'ai dialogué tout au long de mon travail.

les femmes entre maternité et travail, entre maternité et parentalité, entre maternité et conjugalité, etc. Peu de travaux en somme traitent de la question de la maternité elle-même en tant qu'expérience.

Ni destin naturel, ni fatalité culturelle, ni liberté absolue, la maternité me posait les très simples et impérieuses questions : qu'est-ce qu'une femme vit de particulier lorsqu'elle devient ou est mère ? Comment se construit ce vécu ? Quelles sont les logiques qui y participent ? Ces questions trouvent sûrement l'origine dans le questionnement personnel de la jeune femme que je suis. Mais sur le plan sociologique, il était important, pour moi, de renverser la question à savoir comment la Maternité déteint sur la vie d'une femme. Il devenait primordial de partir de l'expérience et non pas d'une idée, un grand mot, déterminant la vie des personnes. Il s'agissait de ne pas définir *a priori* le contenu de « la maternité », mais de la déconstruire pour voir ensuite comment les femmes construisent leur maternité. C'est pour cette raison que je me suis éloignée d'une approche en termes d'identité, préférant celle d'expérience. Parler d'identité maternelle aurait été, pour moi, retomber dans le piège dans lequel j'étais tombée lors de mon mémoire de maîtrise. Le fait de décortiquer ces vécus montre le chemin que les processus objectifs et subjectifs ont pris dans un contexte particulier et celui qu'ils auraient pu prendre ailleurs, à un autre moment. C'est pour moi un but de la sociologie : montrer comment ces processus ouvrent certains chemins expérientiels, ce qui permet de penser les possibles processus pour ouvrir d'autres chemins, d'autres vies.

Un retour en Argentine aurait été un retour au Même. Je cherchais un second décentrage et le Brésil, notamment la région du Nordeste, se présentait comme la deuxième altérité à construire. Non seulement les diverses conversations avec ma directrice de recherche nous amenaient souvent à réaliser des comparaisons entre les deux pays, mais aussi, de mon côté, j'avais depuis « toujours » le désir du retour au pays de « mon choix ». Durant mon enfance, le Brésil a été pour moi le pays des vacances, la terre que je voulais habiter. C'était là que ma famille se refugiait un mois par an loin de l'ambiance obscurcie par la dictature en Argentine. Le Brésil était aussi en dictature mais l'on vivait l'entrée dans ce pays comme une fête, une exultation. Les rythmes des musiques, l'ondulation de la langue, l'exubérance des odeurs, des couleurs et des gens m'attireraient pour toujours. Adulte, plusieurs voyages dans le pays avaient

cependant commencé à déconstruire certains enchantements. Le retour, encore une fois, déconstruisait l'Autre « différent » et l'altérité caricaturale commençait à devenir une altérité interprétable et communicable. Je changeais moi-même et l'Autre commençait à être un Autre-transformé. Lors de mon mémoire de DEA en sociologie j'ai présenté un projet de recherche qui justifiait l'intérêt d'effectuer une comparaison entre l'Argentine et le Brésil. Plusieurs points de ressemblance ainsi que plusieurs différences ont été systématisées alors, à partir de données de première main, pour l'Argentine, et de deuxième main, pour le Brésil.

Le lendemain de mon inscription en doctorat, je partais à Recife pour commencer mon travail de terrain. Lors de mes premiers jours dans la ville, je compris que je ne ferai une thèse que sur Recife, « le retour » s'arrêtait là pour l'instant. Les péripéties des débuts de mon travail de terrain ainsi que la stupéfaction face aux développements du système de santé public brésilien et de la présence de celui-ci dans l'expérience des familles de milieu populaire m'ont engagée dans une bifurcation de la problématique. Stupéfaction, car en Argentine cela ne se passait pas ainsi et je n'imaginais pas rencontrer cette extension du système public, à mon sens, assez originale dans la région. Ce constat s'est accompagné d'un autre concernant, cette fois-ci, les effets de ce développement dans les expériences des femmes. Pour comprendre l'expérience de la maternité en milieu populaire à Recife je devais rendre compte des relations des femmes avec les services de santé publique. Leur maternité sortait de la sphère familiale et des socialités communautaires et elle se construisait aussi, de plus en plus, dans leur relation à ce que j'ai appelé le « dispositif de santé publique ». Finalement, la densité de données récoltées à Recife et l'envergure du questionnement, m'ont fait renoncer au terrain argentin, avec un certain regret face à l'intérêt qu'aurait pu avoir une comparaison des deux contextes sanitaires et leurs répercussions sur la vie des femmes devenant mères. Nonobstant, le terrain brésilien s'ouvrait comme une terre féconde pour la recherche, c'est là que j'ai décidé de rester.

Le parcours de recherche : Terrains et méthodes.

Le parti pris méthodologique de cette thèse a été celui d'une description de type ethnographique, en appréhendant l'expérience de la maternité comme micro-terrain. Par l'observation directe des situations quotidiennes de la vie des mères dans leurs

maisons, leurs quartiers et d'autres endroits de Recife où elles se rendent, il a été possible de repérer des aspects minutieux de leurs pratiques autour de la maternité ainsi que les rapports qu'elles entretiennent avec leurs familles, les acteurs professionnels, les institutions, le quartier et l'espace urbain. La description ethnographique se révèle comme une approche pertinente lorsqu'on veut découvrir les reliefs, les subtilités des expériences sociales. Je voulais rendre compte de cet « Autre » en m'écartant de tout exotisme, de rendre compte de ce qu'il est : de plus en plus proche, semblable et mouvant. L'approche ethnographique permettrait cela.

Les deux terrains: les maternités publiques et le quartier.

Cette approche suppose une immersion sur le terrain, que j'ai effectuée lors de deux longs séjours à Recife en 2005-2006 et 2008, additionnant quatorze mois dédiés exclusivement au travail ethnographique. Le terrain s'est divisé en deux parties. À ces deux terrains – maternités publiques et quartier – correspondent aussi deux moments de l'expérience maternelle: le moment de la naissance et l'accouchement (dans les institutions hospitalières) et celui de l'expérience quotidienne de la maternité (dans le quartier).

Le premier travail de terrain s'est déroulé dans trois maternités publiques choisies parmi les huit de la ville de Recife. Elles présentaient des caractéristiques bien distinctes[5] :

Le *Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM/UPE* m'intéressait car il intègre une maternité des plus connues de la ville. Plusieurs personnes m'en avaient parlé comme une des institutions les plus « modernisées » de la ville de Recife tant sur le plan technologique que sur celui de l'attention aux patients. On m´a souligné maintes fois que même des femmes « riches » optaient pour cette institution. Il s'agit d'un hôpital de référence pour son service de néonatologie, de soins intensifs et d'attention « haut risque ». Au CISAM naissent environ 450 enfants par mois. Plusieurs programmes y sont en place suivant le modèle de l'« humanisation » de l´accouchement et de la naissance. Le CISAM m'intéressait aussi pour sa localisation qui est assez centrale dans la ville, à Encruzilhada, dans un quartier assez aisé de Recife. L'affluence des personnes venant des quatre coins de l'état de Pernambouc

[5] Voir à la fin de l'introduction la carte de Recife - Illustration 1.

redessine la morphologie du quartier. Face à la maternité et dans les rues attenantes il y a tout un ensemble de petits magasins de quartier remplis de visiteurs des mères, des bus qui arrivent d'autres villes avec des femmes promptes à accoucher, ou encore des petits motels pour les parents des parturientes. Ceci fait de cet espace une « tache » urbaine, dans le sens de Cantor Magnani (2002), où la concentration plus ou moins spontanée d'équipements, d'activités et de populations spécifiques marque les contours d'une frontière reconnaissable dans une ville.

Autour de l´*Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira-IMIP* se forme aussi une « tache », peut-être encore plus marquée. Loin encore de l'ensemble de grandes bâtisses, on trouve déjà dans les rues le monde de la maternité : des femmes enceintes parfumées, des magasins de puériculture, des familles endimanchées escortant une femme et son bébé, etc. Il s'agit d'une entité non gouvernementale qui se trouve dans le centre de la ville dans le quartier de Boa Vista, connu pour sa concentration d´importants services médicaux, hospitaliers et cliniques. En réforme pendant mes séjours à Recife, normalement il devait s'étendre sur 53000 m² en 2010. Le grand complexe hospitalier que présente l´IMIP est reconnu dans le champ materno-infantile comme l'un des plus importants du pays. Près de 5000 accouchements par an y ont lieu. Il y a aussi une Unité Néonatale de « haut risque » avec une capacité de 50 lits pour des soins intensifs ou semi-intensifs. L'IMIP a été au centre des réformes sanitaires de la ville, notamment dans la création d' « unités communautaires de santé » dans plusieurs quartiers défavorisés, unités qui ont été à l'origine des « unités de santé » mises en place par le système de santé publique, par la suite, ainsi que de groupes de « monitrices » pour la promotion de l'allaitement maternel dans les quartiers.

La troisième maternité est la *Policlínica Maternidade Professor Barros Lima*, que j'ai choisie pour de toutes autres raisons. Elle ne fait pas partie d'une « tache » urbaine (Magnani, 2002). Elle se trouve dans un quartier plus excentré, Casa Amarela, situé à environ 5 km du centre de la ville. La géographie physique du quartier amalgame aires de plaines et aires de collines (*morros*), la géographie humaine mélange aussi des zones d´infrastructures et qualité de vie de diverses tonalités. Cependant, il n'y a aucun signe de rayonnement de la maternité dans le quartier. On ne vient là que pour accoucher. Située dans une grande avenue, elle est isolée d'autres services, d'autres

établissements médicaux et il n'y a pas de magasins aux alentours. C'est une maternité assez petite où, cependant, environ 400 accouchements ont lieu mensuellement et elle n'a pas de service « haut risque ».

Si je pensais commencer le travail de terrain dans des maternités publiques, c'était plus dans un but stratégique d'accès à notre population d'étude que comme faisant elles-mêmes partie intégrante de notre objet. Il s'agissait d'espaces propices pour rencontrer des femmes de milieu populaire en train de devenir mères, tout en me laissant le temps de me ré-acclimater au Brésil et à la langue portugaise, mais le but était de ne pas m'y attarder pour aller ensuite vers le « vrai environnement » de ma population : les maisons, les quartiers. Pourtant, la rencontre avec l'institution médicale, la difficulté d'y accéder, sur laquelle je reviendrai ci-dessous, et, une fois entrée, la sensation avérée que c'était bien là que se jouaient plusieurs enjeux autour de l'expérience de la maternité, ont pesé dans le choix, presque « instinctif », d'y rester.

Deux moments, celui de l'accès aux institutions hospitalières et une fois admise, doivent être ici distingués car ils apportent des éléments différents dans l'analyse du parcours de recherche.

Concernant l'accès, l'obligation inattendue d'élaborer un dossier de demande de permission d'entrée dans les hôpitaux publics, qui serait soumis à une commission d'éthique de l'institution, ne m'a pas fait réévaluer la possibilité de m'y prendre différemment. La contrainte de cette évaluation bioéthique a joué un double rôle. D'abord, elle a réveillé une volonté plus forte d'y rentrer. Certaines premières observations exploratoires autours des maternités publiques, où une atmosphère particulière est créée par les foules de femmes et enfants aux alentours des maternités, ainsi que certains faits apparus dans les médias touchant de près les maternités publiques et les questions de l'accès à celles-ci[6], m'ont convaincue de la validité de cette curiosité obstinée de demander l'entrée dans les maternités publiques. Ensuite, l'injonction de présenter un dossier pour le comité d'éthique m'a poussé à réaliser une

[6] Les jours suivant mon arrivée à la ville, plusieurs journaux locaux ont publié des articles dénonçant le (mauvais) fonctionnement du système public de santé, à partir de deux faits: la fermeture temporaire pour travaux d'une maternité de la ville et la mort d'un bébé dont la mère avait été transportée en ambulance de maternité en maternité à la recherche d'une place disponible, mais en se voyant à plusieurs reprises refuser l'accès. Pourtant ce ne sont pas seulement le spectaculaire et la singularité de ces faits qui m'ont interpelée mais plutôt leur inscription dans une problématisation plus générale de la santé publique à Recife, et peut-être aussi dans le Nordeste et le Brésil entier.

systématisation « présentable » de ce que j'y venais chercher et m'a engagée dans une découverte de mon terrain par une voie inespérée[7].

Les périples dans la configuration du dossier ont fait émerger une réflexion sur le rapport entre l'accès des femmes pauvres aux maternités et l'accès de la chercheuse elle-même. En effet, l'observation de certaines contraintes et des stratégies mises en œuvre par les usagères pour trouver un lit dans une maternité publique a opéré un transfert analytique sur les conditions d'accès du chercheur aux maternités publiques, ouvrant donc la possibilité d'un premier retour réflexif sur le processus de la recherche. Une comparaison a été faite entre l´accès aux maternités des mères d´un côté et de la chercheuse d´un autre côté. Si les périples de cette dernière ont restructuré le parcours de sa recherche ; ceci permettait de se demander, dès lors, de quelle manière l´accès à ces institutions médicales (re)construit les parcours des femmes dans leur expérience de la maternité. Prendre plusieurs bus dans la journée pour me rendre dans l´institution, téléphoner sans obtenir de réponse, me faire guider jusqu´à la direction de l´institution, parler avec un directeur qui m'envoie vers une autre personne, trouver cette « bonne personne» et espérer qu´elle soit disponible : sont quelques-unes des tâches qui petit à petit, m'ont fait ressentir en chair propre la thèse développée par Roberto DaMatta (1997). Selon lui, la société brésilienne –on peut se demander si cette thèse n´est pas aussi applicable à d´autres sociétés contemporaines – circule entre deux mondes en les articulant. Ces deux mondes (non seulement en tant qu´espaces géographiques mais surtout en tant qu´entités morales et sphères d´action différenciées) sont la « Rue », définie par les relations impersonnelles et la force de la Loi où tout le monde a les mêmes droits; et la « Maison », définie par les relations personnelles, souvent verticales ou hiérarchiques, et la non-loi. Quand j´avais finalement trouvé la « bonne » personne, c´est-à-dire celle qui pouvait me donner l´autorisation d'accès à la maternité, je sentais que j´étais trop bien reçue – comme à la maison – dans le but peut-être de me conforter avant la « mauvaise nouvelle ». Suivant le modèle anglo-saxon, depuis 1996 toute recherche avec des « êtres humains » doit passer par l´évaluation d´un comité d´éthique (CONEP), externe ou interne à l´institution – j'étais à nouveau dans la rue.

[7] Ces périples de l'accès à l'institution ont été restitués dans un article. Voir Faya Robles (2006)

Les allers-retours dans les maternités et les conversations avec les personnes à charge des comités d´éthique n´ont fait que confirmer cette déambulation entre deux mondes (maison/rue). Parfois mon dossier n´était pas admissible car il me fallait certains documents dont je ne disposais pas en raison de mon statut d´étrangère. Parfois ces documents n´étaient pas vraiment nécessaires et on m´accordait une dérogation car on me connaissait déjà ; de plus ma recherche n'était pas d'ordre médical et n'impliquait pas la manipulation génétique des patientes. Mon statut d'étrangère a joué ensuite en ma faveur : je ne disposais pas de beaucoup de temps sur le terrain. Finalement, à la fin de ce périple, on m'a dit que je pouvais malgré tout commencer de manière officieuse mon travail de terrain dans les maternités. Étais-je déjà intégrée dans la maison? Certainement pas.

Le deuxième moment concerne le séjour dans les trois maternités publiques. Au-delà de constituer le moment de recueil des données concernant les mères (ce que je venais chercher…) il m'a confronté à une institution avec des logiques plus complexes que celles imaginées et il m'a permis d'évaluer l'importance des rapports qui se tissent entre les acteurs institutionnels et ma population d'étude. L'étude de cette dernière ne serait possible sans l'incorporation des premiers dans l'analyse. Tout au long de mon premier séjour à Recife, en 2006, et de manière quotidienne je me suis rendue à une des trois maternités. Lors du séjour de 2008, je ne me suis rendue que pour des entretiens ponctuels avec des professionnels, me concentrant sur le deuxième terrain, le quartier de Pantanal.

C'est dans le quartier de Pantanal que se déroule le deuxième travail de terrain. Au-delà des caractéristiques sociales du quartier ayant prévalu dans le choix de celui-ci comme terrain de recherche, lesquelles je développerai en profondeur dans la première partie de cette thèse, deux éléments liés plutôt au déroulement de mon parcours de recherche sont à mettre en relief.

D'abord, ma participation à une recherche sur la mortalité infantile, menée par l'équipe FAGES (Família, Genêro e Sexualidade) de l'Université Fédérale de Pernambouc, constitue un épisode fort de mon parcours de recherche, jouant sur plusieurs plans, dont le choix du quartier. Ce choix a été évidement stratégique : rendre plus aisée la tâche ardue d'accès au terrain, par le biais des connaissances et contacts que l'équipe y

avait déjà, notamment au niveau des professionnels de santé du quartier. De même, leurs connaissances sur le quartier et leurs travaux publiés m'ont permis d'effectuer des comparaisons et des parallèles avec mon propre travail de terrain tout au long de cette thèse. Mes premiers entretiens dans le quartier ont été ceux que l'on a réalisés, par deux ou trois chercheurs, avec des femmes ayant perdu un enfant et leurs proches. Au-delà du fait que ces entretiens m'aient permis de connaître plusieurs familles du quartier, c'est le contenu même de ceux-ci qui me furent tout autant profitables. Les femmes parlaient de leur grossesse, du prénatal, de l'accouchement, du baptême, de leurs autres enfants, enfin, de leur expérience de la maternité. Ensuite, c'est l'objet même de cette recherche qui a réorienté la mienne, articulant la question de la mort de l'enfant à celle de l'expérience de la maternité. J'ai découvert l'ampleur que la question de la mortalité infantile avait dans les politiques publiques dirigées vers les femmes devenant mères en milieu populaire. Le dernier point révélé par cette recherche était celui de l'emprise des institutions médicales et du service public dans les itinéraires de santé, pendant la maladie et l'agonie de l'enfant, de manière aussi présente que dans les itinéraires de santé pendant l'accouchement et la naissance que j'avais observés, ce qui sera traité dans la troisième partie de ce texte.

Le deuxième point à relever est ma rencontre avec une Agente Communautaire de Santé[8] (ACS) de Pantanal, « mon informatrice-clé », une personne qui m'a ouvert, littéralement, les portes des maisons des femmes et familles qui ont participé à la recherche. C'est peut-être l'élément déterminant de mon travail de terrain lors de la sortie des maternités publiques vers le quartier. Ma première rencontre avec l'ACS, que j'appellerai ici Rosa, s'est déroulée dans la voiture du directeur de l'équipe FAGES. Nous étions venus rencontrer une femme qui avait perdu un enfant et c'était la première fois que j'allais à Pantanal. L'impression que je garderai toujours de ce premier trajet entre l'université et le quartier, est celle d'un gribouillis tracé sur une carte. Ce matin-là, nous entrons par des ruelles pavées, puis en terre, dans un quartier qui semblait à première vue très paisible et agréable. Au loin, nous distinguons deux gilets rouges, ce sont les uniformes des ACS. Les femmes se rapprochent, l'une d'entre-elles avec un grand sourire et une capeline sur la tête pour se protéger du soleil, monte à la place du passager. Ce même jour elle me fera une « visite guidée » du

[8] Professionnel de la santé non médicale de niveau technique élémentaire. Une description plus poussée de ces professionnels sera effectuée tout au long de la thèse, notamment dans la quatrième partie.

quartier : l'unité de santé (posto de saúde), l'école municipale de Pantanal, l'arrêt du seul bus qui y mène, etc. Lors d'une deuxième rencontre, marquée par la bonne humeur ambiante et la disponibilité affichée de Rosa, elle s'engagera à m'aider dans ma recherche. Elle me dit qu'elle a l'habitude de travailler avec des « *chercheurs en sciences sociales* » et que *« son rêve, c'est de rentrer à l'université pour faire de la sociologie »*.

Peu à peu, cette première impression d'être face à quelqu'un d'insolite du quartier ne va qu'en s'approfondissant. Cette singularité de Rosa l'était autant en termes sociologiques – par l'impression dès nos premières rencontres, qu'elle se différenciait de la plupart des femmes rencontrées dans le quartier[9] – qu'en termes affectifs. Peut-être ces dimensions ne peuvent pas être détachées et le fait que Rosa *« ne soit pas une femme comme les autres »* a joué sur l'*horizontalité* et l'amitié dans la relation. Cette *horizontalité* de la relation se place au niveau du déroulement des interactions et non pas évidemment en termes de capital scolaire ou économique. Nous avions des ressources différentes, mais valorisées par l'autre. C'est parce qu'aussi, comme j'émerveillais Rosa avec mon histoire d'étudiante en sociologie en France et ma facilité à la théorisation des sujets de nos conversations, elle se valorisait avec sa connaissance avérée du « terrain », des problèmes sociaux brésiliens et des solutions déjà réfléchies. Plusieurs fois pendants nos ballades dans le quartier, elle me coupait la parole avec des *"Não"* (non) catégoriques pour m'expliquer que *« au Brésil, ce n'est pas du tout comme ça »*, et que je me trompais. Durant quatre moi, j'ai passé des longues journées à accompagner Rosa faisant ses visites domiciliaires. Les premières femmes que j'ai rencontrées dans le quartier étaient issues de son aire de travail. Si mon amie ACS est devenue une ressource principale pour mon accès au terrain, ce n'est pas simplement par les familles qu'elle m'a fait connaître mais surtout par la légitimité que m'a donné le seul fait de marcher à ses côtés pendant plusieurs semaines dans les ruelles en terre du quartier. Quelques semaines après sa rencontre, je pouvais me promener seule dans le quartier, rencontrer des familles et discuter avec d'autres habitants tout en me sentant sous son aile protectrice. Dans un quartier considéré

[9] Elle avait terminé le deuxième cycle scolaire, et elle avait eu des emplois valorisés comme le secrétariat avant son travail d'ACS. Elle n'a qu'un enfant qu'elle a eu à 25 ans et elle ne s'est mariée qu'une seule fois. Elle montrait un grand intérêt pour l'art et à plusieurs occasions elle a tenu fermement à m'accompagner dans des lieux touristiques et artistiques de la ville. Elle se montrait très investie dans la vie politique du quartier et elle était membre de l'association des habitants de Pantanal.

comme des plus dangereux de la ville, considérée elle-même comme la plus violente du Brésil, ceci n'était pas de moindre importance.

L'approche ethnographique et les méthodes utilisées.

L'approche ethnographique cherche à comprendre l'« intégralité » (Taylor et Bodgan, 1984) des processus à l'œuvre dans le domaine qui l'intéresse, mais elle s'appuie en grande partie sur le chercheur lui-même comme instrument de récolte des données, ce qui rend cette « intégralité » toujours inaccessible. Cependant, c'est aussi cette empreinte personnelle du chercheur qui rend le travail ethnographique un travail artisanal, dans lequel le chercheur adopte les postures, les outils, les angles de vues, qui lui semblent opportuns à un certain moment où dans une situation donnée.

Ce type d'approche prend en compte les représentations des personnes pour comprendre leurs pratiques, leurs comportements, etc. Dans ce sens, il est nécessaire de se déposséder, ou au moins en faire l'effort, de ses propres valeurs, idées, certitudes. Il faut savoir se vider de soi-même pour pouvoir expérimenter un certain « éloignement ». La validité scientifique est ici soutenue non pas par la mise à distance savante, mais contrairement par la proximité avec les données empiriques ; c'est à travers la confrontation systématique des données empiriques entre elles, par l'ouverture à recevoir de nouvelles informations, ou des données contradictoires, que l'approche ethnographique trouve sa rigueur scientifique.

J'ai fait appel notamment à deux techniques de recherche principales, l'observation directe et l'entretien semi-directif.

L'observation directe a été systématisée et rendue quotidienne dans les espaces institutionnels et dans le quartier de Pantanal. Le cahier toujours à portée de main, dans les maternités publiques, je m'attardais sur les différents espaces, comme l'accueil, les salles d'attente, les consultations, les formations proposées, les salles de pré-accouchement, etc. où j'observais les comportements, l'allure et les gestes des uns et autres acteurs ainsi que les propos entretenus et les interactions entre eux. Dans le quartier, les modalités d'observation ont été similaires à celles déployées dans les institutions. Cependant la position a été rapidement beaucoup plus commode pour observer. Les cadences temporelles moins standardisées, les espaces plus conviviaux,

les interactions plus désinvoltes, les relations moins rigides devenaient plus confortables à l'observation.

L'observation directe, *in-situ*, que j'ai menée, ne saurait, à mon sens, se confondre avec celle de « l'observation participante », mais elle pourrait se situer à la lisière d'une telle démarche. Je n'ai pas participé à des activités particulières si ce n'est qu'à celles sporadiques de boire un soda dans l'épicerie du quartier, d'être invitée à manger ou à une festivité, de regarder un match de foot ou un feuilleton télévisé avec une famille. J'ai été, en ce sens, une « observatrice passive » qu'on invitait de temps en temps à participer à une activité familiale ou du quartier. Néanmoins, il y a eu une sorte de déplacement de ma position, notamment dans le quartier de Pantanal, m'engageant dans une attitude plus active sur le terrain. L'entrée au terrain a été celle de l'observation du « décor » depuis une posture discrète et humble (sans magnétophone et essayant de rapporter à la sauvette les observations effectuées « à l'œil nu »). Progressivement, notamment lors des derniers séjours, la familiarité et l'acceptation de la part des habitants – ou des professionnels des maternités – a fait que je sois sollicitée par les services de santé de faire des présentations lors des ateliers sur la santé, ou par les gens du quartier de transmettre des demandes aux services de santé.

L'ensemble des observations effectuées sur les deux terrains m'ont permis d'éclairer divers aspects de ma thèse, notamment ceux concernant les interactions à l'intérieur des maternités publiques, les modes de sociabilité, les frontières et porosités entre l'espace public et l'espace privé dans le quartier, les visions qu'ont les femmes des professionnels et leur relation avec les services de santé du quartier.

Les données récoltées par le biais de l'observation ont été retranscrites dans trois journaux de terrain. Non seulement ces pages sont remplies de données empiriques liées directement à mon objet d'étude, mais aussi de notes en marge, d'impressions, d'hésitations, de photos et d'invitations aux baptêmes collées, des dessins propres ou d'enfants des maisons que je fréquentais ; enfin de toute une écriture vouée aux oubliettes lors de la formalisation de la recherche. Ainsi, ces marges de l'écriture retracent la découverte d'une ville, de ses habitants, ou encore des réflexions très subjectives – la progressive compréhension du système de transports publics, mes premières anxiétés lorsque je me rendais seule au quartier, les moments de solitude en

attendant une femme, les rencontres épisodiques me permettant de traverser des frontières en milieu hospitalier, les sentiments de danger, les angoisses face à certains sujets comme la mort d'un enfant – qui ont néanmoins participé à la compréhension de mon univers d'étude, qui était aussi mon univers de vie. Ces écrits viennent aussi démontrer comment les réflexions scientifiques sont tissées à celles affectives lors de tout travail ethnographique. Ils alimentent ainsi la réflexion épistémologique de la recherche. Ils ont pour fonction de donner la preuve que toute recherche sur l'humain a elle-même quelque chose de vital : des phases d'engendrement, de « mise en parole », de « nomination » ou verbalisation, de maturation et aussi, souvent, d'avortement ou de mort. Le décès ou « l'abandon » d'une idée, les lettres mortes de cette thèse, font aussi partie de l'achèvement de la recherche, qui est toujours elle-même vivante.

L'entretien semi-directif a été utilisé comme instrument systématisé de recueil de la parole des acteurs. La systématisation vient ici non pas tant du nombre d'entretiens réalisés ou de l'application sans faille du guide d'entretien[10], mais de l'articulation de ce travail par entretiens avec les cadences du travail d'observation ethnographique expliqué ci-dessus. En ce sens, les entretiens ont aussi opéré comme des « *situations d'observation* » (Beaud, 1996 : 236) et la construction des « *scènes d'observation* ». Dans les maternités publiques, les entretiens étaient menés généralement dans les chambres des parturientes. Cela me permettait de rester de longues heures dans ces espaces où avaient lieux des interactions très intéressantes entre les femmes, les visiteurs, les professionnels de santé ; tout en négociant des pauses avec ces derniers venant de temps en temps faire une piqûre, un contrôle ou remettre un document. Pour les femmes, ces moments étaient l'occasion de raconter ce qu'elles venaient de vivre et tout simplement de « passer le temps ». À Pantanal, j'ai réalisé moins d'entretiens avec les femmes, mais de manière plus approfondie et réitérée. Là, l'absence du cadre institutionnel mettait les femmes et leurs familles plus à l'aise. Généralement, je les avais vues plusieurs fois avant l'entretien. J'ai revu la plupart des femmes, deux ans après notre première rencontre en 2006. D'ailleurs, les entretiens dans le quartier sont devenus pratiquement des « conversations enregistrées » pour plusieurs raisons. D'abord, la mise à distance progressive de la grille d'entretien en faveur des relances permettant une libération de la parole des femmes. Ceci amenait parfois à des hors sujets pour la thèse, mais qui renforçaient la confiance de mes interlocutrices. Cette

[10] Guide d'entretien et tableaux récapitulatif des entretiens effectués en annexe.

mise en confiance des femmes est repérée aussi par l'intervention d'autres personnes, notamment d'autres femmes pendant les entretiens. C'est le deuxième point : les entretiens étaient réalisés chez les femmes, or il y avait généralement d'autres personnes qui avaient sporadiquement quelque chose à dire. Loin d'être intimistes, ces entretiens comme « situations d'observations » m'ont permis de saisir les formes de sociabilité des familles de milieu populaire à Recife, tant dans les chambres des maternités publiques que dans le quartier où les maisons sont loin de constituer des espaces étanches entre eux. Les personnes qui sont dans la maison ont souvent quelque chose à rajouter ; une voisine passe pour apporter à manger, un enfant pleure ou s'agite, et ainsi de suite. Finalement, d'un point de vue heuristique ce sont les conversations spontanées entre ou avec les femmes, qui sont devenues des entretiens collectifs, ou individuels. Je me suis souvent aventurée à demander si je pouvais enregistrer ces moments, créant au début une certaine gêne qui finissait par se dissiper.

Tant en milieu hospitalier que dans le quartier, les entretiens avec les professionnels de santé étaient marqués, en leurs débuts, par la tenue d'un « niveau officiel » de langage Puis, progressivement des registres plus personnels apparaissaient. Ici encore, l'inscription des entretiens dans un contexte d'action – et d'observation – a été bénéfique dans ce sens. Ainsi, la permission que m'ont accordée certains médecins et infirmières d'être présente aux consultations, ou encore les « visites guidées » par un professionnel dans l'institution ou par les ACS dans le quartier ont été très riches méthodologiquement. Lorsque j'effectuais un entretien suite à ces visites, la fluidité dans les propos était évidente.

Les entretiens et les conversations –intéressantes pour mon objet[11] - ont été retranscrits et traduits par moi-même. Puis, tant les observations écrites que les entretiens retranscrits ont été mis à plat et ont fait l'objet d'une analyse thématique, en suivant trois axes : les cadres spatiotemporels, les acteurs et les pratiques.

À ces deux techniques principales de recueil de données se sont ajoutés, à titre complémentaire, d'autres outils divers tels que les photographies et la vidéo. Une importance singulière a été donnée au monde matériel entourant l'expérience de la maternité. Ainsi, les Manuels de la femme enceinte ou de puériculture, les

[11] Il ne s'agit pas forcement des données « rentrant dans ma problématique » mais celles aussi qui venaient à contre-pied et qui faisaient réfléchir.

échographies, les spots de campagnes de santé publique, les documents distribués aux femmes, la circulation d'objets entre elles, les achats, etc. répondent à la nécessité de réincorporer les objets dans l'observation sociologique en tant que cristallisations du social, des garants d'un certain ordre à partir duquel les interactions peuvent se réaliser et surtout en tant que possibles pivots autour desquels se jouent des enjeux sociaux. Le déploiement de ces techniques au cours du travail de terrain et l'analyse de ces matériaux divers correspondent ici à une démarche épistémologique circonspecte, qui vise à rester au plus près des phénomènes sociaux, au détriment de toute « lunette théorique » interposée entre l'observateur et la vie sociale.

J'ai également fait appel à des méthodes quantitatives, surtout dans les phases exploratoires de cette recherche. L'utilisation de données quantitatives, issues de divers instituts et organismes publics et privés, est venue compléter, confronter et situer les faits observés. Non seulement je me suis servie des données statistiques de deuxième main, mais j'ai eu aussi accès à des banques de données sanitaires produites par le Secrétariat à la Santé de Recife (SINASC), relatives à la naissance et la mortalité infantile entre 2000 et 2004. Ces données ont été traitées en 2006 avec le logiciel SPSS. L'année 2006, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) éditait l'Atlas de Développement Humain de Recife, un cd-rom me permettant d'accéder à des données sociodémographiques plus précises sur la ville entre 1991 et 2000 et d'effectuer des tableaux et des croissement d'indicateurs. J'ai aussi produit un questionnaire, passé auprès des Agentes communautaires de santé[12] du quartier de Pantanal qui m'a permis de récolter des données, certes trop peu nombreuses et donc inutilisables en termes d'analyse quantitative mais importantes en termes informatifs. J'ai eu recours également à un nombre assez important d'enquêtes et d'études réalisées par des médecins, des épidémiologistes ou des travailleurs sociaux. Ces travaux ont été très importants pour la compréhension des changements dans la sphère de la santé au Brésil ainsi qu'en tant que matériaux pour l'analyse des représentations et des référentiels sanitaires contemporains.

[12] Voir le guide du questionnaire en annexe.

Retour réflexif sur la position de la chercheuse.

Le travail d'explicitation du parcours heureux et sinueux que constitue le « travail de terrain » devait être fait. Non seulement dans le but de la nécessaire validation scientifique mais aussi dans le but, plus personnel mais tout aussi nécessaire, d'une objectivation de la réflexion sur mon propre parcours. Pourtant, comme explique Dominique Vidal (2007), malgré l'insistance de réflexivité faite au chercheur, il s'avère impossible de retranscrire la totalité de la démarche de terrain, tellement elle est construite de pensées fugaces, de rencontres qui semblent superflues devenant ensuite indispensables et des contraintes et limites, qui le plus souvent restent invisibles au chercheur lui-même, surtout quand elles sont imposées par lui-même et qu'elles sont inconscientes.

Étant donc averti de cette impossibilité de rendre explicite l'intégralité de la démarche, on peut s'aventurer dans un plus humble dévêtement de ma position dans le parcours de terrain lors des deux séjours à Recife. Il faut pour cela revenir sur certains éléments de mon statut, de ma position et de mes caractéristiques personnelles, non pas parce que toute objectivation de la recherche doit en rendre compte de manière systématique et obligatoire, mais parce qu'il me semble que ces éléments ont joué à certaines occasions sur la manière dont les interactions se sont déroulées et sur les possibilités ou pas d'entamer certaines formes de communication avec les personnes rencontrées lors de ce parcours de recherche. Finalement, et fondamentalement, parce que les visions véhiculées par les femmes, me concernant, sont très parlantes sociologiquement sur les femmes elles-mêmes.

Je m´étais posée la question de ma présentation avant d´arriver sur le terrain et j´avais décidé de me présenter en tant que « jeune chercheuse en sciences sociales faisant une étude sur la maternité ». Dans le cadre exploratoire, des conversations informelles dans les rues autour des maternités, une telle présentation me semblait cependant superflue et peut-être contre indicative. J´ai alors essayé de jouer plusieurs rôles: une fille qui attend le bus, qui prend un café dans la cantine de la maternité, quelqu'un qui attend son tour dans la salle d´attente, et ainsi de suite. Malgré l´incertitude sur la bonne manière de jouer ces rôles, j´ai obtenu des informations en mettant en place cette stratégie des faux semblants et grâce aussi à la facilité qu'ont les gens de Recife à

parler avec des inconnus des plus divers sujets, dont par exemple de la ville avec une étrangère ainsi que des enfants et de la maternité avec une femme.

Lorsque je n'allais pas aux institutions médicales pour faire des entretiens, le rôle de l'enquêtrice a été tout aussi mouvant selon les situations et les interlocuteurs que dans la rue, le jeune âge et le sexe féminin permettant cette mobilité. Le fait de passer de jeune médecin à apprentie infirmière ou à utilisatrice des services montre non pas tant l'adaptabilité de la chercheuse que la labilité d'affectation de rôles chez notre population. Au-delà des implications sur le déroulement de la recherche, cette caractéristique du terrain m'a obligé à porter un regard complexe sur les acteurs engagés dans les situations, où les places des interlocuteurs sont autant définies par le jeu des statuts cognitifs que par celui des asymétries entre ces statuts.

Ma position à l'intérieur des maternités a changé lorsque j'ai eu la permission du comité d'éthique, que j'ai été reconnue par les professionnels de l'institution et que j'ai entamé la réalisation des entretiens. J'ai commencé à ressentir le contrôle des professionnels de santé, surtout dans l'espace de chambres des femmes, où le nombre de travailleurs n'est pas excessif laissant ainsi le temps à chacun de scruter et d'identifier ceux présents dans l'espace. Ainsi, une de mes premières annotations dans les marges de mon journal de terrain a été : *« j'observe et je me sens observée »*. En effet, je ressentais l'incompréhension des infirmières qui passaient de temps en temps et s'étonnaient de me voir toujours assise, dans la même position, dans une salle d'attente. Certains espaces auparavant ouverts, quand on ne savait pas trop qui j'étais, ont commencé à se fermer, comme les salles de pré-accouchement. Je devais jouer « mon rôle de chercheuse » pour me fondre à nouveau dans le paysage institutionnel. J'ai commencé alors, légitimée par l'autorisation du comité, un moment prolifique de réalisation d'entretiens. Ce qui a été perdu en spontanéité face aux femmes hospitalisées[13], a été gagné en confiance avec les professionnels de santé, avec qui j'ai commencé à réaliser des entretiens à partir de ce moment-là.

Pour concevoir ma position lors de l'accès au terrain de Pantanal, il faudrait revenir sur une question cruciale liée au contexte urbain et social de la recherche : les inquiétudes liées à l'insécurité. Lors de mes premières visites dans le quartier, les ACS m'ont

[13]Également, dès que j'ai été admise de manière officielle dans les hôpitaux je devais signer, et faire signer à chaque personne interviewée, un « terme de consentement libre et compris ».

couverte de recommandations : les meilleurs horaires pour m'y rendre, les endroits où je ne devais pas aller, ainsi que les endroits précis où je devais descendre et attendre le bus. À certains moments où j'accompagnais une ACS, son conseil était de *« rester en silence »* (*Ficar calada*). Ma physionomie pouvant me faire passer pour une *« vraie brésilienne »*, les ACS jugeaient plus sûr de me faire taire, surtout quand on se rapprochait des maisons de ceux considérés comme la « racaille » *(malandros)* du quartier. La comparaison avec le terrain dans les maternités devient saisissante car dans le cadre des institutions cette insécurité n'était pas vécue de la même manière et, *a contrario*, les professionnels de santé n'avaient pas de souci à crier aux quatre vents que je n'étais pas brésilienne, mais « française » ou « argentine ». Dans un des terrains il fallait cacher le fait d'être étrangère, dans l'autre il fallait l'exhiber. L'insistance des ACS à vouloir à tout prix m'accompagner lors des premières rencontres avec les femmes n'était pas uniquement liée à ma sécurité personnelle mais aussi sûrement dans le but d'avoir un certain contrôle sur les paroles échangées ainsi que de se valoriser elles-mêmes auprès des habitants du quartier car elles avaient l'impression de *« participer à une recherche »*. Réciproquement, les femmes et familles rencontrées se sentaient aussi valorisées car « élues » parmi tant d'autres par leur ACS. Finalement, quelques mois après mon arrivée à Pantanal, je me libérais de la tutelle des ACS. Si les ACS exerçaient sur moi un contrôle effectif aux débuts de mon travail dans le quartier (elles savaient à qui j'allais rendre visite et avec qui je parlais), n'était-ce pas le prix à payer en échange ?

Cette mise en exergue de l'assujettissement du chercheur aux contraintes et caprices du terrain de recherche me semble fondamentale pour toute entreprise d'analyse épistémologique sur le processus de production de connaissances. La bienveillance des ACS ainsi que des professionnels des maternités avait le double fil : d'un côté intégrateur et fructueux, de l'autre excluant et limitatif. Ce qui semble inhérent à toute approche qualitative et ethnographique dans la recherche : lorsqu'on fait devenir le « terrain » maître, on doit s'y soumettre avant de pouvoir commencer à esquiver ses règles.

Femme, étrangère, diplômée, jeune, non-mère – représentante donc d'une altérité de féminité pour certaines femmes rencontrées – ce sont là les caractéristiques qui ont

joué autant comme vecteurs de complicité que comme facteurs pouvant aboutir à un sentiment de « *familiarité rompue* » (Chauvier, 2006: 16).

Quand on se rapproche de la trentaine et qu'on est femme, la question de la maternité en milieu populaire au Brésil devient impérative. Le ton des questions et des remarques des femmes interviewées dans les maternités publiques ou à Pantanal en témoignent : *combien d'enfants vous avez ?* Ou encore: *où les avez-vous laissés, en France ?* (*e vôce quantos filhos tem ? Onde estão seus filhos, ficaram na França?*) En effet, après avoir discuté de longs moments de *leur* maternité, la question en retour se posait souvent et ceci était d'autant plus récurrent que les conversations se déroulaient dans une atmosphère de connivence. Par bonheur, ces questions arrivaient généralement en fin d'entretien, car la réponse négative, de ma part, semblait creuser *illico* une distance, une *« familiarité rompue »*. Non pas que cette distance – sociale, de statut, de ressources, etc. – n'existait pas déjà, mais j'ai souvent eu l'impression que mes réponses négatives étaient à l'origine d'un brutal jaillissement de l'écart. Cette impression a été corroborée lors de l'écoute de certains entretiens, dans lesquels, à partir du moment où je répondais que je n'étais pas *mère*, les femmes arrêtaient leurs questions. Elles auraient pu me demander, par exemple, les raisons de ma non-maternité, si je l'envisageais, ou alors, se réjouir en disant qu'être mère est très dur, etc., tel que l'on fait souvent entre femmes en milieu populaire et en présence d'une non-mère.

Inversement, le seul point de rencontre entre nos deux mondes était tacitement l'intérêt personnel pour la maternité, or, dès lors que je n'étais pas « mère » ma place devait être une autre. Elles ne pouvaient plus me voir comme égale. D'ailleurs, le partage de la sphère maternelle et l'appel de leur propre expérience – *« moi, mon enfant je lui donnais le sein », « le mien pleurait tout le temps »* - est une des stratégies de la part des professionnels de santé lorsqu'elles entament des discussions avec les femmes pauvres, tel qu'on le verra dans la thèse. La maternité semble un terrain d'entente souverain pour « discuter entre femmes ». Ceci m'amenant à penser que si ma réponse avait été positive un autre type d'échange aurait pu s'engager. Les interactions auraient pu être richissimes en informations car elles auraient transmuté les rôles laissant transparaître les intérêts de ces femmes pour une « autre » maternité. Cette supposition

ne vient pas alors sans le regret de n'avoir pas à certaines occasions (quand l'imposture n'escompterait pas la relation établie) répondu par la positive.

Cette *« familiarité rompue »*, si elle était gênante en termes de recueil de données et d'interaction avec les femmes, me permettait néanmoins d'appréhender leurs imaginaires ainsi que de constater un certain jeu interactionnel. Souvent, dès que je disais ne pas être mère, les femmes s'adonnaient à me classer dans d'autres modèles du féminin. Elles effectuaient alors des comparaisons mystifiées: je ressemblais à une actrice de la télé, à une chanteuse de "brega" (musique populaire) ou de pop nord-américaine. Il est peut-être exagéré d'adjudiquer ce virement dans l'interaction au seul fait que ma non-maternité, mon accent bizarre (*sotaqui estranho*), la manière dont j'étais habillée et le fait que j'étudiais pouvaient jouer aussi en faveur des repositionnements. Si je m'habillais le plus « simplement possible » pour aller au quartier, j'étais aussi trop discrète par rapport aux tenues brésiliennes de milieu populaire, ressemblant peut-être plus à une présentatrice de télévision ou à une musicienne étrangère.

Cependant, un autre élément me semble intéressant sur ce point : une sorte de valorisation de *soi* par la valorisation de l'autre (qui s'intéresse à *soi*). À plusieurs reprises les ACS m'ont dit de façon moqueuse, suite à une visite domiciliaire ou entretien, que les personnes *« se croient très importantes »* dès que je viens chez eux. Or, il se pourrait que le fait de me replacer dans une autre position était dû à cette valorisation de *soi*, liée au fait qu'il était plus important, pour elles, car plus proche de leur vie, d'avoir une « artiste de la télé » à la maison qu'une « doctorante en sociologie ». Il me semble qu'on est face à ce que Martuccelli appelle *« le joueur asymétrique »*, un type d'individu impliqué dans un jeu au niveau des interactions où *« l'important n'est pas tant dans les positions sociales que dans les capacités à jouer avec ces asymétries »* (Martuccelli, 2010 : 228), ainsi qu'à une certaine *« vulnérabilité »* des positions sociales, en Amérique Latine, permettant qu'elles *« se perçoivent, objectivement et subjectivement, comme ouvertes »* (*idem* : 264).

Je me sentais à nouveau argentine et capable de partager avec elles ce jeu. J'ai ainsi investi plusieurs positions : redevable envers les invitations, protégée en tant qu'étrangère, témoin d'injustices ou conseillère dans les questions de cœur. Souvent

on m'a crue proche des administrations (me demandant des informations sur comment soutirer son registre d'identité, par exemple) et très souvent reconnue comme appartenant à une couche sociale aisée et comme possible employeuse dans le service domestique. Elles m'ont aussi reconnue comme possible ressource sociale en me demandant si je ne connaissais pas un juge, un médecin, ou une personne anglophone pour donner des cours d'anglais dans le quartier. Encore ici, il faut revenir à ce observé par Danilo Martuccelli, et qui constitue une des conséquences de la vulnérabilité des positions sociales en Amérique Latine, l'existence d'un type d'individu *« opportuniste vulnérable »*, saisissable en dehors de toute appréciation morale, pour qui *« il y a une continuelle ouverture des situations, dans lesquelles l'opportunité crée une philosophie de vie »* (*ibid*. 270). Ainsi, j'ai pu être conviée à plusieurs anniversaires et baptêmes d'enfants en tant que « tante » (Tía) percevant l'obligation de ramener des cadeaux. Réciproquement, j'ai aussi reçu des petits cadeaux en souvenir du Brésil, ou quand je restais tard dans le quartier, on demandait à un adolescent de m'accompagner pour prendre le bus. Finalement, l'opportunisme de ces femmes – et le mien – m'a fait entrer aussi dans des relations d'échanges et d'entraide. Tant pour moi, comme pour elles, l'important se jouait dans les relations entamées.

Ce long parcours de recherche a été marqué par plusieurs bifurcations et impasses dues aux caprices des lectures effectuées, aux caprices du terrain et aux caprices de la chercheuse elle-même.

Ainsi l'analyse de la littérature, « l'étude » dans le sens fort, s'est intercalée avec les allers-retours sur le terrain. C'est dans l'éloignement physique avec mon terrain que j'ai mis au travail, puis en ordre, ces lectures. J'ai mis en dialogue les textes et les notions. Ensuite, j'ai rétabli un certain ordre me permettant de problématiser. Telle une dissection, j'ai extrait d'une problématique sur la famille, celle d'un lien particulier – le lien de filiation – et, de celui-ci, un acteur particulier, la mère. J'ai alors défini la notion de l'expérience de la maternité, de laquelle j'ai dégagé des dimensions analytiques et opératoires : la dimension temporelle, spatiale, relationnelle et corporelle. Ces dimensions ont eu des places différentes dans la construction du texte. La dimension spatiale, par exemple, a été mise en exergue comme contexte de

l'expérience maternelle, par la description des changements survenus dans la société brésilienne et ses institutions, ainsi que dans la ville de Recife. Cette dimension vient compléter la révision de la littérature et la formulation de la problématique, dans la première partie de la thèse. Cependant, au fur et à mesure que la recherche avançait, elle perdait sa force explicative dans le processus de modulation des expériences. Les « observations transhumantes » des mères dans la ville avaient eu, lors de la construction du projet de recherche, une place importante. Il s'agissait de suivre les mères en circulation, de les accompagner dans leurs démarches administratives et médicales concernant la maternité, mais aussi dans d'autres activités de travail ou de loisir. Le but suivait une approche de la sociologie urbaine et faisait de ces observations l'outil pour redessiner la carte de Recife à partir des pratiques, trajets et circulations des mères pauvres de la ville. Or, la rencontre avec les services de santé et ma concentration sur ceux-ci m'ont fait perdre le fil analytique de cette dimension. Finalement, c'est moi-même qui ai transhumé d'institution en institution et déambulé de longues heures à Recife, changeant souvent trois fois de bus pour me rendre dans l'un des terrains[14].

La dimension temporelle de l'expérience m'a servi dans l'organisation du corpus de données, et a marqué ainsi la façon de les présenter dans cette thèse. Sectionnées par ordre chronologique, les relations entre les femmes-mères et le dispositif de santé publique seront discutées à partir des différents moments de l'expérience de la maternité : la grossesse, dans la deuxième partie de la thèse ; l'accouchement, dans la troisième ; et le post-accouchement, dans la quatrième partie. Cette division séquentielle de la maternité, ne répond pas seulement au souci d'organisation et de lisibilité, mais aussi aux différences fortes, observées, dans les arrangements avec les régulations du dispositif aux différents stades des expériences maternelles. Dans ces trois différentes parties de la thèse – et moments de la maternité – des bifurcations expérientielles de la maternité viennent rappeler l'arbitraire d'une vision linéaire de l'expérience : ce sont les expériences de l'avortement, de la mort de l'enfant et de la stérilisation.

[14] Ces déambulations m'ont permis néanmoins de comprendre ce qui pouvait constituer pour les femmes de milieu populaire, l'accès aux institutions dans les conditions précaires des transports publics dans la ville de Recife.

Finalement, la dimension corporelle et celle relationnelle ont pris progressivement une place majeure dans la recherche comme étant centrales dans les arrangements entre le dispositif de santé publique et les femmes, travaillant ainsi dans la subjectivation de l'expérience de la maternité. C'est sur cette question que l'on se penchera en conclusion.

Commençons donc le retour, et dans ce retour laissons le Je de côté, au profit du Nous, pour aller à la rencontre des femmes-mères de Recife. La première personne du singulier se voulait d'être utilisée dans sa *« juste mesure »* (Olivier de Sardan, 2000) dans le but de situer le parcours du chercheur. De manière, tout autant arbitraire, nous passons au Nous, pour faire ensemble la traversée de l'océan à la recherche de la mère.

Carte du Brésil avec l'État de Pernambouc et la ville de Recife.

Figure 1: Carte du Brésil, © Atlas IDH/PNUD, Brésil, 2000

Terrains de recherche.

Figure 2: Entrée de la Maternité Barros Lima. © A. Faya Robles.

Figure 3 : Arrêt de bus à Pantanal. © A.Faya Robles

Ville de Recife. Localisation des terrains de recherche.

Figure 4 : Carte de Recife. Localisation des lieux de résidence de la chercheuse, des trois maternités publiques et du quartier de Pantanal. © Atlas IDH/PNUD, Recife, 2005.

Partie I: Traverser l’océan pour retrouver « la mère ».

Ici commence donc le retour, par une traversée de l'océan à la recherche de la « mère ». Non pas la nôtre, ni la perdue, ni l'idéalisée mais bien cette autre maternité, bien réelle, des femmes de milieu populaire à Recife. Celle qui se vit dans des relations familiales spécifiques et dans un contexte social et urbain particuliers. Lors de la première partie de la thèse nous effectuerons une révision de la littérature, puis un zoom depuis les questions les plus générales de la famille et des relations qu'y se tissent, à celles plus corporelles et symboliques de la production de êtres. Nous délimiterons ainsi le périmètre de ce que nous considérons « l'expérience de la maternité » dans cette thèse. Dans cette partie, nous allons aussi explorer le contexte social, urbain et institutionnel où cette expérience s'inscrit. Nous verrons, comment ce contexte est moins un « décor » que des espaces dynamiques participant aussi des expériences maternelles. Cette première traversée est donc théorique et empirique et son but est d'arriver à la construction de notre objet de recherche et notre problématique.

I-1. La maternité comme objet : L'inscription de la relation maternelle dans la parenté contemporaine et dans le corps des femmes.

I-1-a. De la « famille moderne » à « la parenté contemporaine ».

La perspective faisant émerger les mouvements et les changements de la famille contemporaine, au détriment de sa stabilité et de sa durée, a réveillé des discours alarmistes sur sa crise et sur sa fin. Les mutations des manières de *faire famille*, ainsi que des relations qui s'y tissent, ne font cependant que confirmer la place inébranlable qu'elle occupe dans toute société et dans l'expérience de toute personne. L'affirmation tranchante de Maurice Godelier (2004 : 22) rebute les craintes apocalyptiques sur le destin de la famille: « *Les transformations de la parenté n'engendrent jamais autre chose que de la parenté* ».

Les conflits dans l'interprétation des transformations observées sont dus, en partie, au clivage conceptuel entre *famille* et *parenté*. Deux perspectives différentes, souvent

associées à deux disciplines distinctes par leurs approches du terrain, la sociologie et l'anthropologie, et qui conduisent à des visions divergentes d'un même objet: cet ensemble de liens sociaux créant les bases (symboliques, juridiques, sociales et pratiques) sur lesquelles se construisent l'appartenance et l'identité sociale de ses membres.

La sociologie de la famille, fille de l'ère moderne, s'est retrouvée embarrassée avec ses seuls outils, pour donner sens aux transformations qui s'opéraient dans la famille *conjugale* ou *nucléaire*. Pour ce faire, elle a dû effacer l'empreinte des approches fonctionnalistes et importer des notions de l'anthropologie de la parenté, lui permettant de décomposer l'image du noyau familial type: le couple marié hétérosexuel et leurs enfants légitimes, comme seule réalité familiale « normale ».

Aujourd'hui, l'union entre un homme et une femme ne se soumet plus au seul cadre matrimonial distinguant le légitime de l'illégitime. D'autres formes de légitimation des unions ont vu le jour et sortent de l'ordre purement contractuel et formel du mariage, donnant ainsi lieu à des processus plus diversifiés et complexes de légitimation des alliances. L'augmentation des taux de divorce et du nombre d'unions libres dans le monde en est un indicateur éclatant[15], tout comme la demande de reconnaissance légale pour des unions « autres », telles que la cohabitation ou le mariage gay (avec la création, par exemple, du PActe Civil de Solidarité en France en 1999 ou le premier mariage civil gay en Hollande en 2000). Ces processus sociaux complexes, leur inscription dans des séries statistiques (taux de nuptialité, de divorce, etc.) et dans les inflexions de la jurisprudence concernant le couple, peuvent se traduire dans cette phrase dépouillée de Göran Therborn (2006 : 133) : *« Le mariage n'est pas en train de disparaître. Il change »*. La légitimité des enfants issus de ces unions se détache à son tour de la *conjugalité*. Le mariage ne distingue plus les enfants légitimes des enfants illégitimes ou « naturels ». En France, par exemple, depuis la réforme du code civil en 1972, les différences de droits en matière successorale sont abolies. Ce qui a rendu

[15] « Des données réunies en 2002 ont révélé que le taux de divorce en Europe occidentale était d'environ 30 pour cent, tandis que dans les pays scandinaves, au Royaume- Uni et aux États-Unis, il frôlait les 50 pour cent. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les taux de divorce des femmes âgées de 40 à 49 ans qui ont été mariées au moins une fois sont compris entre 25 et près de 50 pour cent, la médiane ayant pratiquement doublé entre le milieu des années1980 et la fin des années 1990 ». Source : La situation des enfants dans le monde 2007. UNICEF.http://www.unicef.org/french/sowc/archive/FRENCH/La%20situation%20des%20enfants%20dans%20le%20monde%202007.pdf

caduc la différenciation entre « légitime » et « naturel » et encouragé les nouvelles réformes, menées en 2006, regroupant juridiquement ces deux liens de filiation sous un même nom : la *filiation biologique*. Les enfants « naturels » sont aujourd'hui légitimes et il semble même que cette « naturalité » produise désormais la légitimité[16].

De même, au Brésil, la distinction entre enfants « légitimes » et « naturels » a été abolie par la reformulation du Code Civil en 2003. Dans le domaine de la filiation, et au-delà de la question de la légitimité des enfants, de grands changements se sont opérés tout au long du 20ème siècle bouleversant les cadres de cette relation familiale particulière : les procréations médicalement assistées (PMA), l'homoparentalité, la monoparentalité ou encore la pluriparentalité. Ces phénomènes installent dans l'espace public des questionnements sur les vides juridiques, ou ses délimitations arbitraires, par rapport aux variations hétéroclites du lien de filiation, amenant la juriste Marcela Iacub (2004) à affirmer que c'est bien là, vers ce lien particulier, que les contraintes familiales se sont aujourd'hui déplacées.

Si le cadre légal de la filiation et du mariage devient une arène de revendications et de luttes diverses, cela est dû à la force des transformations réelles dans la sphère familiale. Malgré sa lenteur, le droit suit graduellement les changements opérés dans les familles, tout en construisant le cadre normatif de leur reproduction. Il est assez consensuel de dire que dans l'Occident industriel s'est opérée une *« familiarisation de la parenté »* (Théry, 2005 : 162) ; processus qui reconstituait le système de parenté en un enchaînement de familles conjugales formant (et se formant dans) la sphère privée. Puis, ce modèle a semblé se répandre dans le monde. Cependant, il caractérise plus une manière hégémonique d'envisager la famille qu'une réalité sociale véritablement prédominante. Tel que le rappelle Philipe Ariès (1980), la famille nucléaire existait avant l'ère moderne, mais on la désignait comme la *maisonnée*, le *ménage* ou la *maison*. Selon cet auteur, si changement il y a eu, à ce moment de notre histoire, c'était moins dans la réalité que dans la production d'une *« doctrine de la famille »*. Cette *« doctrine »* récrée non seulement la genèse de la famille conjugale, au travers de laquelle elle pourra se différencier des modèles « antérieurs » et « obsolètes », comme celui de la famille patriarcale ou étendue, mais surtout elle invisibilise le fait que ces

[16] Une discussion plus large sur l'ensemble de valeurs contemporaines sous-tendant cette notion de « filiation biologique » sera menée tout au long de cette thèse.

modèles existent parallèlement à la famille conjugale ou nucléaire[17]. Pour Ariès, ce qui change avec la Modernité, ce sont les liens entre la famille et la société, soit les cadres de la vie quotidienne. Si auparavant, ce cadre était la communauté, avec l'industrialisation, il se centre sur la maisonnée. Avant, l'identité sociale d'un individu se définissait autant par son appartenance à la communauté qu'à la maisonnée. Dans la période qu'on appelle la Modernité, la maisonnée devient l'espace séparant le public et le privé, domaine de la vie privée par excellence.

Cette doctrine ayant effacé toute « survivance » de modèles « autres » de familles au cours du 20ème siècle, on la retrouve, aujourd'hui, métamorphosée. Si au préalable, elle supposait une famille préindustrielle étendue, rurale et patriarcale qui disparaissait en laissant la place à la famille nucléaire, au fur et à mesure des progrès de l'urbanisation et de l'industrialisation, c'est de « la fin » de cette famille nucléaire dont on a commencé à débattre. Autrement dit, on a cru assister, à la fin du 19ème siècle, à la naissance de la famille *nucléaire*, puis, à la fin du 20ème siècle, à la fin de celle-ci. On a réduit des changements plus étendus, touchant les cadres « normaux » de la vie quotidienne et la séparation nette entre l'espace privé et l'espace public, à la seule genèse et disparition d'un unique modèle de famille. Ce qui implique que les transformations survenues dans ce groupe social, la famille, étaient moins morphologiques – même s'il y a eu des transformations très importantes notamment en ce qui concerne la taille des familles ou leur agencement dans l'espace – que celles relevant d'un mouvement qui introduirait de nouvelles fonctions, significations et contenus dans des relations souvent déjà existantes.

La *« doctrine de la famille »* s'est répandue mondialement et on peut la retrouver dans des horizons aussi éloignés l'un de l'autre que la France et le Brésil. La particularité de l'approche de la famille au Brésil est double. D'abord, cette *« doctrine »* se confrontait à une société culturellement très hétérogène, où l'expansion de l'industrialisation était encore moins régulière que dans les pays occidentaux. De plus, cette *« doctrine de la famille (nucléaire) »* dont parle Ariès, n'est pas apparue dans un contexte théorique vierge. Elle s'est rapidement placée face à la perspective de la famille brésilienne dominante au début du 20ème siècle : celle qui projetait le modèle patriarcal de famille

[17] L'anthropologue P.G. Murdock avait déjà signalé dans les années 50, non sans réveiller un certain scandale de la part de « la doctrine », le fait que la « famille nucléaire » était universelle. Une lecture approfondie du travail de Murdock, telle que celle réalisée par R. Deliège (1996), montre qu'il ne niait pas la diversité de structures de parenté, mais qu'il insistait seulement sur le fait que toute société reconnait la triade qui lie un homme, une femme et leurs enfants.

brésilienne comme étant a-historique. L'ouvrage majeur de Gilberto Freyre (1933), *"Casa-Grande e Senzala"*[18], avait délimité l'image qu'on allait se faire de la famille brésilienne pendant longtemps : celle des grandes familles seigneuriales de la "fazenda" de café et du "engenho" de sucre, c'est-à-dire, une famille comprenant la cellule blanche et légitime (le patriarche, sa femme et leurs enfants légitimes) et la périphérie de cet atome, formée par une masse aux contours flous de servants, esclaves, maitresses et enfants illégitimes. Une famille hautement hiérarchisée et portant en son sein la diversité culturelle du Brésil. Cette famille rurale, étendue, népotique, clanique et typique du milieu rural de l'État de Pernambouc ou bahianais, était devenue des années 30 aux années 50, le type de famille exprimant le caractère national (Teruya, 2000).

Depuis la fin du 19ème siècle, l'idée de la famille nucléaire et bourgeoise s'est progressivement introduite dans le contexte brésilien. Elle faisait partie d'un ensemble plus vaste d'idées importées telle que le libéralisme et la foi dans le progrès. La *« doctrine de la famille conjugale »*, dont nous parle Ariès, s'acclimate au contexte brésilien. C'est la théorie de l'urbanisation, sous l'influence des idées de l'École de Chicago et du fonctionnalisme parsonien, qui devient prédominante pour expliquer le passage de la famille patriarcale à la famille nucléaire, transposée à la ville du 20ème siècle. L'œuvre d'Antonio Cândido, *"The Brazilian family"*, écrite en 1951, dans laquelle l'auteur formule donne le nom de *famille conjugale moderne* à l'aboutissement d'un développement linéaire de la famille brésilienne, en est un exemple manifeste (Carvalho Filho, 2000).

Cependant, encore une fois, et peut-être plus rapidement que dans les pays industrialisés, cette doctrine est mise à mal au Brésil par une opération critique qui s'effectue par un double mouvement.

Le premier consiste à revenir sur le modèle prédominant de la famille patriarcale. Plusieurs historiens brésiliens vont démontrer que la famille patriarcale du 19ème siècle n'était pas le seul type de famille existante. Ils critiquent cette homogénéisation historique (Mariza Corrêa, 1993) des grandes épopées familiales, développées non seulement par Freyre mais aussi par Oliveira Vianna ou Costa Pinto. Au-delà de ces travaux révisionnistes (inspirés de la démographie historique, de l'École de Cambridge

[18] Sorti en France pour la première fois en 1952 sous le nom de *Maîtres et esclaves. La formation de la société brésilienne ».*

et de l'histoire des mentalités d'Ariès), mettant en relief la pluralité historique de la famille brésilienne, des travaux sociologiques et anthropologiques, viendront montrer que cette pluralité s'est maintenue tout au long du 20ème siècle jusqu'à nos jours.

Le deuxième remous relève de la critique de la vision évolutionniste et fonctionnaliste de la famille nucléaire qui montre que cette dernière n'avait pas été si répandue que les travaux du milieu du 20ème siècle l'avaient prétendu. Des chercheurs travaillant sur des « communautés » ou des quartiers populaires, à partir des années 70, mettront en relief d'autres manières de *faire famille*. En outre, les travaux sur le genre, développés à leur début au sein du mouvement féministe, viendront s'articuler avec ceux de la famille. Puis, plus tard, d'autres paramètres d'analyse, comme la génération ou les cycles de vie, contribueront à comprendre le fonctionnement de la famille. La prise en compte des logiques internes de la famille, ou pour l'exprimer en langage bourdieusien, la vision de la famille comme *champ* et non plus comme *corps*, permet de voir que des rapports de force ainsi que des *jeux* de force, souvent issus de processus sociaux extérieurs à la famille, la traversent, définissant aussi les *« limites de son fonctionnement »* (Bourdieu, 1993 : 34). D'autres axes d'analyse « plus forts » comme le genre, la génération et la sexualité, nous le verrons, *« opèrent dans* (le sens de) *cette flexibilisation qui fragmente l'image de la famille »* (Parry Scott, 2005*a*: 236). L'anthropologue recifense Parry Scott suggère que, dans toute recherche actuelle portant sur le groupe familial *« il n'y a pas de place pour* « la » *famille brésilienne mais pour* « les » *familles brésiliennes* [19]*»* (*ibid.* : 238).

Qu'est-ce qui change dans la famille, ou plutôt *les familles* des sociétés contemporaines ? Et comment? Qu'est-ce qui nous permet, malgré tout, d'englober toujours cette hétérogénéité de groupes et de relations sous une même catégorie, celle de la *famille* ? Et qu'est-ce qui nous permet, par la suite, de faire éclater cette même catégorie que nous avions construite?
Curieusement, ce n'est pas parmi les études les plus récentes sur les familles que nous trouvons les premières réponses à ces questions, mais plutôt chez un père fondateur de la sociologie. Malgré la relative méconnaissance des réflexions de George Simmel sur la famille, celles-ci sont visionnaires et posent des questionnements très contemporains à l'intérieur de ce champ d'étude.

[19] Traductions de l'auteur.

La sociologie de Simmel, et plus particulièrement sa « Sociologie de la famille » (Simmel, 1895), bien qu'elle soit très circonscrite et marquée par certains préjugés de la fin du 19ème siècle, nous permet de concevoir la famille dans sa dimension fondamentalement plastique. D'un côté, Simmel met en exergue la mutabilité des formes familiales de par la relative contingence des *actions réciproques* et des interrelations qui la tissent. Mais d'un autre côté, l'élasticité des formes est ici garante de la pérennité d'une dimension (quasi) transcendantale de la famille (Vincent Rubio, 2006). Cette dernière fait de la famille une abstraction contraignante, garante perpétuelle dans le dressage de cadres, soient-ils très divers, à la reproduction biologique et sociale de la société. Comme le rappelle Rubio, Simmel développe à la fois une *« conception ouverte (et tragique) de la famille »* (Rubio, 2006 :143), autrement dit, la famille comme création sociale et dynamique des individus, qui s'autonomise à son tour et s'impose à eux.

Pour Simmel, la société, et *a fortiori* la famille, n'est pas une substance concrète, mais un processus d'associations et d'interactions conduisant à une unité d'ordre social. La « Société » existe seulement à condition que ceux qui interagissent en soient conscients, conscients de *faire société*. De même, nous pouvons avancer que pour que la « Famille » existe, il faut que les individus, entrelacés dans les relations qui la forment, soient conscients de *faire famille*. À la rigidité de la catégorie « famille » vient se substituer la notion de *faire famille*. Au-delà de la conscience de l'acteur, suggérée par Simmel, c'est la famille saisie en tant que *devenir* qui constitue, à notre avis, l'apport majeur de l'auteur. La *famille en devenir* se construit toujours comme un processus où elle se fait et se défait par les relations qu'établissent les acteurs se définissant comme ses membres.

L'approche de Bourdieu, dans l'article cité ci-dessus, n'est pas éloignée de celle de Simmel dans ce sens d'un tiraillement entre immanence et transcendance de la famille. Bourdieu différencie la famille comme *« catégorie sociale objective »* de la famille comme *« catégorie sociale subjective »*, les deux accomplissant dialectiquement un *« véritable travail d'institution »* (Bourdieu, 1993 : 34). La famille n'apparaît pas comme institution mais comme *« travail d'institution »*. Autrement dit : il n'y a pas de « famille » mais il y a *« familiarisation »*. Il s'agit d'un tissage de relations toujours en

devenir mais se donnant « à voir » comme un groupe figé et stable. Si la famille est une fiction, dans le sens où elle n'est qu'un *mot*, ce qui a été mis en relief par l'ethnométhodologie, elle fonctionne comme un *mot d'ordre*, dit Bourdieu. La famille serait, certes, un principe de construction sociale, mais ce principe est lui-même socialement construit. Elle est issue des facteurs intégrants (qui la montrent comme un *corps*) et des facteurs de stratification (qui la transforment en *champ*). Elle a la capacité d'intégrer des rapports de pouvoir (affectation) en son sein, en constituant des savoirs et de la formalisation (Deleuze, 1986). Bourdieu fait référence aux effets prescriptifs de la formalisation ou catégorisation et il donne l'exemple des nominations à l'œuvre dans la famille, telles que : « c'est ta sœur », nomination qui induirait *« l'imposition de l'amour fraternel comme libido sociale désexualisée »* (Bourdieu, 1993 :34). Pour Bourdieu, il y a une traduction de l'obligation d'aimer en disposition aimante : d'une nécessité sociale (le lien fraternel et le tabou de l'inceste), on passe à une construction subjective (aimer sa sœur et l'aimer d'une manière particulière). Dans ce sens, nous voyons non seulement le passage des dispositions objectives aux dispositions subjectives, mais aussi le caractère performatif des mots dans la théorie bourdieusienne ; question sur laquelle nous reviendrons. Mais, à cette approche, il faut articuler celle de Simmel, laquelle introduit une différence dans les manières de *faire famille* dans les sociétés modernes et contemporaines. Nous trouvons déjà chez Simmel une dialectique entre formes objectives et constructions subjectives et l'idée que l'âme humaine s'objective dans les formes sociales (objectives) et vice-versa, le fait que l'objectif se subjective à son tour (Vanderberghe, 2001 : 96). Il applique aux formes familiales ce processus d'objectivation-subjectivation. Il montre l'inversion familiale qui s'est opérée à l'ère « moderne », laquelle consiste à ériger en critères de l'intérêt et du désir individuel ce qui auparavant se montrait comme l'intérêt social et la norme. Le mariage monogamique ou la procréation découlent, pour Simmel, des nécessités économiques et sociales, mais elles créent les conditions pour que l'amour conjugal et filial fleurisse. Inversement, l'apparition de ces sentiments devient motif de mariage ou de procréation. Simmel est ainsi le premier à percevoir le processus d'individualisation dans le domaine de la famille, lequel sera plus tard approfondi par des auteurs travaillant sur la famille contemporaine, tel que François de Singly (1996, 2004, 2005). En effet, la famille moderne se réinvente en s'appuyant sur des valeurs telles que l'autonomie et l'épanouissement mutuel et individuel des parents et des

enfants. Simmel est ainsi le premier sociologue à s'intéresser à la dimension relationnelle de la famille.

La vision *tragique* de la *famille en devenir* simmelienne, comme réalité transcendante en même temps qu'immanente des individus, laisse transparaître ce que Bourdieu distinguera plus tard dans la catégorie de famille, *structure structurante* autant que *structure structurée*. Chez Bourdieu (1993), il s'agit avant tout de structuration de l'espace social, où les *familles-champs* seront inégalement placées dans des *champs* plus vastes (économique, social, symbolique, scolaire, etc.). Cette vision de la famille comme champ inégalement placé dans le champ social ne s'oppose pas, à notre avis, à la notion de *famille en devenir*. Si l'hétérogénéité familiale est, ici, donnée par la hiérarchisation sociale et réciproquement, la famille devient le lieu de reproduction sociale, car elle est le lieu principal de transmission de capitaux (Bourdieu, 1993 : 35), cette approche nous permet de poser un premier postulat quant à la pluralité des familles. La pluralité existe non seulement comparants les milieux sociaux mais aussi à l'intérieur d'eux, dans le sens où un *champ* est toujours rapport de force et il est donc toujours en train de s'actualiser.

La notion de *famille en devenir* permet de rendre compte de l'hétérogénéité de la famille, au-delà du simple partage des places dans l'espace social et de leurs « formes » diverses. Elle permet aussi de sortir de deux impasses concernant des questionnements plus ou moins actuels en sociologie de la famille. Le premier, davantage daté et ancré dans divers travaux scientifiques et, pour cette raison, quasi résolu en termes épistémologiques, concerne le débat autour de la « crise » de la famille liée à ses changements de formes. Malgré l'omission de l'œuvre de Simmel et les réactions alarmistes de la fin du 20ème siècle, quant à la fin de la famille, les études disponibles témoignent de son impérissabilité historique. Ces recherches apportent des données historiquement et géographiquement diverses, montrant la perpétuité de la famille, malgré les changements des manières de *faire famille* qui se sont opérés et s'opèrent dans le monde.

La deuxième impasse de laquelle la notion de *famille en devenir* nous permet de sortir est celle qui concerne, non plus sa trajectoire sociohistorique, mais les temporalités intrinsèques à la famille elle-même. Il s'agit ici non pas des familles à un moment

donné de l'histoire, mais de l'histoire de chaque famille. Autrement dit, le *devenir de la famille* concerne aussi les transformations qui surviennent à l'intérieur d'un groupe de par les diverses *actions réciproques* de ses membres. La sociologie des générations, liée à celle des trajectoires de vie, a fait émerger le fait que les temps individuels de chaque membre imposaient des réajustements dans la temporalité de la vie familiale. Le vieillissement d'un membre ou la naissance d'un autre font que la famille rééquilibre sa propre temporalité par l'articulation de ces temps individuels, à leur tour insérés dans des temporalités sociales extérieures à la famille. Des anthropologues (Meyer Fortes, Jack Goody : 1958) vont élaborer la notion de *« cycle de développement domestique* », préférant sortir de la notion de famille, à leurs yeux, trop statique. En même temps, ils proposent une vision temporelle du groupe domestique, qui ne saurait être l'addition des temps individuels. La famille a des temps sociaux partagés, même si vécus de manières diverses par l'ensemble de groupes domestiques. Là, réapparaît cette (quasi) transcendance de la famille : de ce *faire famille* se dégage une temporalité qui s'impose aux individus qui la forment : temps cycliques de rituels familiaux, ruptures temporelles, moments d'accélération/ralentissement, synchronisation ou a-synchronisation des temps individuels à l'intérieur de la famille – ou de celle-ci dans ces relations avec des temporalités exogènes comme celles des institutions. Cette temporalité de chaque famille met en relief cet aspect suggéré par Simmel et par la sociologie contemporaine, celui d'une pluralité familiale. La dimension plurale de famille ne pouvant se réduire à une vision qui ordonne les différentes formes familiales, figées les unes à côté des autres, elle doit être envisagée de manière dynamique. Ainsi, une même famille peut, par exemple, passer d'un modèle *« monoparental »* à un modèle *« conjugal »*, puis, suite à un divorce, se voir recomposer et devenir une *« famille recomposée »*. Cette dynamique familiale pouvant prendre diverses modalités et suivre différents rythmes.

L'idée de *faire famille* ou de *famille en devenir* permet de saisir aussi la dimension relationnelle de cette réalité sociale. Ni institution, ni *fait social* extérieur aux individus, ni simple agrégat d'interactions, la dimension relationnelle suppose une certaine transcendance de la famille, qui est néanmoins désubstantialisée. L'actuel stade de la sociologie de la famille a retrouvé Simmel par un mouvement qui, curieusement, ne passait pas par lui mais par le renouement avec l'anthropologie de la parenté, tel qu'indiqué auparavant. Situer la famille dans le contexte symbolique de la

parenté consiste dès lors à en dégager les relations qui la construisent et qui forment système, au-delà de la maisonnée, du groupe domestique restreint et du modèle nucléaire de famille.

Aujourd'hui, on met en exergue le fait que *« pour en percevoir la traduction* (du changement social concernant les hiérarchies des sexes) *dans la famille, la sociologie doit renouer avec la parenté »* (Théry, 2005 : 163), ce à quoi se sont attachés plusieurs chercheurs, confirmant ainsi l'intérêt de ce domaine classique de l'ethnologie pour des questions actuelles sur la sexualité, la reproduction et les genres.

«Les rapports de parenté forment système » (Godelier, 2006 : 23) et la forme et le contenu de celui-ci sont variables dans l'histoire et les sociétés, de même qu'à l'intérieur des dernières. L'alliance, la filiation et les relations de germanité, la terminologie qui définit les parties des rapports, les lieux partagés et la résidence, les valeurs, les normes de comportement, les statuts et les rôles, ainsi que la direction et le contenu des affects sont quelques-unes des composantes universelles de la parenté qui créent, cependant, des systèmes particuliers.

À ce stade des réflexions sur la famille occidentale et contemporaine, et pour palier l'emprise de la *« doctrine de la famille »*, nous pourrions proposer, en inversant la formule de Théry (2005), d'effectuer une *réparentalisation de la famille*[20]. Or, pour appréhender les enjeux de la famille contemporaine, il ne suffit pas de la traiter, comme en anthropologie classique, en termes de systèmes de parenté. Ce qui nous intéresse ici, c'est l'articulation de ces systèmes de parenté aux *« personnalités »*, pour utiliser encore un vocabulaire simmelien, ou aux subjectivités qui s'en dégagent.

Pour François de Singly, les changements de la famille en Occident traduisent l'importance accrue du développement personnel de chacun de ses membres. La fonction de la famille aujourd'hui ne serait pas tant de produire des individus obéissants et soumis à une hiérarchie familiale, mais plutôt de créer un espace où chaque membre, enfants et parents, se sente reconnu en tant que « personne ».

[20] Nous faisons référence au texte cité ci-dessus, où Irène Théry dit qu'il s'est opéré en Occident une « familiarisation de la parenté ». Ce néologisme de « réparentalisation » ne doit pas être confondu avec les nouvelles questions soulevées par la notion de « parentalité », dont nous traiterons plus tard. Les deux notions de parenté et parentalité relèvent de réalités différentes. La première est une conceptualisation permettant d'appréhender scientifiquement plusieurs modalités de relations sociales et formes du lien social de type « familial ». La deuxième est une notion plus actuelle faisant référence aux modes d'être « parent » dans des configurations spécifiques de la « parenté » contemporaine.

Autrement dit, la famille se serait transformée en un espace de référence pour la construction des identités individuelles. C'est ce qu'il appelle le *«travail de révélation de soi-même »* ou *« travail de Pygmalion »*, où le regard de l'autre est fondamental dans la formation de l'identité. Ce travail de construction de soi-même concerne non seulement les enfants par rapport aux parents, mais aussi la relation conjugale au sein de laquelle chaque individu peut exprimer sa personnalité. D'après de de Singly (1996, 135): *« Dans les sociétés individualistes, elle (la famille) assure cette fonction centrale, celle de tenter de consolider en permanence le « soi » des adultes et des enfants »*.

Dans ce sens, la famille est aussi une *peau* et ceci selon deux acceptions. D'un côté, la famille *peau* délimite le corps familial ou, plutôt, la famille comme un corps, en la démarquant des groupes extérieurs. D'un autre côté, cette *peau* recouvre chaque membre, définissant ainsi divers canaux de constructions identitaires. À partir des frontières marquées par cette *peau*, nous pouvons dire : je suis fils d'untel, je vous présente ma famille, etc. Mais nous pouvons aussi dire: je suis mère, chef de famille, définie par la place occupée à l'intérieur de ma famille, mais dépassant son cadre et devenant ainsi « une mère chef de famille » parmi tant d'autres, avec qui je partage des fonctions et un certain statut social. D'où le fait que cette *peau* se définisse avant tout par sa perméabilité, laissant passer des modèles sociaux de comportement et des ressentis de l'extérieur vers l'intérieur du corps familial, qui seront vécus comme originaux et uniques. Simmel pressentait déjà la transversalité des rapports sociaux, de genre[21], professionnels, éducationnels, etc., dans ce corps fusionné par la *« doctrine de la famille »*. En même temps, cette peau perméable crée les conditions à l'intérieur du corps familial propices à l'enclenchement de processus décisifs de socialisation, d'identification et de subjectivation.

La famille prise de manière non-doctrinale, soit en tant qu'entrelacement de relations, est une famille qui se réinvente continuellement. Elle est toujours en *devenir* au sin des cadres culturels limitant sa plasticité. Les relations s'autorégulent et sont parfois en contradiction ou en conflit, transformant ainsi la famille en *champ social*. La famille trace et est tracée par des frontières sociales et spatiales, autant que symboliques. Elle

[21] Nous reviendrons de manière plus approfondie sur la transversalité des rapports de genre ci-dessous.

crée ses propres temps et est traversée par des temporalités extérieures. Elle est finalement une *peau* recouvrant divers processus d'identification et de subjectivation.

Cette déconstruction de la famille, cette recherche d'une approche de « la famille », souvent métaphorique mais toujours honnêtement heuristique, participe à notre premier et modeste but : l'appréhension de cette réalité sociale dans sa pluralité dimensionnelle. Une réalité pétrie par le social, le temps, l'espace, les relations et les dynamiques de la subjectivation. Une réalité toujours présente, car toujours en train de se construire en tant que réalité. Une réalité garantie par les relations de parenté qui, en se tissant, s'autoproclament comme faisant « famille ». Une de ces relations, c'est la filiation : lien central dans la parenté et en rien exempt du mouvement synergique de la famille. C'est sur celui-ci que nous nous pencherons maintenant.

I-1-b. Le lien filial en question: mutations et permanences d'une « relation privilégiée ».

« Les bonnes mères sont une invention de la modernisation »
Edward Shorter.

Le discours sur le changement peut aboutir à une rhétorique autoalimentée, où le seul fait d'annoncer « la transformation » exonère de l'exploration des véritables processus à l'œuvre. On a longtemps cru que *faire famille* correspondait seulement au fait de s'unir en alliance. Ceci était dû à l'importance accordée, par la *« doctrine »,* à la composante conjugale de la parenté. Le foyer nucléaire naissait à partir du mariage légal et ce dernier était aussi l'instance qui accordait la légitimité aux naissances. Mais, la réaction à la *« doctrine de la famille conjugale »* n'a voulu voir, par la suite, que les changements. De cette vision, où tout est changement et où l'on se contente de nommer le changement sans l'expliquer, il était très facile de dériver vers des conclusions apocalyptiques. Ainsi, la fin de la famille était peut-être simplement la fin du mariage légal ou de la famille nucléaire et le retour à une période de multiplication des façons de créer des liens d'alliance et des liens familiaux. Le couple change et se décompose dans une multiplicité de relations sociales possibles. Ce qui amène aujourd'hui à effectuer une distinction analytique entre partenaires sexuels, compagnonnage, couple parental, etc. (Kaufman, 1992 ; Bozon, 2002 ; Welzer-Lang,

2007). Les reconfigurations des manières de *faire couple* sont parallèles aux changements dans les relations entre parents et descendants. Si les relations de filiation changent aussi, il existe aujourd'hui un certain consensus pour dire que ce qui assure la pérennité de la parenté, c'est la filiation. La relation qui s'établit entre chaque parent et les enfants devient la pierre angulaire de toutes les autres relations de parenté.

La filiation est convertie en la relation *quasi-transcendantale* de la parenté, plusieurs auteurs mettent en évidence le fait que les contraintes sociales (normatives en général et juridiques en particulier) pesant sur la famille se sont déplacées peu à peu sur la relation parent-enfant, au détriment de la composante maritale, qui, elle, jouirait aujourd'hui de plus de liberté. La filiation se dégage de la parenté contemporaine, comme étant non seulement celle qui excelle dans la perpétuité de la famille, mais aussi comme celle qui éveille des questionnements dans la sphère du droit, de la bioéthique, des sciences humaines ainsi que dans la sphère publique. Si les questions de filiation éveillent autant de débats, c'est parce qu'elles sont aujourd'hui touchées par de nouveaux processus et par des demandes de reconnaissance légale, qui n'étaient auparavant pas formulées. En ce sens, la filiation, comme la famille, est en train de *devenir* quelque chose d'autre, alimentant autant des véritables questions bioéthiques que de hantises fictionnelles.

La filiation occidentale subit des profondes transformations tout au long du 20ème siècle, lesquelles s'accélèrent à la fin de celui-ci et au début du 21ème. Les techniques juridiques, comme l'égalisation des droits entre enfants « naturels » et « légitimes », ou les techniques médicales d'assistance à la reproduction (les PMA), telle que la fécondation in vitro, mais également des changements dans les pratiques sociales, comme l'adoption internationale ou les demandes de reconnaissance de l'homoparentalité, ont favorisé la remise en question de la *« vérité naturelle »* et du *« modèle généalogique »* (Ouellette et Dandurand, 2000) propre au système de filiation occidental. En effet, la société occidentale a rassemblé dans une seule relation trois dimensions de la filiation qui relèvent de liens différents: les liens juridiques entre un parent et sa descendance, le lien biologique entre un procréateur et le produit de son corps et les liens affectifs, éducatifs et de solidarité qui se nouent entre un adulte et un enfant qui partagent la vie quotidienne.

Aujourd'hui le lien filial est soumis à des bouleversements, en appelant à de nouvelles conceptualisations. Un de ces changements les plus spectaculaires est celui introduit par les techniques d'assistance à la procréation, lesquelles déconstruisent le lien, auparavant vu comme immédiat, entre procréation et filiation. Le don d'ovocytes, les mères porteuses, la fécondation in-vitro ou la micro-injection : au-delà des problèmes bioéthiques que ces techniques posent, elles permettent le questionnement de la filiation comme relation « naturelle », ainsi que la déconstruction du lien biologique lui-même. D'abord, la séparation entre la sexualité et la procréation, puis entre la fécondation, la gestation et l'accouchement, permettent l'analyse en profondeur des cadres symboliques « normaux » de la filiation, et la critique de ceux-ci. Comme le fait Marcela Iacub (2004) quant à la dominance du « ventre », et donc de la gestation, dans la définition (juridique) de la maternité. De sorte que cette déconstruction du biologique a ouvert le débat sur qu'est-ce qu'être un parent aujourd'hui (Fine, 2002).

Le système de filiation propre à nos sociétés est le cognatique[22] (indifférencié entre le père et la mère) et il est représenté tel un miroir des lois biologiques et génétiques. Cette réverbération entre le social et le biologique fait oublier l'arbitraire culturel, dont relève notre système de filiation. Agnès Martial (2006) explique cette confusion entre loi, sang et vie quotidienne par la survalorisation de la dimension naturaliste dans notre système culturel. Si cette séparation devenait évidente lorsqu'on étudiait d'autres systèmes de parenté, ces trois piliers distincts de la filiation s'effondraient pour devenir une cellule solide, dès lors qu'on la transposait chez nous.

David Schneider (1968) a été l'un des premiers à effectuer, dans les années 60, une critique radicale de l'anthropologie de la parenté. Il inverse le miroir : la découverte de systèmes de parenté « autres » ne nous a pas fait réfléchir sur le nôtre, tel que la croyance dans la symétrie anthropologique le voulait, car nous étions en train d'observer ces systèmes à partir de notre propre *idéologie du sang* (Eideliman, 2007). Celle-ci serait si persistante, qu'elle aurait conduit le regard anthropologique à voir des relations de parenté là où les « indigènes » vivaient des relations distinctes de toute idée de parenté.

[22] Au Brésil, le système de filiation est aussi indifférencié. Le plus souvent, l'enfant porte le nom du père et de la mère. Dans ce cas de figure, le nom transmis par la mère doit figurer en première position.

La force de *l'idéologie du sang* est démontrée par des travaux mettant en lumière, par exemple, le fait que les processus de procréation artificielle, comme la fécondation *in vitro* mais aussi l'adoption plénière, cherchent à imiter les processus « naturels »: « *Dans toutes ces situations on efface donc – soit par le droit, soit dans les faits – la relation issue de la conception de l'enfant, pour la remplacer par une relation sociale, qui s'efforcera de paraître aussi "vraie" qu'un lien biologique. Ces procédés de substitution d'un parent à l'autre résultent en partie d'une logique opposant parenté sociale et vérité du sang*. (Martial, 2006 : 55) »

De même, l'évolution du cadre juridique de la filiation est freinée par le modèle de filiation hétérosexuel par le sang. Ainsi, en France, la coexistence de plusieurs parents ou de deux du même sexe, liés à un enfant, est encore impensable juridiquement. Cette résistance du droit est notable dans les cas de la primatie de l'adoption plénière et l'anonymat des donneurs de sperme, par exemple. D'ailleurs, la parole des personnes ayant eu recours à ces techniques est elle-même teintée de naturalisme, en recherchant, par exemple, la ressemblance physique entre parents et enfants adoptifs ou en parlant du « vrai père » dans le cas de donneurs de sperme.

Françoise Héritier signale, dans les années 80, le caractère éminemment social de la filiation, tout en limitant la possible profusion des prétendus nouveaux modes de filiation. *« Au total, il n'existe pas jusqu'à nos jours des sociétés humaines qui soient fondées sur la seule prise en considération de l'engendrement biologique, ou qui lui auraient reconnu la même portée que celle de la filiation socialement définie. Toutes consacrent la primauté du social— de la convention juridique qui fonde le social— sur le biologique pur. La filiation n'est donc jamais un dérivé de l'engendrement* (Héritier, 1985 : 9) *»*. Cependant, même en soulignant le caractère social du lien de filiation, Héritier ne conçoit pas une filiation en dehors du cadre hétérosexuel de la reproduction. En éloignant la dimension biologique de celle sociale, Héritier soutient néanmoins que toutes les formes de filiation possibles sont formulées à partir de la donne biologique « incontournable » qu'est la reproduction bisexuée, les organes et produits organiques étant aussi socialement sexués. Selon Françoise Héritier, dans toute société, des différences s'établissent entre les rôles et les fonctions de Mater/Pater d'une part et de Genitor/Genitrix d'autre part, à partir de ce qu'elle appelle la *« valence différentielle des sexes »* et qu'elle dote d'universalité. Il s'agit d'*« un*

rapport conceptuel orienté, sinon toujours hiérarchique, entre le masculin et le féminin, traduisible en termes de poids, de temporalité (antérieur/postérieur), de valeur (…) ce rapport conceptuel est, semble-t-il, inscrit dans la structure profonde du social qu'est le champ de la parenté [23]» (Héritier, 1996 : 25).

Pour Ouellette et Dandurand (2000), le système de filiation européen est un *« modèle généalogique »* qui se caractérise par la bilatéralité (les lignées masculines et féminines sont transmises de manière égale) et par *« l'idéologie du sang »* faisant apparaître comme vérité biologique ce qui relève d'un *« choix culturel »*. L'écueil de ce système de filiation est la norme sociale qu'il assure, celle de l'exclusivité dans la filiation et donc la réduction des possibles liens de filiation à deux figures : le père-géniteur et la mère-génitrice. Tel qu'il a été dit, ces choix culturels, pensés comme naturels, conduisent à une a-normalisation des possibilités différentes de lien filiatifs entre un adulte et un enfant. La pluriparentalité ou l'homoparentalité sont ainsi reléguées à *« l'anormalité sociale »*.
Ceci semble changer au fur et à mesure que les connaissances sur la génétique se développent, transformant *« l'idéologie du sang »* en une *« idéologie génétique »* et laissant la place à une possible multiplication des parents biologiques. C'est ce qui amène Joan Bestard (2005) à parler d'une *« génétisation de la parenté »*, laquelle conduit les individus à penser leurs relations de parenté à partir du partage du matériel génétique.

Au-delà de la dé-biologisation de la filiation entreprise par les sciences sociales, une autre distinction se fit pressante : celle entre la transmission (d'un nom, d'un héritage) et la dimension quotidienne de la filiation. Cette distinction ayant toujours existé dans les expériences, elle a souvent été vue comme marginale et se dispensant de cadres de légitimation et de reconnaissance sociale. À la fin du 20ème siècle, elle tend à se généraliser, (avec l'augmentation des divorces, des familles recomposées et des procréations assistées) stimulant ainsi la recherche d'outils d'énonciation et d'intelligibilité.

Esther Goody (1982) fut une des premières auteures à proposer une distinction entre les différentes composantes de la *« parentalité »*. Elle distingue : concevoir et mettre

[23] Nous reviendrons sur les critiques possibles de cette approche lors du chapitre dédié à la dimension corporelle de la maternité.

au monde ; donner une identité juridique ; nourrir, élever et garantir l'accès de l'enfant à l'âge adulte. Les trois types de filiation que Florence Weber (2005) décline, presqu'à l'identique, sous les trois termes : le sang, le nom et le quotidien.

La discussion se poursuivit par l'animosité intellectuelle cherchant à imposer les termes de la discussion elle-même. Florence Weber (2005) préfère parler de *« parenté quotidienne »* en référence à cette relation qui s'établit entre un adulte et un enfant vivant dans la même maisonnée, dont le premier n'est pas défini comme le parent biologique, ni juridique, mais bien comme *« le parent de facto »*. Pour d'autres auteurs, tels que Agnès Martial (2006), il s'agit de supplanter au mot *filiation* celui de *parentalité*, pour nommer le lien quotidien entre un adulte et un enfant. Ce néologisme, issu de la psychanalyse et de l'anthropologie, s'impose actuellement au détriment de la notion de filiation. La notion de parentalité touche, en effet, *« le champ des relations parent/enfants »* et elle *« tend à occuper l'espace de la filiation »* (Fine, 2001: 42). Contrairement à la notion de filiation qui n'est reconnue que dans des termes sexués (filiation maternelle/ filiation paternelle), la notion de parentalité permet de sortir de cette différenciation sexuée. En outre, elle permettrait aussi d'effectuer un éclatement de la seule bilatéralité de la filiation (lien avec un homme et une femme) et rendre pensable la pluriparentalité et l'homoparentalité.

Selon Gérard Neyrand (2002*a* ; 2002*b*) la notion de parentalité, « *en explicitant la dynamique constitutive de la situation de parent, la différenciait de l'état de parenté en mettant en évidence que la dimension première du parental c'est l'affiliation réciproque, psychologique et sociale, de l'enfant et ses parents »* (Neyrand, 2002*b*: 131). Autrement dit, cette notion permet de poser le primat de la dimension relationnelle du fait d'être parent. Contrairement à la notion de *parent* qui fait écho à une position dans un système de parenté, la notion de parentalité révèle la dynamique du *devenir parent* en désignant *« aussi bien ce qui serait l'art d'être parent que ses attributs sociaux »* (Neyrand, 2002*b*: 131). Elle viendrait occuper la place de la notion de *parents* dans le cadre d'une individualisation et d'une démocratisation des relations familiales[24].

[24] Concernant la notion de parentalité au Brésil et l'usage de ses dérivés (notamment homoparentalité, coparentalité et multiparentalité), voir les travaux de Flavio Tarnowski (2004), Miriam Grossi (2003) et Anna Paula Uziel (2002 et 2006)

Cette notion soulève, cependant, des controverses. Elle est apparue et s'est répandue non seulement en tant que notion pour penser les relations parentales, mais aussi comme référentiel pour les politiques familiales et sociales, à partir des années 90 en France et pour l'implantation de dispositifs d'aide et d'accompagnement à la parentalité. Ainsi, elle vient souvent légitimer des actions normatives et stigmatisantes auprès des parents[25]. Nous reparlerons ci-dessous du passage de cette catégorie de *parentalité* à celle de *parentalisme*, comme mode de régulation des relations familiales.

La parentalité se présente, également, comme étant neutre par rapport aux genres, ce qui est au cœur des préoccupations féministes en matière d'égalisation des responsabilités parentales. Par cette neutralité, la notion de *parentalité* permettrait de replacer les relations adulte-enfant en dehors du cadre bilatéral et hétéro-normatif. C'est ce qui amène de Singly[26] à dire que *« la construction d'une nouvelle paternité dans les sociétés contemporaines se fait et se fera sur du parental neutre qui ne renvoie ni au masculin ni à un féminin traditionnel »*. Cependant, on peut poser la question de manière différente et voir cette notion comme un obstacle à la prise en compte de la différence sexuée des relations nouées dans l'exercice de la parenté. Cette différenciation des genres se matérialise non seulement dans la distribution de tâches parentales, mais aussi dans la façon de voir, penser et vivre cette répartition (Claude Martin, 2004 : 25-35).

Ceci dit, une distinction doit être faite entre la volonté à visée politique, ici la désexualisation des rôles parentaux, dans l'emploi d'une notion plutôt qu'une autre et l'utilisation de concepts correspondant au mieux aux réalités sociales étudiées. Si l'on est tenté d'utiliser la notion de parentalité, la réalité de notre terrain nous renvoie, comme nous le verrons, non seulement aux représentations d'un nœud formé entre lien biologique et social, mais aussi à la sexuation de ce nœud.

Plusieurs études, notamment celles travaillant sous l'angle des réseaux de parenté, mettent en évidence la tendance matrilatérale des relations familiales contemporaines,

---

[25] Voir à ce sujet le numéro « Nouvelles figures de la parentalité. Enjeux politiques et juridiques de la parentalité », in revue *Informations sociales* 2008/5, n° 149, notamment l'article de Chauvière. Voir également **:** David Pioli **(**2006).

[26] Cité par Catherine Sellenet (2007 : 19)

malgré la démocratisation de celles-ci. Comme le rappellent Le Pape, Jonas et Véron (2007): *« la matrilatéralité est un terme sociologique voulant signifier la tendance, plus ou moins accentuée, des couples à favoriser* (dans les échanges, les relations et l'entraide morale et/ou matérielle) *la lignée de la femme dans un système à filiation indifférencié »* (Jonas et *al*. 2007 : 107). À partir des données de l' « Enquête Permanente sur les Conditions de Vie des Ménages » de 1997 en France, ils observent que cette tendance à la matrilatéralité est plus prononcée dans les milieux populaires. Ceci serait expliqué par *« la primauté du lien mère/fille (…) pour optimiser la mise en commun des ressources économiques »* et par le fait que *« la famille d'origine est souvent vue comme un « filet de sécurité » par les femmes des milieux populaires en cas de divorce ou décès du conjoint »* (Jonas et *al*. 2007 : 10). Cette interprétation n'explique pas, à notre avis, les causes de la formation de réseaux féminins d'entraide, ni la matrilatéralité des relations familiales, mais plutôt les conséquences d'une asymétrie de genre dans la répartition des responsabilités parentales.

Au Brésil, et notamment en milieu populaire, la matrilatéralité des relations familiales s'articule à la matrifocalité, c'est-à-dire, par la tendance des couples à habiter à une moindre distance de la famille de la femme que de celle de l'homme. D'ailleurs, les deux termes de matrifocalité et matrilatéralité sont souvent confondus. Ainsi, Parry Scott parle de matrifocalité, en reprenant la définition de Smith, dans le sens d'un *« complexe tissu de relations formées à partir du groupe domestique où, même avec la présence de l'homme à la maison, il est favorisé le côté féminin du groupe. Ceci se reflète dans : des relations mère-enfants plus solidaires que père-enfants, le choix de la résidence, l'identification avec des parents connus, l'échange de services et de biens, les visites, etc. ; tous (ces éléments étant) plus forts du côté féminin »* (Scott, 1990 : 39). Il semblerait que cette confusion vienne de la nécessaire délocalisation de la famille populaire brésilienne en dehors du ménage, de la maison, et de son extension dans des cadres spatiaux plus larges, tel que le quartier. Nous reviendrons sur ces questions ci-dessous.

Pour l'instant, disons que parler de maternité (et non de parentalité) suppose pour nous la prise en compte du caractère social du lien (relationnel, quotidien et de filiation), mais nous oblige aussi à analyser les processus socio-symboliques qui agrémentent cette relation dans le corps des femmes. Si la distinction entre filiation et procréation

est nécessaire, on a souvent étudié la première au détriment de la seconde, laquelle est souvent restée l'apanage du domaine médical. Or, dans toutes les sociétés, la conception et la mise au monde des enfants, même séparés de la configuration des liens de parenté, suppose des constructions symboliques de mise en ordre des signes. Il est d'autant plus intéressant et pressant d'analyser ces processus quand ils sont étriqués et mêlés à la symbolique de la parenté, comme dans nos sociétés.

I-1-c. De la filiation à la « maternité normal (isé) e » : retour sur l'expérience.

La séparation entre filiation juridique, quotidienne et biologique a souvent été étudiée à partir de cas où présentant justement une dissociation entre ces trois liens que *l'idéologie* ou *doctrine* tendent à unir. Les procréations médicalement assistées, l'homoparentalité, les pluriparentalités ou encore l'adoption, sont des formes familiales qui posent actuellement la question de la congruence entre filiation juridique, procréation biologique et exercice quotidien du « métier de parent ».

Étudier les maternités qui intègrent *a priori* ces trois dimensions (sang, droit et quotidien) permet de dépasser la dénonciation de cette intégration effectuée par l'*idéologie du sang* et d'analyser comment, dans un contexte social particulier, cet agencement se construit et quelles en sont les fonctionnalités (dans ce même contexte). L'étude des liens maternels, conjuguant trois types de lien différent (biologique, juridique et quotidien), permet de saisir comment ces trois liens sont articulés dans l'expérience. Ainsi qu'elle introduit dans l'analyse les acteurs, les institutions, les valeurs, les normes sociales qui jouent un rôle important dans cette articulation. De même, cette démarche permet d'intégrer dans l'analyse les arrangements symboliques survenus pour que ces maternités soient vécues et vues comme « normales », malgré les contradictions pouvant apparaître lorsqu'une composante du lien maternel fait défaut. Si, tel que l'a fait Florence Weber, l'étude de situations liminales, où ces trois composantes entrent en conflit est fondamentale pour comprendre les différentes logiques de légitimation des liens sociaux lors des conflits juridiques ou sociaux (par exemple, les argumentations qui s'appuient sur le sang ou revendiquent le lien quotidien), elle ne nous permet pas de saisir l'articulation dynamique des trois composantes dans *la normalisation* du lien de filiation. Autrement dit, en étudiant les filiations maternelles « normales », où s'enchevêtrent *a priori* le lien biologique, social et juridique, nous tentons de comprendre les mécanismes à l'œuvre dans le processus

d'articulation des normes sociales contradictoires, qui concourent cependant à créer une relation « normale ». De ce point de vue, le lien maternel constitue un objet privilégié pour l'analyse des processus de subjectivation qui résultent de l'opposition entre la direction vers la normalisation, d'un côté, et, l'impossible « normalité » de l'autre. En effet, ce qui nous intéresse, ce sont les divers processus de subjectivation[27]du lien maternel, à partir des conflits et arrangements symboliques entre ces trois dimensions normatives de la filiation.

Paradoxalement, le lien maternel a toujours été vu comme « le lien normal », « la relation privilégiée » de la famille. Même Simmel, qui concédait aux autres relations familiales la perpétuelle actualisation, la permanente reformulation, voit dans le lien maternel *« le pôle stable »* de la famille. Il dit *« Le noyau fixe autour duquel la famille a grandi n'est pas la relation entre l'homme et la femme, mais entre la mère et l'enfant »* (Simmel, 1988 [1895] : 46), c'est celle-ci *« la relation partout la même »*. Cette vision était partagée par d'autres sociologues contemporains à lui. Tönies, par exemple, voyait dans cette dyade l'archétype de la communauté étroite, état fusionnel nécessaire avant le passage à la société. Mais la perspective de Simmel permet de dépasser la critique qu'on ferait aujourd'hui à ces approches naturalistes de la maternité ; car il est, en effet, le premier sociologue à attirer l'attention sur la maternité comme une relation. Il l'appelle « dyade » et même s'il postule qu'elle est *« partout la même »*, elle est relation, elle est donc toujours en *devenir*. D'où l'intérêt de porter un regard sociologique sur celle-ci.

Le premier acte consiste à démembrer cette relation duale. Il s'agit d'un lien entre deux personnes : femme et enfant. Chacun des deux acteurs vit cette relation de manière différente. Nous nous intéressons ici à l'expérience que fait la femme de cette relation, laissant de côté l'expérience de l'enfant[28]. L'approche en termes d'expérience nous fait délimiter un acteur de cette relation, mais ceci ne veut pas dire que la figure infantile soit délogée de l'analyse, car elle est fondamentale dans cette relation qui sans elle n'en serait pas une.

[27] Nous inscrivant ici dans la perspective de Foucault, Judith Butler ou Guillaume Le Blanc, laquelle met en évidence la construction du sujet, à la fois à partir des normes et contre elles. Par la suite – dans la problématique de cette recherche – cette perspective sera articulée avec celle des « logiques de subjectivation » de l'expérience, proposée par François Dubet.

[28] L'expérience que l'enfant fait de la relation maternelle serait néanmoins tout à fait intéressante comme objet de recherche, elle permettrait de voir cette relation de filiation sous un angle nouveau et décentré.

La signification du mot *expérience* tel qu'il est employé dans le sens commun, est hétéroclite et se réfère à divers phénomènes. Quand nous parlons d'expérience, il s'agit d'éprouver quelque chose, comme « l'expérience de la maladie », mais nous pouvons parler aussi du savoir pratique acquis au cours de la vie ; dans ce sens, nous dirons de quelqu'un qu'il « a de l'expérience ». Ce mot est aussi appliqué au « fait » qui s'impose, à l'événement dont nous pouvons tirer un enseignement, quand nous parlons, par exemple, d'une « expérience douloureuse ». Dans une perspective philosophique, la notion d'expérience renvoie à la façon d'appréhender le monde réel, tangible par les sens immédiats et qui relève d'un procédé scientifique particulier d'observation, de constatation et de manipulation des données, dans le but de réfuter ou de vérifier une théorie.

La notion d'expérience, telle qu'elle a été présentée dans la sociologie de François Dubet (1994), prend acte de la pluralité de sens de cette notion. En effet, selon cet auteur, il s'agit de conduites individuelles et collectives, caractérisées par *« l'hétérogénéité de leurs principes constitutifs »*. Les pratiques des individus ne peuvent plus être considérées comme la simple mise en œuvre de rôles, de statuts et de positions sociales, car il existe une certaine distance entre le système culturel et social et les individus. Cette distance subjective des acteurs par rapport au système permet à ces derniers de construire une unité expérientielle à partir de trois logiques d'action : une logique d'intégration (à des groupes de référence), une logique stratégique (permettant de se situer dans un espace social défini en termes de marché) et une logique de subjectivation (expression d'un rapport à soi et définition de soi face au monde). La première logique renvoie donc à la « socialisation » et implique tout l'héritage culturel et social ; la deuxième renvoie à l'action rationnelle ; tandis que la troisième suppose la prise de distance de l'individu vis-à-vis des deux premières, ce qui lui permet de s'engager de façon critique dans des projets personnels. Il n'est pas question ici d'une sorte de dialectique, où la troisième logique équivaudrait à la synthèse cathartique hégélienne, mais plutôt d'une combinatoire qui se réalise dans l'action d'un individu qui existe sous le mode de la rupture et de la prise de distance vis-à-vis de lui-même. C'est grâce à cette combinaison de diverses logiques d'action qu'un lien s'établit entre l'acteur et les différentes dimensions du système, ce que nous appelons avec Dubet : *l'expérience.*

Selon cette définition, l'expérience vécue de la maternité impliquerait la prise en compte de ces trois logiques d'action. Il y aurait ainsi une transmission au niveau des manières de faire, des rituels et des croyances entourant les pratiques maternelles. Ces actions relèvent d'une logique qui inscrit le fait d'avoir un enfant dans un système d'appartenance. Il n'est pas simplement question ici d'une « tradition » car, comme nous le verrons, les mythes et rites entourant la maternité ne relèvent pas seulement d'une tradition « magico-religieuse», mais aussi et peut-être plus que jamais aujourd'hui, des instances « médicales » (Jacques, 2000 : 34). Tel qu'il a été avancé dans le chapitre antérieur, la relation de filiation étant écartelée entre ces trois dimensions que sont le biologique, le quotidien et le juridique, nous ne pouvons pas envisager la logique d'intégration comme unidirectionnelle, de par la multiplicité des cadres normatifs qui l'entourent. Comme le souligne Dubet, *« la société est éclatée »*, tout comme les modèles de socialisation au lien maternel. Il ne s'agit pas du fait que des normes contradictoires ordonnancent ce qu'être mère veut dire, mais c'est l'acteur lui-même qui doit assurer l'accommodement des logiques contradictoires. Ce sont les acteurs, en effet, qui doivent *« parcourir un espace de logiques de plus en plus éloignées, étant confrontés à des identités et à des relations sociales de plus en plus diversifiées »* (Dubet, 1994 : 134). Autrement dit, la logique d'intégration qui commanderait les actions dans une direction socialisée ne correspond pas à un unique « système » mais à plusieurs.

L'acteur « mère » ne peut être défini seulement en termes de socialisation, si hétérogènes soient ces cadres de socialisation. Les femmes sont dotées d'une rationalité, au sens large du terme, à partir de laquelle elles essayent de maitriser leur destin. S'y ajoute donc une logique stratégique (que Dubet appelle logique du marché) qui entraîne l'acteur-mère à mobiliser des ressources disponibles en vue de finalités spécifiques concernant la gestion de sa maternité, de son corps et de sa reproduction, ainsi que de son devenir et de celui de l'enfant. Il ne s'agit pas cependant d'actions dérivant d'un *l'homo œconomicus* isolé mais de celles plutôt d'une rationalité « relationnelle », toujours dans des rapports *à autrui* et dans des contextes d'interaction.

La subjectivation, telle qu'elle se construit historiquement et culturellement, relèverait d'une injonction effectuée à la femme, en passe de devenir ou qui est déjà mère, pour transformer ce vécu en expérience et en même temps pour garder le contrôle et donner un sens à ce qui lui arrive et à ce qui lui arrivera, en somme pour accoucher d'elle-même en tant que sujet de sa maternité. Ce qui nous conduit à poser la question des possibles constructions identitaires à partir de ce vécu particulier qu'est la maternité et de celles-ci à la question du rôle social dans des processus de déclin des *« programmes institutionnels »* (Dubet, 2002: 26). La subjectivation en tant que logique de l'expérience, selon la formulation de François Dubet, nous permet de réintroduire la part de l'action dans les rapports aux normes sociales. C'est par les actions que les normes se construisent.

Néanmoins, nous nous éloignons de l'approche de la subjectivation selon Dubet. Si nous partageons l'idée d'un *moi divisé* et d'une subjectivation qui ne peut émaner que du social et de ses contradictions, nous soulignons le besoin de sortir d'une vision purement « mentale » de la subjectivation de l'expérience. Il s'agit pour nous de ne pas séparer le corps de ces processus de subjectivation. C'est un des dangers que voyait Jean-Michel Berthelot dans cette notion d'expérience définie en termes de *« combinatoire de logiques d'action »*, soit le fait de la *« dépouiller de son caractère incarné, sensible et affectuel »*. (Berthelot, 1996 : 176). Mais nous reviendrons dans le chapitre suivant sur cette question de la corporéité dans l'expérience de la maternité de manière plus approfondie. Restons, pour le moment, dans la problématisation de l'expérience maternelle.

Nous essayerons de dépasser la difficulté dont parle Yvonne Knibiehler (1997) : *« La maternité est difficile à conceptualiser »* du fait de sa traditionnelle séparation en séquences dissociées et de la distribution de ces séquences entre les différentes sciences. Le fait de porter un enfant et/ou l'accouchement sont, par exemple, des dimensions délaissées par les sciences sociales qui se sont intéressées plutôt à la fonction maternelle dans la socialisation de l'enfant ou au caractère mystifié de la maternité pour le dénoncer. L'étude de la maternité doit intégrer un ensemble de dimensions qui la caractérisent en tant qu'expérience vécue par certaines femmes.

Il s'agit de reconsidérer ces différentes séquences distinctes (la conception, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, etc.) comme faisant partie de ce qu'on peut appeler l'expérience de la maternité. Dès lors, cette expérience ne pourrait être détachée ni de ses diverses phases temporelles ni des conditions sociales et spatiales qui caractérisent la vie de ces femmes. Leurs contraintes/ressources de type économique, social, éducationnel et relationnel doivent être prises en compte en tant que facteurs déterminants de leur expérience de la maternité. Nous proposons donc trois dimensions dont il faudrait tenir compte : le temps, l'espace, les relations.

La dimension temporelle renvoie non seulement au contexte historique particulier où l'expérience se déroule, mais surtout à la temporalité propre de l'expérience elle-même. Autrement dit, l'expérience de la maternité ne serait en aucun cas prise comme un élément statique et uniquement déterminé par un contexte historique global, mais selon une perspective diachronique qui tient compte des inflexions supposées du déroulement de cette même expérience au fil du temps. De ce point de vue et à titre d'exemple, les logiques à l'œuvre, lorsqu'il s'agit de décider d'avoir ou de ne pas avoir d'enfant, attachées à l'idée qu'on se fait du futur de l'enfant, ne seront pas les mêmes que lorsqu'il s'agit de veiller sur la propreté du linge de l'enfant qui va à l'école, etc. Les logiques d'action propres à l'acteur-mère, varient en fonction des étapes de sa trajectoire maternelle et sont liées aux diverses contraintes auxquelles elle doit faire face dans l'exercice de sa maternité et par rapport auxquelles le temps constitue une variable significative.

La dimension spatiale de cette expérience – l'ensemble des espaces où les femmes s'identifient à la maternité, où les mères circulent, où les relations autour de la maternité se constituent, ainsi que les ressources et contraintes liées à chacun de ces espaces – doit être appréhendée, car c'est en fonction des contextes spatiaux que les différentes logiques d'action se mettent en place. Nous avons choisi de travailler sur les expériences maternelles en milieu urbain. L'espace urbain est, à la fois, contrainte – plusieurs travaux mettent en exergue la sexuation des espaces – et ressource d'action, faisant l'objet d'un usage stratégique par les acteurs. Nous partons, en effet, de la simple hypothèse selon laquelle cette expérience (comme toute autre) n'est pas détachée de la dynamique propre au monde social et liée seulement à une définition, ou programme d'action, qui lui serait imposée soit par la « nature » soit par une

idéologie *a priori*. Nous adhérons ici à la simple préposition de Pinçon et Pinçon-Charlot (1986 : 63-64) selon laquelle *« ce que les individus sont, ils le doivent pour une part, aux espaces où ils ont vécu et où ils vivent »*.

La dimension relationnelle de l'expérience maternelle est extrêmement importante car, non seulement elle se construit dans une relation particulière mère-enfant mais aussi, tel que nous avons commencé à l'entrevoir, en milieu populaire au Brésil, se créent autour de l'enfant divers groupes et réseaux qui sortent généralement du cadre typique de la famille nucléaire et de l'image de la maternité comme lien *essentiel et exclusif* entre deux personnes. L'expérience de la maternité met la femme en relation avec des acteurs spécifiques, renforce certaines relations et en affaiblit d'autres, comme le montre Johanne Charbonneau en référence à la maternité adolescente au Canada, ce qui l'amène à rappeler, face à l'image de *« la mère-adolescente isolée »* que *« l'adulte moderne est un être d'interdépendance et non un individu libre de relations sociales »* (Charbonneau, 2002 : 197). De plus, l'arrivée d'un enfant devient un enjeu qui va produire autour de lui des réseaux et des relations nouvelles. En ce sens, il est intéressant de mettre en relief, en suivant les travaux de Fonseca sur la maternité au Brésil, le fait que ces réseaux n'ont pas comme seule fonction la survie d'un enfant, mais qu'ils constituent aussi du lien social *« contre la menace de forces centrifuges à la solidarité des groupes»* (Fonseca, 2000*a* : 54).

Ces trois dimensions – temporelle, spatiale et relationnelle – de la maternité sont analytiquement transversales à l'ensemble de l'expérience maternelle. Elles opèrent en tant que ressources/contraintes par rapport aux logiques d'action qui caractérisent l'expérience de la maternité.

Au-delà des dimensions qui entrent en jeu dans la construction de la maternité en tant qu'expérience sociale, il faut rappeler son caractère dialogique car cette expérience n'est pas celle d'un acteur atomisé et cohérent, mais celle d'un acteur *divisé* non seulement en fonction des diverses *logiques d'action* par rapport auxquelles il devra se situer, mais aussi en ce qu'il est lui-même partagé, à la fois « femme » et « mère », à la fois *ségréguée* d'un espace et *déségreguée* (Peralva, 1998), en tension et en dialogue avec lui-même (Dubet, 2005).

Sans dénier les contraintes physiologiques, ni idéologiques liées au fait maternel et encore moins, celles économiques et sociales, ainsi que les cadres familiaux et de socialisation sexuée, l'expérience de la maternité les déborde et se dévoile unique dès qu'on l'insère dans un contexte socio-historique particulier – unique car riche *d'expériences* multiples. Dans ce sens, il s'agit ici de dépasser la *« dénonciation de la maternité »* (Descarries et *al*. 2002 : 9) dans sa définition absolue, tâche qui a déjà été réalisée, en allant voir de près les caractéristiques que cette expérience acquiert lorsqu'elle s'inscrit dans un espace physique et social particulier. C'est en fonction des inscriptions sociales, temporelles et spatiales que les expériences de la maternité deviennent spécifiques et dotées de signification sociale. C'est alors de ce point de vue que nous inscrirons l'expérience de la maternité dans un contexte englobant : l'expérience d'être pauvre et urbain dans une société complexe, sur laquelle nous nous pencherons par la suite. Auparavant, il faut faire émerger de l'analyse une quatrième dimension de l'expérience de la maternité, telle que nous l'avons définie, celle qui attache l'expérience elle-même au destin d'un corps genré.

I-1-d. La maternité: une question de genres écrite sur et par les corps.

«Toute l'histoire repose, en dernière instance,
sur le corps humain.»
Roland Barthes

Le choix qui nous amène à travailler sur les maternités « normales », ou plutôt *normalisées*, a été effectué dans le but de comprendre les processus en œuvre dans l'imbrication du social et du physiologique lors de la construction de l'expérience de la maternité. Cette *normalisation* de l'expérience est subjuguée par toute une panoplie de normes corporelles qui se construisent socialement, historiquement et situationnellement. Il n'est jamais de trop que de rappeler le caractère relatif de cette « normalité » et donc son caractère social et culturel mobile. La maternité, de ce fait, semble se construire en référence à une maternité « normale », où âme et corps se doivent de respecter, non pas tant « la » normalité, mais tout au moins une visée de normalisation. C'est justement sur le façonnement du corps maternel en vues de sa normalisation que nous nous pencherons ici.

Depuis les travaux de Marcel Mauss dans les années 30, les sciences sociales se sont peu à peu intéressées à la place du corps comme matériel physique sur lequel les sociétés se construisent. Contrairement à la science politique et aux pères fondateurs de la sociologie qui bornaient le social au jeu des mentalités, des âmes et des personnalités, les anthropologues ainsi que les historiens ont été les premiers à voir les corps comme substrat et effet des dynamiques sociales. Non pas que le corps ait été absent de la sociologie, mais il n'en a pas constitué un objet en soi. Nous retrouvons, par exemple, chez Marx ou Villermé une interpellation aux corps, souvent faite de manière implicite, en tant que paramètre descriptif des conditions sociales des ouvriers chez le dernier et en tant que force productive et à reproduire chez Marx. Tel que le rappellent Fassin et Memmi (2004), la sociologie a été longtemps muette sur le corps. Ceci ne voulant pas dire qu'il n'ait pas été présent ; mais plutôt qu'il a toujours été impensable. Comme le disait Berthelot, si dans toute situation sociale il y a des corps présents, les sociologues ne l'ont pris qu'assez tardivement comme *« un lieu privilégié d'intelligibilité du social»* (Berthelot, 1988 : 83), où se nouent l'individuel et le collectif, le structurel et le contextuel, la nature et la culture.

C'est Mauss un des premiers à porter le corps en tant qu'objet d'analyse en lui-même. Il a repéré les *habitus* corporels qu'il différencie des *habitudes de l'âme* aristotéliciennes. Il introduit la notion de *techniques du corps*, qu'il faut voir comme *« des techniques et l'ouvrage de la raison pratique collective et individuelle, là où on ne voit d'ordinaire que l'âme et ses facultés de répétition »* (Mauss, [1934] 2006: 369). L'élément indispensable pour Mauss est celui de l'éducation aux techniques. Au-delà de la naturalité des gestes et de la mimique, il s'agit bel et bien des techniques qui sont enseignées, transmises et apprises. Ou alors, dit-il, on pourrait nommer cette répétition des actes corporels dans l'exécution d'une action : *l'imitation prestigieuse*. Il s'agit, en effet, d'imiter un acte de manière très précise, à la perfection et c'est ce prestige qui relève du social, qui classe comportements corporels « prestigieux » - légitimes dirait-on aujourd'hui - et non-prestigieux. Il définit les techniques du corps comme des *« actes traditionnels (transmis) efficaces qui sont perçus par leurs auteurs comme mécaniques, physiques ou physico-chimiques »* (Mauss, [1934] 2006 : 372).

De même, il n'a pas fallu attendre les travaux féministes sur les corps pour savoir que l'une des catégories les plus importantes distribuant ces techniques dans les différents corps était le sexe. Mauss, lui-même, a été le premier à voir comment des techniques différenciées sont transmisses selon les sexes. Lancer des pierres, fermer les poings, marcher : Mauss observe les manières corporelles des deux sexes et sollicite l'articulation de trois sciences dans l'étude de ces variations : la psychologie, la physique et la sociologie, car il s'agit bien, dans chaque acte corporel, de la présence d'un *Homme total*.

Si, tel que le soutiennent plusieurs auteurs, la sociologie du corps n'est pas née il y a seulement deux décennies et le corps a été central pour plusieurs auteurs classiques, il a peut-être fallu les ruptures du constructivisme pour qu'une épistémologie du corps voit le jour dans les sciences sociales. La prise en compte sociologique du corps va au-delà des « techniques corporelles » qui pourraient être rangées dans une optique déterministe du social, car elles supposeraient la transmission, puis la réactualisation des gestes et des comportements. On peut voir dans la continuité de Mauss, l'œuvre de Bourdieu et de Boltanski dans les années 70. Depuis une perspective structurelle-constructiviste, Bourdieu ramène le corps au cœur de la sociologie, par le biais de la notion d'*habitus* et de l'incorporation des manières de faire, d'agir, de sentir qui sont vécues comme propres et qui relèvent cependant d'une socialisation de classe et de sexe. Boltanski (1971) fait sienne, l'approche de Bourdieu et plus particulièrement celle d'habitus corporel pour expliquer les usages sociaux différenciés – selon l'âge, le sexe et la classe sociale – du corps.

Ce sont, néanmoins, les travaux des féministes, et plus tard les *gender studies*, qui ont permis une analyse plus féconde sur les constructions corporelles particulières à la féminité et à la masculinité. Comme Michelle Perrot l'annonce, il y a eu dans les années 60-70 une rupture épistémologique, qui ne se limitait pas au simple fait de prendre les femmes – leur histoire, leur place dans l'économie, dans la société, etc. – comme objet d'étude. Mais qui supposait aussi une nouvelle perspective d'analyse qui s'ouvrait par la possibilité de penser des objets d'étude jusqu'alors impensables, dont la corporéité du social et le social incorporé (citée par Andrieu, 2006 : 16). Ces études placent au cœur de l'analyse l'articulation entre le matériel biologique et celui symbolique dans la construction des identités sociales de sexe ou identités de genre.

C’est cette irruption épistémologique qui a été nécessaire pour la distinction heuristique entre la catégorie de *sexe*, qui désormais resterait du côté de l’anatomie et la biologie, et le *genre* comme construction sociale.

Deux perspectives peuvent, néanmoins, se démêler de l’ensemble hétéroclite des travaux sur la dimension corporelle dans la construction des genres.

D’un côté, la perspective de Françoise Héritier (1996 ; 2006) pourrait être paradigmatique de l’emprise du matériel anatomo-biologique sur les constructions sociales des identités de genre. Selon cette auteure, il y a des *évidences élémentaires* biologiques sur lesquelles se construit le monde symbolique du réel. Le registre des possibilités est donc limité et cette limitation « naturelle » restreint de ce fait l’émergence des représentations. Si, selon cette perspective, le corps produit des significations, la production des corps par les sens se voit limitée aux frontières mêmes des possibilités corporelles. Tel serait, par exemple, le cas des reproductions assistées qui resteraient ancrées dans la distinction fondamentale du féminin/masculin. Cette posture n’aborde pas seulement l’ancrage biologique des rôles sexués, mais il les place de manière a-historique et universelle. Nous pourrions voir cette conception comme proche de celle de Simone de Beauvoir (1986), en ce qui concerne l’action de la socialisation sur les corps. Si *« on ne naît pas femme* », on naît alors corps neutre sur lequel l’emprise d’une socialisation exogène vient produire un être genré. Si la base matériellement sexuée n’est pas donnée ici, contrairement à ce qui s’observe chez Héritier, il y a une division entre cette matière neutre, qui est le corps, et ce qui vient le façonner, qui est matière de l’esprit. Cette approche peut dévier dans un essentialisme culturel où le *tout construit* produit la différenciation des sexes. Ce constructivisme est remanié de manière féconde par Colette Guillaumin, qui attire l’attention sur le lien étroit entre *« formes matérielles »* et *« formes mentales »* (Guillaumin, 1992) dans les rapports sociaux et voit les corps sexués comme le résultat d’une socialisation différentielle des sexes. Pierre Bourdieu, lui aussi, se rapproche de cette posture. Pour lui, le corps est produit par la culture comme corps sexué mais en même temps, et c’est là l’intérêt de cette approche, le corps devient lui-même porteur des principes de division sexualisante. Autrement dit, il y a d’abord *incorporation* du programme social et culturel qui investit par la suite le monde social, dont le corps lui-même. Ce programme social, *« c’est lui qui construit la différence entre les sexes biologiques*

conformément aux principes d'une vision mythique du monde enracinée dans la relation arbitraire de domination des hommes et des femmes, elle-même inscrite, avec la division du travail, dans la réalité de l'ordre social » (Bourdieu, 1998 : 23).

Une autre posture se profile avec les *gender studies* et plus particulièrement celle autour du mouvement *queer*, qui désamorce les liens du biologique et du social, par une séparation radicale entre sexe et genre. Le masculin et le féminin, qui selon la perspective contraire sont des constructions symboliques et sociales réalisées à partir des matériaux physiques eux-mêmes sexués, sont au contraire pour la théorie *queer* des performances sans *original*. La principale représentante de cette perspective est Judith Butler (2006 : 179-256), malgré les différences avec d'autres auteurs et les reformulations qu'elle-même a faites de sa théorie sur le genre. Pour Butler, les approches de genre ont tendance à prendre le corps comme une entité passive. Le sexe serait une donnée passive et pré-discursive, sur lequel le genre, culturellement construit, agirait. Si « on ne naît pas femme » et qu'on le devient, ce devenir a souvent été traduit comme une emprise des normes agissant sur la matérialité du corps. Or, Butler renverse cette conception de division entre corps et âme, dont elle envisage l'origine dans la culture chrétienne, puis cartésienne, occidentale. Elle place l'expérience du *drag*, du travesti, comme modèle de compréhension de l'investissement du corps lui-même dans la construction du genre. Autrement dit, c'est par la répétition et l'imitation des gestes et des comportements corporels, soit en somme par la performance corporelle, que les genres se construisent. *« Le corps est lui-même une construction, comme l'est la myriade de 'corps' qui constitue le domaine des sujets genrés »* (Butler, 2006 : 71). Il n'y a point de séparation entre âme et corps et donc point de suprématie de l'une sur l'autre : le corps ne détermine pas l'âme, et l'âme ne détermine pas le corps. C'est l'explication ontologique du corps qui change. Il ne s'agit plus d'un matériel neutre, a-historique et universel. C'est un corps-langage. Chaque action, selon cette approche, est l'acte d'un corps parlant. Il n'y a pas de division radicale entre corps et parole, entre matière et langage. Le discours est toujours impliqué dans le geste corporel, tout comme chaque conduite corporelle est produite par un corps parlant (Butler, 2008 : 31). Cette performance des corps ouvre donc la possibilité des jeux de rôles, où *« les distinctions entre le naturel et l'artificiel, le fond et la surface, l'intérieur et l'extérieur, sur lesquelles le langage du genre fonctionne presque toujours »* sont bannies (Butler, 2006 : 53).

Des critiques ont été adressées à cette *« magie performative »* (Bourdieu, 1998 : 141) des genres qui tendrait à réduire les rapports de domination réels entre les genres à un simple *« jeu de rôles »* et une guerre discursive, en dehors de toute structuration symbolique, sociale et matérielle. Ceci a amené Butler à préciser sa pensée. Dans un ouvrage postérieur (Butler, 2008), elle montre que les normes du « sexe », ne se situent pas en dehors des matrices du pouvoir qui construisent les sujets sexuels. Ce sont ces normes régulatrices qui agissent d'une manière performative pour constituer la matérialité des corps et leur différence sexuelle. Mais la particularité de cette performativité du pouvoir normatif réside dans le fait de sa *répétition*, contrairement à une conception du pouvoir comme déterminé une fois pour toutes, d'un pouvoir statique. En effet, l'approche du corps chez Butler est très proche de celle de Pierre Bourdieu, dans le sens où, pour elle, le corps est un ensemble d'habitudes qui se *« donnent corps »* par la répétition des normes. Sauf que cette répétition ne débouche pas sur une cristallisation. La répétition est moins *« reproduction »* à l'identique que *« performative »*, c'est-à-dire, *fictive*, en quelque sorte, d'où la possibilité de déviations. C'est là, que la notion de « jeu » devient différente d'une posture rationaliste et stratégique de « jeu d'individualités », car le jeu prend place dans un ordre de structuration symbolique et de domination.

Jean-Michel Berthelot (1983) avait été, dans les années 80, un des premiers sociologues à proposer une vision plastique de la corporéité du social, en suggérant que toute pratique sociale est une *« mise en jeu »* de corps. Mise en jeu qui, à son tour, construit des corps. Cette vision plus dialogique entre le social et l'individu, entre le corps et l'âme et notamment entre les dispositions incorporées et leur « mise en jeu » dans des situations particulières permet non seulement d'envisager les relations externes entre les corps, mais aussi de décortiquer l'intérieur du corps lui-même, de capter les logiques intérieures de sa construction. Il s'agit d'intégrer à l'analyse des pratiques corporelles tangibles l'idée que, au-delà du corps réel, il y a aussi un corps « fictif » ou imagé qui commande tout autant les conduites corporelles que le corps physiologique, lequel cherche toujours à s'adapter à ce corps socialement construit comme « vrai »[29]. C'est dans l'imitation elle-même que l'écart à la norme devient possible, parce que l'exécution de l'action déplace la norme. Nous retrouvons donc ici

[29] Voir à ce sujet du corps Réel/ Imagé, Andrieu Bernard (2006b) et plus largement l'ensemble de l'œuvre de Georges Vigarello.

la notion de « technique du corps » de Marcel Mauss, mais remaniée. Il est, d'ailleurs, étonnant que Butler ne fasse pas mention de l'approche de Mauss sur la question de « l'imitation » et plus précisément de *« l'imitation prestigieuse »*. Il dit : *« Dans tous ces éléments de l'art d'utiliser le corps humain les faits d'éducation dominaient. La notion d'éducation pouvait se superposer à la notion d'imitation (...) Ce qui se passe, c'est une imitation prestigieuse. L'enfant, l'adulte, imite des actes qui ont réussi et qu'il a vu réussir par des personnes en qui il a confiance et qui ont autorité sur lui. L'acte s'impose du dehors, d'en haut, fût-il un acte exclusivement biologique, concernant son corps. L'individu emprunte la série des mouvements dont il est composé à l'acte exécuté devant lui ou avec lui par les autres. C'est précisément dans cette notion de prestige de la personne qui fait l'acte ordonné, autorisé, prouvé, par rapport à l'individu imitateur, que se trouve tout l'élément social »* (Mauss, 2006 : 369). Il y bien une série formée par les actions de transmission-imitation-exécution, où la composante d'imitation devient centrale et médiatrice en donnant une place aux capacités performatives des acteurs. Si pour Butler, le genre est donc une *« structure imitative »* (2006 [1934]: 261) il permet, dans l'interface de ces trois éléments, des écarts.

Dans l'agencement du corps maternel se joue la construction d'un corps genré. Et vice-versa : dans l'imitation structurante du genre féminin, le « devenir mère » semble un élément normativement constitutif. Cependant, il faut voir comme différents, le corps féminin et le corps maternel, car des normes et des logiques sociales différenciées y sont à l'œuvre. S'il ne s'agit pas du même agencement dans la construction du féminin et du maternel, ce dernier suppose une définition particulière du premier. Plusieurs études se sont focalisées sur l'analyse de la socialisation différentielle entre les genres. Les modèles corporels de genre qui sont transmis par les médias, l'école le groupe de pairs ou la famille (Duru-Bellat, 1994 ; Lemel et Roudet, 1999 ; Cromer, 2005). L'utilisation des jouets et jeux spécifiques, pour les filles et les garçons, amènent à des comportements corporels différents (Cromer, 2005), ce qui se perpétuerait avec les pratiques sportives (Menesson, 2005) et de loisir ayant des conséquences différenciées sur la santé physique et psychique, comme dans le cas de l'anorexie chez les jeunes femmes (Darmon, 2003). La liste et la présentation de tous ces travaux se révèle impossible, vu leur richesse et leur hétérogénéité. En ce sens, ce que nous venons de souligner au travers de quelques exemples et références, autour de ce double

questionnement entre socialisation de genre et corps, ne saurait être une revue exhaustive de la littérature. Cependant, nous pouvons remarquer que peu de travaux se sont intéressés à la construction du corps maternel en lui-même. Ce qui semble paradoxal dans un contexte de profusion des recherches autour du corps genré, d'un côté et de la question de la maternité, d'un autre côté. Comme si le fait de parler du corps genré féminin absoudrait d'investiguer de près les normes différentes, et souvent conflictuelles, attachées à la sexualité, à la maternité, à l'esthétique, à la production et à la reproduction. C'est dans d'autres disciplines, comme la psychanalyse, la philosophie ou l'anthropologie, que le corps maternel va être le plus problématisé. Dans la critique faite par Butler, philosophe, à l'approche du corps maternel chez Julia Kristeva, psychanalyste, nous pouvons saisir les enjeux autour du « corps maternel » (Butler, 2006 : 179-198). Kristeva *« décrit le corps maternel comme s'il portait un ensemble de significations précédant la culture elle-même »*. Le corps maternel est vu comme « pré-discursif » en dehors de toute construction et « variabilité culturelle ». Le problème de cette approche, soulevé par Butler, est au-delà de la réification du corps féminin au seul destin maternel, c'est celui de voir l'hétérogénéité seulement du côté « pulsionnel » et « naturel » face à l'unification symbolique et culturelle d'une Loi paternelle[30]. Kristeva déplace en effet la variabilité du corps maternel du côté de la nature et la pulsion et elle voit dans la Loi culturelle (paternelle) l'origine de l'unification. La subversion de ces corps maternels ne pouvant être réalisée, dès lors, que par un retour à un état de nature instinctuel. Or, en faisant appel à l'approche de Foucault, Butler critique cette théorie de la Loi en termes purement négatifs et propose de voir comment cette loi *produit* certains désirs, comme s'il s'agissait de « pulsions naturelles ». Le pouvoir n'est pas qu'interdit et il crée aussi. Un retour au refoulé étant impossible, la subversion des corps ne peut s'opérer par un retour vers le « passé naturel » ; il se fera, selon Butler, par la multiplication des possibilités culturelles futures. L'hétérogénéité est alors culturelle et non plus pulsionnelle, du fait de l'hétéronomie et des normes sociales hétéroclites. Pour réfléchir sur cette hétérogénéité normative dans la production du corps féminin, c'est l'anthropologie qui nous donne des éléments. Par exemple, nous trouvons dans la thèse de Sandre-Pereira (2006) sur les pratiques de l'allaitement en France et au Brésil, une piste intéressante pour comprendre comment s'effectuent des arrangements symboliques, mais aussi matériaux, entre corps maternel et corps érotique dans la construction du corps

[30] Dans la psychanalyse la figure du « Père » est d'ordre symbolique, préconscient et fonctionnel. La loi paternelle serait celle de la culture, la socialisation par l'intégration de l'interdiction œdipienne.

féminin. Elle montre comment les femmes qui allaitent font *« une division corporelle »*, souvent à l'horizontale du corps, entre une partie supérieure maternelle (pour l'enfant, qui allaite) et une partie inférieure érotique et sexuelle (pour les rapports sexuels). Cette division se réalise parfois de manière verticale, distinguant un sein nourricier et un sein érotique, réservé au partenaire (Sandre-Pereira, 2003).

Ce qui découle des travaux de cette anthropologue – au-delà des questions liées à l'allaitement maternel et sur lesquelles nous reviendrons lors du chapitre dédié à cette pratique – est le fait d'un corps qui se construit lui-même dans les relations. Ce corps qui n'est donc ni déterminé par les représentations sociales, ni par celles individuelles et qui n'est pas déterminant non plus de ces dernières, mais toujours en dialogue avec elles. Il s'agit bien ici d'un corps relationnel. Ceci semble d'autant plus visible que la construction du corps féminin comme corps genré suppose le modelage d'un corps moins porté sur soi que pour autrui.

Le corps maternel pose un autre questionnement, différent de celui qu'il pose en tant que corps genré féminin pour soi. Il est un corps *contenant* et un corps *expulsant*. En effet, le corps maternel se construit comme étant un corps traversé, où l'intérieur et l'extérieur sont brouillés. Si d'après Butler, le « moi corporel » freudien est, non seulement relationnel, mais surtout, et par ce fait, perméable, le « corps maternel » devient la figure archétypique de la corporéité humaine.

Une approche originale du « corps maternel » est celle proposée récemment par Luc Boltanski, dans ce qu'il appelle la *« sociologie de l'engendrement »*, qui se propose être l'étude de *« tout ce qui se passe quand une femme se trouve « grosse »»* (Boltanski, 2004 : 19); c'est-à-dire, les contraintes symboliques qui président à la naissance et les types d'arrangements (religieux, domestiques, parentaux, etc.) qui tendent à les contenir. Ainsi, la définition de l'expérience de la maternité, que nous retenons, intègre à la perspective de Dubet, celle de Luc Boltanski sur l'expérience de *l'engendrement*, définie en ces termes : « *la manière dont elles* (les personnes, et ici, les mères) *éprouvent, et dans le cas qui nous occupe, dont elles éprouvent dans leur chair, la rencontre avec les composantes et les déterminations de l'action »* (Boltanski, 2004 : 17).

La notion de *chair* devient ici fondamentale pour l'analyse de l'expérience de l'engendrement. Justement parce qu'il ne s'agit plus du corps, mais de l'expérience de la *chair*. Boltanski reprend la distinction effectuée par Augustin Berque (2003) entre *chôra* et *topos* comme deux types d'espaces différents. La notion de *topos* fait référence au lieu, pris dans le sens le plus répandu, celui d'un espace séparé de la chose qu'il contient, l'espace ne participant pas consubstantiellement à la formation de ce qu'il contient. Le lieu représenté comme *chôra,* est le lieu comme *« matrice et empreinte »* (Berque, 2003) de et sur ce qu'il contient. Boltanski se sert de cette dernière conception de l'espace comme *« outil conceptuel pour nommer ce qui se trouve en deçà de la division entre le sujet et l'objet, au moment où des êtres, bien que différents, sont dans une situation telle que chacun d'entre eux n'est ce qu'il est que dans son rapport à l'autre »* (Boltanski, 2004 : 270). Cette perspective phénoménologique de l'expérience que fait le sujet de son corps, permet de distinguer la double vision du corps, comme matière objective, mesurable et composée de parties détachables, de celle qu'il se fait de sa chair, sous la forme d'une auto-affection intime et subjective. En ce sens, nous pouvons prendre le risque d'un parallèle entre cette notion de *chair* et l'approche de Butler sur le corps comme corps parlant, traversé par le discours.

Dans la corporéité de la maternité « normale », le « corps maternel » existe parce qu'il y a un autre corps, celui de l'embryon ou fœtus, qui n'existe que parce qu'il est dans un corps maternel. Mais, pour que ce *corps contenant* devienne *corps maternel*, il faut que discursivement il reconnaisse cet autre corps « qui l'habite ». Luc Boltanski met en évidence le fait que l'engendrement d'une personne suppose la *« confirmation par la mère »* de *« l'être de chair »* qui passe de remplaçable à irremplaçable, devenant alors singulier et un *« être de parole »*. Le corps maternel ne serait donc pas simplement un corps en soliloque, se parlant à lui-même et se représentant soi-même lorsqu'il parle aux Autres, mais un corps obligé de parler à un Autre et, surtout, à la place d'un Autre.

Dans cet acte de mise en mots, ce qui est à l'œuvre est ce que Boltanski nomme *« le processus de singularisation des êtres »* et qu'il tire des travaux de Maurice Godelier : *« Les êtres humains vivant en société, nécessairement inscrits dans différentes taxinomies, doivent donc aussi, non moins nécessairement, pouvoir aussi être*

identifiés comme étant des individus singuliers» (Boltanski, 2004 : 48). Ce qui veut dire que même dans les sociétés les plus *sur-socialisées,* chaque membre constitue un être singulier et non substituable, même si sa fonction, sa position ou son rôle social, peuvent être remplis par un autre. Pourtant une distance (ou une singularisation) totale ne serait envisageable au sens où cette même distance est un produit social et que, comme le dit Boltanski (2004 : 46): *« Un être inclassable est un être asocial »* car *« les êtres humains en société doivent en effet pouvoir être rangés dans le genre d'ensemble qu'on appelle des catégories ou des classes ».*

Ce qui est, à notre avis, intéressant dans cette conception développée par Luc Boltanski, est que ce processus de singularisation n'est pas réalisable en dehors du social ou en opposition à lui. Comme dit l'auteur : *« La singularisation est au contraire une opération qui s'accomplit dans le creuset de la vie sociale»* (2004 : 49). Autrement dit, c'est par la reconnaissance, en tant qu'être unique, effectuée par un « Autre », par le regard de celui-ci porté sur soi, qu'on devient singulier. Différente d'une perception d'un sujet comme un *self* construit par lui-même en *moi* singulier et déployant des relations avec d'autres *moi* singuliers, cette notion de *« singularisation »* est sociale, car c'est par le lien social que la valeur de non-remplaçable est donnée à un être.

La lecture réalisée par Irène Théry (2006) de l'ouvrage de Boltanski est, à ce sujet, significative. Elle place le processus de singularisation des êtres dans le cadre de la parenté contemporaine. Il ne s'agit pas simplement de reconnaitre un enfant pour que l'être de *chair* devienne de *parole,* mais aussi pour que celui-ci soit inséré dans une chaîne de relations : « fils de », « petite-fille de », etc. Selon Boltanski, l'engendrement, en tant qu'ensemble d'actions introduisant de nouveaux êtres dans le monde social, serait justement un objet primordial pour comprendre cette tension entre *« classification »* et *« singularisation »,* car c'est aux différents stades de ce phénomène que cette double inscription du nouvel arrivé (dans des catégories spécifiques et en tant que personne spécifique) s'opère. Mais ce double processus, dérive de deux contraintes majeures inhérentes à l'engendrement : le fait que les êtres soient *remplaçables* (de par leur classification), mais *singuliers* par la *confirmation* par la parole de la mère. Or, ce pouvoir de la mère à singulariser est subordonné à une autorité extérieure. Autorité qui minimise ainsi le dilemme d'une telle distinction.

L'auteur propose une série d'arrangements symboliques à partir desquels s'effectue la légitimation de l'être à naître. Ces arrangements sont définis de manière assez vaste, ce sont eux qui organisent les décalages, contradictions et rapprochements autour du gouffre causal entre sexualité et engendrement. Ces arrangements sont davantage donnés comme des idéaux-types que comme des réalités historiques se succédant entre-elles, même s'ils peuvent être représentatifs de certains contextes historico-culturels. Ainsi, l'arrangement peut être *« spirituel avec le Créateur »*, *« domestique avec la parenté »*, *« socialement utile avec l'État industriel »* ou par un *« projet parental dans la Cité par projet »* (Boltanski, 2004). Dans ce type de cité, contrairement à d'autres contextes, la légitimation de l'être à naître s'est déportée de plus en plus vers la sphère de l'individu, soit des *« parents porteurs d'un projet d'enfant »*.

Boltanski ne nous parle pas de désir, mais de projet d'enfant, pour s'écarter ainsi de ce qui pourrait relever de la nature, ou du « désir » psychanalytique ; en effet, le projet parental est ici un arrangement symbolique. Le temps où les arrangements étaient dictés par Dieu, l'État ou le cadre de parenté traditionnel laisserait place à l'émergence d'un nouveau type d'arrangements. Si ces arrangements « traditionnels » ne sont pas complètement rejetés aujourd'hui, les transformations dans le domaine de la création des êtres humains depuis les années 70 *« dessinent les contours d'un nouvel arrangement »*, *« le projet parental »* (Boltanski, 2004 : 128).

Selon cet auteur, dans la configuration actuelle des sociétés modernes individualistes, l'engagement professionnel et affectif des individus est limité dans le temps. La fragmentation et la mobilité deviennent ainsi deux caractéristiques fondamentales de l'expérience humaine, ce qu'il observe dans les parcours de vie étudiés. Cette instabilité relationnelle crée chez l'individu le besoin de fonder un pôle de stabilité autour de lui, afin de s'opposer à ces fluctuations de l'expérience, or faire un enfant en est un des moyens. *« Le projet d'enfant se révèle comme un rempart contre la fragmentation et constitue l'une des voies possibles dans la recherche d'une vie « plus authentique »»* (Boltanski, 2004 : 141). Plusieurs travaux partagent cette idée selon laquelle le « projet d'enfant » viendrait contrecarrer une existence contemporaine marquée par la segmentation et l'instabilité.

Or, quand ce projet n'incombe qu'à la femme du fait de la défaillance de l'homme, *« comment s'opère, dans le cadre de cet arrangement, la confirmation de l'enfant à naître ? La réponse qui vient immédiatement à l'esprit est que, à la différence de ce qui se passe dans les trois autres types d'arrangement (…), où le fœtus est pré-confirmé par référence à une instance extérieure supra-individuelle – Créateur, parenté ou État – cette opération reviendrait, dans le cas qui nous occupe maintenant, directement à la mère »* (Boltanski, 2004 : 131). Et plus précisément (nous ajoutons) au corps de la mère. Une des critiques adressées à Boltanski a été justement celle de parler de « projet parental » de manière « psychologisante », en invisibilisant ainsi les rapports sociaux de sexe derrière ce « projet parental », sans faire mention de l'inégal partage des tâches domestiques et de *care* (Bajos et Ferrand, 2006*b*). Cependant, il nous semble que ces critiques soient à nuancer, car l'objet d'étude de Boltanski n'est pas ce qui se passe en aval de la naissance, mais justement très en amont. Il montre comment s'y jouent les rapports de pouvoir entre les sexes dans le partage du projet lui-même. L'apport qui nous semble fondamental chez Boltanski (comme il l'est pour Irène Théry) est celui de montrer comment se formule avec force une nouvelle norme sociale, opérante surtout chez les femmes, celle de l'*« engendrement par projet »*, et où l'avortement est vu comme *« échec de contraception »*.

Ce sont justement les travaux de Bajos et Ferrand (2001, 2002, 2004, 2006*a*) concernant l'utilisation des méthodes contraceptives qui nous amènent non seulement à comprendre les nouveaux cadres normatifs d'utilisation des contraceptifs, mais aussi le fait que ceux-ci sont liés à une *« nouvelle norme contraceptive »*, stipulant que *« toute naissance se doit d'être désirée et programmée, mais le droit de choisir le moment d'être mère s'accompagne en même temps de la lourde responsabilité de faire ce choix »* (Bajos et Ferrand, 2004 : 127). Le choix de mettre au monde un enfant revient en ultime instance à la femme, ce choix pouvant être plus ou moins conscient, il s'inscrit toujours dans l'expérience du corps, ou plutôt de la chair.

Ceci nous ramène au questionnement central de la normativité corporelle façonnant le corps maternel *« normalisé »*. Il s'agit évidemment d'un questionnement classique de la sociologie, celui des normes sociales, porté sur un objet qui peut d'ores et déjà être considéré comme classique : la maternité. Cependant, il s'agit d'envisager différemment cette normativité de la maternité qui s'exécute par et à travers les corps

des femmes. Il faut pour cela sortir de la perspective classique du rapport aux normes, comme d'un emboîtement de l'individu dans le social et du social dans l'individu, pour entamer un décryptage dialogique des relations aux normes corporelles des femmes devenant mères et les relations aux normes maternelles des corps genrés. Déjà Mauss considérait les techniques corporelles de la naissance et l'obstétrique comme étant les premières auxquelles toute société et individu sont exposés, mais aussi comme des preuves de la variabilité culturelle de ces techniques, de leur caractère non-universel et non-naturel. Ainsi, ces techniques corporelles permettent de saisir le caractère fluctuant de la « normalité » de ces pratiques : *« Des choses que nous croyons normales, à savoir l'accouchement dans la position couchée sur le dos, ne sont pas plus normales que les autres, par exemple, les positions à quatre pattes »* (Mauss, 2006 [1934]: 376).

La normalité des pratiques corporelles nous mène évidement vers un auteur déjà classique pour ce qui relève de la question de la normativité des corps et les cadres, comme cadres de pouvoir, où se construit cette « normalité » : Michel Foucault[31]. Chez lui, la norme sociale effectue un glissement. Lorsqu'il travaille sur le pouvoir disciplinaire (1963, 1975), c'est la norme elle-même qui semble faire le partage entre comportements « normaux » et « anormaux ». D'abord, il y a une norme (explicite ou non), puis les comportements corporels qui la suivent (ceux qui sont disciplinés) et ceux qui en dévient (indisciplinés), lesquels seront punis et/ou à redresser et à normaliser.

Cependant, la normativité contemporaine qui s'esquisse dans nos sociétés, et dans notre objet d'étude, tel que nous le verrons ci-dessous, est d'une autre essence. La norme s'impose moins aux sujets en dirigeant leurs comportements, qu'elle ne découle désormais des comportements eux-mêmes. La norme n'apparaît pas comme opposant une résistance aux sujets et à leurs actions, c'est elle qui construit les sujets. C'est lorsque Foucault travaille sur la biopolitique et la subjectivité que la question de la normativité est modifiée. En effet, en s'intéressant de plus en plus à la subjectivité,

[31] Pourquoi avoir dépisté le rapport du sujet (et du sujet corporel) aux normes ci-dessus et par le biais de l'approche de Butler sans avoir fait référence à Foucault ? Parce qu'il nous fallait Butler pour renouveler Foucault, et parce que c'est la perspective qu'elle engage, celle des conséquences du pouvoir sur la « vie psychique » qui nous dévoile un autre Foucault, celui de la théorisation sur le « sujet ». Autrement dit, c'est le Foucault des années 80, qui, par le biais des travaux de Butler, refait une lecture du Foucault de la théorie du pouvoir disciplinaire.

Foucault est ramené au pouvoir et à la *gouvernementalité* : le gouvernement de *soi par soi* dans son articulation avec les rapports à autrui. Ceci est contraire au pouvoir disciplinaire d'imposition de règles et de corsetage des corps dans une microphysique du pouvoir. Le *« gouvernement (contemporain) des corps»* (Memmi et Fassin, 2004) est plus *« sophistiqué»* (Memmi, 2004 : 134-154) et suppose, en plus d'un assujettissement aux normes, une autonomie des sujets.

Assujettissement et autonomie seraient les deux faces de la même monnaie : celle de la construction d'un sujet autonome et autorégulé. *« Les normes sociales sont ainsi (…) potentiellement conflictuelles puisqu'elles placent l'homme dans la situation intenable d'être fabriqué comme sujet à la fois par l'hétéronomie disciplinaire et par un ensemble de règles exigeant toujours plus d'autonomie »* (Le Blanc, 2004 :98).

Dominique Memmi (2003) insiste sur le fait qu'une lecture foucaldienne du *gouvernement des corps* doit être associée à celle de Norbert Elias en termes de *processus de civilisation*. Les institutions contemporaines, opérant sur ce gouvernement des corps, étant moins des *institutions disciplinaires* que des *institutions civilisatrices* (Memmi, 2003 : 296). Elias fait émerger la question de l'autocontrôle des comportements et la maitrise des corps qui passe entre les mains des individus. C'est ce qu'Elias appelle le processus d'individuation : *« processus par lequel les agents sociaux sont appelés à reproduire les discours de l'État plutôt qu'à les subir sous forme de sanctions juridiques imposées à des conduites déviantes »* (Memmi, 2003 : 133). Nous voyons bien que cet autocontrôle n'est pas détaché du social et produit par un « Moi souverain », mais qu'il est contrôlé par l'État: à un processus d'individuation correspond aussi un mouvement de « civilisation » porté par l'État.

Où est le lieu central de formulation de ces règles exigeantes d'autonomie autant que de conformité? On peut d'ores et déjà faire l'hypothèse que ces lieux sont concentrés dans les institutions[32], notamment par l'État. Nous nous occuperons de réexaminer cette hypothèse au moment d'approcher notre terrain au Brésil et les instances de régulation des corps et des populations. Pour l'instant, récapitulons ce qui a été dit

[32] Depuis les travaux de Mary Douglas et notamment depuis son ouvrage *Comment pensent les institutions ?* (2004), nous savons qu'on ne peut pas aborder les institutions sociales comme des faits gouvernant exclusivement des esprits et des idéalités. Toutes les institutions sont en rapport avec des représentations et des expériences du corps.

jusqu'ici, en vue d'une tentative de définition et de problématisation de la maternité en tant qu'expérience.

I-1-e. Vers une définition sociologique de l'expérience de la maternité.

Nous avons tenté de faire apparaître notre objet d'étude comme s'il se trouvait être la toute dernière poupée d'une série emboîtée de poupées russes: de la parenté contemporaine, nous avons glissé vers une relation spécifique de cette première, la filiation ; puis vers l'expérience d'un des acteurs de cette relation, la mère ; et finalement vers la construction de cette expérience, la maternité, dans le corps des mères. Or, cette dimension corporelle de l'expérience de la maternité, loin de nous mener vers une approche microsociologique, a été révélatrice de processus sociaux à grande échelle : ceux liés au gouvernement des corps, à la composition des nouvelles normativités liées à l'individuation et à *« l'autocontrôle de soi »* (Elias, 1973). Le corps, renoue avec le politique et rapporte, par le même mouvement, la famille au domaine du politique. C'est en effet, la maternité, objet fertile comme la matriochka, qui permet de visionner ce qui l'englobe, ainsi qu'elle laisse deviner les couches intérieures, plus intimes, à partir des processus globaux.

Nous avons démêlé certains nœuds formant la *« doctrine de la famille conjugale »*. Ces nœuds étaient en effet des relations qui ont subi des changements profonds. À partir du devenir de la famille contemporaine, nous sommes arrivés à postuler la nécessité de saisir l'ensemble de ces relations familiales par une approche en termes de parenté. La notion de famille étant plutôt révélatrice d'une *« fiction efficace »* de structuration de ces relations. Nous avons suivi le conseil d'Hervé Lebras (2003 : 10-18) pour qui la famille n'existe pas, ce qui existe ce sont les relations familiales. Il suggère que l'étude de *« l'illusion familiale »* soit cédée à la littérature et que les sciences sociales ne s'occupent donc que des relations familiales.

Nous avons effectué un zoom sur le lien de filiation. Nous avons vu comment la relation liant un adulte et un enfant était elle-même décomposable. Comme si la *doctrine de la famille* avait endoctriné les relations qu'elle rassemblait fonctionnellement. Cette « *relation partout la même »* n'en est pas consubstantielle, elle se compose de liens très divers, comme le sont ceux tissés par l'héritage et la

transmission, la vie quotidienne et la solidarité, le sang et les gênes. Les divers types d'assemblage de ces liens étant effectués culturellement et socialement. La filiation est à décliner aussi selon une perspective des genres. Le lien biologique, quotidien ou de transmission n'étant pas le même selon les constructions sociales des genres qui opèrent, à leur tour, une distribution des responsabilités parentales…par genre. Le choix de l'objet était, en effet, opéré à l'avance : nous nous intéressons à un acteur particulier de la relation de filiation : la mère.

Le choix a été de prendre cette figure féminine de la relation de filiation en termes d'acteur. Nous distinguant, ainsi, à la fois d'une perspective holiste où l'individu n'a de place que comme agent accomplissant une action programmée, en même temps que d'une posture qui envisage l'acteur tirant ses ressources d'action d'une puissance souveraine, d'une liberté transcendantale ou d'un pouvoir cognitif. L'acteur-mère est, pour nous, défini par sa capacité d'action et cette capacité se modèle dans l'immanence de l'expérience. C'est dans cette optique que la mère devient acteur et la maternité expérience.

L'hétérogénéité de l'expérience de la maternité est un fait irrécusable. Les variations dérivent tout autant d'éléments extérieurs, liés aux contextes sociaux, géographiques, culturels et parentaux de son déroulement, que d'éléments internes : les dimensions spatiales, temporelles et relationnelles intervenant dans la dynamique même des expériences individuelles. Néanmoins, notre intérêt s'est porté sur la question de la *normalisation* de cette hétérogénéité expérientielle qui se construit toujours en référence à une « normalité » maternelle, la distinction ou l'adhésion à la norme n'étant que les extrêmes d'une panoplie de constructions possibles de cette référence. C'est dans cette optique que nous avons choisi de travailler sur ce que nous avons appelé des « maternités normales », autrement dit des expériences où les trois liens de la filiation (transmission, de sang et quotidien) sont supposés être conjugués. En soulignant l'impossible « normalité » en soi, il s'agit pour nous de saisir les conflits et les arrangements dans la visée de cette normalisation.

La question des normes et, plus précisément, de la normalisation de cette triangulation du lien de filiation maternel et de l'expérience qu'en fait la femme, nous a amené à poser la question de la corporéité de l'expérience, ainsi que de la normativité

corporelle qui la modèle. Les processus de normalisation sont attestés dans ce que doit être le lien « biologique », ce que doit comporter le lien « juridique » lorsqu'il se réfère au premier et le lien issu des comportements quotidiens, lesquels engagent aussi les corps. À une approche en termes d'expérience de la maternité, est donc associée celle de l'expérience du *corps maternel*, se construisant en référence à et par la normativité corporelle. Corps maternel qui se construit doublement comme corps genré, relationnel et corps *contenant-expulsant*, et qui, à la manière de l'acteur-mère, est pris non pas comme matériel passif, mais comme *chair* ayant une expérience propre.

À partir des approches théoriques esquissées ci-dessus, soit celle qui s'intéresse aux dimensions symboliques et contradictoires de la *chair* et celle qui établit le caractère dialogique (entre les logiques d'intégration, de rationalité et de subjectivation) de l'expérience sociale, en somme celles développées par Boltanski et Dubet, nous proposons une définition de l'expérience de la maternité. Celle-ci tient compte d'un triple rapport –dont les composantes ne sont *« pas nécessaires et fonctionnel(le)s »* (Dubet, 1994 : 177) et qui se déploient à travers les dimensions indiquées plus haut – *supposé* être à la base d'une expérience *normalisée* de la maternité:

-Celui qui s'établit dans la chair, entre la femme et son propre corps : *« l'expérience de la chair »*, du lien biologique.

-Celui qui met en relation deux personnes, mère et enfant : le lien de filiation quotidienne.

-Et celui de la mère avec des « tiers-acteurs » ou «Autrui significatif », rapportant la *véracité* du lien (juridique et/ou institutionnel).

En effet, comme nous l'avons indiqué, la relation maternelle suppose la référence au biologique. Non pas que celui-ci soit indispensable dans la construction du lien, mais parce qu'il opère en tant que référentiel normatif. Dans ce sens, nous prendrons en compte non seulement ce dialogue de la femme avec elle-même, mais également le rapport au corps qui se crée lors de l'expérience de la maternité. Même lorsque le lien biologique fait défaut, la symbolique de ce lien existe dans les tentatives de normalisation de l'expérience. De manière inversée, lorsque le lien biologique n'est pas accompagné de l'établissement du lien de filiation, la *grammaire* de l'engendrement tend à l'harmonisation symbolique de cette expérience de la chair. L'« autrui significatif » ou « tiers-acteurs » sont ceux qui entourent, en légitimant,

normalisant et faisant la médiation des deux premiers rapports, agissant ainsi sur les expériences maternelles.

Trois questions doivent être rappelées. Premièrement, la maternité en tant qu'expérience comprenant trois types de liens – biologique, filiatif et quotidien – n'est en aucun cas perçue comme un présupposé. La charge d'une telle perception est plutôt laissée aux acteurs eux-mêmes (ce qui n'empêche pas le discernement analytique qu'implique cette définition). Autrement dit, la compréhension des relations nouées entre les acteurs (enfant-mère-autrui significatif) implique la prise en compte du regard porté par les femmes elles-mêmes sur ces relations. Deuxièmement, nous gardons à l'esprit que cette expérience n'implique pas seulement un rôle dont la définition est socialement donnée (rôle de mère), mais aussi un travail de construction subjective de ce rôle à partir *« des matériaux offerts par le monde social »* (Dubet, 1994). Finalement, nous tenons compte de ces matériaux du monde social qui vont des situations familiales, des conditions socio-économiques et spatiales de vies des femmes, jusqu'aux valeurs et représentations concernant la maternité, auxquelles elles sont confrontées. Sans amoindrir la complexité de ce « monde social », nous tenons compte du fait que les logiques d'action (individuelles ou interindividuelles) peuvent se déployer sous tension de par leur hétérogénéité, une hétérogénéité que les individus doivent assumer.

Il s'agira, dans le chapitre suivant, de rendre compte d'un contexte particulier favorisant l'émergence de cette hétérogénéité expérientielle, le Brésil contemporain et urbain : une société blessée par des inégalités sociales profondes et en même temps traversée par des processus avérés de démocratisation.

I-2. Le contexte de l'expérience maternelle.

"Aí, esta terra ainda vai cumprir seu ideal
Ainda vai tornar-se um imenso Portugal[33]*"*
Fado Tropical
Chico Buarque- Ruy Guerra

I-2-a. Démocratisation et complexification de la société brésilienne.

En 1985, le Brésil sortait de deux décennies de dictature et entrait dans une phase de consolidation démocratique, faisant partie du groupe de pays (comme par exemple le Chili et l'Argentine) amenés à représenter ce qu'on a appelé la « troisième vague[34]» de démocratisation. Cependant, l'océan de la vie sociale ne se construit pas par des « vagues » se succédant et s'accumulant progressivement de façon linéaire vers un horizon où la démocratie appellerait à plus de démocratie et où le rivage d'arrivée serait lui-même, la Démocratie. Cette vision développementiste engendre non seulement une approche ethno-centrée de la démocratie occidentale, mais elle occulte aussi les tensions internes des divers processus démocratiques. Elle fait de ce processus un élan commandé par un désir de démocratie qui serait contagieux. Un élan qui s'appuierait sur un principe politique, sur des formes institutionnelles de représentation et qui se détacherait du social. Le cas du Brésil en est paradigmatique. Son entrée dans un processus de démocratisation politique et culturelle s'est accompagnée de l'entrée dans une économie de marché néolibérale et d'un État minimal dans la régulation économique, qui allait creuser les inégalités sociales.

Depuis lors, nous pouvons faire un double constat :
D'abord, la persistance d'inégalités socio-économiques extrêmes fait du Brésil le deuxième pays le plus inégalitaire en matière de distribution de revenus en Amérique Latine (après le Guatemala) et un exemple mondial de pays riche et inégalitaire. Les inégalités internes, celles calculées par la différence entre les revenus les plus hauts et

[33] « Hélas, cette terre doit encore accomplir son idéal, elle doit encore devenir un immense Portugal »
[34] L'auteur de cette notion est le conservateur américain Samuel Huntington, *The Third Wave : Democratization in the Late Twentieth Century*, University of Oklahoma Press, 1991.

les plus bas, produit un coefficient de Gini[35], de 0, 56, alors qu'en France ce coefficient est de 0,32[36]. On estime que 41% des ménages brésiliens vivent sous le seuil national de pauvreté. La distribution de la richesse au Brésil est très marquée régionalement, le Nordeste concentrant ainsi 46% des pauvres (et 63% des indigents), alors que seulement 30% de la population brésilienne y habite. La distribution est également liée au milieu de résidence : le milieu rural concentrant plus de pauvreté que le milieu urbain qui atteint les moindres indices de pauvreté dans les plus grands centres urbains.

En effet, cette *« démocratisation à la brésilienne »*, qu'on a appelé aussi *« la modernisation conservatrice »*, n'a pas remis en cause le problème de la distribution de la richesse, ni l'inclusion économique des milieux populaires. Le rôle de l'État s'est limité à faire une administration de la pauvreté sans remettre en question l'ordre socio-économique. Cependant depuis les années 1990-2000, en pleine période néolibérale, deux phénomènes ont joué dans le sens d'une réduction relative de la pauvreté: la dynamique positive de l'économie brésilienne et surtout le retour de l'État brésilien en matière de développement de politiques publiques. Plusieurs programmes de lutte contre la pauvreté ont surgi ou ont été consolidés depuis le début du 21ème siècle. L'action de l'État ne se distribue pas de manière homogène dans tous les secteurs et elle se fait au compte-gouttes, variant non seulement en fonction des demandes sociales, mais aussi des directives et exigences qui émanent de divers organismes internationaux, tels que la Banque Mondiale, l'Unicef, l'Organisation Mondiale de la Santé ou l'Organisation Mondiale du Travail, entre autres.

Ces organismes sont des bailleurs de fonds d'investissement dans les politiques publiques et ils exercent une influence sur les agendas gouvernementaux. La Banque Mondiale, par exemple, a financé dans les années 90 dix programmes de santé au Brésil, notamment des campagnes de lutte contre le paludisme, le sida et le schistosome[37]. L'État subi également une pression venue d'en *bas*. Les mouvements sociaux sont des acteurs de premier plan dans la dynamique de démocratisation

[35]Coefficient de Gini: Mesure le degré d'inégalité de la distribution des revenus dans une société donnée. Cette mesure varie de 0 à 1, où 0 signifie l'égalité parfaite (tout le monde a le même revenu) et 1 signifie l'inégalité totale (une personne a tout le revenu, les autres n'ont rien).

[36]Sources : PNUD/ONU, 2005.

[37] Parasitose provoquée par la présence de larves de schistosome, qui attaquent notamment le foie, l'intestin, les poumons et le système sanguin, appelée aussi *bilharziose*.

sociale. Dans le domaine de la santé publique, le rôle des mouvements sociaux a été singulier et il le reste encore aujourd'hui. Des mouvements comme le « Mouvement sanitaire » (Movimento sanitário), des groupes féministes, des étudiants des écoles de médecine et de santé publique, entre autres, sont à l'origine de la création du Système Unique de santé, le SUS, devenu désormais une politique nationale. Si ces mouvements, à l'origine de ce qu'on a appelé « la reforme sanitaire », ont une histoire politique qui remonte loin dans le temps, avant la dictature militaire des années 60-70, ce n'est qu'avec l'avènement de la démocratie, qu'ils seront appelés à participer à la recomposition des politiques de santé. La dynamique de la demande, n'est cependant pas bilatérale, venant soit d'en *bas*, soit d'en *haut*, car les mouvements sociaux s'appuient eux-mêmes sur les organismes internationaux et en sont des interlocuteurs privilégiés. Vice-versa, les organismes internationaux font appel aux mouvements pour mobiliser l'État brésilien. Celui-ci est en effet traversé par des pressions locales, de même que supranationales.

Les demandes de « reconnaissance de droits » remplissent la scène sociale. Si, auparavant, ces demandes concernaient davantage des droits sociaux portant sur des questions d'habitat, de santé ou de travail, elles se sont peu à peu déplacées vers les sphères des minorités, des modes de vie et des « identités », comme dans les pays du Nord: reconnaissance de droits aux homosexuels, aux Afro-descendants, aux aborigènes, etc. Ceci nous ramène à ce qu'on a appelé le « processus de démocratisation à la brésilienne », c'est-à-dire, un processus de réforme politique et culturelle très ancrée dans le pays mais qui n'a touché les conditions économiques des « pauvres » brésiliens que dans une moindre mesure.

C'est le second constat, que nous pouvons faire sur la démocratisation brésilienne. Celui d'un processus de démocratisation concernant les institutions formelles qui se sont peu à peu consolidées. Ces institutions sont, à leur tour, relativement poreuses face aux actions et demandes des mouvements sociaux. Ceux-ci ne sont pas tous nés dans les années 80, mais le retour de la démocratie les a vu proliférer et ils ont gagné du terrain sur plusieurs secteurs (habitat, terres, santé, droits des noirs, etc.), cherchant *« une démocratisation de la démocratie »*. En parallèle à la démocratisation des institutions politiques, un phénomène équivalent s'est déployé dans le champ de la culture de masse qui a fonctionné comme le *« ressort fondamental de la dynamique*

égalitaire » (Peralva, 2001 : 44). L'augmentation du niveau de scolarisation[38], ainsi qu'une propagation des modes de vie par l'impact des médias, notamment la télévision, dans les milieux populaires, auraient entraîné un processus d'*homogénéisation culturelle* en intégrant ceux-ci à la *société de masse* (Peralva, 2001).

Cette démocratisation culturelle par *le bas* apporte une panoplie d'enjeux politiques et sociaux divers qui sont actuellement sur la scène publique brésilienne, scène où tendent à se mêler des luttes pour résoudre des problèmes, déjà plus ou moins résolus ailleurs (l'accès à l'éducation, l'éradication du travail et de la prostitution infantile, la légalisation de l'avortement, etc.), avec des questions nouvelles et des demandes autour des droits, qui se manifestent aujourd'hui un peu partout dans le monde (le mariage homosexuel, l'équité dans les responsabilités parentales, les débats autour des quotas raciaux dans les institutions, etc.).

Figure 5 : Manifestation de la journée de la femme 08/03/06 à Recife. Sous les bannières de la FETAPE (Fédération de travailleurs agricoles de l'état de Pernambouc). © A. Faya Robles.

[38]Les taux de fréquentation scolaire ont fortement augmenté pendant les années 90 passant de 63,63% à 81,89% au Brésil, pour l'ensemble des niveaux. Dans l'école primaire il est passé de 99,76% en 1991 à 125% en 2000, dans l'école secondaire, il a doublé de 36,73% à 77,33% et dans les études supérieures, le taux est passé de 10% à 17%. Source : PNUD/Brasil. Atlas IDH. 2000. De même, le taux d'analphabétisme chez les personnes de plus de 15 ans ne cesse de régresser depuis plusieurs années. Ainsi, il est passé de 17,2% en 1992 à 9,6% en 2009. Source : Pnad/ IBGE, indicadores sociais.

Nous ne pouvons pas faire l'économie d'insérer cette question des inégalités sociales dans un questionnement plus large sur la démocratie au Brésil. Car, la société brésilienne est plus que cela. Ces « droits fondamentaux » n'ont pas été établis, alors que de nouvelles demandes voient le jour, des demandes de reconnaissance de droits très proches de celles des pays européens. Autrement dit, nous pourrions croire qu'il s'agit d'une société en voie « de modernisation », qui suit les mêmes cheminements que les sociétés européennes, avec lesquelles elle partagerait certaines limites à l'égalité, entre hommes et femmes, par exemple. Cela serait appauvrir la complexité historique, culturelle et sociale du Brésil. Tel que le souligne Dominique Vidal (2007 : 13) : *« le Brésil ne peut pas être considéré comme une société traditionnelle en voie de modernisation, ni seulement, comme une société moderne traversée par les mêmes phénomènes que les pays anciennement industrialisés où la démocratie est établie de longue date »*.

Il faut ici rappeler comment la démocratisation de la société brésilienne s'est opérée. Le retour des démocraties latino-américaines dans les années 1980 ne peuvent pas être détachées du contexte néolibéral et de l'affaiblissement des États nationaux. L'État se défait de son rôle régulateur de la « questionne sociale », au moment même où le champ de la démocratie s'élargit à d'autres « luttes de reconnaissance », celles des minorités, par la revendication des « droits » qui prennent l'État pour cible. C'est la *« mutation démocratique »* au Brésil dont parle Angelina Peralva (2001), laquelle suppose à la fois *« plus et moins »* de la part de l'État. D'un côté, il doit être moins autoritaire dans la régulation, mais de l'autre, il doit remplir de nouvelles fonctions et étendre ses domaines de régulation (Peralva, 2001 : 20).

Finalement, cette dynamique est à l'origine d'un *« individualisme de masse »*. Si le processus de démocratisation *« à la brésilienne »* n'a pas entrainé de grands changements dans la redistribution de la richesse, la démocratisation suppose d'autres changements *: « Au fur et à mesure que la société de masse se développe et se démocratise, le poids relatif du choix individuel s'accroît, comparativement à celui de la destinée sociale. Ce choix concerne la vie des individus ; il se fonde sur la mobilisation de ressources personnelles et apparemment transforme l'individu en seul maître de son propre succès ou de ses propres échecs »* (Peralva, 1998). Cette question des processus d'individuation sera rediscutée tout au long de ce texte. Notre contexte

de recherche impose de ne pas nous coller entièrement à un modèle d'individu issu de la tradition occidentale et se configurant à travers les institutions. Nous l'avons vu, l'histoire des institutions brésiliennes, et le récit de cette histoire, ébauchent des relations différentes entre celles-ci et les individus.

I-2.b. Complexification de la ville. Le cas de « La Venise brésilienne ».

"Hoje, serena, flutua,
metade roubada ao mar,
metade à imaginação,
pois é do sonho dos homens
que uma cidade se inventa"
Carlos Pena Filho.

"Recife, cruel cidade, águia sangrenta, leão.
Ingrata para os da terra, boa para os que não são.
amiga dos que a maltratam, inimiga dos que não (...)"
Carlos Pena Filho[39]

La démocratisation au Brésil s'est accompagnée non seulement de ce processus de *massification* mais aussi d'autres phénomènes, comme l'*urbanisation.* Selon l'IBGE, en 1920, 10% de la population brésilienne habitait dans les villes. En 1970, ce pourcentage atteignait 55, 9%, c'est-à-dire que plus de la moitié de la population du Brésil était urbaine. Mais cette tendance devient plus marquée à partir des années 70. Ainsi, depuis plus de trois décennies, 40 millions de personnes ont quitté les zones rurales pour s'installer dans les villes, atteignant ainsi à la fin du millenium un taux de 81,23% de la population. Aujourd'hui, 85,7% de la population brésilienne vit dans des villes[40]. Divers phénomènes, liés à ce processus d'urbanisation, ont interpellé différemment la démocratisation au Brésil. Il y a eu, par exemple, le passage d'une formulation des problèmes sociaux en termes de « question sociale » à celle d'une

39 « Aujourd'hui, sereine, flottante. La moitié volée à la mer, l'autre moitié à la imagination, car c'est du rêve des hommes qu'une ville s'invente ». « Recife, ville cruelle, sanglante aigle, lion. Ingrate pour ceux de ta terre, bonne pour ceux qui ne le sont pas. Amie de ceux qui te maltraitent, ennemie de ceux qui ne le font pas (...) ». Extraits du poème "Guía prático da cidade de Recife", de Penha Filho. (Traduction de l'auteure)

40 Sources: IBGE/ Censo 2000, Dernier recensement de la population brésilienne.

« nouvelle question urbaine» (Donzelot, 1999), laquelle s'est cristallisée, au Brésil, dans la figure de la *favela*, « le bidonville brésilien »[41].

Au Brésil, la population urbaine se caractérise par un déséquilibre entre les deux sexes. On y trouve, par exemple, dans les capitales des états fédéraux, 91 hommes contre 100 femmes, tandis que dans des zones rurales, la proportion est de 109 hommes contre 100 femmes[42]. En 2000, 51% de la population brésilienne urbaine étaient des femmes. Ceci ne pouvant être expliqué par une différenciation de la natalité urbaine et rurale, l'hypothèse d'un fort caractère sexué des mouvements migratoires est plus satisfaisante. Selon Christine Jacquet (2003), on peut introduire comme facteur explicatif le rôle joué par les femmes migrantes cherchant un emploi de domestiques dans les grandes villes. La Région du Nordeste brésilien est celle avec le plus haut taux de migration rurale-urbaine : 68,7% des "*nordestinos*" vit en milieu urbain. C'est surtout le cas dans l'État du Pernambouc où 76,5% de la population est urbaine[43]. Sa capitale, Recife, est la neuvième agglomération du Brésil avec 3,7 millions d'habitants en 2006 et un taux de croissance annuel de 1,4 % entre 1996 et 2000. Le Nordeste est aussi une des régions les plus pauvres du pays et une des plus inégales socialement. Cela se reflète dans certaines villes, s'imprimant sur le territoire urbain à travers une importante précarité socio-spatiale.

C'est ainsi que le contexte brésilien et plus particulièrement la ville *nordestine* trouve tout son intérêt pour la formulation de notre objet d'étude, non pas par cette pesante et, supposée, absolue exclusion, mais justement par le fait que des processus de *démocratisation et de complexification* des enjeux urbains et sociaux y sont à l'œuvre. Non pas qu'ailleurs au Brésil ils ne se produisent pas, mais c'est au Nordeste qu'ils acquièrent un éclat plus grand, de par leur caractère plus draconien que, par exemple, dans le sud du pays, où certains changements ont été plus graduels.

En mai 2004, le Rapporteur spécial sur le droit à un logement convenable des Nations Unies, Miloon Kothari, déclarait certaines parties de la ville de Recife parmi les pires

[41]Il faut nuancer, cependant, le propos qui expliquerait l'existence des *favelas* et autres quartiers pauvres par l'arrivée de la migration rurale vers les villes. D'autres phénomènes comme l'expulsion du centre-ville de ces populations ou encore d'autres circuits migratoires, peuvent également en rendre compte. Voir Valladares (2006).

[42] Source : IBGE, Censo demográfico, 1991 et 2000.

[43] Source: IBGE./ Censo 2000.

au monde en termes d'infrastructure et de conditions de vie. Dans cette ville, 26% des ménages seraient logés dans des *favelas*, selon l'ONG *"Plataforma Interamericana de Derechos Humanos"*. Dans cette mégapole du Nordeste brésilien, où les gratte-ciels du centre-ville accueillent des multinationales et où les *favelas* sont habitées par plus de la moitié de la population, la question des nouvelles (et anciennes) formes d'exclusion sociale et spatiale, devient incontournable.

Dans la ville de Recife, 134 des 421 « zones pauvres[44] » se trouvent dans des aires à risque permanent d'inondation. On distingue d'ailleurs dans la ville les quartiers qui sont dans les mornes *(morros)* de ceux qui sont dans les marécages et mangroves *(alagados e mangues)*, en fonction du type de site géographique sur lequel le quartier s'est auto-construit (Bitoun, 1999). 46% de la population de Recife habite aujourd'hui dans des *favelas*, situées généralement dans ces zones inondables.

De même que dans le reste du Brésil, la pauvreté (mesurée par la proportion de personnes ayant des revenus inférieurs ou égaux à la moitié du salaire minimum) a diminué dans la ville de Recife dans les années 90, puis 2000. Dans cette ville, l'IDH (Indice de Développement Humain) est passé de 0,740 en 1991 à 0,797 en 2000. La dimension qui a le plus contribué à cette augmentation est le niveau d'éducation (44,7% de contribution), tandis que la longévité (30%) et le PIB (25,3%) y ont concouru en moindre importance[45]. Si Recife était en 2008, avec Salvador de Bahia, une des métropoles les plus pauvres du Brésil, la proportion de pauvres continuait à diminuer. La population qui vit sous le seuil de pauvreté est passée de 52,3 % en 2003 à 43% en 2008[46]. Malgré cette diminution de la pauvreté en termes dynamiques, l'inégalité des ressources se maintient. L'indice de Gini, qui mesure l'inégalité de répartition des revenus entre les ménages, est passé de 0,67 en 1991 à 0,68 en 2000. 20 % de la population la plus riche de la ville de Recife concentre 72 % du revenu total[47]. Ces données viennent confirmer la vision de Peralva (2001 : 29) lorsqu'elle affirme

[44] Selon la catégorisation du PNUD.

[45]Sources: Atlas do desemvolvimiento humano no Brasil. L'IDH (indicateur chiffré par le Programme des Nations Unies pour le développement, PNUD) tient compte du caractère multidimensionnel de la pauvreté, contrairement au seul calcul de la pauvreté par le revenu par habitants. Il se calcule à partir de trois dimensions : l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation et le niveau de vie (le PIB par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat).

[46] Source: IPEA (Instituto de Economia Aplicada) "Pobreza e riqueza no Brasil metropolitano". In *Comunicado da Presidência*, Brasília, n. 7, agosto de 2008. Le seuil de pauvreté est calculé en regroupant les ressources inférieures ou égales à un demi-salaire minimum (207 R$). Le seuil d'indigence est inférieur ou égal à 103 R$.

[47]Source : PNUD/Atlas do desenvolvimiento humano do Recife.

qu'*« admettre que l'expérience démocratique a entrainé des progrès en matière d'égalité n'implique pas nier l'existence d'inégalités substantielles, en particulier des inégalités de revenus persistantes »*. Comment décrire donc cette complexification sociale et la façon dont elle s'est traduite dans le paysage urbain, sans tomber dans des visions réductrices et figées ?

Figure 6: Autour d'un centre commercial du quartier de Boa Viagem. © A. Faya Robles.

À Recife, les distances qui se creusent entre les habitants sont moins géographiques que sociales. Ceci amène Maria do Socorro Araujo (2002) à dire que *« la pauvreté a atteint de telles dimensions qu'il n'est plus possible de la cacher, en l'écartant vers la périphérie»*. Aujourd'hui *« aucun quartier de la ville ne se situe à une distance supérieure à 1,2 Km d'une favela »*. De plus en plus, les condominiums fermés et ultra sécurisés se dressent comme modèle d'urbanisme, privatisant ainsi les espaces publics. Or, au-delà des murs, il y a l'imminence de la différence. L'articulation entre cette proximité physique et cette distance sociale est ce que la géographe et sociologue Maria Tereza Luchiari (2002) appelle la « *fragmentation articulée* ». Selon cette chercheuse, on ne peut plus voir l'espace urbain comme divisé en deux, de manière rigide, centre-périphérie. La périphérie est dans le centre et le centre dans la périphérie. Le modèle de la « marginalité », hégémonique en Amérique Latine et construit sous un double héritage issu du marxisme et de l'École de Chicago, est depuis quelques années

mis à mal par des recherches démontrant le dogme d'une vision de la ville *« coupée en deux »* (Valladares, 2006 : 13). Les travaux de Licia Valladares sont à cet égard fondamentaux, car à partir de nombreuses recherches sur les *favelas*, elle réfute non seulement l'approche en termes de marginalité géographique, en montrant que ces quartiers ne sont pas coupés de la ville, mais également les approches en termes d'« exclusion économique et sociale » et de « culture marginale », ayant servi pour décrire ces populations. Valladares montre comment les habitants des *favelas* participent activement aux dynamiques économiques, sociales et culturelles des villes.

Depuis une perspective similaire, mais qui met l'accent sur la dynamique des processus plus que sur la topographie sociale de la ville, Angelina Peralva (1998) nous montre un paysage urbain brésilien dans un perpétuel triple mouvement. Elle appelle ces phénomènes : *« ségrégation de proximité », « déségrégation »* et *« reségrégation »*. La première pouvant être l'aboutissement des deux dernières. La déségrégation fait référence à l'inclusion des couches populaires dans une société de masse, marquée par la désindustrialisation et la démocratisation des pratiques de loisirs. Elle écrit : *« La déségrégation à laquelle nous nous référons est un fait symbolique. L'invisibilité des populations pauvres s'est évanouie, et cette déségrégation a entraîné tout un lot de violences, auparavant inconnues »* (Peralva, 1998 : 457). La démocratisation de certains loisirs et de certains espaces urbains, comme les plages balnéaires urbaines, où l'on trouve une grande hétérogénéité sociale, concourt à ce phénomène de *déségrégation*. En ce qui concerne la *reségrégation*, cette notion fait référence à ce qui a été dit auparavant, soit aux processus d'enfermement, *« non seulement symbolique(s) »* mais également *« matériels et physiques »*, des couches plus aisées. Repli sur soi, retranchement et espaces hautement surveillés deviennent les modèles urbains des populations riches, qui par l'auto-ségrégation entraînent un nouveau mouvement de *résegrégation*. Ces violences nouvelles, ces phénomènes de *déségrégation* et *reségrégation*, se manifestent de diverses manières dans chaque ville. Dans le cas de Rio de Janeiro, par exemple, ces phénomènes créent une *« ségrégation de proximité »*, où, historiquement, *« une barrière invisible séparait pauvres et riches, non pas à partir d'une division sociale de l'espace mais d'une norme de hiérarchisation sociale »* (Peralva, 2004 : 53). Mais si cette norme de hiérarchisation sociale n'a plus la même force symbolique qu'auparavant, par l'avènement de l'imaginaire démocratique, elle s'est vue transmutée en violence, en

perdant ainsi le principe politique : *« La ville s'ouvre davantage aux parcours individuels des favelados, ou de ses couches moins favorisées, elle leur fait plus de place. Mais leurs relations, nouvellement marquées par un sceau fictif d'égalité démocratique, sont devenues aussi plus conflictuelles. Cela ne serait pas un problème, si ces conflits parvenaient comme par le passé à s'exprimer en termes politiques. Mais l'avènement de la démocratie s'est fait accompagner d'une montée importante de la violence et de la circulation d'armes à feu »* (Peralva, 2004 : 53).

La démocratisation du pays a pour conséquence l'augmentation des violences urbaines. Dans la décennie 1996 à 2006, le nombre total d'homicides enregistrés par le Système d'information sur la mortalité du Ministère de la Santé (SIM) est passé de 38.888 à 46.000, soit une augmentation de 20%, un pourcentage supérieur à l'augmentation de la population brésilienne, qui a enregistré une croissance de 16,3% dans la même période[48]. En effet, l'entrée du Brésil dans une démocratie libérale participe, comme le rappelle Angelina Peralva (1997 : 28), du *« passage des violences de l'ordre aux violences du dés-ordre »*. Les villes et métropoles concentrent les taux d'homicides les plus hauts du territoire national. Les données nationales sur la violence désignaient en 2006 la ville de Recife comme étant l'une des plus violentes du pays, plus que São Paulo et Rio de Janeiro, avec un taux annuel d'homicides de 90,5 par 100 milles habitants[49].

Le Grand Recife, qui compte trois millions d'habitants, pourrait correspondre au modèle de *« ségrégation de proximité »*, tant les quartiers pauvres se faufilent entre les quartiers riches, tant les circulations des habitants des *favelas* dans les quartiers aisés sont quotidiennes, tant il y a peu de traces de la planification de l'État dans l'espace urbain et davantage d'initiatives des particuliers, selon leurs modes de vivre et de circuler, initiatives privées qui sont chez les couches les plus aisées celles menant à un auto-enfermement et à une réségrégation urbaine.

Ce qui frappe l'observateur néophyte lorsqu'il se rend à Recife, c'est l'impossible compréhension de la ville à première vue. Le paysage urbain ressemble à un chaos,

---

[48] Source : Julio Jacobo Waiselfisz, Mapa da violência dos municipios brasileiros, 2008. Realização: Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, RITLA/ Instituto Sangari/ Ministério da Saúde/ Ministério da Justiça

[49] Source : Julio Jacobo Waiselfisz, *ibid.*

tant l'hétérogénéité sociale et économique semble détachée de toute logique démarcative. C'était le premier écueil épistémologique contre lequel Cantor Magnani (2002) nous met en garde[50]. L'arrivée dans cette ville peut produire une sensation d'angoisse intellective. La sensation d'être à l'intérieur d'un monstre urbain, dont les entrailles sont en continuelle tension, où les couleurs vivaces des maisons coloniales, la musique et les fruits tropicaux vendus dans les rues ne sauraient cacher la violence des inégalités. Ville, où chaque coin de rue peut être à la fois une carte postale et une image cauchemardesque, le scénario d'un crime. Le souvenir d'une image : au feu rouge d'une grande avenue du centre-ville, un homme amputé des deux jambes se déplace sur un charriot rasant le bitume entre les voitures de luxe aux vitres fermées à cause de l'air conditionné ou des mendiants. Ici, on a l'impression que le seul malheur démocratisé est la puanteur des égouts et des canaux qui inondent certains jours les quartiers riches comme les pauvres. *« Par son architecture, par la tonalité de chacune de ses rues, Recife déconcerte. Il est impossible de caractériser cette ville d'une façon uniforme. Les maisons y affichent tous les styles. Les couleurs vives des façades y créent des contrastes violents. Cette ville est faite de taches diverses. Il n'est pas de lieu où l'on puisse saisir dans la physionomie des maisons ce qui fait l'ambiance de cette ville[51] ».* Peu à peu, le regard *« de près et de l'intérieur »* (Magnani, 2002) permet de saisir certaines logiques urbaines et de sortir d'une vision chaotique et catastrophique.

Malgré cette hétérogénéité de l'ensemble du territoire urbain, qui fait que la plupart des quartiers abritent une, voire plusieurs, *favelas*, une première répartition socialement différentiée peut être reconstruite à but descriptif. Les parties les plus aisées de la ville se concentrent en bord de mer et dans la partie centrale de la ville, dans les quartiers de Boa Viagem, sur la plage et les quartiers de Jaqueira (le plus

[50] Selon, cet auteur, pour ne pas tomber dans les représentations théoriques de la ville qui font d'elle un « chaos urbain » (car incapables de définir la ville comme unité), mais pour ne pas succomber non plus dans le « chaos sémiotique » (incapable de dévoiler les diverses réalités d'une ville), il faut aller au plus près des acteurs prenant part dans les processus urbains. Ces deux postures épistémologiques, malgré des bases théoriques et empiriques contraires, partagent le même regard sur la ville « de loin et de l'extérieur » (de longe e de fora). Si le premier groupe de recherches sur l'urbain met l'accent sur les aspects de la ségrégation urbaine (notamment dans les villes des pays du tiers-monde), l'autre groupe le mettra sur la virtualité, les réseaux, les non-lieux (appliqués généralement aux métropoles du premier monde). Ces deux approches restent très loin des habitants de la ville, soit elles en donnent une image passive, sauf quand la participation active est évidente ; soit elles accentuent l'équipement et la sophistication des villes, arrivant ainsi à des notions totalisantes, comme celles de « ville globale » ou de « ville mondiale ».

[51] Josué de Castro (1957) *Documentario do Nordeste*, S.P, Brasiliense. Cité par Jan Bitoun (2006).

riche, avec un revenu mensuel moyen de 5178,64 réaux en 2000, près de 2877 $US par mois[52]), de Graças, de Derby, de Madalena, d'Espinheiro et de Casa Forte. Les plus pauvres sont dans la zone nord et à la périphérie de la ville. Cependant, les quartiers à plus faible revenu se situent tout aussi bien dans le centre de la ville et en bord de mer, comme l'ancien quartier portuaire « Recife », où le revenu moyen mensuel en 2000 était le plus bas de la ville, 156,86 réaux par mois par habitant (87 $US)[53]. Ceci vient à l'encontre du *« dogme »* selon lequel il y aurait une spécificité géographique de la *favela* du fait de la distance du centre-ville et de l'accès à celui-ci (Valladares, 2001).

L'histoire de la formation de la ville de Recife peut éclairer la complexité de cette trame spatiale socialement marquée, mais qui ne dérive pas pour autant dans une topologie sociale (Fassin, 1996) simplifiée, formée par un centre et une périphérie. Cette histoire serait impossible à retracer complètement ici, mais nous pouvons néanmoins nous concentrer sur l'histoire plus récente et déceler certains processus à partir de la synthèse des travaux historiques (Costa, 1982 ; Cortes, 2005). Au 19ème siècle, la ville était en pleine expansion géographique et économique. Elle devient le premier port d'exportation des produits agricoles de la Région Nordeste. Elle est aussi au centre de deux activités agricoles, la production sucrière et cotonnière, qui connaissent un moment d'expansion au début du 19ème siècle puis de déclin, dû aux dynamiques du marché international. Si, à l'époque, Recife était une ville de services, elle l'est encore aujourd'hui[54]. La fin de l'esclavage (en 1888) a favorisé la libération de la main d'œuvre, qui ne trouvant pas de travail dans un *« complexe rural »* (Singer, 1977) en disparition, déménage dans la ville. C'est le moment d'expansion des "mocambos[55]" qui s'implantent dans les zones de la mangrove (o mangue), proches du centre-ville et du port. Parallèlement, la fermeture des "engenhos" (fazendas sucrières) situés dans les faubourgs de la ville, mais reliés à elle par des routes et des fleuves, fait que les ensembles d'habitations des travailleurs agricoles, déjà existants, soient

[52] Le 20 juin 2000, la valeur du Réal était de 1$US = 1,80 R$.

[53]Sources : PNUD/ Atlas Recife 2000. Voir en annexe la carte de la distribution de revenus à Recife.

[54]L'emploi industriel ne représente que 8,7% du total des emplois dans la ville (source : DIEESE, Departamento Intersindical de estadistica e estudos socioeconomicos 2004).

[55] La définition que donne le dictionnaire de "mocambo" est : « (Bré. NE) Type d'habitation très fréquente dans les grandes villes de cette région, construits sur des terrains en friche et non préparés pour la construction et principalement sur des marécages, formant des ensembles semblables aux favelas ». (Traduction de l'auteur) Effectivement, les "mocambos" étaient les ancêtres des favelas, mais ce terme est aussi mobilisé par les habitants des quartiers populaires pour se distinguer de la connotation péjorative du mot "favela" et donner un sens plus « communautaire » à leur quartier. Nous reviendrons sur cette question de la « communauté » lors de la présentation du quartier de Pantanal.

absorbés par la ville (Cary, 2007: 30). C'est par le biais de ce tracé de routes partant du centre portuaire, appelé le « point zéro » (o ponto zero), que la ville de Recife s'étend de façon *« tentaculaire»*, en incorporant les ensembles périphériques, en remplissant les vides et en consolidant les quartiers (Cortes de Lima, 2005 : 42).

Tel que nous venons de l'entrevoir l'histoire économique, mais également la géographie, ont participé à la répartition sociale de la ville. Les populations pauvres ont cherché à se loger dans les interstices de ce qu'on appelle « la Venise brésilienne » : les bords des marécages, la mangrove, les zones inondables, les mornes de la périphérie.

Mais l'histoire de cette occupation des terres n'a pas été sans conflits, et la ségrégation spatiale actuelle qui en découle, cette *« ségrégation de proximité »*, doit être vue, tel que le suggère Paul Cary (2007 : 26), selon le modèle d'une *« dialectique entre classes populaires et pouvoirs politiques »*, ces derniers agissant souvent sous l'influence des couches aisées de Recife. Selon cet auteur, jusqu'au début des années 80, les politiques publiques, sous l'égide du mouvement hygiéniste de l'État, visaient l'éradication des "mocambos" et leur supplantation par la construction des logements sociaux. Ces logements (Cohab-Pe, Cohab-Recife, etc) étaient peu nombreux par rapport à la quantité de destructions et ils étaient généralement construits dans la périphérie de la ville, ce qui imposait des déplacements aux populations. De plus, tel que le remarque Cary, ces programmes étaient centrés sur la question de l'habitat, en oubliant les infrastructures basiques, comme les transports, les égouts, le ramassage des ordures, etc. Les associations d'habitants se sont multipliés, et ont revendiqué l'amélioration des bidonvilles déjà existants. Dans les années 80, une nouvelle configuration apparaît. En plus des associations d'habitants, des ONG internationales et nationales ainsi que des bailleurs de fonds prennent une place de plus en plus importante dans la question de l'habitat. Le conflit politique autour de cette question se voit médiatisé par l'irruption de ces acteurs nouveaux. Le PREZEIS (Plan de régularisation des Zones spéciales d'intérêt social), promulgué par une loi de 1987, devient l'instrument de gestion des emplacements précaires nommés ZEIS (Zones spéciales d'Intérêt social), en postulant comme priorité le maintien des populations dans leurs quartiers et l'amélioration de ceux-ci. Le PREZEIS opère une cooptation des mouvements sociaux autour de l'habitat, mouvements qui ne cessent de se multiplier dans les années 80-90.

Tel que Cary le rappelle, dans la dernière décennie du 20ème siècle, divers dispositifs sont créés par l'État pour donner une place à la participation des habitants dans la planification urbaine : des forums PREZEIS, création de la COMUL (Commission d'urbanisation et de légalisation) en 1987, formé par deux représentants d'un quartier et par des fonctionnaires de la mairie et, finalement en 2000, la mise en place du budget participatif de la mairie.

Ces politiques semblent poursuivre le but de *« fabriquer un citoyen à même de participer à la vie démocratique »*, (Cary, 2007 : 77) mais cet élan trouve des limites dans les expériences réelles. Non seulement, le travail de Paul Cary permet d'observer que finalement ce sont les autorités municipales qui décident des directions du budget pour chaque quartier, mais aussi le fait, plus général, d'une offre politique de programmes, ces dernières décennies, qui semble *« moins résulter des luttes et des revendications populaires que de décisions de l'Exécutif »* (Cary, 2007 : 78), (Bitoun, 2006). Mais revenons aux quartiers de Recife, et plus particulièrement à Pantanal, où nous avons réalisé une partie de notre travail de terrain, et qui mérite une brève description, compte tenu des faits énoncés ci-dessus.

I-2-c. Zoom sur le marécage. O Pantanal.

"Suburbio não como
comunidade carente
sim como força presente[56]*"*
Tag dans le centre-ville de Recife.

Pantanal est une des vingt « communautés » composant le quartier d'Ibura[57], situé au sud-ouest de Recife. Ibura est divisé en Unités d'habitation (URs), crées à partir des années 60-70 et implantées dans ce que les habitants appellent Ibura d'en haut (Ibura da Cima), mais qui administrativement correspondent au quartier Cohab ou Barro[58]. Le

[56] « Les banlieues non pas comme communauté pauvre, mais comme force active » (Traduction de l'auteur)

[57]La division du territoire est complexifiée par l'entrecroisement des dénominations données par les différentes administrations et celles données par les habitants. Nous essayerons néanmoins de présenter rapidement les différents niveaux administratifs englobant le quartier de Pantanal, car c'est sous ces dénominations que les données statistiques seront données.

[58] Pantanal fait aussi partie de la Région Politico-administrative (RPA 6), quartier Cohab, microrégion 6.3. La microrégion 6.3 a une densité de population de 143,08 habitants/ha, étant ainsi la plus peuplée de Recife. Pantanal se situe là où anciennement s'étendait la "Mata do Barro". Des querelles concernant l'appartenance administrative de Pantanal ont vu le jour, en 1995, quand la Préfecture de Recife a relié le quartier à celui de Barro, lequel fait partie de la Région Politico-Administrative 5 (RPA 5). Les institutions de santé du quartier sont pourtant liées au District sanitaire

quartier de Cohab, porte le nom du programme de construction de logements sociaux du gouvernement de l'État de Pernambouc cité ci-dessus. Ces URs, appelées aussi « Villas du Cohab » ont été construites à l'initiative de la « Compagnie d'habitation de l'État de Pernambouc » (Companhia de Habitação do Estado de Pernambouc) pour loger les sinistrés des graves inondations survenues en 1966.

La « communauté de Pantanal » est née de l'occupation spontanée des terres par les propres résidents, dans les interstices laissés par d'autres quartiers, entre les communautés 27 de Novembro, Vila dos Milagres» et le Nouveau Lotissement du Grand Recife. Les habitants lui auraient donné le nom de Pantanal, emprunté à une "télénovela" du même nom, se déroulant dans la zone de marécages d'un parc national du sud-ouest brésilien dans l'État de Mato Grosso, car le site où le quartier se situe était rempli d'animaux sauvages (singes, serpents et paresseux). Pantanal regroupe des maisons auto-construites et des logements sociaux issus d'initiatives gouvernementales postérieures à celles du Cohab et de moindre ampleur.

Pantanal s'est donc majoritairement formé par l'occupation spontanée des terres dans les années 90. Aujourd'hui, il compte près de 6000 habitants dont 54% de femmes. La densification croissante[59]du quartier n'a pas été accompagnée des investissements publics nécessaires en matière d'infrastructure. Dans ce sens, Pantanal est un quartier caractéristique des périphéries des villes latino-américaines, où l'urbanisation accélérée n'a pas été suivie d'une véritable planification urbaine. Elle est plutôt le fruit d'un mélange de laisser-faire et d'interventions publiques ponctuelles. Comme dit François Tomas (1994 : 253) : *« Malgré la diversité des processus de mise en place et des formes mêmes de construction, persiste pour l'Amérique Latine l'image d'un habitat que caractérisent trois données : l'occupation irrégulière, voire accompagnée de violences, du terrain, la part essentielle prise par l'auto-construction et la faiblesse, voire l'absence des services urbains ».*

---

de la RPA 6 (Ibura/ Cohab) ce qui nous donne des pistes sur l'importance des institutions de santé du quartier pour la désignation (et l'auto-désignation) du quartier.

[59]Le taux annuel de croissance de la population de l'UDH46 (Unité de développement humain crée par le PNUD) est vraiment spectaculaire, 6,8 entre 1991 et 2000, quand on tient compte du taux de la ville de Recife (0,62). Ce taux est le reflet de la jeunesse des quartiers formant l'UDH 46, dont Pantanal.

Figure 7 : Colline de Pantanal, au fond les gratte-ciels de Boa Viagem. © A. Faya Robles.

Le quartier souffre encore de problèmes sanitaires et d'infrastructure graves. En 2000, seules 65,8% des maisons avaient accès à l'eau courante. 15% des ordures ménagères n'étaient pas ramassées et étaient entreposées à ciel ouvert. 18% des maisons de Pantanal sont situées dans des zones des mornes présentant des risques d'écroulements. En période de grosses pluies, il est courant que des maisons soient dévastées et qu'il y ait des blessés En effet, Pantanal s'étale sur une partie plaine, mais aussi sur des collines. Ces deux reliefs marquent deux strates de la population du quartier, ceux d'en « haut », des collines, présentant une condition sociale plus précaire que ceux d'en « bas ».

Les conditions de vie du quartier sont donc marquées par l'hétérogénéité due à la diversité de condition des ménages. Certaines données statistiques, néanmoins, peuvent nous donner des indices sur le double phénomène d'une massification de la culture et de la consommation, ainsi que d'un persistant besoin de services de première nécessité. Le revenu moyen des chefs de famille a subi une faible augmentation au cours de la dernière décennie du 20ème siècle, passant de 227 en 1991 à 242,28 réaux en

2000[60]. Si au début des années 90 près de la moitié des domiciles n'étaient pas connecté au réseau électrique, en 2000, 86% des ménages disposent d'électricité et d'un frigo. Le nombre moyen de salles de bain dans le quartier était de 0,84 en 2000[61], même si le pourcentage de personnes vivant dans des maisons avec une installation sanitaire est passé de 77 %en 1991 à 93,29% en 2000.

Considérant la consommation des ménages, on peut observer que si 90% avaient la télévision, seuls 18% avaient le téléphone fixe. Ce qui suggère l'importance de la télévision dans la vie quotidienne des habitants des quartiers populaires. Nous reviendrons sur cette question à d'autres reprises. Le téléphone portable ayant connu une large propagation ces dernières années, on peut supposer, à l'aide des données de l'IBGE/PNAD selon lesquels en 2005, à Recife, 45,4% des habitants avaient un portable (alors que dans l'ensemble de la région Nordeste, ils n'étaient que 23,8%), que plusieurs habitants du quartier utilisent ce moyen de communication. L'observation, lors du travail de terrain, vient confirmer ceci : non seulement l'utilisation des portables est de fait plus répandue que celle du téléphone fixe, mais au début de l'enquête, le fait que le chercheur n'ait pas de téléphone portable a choqué et interpellé certains habitants du quartier. L'utilisation d'Internet à la maison est une pratique très rare (1,6% des ménages avaient une connexion Internet en 2000 dans le quartier). Cependant, depuis 2000, le réseau s'est répandu et lors des derniers séjours sur le terrain, plusieurs habitants avaient fait l'achat d'un ordinateur. De plus, le fait de ne pas avoir un ordinateur chez soit ne veut pas dire que les habitants du quartier ne font pas usage de cette technologie et l'augmentation des « cybers-cafés » à proximité de Pantanal a bien été remarquée.

L'acquisition d'une voiture semble aussi avoir subi une légère augmentation (de 4,85 en 1991 à 9,71% en 2000), même si le taux semble ridicule par rapport aux quartiers aisés (à Boa Viagem, 72% des personnes vivent dans un domicile où il y a une voiture). Selon les données du SIAB/SS-2003 de la Préfecture de Recife, 83% des habitants de Pantanal utilisent le bus comme moyen de transport principal (deux lignes

[60]Rappelons qu'en juin 2000, un dollar équivalait à 1,80 R$.

[61]Dans le riche quartier de Boa Viagem, en 2000 il y avait en moyenne 2,61 salles de bain par domicile.

circulent dans le quartier), 7% le vélo et 6% la voiture ou le motocycle. Néanmoins, c'est à pied que la plupart des personnes des quartiers périphériques se déplacent[62].

L'image de la communauté de Pantanal ne peut être dissociée de celle du quartier d'Ibura, considéré le plus violent de la ville de Recife. Selon des données émanant du Secrétariat à la Défense Sociale de l'État de Pernambouc, l'année 2003, 120 personnes ont été assassinées à Ibura (pour une population de 43681 habitants en 2000). En 2004, on comptait 139 personnes assassinées et une mort tous les trois jours. Les études montrent une forte distinction des sexes dans la mortalité par homicide: en 2002, 92,7% des morts par homicide étaient des hommes et 7,2% des femmes. La mortalité touche les jeunes de plus en plus, leur taux de mortalité par causes « externes » grandit à une vitesse beaucoup plus prononcée que pour les autres âges. Pour l'ensemble de la population, le taux de morts par homicide est passé, entre 1991 et 2000, de 20, 9 à 27 sur 100.000 habitants, alors que pour la population jeune du pays, il est passé de 35,2 à 52,1 (Kiermes, 2007).

Si dans d'autres parties de la ville, la violence est vécue plutôt comme relevant d'actes individuels et anonymes, dans les quartiers elle porte des noms, des visages et implique des relations. La mort devient un événement quotidien dans la vie du quartier, elle est racontée en détails, elle est romancée, elle est jugée. La violence et les morts violentes sont ainsi incorporées dans les discours. Elles font partie de l'espace public et participent à l'élaboration de la sociabilité. En effet, il y a une *« sociabilité particulière à la périphérie »* (Kiermes, 2007) qui se distingue de celle d'autres milieux plus aisés. Le voisinage et le quartier constituent des espaces privilégiés pour la formation de réseaux de sociabilité. Ces relations se distinguent pour leur caractère moins intimiste, où le public prévaut sur le privé et où les événements survenus dans la vie d'une famille se transforment souvent en événement public, partagé. Il s'agit d'une évidence lorsqu'il y a des morts dans le quartier, mais c'est également vrai pour les naissances, les mariages ou les baptêmes.

[62] La question des moyens de transport est dans cette ville primordiale. En novembre et décembre 2005, la ville de Recife s'est entièrement tournée vers ce sujet: l´augmentation du prix du ticket de bus urbain de 1,50 R$ à 1,65 R$. De grandes manifestations se sont succédées pendant plusieurs semaines provoquant des perturbations dans la circulation urbaine et un conflit, grossi par la loupe médiatique, opposant « les étudiants » aux « tranquilles passants ou passagers ». Un ami brésilien nous dit : « Ici, 40 % de la population marche, ils n´ont pas d´argent pour se payer le billet de bus». Une autre technique, utilisée par « les enfants de rue », consiste à s'accrocher à l'arrière des bus, ce qui provoque l'indignation du chauffeur et des passagers. (Extraits du Journal de terrain. 2006, 2008).

Le mot « communauté », employé par les habitants eux-mêmes et par certains acteurs institutionnels, n'est pas anodin et mérite ici un détour. Cet emploi du mot « communauté » est assez récent, et semble émaner des propres habitants des quartiers populaires, en particulier des groupes organisés à l'intérieur du quartier, afin de se distinguer de la *favela*, vue comme péjorative et stigmatisant[63]. Il a aussi été mobilisé par les sciences sociales pour désigner des formes de solidarité précapitalistes, où les rapports de classes et la propriété privée étaient absents. Sont soulignés les liens de proximité, d'échange mutuel, d'identification forte au lieu et des modes partagés de l'action. Également, cette notion est devenue un signifiant important pour le pouvoir politique et un critère de domination symbolique, car elle peut aussi véhiculer des représentations discriminantes et folklorisantes des habitants des « communautés ». Cette notion peut aussi prêter à des confusions interprétatives pour le chercheur : si des liens de solidarité, des réseaux formés dans cet *« espace de lieu »* (Castells, 1998) et des formes de sociabilité spécifiques existent à l'intérieur des frontières des « communautés », il ne faudrait pas y voir une quelconque homogénéité sociale[64].

Des regards contrastés émergent. Dominique Vidal (1999*a*, 1999*b*), par exemple, ne voit dans un quartier populaire de Recife aucune « communauté » de *fait*, mais plutôt une référence morale à la solidarité des milieux populaires. *« Bien qu'une impression d'homogénéité s'en dégage de prime abord, la diversité des pratiques religieuses, l'hétérogénéité professionnelle et des différences de revenus notables entre groupes domestiques en font une population socialement diversifiée. À la différence de ces groupes fondés sur une communauté d'habitat dotée d'une forte identité collective et d'un dispositif normatif à grand pouvoir intégrateur (…) ses habitants ne manifestent qu'un faible sentiment d'appartenance à un ensemble commun et n'établissent aucune frontière nette avec les couches supérieures dont ils partagent des pans entiers du système de valeurs »* (Vidal, 1999*b* : 96).

[63] L. Valladares suggère que cette notion de « communauté » aurait été mobilisée auparavant et serait le fruit de recherches en sciences sociales, notamment celle du français Louis-Joseph Lebret à Rio de Janeiro en 1959, laquelle a été à l'origine de plusieurs monographies sur les « communautés » qui s'en suivirent. Voir Licia Valladares (2005).

[64] Voir à ce sujet les travaux de Licia Valladares qui mettent l'accent sur l'hétérogénéité sociale régnant dans les *favelas*. Elle met en garde contre le fait de voir celles-ci comme les seuls « lieux de pauvreté » entraînant l'occultation d'autres focus de pauvreté dans les villes brésiliennes. (Valladares 2000, 2006)

Vidal semble regretter l'absence d'un sentiment d'appartenance à une « classe sociale », par rapport à laquelle les habitants des quartiers populaires devraient se situer. Cette absence il l'explique par l'hétérogénéité culturelle et sociale des habitants de ces « communautés ». Or, la consonance entre ces personnes vient du fait qu'elles participent pleinement à la société de masse et de consommation, laquelle se définit aujourd'hui par les valeurs de l'individualisme, de l'hétérogénéité des modes de vie, en même temps que d'un « désir d'identité ». Seulement, ils le font depuis des places subalternes, marquées par la domination symbolique et sociale. Cette place dans la société, le fait d'habiter Pantanal ou d'appartenir à un quartier de la périphérie, peut-être vue comme la possibilité d'émergence d'un sentiment d'appartenance à un espace stigmatisé culturellement et délaissé socialement, proche du sens donné par Erwin Goffman (1973) à ces *« régions de significations »*, comme territoire imaginaire. Autrement dit, c'est dans le partage des expériences de domination et de ségrégation que ces populations trouvent à l'intérieur d'une société capitaliste et d'une « ville globale », une *« communauté d'expérience »* où sont mobilisés des valeurs et des modes de sociabilité particuliers ; et où émergent des possibles expressions d'un « droit à avoir des droits ».

Cette problématique est au cœur de notre analyse : jusqu'à quel point peut-on parler des habitants des quartiers populaires en tant que groupe homogène d'exclus et de ségrégués ? Et, en même temps, comment ne pas tomber dans l'illusion d'une ville intégrative ? Ou dans celle qui ne voit les individus que comme définis par leur autonomie? Comment rendre compte des tensions entre ce cadre de sociabilité particulier des milieux populaires, sans nier les processus d'individualisation et de sélectivité des relations sociales et familiales? Comment rendre compte des tensions et ajustements entre ces espaces différents de sociabilité « communautaire » et d'« individualisme en réseaux », ainsi que du caractère public en même temps que très intime de l'expérience de la maternité ? Autrement dit, comment se construit l'expérience, collective et individuelle de la maternité des femmes de milieu populaire dans la ville de Recife?

Figure 8 : Distribution de la "soupe communautaire" (sopa comunitária) à Pantanal.
© A. Faya Robles.

Il s'agira, pour nous, d'aller plus « près » et plus « à l'intérieur » de ces cadres de sociabilité et de ces cadres familiaux, spécifiques aux milieux populaires brésiliens, pour les comprendre dans leur articulation avec les phénomènes urbains de ségrégation/ déségrégation/ reségrégation et d'appartenance à *« un espace de lieu »* ainsi qu'à des réseaux sociaux multiples. C'est par cette bifurcation que nous pourrons comprendre la place et la participation, des femmes de milieu populaire à Recife, à des changements globaux ainsi que leur rapport à des formes de régulation, anciennes et nouvelles, des relations familiales.

I-2-d. Sociabilité, relations familiales et de genre dans une société inégale et complexe.

"Ninguém diz : é lá que eu moro.
Diz somente: é lá que eu vejo[65]*".*
Recife, Carlos Pena Filho.

Compte tenu des caractéristiques de la société et des villes brésiliennes que nous venons d'observer, les changements dans les relations familiales au sein des couches populaires, et plus particulièrement sur le plan de la maternité, semblent trouver une pertinence dans le but de répondre au questionnement posé par la démocratisation culturelle et la massification de styles de vie dans une société à forte inégalité sociale. Inversement, nous ne pourrions pas comprendre les expériences de la maternité en milieu populaire au Brésil sans les insérer dans ce cadre particulier. Autrement dit, il s'agit de rendre visibles les particularités des dynamiques familiales en milieu populaire, en tenant compte du fait que ces familles participent aux changements induits par la société de masse et par la démocratisation culturelle, en même temps qu'elles font face à des situations d'exclusion économique et à des processus de ségrégation urbaine. Réutilisant un lexique maritime, ces famille sont dans la double houle provoquée par des forces centrifuges d'atomisation et celles centripètes d'interdépendance.

La famille brésilienne et les modèles de reproduction ont subi des transformations décisives tout au long du 20ème siècle. Le sociologue suédois Göran Therborn (2006) inclut la famille brésilienne dans un sous-système qu'il appelle *« créole »,* modelé par une double tradition chrétienne et créole[66]. La première reproduisait, parmi les élites latino-américaines, le cadre familial européen de manière encore plus rigide qu'en Europe, car il devait se dresser dans la protection de la *« pureté de la race »*. L'auteur reprend les travaux de Gilberto Freyre et montre comment la famille créole, celle des esclaves libres, des métis et des paysans pauvres, existait à côté de cette famille patriarcale, ségrégative et hiérarchique dans la relation entre les sexes. La famille

[65] « Personne ne dit : c'est là que je vis. On dit simplement: c'est là que je vois » (Traduction de l'auteur)

[66] L'auteur produit une typologie "géoculturelle" de la famille dans le monde au cours du 20ème siècle, dont il dégage quatre systèmes et deux sous-systèmes, dont celui de la famille créole typique des milieux populaires latino-américains.

créole était caractérisée par *« l'instabilité et l'informalité, une sexualité active et peu contrôlée, les unions instables et informelles, l'absentéisme masculin et la matrifocalité* » (Therborn, 2006 : 61). En effet, la domination économique et sexuelle des seigneurs chrétiens sur les esclaves et les indigènes, en plus de celle des hommes sur les femmes, serait à la base de ce sous-système particulier. En bas de l'échelle sociale, les familles portent la marque de l'informalité dans les relations, en même temps que celle d'une sexualité dominée par l'homme. Ceci aurait eu comme effet la grande proportion d'enfants nés de relations extra-matrimoniales et de familles monoparentales féminines. Au 19ème siècle, un voyageur britannique, Burton, se serait déjà avoué confus face à cette *« étrange aversion au mariage »* des Brésiliens (Freyre, [1932] 2005 : 289).

Si tel que nous l'avons vu au premier chapitre, *« la doctrine de la famille »* nucléaire a existé au Brésil et que ce cadre de famille continue à en être le modèle « normal », Therborn démontre que pendant le 20ème siècle de grands changements se sont succédés, favorisant une révolution des mœurs sexuelles, la régulation de la fécondité et des formes plus démocratiques dans les relations familiales. Le grand perdant de ces changements serait, à ses yeux, le « patriarcat[67] ». Cependant, la famille reste *« incertaine »* (Roussel, 1989) et il reste à savoir comment ces changements ont affecté les familles brésiliennes qui ne sont jamais vraiment rentrées dans le cadre conjugal, les « créoles » et les matrifocales.

La dernière enquête sur les ménages brésiliens (PNAD, 2008), diffusée en septembre 2009 par l'IBGE, montre une réduction de la taille des familles brésiliennes (en moyenne 3, 3 personnes par domicile et 3,1 par famille). Cette enquête observe aussi une augmentation de personnes vivant seules, notamment en milieu urbain (de 8% en 1996, elles passent à 10,7% en 2006[68]). Une forte augmentation des couples à double salaire et sans enfants est enregistrée lors de cette même période, passant de 2,86% du total de domiciles en 1996 à 3,68% en 2006 (Luis Felipe Barros, 2009).

[67] Expliquer les différents sens de la notion de patriarcat se révèle ici impossible. Néanmoins, nous pouvons distinguer les deux usages que nous mobilisons. D'abord, tel qu'utilisé par Therborn ou Freyre, ce terme désigne une forme spécifique historique de famille. Dans ce sens, la famille patriarcale est un modèle de relations générationnelles et de genre, où l'autorité et la domination sont centralisées dans la figure du père (envers les enfants, envers l'épouse). La deuxième acception est celle qui élargit cette configuration asymétrique des relations à l'ensemble de la vie sociale, traversant les relations familiales. Le patriarcat devient système (Delphy, 1998) *« ce système de sexe marqué par la domination masculine »* ou *« la pierre angulaire du système »*, selon les termes de Manuel Castells (1999)

[68] Source : IBGE/PNAD, indicadores sociais, 1996/2006.

Le Brésil est un des pays latino-américains qui a présenté les taux les plus rapides de chute de la fécondité: de 6,3 enfants par femme en 1960, on passe à 4,4 enfants par femme en 1980, à 2,3 enfants par femme en 2000, 2 enfants en 2006 et 1,89 enfant par femme, en 2008[69]. La chute de la fécondité est ici un signe de l'autonomie des femmes en ce qui concerne leur corps, de la possibilité de planifier leurs vies et de se démarquer de leurs aînées. Pourtant ce phénomène ne repose pas seulement sur une différenciation générationnelle mais aussi sur une différenciation sociale, les femmes des couches populaires ayant toujours des taux de fécondité plus élevés. Au Brésil, par exemple, on peut constater des taux toujours un peu plus élevés dans les régions les plus pauvres, comme le Nordeste où le taux de fécondité était en 2000 de 3,23 enfants par femme. Cependant, cette région a suivi la diminution des taux de l'ensemble du pays depuis le début du 21ème siècle. En 2006, il y avait 1,8 enfant par femme, au Nordeste[70]. Il est aussi intéressant de rappeler le rapport entre urbanité et chute de la fécondité. En 2006, le taux de fécondité était de 1,77 enfant par femme en milieu urbain, alors qu'il était de 1,99 à la campagne. Dans l'état du Pernambouc, le taux de fécondité est passé de 4,33 enfants par femme en 1991 à 3,07 enfants par femme en 2000, tandis que dans la ville de Recife en 1991, ce taux était déjà de 2,29 enfants par femme et en 2000 de 1,8[71]. De même, de fortes différences apparaissent lorsqu'on introduit des variables telles que le niveau de scolarisation. Ainsi, en 2006, quand les femmes qui n'avaient aucune année d'études avaient un taux de 4,24 enfants par femme, celles avec plus de 12 années d'études avaient un taux de fécondité de 1 enfant par femme. Cette différence par rapport au niveau de scolarité se montre davantage discriminante que celle de la « couleur de la peu » (les femmes « noires » avaient un taux de 1,98 enfant par femme, les femmes « blanches », 1,53 enfant par femme[72]).

Les phénomènes urbains liés à la fragmentation sociale de la ville peuvent être aussi parlants sur les modèles de reproduction des femmes, par la transversalité des rapports de genre et de classe qu'ils supposent. Dans la ville de Recife, le riche quartier de Boa Viagem avait un taux de fécondité de 1,94 enfant par femme en 1991 et de 1,19 enfant

[69]Source: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Un taux presqu'identique à celui observé par l'INSEE en France cette même année (1, 98 enf/femme)

[70]Source : PNAD, 2006.

[71]Source: Atlas do desenvolvimento no Brasil/Pnud

[72]Source : PNAD, 2006.

par femme en 2000. Alors que dans le quartier de Pantanal, le taux était de 3,25 enfants par femme au début des années 90 et de 2,75 en 2000[73].

Malgré la différenciation sociale persistante, nous pouvons faire le constat de changements en matière de comportements sexuels et d'une diminution générale et assez spectaculaire des taux de fécondité. L'utilisation de méthodes contraceptives « modernes » a paradoxalement évolué à une période où l'offre publique de moyens de contraception était encore déficiente (Vieira, 2003). Bozon (2005) se réfère à cette diminution spectaculaire des taux de fécondité au Brésil en termes de *« transition informelle de la fécondité »*, compte tenu de l'absence de planning familial et de véritables politiques publiques en la matière. Pendant deux décennies, entre les années 60 et les années 80, et à défaut de politiques publiques, ce sont les conditions de vie et les aspirations des femmes brésiliennes qui deviennent déterminantes pour réduire le nombre de gestations. Jusqu'aux années 70, il n'y a pas de programme gouvernemental de planning familial et son inscription dans la Constitution brésilienne date de 1988. Il y a pourtant durant cette période, une prolifération de l'offre privée de contraceptifs par des cliniques, à laquelle fait écho *« une position de laisser-faire »* (Vieira, 2003 : 160) de la part du gouvernement[74]. Le taux de fécondité global a connu sa plus forte chute pendant ces années-là: il est passé de 6,28 enfants par femme en 1970 à 4,35 en 1980 et à 2,5 en 1991. En 2006, le taux de fécondité était de 1,8 enfants par femme dans l'ensemble du pays[75].

Ici, la démocratisation culturelle par l'inclusion dans la société de masse peut-avoir une portée explicative quant aux changements en matière de reproduction. Divers facteurs, dont l'impact des mouvements sociaux et des médias en milieu populaire, auraient entraîné un processus d'homogénéisation culturelle en intégrant les pauvres à la culture de masse.

---

[73] Source : Atlas do desenvolvimento do Recife, Pnud/ 2000.

[74] Certaines initiatives comme la BENFAM (*Sociedade Civil Bem-Estar familiar no Brasil*) créee en 1965 ou le PAIMS (*Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*) du Ministère de la Santé (1983) n'étaient pas assez implantés dans l'ensemble du territoire national et les services restaient minimes.

[75] Sources: IBGE/*Projeções demográficas preliminares et MS/SVS/Sistema de Informações sobre nascidos vivos.* PNDS *(Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher*) du Ministère de la Santé: 1996/2006.

La télévision en est l'exemple le plus flagrant. Depuis son apparition dans les années 50, la télévision s'est répandue dans toutes les régions du pays, faisant du Brésil la quatrième plus grande audience télévisuelle du monde : 93% de sa population urbaine et 69% de sa population rurale regardent au moins une fois par semaine la télévision. Faria et Potter (1994) suggèrent non seulement que la télévision brésilienne amène les spectateurs vers le consumérisme, en encourageant la consommation des biens montrés dans les *telenovelas* mais que celles-ci jouent également un rôle important dans les changements des modèles culturels, comme les modèles reproductifs. Au Nordeste, les *telenovelas* auraient joué un rôle déterminant dans la diminution du nombre d'enfants et dans les relations conjugales. L'utilisation d'internet pourrait produire des effets analogues (aujourd'hui, on trouve plus d'ordinateurs dans les ménages du Nordeste que des machines à laver[76]).

Comme l'observe Dominique Vidal (2003 : 22) chez les jeunes femmes d'un quartier populaire de la ville de Recife, il s'est opéré en milieu populaire une considérable révolution des mœurs, avec « *l'émergence d'un nouveau rapport des femmes aux relations amoureuses et à la sexualité* ».

Quant aux mouvements sociaux, ils mériteraient qu'on s'y arrête plus longuement qu'il ne sera possible de le faire, tant leur diversité et leur impact sur la vie sociale sont importants. Cependant, pour en rester à ce qui est le plus en rapport avec notre sujet, limitons-nous à rappeler avec Élisabeth Sousa Lobo (1991) la présence active des femmes dans toute sorte de mouvements sociaux. La participation des femmes pauvres est plus attestée dans les mouvements populaires liés à la question de l'habitat, du transport, de l'éducation et de la santé. Les « clubs de mères », les communautés religieuses et les associations d'habitants (dos Anjos, 2008) constituent depuis longtemps des espaces de production d'actions et d'identités collectives pour les femmes de milieu populaire. Si ces mouvements font appel aux identités féminines définies « traditionnellement », les échanges entre ces mouvements et les groupes féministes, à l'occasion de rencontres, congrès et manifestations, se sont multipliés depuis les années 80 jusqu'à nos jours. Ainsi, leurs demandes auprès des autorités, liées à leur vie privée (la construction d'une crèche, les maternités adolescentes, etc.) font écho à des revendications ou des problèmes posés par les féministes. *« La*

[76] Source : PNAD, 2007

transversalité des mouvements des femmes renvoie à des réseaux, à des personnes, à des thèmes qui prennent la forme d'un sujet collectif : les femmes dans les mouvements. Les revendications, souvent définies comme spécifiques, *s'articulent à des problématiques émergentes telles que la citoyenneté et l'égalité »* (Sousa Lobo, 1991 : 78).

Des messages hétéroclites transitent à la télévision brésilienne et les femmes de milieu populaire participent de manière disparate aux différents mouvements sociaux. Les valeurs véhiculées dans ces instances peuvent être contradictoires en matière de l'égalité entre les sexes, des modèles genrés de comportements du point de vue des statuts et des rôles investis par les femmes dans le cadre de diverses demandes de reconnaissance. C'est avec ces matériaux diversifiés, et même contradictoires, que les femmes de milieu populaire composent leur expérience sociale. Cependant, certaines données spectaculairement parlantes comme la réduction de la fécondité en milieu populaire, nous laissent présupposer la participation de ces femmes de milieu populaire au Nordeste brésilien à des changements globaux.

La réduction du nombre d'enfants s'accompagne d'une expansion de l'utilisation des techniques contraceptives, plaçant le Brésil au niveau des pays « développés ». Actuellement, 65% des femmes entre 15 et 49 ans utilisent des contraceptifs « modernes »; la pilule et la stérilisation sont les méthodes les plus répandues (22% des femmes prennent la pilule, 21,8% sont stérilisées et 12,9% utilisent le préservatif masculin)[77]. Malgré la place toujours prépondérante de la stérilisation féminine en 2006, celle-ci semble suivre une légère régression par rapport aux données de la PNDS[78] de 1996, selon lesquelles parmi 55% de femmes utilisant un moyen contraceptif, plus de la moitié (27%) étaient stérilisées.

Deux changements dans les comportements contraceptifs pourraient être des indices des évolutions en termes de rapports sociaux de sexe. Pendant dix ans, l'utilisation du préservatif masculin a doublé passant de 6% à 13%, devenant ainsi le troisième moyen contraceptif moderne le plus utilisé. La stérilisation masculine (vasectomie) a aussi

[77] En 2000, en France, les taux d'utilisation de contraceptifs étaient de 74,6 % des femmes entre 20 et 44 ans. Les deux méthodes les plus utilisées étaient la pilule (45%) et le stérilet (17%), tandis que la stérilisation féminine n'atteignait qu'à 5%.

[78] PNDS (*Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde*), du Ministère de la Santé.

fortement progressé, malgré une utilisation encore timide, passant de 0,8% des femmes en couple stable en 1986 à 2,6 en 1996 et 5,5 en 2006 pour l'ensemble du pays. Si dans le Nordeste le taux de femmes vivant avec des hommes stérilisés est encore relativement bas, une augmentation a quand même été observée pendant la même période (de 0,8 % à 1, 4%)[79]. Cette augmentation de la stérilisation masculine suit un mouvement inverse de celui de la stérilisation féminine, qui ne cesse de diminuer.

Cependant, le Brésil se trouve encore au premier rang, avec l'Inde et la Chine, en ce qui concerne l'utilisation de ce moyen contraceptif. D'abord circonscrit aux couches moyennes « blanches » du sud du pays, ce moyen de contraception s'est répandu dans les années 80 chez les femmes « noires » de milieu populaire des régions du Nord et Nordeste. Dans la région Nordeste, 62,9% des femmes en âge de se reproduire étaient stérilisées en 1993, puis 43,3% en 1996 et 36,7% des femmes en couple en 2006. Nous notons la prépondérance de ce moyen contraceptif dans la région Nordeste, comparée au reste du pays où le taux de femmes en couple, en 2006, ayant effectué une stérilisation était de 29,1%[80].

Un autre changement en matière de comportements sexuels est celui de l'âge, de plus en plus jeune, auquel a lieu la première relation sexuelle. Entre 1996 et 2006, la proportion de femmes ayant eu une première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans est passé de 11% à 32,6%. Le nombre de jeunes femmes se déclarant vierge est passé de 67,2% à 44,8% dans la même période[81]. Dans la Région Nordeste, l'âge moyen de la première relation sexuelle est passé de 19,4 ans en 1996 à 16 ans en 2006. Cependant, il faut nuancer ces changements, car si nous trouvons des différences générationnelles à l'intérieur du groupe des femmes, les enquêtes montrent des permanences quant aux comportements des hommes. Les femmes initient leur vie sexuelle plus tard, elles ont moins de partenaires sexuels au cours de leur vie et moins souvent des partenaires multiples (Barbosa et *al.* 2008).

---

[79] Source : PNDS, 1986, 1996, 2006.

[80] Cette technique fait aujourd'hui l'objet d'un débat au sein des féministes brésiliennes. La stérilisation est vue par le mouvement de femmes noires comme une politique de génocide de la population afro-descendante, car comme dit Jurema Werneck (coordinatrice de l'ONG des femmes noires, Criola, et candidate en 2009 à la direction du Conseil National de Santé) *« Dire femme pauvre équivaut à dire femme noire et métisse dans 90% des cas, ce qui signifie dire femme stérilisée »*. Cette question sera traitée à plusieurs reprises dans cette thèse.

[81] Sources: PNDS 1996, 2006.

Un trait particulier des pratiques en matière de reproduction des femmes brésiliennes, surtout celles de milieu populaire, est leur entrée relativement rapide dans le cycle maternel et leur sortie tout aussi hâtive. En dix ans, l'âge médian de la femme ayant une première grossesse ou premier enfant est passé de 22,4 ans en 1996 à 21 ans en 2006. Le pourcentage de jeunes femmes de 15 à 19 ans qui ont un enfant a augmenté de 14% à 16% et celles qui ont été enceinte au moins une fois représentaient 23% de la totalité de jeunes filles entre 15 et 19 ans en 2006[82]. Des différences entre ces jeunes femmes apparaissent dès lors qu'on ajoute la variable niveau d'études : tandis que celles ayant moins de quatre ans de scolarité étaient 80% à avoir un enfant, celles qui avaient plus de 12 ans d'études n'étaient que 2,2% à être mères. Ceci peut paraître paradoxal si on tient compte de l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs au Brésil, mais il faut supposer que c'est lorsqu'elles sont plus âgées et qu'elles ont déjà des enfants que les femmes, surtout celles de milieu populaire et à faible niveau de scolarisation, acquièrent une emprise sur leur fécondité. Alors que les femmes entre 15 et 19 ans qui se disent actives sexuellement n'étaient que 65% à utiliser une méthode contraceptive moderne, celles ayant de 20 à 24 ans étaient 78% à en utiliser. Cette proportion augmente avec l'âge de la femme, puis décline à partir de cinquante ans.

En ce qui concerne la maternité adolescente, une inquiétude se développe depuis la fin des années 70 en Amérique latine, entraînant une prolifération des travaux de recherche et des discours sur ce phénomène[83]. De manière générale, les travaux démontrent l'importance de la maternité dans la constitution de l'identité féminine, notamment en milieu populaire, les uns mettant l'accent sur une socialisation féminine qui prescrirait la maternité comme destinée, les autres mettant l'accent sur le manque affectif que celle-ci viendrait combler. La sociologue Johanne Charbonneau (1998) dit d'ailleurs, à ce propos, que la maternité adolescente est toujours envisagée soit comme *« la cause »* de toute une carrière personnelle et familiale *« à problèmes »*, soit comme *« la conséquence »* d'une chaîne de difficultés que la jeune mère vit depuis son enfance. Ce dernier point de vue étant selon l'auteur moins stigmatisant pour la jeune fille et amenant en moindre mesure, selon nous, à un resserrement des dispositifs de régulation.

[82] Sources PNDS: 1996, 2006.

[83] Vue la grande quantité de matériaux relatifs à ce phénomène on ne peut que donner quelques références pour quelques pays comme : au Chili les travaux de Salazar et Matamala (1995), au Pérou La Rosa et Ponce (1995) ou Santisteban (1985), en Argentine De Marco et Rossi (1992), Belmonte (1988) et Climent (2003) et au Brésil : Duarte (1994) ou Butto et Silva (1997 ; 1999)

Dans la ville de Recife, le pourcentage des jeunes mères est aussi en augmentation. Le nombre de femmes de 15 à 17 ans qui ont des enfants est passé de 5,48 % en 1991 à 8,13% en 2000. Des différences, encore une fois, apparaissent selon le niveau socio-économique, ici donné par le quartier de résidence de la jeune mère : si en 2000 le quartier chic de Graças n'abritait aucune mère adolescente ; dans le quartier de Pantanal, l'Unité de Développement (UDH 46), selon le PNUD, 7,38% des filles entre 15 et 17 ans avaient un enfant.

Au Brésil, malgré les différents programmes (*Mutirão da paternidade*-1999, *Pai legal nas escolas*-2003, entre autres) de responsabilisation des pères, notamment par la reconnaissance légale de l'enfant, le taux d'« illégitimité traditionnelle » ne baisse pas. Nous pouvons constater en effet la persistance de l'inégale répartition des responsabilités parentales, faisant des femmes de milieu populaire, les seules responsables du devenir de l'enfant. Ainsi, à l'instar des femmes antillaises étudiées par Stéphanie Mulot, il est courant d'entendre les femmes brésiliennes s'exclamer : *« je suis la mère, je suis le père »* (Mulot, 2000). Selon Ana-Liési Thurler (2004), cette inégalité entre hommes et femmes devant les responsabilités parentales dérive des inégalités dans les rapports sociaux de sexe. Thurler propose diverses réponses à cela. Les réticences viennent des deux côtés, autant des mères que des pères. Ces derniers sembleraient avoir une *« conscience magique »* de leur statut de père, complètement déconnectée de la réalité des besoins des enfants et plus inscrite sur les droits que sur les devoirs. Du côté des femmes, *« leurs propos mêlent valeurs anciennes et quête de références nouvelles»* (Thurler, 2004 : 69) : si elles sentent la responsabilité de l'enfant comme leur étant essentiellement dévolue, beaucoup d'entre elles revendiquent les nombreuses années de soins et de sacrifice, au cours desquelles la présence de l'homme n'a pas été indispensable grâce à la création de réseaux qui sortent des modèles attendus de famille, et que Woortmann (1987), appelle *« les familles de femmes »*. Nous y reviendrons par la suite.

Avant cela, arrêtons-nous encore sur d'autres indicateurs des asymétries de genre. Les rapports des genres, même dans d'autres sphères que celle de la famille, ne manquent pourtant pas de la traverser. En ce qui concerne les inégalités dans l'accès au travail et à l'éducation, des changements se sont opérés de manière plus ou moins escarpée. La

participation des femmes dans le marché du travail est devenue de plus en plus importante (en dix ans, de 1998 à 2008, le taux de participation des femmes brésiliennes est passé de 42% à 47%[84]) surtout chez les femmes plus âgées et les femmes mariées[85]. Le niveau de scolarité semble aussi marquer une tendance favorable aux brésiliennes, au détriment des hommes. En moyenne, elles ont plus d'années d'études que les hommes et elles sont surreprésentées chez les personnes ayant plus de 11 ans d'études. Les taux d'analphabétisme au Brésil ont relativement baissé ces dernières années et cela a touché surtout les femmes.

Si les femmes travaillent davantage en dehors de la sphère domestique, cela ne se traduit pas par une répartition plus égalitaire concernant le travail domestique ou de *care*[86]. La même enquête, citée ci-dessus, montre que les heures dédiées aux tâches domestiques sont toujours plus élevées chez les femmes (indépendamment de la position dans la famille, du niveau d'éducation et du milieu social). En moyenne, les hommes consacrent 10hs hebdomadaires au travail domestique, alors que les femmes y consacrent le double. 50,5% des hommes qui travaillent en dehors de la maison affirment accomplir des tâches domestiques contre 89,6% des femmes ayant un emploi[87].

Nous pouvons maintenant essayer de distinguer la réverbération que ces changements, ainsi que ces pérennités, dans les comportements, tracent sur les relations, en re-délimitant les contours des familles brésiliennes. Si les familles *nucléaires*, composées par un père, une mère et des enfants restent les plus représentatives des formes familiales au Brésil, elles ont beaucoup diminué ces dernières années. En 1996, elles représentaient 73,3% des familles, alors qu'en 2006 elles étaient 67,6%. Il faut nuancer cette prépondérance du modèle *nucléaire* puisqu'il est fort probable que de nombreuses formes familles – monoparentales, recomposées, homoparentales ou

[84] Source : Síntese de Indicadores Sociais (SIS 2009), IBGE.

[85] Si l'inégalité entre hommes et femmes dans le marché de travail tend à diminuer, ces dernières gagnent encore 28,4% moins que les hommes. (IBGE, 2008)

[86] Nous adoptons la définition large du *care*, comprenant les activités quotidiennes de soin lorsqu'on s'occupe d'Autrui, ainsi que l'attitude de se soucier des autres. Selon Joan Tronto, le *care* est : *« une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible »* (Tronto, 2009 : 143). Nous adoptons une définition moins générale et plus relationnelle. Le *care* délimite ainsi un type de relation avec l'enfant. Nous utiliserons la notion de « sollicitude », comme traduction de celle de *care*,

[87] Source: IBGE/PNAD 2006.

pluriparentales – soient comptabilisées dans ce type d'arrangement familial, qui fait office de *« doctrine »*.

Concernant les familles recomposées, Christine Jacquet et Livia Fialho da Costa (2004) regrettent le fait qu'il n'y ait pas de véritable production de données quantitatives. De même, les statistiques des registres civils, qui comptabilisent la deuxième union, ne nous permettent de comptabiliser que les unions légales et il n'y a pas de données concernant les enfants des divorces. Cependant, nous pouvons supposer l'extension de ces types de famille par le nombre de divorces et de séparations qui ne cessent d'augmenter au Brésil. Selon l'IBGE, le nombre de dissolutions de mariages (divorces et séparations) était de 231.329 en 2007, soit une dissolution pour quatre mariages (916.006). Depuis trente ans, moment de la légalisation du divorce, le taux de divorces est passé de 0,46% en 1984 à 1,49% en 2007. Il semblerait aussi que l'âge des personnes divorcées tend à diminuer, ce qui laisse présager la possibilité que ces personnes s'unissent à nouveau.

Le terme de *famille recomposée* englobe diverses réalités, mais on peut les réduire à deux modèles : celui de *la substitution* lorsque la nouvelle union vient remplacer l'ancienne famille et celui de *la pérennité* qui juxtapose les deux familles, le parent qui n'a pas la garde des enfants continuant à avoir des relations avec ses enfants. Pourtant ces deux modèles semblent plus des idéaux-types que des réalités empiriques. Après la séparation des conjoints, le modèle de la *pérennité* semble être le plus courant. Les enfants restent à côté de la mère mais maintiennent la relation avec le père, même si cela semble relever d'une décision de celui-ci. Dans de nombreux cas, quand l'un des ex-conjoints se remet en couple (que ce soit le père ou la mère), l'homme coupe les liens avec ses enfants et il se déresponsabilise. *« Fais-toi aider par celui avec qui tu es maintenant »* est une phrase très courante chez les hommes s'adressant à leurs ex-conjointes, quand elles sont à nouveau en couple. Ici, plusieurs phénomènes s'articulent, comme l'inégale distribution des responsabilités parentales, à laquelle les femmes participent également en cautionnant cette déresponsabilisation des hommes. Souvent elles font de leur nouveau conjoint le responsable de tous leurs enfants, mais il est plus courant qu'elles prennent la complète charge les enfants. En effet, comme

nous l'avons indiqué, la lignée maternelle s'approprie les enfants en produisant un phénomène de *matrifocalité* et de *matrilatéralité*[88].

Le nombre de familles monoparentales où le chef est une femme a fortement augmenté en dix ans passant de 15,8% en 1996 à 18% en 2006 dans l'ensemble du pays[89]. La métropole de Recife est la ville brésilienne où ce type de famille est le plus important, comptant 25,5% des familles en 2006[90]. Selon une étude réalisée dans la ville de Recife par le DIESEE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos) en 2003[91], 95% de ces femmes n'avaient pas de conjoint. La même étude nous montre que ce statut est plus courant chez les femmes analphabètes et qu'il n'est pas en rapport avec le fait que la femme travaille, car plus de la moitié de ces femmes ne sont pas présentes sur le marché de travail (formel).

La nouveauté du phénomène de la monoparentalité féminine réside dans le fait que ces familles sont moins le résultat du veuvage que du divorce ou de la séparation. Il est intéressant de remarquer que les familles où le chef de famille est la femme, apparentées couramment aux familles monoparentales féminines, comptent de plus en plus la présence du conjoint (20,7% des familles en 2006). Ce qui pourrait s'expliquer par le chômage chez les conjoints ou par un « *empowerment*[92] » de la part des femmes. Cependant dans une recherche portant sur la place des hommes dans les familles populaires d'un quartier de Recife, l'anthropologue Guedes do Nascimento (1999) démontre comment cette chefferie féminine est moins le résultat d'une négociation des rôles de genre que la conséquence de l'impossibilité pour les hommes d'assurer la survie de leur famille sur le plan économique et, ainsi, les responsabilités de genre en tant que pères.

Rappelons que le phénomène des familles monoparentales et recomposées est lié aussi aux changements dans les modèles de comportements sexuels et à une relative

---

[88] Ces deux notions sont à différentier entre-elles et avec d'autres termes comme ceux de matriarcat ou de matrilinéarité. Si, en pratique, elles sont souvent liées, la notion de matrifocalité désigne le fait que les jeunes couples s'installent dans la maison de la famille d'origine de l'épouse ou à proximité. La matrilatéralité fait référence aux échanges, matériels ou moraux, entretenus davantage avec la famille d'origine de l'épouse.

[89] Source: IBGE/PNAD. indicadores sociais 1996/2006.

[90] Source: IBGE/PNAD. indicadores sociais 1996/2006.

[91] DIEESE-PED *A mulher chefe de domicílio e a inserção no mercado de trabalho.* Região metropolitana do Recife, 1998/2003, Recife.

[92] Dans le sens d'autonomisation et prise en charge de l'individu par lui-même.

libéralisation des mœurs. Ainsi, la succession des partenaires est une réalité très répandue chez les femmes de milieu populaire, montrant que les relations conjugales peuvent amener, selon une perspective diachronique, à construire, détruire et reconstruire plusieurs formes familiales. Le modèle *« créole »* décrit par Göran Therborn (2006), apparaît, aujourd'hui, comme un modèle composite ne donnant pas lieu à *une famille*, mais à *des familles* (Bilac, 2004 : 166). Ce qui amène Elza Berquó (1998) à parler plutôt d'*arrangements familiaux* pour rendre compte des formes contemporaines de la famille, sans qu'un modèle prévale sur un autre. Néanmoins, les arrangements en milieu populaire tendent à être plus inégalitaires, en termes de responsabilité parentale, que dans d'autres milieux ou contextes où la flexibilité des identités masculines permettent aux hommes d'expérimenter des formes inventives de la paternité, comme les travaux de Christine Castelain Meunier (1997 ; 2004) le montrent dans le contexte français et des classes moyennes. Au Brésil populaire, la prédominance des *familles de femmes* et des couples consensuels ne va pas de pair avec une égalisation entre les genres dans les arrangements familiaux, ainsi que dans d'autres domaines comme l'éducation, le travail et la participation politique. Autrement dit, si ce n'est pas la famille qui engendre les inégalités entre les genres, elle les actualise, et ceci indépendamment de la forme des *arrangements familiaux*.

Nous avions avancé l'idée selon laquelle la famille était toujours une famille *en devenir*. Ce perpétuel avènement de la famille mettant en relief non seulement les différents *arrangements familiaux*, mais aussi le caractère dialogique entre relations objectives et productions subjectives familiales. Nous avons proposé la *réparentalisation de la famille*, ceci nous amenant à poser la question de la maternité dans un cadre plus large et non plus restreint à celui de la famille nucléaire et à suggérer, avec Claudia Fonseca (2004 : 522), *« la possibilité de l'existence de formes familiales spécifiques aux couches populaires urbaines »* au Brésil, des formes tissées par les relations de parenté et de socialité.

Dans ce sens les familles de milieu populaire brésilien sont paradigmatiques de la double construction familiale : objective et subjective. D'un côté, la famille est vue comme un *ordre moral* (Sarti, 1996 : 4), où le tout est plus important que les parties. D'un autre côté, les relations familiales sont individualisées, délimitant un réseau d'entraide défini en termes d'obligations. Elles ne suivent pas la référence

généalogique ou du « nom », car il n'y a pas véritablement de capitaux économiques et sociaux à transmettre. Cependant, selon Sarti, la valeur « famille » est en milieu populaire brésilien « un miroir » qui ordonne la vision du monde social, *« le substrat de leur identité (…), une question ontologique »* (*ibid.* : 33). Nous pouvons nous demander si cette caractéristique est réservée aux milieux populaires et brésiliens, car tel que nous l'avons vu cette double consistance de la famille est aussi observée en France et dans d'autres milieux sociaux. Ce qui distinguerait les familles populaires est le contenu de *la « valeur famille »*. Autrement dit, la non-référence au « nom » et au « sang » dans les délimitations de l'extension de la famille mais plutôt la référence à *« ceux à qui on peut faire confiance »* (*ibid.* : 63). Cette *transcendance* de la famille, pour reprendre le terme simmelien, peut être perçue comme une doctrine, ou une « illusion », comme le fait Hervé Lebras (2003 :15): « *le mot famille ne représente pas une entité réelle, un groupe humain particulier mais la collection de toutes les expériences individuelles qualifiées de familiales, soit sous l'angle des trajectoires, soit sous celui du réseau familial perçu par chacun* ». Il n'en reste pas moins, tel que le soulignent Bourdieu ou Sarti, que cette *illusion familiale* vise à ordonner, structurer et circonscrire le réel relationnel.

Selon l'anthropologue Fernando Duarte (1994), si la valeur « famille » est partagée par l'ensemble des Brésiliens, cette valeur n'est pas la même selon les milieux sociaux. Si les milieux aisés y attachent les valeurs de lignage et transmission, et les familles de classe moyenne adhèrent aux valeurs « modernes » typiques des familles nucléaires, telles que l'éducation, l'autonomie et les sentiments sélectifs, les familles populaires trouvent la « valeur famille » dans les échanges quotidiens de services et l'entraide mutuelle. Les travaux de Claudia Fonseca (2007 : 27) sont éclairants en ce qui concerne les particularités des familles populaires urbaines au Brésil. Elle montre que les relations de parenté s'étendent aux delà des relations consanguines et de l'unité domestique. Chez ces populations l'espace familial serait moins *« la maison »* que *« le patio »* : vu ici comme un espace recréé par les circulations d'une maison à une autre dans le partage des activités domestiques (on fait le repas dans une maison, on fait le linge dans un puits commun, etc.).

Décidément, pour comprendre la famille brésilienne de milieu populaire il faut élargir l'analyse aux modes de sociabilité de ces groupes. Plusieurs études sur les quartiers

populaires décrivent des formes de sociabilité particulières. Elles font état des attitudes plus communautaires et « traditionnelles » dans la vie quotidienne. La sociabilité y est construite par des réseaux de relations entre les habitants du quartier où le public prévaut sur le privé (Kiermes; 2007).

C'est à partir de cette particularité de la famille populaire brésilienne que l'expérience de la maternité doit être posée. Ailleurs, Fonseca (2000) met en évidence le phénomène de la circulation d'enfants dans ces familles qu'elle met en relation avec la notion de *fosterage*, pratique consistant à confier un enfant à une personne, de l'entourage ou de la parentèle, pour son éducation et/ou maternage. Ces pratiques nous ont menés à suggérer une approche différente de l'expérience de la maternité (Faya Robles, 2005), en suivant la suggestion de Fonseca, pour qui comprendre le sens de la maternité en milieu populaire demande d'extraire celle-ci du cadre de la famille conjugale et de l'insérer dans des réseaux sociaux qui dépassent l'unité domestique (Fonseca, 2004).

Figure 9: Conversation entre voisines à Pantanal. © A. Faya Robles.

D'après Manuel Castells (1999), l'une des caractéristiques des nouvelles configurations familiales dans l'ère de la *« fin du patriarcat »* est la formation de réseaux d'entraide fondamentalement féminins. Contrairement à l'idée répandue par la tradition fonctionnaliste en sociologie, selon laquelle l'urbanisation entraîne la

nucléarisation de la famille, dans les modes de sociabilité populaire urbains, le constat de l'existence de ces réseaux féminins ainsi que le fait que les migrants campagne-ville sont souvent des femmes, nous amène à penser que c'est peut-être la formation de ces réseaux qui assure l'intégration des travailleurs à la ville.

Historiquement détachée du modèle de la famille nucléaire (Therborn, 2006), la maternité en milieu populaire au Brésil devient aussi une façon d'interroger les processus à l'œuvre dans les sociétés européennes et dans les classes moyennes de la planète. Notamment, en ce qui concerne le devenir du lien de filiation et du couple qui se pose aujourd'hui un peu partout dans le monde où les modèles de famille tendent à l'individualisation et à la sélectivité des relations.

Les relations de parenté en milieu populaire tendent à se centrer sur la figure de la mère. Mais comme nous venons de voir, cette figure est loin d'être une femme isolée. La naissance d'un enfant devient, dans les cadres de la sociabilité populaire, un enjeu social regroupant des réseaux d'entraide qui sont nettement féminins, où plusieurs figures parentales peuvent coexister.

Les liens de la parenté quotidienne, dit Fonseca, n'écartent pas les liens de sang, les deux coexistent sans se confondre. Si le terme « adoption » est très peu employé par les femmes avec qui elle s'est entretenue, c'est parce qu'il ne s'agit pas d'adoption légale mais de mobilisation de réseaux en fonction de la survie de l'enfant, qui peuvent aussi renforcer les liens d'une communauté : « *comme la parenté rituelle, les arrangements de 'criação' (littéralement « d'élevage ») servent à agrandir le cercle des personnes significatives dans l'espace social de l'individu*» (Fonseca, 2000*a* : 59). Fonseca montre comment la circulation d'enfants s'effectue généralement dans un même quartier et non nécessairement entre personnes d'une même famille étendue. Fonseca assimile cette circulation d'enfants dans les quartiers populaires au *fosterage*, qui désigne les cas de circulation où il n'y a pas de coupure radicale entre les géniteurs et leurs enfants. C'est pour cette raison qu'on peut le distinguer de l'adoption, qui implique, selon les règles juridiques encore prédominantes, une rupture avec les parents biologiques. Le *fosterage* n'implique pas de changement d'identité et l'opération est généralement réversible: il se présente comme un arrangement temporaire entre femmes.

Cependant, ces formes familiales en milieu populaire ne sauraient être assimilées à des *survivances* d'un passé rural voué à disparaître. Si l'entrée des populations de milieu populaire dans la société de masse a produit une individualisation des expériences, ce processus est articulé à des cadres sociaux de solidarité et lien social.

Il est courant aujourd'hui de s'accorder sur le fait que nos sociétés suivent depuis longtemps un processus d'individualisation et d'en montrer les effets et les limites. Cependant peu, de travaux en Amérique Latine se sont attachés à des analyses en profondeur de ces processus au moment même où ils se déroulaient: les acteurs intervenant dans cette dynamique, les supports symboliques utilisés, les conflits engendrés et les subjectivités issues de ceux-ci. Notre objet nous permet cette tâche : voir comment cela se passe au niveau local, les changements à l'œuvre dans un contexte global. Autrement dit, les enjeux et arrangements entre une expérience individualisée en même temps qu'une expérience collective de la maternité.

Derrière le groupe social autour duquel nous nous proposons étudier l'expérience de la maternité, insérée donc dans une trame de relations issues des modèles de famille matrifocale et des réseaux d'entraide féminins, il y a également tout un éventail d'acteurs sociaux qui entrent en jeu. Le bébé ne vient pas tout seul au monde, il amène avec lui tout un univers de normes, de pratiques sociales, de valeurs et de savoir-faire. De nouvelles formes de régulation de la vie familiale, basées sur des savoirs de plus en plus spécialisés (non seulement ceux des psychologues et des travailleurs sociaux, mais aussi ceux des nutritionnistes et des pédiatres) qui connaissent un essor important, que ce soit dans le domaine de l'éducation, de la santé, des services sociaux ou de l'alimentation. Ces pratiques éducatives et thérapeutiques portent en elles, de manière sous-jacente, un modèle de développement approprié pour les enfants, qui est celui de l'expertise scientifique et de l'intervention planifiée et qui peut entrer en conflit avec d'autres modèles. L'enfant peut alors devenir un enjeu autour duquel différents acteurs – non seulement les parents (biologiques ou de « élevage » (criação)) mais aussi des acteurs institutionnels tels que les médecins, les enseignants ou les travailleurs sociaux – vont entrer en contact et/ou en conflit.

La littérature sur la famille qui nous renvoie à *« un processus d'individualisation croissante selon lequel chacun ne représenterait plus que lui-même, et non des relations incorporées »* (Ouellette et Dandurand, 2000 : 9), amenant à un modèle de reproduction qui *« suppose des individus reproduisant des individus »*, est mise en échec par les expériences familiales en milieu populaire au Brésil. Lorsqu'on parle d'expérience individuelle de la maternité, il ne s'agit pas pour nous de déployer *« l'hégémonie finale de l'individualisme consommateur qui aurait pris possession du champ intrinsèquement anti-individualiste, parce que relationnel, de la parenté »* (Viveiros de Castro, 2004), mais de saisir comment, au centre même de ces mailles relationnelles l'individu est *« projeté »* (Dubet, 2009, 2010*a*). Autrement dit, en mettant l'accent sur l'individualisation, et donc sur la pluralité des parcours, trajectoires et expériences; les instances sociales et collectives où ces expériences se déroulent ne peuvent pas nous échapper car ceci nous amènerait à ne voir que de l'éclatement là où des processus communs produisent de l'individuel.

La relation maternelle n'est donc pas détachée d'un système de relations de parenté, ni des relations avec l'entourage (communautaire, voisinage, professionnel, etc.) et avec certaines institutions où elle puise son sens. C'est aussi à travers la relation de la femme avec ces « autres » que la relation dyadique « mère-enfant » se construit. L'expérience de la maternité, si elle n'est pas complètement individuelle, ne se construit pas pour autant dans un cadre « traditionnel » d'une « communauté de femmes ». Elle suppose un essaim de relations que la femme noue tout au long de son expérience maternelle, ces relations prenant la forme des réseaux plus que de « communauté ». Ces réseaux articulent aussi des acteurs institutionnels et des acteurs situés en dehors des propres cadres de sociabilité du quartier. Dès lors, les valeurs et les normes sociales qui y circulent, les ressources et les contraintes hétéroclites qu'ils impliquent ne peuvent pas se limiter à celles issues d'une « culture populaire », « rurale » ou « traditionnelle ».

Si l'expérience de la maternité se construit de plus en plus dans le vécu des femmes, comme expérience individuelle, elle n'est pas, dans la pratique, isolée. Tel que nous l'avons vu, elle se déploie dans un réseau de relations spécifiques. Si elle se donne à voir comme une expérience individualisée, c'est parce qu'il y a des processus normatifs à l'œuvre qui tendent à la construire ainsi. Quelles sont les instances à

l'origine des processus de normalisation des expériences et de régulation des pratiques de la maternité ? Voilà la question à laquelle nous essayerons de répondre dans le chapitre suivant.

I-3. L'hétérogénéité cadrée de l'expérience et ses instances de régulation.

La révision de la littérature sur les dynamiques urbaines brésiliennes et sur les particularités des configurations des familles des couches populaires, nous a permis d'évoquer non seulement le caractère individuel et hétérogène des expériences maternelles mais aussi leur construction à partir de relations spécifiques. L'expérience de la maternité en milieu populaire brésilien ne se bâti pas dans le cadre de la famille nucléaire, mais s'insère dans des *arrangements familiaux* divers, notamment dans des réseaux parentaux et d'entraide féminins. L'expérience collective *« en réseaux »* est le fruit de plusieurs logiques sociales, dont nous avons dressé un aperçu : l'inégalité des genres face aux responsabilités parentales qui poussent le lien de filiation quotidien vers la composante maternelle ; des logiques ségrégatives sociales et urbaines ; des inégalités de genre face au marché de travail ; une entrée précoce dans la sexualité et dans le cycle maternel, ainsi qu'une prise en charge du maternage qui prend la forme de réseaux féminins, liés eux-mêmes à des modalités de sociabilité spécifiques aux couches populaires.

Ces réseaux, qui sont des entrelacements des relations sociales, n'évoluent pas en dehors de tout ordre social. Ils sont traversés et construits par des normes et des règles sociales. Ceci est devenu évident lors des premiers séjours sur le terrain : l'expérience de la maternité sortait du cadre des relations familiales et de la sphère privée d'une femme. Elle évoluait dans des réseaux élargis qui n'étaient pas définis *a priori* par des modèles immuables, des survivances d'une solidarité *mécanique* et « communautaire ». Ils n'étaient pas investis par des valeurs culturelles « traditionnelles ». Ces réseaux n'étaient pas imperméables à des normativités diverses, venues d'autres champs. Les relations entre acteurs institutionnels et femmes-mères sont tout aussi prégnantes dans la construction de l'expérience maternelle. Effectivement, il y a une forte présence d'acteurs institutionnels dans la configuration

des réseaux des femmes. Ces acteurs institutionnels faisant surtout partie des instances de santé publique brésiliennes, la question de la régulation des expériences maternelles chez les femmes de milieu populaire est apparue incontournable. Autrement dit, et tel qu'il a été constaté dans d'autres contextes, la prolifération des *arrangements familiaux* n'a pas eu comme effet l'autonomisation de la famille vis-à-vis de l'État; au contraire, plus l'hétérogénéité devient le mot d'ordre des relations familiales, plus la régulation de l'État y est présente. Si dans les milieux sociaux plus aisés la volonté de régulation semble moins évidente, parce qu'elle prend d'autres chemins –comme la jurisprudence, la médiation ou la bioéthique – et parce qu'elle intervient lors de moments conflictuels au sein des familles ; dans les milieux populaires cette régulation semble plus présente en continuité, en pointillé et de manière systématique. Elle devient ainsi une évidence empirique lorsqu'on travaille avec ces populations.

Le travail de Jacques Donzelot dans les années 70 est précurseur dans le domaine des relations d'interdépendance, ou de configuration, dans les termes eliasiens (Elias, 1991) et de contrôle entre la famille et l'État moderne. Il montre le passage d'un *gouvernement des familles*, où celle-ci exerçait l'autorité par rapport à ses membres, à un *gouvernement par la famille*, où cette dernière n'est plus *sujet politique* mais *objet d'une politique* (Donzelot, 2005 [1977]: 6). Si Donzelot rend compte de comment l'ordre social et politique discipline la famille, il faudrait actuellement se demander comment, de façon autrement plus souple, se réalise la régulation des relations familiales. En effet, il ne s'agit plus de contrôler la famille mais de réguler les diverses relations des *arrangements familiaux.*

Nous avons caractérisé, lors du chapitre précédent, les processus urbains et les relations familiales à l'œuvre dans la société brésilienne, elle-même vue comme une société complexe, tiraillée entre processus de démocratisation culturelle et politique en même temps que lourdement inégalitaire en termes sociaux et de genre. Lors de ce chapitre, nous essayerons de rendre compte des évolutions de l'État brésilien dans cette double dynamique, appelée la *« démocratisation à la brésilienne »*, et plus spécifiquement dans les relations entretenues avec les familles des secteurs populaires. Nous verrons que les modes de régulation se sont modifiés, suivant des changements qu'on pourrait dire « globaux ». Ces nouvelles régulations sont de plus en plus centrées sur les relations sociales et cernent ainsi étroitement les individus ; mais leur

sens général a aussi changé et elles semblent de moins en moins ancrées sur une vision disciplinaire des conduites attendues. Nous porterons donc notre regard sur les rapports entre les instances de gouvernement et les femmes-mères, pour examiner les voies et supports à travers lesquels l'État brésilien entreprend d'optimiser cette régulation. Nous reviendrons aussi à la question de la maternité comme *expérience* et nous essayerons de l'articuler, plus que de la superposer, à la notion de *dispositif*, dans la lignée de Foucault ; le but étant d'éclairer la définition d'une *expérience régulée de la maternité*.

I-3-a. Des formes de la régulation sur l'État brésilien et sur les familles de milieu populaire.

Dans le passage d'un gouvernement de la famille à un gouvernement « par la famille », indique Donzelot (2005[1977]), les techniques utilisées dépendaient du milieu social des familles ainsi que des formes familiales existantes dans ces milieux différenciés. Pour les familles de milieu aisé, il s'agissait d'introduire des normes pédagogiques, des valeurs libératrices et individualisantes sur l'autonomie de leurs membres face à l'égide du patriarche. Cette intervention auprès des familles de milieux aisés était facilitée par l'existence d'une « alliance organique » entre famille et médecine, ainsi que par les méthodes plus douces de transmission, telles que la diffusion de manuels et de livres sur les pratiques domestiques d'hygiène, de maternage, de sexualité, etc. Chez les familles de milieu populaire, même si les préceptes pédagogiques et hygiéniques semblaient les mêmes, les interventions n'étaient pas similaires, puisque les buts recherchés n'étaient pas les mêmes. Il ne s'agissait pas de libéraliser des comportements traditionnels et obsolètes mais de « contrôler » des configurations familiales déjà par trop libertines, anomiques, voire sauvages (*ibid.* : 26-27).

Ce passage à un mode de gouvernement *« par la famille »* est visible aussi au Brésil, dans la diffusion des modèles européens de famille à la fin du 19ème siècle, où s'effectue le passage de la famille *« patriarcale »*, décrite par G. Freyre, à une famille « moderne ». Depuis, la perspective des liens entre familles et État, nous pourrions dire, en reprenant Jurandir Freire Costa (1983), qu'il s'agit du passage d'une *« famille coloniale »* à une *« famille colonisée »*.

Selon Daniela Resende Archanjo (2009), c'est au moment de l'arrivée de la Cour portugaise au Brésil, au 19ème siècle, que la famille devient la cible d'actions médicales et de l'intervention de l'État. Le champ médical et le champ gouvernemental sont ici étroitement liés. Si leurs intérêts peuvent être dissemblables, ils sont néanmoins connivents, tout comme les tactiques qui seront à déployer. L'État cherche à concentrer le pouvoir et à réduire l'influence de ces familles puissantes, propriétaires de terres, d'hommes et de bétail. Pour cela, il faut réduire le pouvoir des patriarches, diviser les membres de ces familles et les valoriser dans leur individualité, séparée de la figure du *pater*. La première opération consiste à distinguer consanguins et non-consanguins, qui seront extirpés de la cellule familiale. La médecine moderne se charge d'apporter les bases de légitimation de cette fragmentation des familles « traditionnelles » brésiliennes, par la distinction physico-psychique de leurs membres et en leur attribuant des fonctions bien distinctes les unes des autres, tout en gardant entre-elles une parfaite correspondance. La *« doctrine »* de la famille nucléaire naît au Brésil à ce moment-là. Cependant, il faudrait ici revenir sur la différence des interventions en fonction des populations, et rappeler les lignes de Donzelot (2005 [1977]: 29), concernant les visées de l'ordre étatique par rapport aux familles des couches populaires : *« ce qui inquiète l'État (…) ce sont ces gaspillages des forces vives, ces individus inutilisés ou inutilisables»*.

Remi Lenoir (2000) suit la même distinction lorsqu'il relate l'histoire des relations entre l'État et la famille en France *: « La famille a perdu le statut public qu'elle avait sous l'Ancien Régime. Ce qui intéresse, dès lors, les pouvoirs publics dans l'État moderne est moins la généalogie des degrés de parenté que celle des fléaux sanitaires et sociaux qui, selon les autorités d'alors, vont trouver dans les familles populaires leur terreau et leur diffusion. Une division du travail de gestion des familles va peu à peu s'instituer. D'un côté le droit civil qui réglemente toutes les dimensions de la famille patrimoniale. (…)De l'autre côté, la philanthropie et toutes les œuvres qui s'y rattachent vont prendre en charge les familles aux généalogies négatives, marquées par la misère, le dénuement et l'absence d'avenir» (ibid. :* 422-423).

Michel Foucault y a vu le passage d'un type de gouvernement dont la famille est le modèle (où seule compte la figure individualisée du souverain et/ou du patriarche) à un gouvernement dont les *« populations »* sont la cible. La famille devient le « par », le

moyen, de l'action gouvernementale sur les populations : *« Elle (la famille) n'est donc plus un modèle; elle est un segment, segment simplement privilégié parce que, lorsqu'on voudra obtenir quelque chose de la population quant au comportement sexuel, quant à la démographie, au nombre d'enfants, quant à la consommation, c'est bien par la famille qu'il faudra commencer. (…)La famille, de modèle va devenir instrument. (…) Et c'est bien, en effet, à partir du milieu du XVIIIe siècle, poursuit-il, que la famille apparaît dans cette instrumentalité par rapport à la population: ça va être les campagnes sur la mortalité, les campagnes concernant le mariage, les vaccinations, les inoculations, etc. Ce qui fait que la population permet le déblocage de l'art de gouverner, c'est donc qu'elle élimine le modèle de la famille* (dans l'art de gouverner)» (Foucault, [1978] 2004).

Dans le même mouvement par lequel le modèle familial cesse d'être le modèle de l'art de gouverner, les affaires familiales deviennent affaire d'État, car c'est dans l'entrelacement des relations familiales que les processus populationnels se trament. C'est, selon Foucault, la naissance de la *biopolitique*, cet ensemble de tentatives de *« rationnaliser les problèmes posés à la pratique gouvernementale par les phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en population : santé, hygiène, natalité, la longévité, la race »* (Foucault, [1978]2004 :323). Ces questions deviennent fondamentales pour l'État moderne brésilien en formation. Tel que le rappellent Negri et Cocco (2005) *« La construction de l'État-nation « faible » en Amérique latine relève d'un processus biopolitique (…) d'un biopouvoir qui, dès le départ, s'est fondé sur la gestion de la vie, celle des couches sociales exclues et des classes subalternes à travers la modulation de flux de sang, de cultures et de migrations intérieures aussi bien qu'extérieures ».*

Lors du processus de formation de l'État moderne brésilien, les postures des gouvernements étaient plutôt natalistes et cherchaient une amplification de l'immigration. Celles-ci étaient souvent traversées par des tendances eugénistes et racistes, visant l'accroissement des migrations européennes afin de « blanchir le pays ». Si les théories malthusiennes ont commencé à surgir en Europe au début du 20ème siècle, au Brésil, ces thèses se développent surtout à partir de l'après-guerre, et dans la période dictatoriale des années 60-70. La question de « l'explosion démographique » devient le spectre amenant à des élans politiques néo-malthusiens,

impulsés par les organismes internationaux dans les pays du « tiers-monde ». Au début des années 60, les pressions internationales se font de plus en plus présentes et posent comme condition aux prêts monétaires la mise en place de politiques démographiques. Cependant, l'action gouvernementale brésilienne, en ce qui concerne les questions de reproduction et de santé reproductive[93], a été marquée par un développement timide jusqu'au retour à la démocratie formelle. Il n'y a pas eu de véritables politiques globales de *birth control*, ni de planning familial jusqu'à environ la fin des années 80, et surtout à partir des années 90. La période d'avant la redémocratisation est celle où se produit le partage entre marché public et marché privé de santé, partage qui se poursuit jusqu'à aujourd'hui. Dans les années 60, les contraceptifs entraient massivement dans le marché privé brésilien contribuant à la chute spectaculaire des taux de fécondité dans le pays. Cette diminution du nombre d'enfants par femme ne se répartit cependant pas de manière homogène dans le pays, les taux de fécondité restant assez élevés dans les régions et chez les populations les plus pauvres. Nous pouvons supposer que ces différences sont en lien avec le degré de dépendance vis-à-vis d'un système de santé publique caractérisé à cette époque-là par l'inefficacité, par son étendue insuffisante et supplanté par des formes d'intervention philanthropiques et discontinues. L'évocation du partage en deux marchés d'offre de soins différenciés et différenciateurs a été à la base des revendications en matière de santé publique pendant les années de *plomb* mais, surtout avec le retour à la démocratie, le leitmotiv de ceux qui se battaient pour une « Réforme Sanitaire ». Plusieurs acteurs y participent. Le développement du système de santé publique au Brésil est lié non seulement aux mouvements sociaux agissant par le *bas*, mais aussi aux instances internationales agissant par le *haut*. Les diverses alliances entre ces instances par « le bas » et par « le haut », qui se nouent au sein de l'État, constituent des phénomènes assez denses et complexes méritant des études en profondeur dont nous ne proposerons, dans ce travail, que quelques aperçus susceptibles d'apporter des clarifications spécifiquement liées à notre sujet.

Par exemple, la célèbre Conférence d'Alma-Ata en 1978, organisée par l'OMS et l'UNICEF, a mis en forme des référentiels pour la réorganisation des systèmes de santé dans le monde entier. Elle est souvent citée comme cadre précurseur des politiques d'Attention Primaire de Santé. Au Brésil, le cadre d'émergence de ces

[93] Nous avons opté par l'utilisation du terme de « santé reproductive » au détriment de celle de « santé génésique » les deux désignent les mêmes processus de santé et sont souvent utilisés comme des synonymes.

politiques publiques est aussi étroitement lié au mouvement réformiste, qui recrutait chez les étudiants en médecine, dans les associations de quartiers populaires et dans des groupes féministes, entre autres. L'impulsion de ces divers mouvements sociaux aurait conformé un espace propice à l'organisation de la 8ème Conférence Nationale de Santé en 1986, laquelle serait à l'origine du « Système Unique de Santé » (o Sistema Único de Saúde), le SUS. Nous reviendrons ci-dessous sur les différents groupes et mouvements participant à la configuration de la « Reforme Sanitaire » ; mais avant essayons de mettre en scène les acteurs qui participent à la régulation par le *haut* de l'État brésilien.

Si, dans les années 80-90, des agences internationales comme la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International ont prôné des« ajustements structuraux » dans les pays en « voie de développement », en recommandant la réduction des dépenses en matière de santé publique, d'un autre côté l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) jouera un rôle croissant dans « les prémices directionnelles » des politiques en matière de santé publique dans le monde. Auparavant, les liens entre ces agences et les États étaient plutôt basés sur les prêts et les conditions de remboursement, mais dans les années 80-90 leur mode d'intervention auprès des États change et devient plutôt celui d'une *offre d'idées* (Mattos, 2001). Au même moment, on passe d'une problématique en termes de « développement » à une en termes de « lutte contre la pauvreté » (l'objectif étant « l'éradication de la pauvreté en 2015 »). Toutes les agences n'ont pas les mêmes capacités d'*offre d'idées*, la Banque mondiale étant, dans les années 80, la plus performante dans plusieurs domaines, notamment celui de la santé publique. Par exemple, des documents, des expertises et autres sources d'offre d'idées comme les conférences, véhiculent des techniques pour réduire les dépenses des gouvernements en matière de santé, tel que nous venons de le dire. Mais à partir des années 90, l'OMS critique partiellement les injonctions de réduction des dépenses, met l'accent sur l'évaluation des systèmes nationaux de santé, en développant des indicateurs de mesure, et souligne entre autres valeurs, l'importance de la participation des usagers dans la formulation des politiques de santé.

Les diverses *offres d'idées,* qui sont données comme des vérités universelles et applicables universellement (Mattos, 2001 : 387), délimitent aussi des champs particuliers d'intervention et de « non-intervention », ainsi que les techniques de mise

en œuvre de celles-ci. Par ailleurs, la mobilisation de diverses sémantiques dans le développement du système de santé publique est très parlante du point de vue des modes de régulation se succédant ou s'articulant : hygiène, droits, risques, etc.

La biopolitique ne prend donc pas une unique forme opérationnelle, car elle représente un champ où des forces politiques et sociales sont en confrontation, tant au niveau international que national et local. Ainsi, les modes de régulation biopolitiques prennent des configurations diverses à travers le temps en répondant à des objectifs plus ou moins impératifs et en trouvant des supports plus ou moins opérants.

En France, Marie-Agnès Barrère-Maurisson (2007) distingue trois types de régulation se succédant depuis la fin de la deuxième guerre mondiale. À un mode de régulation *familialiste*, dominant dès la fin des années 40 et jusqu'aux années 60, correspondaient la salarisation massive de la main-d'œuvre masculine, la séparation fonctionnelle et genrée des tâches parentales et l'exaltation de la famille conjugale. L'exaltation de la famille comme foyer de moralité est l'envers de la même monnaie, celle qui attribue à la famille les responsabilités des immoralités, le travail infantile, la prostitution, le vagabondage, l'alcoolisme : *« Il faudrait que le réseau des anciennes dépendances soit remplacé par des interventions directes où le système industriel lui-même vient remédier aux tares dont il rend la famille responsable »* (Donzelot, 2005, postface de G. Deleuze : 216).

À ce mode de régulation familialiste vient succéder peu à peu en France un *féminisme d'État* (Barrère-Maurisson, 2007). L'entrée graduelle des femmes dans le secteur salarié, liée elle-même à la tertiarisation de l'économie, ainsi que les changements dans les familles que ceci provoquait, notamment par l'émergence des familles à deux salaires, ont transfiguré les demandes féministes qui allaient se concentrer de moins en moins sur la sphère politique et se déplacer vers celle des droits sociaux. Les femmes deviennent *« l'objet central des politiques publiques, que ce soit familiales (préserver des droits égaux) ou d'emploi (œuvrer pour l'égalité professionnelle) »* (Barrère-Maurisson, 2007 : 15).

Cependant, tout au long des années 90 et dans la première décennie du 21ème siècle, les mutations familiales tendent à s'accroitre. Il ne s'agit plus de familles à deux salaires,

ni encore de familles monoparentales, mais de formes familiales qui se revendiquent recomposées, pluriparentales ou homoparentales. Un glissement de l'individualité pivot de la famille s'effectue. L'axe régulateur n'est plus le père, ni la femme-mère, mais l'enfant. C'est cet acteur familial qui crée, dé-crée et récrée la famille, car c'est autour de lui que les relations semblent se nouer. On parle même d' « enfant chef de famille ». C'est sur lui alors que les formes de régulation de l'État sur la famille tendent à se pencher. C'est ce que Barrère-Maurisson (2007) appelle *le parentalisme.*

Voulant souligner une autre question, mais néanmoins de manière très juste, l'écrivaine et pédagogue Ellen Key avait annoncé aux abords du 20ème siècle que celui-ci serait le « Siècle des enfants ». Elle prévoyait une progressive émancipation infantile du joug de l'autorité des adultes. Cette émancipation ne s'est pas réalisée car, nous le verrons, l'autorité n'a pas disparu mais a changé de contenu, se construisant sous le mode de *l'accompagnement* plus que sur celui de la *puissance*. En revanche, un autre processus s'est produit au cours du dernier siècle. Il n'était pas question d'émancipation de l'enfance mais de surenchérissement de celle-ci, amenant à un changement dans la normativité concernant la sphère infantile et de nouvelles contraintes dans l'exercice du métier de parent. En effet, la régulation opère désormais au sein des relations parentales et non plus auprès de cette formation sociale trop large et ayant perdu sa consistance *« doctrinale »* qu'est la famille.

Selon Benoit Bastard (2006), on serait ainsi passé d'une *police des familles* à une p*olice de la parentalité*, exercée notamment par des institutions scolaires, de santé, juridiques et par celles intervenant dans le vaste champ du « psychosocial ». Cette *police* se fait la gardienne de ce que Bastard appelle *le nouvel ordre parental*, construit par un *« ensemble de prescriptions nouvelles relatives aux rapports parents-enfants »*. Ces prescriptions ne sont pas précises et directives comme auparavant, mais diffuses et générales, ce qui n'empêche pas leur effectivité. Dans cette transition des modes de régulation, le contenu même des rôles parentaux change. Il se doit d'être de plus en plus *professionnalisé* en même temps que *relationnel*, au détriment de l'exercice de l'autorité. En effet, on constate une spécialisation du rôle parental, qui se définit aujourd'hui comme un travail basé sur des connaissances en psychologie et en pédagogie. Un modèle des pratiques familiales sous-jacent veut des *« parents professionnels »* de la prise en charge de leurs enfants. Pour de Singly (2003 : 46), ceci

constitue un paradoxe sur lequel la famille contemporaine repose, car *« le repli sur la vie privée exige une ouverture sur des savoirs extérieurs, donc sur une socialisation de la famille »*. Le changement s'effectue alors au niveau des instances socialisatrices de la famille : si auparavant elles reposaient fondamentalement sur la famille étendue, la communauté et le voisinage, aujourd'hui elles reposent sur les spécialistes et les médias.

Nous pourrions voir ici le prolongement de la tendance déjà observée par Foucault, d'un gouvernement *par* la famille, mais il faudrait souligner le resserrement au plus près des individualités. Dès lors que l'entité familiale et sa *« doctrine »* ont perdu de leur consistance, c'est sur les relations familiales que le gouvernement devient effectif.

Bastard (2006) dénonce deux problèmes suscités par la *police de la parentalité* : bien que l'idée de parentalité promeuve une apparente égalité des rôles entre femme et homme, les comportements concernant les tâches parentales n'ont pas changé, cette notion ne fait donc que *« neutraliser »* la différence des genres. Ensuite, et en rapport avec ce qui précède, cette notion occulte le fait que ces relations parentales ne sont pas pures, la relation de chaque parent avec l'enfant est médiatisée par un couple (dit Bastard) et, nous ajouterons, par d'autres instances sociales comme les réseaux parentaux et certaines institutions.

Au Brésil, les régulations biopolitiques ont suivi, et suivent, des modulations quant aux objets de l'intervention et ses modalités. Le développement du champ de la santé publique est apparu comme le moyen le plus opératoire pour atteindre les personnes habitant dans les « périphéries » du social : sans emploi formel, sans scolarisation, dans des régions reculées, etc. Tandis que pour d'autres milieux sociaux les régulations des comportements se situent dans d'autres champs, comme le législatif ou le juridique, pour les milieux populaires, relativement éloignés de ce dernier[94], c'est le champ de la santé qui est devenu l'épicentre du contrôle des relations familiales.

Au Brésil, le système de protection sociale a toujours été précaire, imparfait, bancal et incapable d'avoir une incidence positive sur l'inégalité sociale et l'exclusion. En effet, si le Brésil n'a jamais connu d'État providence, tel qu'il s'est développé dans certains

[94]Cependant, nous le verrons plus loin, les champs législatif et judiciaire comme instances de régulation gagnent de plus en plus d'importance en milieu populaire au Brésil.

pays européens, et de ce fait, ne rentrant pas parfaitement dans les idéaux-types dégagés par Barrère-Maurisson – *familialisme*, *féminisme* et *parentalisme* – ces derniers nous permettent néanmoins d'envisager les phases et modalités des régulations des comportements familiaux mises en œuvre par l'État brésilien.

Le système de protection sociale brésilien suit, dans ce sens, le modèle du *familialisme*, lié à l'expansion de la *« doctrine »* de la famille nucléaire et conjugale, laquelle devient responsable des soins et du bien-être de ses membres. Pour le sociologue Gøsta Esping-Andersen (2000), les politiques *familialistes* sont celles recelant une empreinte conservatrice et moralisante, cherchant à restaurer les valeurs traditionnelles. Le « Statut de la famille » a été une des premières lois adoptées au Brésil, en 1939, rentrant clairement dans le type de régulation *familialiste* : incitation administrative et financière aux mariages, ainsi qu'aux naissances dans un pays qu'il faut peupler et où, comme le disait Monsieur Capanema, Ministre de la santé et l'éducation et auteur du texte de loi, les « bonnes immigrations » (lire ici européennes) diminuent.

Pendant le 20ème siècle, des politiques familialistes inachevées se succèdent. La Constitution fédérale de 1988 met à nouveau la famille sur le devant de la scène, faisant d'elle la responsable de la reproduction et de l'attention portée à ses membres, notamment les plus petits, les plus âgés et les malades. Plusieurs études brésiliennes contemporaines ont mis l'accent sur la persistance de ces modalités de la gestion des familles, mais dans un contexte de libéralisme économique et social. Les programmes économiques d'ajustement structurel implantés au Brésil ont contribué au démantèlement des élans vers un État de providence institutionnel et distributif. La satisfaction des besoins collectifs prend donc des formes diverses qui se situent dans la négociation entre des instances comme la famille, les groupes de solidarité et d'aide mutuelle, les associations de voisins, etc.

Monica de Martino (2001), nomme ce modèle familialiste, propre aux sociétés néolibérales de la fin du 20ème siècle, *néo-familialisme*. La perspective semble être à première vue la même ou être du moins similaire à celle de *modèle familialiste* : c'est à la famille de s'occuper d'elle-même (de Martino, 2001 : 111), toujours sous l'œil régulateur qui a cependant changé d'optique. Dans cette perspective *néo-familialiste*,

les responsabilités, auparavant prononcées de manière collective, doivent désormais être absorbées par le groupe domestique, dont les frontières aujourd'hui sont devenues plus flexibles. Ainsi, le resserrement sur les individus devient impératif face aux torsions de la famille, sans que se réduise pour autant la prouesse du contrôle. Les politiques néo-familiales tendent à voir la famille comme une unité économique et politique compétente dans la résolution des problèmes de *« rationalité globale du modèle »* (*ibid.* : 111) économique et social. Mais cette compétence de la famille est à réévaluer à chaque instant, non pas de manière coercitive et rigide, mais de manière diffuse, moins verticale et univoque. Ce qui rappelle le modèle développé par Michel Foucault autour de la naissance de la biopolitique et de *« la nouvelle raison d'État »*, celle du *« moindre État »* ou du *« gouvernement frugal »* (Foucault, 2004 : 30).

Pouvons-nous assimiler ce *néo-familialisme* au *parentalisme*, tel que décrit par des auteurs européens ? En mettant l'accent sur les relations sociales, ce *néo-familialisme* brésilien fait écho au *parentalisme* européen. Il semble cependant se dédoubler en deux formes distinctes.

Un parentalisme, à proprement parler, basé sur la notion de *parentalité* et qui se construit progressivement par des demandes de reconnaissance des droits des parentalités nouvelles. Ce mode de régulation se construit surtout dans le champ juridico-législatif qui n'est pas encore verrouillé, laissant à la jurisprudence l'autorité de déterminer les possibilités, par exemple, d'une famille homoparentale ou pluriparentale. La Constitution Fédérale de 1988 a introduit la séparation entre conjugalité et parentalité et a mis sur un plan d'égalité la filiation biologique et la filiation sociale. Les recherches sur l'homoparentalité[95]montrent, par exemple, que des liens de filiation sont rendus possibles grâce à une législation encore chétive[96] : enfants de relations antérieures, adoption par une seule personne, utilisation de nouvelles technologies de reproduction ou coparentalité entre personnes du même sexe. La régulation se fait ici dans les capacités d'exercice du rôle parental que les individus doivent démontrer ainsi que sur la formation d'un environnement « adéquat » au développement de l'enfant.

[95] Voir entre autres les travaux de Miriam Pilar Grossi (*op.cit*) et Anna Paula Uziel (*op.cit*).

[96]En août 2009, la loi sur l'adoption est modifiée au Brésil sans pour autant toucher le point le plus sensible, celui de l'adoption par un couple homosexuel, laissant à la jurisprudence le pouvoir décisionnel. Plusieurs cas déjà d'adoption par un couple homosexuel ont été autorisés au Brésil.

À côté de ce *parentalisme*, de droits et de responsabilités, et plus précisément dans le contexte social qui nous intéresse, celui des familles de milieu populaire, la régulation apparaît sous la forme d'un *familialisme désenchanté*, qui, ne pouvant pas « restructurer » les familles pauvres, se concentre sur les relations familiales et notamment sur la relation maternelle, tâchant de veiller à la qualité du rôle et du lien maternel.

L'économie des régulations des relations familiales s'effectue donc par cette division entre d'un côté, le parentalisme des nouveaux *arrangements familiaux*, selon une perspective du modèle individualiste des milieux aisés, et de l'autre côté, le *familialisme désenchanté* se rapportant à la relation maternelle en milieu populaire. La cible des deux modes de régulation étant toujours l'enfant, les manières de jouer le rôle parental semblent les mêmes. Mais si, pour les parents homosexuels, coparents ou prétendants à l'adoption l'enjeu est de faire la démonstration de leur *capacité à exercer* le rôle parental et de revendiquer le droit à exercer cette *capacité*, pour les femmes de milieu populaire, génitrices, l'enjeu est de faire preuve de leur *capacité à assumer* ce rôle parental.

La régulation de l'État sur les familles ne doit pas être détachée des régulations que l'État lui-même subit. Les programmes sociaux développés à partir des politiques d'assistance, à la demande des organismes internationaux, dans le but de réduire la pauvreté, sont centrés sur des transferts de revenus aux femmes de milieu populaire, vues comme des alliées du développement. Les représentations de ces femmes, ainsi que l'*assignation*[97] à laquelle elles sont soumises au sein de leur famille et de leur communauté, sont généralement porteuses de stéréotypes de genre et de cristallisation des rôles parentaux. Le grand programme social « Zéro Faim » (Fome Zero), créé en 2003 dans la lutte contre la pauvreté et ses « causes structurales » et comportant de nombreux « sous-programmes », est une claire illustration de la participation de l'État à la reproduction des asymétries de genre dans le domaine de la parentalité en milieu populaire. Les travaux de Carin Klein (2003, 2005) sur le sous-programme « Bourse école » (Bolsa Escola), par exemple, sont éclairants quant à la responsabilité assignée aux mères de milieu populaire, non seulement dans l'éducation des enfants, mais aussi

[97] Nous reviendrons sur cette notion ci-dessous.

dans la réduction de la pauvreté au Brésil. Le programme « Bourse Famille » (Bolsa Família), qui en a pris la suite à partir de 2003, a été analysé de la sorte (Mariano et Carloto, 2009).

C'est donc à l'intersection (Corbeil et Marchand, 2006 ; Dorlin 2008) des rapports sociaux de classe, de « race » et de genre que les modes de régulation sociale s'infiltrent, et ce d'autant plus profondément qu'ils vont au plus près des individus et de leurs relations, au détriment des groupes, comme c'était le cas dans le mode de régulation *familialiste*. Ainsi, nous pourrions parler des relations entre le système de protection sociale, notamment dans le champ de la santé, et les femmes de milieu populaire en termes de *maternalisme*, les différenciant ainsi de ce que pourrait constituer un véritable *féminisme d'État*. À l'inverse, le lien paternel est, en milieu populaire, le signe fantomatique de l'inhibition du *néo-familialisme*. Se situant souvent très loin du rôle traditionnel de genre masculin qui lui est attribué au sein de la famille *nucléaire*[98], celui de pourvoyeur matériel et de représentant public de la famille, les hommes de milieu populaire se faufilent entre les mailles des politiques publiques et des programmes sociaux[99].

Nous pouvons le dire autrement: la division genrée des tâches parentales ne se borne pas à une question de *« domination masculine »* des rapports hommes-femmes, mais aussi à la production et reproduction de celle-ci par les institutions. Observons maintenant de plus près les relations tissées entre les femmes de milieu populaire et le système de protection sociale brésilien, en focalisant notre regard sur le champ sanitaire et médical, celui qui se dessine comme le meilleur garant des régulations visant les relations de filiation en milieu populaire.

[98] Voir les travaux produits au sein du « Instituto Papai », et notamment ceux de Guedes de Nascimento (*op.cit*) sur les constructions de la masculinité en milieu populaire au Nordeste brésilien.

[99] Même si certaines initiatives ont été conçues en direction des hommes et leur paternité, émanant le plus souvent d'organismes privés mais bénéficiant des fonds publics ou des partenariats avec des services d'État. Ainsi, en aout 2009, le Ministère de la Santé a lancé la « Politique nationale de santé de l'homme ».

I-3-b. Les dispositifs de santé publique et les femmes- mères de milieu populaire.

C'est, fondamentalement, depuis les années 1980 que l'État brésilien apparaît comme porteur d'un projet, assez urgent et lié à l'agenda politique des agences mondiales et à leur changement de paradigme, visant l'éradication de la pauvreté et de ses conséquences sanitaires. Parallèlement, les années 80 sont aussi celles de la construction d'un véritable projet de « Réforme Sanitaire » au Brésil, dont les prémices se situent dans les années 70, dans le cadre plus large des mouvements pour la redémocratisation du pays. Comme le souligne Arretche (2003), il est difficile de dater les débuts de ce qu'on appelle la « Réforme sanitaire » au Brésil, ni son aboutissement, si tant est qu'une réforme est vouée à s'achever. Nous pouvons cependant utiliser certains paramètres pour la situer : les débuts de formation (ou reformation) d'un « mouvement sanitariste » pendant les années 70, sa consolidation, pendant les années 80 et son institutionnalisation pendant les années 90, avec cette référence marquante qu'est la Constitution de 1988.

Les années 70 avaient été caractérisées, dans le domaine de la santé, par trois processus (Barros Silva, 2003) : celui de la centralisation politique de l'intervention de l'État, celui de l'autonomie financière et celui de la privatisation et maximisation des intérêts privées (bureaucratiques et des entreprises). Selon Barros Silva (*ibid.* : 6) : *« Selon ce profil d'intervention de l'État, c'est le « complexe médico-entrepreneurial qui devient le réel exécuteur des politiques de santé, au détriment d'autres organisations publiques »*. Les conséquences de ce modèle sont donc celles d'une *« faible effectivité sociale »*, et l'incapacité à résoudre des problèmes sanitaires touchant notamment la population pauvre.

Pendant les années 80, des mouvements d'origines diverses (de femmes, d'habitants de quartiers populaires, de certains secteurs de l'église, ainsi que de syndicats et de corporations des professionnels de la santé), pouvant être classifiés en « médicaux », « sanitaires » et « populaires », formulent des revendications concernant le modèle de santé existant. Tel que le signale Bravo (2006 : 8-9) : *« La santé, dans cette décennie-là, a compté avec la participation de nouveaux sujets sociaux dans la discussion des conditions de vie de la population brésilienne et des propositions gouvernementales*

pour le secteur, contribuant ainsi à un grand débat qui a touché la société civile. La santé cessait d'être une question réservée aux techniciens et elle assumait une dimension politique, étroitement liée à la Démocratie ».

Tout ceci aboutit à une formulation institutionnelle, avec le retour de la démocratie. La Constitution Nationale de 1988 inclut, dans la section II, l'article 19, qui affirme la santé comme un *« droit de tous et un devoir de l'État, qui le garantit par des politiques sociales et économiques qui visent la réduction du risque de maladie et autres aggravations, ainsi que l'accès universel et égalitaire aux actions et services pour leur promotion, protection et récupération*[100]*»*.

Si pour certains auteurs l'année 1988 est celle du début d'une nouvelle ère dans le domaine de la santé publique au Brésil, pour d'autres celle-ci n'est que la synthèse des arrangements entre les divers secteurs en discussion pendant les décennies 70 et 80. La Constitution n'aurait que traduit *« le répertoire organisationnel implicite dans le projet de massification de la consommation d'attention médicale du régime bureaucratico-autoritaire »* (Costa, 1996). Il n'en reste pas moins que celle-ci a été vécue, par les mouvements sociaux, comme une grande avancée et comme le point de départ du développement du système de santé pendant les années 90 et 2000. Autrement dit, la formulation constitutionnelle serait une forme institutionnelle vide qui, au cours des décennies suivantes, allait devenir l'arène de luttes de signification et de directions possibles.

En septembre 1990 est promulguée au Brésil la loi 8080 relative à la réforme du système de santé publique avec la création du Système Unique de Santé (SUS). Les principes qui orientent la réforme sont ceux de l'universalité de l'accès, de l'équité, de l'intégralité de soins, de la décentralisation, de la hiérarchisation et de la régionalisation des services de santé, de l'autonomie des personnes et de la participation de la communauté. Le processus de décentralisation politique du système s'est poursuivi par l'initiative NOB/93 (Norme opérationnelle basique, 1993) orientée vers la municipalisation de la santé et par d'autres normes qui se succéderont plus tard. La décentralisation, à travers les NOBs, fait qu'aujourd'hui, les municipalités soient celles qui utilisent la plus grande proportion du PBI pour la santé. Elles concentrent

[100] *Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988.* Source: site internet du Ministère de la Santé au Brésil. http://portal.saúde.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao_saúde_idoso.pdf

également la plupart des services de santé publique. La participation de la communauté est garantie par la création des « Conseils de Santé », sur les trois niveaux national, régional et municipal. Ceux-ci fonctionnent comme des collégiales, permanentes et délibératives, regroupant 50% d'usagers du SUS, 25% de professionnels de santé et 25% de membres du gouvernement. Le CNS (Conseil National de Santé) est l'organe qui s'occupe des « Conférences Nationales de Santé » tous les quatre ans, des événements qui regroupent des conseils situés à divers niveaux territoriaux et qui constituent le foyer du « contrôle » des politiques de santé de la part des usagers.

C'est cependant en 1995, avec la création du Programme Santé dans la Famille (Programa Saúde da Família, PSF), que se met place un véritable cadre opératoire des principes du SUS, notamment ceux relatifs à l'accès aux soins primaires et élémentaires en matière de santé. L'universalité est néanmoins un idéal car c'est le principe d'équité qui semble mis en avant. En effet, le PSF prend vie sous la forme d'une « discrimination positive » et d'une « focalisation sur le risque », suivant la proposition de l'Organisation Panaméricaine de Santé (OPAS). Autrement dit, le programme centre ses actions sur les populations « vulnérables », ne mettant pas en question la binarité, privé-public, du modèle de santé au Brésil. De même que l'universalité de l'accès aux soins se voit réduite par le processus de décentralisation dans à pays à fortes inégalités régionales.

Le PSF fonctionne, en pratique, par la mise en place d'« unités de santé », ou dispensaires, (postos de saúde) dans une aire délimitée par le découpage administratif et sanitaire du territoire brésilien (la municipalité, les districts sanitaires, les sous-districts, et les Unités de PSF). Ces dispensaires, implantés dans les quartiers, fonctionnent comme des « Unités de santé de base », où le travail d'équipes multi-professionnelles (une équipe doit compter au minimum un médecin généraliste, un infirmier, un auxiliaire d'infirmier et des Agents Communautaires de santé) est basé sur les actions de promotion, de prévention, et de solutions de problèmes de santé et de maladies les plus courantes. Ces unités du PSF s'occupent d'environ mille familles[101]. Les unités de santé du PSF, sont donc des unités de santé élémentaire, publiques et gratuites, destinées à subvenir aux besoins sanitaires et médicaux d'une

[101] Le nombre d'unités de PSF dans la ville de Recife, entre 2000 et 2007 a connu une croissance phénoménale, de 588%, passant de 16 unités à 110. Source : Cadernos de Informação SUS, no Recife. Prefeitura do Recife, 2007.

« communauté » ou d'un quartier; elles font le relais entre les politiques publiques et la population. Concrètement, le PSF est la porte d'entrée locale, à partir de laquelle les utilisateurs seront orientés vers d'autres instances, garantissant ainsi « l'intégralité » des soins.

Un autre volet de cette politique de santé est le programme « Agents Communautaires de Santé » (Agentes Comunitários de Saúde- ACS). Les ACS sont les principaux intermédiaires entre les populations des quartiers populaires et le système de santé publique. Ils agissent dans le cadre du programme « Santé dans la famille » et sont affectés à un « poste de santé » et à une aire particulière, qui est obligatoirement l'endroit où eux aussi résident. Ils ont entre 150 et 200 familles à leur charge et sous leur vigilance sanitaire. Même si son existence précède la création du programme PSF, c'est à partir du moment où ce dernier a été créé que le programme de ACS a pris de l'ampleur et s'est ancré dans le paysage sanitaire et institutionnel de santé publique brésilien. Nous reviendrons sur les particularités de ces travailleurs de la santé ; mais pour l'instant continuons cette très brève description du panorama institutionnel et politique de la santé au Brésil.

Le système de santé publique se veut efficace et montre déjà ses résultats, mis en avant par les discours administratifs, qui sont parlants du point de vue des objectifs de changement dans le domaine des politiques sanitaires: notamment, la réduction de la mortalité infantile, l'élargissement de la prise en charge de certaines maladies comme le VIH (Virus d'immunodéficience humaine) et l'extension de la couverture aux populations les plus précaires.

Figure 10: Pharmacie de l'Unité de Santé de Pantanal. © A. Faya Robles.

Depuis trois décennies, la question des récalcitrantes mortalités infantile et maternelle a pris une place prépondérante dans le débat public au Brésil et a orienté en conséquence de nombreuses politiques de santé publique qui feront des femmes de milieu populaire leur cible principale. L'évaluation de cet investissement de l'État atteste de la diminution des taux de mortalité infantile et maternelle. Les données statistiques montrent une chute progressive de la mortalité infantile au Brésil depuis le début du 20ème siècle, avec une forte accélération de cette tendance à partir des années 1980. Si les taux de 162,4 décès par 1000 nés-vivants (NV) en 1930 diminuent progressivement jusqu'aux années 1980, avec un taux de presque la moitié (85 ‰ NV), cette diminution s'accélère dans les trois dernières décennies. Tous les dix ans le taux régresse de moitié : le taux de 85‰ NV des années 1980 passe à 48,3‰ NV en 1990 et à 28 ‰ en 2000 et il continue à diminuer : 22,58‰ en 2004. Il atteignait 18‰ NV, en 2008.[102]

La morbi-mortalité infantile, et à un moindre degré celle des mères, se trouve au centre du dispositif de santé publique. Elle est un des « macro-objectifs » du gouvernement, autant que des organismes internationaux et locaux, car elle s'est imposée comme l'indice par excellence des conditions de vie et des situations d'inégalité qui touchent la population d'un pays, ainsi que comme la cible prioritaire des politiques sanitaires.

L'émergence de la question plus particulière de la mortalité maternelle est liée aux luttes des mouvements féministes, cherchant une intervention publique autour de la *« garantie des droits reproductifs »*, délimitant cette action par la proclamation de l'autonomie des corps féminins. C'est ce que Lucia Scavone (2000) appelle la *« troisième génération des droits reproductifs »*[103], liée aux Conférences internationales de l'ONU (celle du Caire en 1994 ou celle de Pékin en 1995) et qui

[102] Les indices de mortalité maternelle sont moins nets et ils sont encore très loin des recommandations de l'OMS d'un taux de 20 décès par 100.000 naissances. Si, en général, ils présentent une tendance à la baisse depuis les années 90, ils restent encore très hauts et on constate une augmentation de ceux-ci : en 1990, il y a eu 140 décès de femmes pour 100.000 nés-vivants. Il y a une augmentation des taux passant de 73 pour 100.000 nés-vivants, en 2000, à 76 pour 100.000 nés-vivants, en 2004, et 77 pour 100.000 nés-vivants en 2007. Sources : Censo demográfico 1940-1991. Rio de Janeiro: IBGE, 1950-1997; Pesquisa nacional por mostra de domicílios 1992-1993, 1995. Rio de Janeiro: IBGE, v. 15-17, 1997. MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC; MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; IBGE/Estimativas demográficas

[103] Arlette Gautier (2000) cherche aussi à classer cet ensemble de « droits » qu'elle définit comme faisant partie d'une *« quatrième génération des droits, après ceux civils, politiques et sociaux »*.

trouve au Brésil son écho dans une présence déjà très forte de services de santé orientés vers les femmes. Cette troisième génération comporterait deux aspects. Le premier, positif, celui de rendre légitimes des demandes et des approches féministes de longue date. La formation des réseaux féministes au Brésil et en Amérique Latine *« a facilité les débats en donnant plus de place à des problèmes urgents de santé reproductive des femmes de ce continent : les hauts taux de mortalité maternelle liée à la grossesse, à l'accouchement et à l'avortement ; la légalisation de l'avortement ; la dissémination féminine de l'épidémie du SIDA/VIH ; les hauts taux de cancer du col de l'utérus et du sein, entre autres »* (*ibid.* : 145). En revanche, l'aspect négatif, de cette perspective en termes de droits reproductifs est, selon Scavone, le fait que l'utilisation de cette notion par les organismes internationaux l'a vidée de sa dimension politique et féministe qui se déclinait en termes de « droit » à disposer de son corps. Scavone ajoute que les *« droits reproductifs »* peuvent être utilisés dans la *« manutention de méthodes lourdes comme la stérilisation féminine »* (*ibid. :* 145). Tel que nous le verrons, le problème ne se situe pas tant dans la manutention des méthodes lourdes, car la normativité concernant les méthodes a changé depuis les années 90, mais surtout dans le lien qui s'est formé entre cette formulation en termes de « droits reproductifs » et celle de « santé reproductive », réduisant la question des droits à la faveur des évaluations satisfaisantes en matière de santé publique, comme en ce qui concerne la réduction de la mortalité infantile. En outre, cette « santé reproductive » s'est focalisée sur les corps des femmes au détriment des hommes et d'une approche en termes de genres et de sexualité. Autrement dit, le fait de postuler la question des « droits » en termes de sexe et d'évacuer la perspective des genres de la question de la « santé reproductive » amène à l'emboîtement de celle-ci dans certains penchants des politiques *néo-familialistes*.

Parry Scott (2005*b* : 77) rappelle que les groupes féministes ou adoptant une perspective de genres, notamment ceux qui luttaient pour la promotion du Paism (Programme d'actions intégrées pour la santé de la femme) et ayant participé au mouvement de la Réforme Sanitaire, se sont vus peu à peu relégués au second plan, suite à la Constitution de 1988. Si, dans les années de redémocratisation brésilienne, les termes mobilisés ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux mobilisés par des perspectives néo-malthusiennes ou familialistes, et ont fait appel à la notion « d'intégrité de la personne » et de « droits » de la femme, cette formulation en termes

de droits « sexuels » peut aussi sous-tendre des politiques de contrôle de la natalité ou de prévention des maternités adolescentes, où l'on ne parle plus « d'hygiène » mais de « risque ». Dans les années suivant la fin de la dictature, la question des « droits » apparaît comme centrale et plus particulièrement celle des droits à la santé.

Tel que l'écrit Arlette Gautier (2002 : 73): *« La mise en œuvre la plus fidèle au programme du Caire se trouve sans doute au Brésil. Le système sanitaire de base offre désormais, non seulement la planification familiale et des soins pour les femmes enceintes et les enfants, mais aussi le dépistage des cancers et des thérapies gratuites pour les personnes atteintes du VIH »*

Mais, est-ce que qu'engendre cette fidélité ? Autrement dit, quels ont été les termes définissant cet ensemble de notions autour des droits et de la santé reproductive ? Il est important de souligner, avec Betsy Hartmann[104], le fait que ces références « universelles » à l'intégrité et aux droits, est très élastique et qu'elle devient souvent un piège pour les militantes cherchant l'autonomie des corps des femmes face aux instances de régulation. Cet auteure rappelle que cette demande de droits a été très souvent récupérée par des approches instrumentalistes et interventionnistes visant le contrôle de la fécondité et la maîtrise démographique, touchant particulièrement les femmes des pays dits « en développement ». Dans le cadre du système de santé publique brésilien *« le nouveau modèle d'universalisation, décentralisation, intégralité et participation de la communauté a ouvert l'espace pour une attention 'territorialisée' (…) ceci favorise le traitement de 'segments' de la population, entre lesquelles la catégorie 'femmes' figure comme la plus évidente »* (Scott, 2005*b* : 78).

Les conséquences sociales et politiques sont celles d'une prépondérance de la perspective *maternaliste* des dispositifs de santé publique, différente de celle que produiraient des politiques d'orientation féministe. Ceci est dû, peut-être, au fait que la santé au féminin s'est formulée à l'intérieur de ce qu'on appelle la « santé reproductive », elle-même vidée de la perspective de genres et incluant déjà un autre acteur : l'enfant, dont on a vu la centralité dans les formes de régulation de la famille.

[104] Betsy Hartmann, *Reproductive Rights and Wrongs: the Global Politics of Population Control and Contraceptive Choice* (1987), Boston (Mass.), South End Press, 1995, p. 307-309. Citée par Gail Pheterson (2003).

Le programme « Santé de la Famille » est paradigmatique de cette concentration de la famille sur la composante materno-infantile et de l'orientation de la régulation sur la relation de filiation mère-enfant. En même temps, ce programme dissout toute approche en termes de genre (ou de génération), étant des rapports traversant la famille, par la prise en compte de cette unité englobante qu'est la famille. Cette dernière est saisie comme réalité idéalisée (« doctrinale ») et non pas à partir de sa dimension versatile, en tant que réalité *irréalisée*, en *devenir*. La description de Parry Scott d'une Unité de Santé ou dispensaire, description cocasse mais pour autant bien réelle, mérite d'être retranscrite : *« Chaque Unité de Santé est remplie de mères : les nouvelles mères recevant des orientations de comment prendre soin du bébé (…) ; les mères qui accompagnent leurs enfants plus âgés et même les pères de leurs enfants ; les femmes enceintes qui font les consultations du prénatal, les « mères deux fois » qui gagnent le surnom familier de mémé ou grand-maman, rehaussant ainsi leur contribution à la formation d'une lignée de perpétuation de la vie ; les « mères communautaires » qui sont les Agentes Communautaires de Santé et qui visitent les usagers donnant des orientations sur les soins de santé comme n'importe quelle autre mère bien informée ; et même les infirmières et médecins (au féminin), mères de la communauté quand leur sensibilité le permet ! (…) Il suffit qu'une femme passe près de l'Unité de Santé pour qu'un professionnel l'appelle « mère » ou « petite-maman », même si elle n'est pas accompagnée d'un enfant. (…) Les mères sont les complices des professionnels de santé, car c'est seulement par elles qu'il est possible d'atteindre l'objectif de réduction de la mortalité infantile, objectif prioritaire et principal indicateur des succès d'une unité de santé »* (Scott, 2005*b* : 86).

Le programme « Santé de la Famille », et par la suite le nouveau programme qu'on appelle « Stratégie de la santé de la famille », ne cesse de se développer. En 2003, le programme comportait 19.000 Unités de Santé, distribuées sur le territoire brésilien et touchant 35,7% de la population brésilienne. Cinq ans plus tard, en 2007, le nombre d'unités du PSF s'élève à 27.324 et 47% de la population en bénéficie[105]. Ce programme a été conçu dans une optique visant sortir du modèle médico-technologique, curatif, hospitalier et onéreux. Les équipes de santé, ou Unités du PSF, développent, selon les propos du Ministère de la Santé brésilien, *« des actions de promotion de la santé, la prévention, la récupération, et la réhabilitation des maladies*

[105] Source : Ministère de la Santé au Brésil/ DAB, Sistema de informação da Atencion básica/ SCNES, sistema de cadastro de estabelecimentos em saúde.

les plus fréquentes dans une communauté. La responsabilité d'accompagner les familles confronte les équipes à la nécessité de dépasser les limites classiques définis en termes de soins fondamentaux au Brésil, dans le contexte du SUS (Système Unique de Santé) [106]*».*

Les justifications d'une intervention centrée sur la famille se font en l'absence d'une définition claire de ces responsabilités qui induisent à dépasser certaines « limites ». En outre, il est considéré comme évident le fait que : pour résoudre des questions de la « communauté » il faut passer par les « familles ». Ce qui essentialise l'une et l'autre. Le premier terme masque une approche différencialiste des politiques de gestion des populations, où l'économie même des actions gouvernementales les oriente seulement vers les « communautés » qui sont définies comme marginalisées. Ainsi, le terme de « communauté » fait référence aux seules « communautés » pauvres. Le terme de « famille » n'est pas plus problématisé, laissant à l'*éthos* (Bourdieu, 2002 : 133-136) des acteurs du terrain la direction de leurs pratiques, ainsi que la délimitation des frontières des familles sous leur responsabilité. Or, tel que le rappelle Claudia Fonseca, il y a souvent des problèmes de méconnaissance des relations familiales en milieu populaire, lesquelles sortent de l'enceinte restreinte de l'espace domestique, et des tendances à confondre la « famille » avec le « domicile ». De plus, Fonseca remarque aussi cette dérive de la prise en charge de la famille vers une situation où la famille doit se prendre elle-même en charge. *« Ironiquement, certains politiciens suggèrent que les insuffisances du service de santé publique doivent être résolues non pas par l'investissement dans le secteur, mais avec des « politiques sociales qui renforcent la famille(…) Ainsi, l'accent mis dans la famille risque de n'être qu'une maxime moraliste – un alibi qui disculpe le manque d'emprise politique dans un programme réellement intégral de santé »* (Fonseca, 2005 : 57-58).

[106] Propos tirés du site du Ministère de la Santé au Brésil/ Département d'attention basique (DAB), link : http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php

Figure 11: Affiche du PSF et logo de l'HumanizaSUS, du Ministère de la Santé, Brésil.

En même temps que la famille *idéalisée* ne tient pas compte, comme catégorie d'intervention, des relations familiales situées en dehors de l'espace domestique, elle obscurcit les rapports sociaux qui les traversent, comme ceux de genre. La mise en pratique du programme « Santé de la Famille » place la femme de milieu populaire au centre du dispositif, mais uniquement dans sa position maternelle et de garante de la santé des membres de « sa famille ». Dans la *praxis* du dispositif de santé en milieu populaire, la femme devient *« préférentielle »* et l'homme est *« craint »* (Scott, 2005*b*). C'est aussi une des dérives de la mésinterprétation des « droits reproductifs » : ne pouvant se dégager des positions moralisantes et hétéro-normées, ils amènent à la formulation de *« politiques d'identité »* (Butler, 2006 : 269-275) au féminin et au *maternel*.

Mais quelle est la *praxis* de ces *politiques d'identité* ? Prenant leur référentiel dans une perspective comme celle des « droits reproductifs » et de respect de l'intégrité de la personne, au détriment de notions comme celle de « contrôle reproductif » de la population et de correction des comportements non-hygiéniques, les modes opératoires des régulations ne peuvent pas être basés sur la discipline, la correction et l'orthopédie. De nouvelles formes de discours et de pratiques se déploient parallèlement, témoignant d'un changement de paradigme de l'intervention.

I-3-c. L'humanisation de la maternité: les virevoltes des « dispositifs doux ».

Lié à cette formulation en termes de droits à la santé, et parallèlement au constat d'une amélioration apportée par les changements survenus dans le système de santé publique, un discours critique du mode d'intervention médicale se développe. Ce discours se traduira à son tour dans un ensemble de politiques publiques, qualifiées d' *« Humanisation de la santé » :* un processus qui relève tant de la sphère du discours que de celle des pratiques et des infrastructures, et qui s'avère naître dans le domaine de la « santé reproductive ». Tel que nous le verrons ensuite, le « Programme d'humanisation du système de santé publique » (HumanizaSUS) est lancé en 2003, alors que des programmes dans la sphère materno-infantile avaient déjà vu le jour. Par exemple, en 2000 est lancé le « Programme d'Humanisation du prénatal et de l'accouchement » par le Ministère brésilien de la Santé. Ce programme vise à l'amélioration de l'accès, de la couverture et de la qualité de l'accompagnement prénatal et de la période puerpérale des femmes enceintes et des nouveau-nés *« dans la perspective des droits citoyens »*. (Serruya, Lago et Cecatti, 2004)

Ce qui apparaît comme original au Brésil, par rapport à d'autres pays, est que le mouvement et l'idéologie de *l'humanisation* ne viennent pas se positionner face à un bâtiment lourd et déjà implanté d'institutions de santé publique, mais qu'ils s'insèrent de façon presque simultanée et de manière très intriquée dans le développement du système de santé publique lui-même. Autrement dit, les politiques d'humanisation sont moins l'expression d'une volonté de substituer un « vieux » modèle hygiéniste et médical des soins de l'accouchement et de la naissance, que l'expression de l'extension sinueuse du système de santé publique brésilien lui-même. Dès ses débuts, le mouvement pour *l'humanisation* a évolué au sein même des instances de santé publique, notamment des hôpitaux publics et dans les maternités, et s'est étendu par la suite à l'ensemble du système de santé. En 2003, est mise 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. Il s'agit d'une *« action technico-assistancielle qui présuppose le changement de la relation professionnel-usager et de son réseau social à travers des paramètres techniques, éthiques, humanitaires et de solidarité, en reconnaissant l'usager comme sujet et participant actif du processus de*

santé[107]*»*. En juin 2008 est lancé nationalement le « Programa Acolhimento » (Programme Accueil) qui poursuit le processus d'humanisation en s'attaquant finalement au problème principal des services publics: l'accès des usagers. Cependant, on ne parle pas en termes d'accès mais d'« accueil », dans le sens où l'on cherche que les *« travailleurs de la santé et l'organisation prennent en charge la responsabilité d'intervenir dans une réalité présente dans leur territoire d'action »* - comme le signale le conseiller municipal à l'origine du projet. Sur le site internet du Ministère de la Santé au Brésil, nous trouvons ce que l'humanisation « veut dire »: *« valoriser les divers sujets du processus de production de la santé (usagers, professionnels et administratifs), fomenter leur autonomie et leur participation, augmenter le degré de coresponsabilité, établir des liens solidaires et de participation collective, cartographier et recenser les demandes sociales, collectives et subjectives de santé, entre autres*[108]*»*.

Dans le domaine des droits reproductifs, l'idéologie de *l'humanisation de la maternité,* apparue dans les années 1960-1970 dans des groupes professionnels et des groupes d'intérêt restreints et trouvant chez les femmes des couches moyennes ses principales adeptes, s'étend par la suite et devient publique. Nous pouvons dire qu'on est face à un mouvement culturel en réseau, dans lequel différents groupes forment une maille, mettant en relation des types divers de regroupements : associations, ONG, groupes de professionnels, agences de l'État, groupes féministes, centres de recherche, tant au niveau national qu'international. Nous trouvons par exemple des groupes comme la « Leche League International » à côté de groupes féministes comme SOS CORPO (SOS CORPS), de la ville de Recife. Mais aussi, cette toile se décline en diverses sphères et actions spécifiques, où nous pouvons retrouver des groupes très différents rassemblés autour d'une action spécifique.

Nous pouvons trouver des antécédents à ce mouvement, comme celui mené par les obstétriciens Dick-Read et Lamaze pour l'« accouchement sans douleur » dans les années 50, qui promouvait l'idée de la jouissance dans l'accouchement. Plus tard, dans les années 60, ces idées ont été réinterprétées et adaptées aux valeurs de liberté et à l'anticonformisme de l'époque. Si ces idéaux se sont développés principalement en

[107] Ministério Nacional da Saúde, 2004. (Traduction de l'auteur)

[108] Source: Site du Ministère de la Santé. La liste complète peut être consultée sur : http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288

Europe et aux États-Unis, ils trouvent dès leur début des adeptes au Brésil. Ainsi ces *leaders* renommés comme les obstétriciens français Leboyer ou Lamaze se sont rendus de nombreuses fois au Brésil pour y transmettre leurs idées. Un obstétricien très connu du mouvement est le Brésilien Paciornik, auteur de plusieurs ouvrages dont le plus renommé, de 1979, prône l'accouchement à genoux (ou *« Apprendre à naître avec les Indiens »*).

Dans cet idéal, la libération de la sexualité féminine, la participation de l'homme dans les soins à l'enfant, les méthodes de soins « exotiques », la représentation du « couple enceint », etc. se mélangent. L'humanisation est effectivement une idéologie dont la caractéristique principale est justement son aspect composite englobant des versants écologistes, féministes ou *New Age*, et des discours qui articulent des réflexions de ces divers courants de pensée. Pourtant, un trait se distingue : la valorisation de la « Nature », bien que les degrés d'adhésion et de mobilisation de cette catégorie soient variables. Le corps « naturel » de la femme peut être donné comme la cause d'un processus d'accouchement tout aussi « naturel », par le savoir intrinsèque aux corps des femmes. Ainsi, nous pouvons lire dans la présentation du site internet d'un groupe assez connu dans le mouvement pour l'humanisation, le groupe « Les amies de l'accouchement» (Amigas do Parto) : *« Il est l'heure de nous rappeler que l'accouchement est un processus normal, qu'il a toujours fait partie de la vie des femmes, génération après génération. Une sagesse qui réside dans le corps et dans les gênes de chaque femme* [109]». La « Nature » peut être l'effet recherché, et assimilée non pas au corps des femmes mais au processus d'accouchement lui-même, qui doit être écologique en même temps qu'aimant : *« accueillir ceux qui naissent c'est collaborer à tisser une société écologique et éthique, c'est aussi promouvoir les relations de confiance mutuelle qui incluent toutes les singularités et différences. La naissance est le moment primordial pour développer la capacité à aimer*[110] *»*.

En effet, même si nous sommes face à un mouvement très hétéroclite et que la mise en pratique de cette notion d'humanisation prend des formes diverses, nous pouvons dire de façon générale, à l'instar de l'anthropologue Carmen Susana Tornquist (2002,

[109] Traduction de l'auteure, source site internet "Amigas do parto", Link : http://www.amigasdoparto.com.br/apresenta.html (consulté le 20/03/2010)

[110] Traduction de l'auteure; source site internet "Rehuna", Link: http://www.rehuna.org.br/# (Consulté le 20/03/2010)

2004)[111], que ce qui fait le lien entre toutes ces composantes est la volonté de changer le modèle de soins hospitalier et médicalisé. L'approche de l'accouchement et de la naissance en tant que situations dangereuses et pathologiques est aussi condamnée, de même que l'idée qu'ils nécessiteraient une forte technification et médicalisation. Il y a partage d'un ensemble de valeurs et de pratiques diverses, regroupées 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. Les partisans de *l'humanisation* revendiquent la revalorisation de l'accouchement 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 termes de politiques publiques? Cette question devient saisissante dans le contexte brésilien où *l'humanisation* investit les institutions publiques et ne se construit pas, comme en France, dans l'opposition ou dans la périphérie des maternités[112]. Le caractère naturel de l'accouchement et de la naissance est problématique si l'on tient compte du fait que *« le renvoi à la nature dans certaines circonstances et non pas dans d'autres est en soi un choix politique qui permet d'intégrer différentiéllement les lois naturelles elles-mêmes dans un ordre politique »* (Iacub, 2003 : 112). Ainsi, la « nature » peut glisser facilement dans « l'animalité » quand elle ne rentre pas dans les normes. Les femmes de milieu populaire sont souvent la cible de préjugés de la part des professionnels de santé, pour qui la reproduction de leurs patientes est une *« reproduction désordonnée »* parce qu' *« il n'y a même pas de mariage* (et qu') *il n'y a pas de structure familiale »*. Selon Valeria Ribeiro Corossacz (2004), les médecins ainsi que d'autres acteurs institutionnels voient dans cette reproduction *« désordonnée »* un indice qui rapprocherait ces femmes (les hommes en sont exclus) de la nature, par opposition à une reproduction *« planifiée »* et *« rationnelle »* qui serait du côté de la culture. L'auteure relate les propos d'un de ces médecins pour qui les femmes pauvres font des enfants *« comme des lapins »*.

---

[111] Voir aussi: Carmen Simone Grilo Diniz (2005).

[112]Selon Jacques (2007), en France, c'est notamment autour de la pratique de l'AAD (Accouchement à domicile) que cette idéologie s'inscrit dans un « acte politique » fort. Au Brésil, le nombre d'accouchements à domicile est déjà minime et tend à la diminution. Il représentait 1,6% du total des nés vivants en 1996 et en 2000 sa participation a été de 1,4%. Sources: Fundação Nacional de Saúde [Funasa]. Banco de dados dos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) - 1996 a 2000 [CD-ROM]. Brasília (DF); 2002.

Malgré cette fluidité de la notion d'humanisation, un véritable mouvement social voit le jour à la fin des années 80 au Brésil, liant plusieurs associations et organismes non gouvernementaux. À ce moment-là, cette idéologie, qui était plutôt le fait de groupes restreints situés en dehors des instances publiques, trouve une résonance au niveau de l'État en lien avec des directives de l'OMS et commence ainsi son institutionnalisation. À partir de 1985, en effet, l'OMS divulgue des *« recommandations »* précises en vue d'un processus général *« d'humanisation de la maternité»*. Cette prise en charge internationale de la notion d'humanisation entérine la légitimité politique et technique des demandes des mouvements nationaux. En outre, ces mouvements se voient dotés d'un plan détaillé d'action qui leur fournit la grille des objectifs à remplir pour atteindre une plus grande humanisation. Ces recommandations, formulées en une vingtaine de points, sont justement présentées au Brésil lors de la *Conférence interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchemen*t, en avril 1985, à Fortaleza.

En 1993 naît la Rehuna (Rede pela Humanização do parto e do nascimento), réseau regroupant des groupes hétérogènes autour de cette question en même temps et qui deviendra le principal partenaire dans la formulation des politiques d'humanisation. La Rehuna a notamment fait figure de consultant en 2005, lors de la promulgation de la loi n°11.108 relative au droit à avoir un/une accompagnant/e pendant le travail d'accouchement dans tous les hôpitaux du SUS. Elle a aussi été à l'origine de la « Campagne Nationale pour l'accouchement Naturel », du Ministère de la Santé, en 2008.

Malgré ces politiques nationales, l'application de la grille de l'OMS n'est pas homogène. Le processus d'humanisation se déploie dans la sphère des droits reproductifs de manière différente selon les services de santé, trouvant des limites ou des ressources bigarrées selon les contextes. Deux instances de santé publique, qui participent de près à l'expérience maternelle des femmes, sont ici à distinguer.

D'abord, il y a celles où les accouchements et les naissances se déroulent, les maternités publiques de Recife. Les institutions hospitalières sont d'une extrême importance dans le processus de l'humanisation car les accouchements au Brésil s'effectuent massivement dans ces espaces. À Recife, par exemple, en 2004, 99,8%

des naissances ont eu lieu dans des institutions nosocomiales[113]. Les maternités publiques, foyers du mouvement pour l'humanisation, sont ainsi au cœur des enjeux initiés par cette nouvelle perspective de l'intervention et, généralement, elles sont les plus « à la pointe » concernant le programme. On y pratique, par exemple, moins de césariennes que dans les maternités du secteur privé, ou encore on y retrouve la plupart des banques de lait et des unités kangourous du pays[114].

Droit à avoir une accompagnatrice pendant l'accouchement et l'hospitalisation, droit de visite pour le père en dehors des heures réglementaires, chambres portant le nom de pierres précieuses à la place des numéros, introduction de "doulas"[115] lors de l'accouchement, positions alternatives à la lithotomie, fauteuils dépliants 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. Ces nouvelles normes et pratiques ne sont pas sans poser des problèmes du point de vue des routines hospitalières, créant des conflits et suscitant des réaménagements au niveau des rapports de domination interprofessionnels et avec les utilisateurs des services. Ces enjeux, par exemple, sont mis en évidence par l'intégration d'autres personnes dans le processus de la naissance et de l'accouchement, comme la figure du père et celle de l'accompagnatrice. Une autre difficulté observée est celle de l'articulation entre le traitement personnalisé des patientes et l'organisation bureaucratique de l'institution. Nous avons noté, maintes fois, comment les professionnels de santé se devaient d'aller regarder sur les fichiers les prénoms des patientes, avant de rentrer dans leur chambre.

Les maternités publiques sont donc 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 s'y jouent plusieurs

[113] Source : SINASC, 2004, Sur un total de 25 428 femmes, 38 seulement avaient accouché dans d'autres lieux, notamment à leur domicile.

[114] 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" (le logement conjoint).

[115] Nous traduisons le terme "doula" par « sage-femme », cependant cette assimilation peut être abusive car les "doulas" ne sont pas reconnues comme des « professionnels de santé » et fonctionnent sous le mode du bénévolat, tant au Brésil qu'en France. Le mot "doula", (du grec ancien), est utilisé pour nommer une femme qui a pour vocation d'aider une autre femme pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, grâce à son expérience et à sa formation. Nous rentrerons plus en détail sur cette question dans la partie II.

enjeux politiques, sociaux et d'image de soi d'un pays en voie de reconstruction démocratique. Si le système de santé publique est un des principaux terrains pour des luttes tangibles et symboliques de reconnaissance de 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. Une surconcentration de normes, d'enjeux et de pratiques de la régulation de la maternité sur ces espaces, nous a indiqué le fait qu'elles soient incontournables comme terrain de recherche. Mais si cet investissement de la régulation des comportements et des corps maternels 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 de Santé de la Famille et des Agents Communautaires de Santé.

Il y a, donc, des institutions qui prennent en charge la femme avant et pendant la grossesse ainsi que lors du post-accouchement : il s'agit en effet des unités et des équipes du programme de « Santé de la Famille ». Des services de santé de proximité, où les femmes sollicitent des contraceptifs et où elles suivent des consultations prénatales et post-natales. C'est à partir de cette Unité de santé territoriale que les Agents Communautaires de Santé seront répartis selon une distribution territoriale et par quantités de familles. Dans ces instances de proximité, l'humanisation semble prendre une autre dimension, elle est moins portée sur la « naturalité » des processus que sur la « familiarité » des interactions entre professionnels et usagers. Cette dernière se matérialise dans la situation d'accueil, situation qui est fortement investie par des programmes spécifiques (comme celui de 2008) où le professionnel doit non seulement assumer des compétences « sociales », d'écoute, de compréhension et de solidarité, mais aussi mettre en acte des compétences techniques, car c'est à ce moment névralgique que le dépistage des risques et le transfert vers des services spécialisés doit être effectué. C'est aussi dans ces services de proximité que se tissent des configurations sociales spécifiques entre mères de milieu populaire et acteurs institutionnels, foyer de normativités maternelles particulières.

L'évolution du système de santé publique brésilien est longue et pleine de bifurcations, indescriptible dans ces quelques pages. C'est aujourd'hui un système très complexe dont la description dépasse largement les possibilités de ce travail. Nous avons pu,

cependant, repérer certaines logiques de ce vaste programme, aujourd'hui prétendant à la nomination au « patrimoine immatériel de l'humanité » de l'UNESCO, et esquisser une analyse de leur impact sur l'expérience des femmes usagères.

L'élargissement du système de santé publique, les changements observés dans son mode de gestion, ainsi que la perspective d'un traitement « humanisé » des patients, peuvent aussi constituer des remparts contre les critiques sur le financement insuffisant du secteur de la santé (Ribeiro Noguera, 2002) sur la concentration des ressources hospitalières dans les régions les plus riches du pays, ainsi que sur le *modus operandi* de la régulation des comportements et du contrôle social, devenus plus « doux » et plus « souple » mais aussi plus « sophistiqué » (Memmi, 2004).

Concernant ce dernier point, le système de santé publique brésilien suit à sa façon les changements globaux concernant le *gouvernement contemporain des corps*. Tel que l'indique Berlivet (2004), les actions de santé publique ne peuvent plus être lues comme des *disciplines*. Le pouvoir sur la vie prend la forme de *dispositif (de sécurité)* où ce n'est plus la norme qui commande l'action, mais les *courbes de normalité* (de mortalité infantile, par exemple) qui déterminent ce qui est normal, et donc les actions visant la normalisation des comportements. Les relations de pouvoir s'actualisent non plus à travers des mécanismes disciplinaires visant l'adoption de la norme mais par *l'intériorisation* de la norme. Il s'agit alors de *« façonner une nouvelle culture de la santé »* par le *« renforcement de « la conscience de soi »* des individus, *« d'internaliser le locus de contrôle (…) renforcer l'estime de soi et la confiance dans leurs capacités d'individus autonomes à devenir acteur de sa propre vie, y compris en exerçant un niveau accru d'autocontrôle »* (*ibid.* : 65). C'est en ce sens que l'État devient « un État civilisateur » (Memmi, 2003 : 130-132) tendant vers un *« processus de civilisation »* selon le lexique de Norbert Elias, où la régulation vise à être déléguée aux sujets eux-mêmes.

Selon cette perspective, le rôle maternel devient une construction personnelle en référence *« à soi »* et non plus un rôle imposé par la division hiérarchique des rôles familiaux, ou par le rôle patriotique et fonctionnel par rapport à la société. Devenir mère ne suppose plus l'existence d'un cadre marital (ni même l'existence d'un conjoint et d'une relation sexuelle), ni même d'une aptitude physique, mais suppose,

de manière catégorique, le *« désir d'épanouissement du moi »*. La maternité devient ainsi un événement inoubliable, une expérience transcendante, à l'intérieur d'un parcours de vie individualisé et complexifié. Elle se perçoit alors comme l'exercice d'un choix personnel et rationnel qui vise l'accomplissement de *« bénéfices affectifs et identitaires »* (Ouellette et Dandurand, 2000). Cependant, l'accomplissement de ces bénéfices n'est pas dépourvu de compromis car il existe depuis toujours, et plus encore aujourd'hui, des cadres juridiques et des normes sociales définissant non seulement les figures parentales, mais aussi les devoirs d'un « bon père » et « d'une bonne mère », engageant ce qu'on a appelé la *« professionnalisation des rôles parentaux »*.

De plus, une autre caractéristique de ce gouvernement des corps est justement le recouvrement qu'il effectue sur les « corps », ici les corps des femmes, « mères » en devenir. L'injonction à *l'épanouissement du moi* dans le rôle maternel doit dès lors passer, lui aussi, par le corps féminin. Dans ce sens, le recouvrement des corps féminins par les dispositifs semble opérer une *individualisation* de l'expérience par le biais d'une *biologisation* en même temps que d'une *psychologisation* de la relation de filiation. Ce double processus de biologisation et psychologisation des corps féminins concourent à une administration des corps comme des entités individualisées et uniformisées, sans attachement relationnel et, vers l'intérieur, sans division interne du sujet. Si la *médicalisation* des corps opérait une division de celui-ci en parties objectives détachables, dotées d'un esprit, moins composite, *l'humanisation* tend à regrouper ces divisions corporelles effectuées par la médecine « conventionnelle ». Elle cherche à les intégrer comme faisant partie dans un *Soi* indivisible. Une des techniques employées pour cela est la recomposition de corps unifiés et la psychologisation du lien entre cette entité indivisible et l'esprit. Autrement dit, il s'agit de constituer un être humain ayant « conscience de soi », cette conscience lui permettant d'acquérir l'autocontrôle sur son corps. Ce qui suppose, d'un côté, la négation de la pluralité corporelle et, de l'autre, le fait que sa construction implique des relations.

Cependant, il faut distinguer le contexte social et historique où ce « processus de civilisation » et cette délégation de la régulation vient s'immiscer. Comment, en d'autres termes, les nouvelles modalités de régulation des corps maternels apparaissent

et s'accommodent dans un terrain particulier où d'autres modalités de régulation existent.

I-3-d. Limites corporelles du dispositif et point de saturation de la régulation « humanisée ».

Nous parlons du Brésil, pays présentant des caractéristiques culturelles, historiques, religieuses et politiques particulières dans ce *processus de civilisation*. Effectivement, si nous pouvons observer un processus tendant vers le *gouvernement contemporain des corps* (Memmi, 2004), il y a là aussi des dimensions qui ancrent, à nouveau, le Brésil dans une histoire partagée avec d'autres pays latino-américains, une histoire faite de corps saignants et de croix enfoncées dans la boue. Nous parlons, en effet, des limites de l'*adoucissement* du dispositif de santé, des limites du processus *civilisateur* et de la permanence de remparts normatifs difficiles à supprimer comme les valeurs religieuses et une certaine maladresse du pouvoir quant à la normalisation intérieure des corps. Un pouvoir où seul est envisageable le corps à corps entre les sujets et les pouvoirs disciplinaires, comme entités ontologiquement séparées. Tel est le cas de l'avortement, pratique qui se dessine comme une limite corporelle du processus d'*adoucissement* du dispositif, une pratique largement répandue par les femmes mais toujours prohibée par l'État. Une pratique faite dans l'obscurité du social malgré les changements des formes de régulation qui tendent à donner « à voir » des individus capables de maîtriser leur corps. C'est aussi le cas d'une autre pratique très répandue au Brésil, la stérilisation féminine, officiellement permise depuis longtemps mais posée comme problème sanitaire et plus récemment cible de la régulation. Ceci pouvant témoigner néanmoins d'une la logique du processus de *« civilisation »* qui inscrirait peu à peu ces pratiques « indignes » dans les nuances du pouvoir « doux », en transformant ce qui était hors-portée de l'État en quelque chose réglementée. Cette dernière pratique est, à son tour, liée à celle de la césarienne, acte médical condamné par les nouvelles formes humanisées de régulation de l'accouchement. Finalement, la mort d'un enfant se révèle comme un autre point de saturation dans la direction prise par les dispositifs de santé contemporains. Non seulement elle fonctionne comme mesure centrale dans la mise en place du dispositif de santé, mais elle opère aussi, en tant que phénomène symptomatique, faisant émerger le point de basculement entre une régulation qui prend en charge les individus et une autre qui les considère « autonomes » et donc responsables. Ce « point de saturation » du dispositif s'inscrit aussi dans les corps des

femmes, à travers les normes de comportement lors de la grossesse, de l'accouchement et des soins de post-couches, car, dans la perspective du dispositif de santé, ce corps est inévitablement engagé dans la morbidité de l'enfant.

Le dispositif de santé cherche à normaliser les expériences, pour faire en sorte qu'elles n'en arrivent pas aux « excès » corporels de l'avortement, de la ligature de trompes ou de la mort d'un enfant. Ces « excès » sont les points funestes d'une approche non-disciplinaire des corps. Ces pratiques, font néanmoins partie des expériences féminines et dénotent, finalement, le fait que les corps des femmes de milieu populaire brésilien sont plus *plastiques* que les techniques de régulation ne sont *souples.* Si ces expériences ne font pas partie de ce que nous avons appelé *l'expérience régulée de la maternité,* elles y participent parce qu'elles fonctionnent comme les frontières mêmes de la régulation. C'est parce qu'elles sont là – comme de points de saturation de la régulation du dispositif que les femmes doivent éviter, nier et décamper afin d'éviter des sanctions – qu'un espace de pouvoir non-disciplinaire peut se créer sur les corps « à normaliser » de la maternité. Observons rapidement les contextes juridiques et de construction de problèmes de santé publique engendrés par ces pratiques au Brésil et comment ils participent à délimiter le dispositif de santé dans la régulation des expériences maternelles.

Transformé en « problème social », et pointant les conséquences mortelles pour les femmes elles-mêmes, le contrôle de l'avortement par l'État apparaît comme nécessaire pour construire une politique de l'engendrement (Boltanski, 2004) qui passe, au Brésil, par sa pénalisation[116]. L'avortement reste donc interdit, tel que le stipule le Code Pénal de 1940. Aujourd'hui, il n'est légal que dans deux situations: lorsque la vie de la femme est en péril ou lorsqu'un viol avéré est à l'origine de la grossesse. Ces interventions doivent être pratiquées par un médecin. Malgré les avancées en termes de droits reproductifs en lien avec la santé féminine, tel qu'on l'a vu ci-dessus, la question de l'avortement reste tabou et les tentatives réitérées de reformulation des lois se heurtent, de manière cyclique, telles des vagues contre un quai de port, aux instances décisionnelles[117]. Une de ces dernières grandes vagues, renforcée par les médias et le

[116] Le code pénal brésilien stipule une peine d'un à trois ans de prison pour l'avortement provoqué par la gestante ou avec son consentement (Art.124) et de un à quatre ans pour celui qui le provoque avec le consentement de la gestante. (Art. 126).

[117] A ce jour, (2010), tous les projets de légalisation, de décriminalisation ou encore d'ampliation du cadre légal de l'avortement ont été rejetés.

scandale, a éclaté précisément dans la ville de Recife. En 2009, des médecins ont pratiqué une interruption de grossesse sur une fille de neuf ans. Violée par son beau-père pendant trois ans, elle en était à son cinquième mois de gestation de jumeaux. Elle a été menée dans une première institution, où l'on n'a pas accepté d'effectuer l'avortement car elle avait dépassé la 20ème semaine de gestation, limite que prescrit la loi brésilienne pour les avortements thérapeutiques. Aussi à cause de « la pression de l'Église Catholique », selon une militante d'une ONG féministe qui a accompagnée de près l'enfant. Un autre hôpital sollicité a accepté de pratiquer l'intervention. Mais la polémique est apparue lorsque l'archevêque d'Olinda (ville adjacente à Recife) a condamné et excommunié non seulement la jeune fille, mais aussi les médecins qui avaient pratiqué l'avortement. Le vieil antagonisme entre religion (catholique et pentecôtiste fondamentalement) et médecine concernant le gouvernement de la vie donne l'impression de ressac de cette houle. Cependant, cette histoire sordide permet d'observer une cristallisation des types d'arrangements à partir des critiques entrecroisées des argumentations de ces personnages ayant fait surface: le médecin, l'archevêque et la féministe. Cette cristallisation nous permet de voir comment se structure le débat sur l'avortement au Brésil.

Les registres de « justification » (Boltanski et Thévenot, 1991) – tant de l'avortement que du non-avortement – chez cette jeune fille de Recife, se sont basés sur des définitions du fœtus, se situant en dehors de toute discussion sur la personne de la fille comme sujet « autonome ». Dans cette guerre de légitimation, nous retrouvons les trois types d'arrangements symboliques classant les fœtus, présentés, ici, suivant les critiques qu'ils se sont fait entre eux. Ainsi, surgit le *« fœtus essentialiste »* (Boltanski, 2004, 181) représenté par la position de l'Archevêque, le *« fœtus barbare »* issu des *« aberrations du patriarcat »* (*ibid.*, 182) et des violences intrafamiliales, présentes surtout en milieu populaire (le viol du beau-père) suivant les propos de certaines féministes et le *« fœtus totalitaire »* (*ibid.*, 183) lié à l'État et aux obligations imposées par la Loi (les médecins de la première institution refusant de réaliser l'opération hors des délais légaux). En définitive, les images du fœtus dans cette histoire sont celles qui, du point de vue du processus de « civilisation », sont restées à un stade « antérieur », associées souvent à des groupes ou pays « arriérés », tel que le signale Boltanski. Nous n'y trouvons pas, cependant, le registre du *« fœtus authentique »* ni du *« fœtus tumoral »*, qui dérivent de l'arrangement par *« projet »* selon lequel, soit il

réalise l'anticipation de ce qu'il est, le bébé (authentique), soit il est présenté comme la tumeur à extirper, tumeur sortie du néant qui doit y revenir sans laisser des traces. Cependant, et tel que le remarque Boltanski, l'existence de ces types de requalifications « réactives » du fœtus dévoilent une entreprise sous-jacente de *« validité de l'arrangement par projet »* (*ibid.*, 179).

Les propos des féministes, dans ce cas concret, se sont limités à défendre l'action des médecins face à « l'aberration » et ont défendu une position étatique et légaliste dans la défense de la « victime », affirmant que *« les médecins ont agi en conformité avec la loi. L'État brésilien doit être respecté. L'action de l'État ne peut pas être commandée par l'action religieuse*[118]*»*. Bizarrement, les acteurs qui auraient pu traduire ces enjeux dans un registre en accord avec le nouveau « gouvernement des corps », notamment les tenants d'une humanisation de la médecine et certains groupes féministes, ne l'ont pas fait. En effet, les partisans de l'humanisation arrivent, très souvent, à des impasses ontologiques concernant le statut de la personne, de l'humanité et de la Nature. Même s'il y a des idées féministes que circulent dans le mouvement pour l'humanisation, lorsqu'il s'agit d'avortement, ils se taisent. Effectivement, il suffit de regarder rapidement les forums et les sites internet des groupes, associations et réseaux pour l'humanisation de la maternité pour voir qu'aucun ne fait référence à l'avortement[119]. Comme si les techniques *souples* (Memmi, 2003) de régulation n'étaient pas adaptées à la question de l'interruption de la grossesse car elles seraient trop liées à des discours psychologiques, somatisant les corps là où il faut « trancher » par le « pour » ou le « contre », le *« pro-choix »* supposant un sujet rationnel et a-corporel ou le *« pro-life »* supposant un être humain dans un ventre-objet. Cette difficulté du dispositif à se dépasser lui-même sur cette question fait que, malgré les intentions de changement depuis plus de trois décennies, la loi n'a pas été modifiée. Le pouvoir de décision entre un « avortement criminel » et un « avortement thérapeutique » revenant à la médecine mais sous le contrôle religieux qui veille à ce qu'il ne soit pas commis d'« excès » classificatoire par la médecine et l'État. En somme, qu'il soit dans les mains du pouvoir médical ou religieux, l'avortement est une pratique qui met en cause les

[118] Source: Jornal do Commercio, Recife. 05/03/09.

[119] En 2004, cependant, une Norme technique d'attention humanisée aux femmes ayant vécu un avortement a été créée par le Ministère de Santé pour être mise en place par les institutions attachées au SUS. Elle prévoit des séminaires de capacitation pour les professionnels du secteur public de santé. Une représentante du Secrétariat de la Femme du Ministère de la Santé assure qu'il « ne s'agit pas de légaliser l'avortement » mais seulement de réglementer l'attention aux femmes en situation de risque ».

modalités de régulation visant à rendre aux femmes la gestion de leur corps et le contrôle sur l'engendrement, mais révèle un autre type de pouvoir de régulation, particulier à l'Amérique Latine (Martuccelli, 2010) et sur lequel nous reviendrons ci-dessous.

L'interdiction de l'avortement fait écho à la clandestinité dans laquelle généralement il se réalise, et à la variabilité socio-économique des conditions d'accès. En 2007, on estimait au Brésil à un million le nombre d'avortements par an, selon l'IPPF (Fédération internationale des plannings familiaux). La plupart avaient lieu dans le Nordeste, chez des femmes analphabètes et pauvres. S'il est difficile d'avoir des données statistiques fiables concernant l'avortement, du fait de son illégalité et de l'impossibilité de comptage, une recherche effectuée dans les années 2005 permet d'en dégager une vision d'ensemble. La méthode adoptée consiste à prendre comme source des données les chiffres relatifs aux hospitalisations des femmes ayant connu des complications à la suite d'un avortement. Ce nombre est soumis au multiplicateur de 20%, pourcentage supposé des femmes ayant nécessité d'une hospitalisation suite à un avortement provoqué[120] (Méthode de l'Alan Guttmacher Institute). Ainsi, selon cette méthode, il y aurait eu au Brésil une diminution de 38% du nombre d'avortements entre 1992 et 2005, année qui enregistre 1.054.242 avortements provoqués[121]. Ce qui donne une proportion de 30% des naissances en 2005, sachant qu'en 1992 ce taux s'élevait à 43% des naissances vivantes. Le taux annuel d'avortements volontaires par 100 femmes de 15 à 49 ans est passé dans l'ensemble du pays de 3,69 en 1992 à 2,07 en 2005. Les femmes âgées de 20 à 24 ans sont celles qui connaissaient le plus haut taux d'avortements (30% des avortements concernaient cette tranche d'âge). La région du Nordeste est celle qui présente le taux le plus élevé d'avortements (2,73 % en 2005) malgré une réduction de 50%, comparativement à l'année 1992, commune à l'ensemble du pays. En guise de comparaison : en France il y a eu 206311 IVGs en 2005, soit 1,42% chez les femmes âgées de 15 à 49 ans[122]. Ces chiffres suggèrent l'importance de cette pratique au Brésil malgré sa diminution pendant les années 90 et

[120] Comme facteurs de correction statistique sont considérés le sous-enregistrement et un pourcentage de 25% d'avortements spontanés.

[121] Le nombre d'hospitalisations dans le SUS seraient passées de 344.956 en 1992 à 250.000 en 2005, selon le Ministério da Saúde (Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 1992-2005).

[122] Sources : Brésil, Ministério da saúde, Area Técnica de saúde da mulher, 2006. "Estimativas de aborto induzido no Brasil e grandes Regiões (1992-2005)" M.FG Monteiro e L.Adesse. France: INED/SAE (IVG uniquement). 2005.

2000. À Recife, on calculait pour l'année 2005, 2.696 hospitalisations post-avortement (5,15‰ femmes en âge fertile) et pour l'année 2008, 1.861 hospitalisations (3,5‰ femmes en âge fertile)[123].

Plusieurs causes expliqueraient cette réduction du nombre d'avortements au Brésil, notamment l'utilisation accrue de moyens contraceptifs dits « modernes », liée à une élévation des niveaux d'éducation des femmes brésiliennes. Mais cette réduction est nuancée par les premiers résultats publiés (Diniz et Medeiros, 2010) issus d'une recherche[124]sur l'avortement menée en 2010 chez des femmes âgées de 18 à 39 ans dans le Brésil urbain. Selon cette recherche, à la fin de leur vie reproductive (40 ans) une femme sur cinq a déjà subi un avortement (22% des femmes de 35 à 39 ans). Celui-ci est généralement réalisé au milieu de l'âge reproductif, c'est-à-dire entre 18 et 29 ans, le pic de fréquence se situant entre 20 et 24 ans. 6% des plus jeunes, de 18 et 19 ans, avaient vécu un avortement, ce qui représente une femme sur vingt. La recherche révèle qu'il n'y a pas de différences significatives entre les femmes de par leur confession religieuse, mais qu'à niveau de scolarité moindre, les avortements sont plus fréquents. La moitié de ces avortements se fait par voie médicamenteuse. Le Cytotec, médicament prescrit en cas d'ulcère (misoprostol), a été en effet longtemps utilisé de manière légale ; puis, après son interdiction à la vente, en 1998, de manière clandestine. Aujourd'hui, c'est par la vente illégale dans certaines pharmacies et sur internet que les femmes brésiliennes se procurent ce médicament. La recherche citée ci-dessus indique également que la moitié de ces interruptions de grossesse ont causé l'hospitalisation de la femme suite à des complications post-avortement. En 2009, sur 1513 morts en couches au Brésil, 10% l'étaient pour cause d'avortement. Dans la ville de Recife, le taux de 9% de morts en couches pour cause d'avortement reste proche du taux national. C'est, ainsi, entre deux pertes, celle de la femme et celle de l'être qu'elle porte que le processus de *civilisation* au Brésil cherchera à réguler la vie.

Cet espace de régulation de la maternité est aussi formé par le seuil que représente la mortalité infantile comme « problème sanitaire » et les « excès » corporels des femmes de milieu populaire. En effet, entre l'avortement et la mortalité infantile, il y a

[123] Source : Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

[124] Il s'agit de la PNA (Pesquisa Nacional de Aborto), une recherche utilisant la méthode de recueil de données par échantillon aléatoire des domiciles et "Ballot Box technique" réalisée par le IBOPE/ Ministério da Saúde, Secretaria especial de Políticas para as mulheres da Presidência da Republica.

plusieurs points de ressemblance du point de vue du dispositif. Non seulement les deux participent à la définition de frontières que le dispositif de santé s'efforce de faire reculer aménageant ainsi un espace de régulation des corps féminins, mais ils se apparentent aussi, dans la manière dont la figure de la femme-mère est construite, toujours dans la bipolarité qui la place tantôt comme « victime » passive et assujettie à des forces sociales ; tantôt comme « l'actrice » responsable de l'avenir des enfants. Si une femme choisit d'avorter intervient de façon positive sur son corps, en étant partie prenante de ce choix, les justifications que son acte suscite se référent souvent aux contraintes pesant sur elle (socio-économiques, domination masculine, traditions, famille, etc.) et la poussant dans cette direction. Elle redevient ainsi un « agent » qui accomplit un acte contraint par ces déterminations. Dans le cas des morts infantiles, c'est au contraire l'image de la mère-victime qui émerge en premier lieu ; mais, rapidement, les actions de la femme sur l'enfant sont reconstruites *a posteriori,* et la femme-mère redevient l'actrice, quand elle n'est pas l'exécutante, de cette mort. Finalement, c'est aussi parce que la mort des « fœtus » garde du point de vue des significations religieuses et de celles attribuées par l'État, un parallélisme avec la mort des enfants, que l'avortement au Brésil peine à être distingué des mortalités infantiles. Comme le démontre la récente ratification, en mai 2010, du « Statut du non-né» (Estatuto do Nasciturno) par la « Commission de Sécurité sociale et familiale », et son examen actuel dans le Congrès National Brésilien. Ce projet de loi vise à changer le Code Civil brésilien et son article 2 qui définit que *« la personnalité civile de la personne commence lors de la naissance en vie de celle-ci »* pour créer un statut de « personne civile », dès la conception. Si la loi *« protège, dès la conception, les droits du non-né »,* elle ne le considère pas comme une « personne civile ». C'est, encore, la naissance, l'acte fort qui institue la personne[125].

Le Brésil fait partie des 68 pays du « compte à rebours » lancé par l'OMS pour atteindre, en 2015, l'un des « Objectifs du millénaire de l'ONU » : la réduction de moitié de la mortalité infantile dans le monde. Nous avons évoqué ci-dessus la diminution progressive de la mortalité infantile au Brésil depuis le siècle dernier et l'accélération de cette chute à partir de la dernière décennie, lorsque le taux diminue d'un point chaque année : le nombre de décès d'enfants de moins d'un an est passé de

[125]Le "Estatuto da criança e do adolescente", formulé avec la loi 8.069 de 1990 définit l'enfant comme la personne allant jusqu'à l'âge de douze ans et l'adolescent à l'âge de dix-huit ans.

27‰ nés-vivants en 2000 à 20‰ en 2007[126]. Il faut regarder de près la diminution de ces taux à partir des tranches d'âges concernées pour comprendre le caractère multidimensionnel de la « mortalité infantile ». En effet, en y regardant de plus près, la mortalité néonatale « précoce » (touchant des enfants de zéro à six jours) a diminué de 3 points entre 2000 et 2007, passant de 13‰ à 10‰ et la mortalité néonatale « tardive » (de 7 à 27 jours) s'est maintenue pendant ces années-là (3, 67 ‰en 2000 et 3,26‰ en 2007). La mortalité des enfants de 27 jours à un an (mortalité post-néonatale) a aussi diminué de 3 points. En 2000, elle était de 9,9‰ et en 2007 de 6,4 ‰.[127]. C'est à cette dernière tranche d'âge que l'on doit, dans l'histoire récente, la chute la plus significative de la mortalité infantile qui est passée de 21,4 ‰ en 1991 à 9,9‰ en 2000. Dans le Nordeste brésilien, ce taux est passé de 43,7‰ en 1991 à 17‰ en 2000 et à 9‰ en 2007. Si c'est au niveau de cette tranche d'âge que s'observe la chute la plus importante de la mortalité infantile, cela peut s'expliquer par l'amélioration croissante des conditions sanitaires des familles et à l'expansion des services de proximité dans la couverture des problèmes qui y sont liés, comme la malnutrition, la diarrhée et les infections respiratoires. Ceci peut être constaté aussi par le fait que la mortalité des enfants d'un à cinq ans a diminué de 8 points entre 2000 et 2007, passant de 32 ‰à 24‰. Le dispositif de santé se félicite des progrès observés notamment, en matière de vaccination, d'allaitement maternel et d'hygiène des soins portés aux nouveau-nés. La préoccupation sanitaire se place désormais au niveau de la mortalité néonatale (jusqu'au premier mois de vie) dont les taux restent plus élevés : 68% des décès d'enfants étaient néonataux en 2008, 49% en 1990. Ce changement dans le profil des morts d'enfants sont interprétés de deux manières. La première interprétation, positive, met l'accent sur les causalités congénitales dans ces morts néonatales et prédit ainsi le rapprochement avec les « pays développées ». La deuxième est plus critique et mobilise la notion « d'évitabilité ». Elle met l'accent sur le fait que ces décès étaient évitables par une amélioration des services de santé périnatale, notamment par un meilleur suivi des grossesses et des accouchements. Au-delà du fait que cette notion d' « évitabilité » reste à déconstruire (Scott, 2007) – évitable techniquement, médicalement, socialement – elle permet l'énonciation d'une critique de la prise en charge hospitalière. Celle-ci, quand comparée au développement d'une santé de proximité décentralisée ayant permis la réduction des morts des enfants, n'accomplit complètement pas sa tâche médicalisée et technique lors de la naissance et

[126] Source : Datasus/ SIM/SINASC.
[127]Source : Datasus/SIM/SINASC

de l'accouchement (asphyxie, hémorragies, infections, etc.). Autrement dit, c'est la santé « élémentaire » et ses unités de santé (PSF et ACS) qui ont le plus contribué à ces réductions, et c'est grâce au contrôle sanitaire (vaccinations, hygiène des familles, allaitement, etc.) que les enfants meurent moins. La prise en compte des causes « évitables » de la mortalité néonatale a induit l'élaboration d'une nouvelle catégorie épidémiologique, statistique et en matière de politiques de santé. « La mortalité périnatale », qui regroupe les morts néonatales précoces (de zéro à six jours) et la nati-mortalité de fœtus à partir de leur 22ème semaine de gestation ou des fœtus à partir d'un poids de 500 grammes. Cette nouvelle nomenclature créée pour analyser les conditions de santé reproductive et la qualité des services materno-infantiles réintroduit dans la sphère de la santé publique la fusion entre le fœtus et l'enfant-né qui devient le même « être » à protéger. Tel que le signalent divers auteurs (Boltanski 2004 ; Jacques 2005), l'introduction de l'imagerie échographique, mais aussi d'autres procédés médicaux, a changé les représentations du fœtus, lui donnant une réalité visible et plus facilement mobilisable en tant que « bébé » par des instances légitimatrices.

La notion d'« évitabilité » apparaît articulée à celle de « risque », toutes deux participant à la prise en charge des facteurs de risque inhérents à certaines situations ou personnes, notamment les mères adolescentes et celles de milieu populaire. La mort d'un enfant devient un événement impliquant le système de santé tout entier et nous en déduisons l'intervention du dispositif quand celui-ci advient. Autrement dit, l'idée est que, comme l'avortement, la construction sociale en tant que problème sanitaire de la mortalité infantile modifie les conditions de l'expérience de la mort d'un enfant.

La question de la stérilisation féminine a été elle aussi largement débattue et s'est, peu à peu, placée au cœur des préoccupations de santé publique en matière de contraception. Cette pratique met en exergue le caractère biopolitique des décisions en matière de régulation de la contraception chez les femmes brésiliennes. En effet, si auparavant elle se pratiquait plutôt dans le secteur privé, c'est dans les services publics que la stérilisation se pratique le plus souvent aujourd'hui et les méthodes dites réversibles sont désormais majoritairement proposées dans le secteur privé[128]. Certains auteurs alertent sur le fait que cette tendance « médicalisée » de la contraception

[128] Selon la PNDS de 2006, 75% des stérilisations féminines ont été réalisées dans le secteur public, alors que respectivement 75% et 66% des utilisatrices de pilule et préservatif masculin, les ont achetés dans des pharmacies

pourrait se prolonger avec *« l'expansion du système public de santé brésilien »* (Vieira, 2003 ; 160). Effectivement, depuis le début des années 2000, le SUS ne cesse d'accroître le nombre de stérilisations prises en charges, passant de 31216 stérilisations féminines pratiquées en 2003 à 61. 847 en 2008[129].

La manière dont la stérilisation se distribue au sein de la population des femmes brésiliennes a subi de profonds changements, ce qui a ouvert des brèches interprétatives aux auteurs et a alimenté les polémiques autour de cette technique contraceptive. Avant les années 1980, elle était davantage répandue chez les femmes « blanches », à fort capital scolaire et habitant dans le sud du pays (Serruya, 1996) ; puis à partir de ces années-là, elle devient plus fréquente chez les femmes « noires », des couches populaires, à faible niveau d'étude et habitant les régions les plus pauvres du pays (le Nord et le Nordeste). Ceci permet à certains auteurs de parler d'une « démocratisation de la stérilisation », alors que d'autres y voient des signes de discrimination dans l'accès aux méthodes contraceptives dites réversibles. Les données statistiques croisant « race » et stérilisation montrent une plus forte fréquence de cette pratique chez les femmes « noires », réveillant des réactions à l'intérieur du mouvement noir, qui y voit un signe « génocide ». Entre le niveau d'étude et la stérilisation féminine, la relation statistique est inverse (négative) : 50% des femmes analphabètes sont stérilisées, contre seulement 20% de celles ayant plus de 12 ans d'études[130]. La proportion de femmes « nordestines » stérilisées est de 36% alors que celle des femmes du Sud n'est que de 19%. Dans la région Nordeste la stérilisation féminine n'a pas cessé d'augmenter passant de 14% en 1980 à 37% en 1991 puis à 43,9% en 1996 (Perpétuo, 2000). En outre, les données de la PNDS de 2006 permettent de comparer deux régions inégalement développées du pays (le Sud et le Nordeste) et nuancent le lien systématique entre césarienne et stérilisation. Si le Sud présente les taux les plus bas de stérilisation féminine, c'est aussi la région où se pratique le plus la césarienne. Inversement, le Nordeste présente des taux très élevés de stérilisation tout en ayant une réduction continue du nombre de césariennes pratiquées. Dans cette région, le taux de césariennes représente 32% des accouchements alors que dans la région Sud ce taux est de 51%.

---

[129] Source : site internet Ministère de la Santé brésilien. Link : http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=33887

[130] Source: PNDS 2006.

La discordance entre croissance des stérilisations féminines et la tendance décroissante des césariennes fait du Nord-est brésilien un cas révélateur des tensions et des arrangements entre les politiques publiques et les pratiques contraceptives des femmes de milieu populaire. Dans cette région, historiquement moins développée que d'autres, le mouvement pour *« l'Humanisation de l'accouchement et de la naissance »* s'est installé de manière évidente dans les institutions de santé publique, atteignant ainsi les populations les plus pauvres et incitant à l'accouchement par voie basse et au non recours à la césarienne, dans le but de la dissocier de la stérilisation. Dans un *« contexte médical de prescription »* (Bajos et Ferrand, 2002) défavorable à la stérilisation féminine, introduit par les récents changements de perspective biomédicale dans le dispositif de santé publique, le nombre toujours élevé de femmes ayant recours à la stérilisation pose problème au dispositif, en même temps que se pose le problème de l'accès à cette méthode contraceptive pour les femmes.

Jusqu'en 1997 il n'y avait pas de cadre légal à la stérilisation. Deux préoccupations fondamentales ont guidé la législation : l'âge de plus en plus jeune des femmes stérilisées[131] et le lien étroit entre cette technique contraceptive et l'accouchement par césarienne, avec des conséquences sur les taux de mortalité infantile et maternelle[132]. La loi 9.263 de 1996 relative au planning familial de la Constitution brésilienne stipule, dans son article 10, que la stérilisation volontaire est permise seulement chez *« les hommes ou les femmes de 25 ans et plus et/ou ayant au moins deux enfants vivants »*. Ce qui laisse apparaître les colorations natalistes des certaines politiques brésiliennes. Elle rend aussi obligatoire un délai de soixante jours minimum entre la déclaration de volonté d'effectuer l'opération et l'acte chirurgical lui-même, visant ainsi le divorce entre césarienne et ligature des trompes.

Nous reviendrons sur ces trois « excès » (avortement, mortalité néonatale et stérilisation) non plus depuis l'optique du dispositif mais depuis celle des femmes, de leurs expériences. Ce sont les expériences de ces excès qui participent à délimiter ce qu'on a appelé « la maternité régulée ». Ces expériences se situent en périphérie,

[131]L'âge moyen de stérilisation féminine ne cesse de diminuer et il serait passé de 31,4 ans en 1986 à 28,9 ans en 1996 et à 27,4 ans en 2006.

[132] En effet, la technique de stérilisation féminine la plus courante est celle de la ligature des trompes consistant à rendre ces dernières imperméables et à empêcher ainsi la rencontre des gamètes. Cette intervention chirurgicale est très souvent associée à l'accouchement par césarienne du dernier enfant.

formant une surface où doivent se dérouler les expériences régulées de la maternité. Du côté de l'expérience, ces « excès » ne sont pas entièrement « identificatoires ». Ils ne formatent pas les femmes qui les ont vécus, ni dans leur subjectivation ni du point de vue de certains stigmates extérieurs. Même si des processus stigmatisants s'installent lorsque l'équipe de santé d'un quartier les identifie, ces pratiques intègrent le répertoire de femmes qui vivent aussi des « expériences régulées de la maternité ».

Dans ces premières analyses sur les limites du dispositif, nous avons induit sa relative capacité à se dépasser lui-même et à incorporer ces pratiques (stérilisation, mortalité infantile, et avortement) dans la sphère de la régulation contemporaine des corps. Ainsi, ces « expériences » en la périphérie deviennent de moins en moins périphériques car de plus en plus régulées par le dispositif. Ces pratiques « stigmatisées » passent ainsi des *périphéries* du dispositif de santé à l'intérieur de celui-ci. La stérilisation féminine a ainsi ouvert la voie à une discussion sur l'avortement, et ce qui relevait auparavant de la « barbarie » asociale des personnes qui laissent mourir leurs enfants, devient un événement quantifiable, que la « traçabilité » des causes rend aussi « évitable ».

Récapitulons. Le système de santé brésilien est engagé dans un processus de civilisation au sens d'Elias, par l'inculcation d'un modèle particulier d'individualisation de la mère de milieu populaire, en assignant notamment comme objet de régulation la relation maternelle et les corps des femmes. Ainsi, si l'expérience de la maternité « normale » chez les femmes de milieu populaire à Recife s'inscrit dans leur corps, ce n'est pas seulement par l'existence d'un lien biologique, mais bien par les effets des dispositifs de régulation sur ce lien biologique[133]. Nonobstant le processus de *civilisation* et d'adoucissement du dispositif de santé trouve des limites dans la configuration historique et sociale particulière au Brésil et des relations entre instances de pouvoir et individus dans la région.

Le but sera désormais de mettre en lumière ces expériences de la maternité que nous pressentons déjà « régulées », ou plutôt, construites à partir de ces régulations. Nous pouvons d'ores et déjà énoncer les effets entrevus du dispositif mis en place – *la biologisation du lien de filiation, l'individualisation de l'expérience de la maternité*

[133] Il ne s'agit pas, pour nous, de nier la réalité de ce lien biologique entre la génitrice et l'enfant mais d'en distinguer la maternité en tant qu'expérience particulière.

par son attachement au corps psychologisé – et les porter comme des hypothèses d'interprétation de la recherche effectuée. Ce qui nous intéresse, c'est de mettre en évidence les arrangements entre les mécanismes de *la régulation* (ses acteurs, ses supports, ses techniques, ses victoires et ses défaites) et les logiques des femmes observés dans le contexte de la recherche. Avant cela, cependant, nous reviendrons sur la problématisation qui se dégage de ces lectures, réflexions et observations.

I-3-e. Vers une définition de l'expérience régulée de la maternité en milieu populaire à Recife : la reconstruction d'une problématique.

Nous sommes partis de la famille en *devenir*, comme étant caractérisée par un processus ininterrompu dans lequel elle se fait et se défait dans un entrelacement de relations reliant des acteurs qui se définissent eux-mêmes comme ses membres. En ce sens, plus que de « famille », il s'agit d'une *familiarisation* des relations. D'un véritable *travail d'institution*, tel que le dit Bourdieu, agissant sur ces relations afin qu'elles deviennent un *corps* solide et solidaire. La *doctrine* qui a présidé l'institutionnalisation de la famille nucléaire a longtemps caché cette trame des relations qui la configuraient. Le détachement de ces relations entre-elles a rendu cette trame visible. Ainsi, le couple conjugal se distingue du couple parental, le lien de filiation du lien conjugal et ces catégories se dégrainent elles-mêmes. Le lien conjugal se décompose en coparents, partenaires sexuels, etc. et le lien de filiation devient lien quotidien, juridique et lien de sang. Là où la doctrine avait eu un impact sur le réel, là où elle avait effectué un travail en tant que *catégorie objectivante*, cet éclatement des relations a été perçu comme « changement », quand ce n'est pas comme « crise », de la famille. Mais dans d'autres contextes, cette doctrine n'est restée qu'à l'état d'un idéal ne trouvant qu'une faible effectivité dans l'expérience vécue. C'est le cas des familles de milieu populaire au Brésil où les relations familiales se construisent en dehors du modèle « nucléaire » et prennent la forme matrifocale et en réseaux. La relation de filiation y est donc particulière et l'expérience de la maternité, qui en résulte, aussi.

C'est là un des objectifs que nous poursuivrons, saisir la maternité en dehors du cadre nucléaire ; sans pour autant nous attaquer à ce qu'on appelle les nouvelles formes de parentalité, mais en revenant sur des expériences qui semblent à première vue « normales ». Autrement dit, chez des femmes qui semblent, à première vue, en consonance avec leur rôle de genre et inclines à la maternité et où s'observe un travail

d'agencement objectif et subjectif entre les différentes dimensions de filiation : le sang, la loi et le quotidien.

En même temps, nous avons perçu la nécessité d'appréhender la maternité en dehors du clivage qu'on pourrait nommer « refus-éloge », un clivage qui se matérialise dans l'opposition à l'œuvre à l'intérieur du mouvement féministe, d'un côté par un « refus de la maternité », car elle est vue comme l'espace idéologique légitimant la domination de genre ; et de l'autre par une vision « élogieuse » de la maternité, vue comme l'espace symbolique privilégié, inscrit dans le corps des femmes, de la construction d'une identité féminine. Francine Descarries et Christine Corbeil (2002) avancent l'idée que la seule façon de sortir de cette impasse épistémologique est de situer cette expérience sur les plans temporel et spatial. En problématisant la maternité comme expérience, et en suivant en cela la perspective de François Dubet (1994), il s'agit pour nous, non seulement de la placer dans une perspective qui tienne compte des conditions sociales, matérielles et institutionnelles où elle se construit mais aussi de restituer aux femmes-mères leur place d'actrices de leur maternité.

Certaines dimensions de cette expérience ont suggéré la nécessité de glisser d'une formulation au singulier vers une formulation au pluriel ; et nous avançons l'idée d'une expérience plurielle de la maternité en milieu populaire urbain au Brésil. Une pluralité redevable non seulement des configurations familiales où elles s'insèrent et de la complexité du contexte social et urbain où elles se déroulent, mais aussi des modalités d'intégration à ces formes, de la diversité de stratégies mises en œuvre dans la gestion de leur maternité et la singularité de leurs processus de subjectivation.

Nous avons vu que ces expériences de la maternité dépassaient le cadre privé des relations familiales, et qu'elles étaient insérées dans des cadres institutionnels. C'est là que la multiplicité trouve un certain « ordre » ou plutôt une « visée d'ordre », et que les expériences deviennent régulées, permettant ainsi une resingularisation des expériences et nous permettant de parler d'expérience de la maternité, au singulier. Ce cadre de régulation, nous l'avons vu, est celui marqué par la forte présence des instances de santé publique dans la construction de ces expériences.

Si nous avons fait le choix de caractériser ces processus dans la sphère de la santé en termes de dispositif et non en termes d'institution, en nous éloignant sur ce point de F. Dubet, ce n'est pas par l'effet de mode que la notion connaît depuis quelque temps (Bescart et Peerbaye, 2006) mais parce qu'elle nous semble être la plus appropriée pour rendre compte, non seulement des changements qui s'opèrent dans le champ de la santé au Brésil, mais aussi de la manière dont les femmes de milieu populaire vivent leur maternité et participent à ces changements. D'ailleurs, la notion d'institution, telle que développée par Dubet, aurait orienté l'analyse vers une logique d'intervention/résistance. Or, le jeu entre les dispositifs de santé publique et les femmes de milieu populaire dans la construction de l'expérience maternelle semble plus complexe, d'une part en raison des contradictions et des porosités qui traversent le système de santé publique et, d'autre part en raison de la complexité inhérente aux manières de vivre le lien de filiation en milieu populaire. Ainsi, l'utilisation de la notion de dispositif renvoie au « déclin » de l'institution en tant qu'offre d'un « programme » prédéfini et socialisateur et à sa supplantation par des formes institutionnelles qui fonctionnent comme des *« organisations morales » « à la demande »*. Il s'agit, en effet, des *« dispositifs symboliques visant la socialisation et la subjectivation des individus » (*Dubet, 2008 : 30).

La particularité du contexte de recherche et la nécessité d'une approche en termes de dispositifs renvoie aussi à la tournure que prend le processus de démocratisation au Brésil. Il est manifeste que simultanément à l'affaiblissement de la présence de l'État brésilien dans la régulation économique et le maintien de l'ordre social (Peralva, 1998), il y a eu un renforcement de sa main mise sur les questions de santé, et notamment de santé reproductive. Cet effort de régulation des comportements maternels entreprit par l'État, ne peut être détaché des injonctions des organismes internationaux (OMS, UNICEF, etc.), qui déterminent en grande partie les priorités en matière de santé et la façon de parvenir à ces « objectifs ». D'un autre côté, les mouvements sociaux ont aussi joué un rôle prépondérant dans le développement de la sphère de santé publique au Brésil, et ils continuent à le faire. Ce qui explique l'insuffisance d'une approche classique en termes d'institution et nous permet d'envisager les diverses reformulations de ce *dispositif* comme des phases d'une articulation entre ce qui vient *du bas* et ce qui vient *du haut*, des femmes de milieu

populaire et des mouvements sociaux d'un côté et du système de santé publique et des « recommandations » internationales de l'autre.

La notion de *dispositif* proposée par Foucault permet de se dégager d'une vision structurale, et de placer les dispositifs de pouvoir dans une dynamique créative et ouverte, par l'introduction de la temporalité, de la conjoncture et du *devenir* des relations, sans évacuer de l'analyse la dimension du pouvoir et de la domination. Également, elle nous permet de disposer d'une catégorie assez souple et à forte portée heuristique pour analyser le cadre social et de (re)formulation des normes dans lequel l'acteur-mère se forme comme sujet.

Les programmes sociaux interpellent des sujets, et créent donc des « sujets ». Dans ce sens, l'interpellation faite aux femmes de milieu populaire de la part des dispositifs de santé publique est celle qui crée un sujet particulier, tourné vers une maternité définie dans les termes des dispositifs eux-mêmes, et que nous conjecturons déjà comme étant *biologique, proximale, corporalisée, psychologisée et individualisée.*

Nous avons aperçu les formes qu'acquiert la régulation des comportements maternels. Le parentalisme, ou la forme qu'il prend en milieu populaire, et que nous avons appelé *« familialisme désenchanté »*, suppose une vigilance des relations maternelles, du lien avec l'enfant, et veille au « bon » accomplissement du rôle. Ces formes de la régulation parentaliste sont elles-mêmes conditionnées par les poncifs de genre, de génération et de classe sociale et par les normes qui en découlent. Autrement dit, la régulation parentaliste ordonne le monde des relations intrafamiliales selon la vision qu'elle se fait des places de chacun, selon le genre, la génération et le milieu social d'appartenance de chaque famille. C'est dans ce sens qu'on peut rapprocher la notion de « police de la parentalité », qui fait appel à celle proposée par Donzelot, de celle de « police », tout court, telle que définie par le philosophe Jacques Rancière (1998), c'est-à-dire, la distribution hiérarchique des places et des fonctions dans l'espace social. Autrement dit, c'est au sein des relations familiales, se structurant désormais à partir de la place centrale de l'enfant, que différentes personnes prendront place selon leurs liens avec ce centre. Ces places sont, de plus, chargées de normes de comportement, ainsi que de compétences particulières, car elles constituent des rôles référés à ce centre qu'est l'enfant. Ces rôles parentaux et la qualité des liens tissés sont

désormais sous l'œil « policier » de certaines institutions. Les modes de régulation des comportements familiaux seraient donc passés d'une « police de la famille » à une « police par la famille » puis, aujourd'hui, à une « police de la parentalité », laquelle en milieu populaire brésilien est centrée sur la relation maternelle[134].

Cette « police » tend à faire de cette relation un lien biologique immuable, mais devant être garanti par une mise en acte corporelle et discursive. C'est dans ce sens que nous pouvons parler, avec Memmi et Fassin (2004), d'un *nouveau gouvernement des corps* qui passe de plus en plus par la parole. En effet, l'approche de Foucault en termes de dispositifs disciplinaires est à relier à celle de Norbert Elias en termes de *processus de civilisation* et nous devons alors les envisager comme des *dispositifs de civilisation*. Nous trouvons dans l'approche de Dominique Memmi et Didier Fassin une synthèse congrue de ces deux approches par la notion de *gouvernement des corps*: *« les multiples et changeantes modalités d'une relation à soi et aux autres dans le cadre défini par des codes et des règlements, des normes et des valeurs, des rapports d'autorité et de légitimité, des interactions avec l'État et avec la loi »* (*ibid.* : 10).

Cette relation à soi et aux autres a la particularité de s'inscrire dans les corps en sollicitant la parole, parole qui doit traduire une certaine adhésion au *care*, ou *sollicitude*. Cette question de la *sollicitude* est ici de somme importance car elle semble regrouper la logique de désignation d'un sujet qui est « sollicité » à devenir « mère », en même temps qu'elle implique une définition de la *sollicitude* comme *care*, autrement dit, elle assigne un sujet qui doit assumer le souci des plus vulnérables que soi et les soins portés à ceux-ci (Brugère, 2009 : 69).

Cette « police de la parentalité » a donc pour fonction, non seulement d'« assigner » les femmes à un rôle de « mères », mais aussi de les « enrôler » dans les mêmes causes sanitaires que l'État. Le sens de *l'enrôlement* ne s'arrête pourtant pas à la participation des femmes à ces objectifs sanitaires (notamment la réduction de la mortalité infantile); elle suppose aussi leur *assignation* à un « rôle » spécifique qui s'inscrit (et doit être vu comme naturellement inscrit) dans les corps des femmes. Ce rôle doit

[134] Nous ne parlons pas de « police par la parentalité », pour mettre en relief justement la négation de la « parentalité » en milieu populaire de la part des institutions de santé et sa centration sur la relation de filiation maternelle, en même temps que l'attachement au « familialisme » se retrouve « désenchanté » face à la désinvolture des « relations parentales ».

suivre une grille affective, psychologique et relationnelle tout en restant « sanitaire », veillant à la santé de l'enfant. Cette dernière est définie, dans le sens élargi, en tant que « santé totale ». Selon Norvez (1990), la « santé totale » implique un engagement tout aussi « total » envers la santé de l'enfant qui ne se limite pas aux circonspections pendant la maladie, mais qui présuppose toutes les pratiques quotidiennes hygiéniques, alimentaires, les rythmes de la vie, les stimulations intellectuelles, etc. Cet engagement, ou plutôt cet *enrôlement*, est effectué par la figure maternelle. En effet, à la désignation d'un sujet correspond l'*assignation* d'une place et celle d'un « rôle » qui s'effective dans des comportements spécifiques car *« la norme ne vaut qu'en tant qu'elle s'actualise en permanence dans des conduites dont le cours est réglé par elle »* (Brugère et Leblanc, 2009 : 12).

Ces conduites, réactualisant le rôle, sont des actions d'un « corps parlant », dans le sens que *« l'existence sociale du corps est d'abord rendue possible par son interpellation à l'intérieur des termes de langage »* (Butler, 2004 : 24). Mais en même temps, tout acte de discours suppose une corporalité qui le dépasse, car il *« dit plus que ce qu'il prétend dire »* (*ibid.* : 31). C'est dans l'articulation de *l'assignation, la désignation et la sollicitation*, comme actes d'un corps parlant, que se dessinent les modalités à travers lesquelles s'incarne (Martuccelli, 2002 : 214) le « rôle maternel » chez les femmes[135].

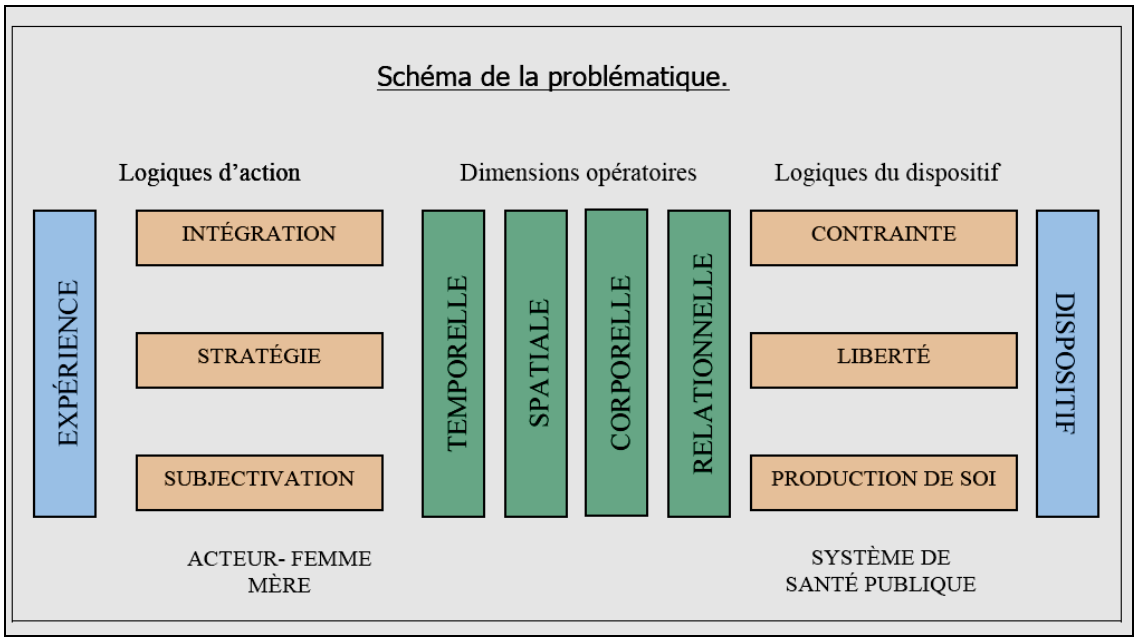
C'est, sûrement, par l'importance que prend le corps dans le jeu des relations entre femmes de milieu populaire et dispositifs que nous avons suivi les étapes successives et corporelles de la maternité (la grossesse, l'accouchement, le post-accouchement) pour illustrer à chaque moment comment les dispositifs de santé publique régulent les comportements, par le biais d'une *assignation*[136]*- sollicitation - enrôlement*, et comment les femmes construisent leur expérience de la maternité à partir de ces régulations.

[135]Cette question du « rôle maternel » sera l'objet d'une analyse plus fine, car elle se présente comme une des particularités de notre population d'étude et comme ce qui vient faire le lien entre expérience individuelle et collective de la maternité.

[136]Nous utilisons indifféremment les notions d'assignation et désignation, car si la première renvoie plutôt à l'acte discursif et la deuxième à la place sociale à occuper, il s'agit bien pour nous d'un même processus corporel et énonciatif où il y a une « invitation » à occuper une place précise.

Nous nous sommes intéressés à *l'expérience de l'engendrement* tel que l'entend Luc Boltanski (2004) voulant savoir comment les femmes sentent « dans leur chair » les contradictions nées des composantes contradictoires de l'action. Néanmoins, nous avons élargi cette notion d'*expérience de la chair* à d'autres moments de l'expérience de la maternité, comme cela peut l'être l'allaitement maternel, alors que Boltanski ne l'applique qu'au moment de la grossesse. Dans ce sens, nous nous intéressons plus particulièrement aux relations entre dispositifs de régulation et expériences maternelles qui vont de « la naissance à l'école », pour reprendre le titre de l'ouvrage de Norvez, circonscrivant la population de femmes rencontrées à celles ayant au moins un enfant en bas-âge, non scolarisé.

Nous pouvons d'ores et déjà proposer ici un diagramme qui veut rendre visible l'idée d'une « expérience de la maternité régulée », en dégageant les différentes dimensions de cette expérience (telle que nous la concevons), ainsi que les liens qu'elle entretient avec le dispositif de santé.



À la lumière de ce diagramme et des questions soulevées dans cette première partie, nous pouvons donc répondre à la question : pourquoi traverser l'océan pour trouver la « mère » ? Les caractéristiques de la société brésilienne, les changements au niveau des relations familiales en milieu populaire et dans l'expérience de la maternité, ainsi que la nouveauté de l'emprise du dispositif de santé dans la régulation de ces expériences, semblent trouver une pertinence pour répondre aux questions concernant les tiraillements entre une maternité individualisée et collective et entre une maternité

assujettie et subjectivée. Autrement dit, il s'agit de la traversée d'un océan théorique et pratique, à la recherche d'une « mère », exclue et incluse, individuelle et collective, libre et contrainte. Enfin, il s'agit d'une traversée poursuivant le but de répondre : comment se construit l'expérience de la maternité en milieu populaire à Recife ?

Plusieurs hypothèses guident ce travail. Certaines d'entre-elles ayant été plus ou moins corroborées par la littérature existante et des données de seconde main, elles requièrent non seulement une vérification de leur validité mais une vérification aussi de leur portée « globalisée ». Autrement dit, comment se retranscrivent dans le monde populaire brésilien – et quelles sont les spécificités de cette retranscription – des processus globaux touchant le « devenir de la famille », les rapports des genres et des « classes », aux prises avec les formes les plus actuelles de la biopolitique ?

Il faut donc signaler à mode de postulats que :
La régulation des expériences maternelles en milieu populaire au Nordeste brésilien est prise en charge par le dispositif de santé publique.
Cette régulation prend comme support fondamental la dimension corporelle de la maternité et en cherche l'individualisation de cette expérience.
C'est fondamentalement dans les arrangements entre les dispositifs de santé publique et les femmes de milieu populaire que se construit, aujourd'hui au Brésil, l'expérience de la maternité en milieu populaire urbain.
Ces arrangements supposent l'articulation entre une expérience individualisée de la maternité et une expérience en réseau.

Ayant mis à plat le cadre théorique qui guide cette recherche, ainsi que le contexte socio-spatial où elle a été menée, justifiant ainsi le fait de traverser l'océan pour retrouver « la mère », nous sommes maintenant en mesure de pénétrer les profondeurs du corpus empirique. Il nous permettra de saisir comment les expériences de la maternité se construisent en milieu populaire à Recife ; autrement dit, de mettre en lumière les caractéristiques de ces « mères » que nous avons rencontrées en traversant l'océan.

L'expérience de la maternité sera décrite en suivant les dimensions opératoires que nous avons dégagées dans la première partie : temps, espaces et relations. En effet, la

description de l'expérience accompagne sa temporalité, segmentée en trois moments forts : grossesse, accouchement et post-couches. C'est dans cette visée de retranscription de l'expérience, aux prises avec des processus d'*assignation* - *sollicitation*[137]- *sollicitude* que nous allons parcourir les parties suivantes de cette thèse. Nous examinerons, d'abord, ce qui se situe en amont de l'*assignation* et les expériences des jeunes filles de milieu populaire dans le Nordeste urbain brésilien. Il s'agira, par la suite, de rentrer dans les rapports entre les femmes et le dispositif de santé, au moment de la grossesse. Moment marqué par la prise en charge des consultations prénatales et par la *sollicitation* des femmes de milieu populaire. Ensuite, nous aborderons le temps fort, la naissance et l'accouchement, comme le passage où les femmes doivent « faire preuve » de la *sollicitude* envers l'enfant. Finalement, nous nous pencherons sur le moment du post-accouchement, des premiers moments de la construction du lien quotidien de filiation et du détachement relatif de la femme avec le dispositif de régulation, ouvrant des expériences de la *sollicitude* alternatives à celle sollicitée par le dispositif de santé.

[137] Nous prenons la notion de « sollicitation » comme l'action demandant de la « sollicitude » *(Care)* à un individu. Autrement dit, l'appel à occuper une place, l'assignation, acquiert chez les femmes le sens de la demande de s'occuper d'un autre, ici l'enfant.

Partie II : De l’assignation à la sollicitation maternelle.

II-1. Être jeune femme et pauvre à Recife. Une « assignation diffuse » à la maternité.

"Queríamos filhos, mas nunca planejou...[138]*"*
Esmeraldinha, 25 ans, à l'IMIP.
Recife, avril 2006.

Tel que nous l'avons suggéré dans la première partie de ce travail, l'entrée dans le cycle maternel des jeunes femmes de milieu populaire est une donnée importante pour comprendre comment se développe l'expérience de la maternité, et notamment la normativité à partir de laquelle se construit l'expérience régulée. La « maternité adolescente » est devenue un enjeu médiatique et politique avec des répercussions sur les recherches en sciences sociales. Il n'est pas anodin que la plupart des travaux en sociologie ou en anthropologie de la maternité, qui se développent depuis les années 80 en Amérique latine, portent souvent sur les « adolescentes ». L'intérêt que ce phénomène suscite, au moins au Brésil, se trouve dans l'augmentation du nombre de filles de moins de 19 ans, qui deviennent mères, malgré le fait que, contrairement à leurs propres mères, elles vivent dans des zones urbaines et qu'elles ont, en général, un niveau scolaire plus élevé, et un plus grand accès aux moyens contraceptifs, à l'information et au marché du travail. Tel que le souligne De Santo (2005), les changements socioculturels qui contribuent au déclin de la fécondité dans certaines classes d'âge (et nous rajoutons, dans certaines classes sociales) produisent un effet contraire chez les adolescentes (et nous rajoutons, de milieu populaire). Cette thématique est aussi vécue comme un problème social par les habitants des quartiers pauvres et par les acteurs de terrain. Ainsi, lors d'une première réunion du programme ESAM (Programa Educação da Saúde da mulher- Programme éducation de la santé de la femme), organisée Agente Communautaire de santé (ACS) les femmes du quartier devaient choisir le premier thème qu'elles souhaitaient aborder : le sujet a été celui de la « grossesse à l'adolescence[139]».

Dans la microrégion sanitaire 6.3, où se trouve le Pantanal, le pourcentage de femmes entre 15 et 17 ans avec un enfant est passé de 5,72% en 1991 à 10,62% en 2000. Cette tendance n'a, apparemment, pas cessé de croître. Parmi notre population d'étude, tant

[138] « On voulait des enfants, mais on a jamais plannifié » (traduction de l'auteure).
[139] Extrait journal de terrain, Pantanal, Recife, 22/09/08.

chez les femmes rencontrées dans les maternités publiques que dans le quartier du Pantanal, nombreuses sont celles qui ont eu leur premier enfant à un âge assez jeune. Même si l'âge de la femme au moment d'avoir son premier enfant a une amplitude de variation assez importante d'une femme à une autre (de 15 à 34 ans), il n'en reste pas moins que c'est souvent avant la vingtaine que les femmes deviennent mères. Chez les femmes du Pantanal, l'âge moyen est de 19 ans, et chez celles rencontrées dans les maternités publiques, l'âge moyen du premier enfant est de 20 ans. Ce chiffre est néanmoins à relativiser du fait du tabou que représente l'avortement, ce qui peut expliquer cette différence des moyennes chez les femmes du Pantanal, notamment celles avec qui nous avons pu établir des relations plus durables – au bout de quelques heures de conversation, nous apprenions qu'elles avaient eu des avortements antérieurs – une complicité que nous n'avons pas pu établir avec les femmes rencontrées dans les maternités. Il n'en reste pas moins que l'entrée dans l'âge maternel se fait relativement tôt. Le mot « relatif » n'est pas ici un ornement, mais bel et bien un enjeu social. Âge « relativement » jeune, car il est ainsi jugé par les instances de régulation qui visent à l'élever ; mais surtout « relatif » car il n'est pas vécu ainsi par les femmes elles-mêmes et leur entourage. Silvia, femme d'une quarantaine d'années et grand-mère de cinq petits-enfants, nous parle de sa voisine qui venait de partir de chez elle : *« elle a perdu sa grossesse, elle a perdu son enfant parce qu'elle était trop vieille pour être enceinte »;* et quand on lui demande l'âge de sa voisine, elle répond : *«ah, elle doit avoir 32 ans* [140]». A l'instar de ce qu'a pu constater Scott à la fin des années 90 et au début des années 2000, nous observons les mêmes processus objectifs et subjectifs amenant les jeunes femmes à *« anticiper le passage par les âges vitaux* » (Scott, 2001 :61). Devient alors évidente la nécessaire déconstruction par le chercheur de ses propres valeurs quant à l' « âge adapté » pour avoir un enfant, pour ne pas se voir mis en échec par les acteurs eux-mêmes. L'anthropologue Véronique Durand relate, par exemple, comment une jeune fille d'un quartier populaire de Recife la rappelle à l'ordre sur son propre métier : *« En quoi ça te dérange qu'on soit enceinte ? Quel est le problème pour toi ? Parce que pour nous, il n'y en a pas »* (Durand, 2005 : 166). Ce qui rappelle justement que ces « âges vitaux » sont des constructions culturelles différenciées. Cependant, les femmes vivent aussi cette anticipation comme une transgression à la norme. Et, face à des logiques de reproduction de ce que leur propre mère a vécu, elles véhiculent des représentations adhérant à une gestion de la reproduction qui retarde l'âge du cycle

[140] Extrait journal de terrain, Pantanal, Recife, 18/05/06.

maternel. Tel qu'on l'a vu, la question de la « maternité adolescente » est considérée comme le premier problème du quartier dont les femmes veulent parler. Autrement dit, les sphères normatives s'entrelacent, se confrontent, d'où le fait que la grossesse chez une jeune fille soit souvent narrée comme un « accident » dans la trajectoire, mais vécue « normalement » par elle, sa mère et son entourage.

II-1-a. Socialisations de genres et responsabilités face à « l'accident ».

Lors d'un projet vidéo[141] sur la « maternité adolescente » auquel nous avons été amenés à participer sur le terrain, on demandait aux jeunes filles et garçons ce qu'ils attendaient dans un futur proche. Leurs réponses laissaient voir qu'ils aspiraient à des opportunités de mobilité sociale par les études, notamment dans des filières courtes et techniques comme l'infirmerie, le tourisme, le journalisme ou la carrière militaire. Ils disaient que le fait de devenir père ou mère aurait des conséquences du point de vue de leur *« épanouissement personnel »*, qu'ils allaient devoir *« abandonner leurs rêves »* et devenir plus *« responsables »*.

Il est intéressant de remarquer comment cette responsabilité varie selon le genre. Pour les filles, la responsabilité recouvre l'enfant à venir et elles-mêmes : *« Je devrai abandonner mes rêves et prendre en charge mon enfant et ma vie personnelle», « me consacrer davantage à moi et à mon enfant »*[142]. *(Teria que abandonar meus sonhos e teria que tomar conta do meu filho e de minha vida pessoal) (Teria que dedicar mais a mim e ao meu filho).* Alors que chez les garçons, la responsabilité comprend leur conjointe et l'enfant ; il s'agit là d'un changement qui s'effectue en dehors d'eux-mêmes, et dont ils ne voient que les contraintes extérieures. *« Je devrais me consacrer à elle et à l'enfant, et arrêter de m'occuper de mes choses à moi » « j'arrêterai de jouir de la vie (curtir a vida) pour me consacrer à elle » ; « aller travailler pour subvenir à ses besoins et à ceux du bébé » ; « abandonner mes études pour subvenir à leurs besoins ». (Deveria me dedicar a ela e ao filho, e deixar as minhas coisas),(ja não curtiria mais de minha vida para me dedicar a ela)(vou ter que sair de meus estudos pra sustentar ela e o néném).* Au-delà des valeurs individuelles d'accomplissement de soi (par la mobilité, par l'instruction, par le fait de « réaliser leurs rêves »), tant chez les filles que chez les garçons, ils divergent dans la

[141] Projet vidéo "A gravidez na Adolescência" (La grossesse à l'adolescence), porté par une ACS à la suite de la première réunion ESAM (Éducation santé de la femme) de l'unité de santé de Pantanal, sur le même sujet. 10 jeunes filles et garçons de Pantanal ont participé en répondant les questions (assez directives) de l'ACS sous l'œil de ma caméra. 27/09/2008.

[142] Extrait vidéo, Pantanal, Recife, 27/09/08.

représentation qu'ils se font d'un futur enfant. Chez les filles prime une vision dyadique[143] d'elles-mêmes et de leur enfant qui s'insère dans leur famille d'origine – *« j'habite encore chez ma mère » (moro ainda com minha mãe)* – comme contexte de survenue d'une grossesse. Pour les garçons, la grossesse rime avec « famille conjugale » et avec leur fonction de père pourvoyeur, adhérant ainsi à une vision idéalisée de la famille. Pour les jeunes filles, nous remarquons que le changement de statut est déjà envisagé comme une prise de responsabilité sur elles-mêmes : *« maintenant je n'ai pas de responsabilités, (si j'étais enceinte) je devrais prendre en charge ma vie personnelle ». C*ette idée de « se prendre en charge » semble liée non pas tant à une indépendance économique vis-à-vis des parents, mais plutôt au fait d'être capable de se *soucier de soi* et d'un autre, au fait d'« assumer » la responsabilité d'un enfant, puisque tant qu'on n'a pas d'enfant *« on n'a pas de responsabilités »*.

Ceci est en rapport aux modes de socialisation des jeunes de milieu populaire à Recife, où les médias, notamment la télévision et Internet, jouent un rôle fondamental. Une anecdote cocasse montre la place de la télévision dans l'espace domestique en milieu populaire : quand l'ACS est en train de décider l'horaire de la première réunion de femmes, l'ESAM, et de faire un sondage auprès des femmes qu'elle invite, l'une d'entre elles lui demande pourquoi elles ne se réuniraient pas le soir, à partir de 19h, vu qu'elles sont nombreuses à travailler le matin. L'ACS répond que c'est déjà assez dur comme ça *« de faire venir les femmes, sans avoir à se mettre en compétition avec ' Globo' (grande chaîne télévisuelle brésilienne, transmettant des feuilletons le soir). Comment je fais pour arracher ce monde-là à la télé*[144]*? » (Porque ai, jà esta competindo com a Globo ! como é que faz pra despegar o povo ?).* Des observations menées dans le quartier viennent confirmer ce que montrent certaines recherches sur l'influence de la télévision et notamment les "telenovelas" (feuilletons télévisés) dans les changements des modèles de comportement et des relations de genre en milieu populaire, certaines d'entre-elles leur attribuant un rôle dans la chute de la fécondité dans le Nordeste (Faria et Potter, 2002). Ainsi, lors de visites dans les maisons de Pantanal, nous avons pu témoigner des prises de parti des uns et des autres concernant les imbroglios conjugaux et familiaux des personnages des feuilletons. Les jeunes

[143] Ceci peut être mis en parallèle avec ce que Woortmann (1987) appelle « les dyades maternelles », l'unité mère-enfant, qui constitueraient en milieu populaire brésilien, « l'unité élémentaire de la parenté ».

[144] Extrait du journal de terrain, Pantanal, Recife, 28/08/08.

filles valorisent fortement l'autonomie féminine présentée dans les feuilletons télévisés non pas tant par le biais de la sexualité ou de l'autonomie économique, mais plutôt par la remise en question des cadres d'autorité traditionnels. Une jeune fille nous a dit, indignée, *« elle est bête, celle-là »*, en se référant à un personnage féminin qui est en train de pleurer car son père rejetai son amoureux ; selon elle le personnage n'avait qu'à prendre la fuite avec son amoureux qui de toute façon *« a assez d'argent pour s'occuper d'elle*[145]*»*. De la même manière, les personnages masculins les plus appréciés sont souvent ceux qui véhiculent l'image des nouvelles masculinités : plus sensibles, plus complices et « amis », au détriment de ceux qui incarnent l'autorité. Certains stéréotypes de genre véhiculés par les médias restent très ancrés, comme l'image de la femme objet érotique et tournée *vers les autres*, dans une posture de *sollicitude*, et de l'homme fort, intrépide et courageux, tourné *vers lui-même.*

Figure 12 : Jeunes filles et jeunes garçons de Pantanal. © Martín Fabreau.

Les modes de socialisation sont différenciés entre filles et garçons et tracent à leur tour la distribution des possibilités expérientielles liées aux rapports de genre en milieu populaire. Le jeune garçon est amené à vivre la *rue*, la jeune fille, la *maison*. Ceci ne veut pas dire « vivre dans la rue », ou « dans la maison » ; ceci veut dire vivre deux mondes normatifs différents, au-delà des limites spatiales que supposent ces deux lieux. Nous nous référons, ici, à la distinction effectuée par Roberto Da Matta (1997), dans son articulation aux genres : *"a casa e a rua" (la maison et la rue)*. Ces deux univers symboliques supposent des socialisations différenciées, des pratiques et des attitudes, en somme ; nous pourrions dire des *habitus* spécifiques aux hommes et

[145] Extrait du journal de terrain, Pantanal, Recife, 23/08/08.

femmes de milieu populaire. Lorsque ces normes sont transgressées, leur force devient visible. Ainsi, plusieurs jeunes filles vivant en dehors de la maison familiale, chez des amis, voisins ou conjoints, sont très mal vues dans le quartier, notamment par les autres femmes. De même, la rue, lieu par excellence des pratiques illicites, n'est pas un lieu pour les jeunes filles. Les propos à leur égard sont plus accusateurs que ceux qui visent les jeunes garçons vivant de la même façon. Ainsi, un jeune couple habitant une petite baraque dans le quartier est connu pour fumer de la marijuana, vivre de jobs divers et faire de la capoeira. Alors que plusieurs personnes nous disent du mal d'Adriana, jeune fille de 22 ans, *« une dévergondée »*, qui *«sort avec d'autres garçons et transmet (à son conjoint) des maladies sexuellement transmissibles »*, lui c'est un *« garçon très bien »*, qui *« a fini ses études secondaires »* et est *« un fils de médecin*[146]*»*.

En milieu populaire, la famille est un monde moral (Sarti, 1996) vécu différemment chez les hommes et les femmes. Si les hommes en ont une vision idéalisée et en lien avec l'« honneur » qu'elle peut leur procurer dans l'espace public, dans la *rue* ; les femmes ont une vision de la famille plus réaliste ; elle est vue comme un champ de luttes, où les contraintes sont aussi fortes que les satisfactions. Autrement dit, les filles ont une vision de la famille liée aux relations concrètes qui s'y développent, aux activités domestiques et aux rapports de pouvoir auxquels elles s'exposent surtout par « la violence » des hommes. Les garçons se réfèrent contrairement, à la famille comme un « corps », solidaire et distinct du « monde violent » de la « rue » (Scott et *al.* 2002).

Ce sentiment est d'autant plus fort chez les jeunes femmes qu'elles sont soumises à l'autorité des hommes et des femmes plus âgées en ce qui concerne leur sexualité. Les observations révèlent que c'est surtout cette autorité de femme à femme qui est la plus lourdement ressentie par les jeunes filles. *« Ma mère ne voulait pas que je sorte avec mon amoureux », « ma mère m'a interdit de sortir »*, etc. En effet, deux phénomènes viennent expliquer cette autorité de mère à fille : tel que nous l'avons déjà indiqué, il s'agit de familles non seulement matrilatérales mais aussi à forte composante féminine, où l'autorité intrafamiliale envers les enfants se trouve, effectivement, souvent du côté de la femme. D'un autre côté, ces femmes âgées sont beaucoup plus vigilantes vis-à-vis de la sexualité des jeunes filles que de celle des garçons. Nous sommes face à une

[146] Propos récoltés informellement, Journal de terrain, septembre 2008.

double morale sexuelle très présente en milieu populaire, notamment chez les plus jeunes. Les jeunes filles représentent dans ce sens *« le capital symbolique de la morale familiale* » (Scott *et al*. 2002: 217). Gerlane (16 ans) est allée habiter avec son amoureux (22 ans) quand elle avait 14 ans, suite aux pressions de sa mère. Ils se fréquentaient depuis deux mois quand sa mère lui a dit que si elle *« sortait avec lui, ils devaient se marier, alors on s'est marié »* ; *« avant elle n'aimait pas (mon fiancé), maintenant elle veut un petit-fils* [147]*». (Porque a gente ficou junta, aí ela falou se quer ficar tem que casar, aí a gente se casou. Minha mãe não o queria, mas agora ela quer mesmo um neto).* Les filles disent « cacher » à leur famille leur partenaire, ainsi que l'usage qu'elles font des préservatifs ou des pilules. Mais nous pouvons aussi supposer que ce n'est pas tant une question de « morale familiale », amenant les femmes plus âgées à contrôler la sexualité des jeunes filles, mais bien de distribution asymétrique des responsabilités parentales lesquelles, en cas de grossesse, incomberont à la famille maternelle. Dans l'insistance de la mère de Gerlane pour qu'elle « se marie » (mise en ménage), on peut voir non pas tant le refus d'une sexualité avant-mariage, mais plutôt le souci de la formation d'un autre ménage face à la possibilité d'une grossesse. Lors de la préparation de la première réunion de femmes sur l'éducation à la santé pour les femmes (ESAM), organisée à Pantanal, l'ACS se félicitait des deux pancartes qu'elle avait collées dans la salle de l'association du quartier, où allait avoir lieu la réunion. Elle avait trouvé deux adages populaires illustrant la thématique de cette première rencontre: la grossesse à l'adolescence. La première pancarte disait : *« Les enfants de ma fille sont mes petits-enfants. Ceux de mon fils, le seront-ils? » ("Filhos de minha filha, meus netos são. E do meu filho, serão ou não?").* La deuxième affiche : *« Ceux qui ont des petites chèvres, qu'ils les gardent sous la main, car mon bouc est relâché » (quem tiver suas cabritas prendam, que meu bode esta solto).* C'est par ces phrases que l'ACS commence la réunion en les faisant lire à chaque femme. Les femmes les lisent, acquiescent et commencent à parler, à rire, à dire combien ces phrases sont vraies. Elles se disent d'accord en tant que grand-mères. Une jeune femme augure déjà du moment où elle sera grand-mère : *« ah, mais c'est clair, les enfants de ma fille, je sais qu'ils seront à moi ; alors que ceux de mes fils… »*. Mais elles se rappellent aussi le moment où elles sont devenues elles-mêmes mères et le regard porté sur elles par leur

[147] Il faut rappeler la différence et les frontières entre ficar/namorar/casar. Le premier terme relève de la relation sexuelle, sans engagement et sans continuité. Le deuxième correspond à ce qu'en français on appelle « les fiançailles ». « Casar », n'est pas « se marier » dans le sens formel du terme, mais s'applique en milieu populaire urbain à la mise en ménage. Ici, quand Gerlane parle de « casar » elle fait référence à la mise en ménage. (Scott et *al. Ibid*., 2002 : 218-222).

belle-famille: *« Quand Vitor est né, ma belle-sœur m'a dit qu'il ne ressemblait pas du tout à mon mari »*. Une autre femme : *« Ma belle-mère m'a demandé si c'était bien l'enfant de son fils. Ce qui est dur, ce sont ces mots qui restent toute la vie* [148]*»*. La suspicion retombe sur les jeunes filles, ces « petites chèvres » que chaque famille doit alors amarrer pour conserver la réputation familiale, mais aussi pour conserver la maîtrise du nombre de membres de l'espace domestique, étant donné qu'il y a de fortes chances pour que le nouveau-né intègre seulement la lignée maternelle. En effet, l'appropriation de l'enfant par la famille maternelle est le cas de figure le plus courant lorsqu'une jeune fille donne suite à une grossesse ; une appropriation qui se joue aussi au moment de la décision de poursuivre la grossesse. Alors que pour les garçons la paternité reste « incertaine » et sans la sûreté de trouver dans la famille d'origine un support social, l'assignation à la maternité chez les jeunes filles se crée dans une maille de relations qui lui offre une base sociale de légitimité. Ceci se traduit par une asymétrie culturelle et sociale des genres non seulement dans l'exercice réel de la filiation quotidienne, mais aussi dans la projection subjective du lien de filiation chez les garçons et les filles. Rappelons les différentes réponses données à la question de savoir quel impact aurait une grossesse dans leurs vies, posée lors de la séance vidéo. La représentation des jeunes filles était portée vers une relation dyadique qui prendrait place dans leur famille d'origine, plus que dans une configuration nucléaire[149].

II-1-b. Les issues stratégiques de la réalisation de soi.

Au-delà des conditions propres aux relations d'autorité au sein des relations familiales, qui font apparaître la maternité comme une porte de secours pour les jeunes filles dans l'accès à l'âge adulte, il faut articuler cette possibilité de passage avec toutes ces autres portes qui semblent, au pire, closes et, au mieux, de difficile accès. Nous parlons ici non seulement des possibilités d'accès au marché du travail pour ces jeunes femmes, en particulier, et pour les jeunes des deux sexes des quartiers périphériques en général ; mais aussi d'autres possibilités objectives d'« épanouissement de soi », l'objectivation de la valeur de l'« épanouissement du soi » individuel. Si, dans l'ensemble, il y a eu une élévation des niveaux de la scolarité dans la ville de Recife, ce que montrent les taux d'analphabétisme, passant de 9,54% en 1991 à 4,56% en 2001, chez les

[148] Extraits journal de terrain, Pantanal, 24/09/2008.

[149] Même si, tel que nous le verrons, pendant l'expérience de la grossesse la projection d'inscription dans une famille « nucléaire » réapparaît avec force et est souvent déterminante à l'heure de donner suite à une gestation.

adolescents entre 15 et 17 ans, et de 9,78% à 4,88% chez ceux entre 18 et 24 ans, les différences entre quartiers persistent. Ainsi, nous savons que les niveaux de scolarisation sont assez bas chez les jeunes des quartiers populaires, comparés à ceux des jeunes des classes moyennes et aisées, malgré le fait qu'ils partagent des pratiques et valeurs culturelles similaires. En 2000, à Pantanal, les jeunes entre 15 et 17 ans avec moins de quatre ans d'études représentaient 13,10% et seuls 33,48% se trouvaient dans l'enseignement secondaire, alors qu'à Boa Viagem, 80% des adolescents entre 15 et 17 ans suivaient des études secondaires et ils n'étaient que 5% à avoir moins de quatre ans d'études.

Concernant le lien entre déscolarisation et maternité adolescente, il est souvent formulé dans un sens univoque, à savoir que la survenue d'une grossesse éloignerait les filles de l'école. Cependant, c'est un constat à nuancer car, habituellement, les jeunes filles ont déjà quitté l'école lorsqu'elles deviennent mères. Un lien de corrélation inversé peut alors être envisagé, l'expulsion du système scolaire expliquant l'inclination vers la maternité. Mais il semblerait plutôt qu'on soit face à des trajectoires plus complexes, où l'expulsion n'est jamais définitive, où les allers-retours entre les mondes du travail, scolaire et domestique se perpétuent au moins jusqu'à un certain âge. Priscila, 17 ans, lorsque nous l'avons rencontrée pour la première fois, était enceinte de trois mois et depuis avait arrêté l'école pour travailler un an elle. *« J'ai arrêté l'école, l'année dernière. J'ai commencé à travailler dans un magasin, là j'ai arrêté l'école, mais seulement pour un temps. Après j'ai essayé à nouveau, l'année dernière, (de reprendre les études secondaires), mais je n'y suis pas arrivée, et là ce n'était plus possible (en raison de la grossesse) ; mais je crois que l'année prochaine je vais encore essayer (de poursuivre les études)*[150] *». (Eu parei de estudar, comecei um trabalho numa loja e parei de estudar, so um tempinho. Eu parei o ano passado, esse ano tentei mas não consegui, e este ano já não da mais por conta da gravidez mas acho que o ano que vem começo de novo).*

Heilborn et *al.* (2002) l'ont remarqué dans un travail comparatif sur la grossesse à l'adolescence, chez des jeunes issus des classes moyennes et des jeunes de milieu populaire. Alors que, pour les filles de milieu plus aisé, la grossesse vient faire rupture dans un parcours scolaire qui était jusqu'alors linéaire, chez les filles de milieu populaire, cet événement s'insère dans une trajectoire déjà marquée par l'irrégularité des carrières scolaires. Gerlane, par exemple, qui a 16 ans et vit avec son conjoint

[150] Entretien Priscila, Pantanal, Recife, 24/05/2006.

depuis deux ans sans jamais avoir été enceinte, a fait des études jusqu'à la sixième année (école primaire) et a arrêté pour travailler dans le commerce de rue de sa mère qui vend des vêtements ; ce n'est qu'au moment de notre rencontre qu'elle commençait à envisager d'avoir un enfant. Deux ans après la première rencontre avec Priscila, elle nous dit qu'elle n'a pas pu reprendre ses études car elle a dû beaucoup s'occuper de sa petite, Bianca, qui a subi cinq hospitalisations depuis sa naissance à cause de problèmes broncho-pulmonaires et d'asthme. Elle a dû *« se désinscrire» (trancar a matricula)* mais elle a *« envie de retourner à l'école », (voltar pra escola)* elle a *« envie de finir ses études »* pour *« avoir un diplôme de journaliste » (terminar pois gostaria ter um diploma de jornalismo)* et travailler pour sa communauté, *« et dire les bonnes choses qui se passent ici*[151] *» (pra falar das coisas boas na minha comunidade).* Il est évident que, même si la maternité n'est pas la raison de l'abandon des études, le fait de prendre en charge les soins d'un enfant limite le retour à l'école, du moins lorsque personne dans le réseau de la jeune femme ne peut prendre en charge à sa place les soins du nouveau-né.[152]

Pareillement, l'accès aux postes de travail durables, rémunérateurs et prestigieux est assez ardu pour ces jeunes personnes dans un contexte structurel de chômage et d'informalité. Selon la distribution des catégories socioprofessionnelles de la ville, 9% de la population occupe des postes à haut niveau de prestige, comme les professions libérales et industrielles, alors que 60% se trouvent dans la catégorie du « tertiaire sans qualification[153]». Les garçons travaillent assez tôt en dehors de la maison, notamment dans la construction et le commerce informel, voire illégal. Les filles se débattent entre le travail « d'employées domestiques » dans des « maisons de famille », qu'elles associent à leur mère par rapport auxquelles elles aimeraient se différencier, et le commerce, dans des boutiques ou dans la vente informelle de rue. Mais souvent ces emplois ne sont pas vus comme du véritable travail, et à plusieurs reprises elles répondent par la négative à la question de savoir si elles travaillent : *« Non, je fais du ménage »*. Il faut peut-être voir là le signe du manque de professionnalisation et de formalisation du travail domestique qui semble néanmoins aujourd'hui en bonne voie (Vidal, 2008). Mais il est certain que ces jeunes femmes travaillent dans des emplois

[151] Entretien Priscila, Pantanal, Recife, 09/09/2008.

[152] Priscila vivait avec ses frères et sœurs et leur mère, qui a accouché presque en même temps qu'elle de son fils cadet. Les deux femmes ont vécu simultanément leurs grossesses et partageaient les tâches domestiques et les soins des enfants de la maison.

[153] Source : Document *"Como anda a região metropolitana do Recife ?"* de l'Observatorio de Pernambouc de Politicas Publicas e Praticas Socio-ambientais (UFPE/FASE), septembre 2006, p 26.

précaires et informels, qui ne leur assurent pas de droits sociaux liés à la maternité, ce qui devient déterminant dans les bifurcations des trajectoires lorsqu'elles tombent enceintes.

Pourtant – et malgré les conditions objectives conduisant une jeune femme de milieu populaire à se tourner vers la maternité dans la recherche d'un statut valorisé et lorsque la « réalisation de soi » devient difficile par la voie de la mobilité sociale, économique ou scolaire et dérive vers une désaffection de l'école et un désenchantement du monde du travail – des processus d'identification genrée sont bien à l'œuvre. Ces processus d'identification à la maternité ne sauraient être assimilés à la simple reproduction à l'identique d'un *habitus* féminin en milieu populaire et méritent une approche faisant place à la subjectivité des jeunes femmes, subjectivité qui est le produit d'un ensemble de logiques sociales actuelles, les conduisant à occuper une place assignée.

II-1-c. Prendre une place par « accident ».

L'*assignation* à la maternité se présente cependant de manière *diffuse* et ceci pour deux raisons. Non seulement l'émetteur de l'invitation à « prendre place » n'est pas une figure identifiable, isolable et permanente, mais cet appel à « occuper sa place » n'est pas purement contraignant et trouve également sa réponse dans un *« désir d'assignation »* de la part des jeunes femmes à la recherche d'une *place sociale*[154].

Les cadres normatifs à l'intérieur desquels ces jeunes femmes évoluent sont assez hétérogènes, mais ils convergent vers l'inclination à la « réalisation de soi » par la maternité. Ces cadres normatifs deviennent « vagues », ou moins forts, justement de par leur hétérogénéité. Il y a d'abord des normes plus sédimentées en milieu populaire, telle la valorisation de l'enfant, par sa valeur symbolique et relationnelle, comme l'a démontré Claudia Fonseca dans ses travaux sur la circulation d'enfants et que nous avons attesté. Lors des conversations informelles ou par entretien, jamais des plaintes et/ ou des critiques n'étaient adressées à la figure infantile ; au contraire, les femmes disent *« adorer »* les enfants en général et les leurs en particulier. Comme pour les représentations sur la famille, des différences apparaissent entre filles et garçons

[154] Comme possibilité d'occuper une fonction, un statut et un rôle dans la structuration d'un espace social, selon une logique de mise en valeur de cette place.

lorsqu'il s'agit d'imaginer les liens avec les enfants. Si les garçons ont une approche ludique et puérile des plus petits, les filles participent depuis leur très jeune âge au travail de *care* auprès de leur fratrie ou chez leurs voisins, et elles sont nombreuses à dire, d'une façon ou d'une autre, des phrases semblables à celle d'une femme du quartier, de 23 ans, mère de six enfants: *« une maison sans enfants est une maison triste»*. La valeur symbolique de l'enfant est mise en lumière dans les célébrations qui l'entourent, comme le baptême ou le premier anniversaire. Ces fêtes sont des moments très importants pour les familles, car elles participent à l'actualisation du réseau social qui se crée autour de l'enfant : marraines, parrains, amis, parents et voisins invités sont ainsi introduits dans un système d'échanges qui est appelé à perdurer. C'est la teneur sociale qui sous-tend la valeur symbolique de l'enfant car il permet de créer et de recréer le réseau social. Lors de la fête de baptême du deuxième fils de Marinalva, les personnes invitées ont été préalablement sélectionnées par elle et son mari, et elles ont reçu une carte d'invitation. Au-delà de l'« étrangère » (la chercheuse) qui était censée apporter une touche de prestige à la célébration, les personnes pouvant faire partie d'un réseau d'entraide effectif sont venues de plusieurs lieux de la ville et même de l'intérieur de l'état du Pernambouc. Lors de ces réjouissances, les deux personnes glorifiées sont évidement, l'enfant et la mère, du moins celle qui est capable de tenir son rôle. Ce sont aussi ces moments où, de manière ritualisée, l'on pousse les jeunes filles à prendre les bébés dans leurs bras et où on les questionne sur leurs futurs enfants[155]. Les jeunes filles sont sollicitées par les femmes ayant des enfants afin de les aider dans leurs activités domestiques et dans les soins aux enfants – et cela non seulement à l'intérieur d'une même famille, mais aussi entre voisins ou amis. Il y a, nous le voyons, non seulement une socialisation de genre au sens limité d'une transmission/reproduction de savoir-faires et de manières de sentir ou de s'intéresser à un enfant, mais il y a aussi des processus de *sollicitation* engageant des acteurs nécessairement « actifs ». Non seulement ces sollicitations prennent des formes précises (aider à faire à manger, passer le balai, changer les couches d'un nouveau-né, etc.) de la part de celui qui sollicite, mais celui qui reçoit la demande est déjà prêt à la recevoir, il est en « disposition ».

Cette disposition à occuper la place « maternelle » est liée, comme nous l'avons dit, à l'impossibilité d'occuper d'autres places. Notons que la question de la *place sociale*,

[155] Extrait journal de terrain, Pantanal, Recife, 22/09/08.

telle que nous l'entendons, nous renvoie à la question du « lieu », à l'espace urbain et ses frontières physiques et sociales. Non seulement l'accessibilité à certaines *places* est objectivement réduite, mais elle opère surtout à un niveau subjectif par la délimitation des possibles. Une ACS voit l'impossibilité subjective pour ces femmes de songer à d'autres places en lien avec le verrouillage social du quartier : *« beaucoup commencent à sortir (avec des garçons) dès l'âge de 12, 13, 14 ans (…) Elles ne font pas d'études en dehors du quartier, et ça donne une autre vision ; hors de Pantanal, je crois qu'elles ne seraient pas comme ça. (...) c'est un monde fermé ici, à Pantanal. Si elles continuent comme ça, à vivre ici, dans cette routine d'ici, dans leurs familles, je crois que ça va être difficile (de réduire les grossesses à l'adolescence)*[156]*». ("E muitas delas começam aos 12, 13, 14 anos a namorar...Não fazem curso afora, porque eu acho se elas fazerem um curso fora, isso dá outra visão, fora do Pantanal, acho que elas não ficariam assim. Mas elas, olha só, é um mundo fechado aqui dentro, o Pantanal. Se elas continuasem aqui, vivendo aqui, nessa rotina daqui, nas suas familias, aí eu acho difícil. E futuramente vai acontecer isso").*

Au-delà de la « fermeture » du quartier, c'est aussi son ouverture à des valeurs « extérieures » qui agissent sur l'assignation. Nous ne pourrions pas retranscrire ici la quantité de panneaux, affiches, images et messages interpellant les jeunes femmes sur leur future maternité. Ces messages, notamment émis par les médias, prennent la forme d'une interpellation au négatif – *« Faire un enfant n'est pas un jeu », « faire un enfant c'est facile, ce qui est difficile c'est de l'élever »* - laquelle, paradoxalement, ne laisse présager aucun autre destin que la maternité. Cependant, celle-ci doit être normalisée temporellement et les messages disent en effet : *« Tu ne seras pas mère pour l'instant »*, ce qui laisse présager le *« tu le seras plus tard »*. Nous reviendrons ci-dessous sur cette question des modulations temporelles des normes reproductives. Restons sur l'« assignation diffuse ».

Les processus de normalisation de genre, qui pourraient être assimilés à des cadres traditionnels de comportement guidant la socialisation des jeunes filles, s'articulent cependant à des normes issues du *« nouvel esprit du capitalisme »* (Boltanski et Chiapello, 1999) comme celles de la liberté individuelle, du désir et de la réalisation de soi, lesquelles circulent aussi en milieu populaire. L'individualisme chez ces jeunes filles se dessine comme une donnée positive, tournée vers la réalisation de soi ; et proche peut-être de l'individualisme de la bourgeoisie tel que décrit en France par

[156] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 06/07/06.

Pinçon et Pinçon-Charlot (2000), c'est-à-dire, un individualisme « théorique » qui se traduit dans la pratique, par des formes de collectivisme. Sauf que dans notre contexte de recherche ce collectivisme ne vise pas la reproduction des capitaux, comme dans le cas de la bourgeoisie, mais plutôt la survie des membres. Nous pouvons donc supposer qu'en milieu populaire à Recife, c'est ce collectivisme *pratique* qui permet l'adhésion à des formes d'un individualisme *idéel.* Les jeunes femmes trouvant ainsi, dans l'un et dans l'autre, les bases matérielles, sociales et subjectives de légitimation de leur future maternité. Autrement dit, le cadre social où *« des individus reproduisant des individus »*, selon la formule d'Ouellette et Dandurand (2000), n'est possible que parce qu'il opère de manière *« fictive »* dans une structuration relationnelle existante.

Dans ce sens, l'imaginaire individualisant permet que cette assignation à la maternité ne soit pas vécue de manière contraignante mais généralement comme véritable « choix » de la jeune fille. La logique intégrative à des modèles familiaux et de genre n'est pas ici détachée des logiques stratégiques. C'est dans la conjonction des représentations familiales ainsi que des responsabilités plus lourdes qui retombent sur les jeunes filles, notamment en termes de sexualité et de travail domestique, qu'elles chercheront à s'autonomiser par rapport à leur famille d'origine. C'est la thèse suggérée par Parry Scott : *« Pour les jeunes, qui expérimentent une dépendance domestique depuis leur naissance, sortir du joug de l'autorité parentale est une déclaration d'autonomie et individualité (…). Les parents ne conseillent pas aux filles de tomber enceintes (…) mais en revanche il est évident que (ceci amène) à réabsorber positivement la jeune, ou le jeune couple, dans le groupe qui inclut les parents, nouveaux grands-parents »* (Scott, 2001 : 68). Ainsi, l'individualité proclamée de la jeune fille, par la maternité et dans le but de se *« sentir réalisée »*, est ré-englobée par les relations familiales sous l'empreinte de l'affectivité et des responsabilités. Si la jeune fille voit la maternité comme possibilité de prise d'autonomie, cette « prise d'autonomie » par changement de statut n'est possible que si elle se déploie au sein de la vie domestique qui se déroule, notamment, dans la maison maternelle.

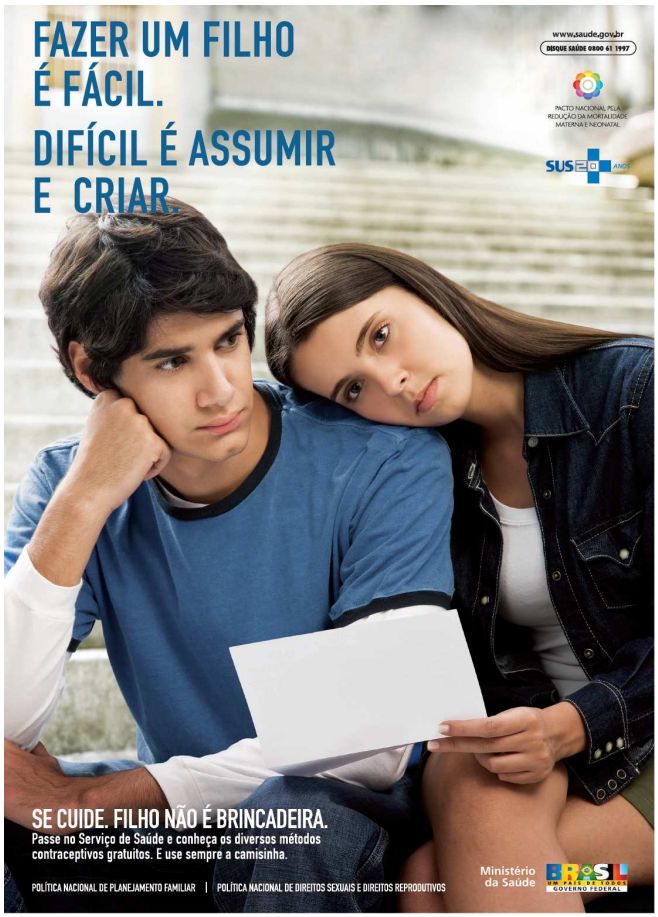


Figure 13: "Faire un enfant est facile, c'est de l'assumer et de l'élever qui est difficile", M.S, 2008, Brésil.

Autrement dit, si la grossesse est souvent perçue et présentée comme un « accident » par les jeunes femmes, et saisie ainsi par les programmes et actions publiques, plus les conversations s'approfondissent, plus la femme se raconte, et plus ces grossesses apparaissent comme des *« accidents planifiés »* (Scott, *ibid.* : 62). Cet oxymore se démembre en plusieurs déclinaisons dans les propos des femmes : *« ça a été une surprise mais voulue »*, *« ça a été un accident dans l'utilisation des ressources, mais je le veux »*. La résolution de ce paradoxe par la viabilité de la grossesse est finalement l'un des passages à l'acte possibles (continuer la grossesse ou l'interrompre) face aux contradictions normatives entourant les jeunes femmes ; un passage à l'acte qui révèle non seulement l'intégration d'un monde normatif plutôt qu'un autre, mais aussi l'existence d'une évaluation stratégique des bénéfices et contraintes ainsi que des possibilités et difficultés relationnelles, sociales et économiques liées à la maternité. Finalement, ce passage à l'acte (qu'il s'agisse de donner suite à une grossesse ou son contraire) doit être vécu comme propre ; en ce sens, l'adhésion à l'*assignation* ou son

rejet, ce sur quoi nous reviendrons plus tard, comporte le travail de l'acteur dans la subjectivation de son expérience.

La subjectivation d'un *« accident planifié »* suppose l'existence d'une interpellation, qui prend la forme d'une *sollicitation*, à l'adresse d'un individu, mais aussi d'un individu manifestant un *« désir d'attachement aux normes »*. L'interpellation, nous l'avons vu, n'est pas seulement donnée par la socialisation des genres, qui porte les femmes au travail de *care*, mais aussi par les injonctions à la « réalisation individuelle » et à l'autonomie, qui ne semblent trouver d'autres issues que par le biais de la maternité. La planification de l'accident nous renvoie donc à la réalisation d'un désir de prise de *« place »*. Un désir d'assignation à une place particulière qui suppose, assurément, l'impossibilité de prendre d'autres places sociales.

Ici, un aparté explicatif devient nécessaire du fait de la *quasi* absence de la notion de *désir* dans les sciences sociales et des nombreuses incompréhensions que son utilisation pourrait induire. La clarification se fait d'autant plus nécessaire que la sphère de la maternité est assaillie par tout un vocabulaire psychologisant et naturalisant. Deux points sont à épurer. D'abord, nous ne prenons pas le désir comme étant un « instinct », ni comme une « pulsion ». Le désir est socialement construit car il est avant tout *« désir d'identification »*. Le désir est ici un désir d'assujettissement, dans le sens de « être attaché à des normes». Un désir de devenir sujet dans des rapports sociaux qui peuvent être autres que ceux de genre. Nous ne fermons pas ici les directions du désir aux lieux du genre, tel que le fait Judith Butler (2002) pour qui l'identification vise un de deux pôles genrés (masculin-féminin) et donc une *forclusion* du désir, ou la perte des désirs « autres ». Nous pourrions alors parler du *« désir d'identification »* comme d'un « désir d'attachement aux normes ». Ce désir d'attachement aux normes, causé par l'incomplétude du soi, ne doit cependant pas être pris dans sa seule performativité, dans la capacité à jouer des rôles, à être plusieurs personnalités sans en être aucune. Si nous adhérons à l'approche artificialiste du *soi* butlerien, nous avons vu que des rapports de pouvoir, d'autorité et de normalisation canalisent ces *soi* incomplets, limitant les places, et les normes, où s'attacher.

Ensuite, la notion de *désir* fait donc référence à la *« précarité du moi »*, à son incomplétude et à la recherche d'attachement qui en découle, mais en aucune manière

nous pré-considérons *l'objet* du désir. Dans ce sens, il est pour nous d'une extrême importance de nous distinguer de toute approche psychologisante en termes de *« désirdenfant »*, selon la formule de Christine Delphy (2002). En effet, Christine Delphy appelle *« désirdenfant »*, en un seul mot, le signe d'un échec du féminisme critique vis-à-vis de la maternité. Selon cette auteure, ce terme est *« totalement sexué »* car il ne s'applique qu'aux femmes. Non seulement il sert à distinguer les femmes des hommes, mais il fait surtout référence à quelque chose qui est en deçà, en amont de la société. Elle dit : *« On a donc affaire non simplement à la constatation d'un désir, mais à une explication, partielle et essentialiste de la différence des sexes»* (Delphy, 2002:68). C'est justement ce que nous cherchons à désamorcer en montrant comment l'*assignation* des femmes à la maternité trouve des formes légitimatrices nouvelles, non plus seulement attachées seulement à la nature mais aussi à la psychologie féminine, tout en mettant en relief le fait que cette assignation n'est pas imposée et en redonnant sa place dans le processus à l'acteur désireux de « prendre place ».

En amont de la maternité, comme expérience, nous trouvons donc une *assignation diffuse* à la maternité en milieu populaire à Recife. Nous avons vu à l'œuvre des logiques d'intégration à des cadres de socialisation genrés, objectifs (comme l'initiation de jeunes filles au travail de *care*) ou subjectifs (comme la projection d'une relation dyadique mère-enfant) ainsi que la force de certaines valeurs culturelles, comme celle de l'enfant en tant que ressource sociale. Nous avons vu aussi des logiques stratégiques participant à l'*assignation*, liées elles-mêmes aux valeurs d' « épanouissement individuel » et à l'envie de s'autonomiser de la famille d'origine et ne pouvant pas se réaliser dans la sphère scolaire ou professionnelle. Finalement, nous avons vu comment l'*assignation diffuse* ne peut pas relever de la simple exécution de la socialisation ou d'une stratégie planifiée en vues de l'« épanouissement individuel ». La subjectivation de l'*assignation* à la maternité trouve dans la notion d'*« accident planifié »* (Scott, 2001) sa concrétion: des acteurs cherchant trouver « une place » la trouvent « par accident ». La question maintenant est celle de savoir comment ce *« désir d'une place »* - qui ne trouve pas de recevabilité dans un *« désirdenfant »* explicite et légitime car il se présente comme *« un accident »* - peut devenir cependant un *« projet d'enfant »* et quels sont les supports institutionnels qui le façonnent.

Autrement dit, quelle expérience font les femmes du passage *« d'un accident planifié »* à un projet *«par accident »* ?

II-2. De l'accident à la grossesse. La construction d'un projet individuel (*a posteriori*) à partir d'une base d'assignation sociale à la maternité.

Malgré la diversité de pratiques contraceptives et de gestion de la reproduction, certains traits sont communs aux femmes. L'un d'entre eux est le caractère inattendu de la grossesse dans notre population d'étude, et cela, malgré une augmentation considérable – quantitative et qualitative – de l'usage des contraceptifs. En 2006 au Brésil, 81% des femmes entre 15 et 49 ans, en couple ou mariées, utilisaient des méthodes de contraception ; dont 77% utilisaient celles dites « modernes ». La stérilisation est la plus répandue (29%), ensuite la pilule (25%) et finalement le préservatif masculin (12%)[157]. Nous ne disposons pas de données statistiques fiables concernant l'utilisation de contraceptifs dans le quartier de Pantanal, mais nous pouvons faire une estimation à partir des données dont nous disposons pour l'ensemble de la ville. Une enquête[158] réalisée entre 2001 et 2003, à Belo Horizonte et à Recife, nous montre que 47% des femmes de Recife, dans la tranche d'âge entre 15 et 49 ans, étaient stérilisées au moment de l'interview (alors qu'à Belo Horizonte elles n'étaient que 31%). De ces femmes stérilisées, 58% étaient « noires » et 35% « blanches ». Il est intéressant de remarquer aussi la plus forte fréquence de l'utilisation des préservatifs chez les femmes « noires » (58% contre 40% chez les femmes « blanches »). Nous savons que la population des Unités Résidentielles (URs), dont celle où se situe Pantanal, ont des forts pourcentages de personnes « noires ou métisses [159]». De même, les femmes des zones plus pauvres du pays, parmi lesquelles nous pouvons placer celles de Pantanal, ont une forte tendance à utiliser de telles méthodes contraceptives.

[157] Source :*PNDS-2006. Relatorio Final*, Pesquisa nacional de demografia e Saúde da Criança e da Mulher, Ministerio da Saúde, Brasilia, 2008.

[158] Miranda-Ribeiro et Junquira Caetano (sous la direction) *Relatorio da SRSR- Saúde Réprodutiva, sexualidade e raça*, vol.1, UFMG/FACE/CEDEPLAR, Belo Horizonte, 2003.

[159] Un « très haut » pourcentage, situé entre 64,6% et 77,4%, selon « O observatório de metrópoles », IPPUR/PPGEO/FACE, 2005.

Les femmes rencontrées dans le quartier, mais aussi dans les maternités publiques, ont des connaissances considérables sur le vaste éventail de moyens contraceptifs aujourd'hui disponibles. À différentes occasions, elles parlent de « l'injection », de « la vasectomie » ou du « préservatif féminin ». Toutefois, trois méthodes constituent dans la pratique « la trinité contraceptive » et correspondent à celles les plus utilisées dans l'ensemble du pays : le préservatif masculin, la pilule et la « solution radicale » qu'est la ligature des trompes[160]. Selon Vieira (2003), s'il y a une connaissance assez étendue des différents moyens contraceptifs, celle-ci est qualitativement très restreinte, surtout chez les femmes de milieu populaire. En effet, elles n'ont pas une connaissance fine du fonctionnement des différentes techniques contraceptives sur l'organisme ni des possibles effets secondaires. De plus, et tel que cela a déjà été évoqué dans la littérature, les méthodes contraceptives ne sont pas utilisées de manière exclusive ni régulière par les femmes de milieu populaire. Dans ce sens, le choix du moyen de contraception n'est pas définitif et le passage d'une méthode à une autre semble lié non seulement au contexte conjugal, familial et professionnel de la femme ou à la disponibilité des différentes méthodes sur le marché public ou privé et à la qualité des informations données sur ces méthodes, mais surtout à l'image que la femme se fait d'elle-même à l'intérieur de ces relations construites autour des pratiques contraceptives[161].

II-2-a. Entre l'intention et l'action : l'accident.

Les femmes soulèvent une ample quantité de dimensions (couple, travail, réseaux d'entraide, lien avec les professionnels de santé) comme étant déterminantes dans la gestion des grossesses, leur viabilité et leur fréquence. Ce qui se distingue dans leur discours est le statut « explicatif » donné à ces dimensions – *« j'étais en couple », « je travaillais », « il n'y avait plus de pilules dans le centre de santé »,* etc. – dans l'exégèse de la gestion de leur reproduction. Dans celle-ci, l'usage de contraceptifs n'apparaît pas comme une action se démarquant par sa rationalité objective mais comme une *intention de rationalité* (Bourdieu et Darbel, 1966). Autrement dit, les pratiques en matière de contraception ont la particularité d'être traversées par le décalage entre l'intention et l'action, tel que le signale Pierre Bourdieu et Alain Darbel

[160] Si certains professionnels parlent d'une réversibilité possible de l'opération, la majorité d'entre eux ainsi que les femmes se montrent sceptiques sur cette possibilité.

[161] Nous reviendrons sur cette question de manière plus approfondie dans la partie consacrée à la stérilisation féminine.

(1966). Dans le modèle théorique sur la fécondité proposé par ces auteurs, la contraception ou la fécondité contrôlée est la négation de la fécondité naturelle. La perspective d' *« avoir un enfant »* se révèle alors, non plus comme la suite positive d' *« avoir voulu »*, mais comme la double négation de *« n'avoir voulu ne pas en avoir »*. Ceci montre la qualité active du *« ne pas vouloir »* et contrairement, un certain *« relâchement des contrôles contraceptifs »* (Boltanski, 2004 :158) du vouloir un enfant, qui survient à certains moments relationnels et conjugaux, sur une base d'*assignation diffuse* amenant à des possibles *accidents planifiés.* D'où le fait que ce décalage entre intention et action soit arrangé symboliquement par les femmes dans le transfert explicatif qu'elles font de leur reproduction : face à l'impossibilité de donner une explication individuelle et rationnelle du contrôle ou du relâchement contraceptif, elles font référence à une conjoncture – conjugale, professionnelle ou autre – déterminante dans la poursuite d'une grossesse. Ainsi, les propos de Marinalva sont éloquents concernant le modèle bourdieusien d'un relâchement de la première négation (ne pas en avoir). Marinalva avait 35 ans quand nous l'avons connu en 2006 et elle était enceinte de son deuxième enfant. *« On ne demande pas à être enceinte, je n'ai pas demandé à être enceinte, mais malheureusement c'est comme ça » (Aí, a gente não pede de estar gravida, eu não pedi de estar grávida agora, mas infelizmente é assim, né?).* La première négation du modèle (ne pas avoir d'enfant) n'a pas été escortée de la deuxième négation concernant le *vouloir*, négation qui se présente dans le sens commun de manière positive comme le *« désirdenfant »* (Delphy, 2002); mais c'est elle-même, cette première négation qui se dissout dans un contexte social, relationnel et familial *d'assignation diffuse* : *« j'utilisais le préservatif, j'utilisais le préservatif, mais…l'année dernière, j'ai organisé une formation de soutien scolaire parce que… malheureusement mes collègues, ici, n'ont pas de formation, alors que j'avais beaucoup d'élèves l'année dernière. Puis, je me suis arrangée pour organiser la formation…et là, mon esprit était occupé à ça. Là, j'ai perdu la notion du temps (ovulation) et quand je me suis souvenue de la date, ça s'est passé (grossesse) ». (Usava camisinha, usava camisinha, mas...no ano passado, eu organizei uma formatura de meu reforço que infelizmente...meus colegas aqui não tem a formatura, aí como eu tinha muita criança, no ano passado. Aí me organizei pra fazer a formatura...ai ficou com muito movimento o meu juízo, aí perdi os momentos, quando me lembrei da data, aí aconteceu).* Marinalva avait eu son premier enfant à un âge assez tardif, selon elle, quand elle avait 29 ans, alors qu'elle vivait avec son mari depuis cinq ans. C'est notamment au moment où on ne lui a pas renouvelé son contrat dans une école publique, qu'elle a *« relâché le contrôle »* et a pensé à avoir

son premier enfant. *« Alors, j'ai arrêté de travailler dehors, et j'ai recommencé à travailler dans le soutien scolaire (chez moi) comme je faisais avant. Alors, j'étais avec mon mari, alors là, je suis restée près de ma famille et j'ai pu fonder ma famille, faire mon 'baby' (…). J'étais déjà depuis quatre ou cinq ans avec lui (mari) et je ne suis pas tombée enceinte. Alors là, mon souhait…, parce qu'avec autant d'enfants autour de moi (du soutien scolaire), c'était d'avoir le mien, alors il est arrivé ». (Ai, depois, eu deixei de trabalhar, aí foi que eu voltei atrás novamente trabalhar no apoio como trabalhava antes...aí, eu estou com meu marido, estou com meu marido, né? E aí fiquei perto de minha família e eu pode fundar a minha família, fazer o meu "baby" (...) eu já tinha 4 ou 5 anos com ele e não engravidei, né? e a minha vontade, porque com tantos meninos pequenos perto, é de ter o meu, né? Aí chegou ele, não é ?)*[162]

Nous voyons le lien étroit entre l'arrivée de la grossesse et des contextes temporels, spatiaux et relationnels précis (dont le professionnel et le conjugal), mis en avant par les femmes. Mais il faut aussi remarquer le fait que ce relâchement du contrôle de la fécondité qui s'opère *en amont* de l'engendrement doit être reconstruit *a posteriori* de celui-ci. Autrement dit, la négation de la négation doit devenir positive pour que, sur le plan symbolique, « l'accident » devienne « projet » : le passage du *« ne pas vouloir ne pas en avoir » à « vouloir le garder »*. Francisca, qui avait accouché deux semaines avant notre première rencontre, en 2006, nous dit : *« Ça a été la surprise, la grossesse. Au début j'étais préoccupée parce que j'en avais huit (enfants) déjà. Mais, je n'ai pas ce truc en moi : de prendre un médicament pour l'enlever, jamais j'aurais fait ça. Ce courage, je ne l'ai pas. Et il est venu, alors il sera le bienvenu, n'est-ce pas ? »* (*Foi surpresa a gravidez. Logo no inicio fiquei preocupada porque ja tinha oito né? Mas assim, eu tenho esse negócio comigo: tomar remédio pra tirar, jamais eu faria isso, né? Essa coragem não tenho, né? E ele veio, então, será benvindo, né?)*[163]. Dans les propos de Francisca, le fossé entre l'intentionnalité de « ne pas en avoir » et l'action dans cette direction devient patent. Que c'est-t-il passé entre *« l'engendrement d'un être »* et *« le projet d'un enfant »* ? Entre l'accident et le projet ? Quelle est cette instance infime qui s'ouvre entre la surprise de la grossesse et l'acceptation de la maternité ? Deux directions du rapport entre l'intention et l'action sont à distinguer : la première est celle qui suppose l'intentionnalité avant l'action et, qui, en matière de fécondité, se situe dans le cadre de la « planification » ou de la construction d'un « projet ». Ensuite, il y a celle où l'action (le fait accompli) se situe avant l'intentionnalité, laquelle prend alors plutôt le

[162] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 16/05/06.
[163] Entretien Francisca, Pantanal, Recife, 6/6/06.

caractère de *justification* (Boltanski et Thévenot, 1991). Ces deux directions écartèlent de manière différente l'intention et l'action, mais les deux supposent des logiques subjectives de rassemblement, ou dans les termes de Boltanski (2004), des *arrangements symboliques*. Nous reviendrons sur ces contenus symboliques, continuons pour l'instant sur le creux ouvert par l'action et l'intention.

Pour mesurer cet écart entre l'intentionnalité et l'action effective des femmes, la PNDS de 2006[164] inclut la question du « désir d'enfant » et construit, à côté du taux de « fécondité réel », un taux de « fécondité désiré » (en posant la question de combien d'enfants la femme aurait aimé avoir). Puis, on compare ce chiffre avec le nombre réel d'enfants par femme. Les deux taux pour l'ensemble des brésiliennes ne sont pas très différents : 1,8 enfant par femme était le taux réel et 1,6 enfant par femme le taux d'enfants désirés, ce qui donne une différence de 0,2 points[165]. Cependant, quand on croise ces taux avec des variables socio-économiques les écarts se font plus amples. Nous pouvons observer que chez les femmes ayant des niveaux de scolarité plus bas et issues des régions les plus pauvres du Nord et Nordeste, les écarts entre « intention » et « réalité » sont plus grands. Par exemple, il y a 1,1 point d'écart pour les femmes analphabètes et 0,6 points pour celles du Nordeste entre les taux « réel » et « désiré » de fécondité.

En effet, les femmes de milieu populaire à Recife sont « déviantes », par rapport à l'injonction normative qui postule l'antériorité du « désir d'enfant » comme support du « choix rationnel » d'en avoir et qui promeut la rationalisation fécondatrice par l'espacement et la planification entre les grossesses. Tel que le signalent Michèle Ferrand et Nathalie Bajos, même si *« les grossesses non prévues correspondent à des situations très hétérogènes, toutes traduisent néanmoins les difficultés que rencontrent les femmes à adopter sur le long terme une pratique qui s'inscrive dans la norme imposée par la société, celle d'une maîtrise parfaite de leur fertilité »* (Bajos et Ferrand, 2001 : 102). Cette norme, les auteures l'appellent *« la norme contraceptive »* qui opère le passage d'une *« maternité subie »* à une maternité « *volontaire et totalement contrôlée »*.

[164] "Pesquisa nacional de demografia e Saúde da Criança e da Mulher" (Enquête nationale de démographie et de santé de l'enfant et de la femme) du Ministère National de Santé au Brésil.
[165] Source : PNDS-2006.

La force de cette norme sociale est exprimée par les femmes de manières différentes mais toutes laissant entrevoir la non-maîtrise de l'action. Ainsi, il est fréquent de recourir à *Dieu*, non pas tant en tant qu'ordre supra-individuel ayant été à l'origine de l'engendrement mais plutôt en tant que gardien du « désir d'enfant ». Quand Sandra dit *« Dieu me pardonne, mais je ne voulais pas cet enfant* [166]*»*, ce n'est pas tant l'ordre divin féminin vers la maternité qu'elle exprime mais plutôt l'ordre social à planifier sa reproduction. Autrement dit, elle s'excuse doublement de l'inexistence d'un acte volontaire, de son non-projet et sa défaillance dans l'emprise sur sa reproduction. La force de la norme reproductive peut être exprimée de manière ironique avec les expressions contemporaines de la gestion rationnalisée et inspectée. Marinalva dit qu'elle est tombée enceinte de son deuxième enfant par une faille dans la « gestion contraceptive » : *« Il n'a pas été planifié (l'enfant), celui-là est un accident de travail, car on n'a pas utilisé les ressources (contraceptives) correctes*[167]*». (Este é acidente de trabalho...Eu acostumo dizer que é acidente de trabalho...não usamos os recursos correctos, né?- rires).*

Très rarement les femmes emploient le registre du « désir » pour parler de leurs grossesses. Même chez celles qui semblent suivre des comportements en adéquation à la *norme contraceptive*, par rapport au planning familial et à l'espacement des naissances, il n'y a pas de propos dans le registre du « désir », c'est plutôt le contraire, et le « désir » se prononce négativement par le *« vouloir ne pas en avoir »*. Elisange de 27 ans et deux enfants de 3 et 8 ans, nous dit de son premier enfant *: « À trois mois j'ai découvert que j'étais enceinte, j'ai été surprise parce que je n'en voulais pas. Alors elle est née, et là, j'ai commencé à l'aimer. J'ai commencé à arranger ma petite maison ». (No caso foram tres meses que eu descobri que estava grávida, estava aqui. Eu fiquei surpresa, né? Porque eu não quería, né? E aí saiu, aí comecei a gostar, comecei a arrumar minha barraquinha...).* Du deuxième, elle dit : *« Je suis tombée enceinte et ça a été encore une surprise. J'étais (enceinte) et j'ai confirmé (la grossesse). J'avais arrêté d'acheter des contraceptifs, et c'est elle (sa fille de huit ans) qui a insisté. Oui, elle se plaignait de n'avoir personne pour jouer. Je voulais le garçon pour avoir le couple ». (Eu engravidei, e ainda foi surpresa mesmo. Fiquei e confirmei, né? Eu tinha parado de comprar os remédios, e foi ela quem instistiu, é, ela sempre queixava que não tinha alguém com quem jogar. Eu queria menino, pra ter o casal)*[168]. Sísera, 43 ans, a des propos similaires sur la naissance de ses deux filles adolescentes : *« Ce n'était pas dans mes plans, non…ça a été occasionnel, c'est*

[166] Entretien Sandra, Pantanal, Recife, 30/05/06.
[167] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 16/05/06.
[168] Entretien Elisange, Pantanal., Recife, 30/05/06.

arrivé, n'est-ce pas ? Et je les ai eues. Mais je ne regrette pas d'avoir mes filles. » (Não estava no meus planejamentos não, foi ocasionalmente, aconteceu, né? e eu teve. Mas me arrepento não de ter minhas filhas.[169]*).*

Nous devons, néanmoins, faire émerger les cas de deux femmes formulant leurs grossesses dans des termes plus proches du *« désirdenfant »* (Delphy, 2002). Ces femmes étaient aussi celles qui avaient eu des complications pour tomber enceintes et qui ont suivi des traitements médicaux. Fabiana (26 ans) nous a ainsi parlé en termes de « désir » pour définir sa grossesse, après avoir suivi des traitements pour tomber enceinte et suite à une première fausse-couche : *« Elle a aussi été désirée (sa deuxième grossesse) parce que vraiment je cherchais à tomber enceinte depuis deux ans, et j'avais arrêté les contraceptifs justement pour tomber enceinte. Sauf que l'anxiété ne me laissait pas (tomber enceinte). Alors que, quand je me suis relaxée, je suis tombée enceinte* [170]*». (Também foi desejada(...)porque na realidade eu estava procurando ficar faz dois anos e eu tinha parado com os anticoncepcionais justamente pra gravidar. Só que a ansiedade não deixava, então aí quando relaxei aí foi que engravidei).*

Généralement ces femmes « désireuses » font référence à leur âge tardif, « l'horloge biologique », mais cet âge ne vient qu'appuyer leur formulation du « désir ». Il est intéressant aussi de remarquer la marque de l'individualité qui ressort dans la décision de devenir mère chez ces femmes, alors que pour la plupart de femmes rencontrées les grossesses non prévues prennent d'autres supports de légitimation. Antonia, 34 ans, qui venait d'avoir son premier enfant, quand on l'a rencontrée, exprime ainsi le passage du *« ne pas vouloir »* au *« vouloir » : « Je voulais tomber (enceinte). J'ai essayé, tu sais, parce que j'avais des problèmes de myomes*[171]*, alors j'ai dû suivre un traitement. Mais, c'est au milieu du traitement que je suis tombée enceinte. Ça faisait un mois que je le prenais (le traitement). J'étais aussi en train d'arriver à l'âge limite (rires), oui. J'ai 34 ans, alors là j'ai décidé d'avoir un enfant. Je ne voulais pas beaucoup d'enfants, tu sais ? Je n'ai jamais eu envie d'avoir des enfants. J'avais peur, parce que chez moi, ma mère était… elle aimait beaucoup 's'amuser' : chaque enfant a eu un père (différent) et ces choses-là. (...) Je n'ai même pas connu mon père et ce type de choses, alors j'ai décidé de ne pas avoir d'enfants. Alors là ce gars est venu (elle a rencontré son conjoint), on ne voulait pas d'enfants. Quand j'ai voulu tomber enceinte, ça prenait du temps, alors quand j'ai dit ' je ne veux plus*

[169] Entretien Sísera, Pantanal, Recife, 21/06/06.
[170] Entretien Fabiana, Pantanal, Recife, 25/05/06.
[171] Tumeur bénigne située dans la paroi de l'utérus.

tomber enceinte' là, ça a marché, et j'ai découvert que j'étais enceinte [172]*». (Eu queria ficar. Eu tentei, sabe porque eu estava com problemas de miomas, ai entrei fazer um tratamento. Ai, só que no meio do tratamento fiquei grávida.Fazia um mês, que estava fazendo... eu estava ficando já com a idade vencida também, é... Já tenho 34 anos e aí eu, pronto, decidi de ter um filho. Não queria ter muitos filhos, sabe? Olha, eu nunca teve vontade de ter um filho. Assim, eu tinha medo, porque assim em casa, minha mãe era...gostava muito de diversão, cada filho teve um pai, e essas coisas. eu nem conheci o meu pai, e esse tipo de coisas. Aí, eu decidi de não ter filho não. Aí depois quando venho esse rapaz, a gente não queria filhos. (...) Porque como eu queria ficar grávida, então como já demorava muito, aí eu diz "eu não quero ficar mais grávida, não". E aí eu descobri que estava grávida, aí pronto).*

Nous pouvons énoncer l'hypothèse que les femmes ayant eu affaire à des traitements médicaux et donc à des interactions plus prolongées avec le dispositif de santé sont plus susceptibles de produire un discours à la première personne et à formuler l'arrangement symbolique en termes de « désir » en amont de l'engendrement. À l'inverse, nous ne pouvons pas parler de « désir » quand aucune des femmes ayant eu des *« grossesses non prévues »* (Bajos et Ferrand, 2002) n'a utilisé le lexique du désir, pas même dans sa formulation négative d'un enfant « non-désiré ». Pour les grossesses *accidents*, les processus de légitimation semblent se réaliser sur d'autres champs que celui du « désir » individuel.

II-2-b. Les arrangements symboliques de l'accident et la construction de la grossesse.

La légitimation des femmes de leurs *grossesses non prévues* ne prend pas comme assise discursive et symbolique la sphère du *désirdenfant*, même construit *a posteriori*, ou existant caché dans « l'inconscient » et se révélant une fois l'engendrement survenu. Cependant, les femmes donnent suite aux grossesses et ceci implique une légitimation de l'être à naître. La plupart des femmes qui parlent de *grossesses non prévues* élaborent en même temps des *justifications* [173] pour « garder l'enfant ». Nous revenons ici à l'approche de Boltanski selon laquelle c'est la femme qui a le pouvoir de confirmer, ou non, un être singulier. Mais si c'est la femme qui détient le pouvoir, ce dernier doit s'appuyer sur une instance extérieure qui l'autorise à agir (Boltanski,

[172] Entretien Antonia, IMIP, Recife, 15/03/06.

[173] La notion de justification est ici empruntée à Luc Boltanski et Laurent Thévenot (*De la justification. Économies de la grandeur*, Gallimard, 1991). Elle renvoie aux différents registres mobilisés (valeurs et normes) par les personnes pour agir et décider de ce qui est légitime et/ou acceptable.

2004 : 92-93). Autrement dit, pour que les femmes reconnaissent qu'il y a un « Autre » dans le ventre, il faut qu'il y ait une instance qui les autorise – leur octroie l'autorité – d'exercer cette reconnaissance : *« Les arrangements en matière d'engendrement (…) consistent à déplacer l'opération de confirmation de façon à la reporter en amont de la mère (qui en a pourtant seule le pouvoir) au plus près de l'instance source d'autorité »* (Boltanski, 2004 : 93).

Nous trouvons aussi chez nos interlocutrices la nécessité des arrangements symboliques pour la décision, revenant à la femme, de donner suite à une grossesse non-planifiée. Le recours à la légitimation religieuse est très présent, notamment chez les femmes plus âgées et celles ayant plusieurs enfants. La phrase *« Dieu l'a voulu ainsi »*, maintes fois entendue dans les propos des femmes pour expliquer leur décision de donner suite à une grossesse, vient placer l'autorité d'une instance religieuse, fût-elle assez floue de Dieu, face à celle médicale et sanitaire contemporaine du « planning familial ». Ici, il ne s'agit pas tant d'une forte intégration religieuse, mais plutôt *Dieu* apparaît, tel que Boltanski l'affirme, comme une *« source fictionnelle d'autorité »* pouvant être mobilisée par les femmes au moment de justifier leur décision. C'est ce que Boltanski appelle *« l'arrangement avec le Créateur »*.

Un autre arrangement est celui qui mobilise le registre de la morale de solidarité communautaire ou domestique, illustré par la phrase *« où mangent deux mangent trois »*, maintes fois entendue chez les femmes pour légitimer une grossesse. C'est ce que Boltanski appelle *« l'arrangement domestique avec la parenté »*. Il nous semble cependant que Boltanski traite la question de l'arrangement *« avec la parenté »* de façon assez restreinte, dans le cadre de la famille conjugale et/ou patriarcale où le mariage établit la différenciation entre enfants légitimes et illégitimes. Cet arrangement suppose, pour Boltanski, cette forme particulière d'organisation domestique qui sépare l'engendrement et la sexualité en plaçant dans des positions asymétriques les hommes et les femmes. Schématiquement, les hommes pourraient orienter leur sexualité vers les épouses légitimes (et les fruits de ces unions seraient légitimes) ou vers les femmes hors mariage. Les femmes ne jouiraient pas de cette double possibilité sans se voir accommoder, de ce fait, dans une de ces trois modalités : celles sans union légitime et sans activité sexuelle (les vielles-filles, les nonnes, les célibataires), celles sans union légitime et ayant une activité sexuelle (les filles perdues, les prostituées) et celles liées

légitimement à un homme dont les rapports sexuels sont orientés vers la production d'enfants légitimes. Le pouvoir de la mère est alors soutenu, ou non, par l'autorité de la parenté. Or, nous avons vu comment les femmes s'octroient cet « arrangement » dans des configurations familiales dissemblables de celles décrites par Boltanski. Tel que nous l'avons vu ci-dessus, la possibilité de la dyade mère-enfant se réalise dans des formes familiales matrilatérales et en réseau.

Si elles sont différentes, c'est aussi parce que la distinction entre enfant « légitime » et enfant « naturel » n'a pas d'emprise dans un milieu où la transmission (du nom, des biens) n'est pas importante. En effet, à l'instar de la religion, la famille fonctionne aussi ici comme une *« institution fictionnelle »*, dont le soubassement est la morale de solidarité du groupe. Les propos de Sandra sont, à cet égard, intéressants car on y voit l'articulation de ces deux arrangements, au moment crucial où elle évalue les issues de sa grossesse depuis que son conjoint l'a quittée. Elle hésite entre interrompre sa 11ème grossesse, accoucher et donner l'enfant à la famille de son ex-conjoint ou enfin, troisième possibilité, le garder. Finalement, deux ans après notre première rencontre elle a opté pour la troisième issue et elle a gardé son enfant auprès d'elle. Voici le doute et l'évaluation des diverses issues à partir des différents arrangements : « *Mais, Dieu merci, tout va bien, maintenant je suis heureuse avec cette grossesse. Dieu me pardonne, mais je ne voulais plus d'enfants, non, je ne voulais pas, je ne voulais cette grossesse d'aucune manière. Et je suis tombée enceinte parce que... je ne me suis pas protégée, avec le garçon avec qui je sortais. Je suis en train de penser à lui donner le bébé. Mais, comme je t'ai déjà dit, si je commence à prendre soin de lui, il ne va jamais partir (de chez moi). Ici, avec moi, on est 5, 6, 7 (personnes dans la maisonnée) et, de toute façon, je vais prendre soin de lui, comme je le pourrai. Parce que Dieu donne de la force aux bonnes personnes...s'il (Dieu) a vu que je ne voulais pas le faire (avortement) parce qu'il voit les gens de l'intérieur, la pensée des gens.... Alors, c'est comme ça, il (Dieu) a vu que je voulais ôter l'enfant de l'intérieur, mais que je l'ai gardé. Alors c'est comme ça, je pense qu'il ne manquera de rien, je vais l'élever comme je pourrai, avec ce que Dieu me donnera pour l'élever…alors je vais y réfléchir avant (de le donner à son ex-conjoint)* [174] *». (Mas graças a Deus esta tudo bem, agora já estou alegre com esta gravidez. Deus me perdoe, mas eu não queria mais filhos não, não queria não, não queria esta gravidez de jeito nenhum. E engravidei porque...não me cuidei não...com o rapaz que eu estava saindo (...) Rapaz, eu estou pensando em entregar o neném, entendeu, mas é como eu disse pra você, se eu começo a criar ele nunca vai sair; e aqui comigo, somos*

[174] Entretien Sandra, Pantanal, Recife, 30/05/06.

cinco, seis, sete..e de qualquer jeito vou criar ele, como eu posso... Porque Deus dá força para as boas pessoas.. se ele viu que eu não queria fazê-lo, porque ele vê a gente por dentro, o pensamento da gente, então é assim. Ele viu que eu queria botar o menino de dentro mas guardei ele. Então é assim, acho que não vai faltar nada pra ele, eu crio como eu posso, como Deus me dá pra criar... Então eu vou pensar mesmo antes). Nous voyons bien que la contrainte religieuse n'est pas si forte, elle n'interdit pas *a priori* l'avortement ni le fait de donner l'enfant. L'instance religieuse, et notamment le Créateur, vient légitimer autant le fait de donner l'enfant après sa naissance que son contraire, le fait de le garder et de l'inscrire dans la vie domestique. Cette dernière est connotée, à son tour, d'une contrainte morale et du sens du sacrifice qu'engendrerait un autre membre dans la vie familiale. Elle peut donc être mobilisée tant pour garder l'enfant que pour le donner.

Il y a un troisième arrangement supra-individuel dégagé par Boltanski, celui qui s'établit avec l'État-industriel, arrangement qui est *« socialement utile »*. Boltanski souligne que cet arrangement n'a pas été réellement mis en pratique, mais il a été à l'origine de constructions théoriques, débouchant, pendant les 19ème et 20ème siècles, sur plusieurs mesures politiques dans les États occidentaux (Boltanski, 2004 : 113). Cette instance d'autorité classe les êtres selon leur quantité et leur qualité par rapport à la société. C'est pour cela qu'il implique des évaluations, mesures, projections et distributions effectuées par une série de spécialistes, médecins, épistémologues, démographes et spécialistes en sciences sociales. La sexualité, dans ce type d'arrangement, nous dit Boltanski, n'est pas mal vue tant qu'elle est au service de la « population ». Boltanski suggère que dans l'arrangement avec l'État, il y a une dévalorisation de la parenté, en tant qu'ordre social général, mais qu'il y a une valorisation de la famille, comme cellule de reproduction et d'élevage des enfants (*ibid.* : 117). C'est le passage, dont nous avons discuté lors de la première partie de ce texte, d'un gouvernement de la famille à un gouvernement *« par la famille »* au sens foucaldien. Ceci nous ramène à nouveau à la manière dont l'État brésilien valorise la famille comme unité d'intervention en matière de santé, avec par exemple le *Programa saúde da família*, et comment cette *fiction* institutionnelle, est à l'origine du « désenchantement » des services sociaux, face à des relations de parenté en milieu populaire divergentes du modèle familial nucléaire.

Il n'y pas, chez nos interlocutrices, des énoncés explicites de ce type d'arrangement ni de références à « l'État nation », ou au « bien commun » dans la reconnaissance de l'être à naître. Cependant, et malgré cette absence ou justement à cause d'elle, nous pensons que cet arrangement est d'autant plus opératoire qu'il se fait de manière implicite. Nous verrons par la suite comment l'État brésilien, par son dispositif de santé publique, est à l'origine des *« projets individuels »* de maternité. Si Boltanski place l'arrangement avec l'État comme distinct du quatrième arrangement, *« le projet parental »*, dont on parlera par la suite, ils sont, dans notre contexte de recherche, extrêmement liés. Boltanski, lui-même, reconnait que l'État *« ne s'est pas complètement retiré du domaine de l'engendrement »* et qu'il *« met toujours en œuvre une politique destinée à favoriser la natalité au moyen de divers avantages »* (*ibid.* : 127). Cependant, il ne dit pas assez le rôle de l'État lui-même dans le déplacement vers la sphère individuelle des arrangements symboliques de l'engendrement. Chez les femmes de milieu populaire à Recife, ce sont les dispositifs de santé publique qui opèrent ce déplacement vers l'individu au détriment de la parenté mais en s'appuyant sur la parentalité, réduite ici à la dyade mère-enfant, de par son *désenchantement familialiste*. Autrement dit, si les femmes ne font pas référence à cette instance supra-individuelle comme autorité leur permettant d'exercer le pouvoir de légitimer ou non une grossesse, c'est bien cette instance qui les *assigne* à produire un « projet » individuel.

II-2-c. Quand l'accident survient dans une base d'assignation diffuse : le projet individuel (*a posteriori*).

Les types d'arrangements symboliques supra-individuels, nous dit Boltanski, sont de plus en plus déplacés par un autre arrangement qui passe par la figure individuelle des parents. Tel que dans d'autres contextes où la légitimation de l'être à naître s'est déplacée de plus en plus vers la sphère de l'individu, les *« parents porteurs d'un projet d'enfant »*, notre population d'étude suit le même changement, où les institutions de santé de l'État, jouent un rôle prépondérant. La singularisation de l'enfant à naître (et donc l'empêchement de toute interruption de la grossesse) va de pair avec l'individualisation du « projet d'enfant » chez la femme. Dans le contexte des familles de milieu populaire à Recife, il ne s'agit pas de « projet parental » d'un couple mais de « projet individuel » que doit élaborer la mère.

Selon Boltanski *« le projet d'enfant »* est un arrangement symbolique qui viendrait légitimer la grossesse, c'est-à-dire, affirmer sa viabilité. Ce type d'arrangement/ justification serait le prolongement dans le domaine privé de la *« cité par projet »*, typique de nos sociétés contemporaines (Boltanski et Chiapello, 1999). Dans le contexte étudié, où les actions d'assignation et d'intervention trouvent un vide lorsqu'elles sont dirigées vers une famille nucléaire fictionnelle, la construction du « projet » retombe certainement sur la figure maternelle.

Suivant le modèle de Boltanski, où tout pouvoir de reconnaissance a besoin lui-même d'être reconnu – et qu'il appelle *« la reconnaissance de la reconnaissance »* - nous observons un déplacement des types d'arrangements issus des instances d'autorité « supra-individuelles » (telles que la parenté, Dieu ou l'État) vers l'instance « individuelle » comme la marque d'un changement majeur des dispositifs de pouvoir qui réduisent le cercle des responsabilités à l'individu lui-même. Autrement dit, *« le démantèlement du modèle panoptique d'ordre social»* (Bauman, 2005 : 138) ouvre la possibilité du jeu des individualités en même temps qu'il les rend responsables de leur destin. Si, aujourd'hui, une femme devient mère c'est par « projet » et cette situation ne relève que de sa seule responsabilité. En somme, l'État brésilien *minimal* garde cependant des visées d'ordre social et il est à l'origine d'une assignation de plus en plus directe à la maternité par le biais d'un *« projet individuel »* à construire, laquelle agit sur la base d'une *assignation diffuse*. Boltanski rapporte non seulement que ces arrangements ne suivent pas une évolution, où la survenue de l'un impliquerait la disparition complète d'un autre, mais aussi que ces accommodements peuvent venir opérer tant avant qu'après la perception de la grossesse. Il en est ainsi des *grossesses non prévues* des femmes de milieu populaire à Recife.

Dans le contexte brésilien, le dispositif de santé publique se veut de plus en plus effectif dans la construction du projet d'enfant *en aval* de l'engendrement, par la consolidation du planning familial[175]. Or, généralement il ne lui reste qu'à intervenir *en amont* de l'engendrement. La non-planification, ou cet *accident planifié* de la grossesse, est captée par le dispositif de santé publique, déterminant ainsi le

[175] En mai 2007, le gouvernement brésilien a divulgué le dernier paquet de mesures du programme de Planning Familial, dont la réduction du prix des pilules contraceptives dans des pharmacies autorisées par l'État, la réalisation de campagnes massives pour le planning familial, de programmes spécifiques dans les écoles et centres communautaires et une nouvelle ligne de financements pour les maternités alignées au SUS.

cheminement des arrangements symboliques de l'engendrement et le pétrissant comme un « projet d'enfant » qui doit se définir comme un « projet » individuel de la mère. Nous voyons bien comment l'arrangement « avec l'État » s'articule avec celui du « projet parental ». Le premier cherche à réduire le nombre d'enfants pauvres dans une visée néo-malthusienne, mais interdit l'avortement, en même temps qu'il a un objectif sanitaire primordial : la réduction de la mortalité infantile. C'est par l'individualisation du « projet d'enfant », et par la transformation de ce qui était un « accident planifié », dans la recherche d'une place sociale, d'un désir d'attachement aux normes, qu'il cherche à façonner un sujet maternel.

Les propos de Marcia (27 ans), qui ne souhaitait pas tomber enceinte, sont éloquents quant à l'assignation à la maternité de la part du dispositif de santé, ainsi que la traduction rapide de la gestation dans une « grossesse » de la part des professionnels de santé. Nous y voyons aussi le fait que loin d'être vécue comme une « contrainte » extérieure, l'*assignation* est subjectivée par la femme et que cette subjectivation s'effectue toujours dans le tiraillement des arrangements symboliques, lesquels laissent toujours ouverte la possibilité de l'avortement : « *Je ne pensais pas avoir d'enfants. C'est arrivé et je n'ai pas eu le courage de prendre des médicaments pour avorter et j'ai donné à Dieu (la décision), si Dieu le veut... Alors j'étais enceinte, n'est-ce pas? Alors je suis allée faire des examens, et le jour où je suis allée faire les examens, on a su que c'étaient des jumeaux, et là j'ai été très nerveuse, parce que je ne m'y attendais pas (...) Mais le médecin m'a beaucoup parlé, il a dit qu'il valait mieux que ça soit un enfant qu'une maladie. À cette époque, je n'avais pas de bonnes conditions, financièrement, alors il m'a beaucoup parlé, parce que les gens aident, alors j'ai commencé à me tranquilliser. Alors voilà!* [176] *» (Eu não pensava em ter filhos não. Aconteceu e eu não tive assim, coragem de tomar remédio para tirar e entreguei a Deus, seja o que Deus quiser. Aí fiquei né? Aí fui fazer exame. No dia que eu fui fazer exame acusou que era gêmeos, aí fiquei nervosa também porque eu não esperava né? (...) Mas o médico conversou muito comigo, disse que era melhor que fosse bebê do que doença. Nesse tempo eu não estava com condições, também financeira aí ele ficou conversando comigo porque as pessoas ajudavam aí eu fui me acalmando mais, né? Pronto!).*

Le *« projet d'enfant »* qui dans d'autres contextes se fait avant l'engendrement et qui constitue l'ordre reproductif contemporain, n'est pas le modèle d'engendrement des femmes de milieu populaire brésilien. C'est donc *a posteriori*, que le projet d'enfant

[176] Entretien Marcia, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife., 17/04/06.

doit être construit. Qu'il soit effectué *en amont* de l'engendrement ne veut pas dire que les injonctions n'existent pas. Ces injonctions sont déployées par les dispositifs de santé tout le long du processus de gestation, de l'accouchement et de la période puerpérale.

Étant donnée la rapidité avec laquelle le système de santé publique « découvre » les grossesses et l'urgence avec laquelle elles sont insérées dans le circuit de santé materno-infantile, il semble devenir de plus en plus difficile pour la femme d'envisager une interruption de la grossesse ou même de sortir de ce circuit pour inscrire sa maternité dans d'autres circuits et voies de *circulation*[177]. Les observations dans le quartier et lors des consultations du prénatal, nous permettent d'affirmer que dès que les femmes sont enceintes, elles seront appelées, par les professionnels de santé, de « petite-mère » (mãezinha, mainha). Une fois que les femmes sont dans le circuit du dispositif de santé en tant que femme-enceinte et assignées comme « mères », elles devront s'agencer face à cette demande d'individualisation du « projet d'enfant ». Cependant, l'agencement n'est pas complète sujétion, il implique des arrangements entre la construction de ce « projet individuel » et l'inscription de celui-ci dans la structuration des relations sociales de la femme dans le sens des arrangements domestiques et parentaux.

Rentrons maintenant plus en profondeur dans la construction de ce « projet d'enfant ». Si des arrangements symboliques sont nécessaires à la légitimation de la grossesse, par laquelle, l'être vivant à l'intérieur du ventre devient « une personne », cela n'est pas suffisant pour la construction du « projet de maternité », lequel inclurait non seulement cette nouvelle personne, mais aussi, celle de la femme devenant mère. Autrement dit, « le projet d'enfant » n'est pas effectif s'il n'est pas accompagné d'un changement symbolique, corporel et statutaire chez la personne qui porte ce projet. La légitimation de la grossesse, qui se fait via l'autorité supra-individuelle de l'État par le biais d'une individualisation du « projet d'enfant », se réalise par divers moyens et techniques. Nous en avons repéré deux : le recours à une intervention qui s'effectue sur le registre sanitarisé des sensations de « bien-être » psychique et physique ; et le traitement

[177]Nous faisons encore référence ici aux travaux de Claudia Fonseca sur la circulation d'enfants en milieu populaire brésilien, supposant des expériences de la maternité alternatives au modèle de l'expérience individuelle.

sanitaire différentiateur en termes de grossesses « à bas » et à « haut risque ». Nous verrons l'un et l'autre dans les points suivants.

II-3. La douceur gravidique. Médiation sanitaire, médias et individualité.

"Ser mãe é uma dor [178]*"*
Tereza, Itapuama,
Pernambouc, 12/11/2005

Parler en termes d'assignation à la place maternelle peut faire penser à un déterminisme social univoque, à l'existence d'institutions définissant, par la coercition, l'identité des femmes de milieu populaire. Or, loin de nous l'intention de réduire la complexité des logiques sociales et processus symboliques à l'œuvre lorsqu'une femme devient mère. Nous avons non seulement insisté sur le fait que la socialisation et le *« désir d'attachement aux normes »* se configurait comme un contexte diffus d'exhortation à prendre une place sociale, *« l'assignation diffuse »,* mais nous avons vu également comment cette dernière se dessinait aussi très souvent à contrecourant des normes de l'« ordre reproductif » contemporain. Le dispositif de santé intervient *a posteriori* de l'engendrement et déploie des techniques pour accomplir un « projet individuel » de la maternité, lesquels doivent faire face à d'autres arrangements symboliques et pratiques familiales. L'assignation des femmes en tant que mères et la captation de la part du dispositif, prend comme soubassement l'existence d'une « assignation diffuse ». Car elle ne pourrait pas être effective, c'est-à-dire, arriver à une *auto-désignation,* si elle ne trouvait pas face à elle, un acteur en proie d'assujettissement à une place sociale. Dans ce sens l'assignation suppose une « interpellation » au sens d'Althusser, tel qu'il est interprété par Judith Butler : *« En recevant un nom, nous sommes, pour ainsi dire, situés socialement dans le temps et dans l'espace. Et nous dépendons les uns des autres pour ce qui est de notre nom, de la désignation qui est censée nous singulariser »* (Butler, 2004 :51). L'interpellation n'est donc pas unilatérale ni policière car elle peut trouver face à elle, non seulement une désobéissance à la loi, mais aussi, et surtout chez les femmes étudiées, sa ré-

[178] « Être mère est une douleur » (Traduction de l'auteur).

articulation permanente, produisant des effets qui débordent les effets recherchés lors de l'assignation (Butler, 2009)[179].

La corporalité de l'expérience maternelle, ou l'expérience corporelle de la maternité, nous permet de voir comment l'assignation à la maternité cherche à se *matérialiser* et comment, du fait même que cette expérience corporelle soit médiate et traversée par les différents arrangements symboliques et non pas une expérience substantielle, les ré-articulations de l'assignation deviennent possibles.

Observons d'abord comment les changements corporels sont vécus par les femmes lors de la découverte de la grossesse. L'attestation d'un état gravidique est toujours sillonnée par la confirmation d'un Autre. La connaissance, la perception et l'expérience intime du corps sont toujours sujettes à la confirmation nécessaire d'un Autre ; ce dernier prenant des figures différentes.

II-3-a. La matérialisation de l'assignation ou la confirmation de la grossesse.

Membres de l'espace domestique, relation conjugale, degrés divers de proximité avec les services médicaux, etc., sont quelques-unes des dimensions déterminantes de la figure de l'Autre chez qui la femme cherchera la « confirmation » de sa grossesse. Les diverses combinatoires de ces dimensions peuvent être rassemblées en trois modèles de confirmation où l'un de ces « autrui significatifs [180]» devient relativement plus opératoire: le conjugal, le réseau féminin, le médical.

Le premier est le moins répandu chez notre population d'étude. Il s'agit d'un modèle où l'Autre, qui effectue la constatation concrète de la viabilité d'une grossesse, est le conjoint de la femme et généralement le père de l'enfant. C'est le cas d'Ana, 29 ans, qui a su qu'elle était enceinte parce que son conjoint lui a assuré qu'elle l'était : *« Je ne savais pas que j'étais enceinte, parce que j'avais mes règles, même en étant enceinte j'ai eu mes règles tout le long. Et là mon mari m'a dit 'tu es (enceinte)' et moi 'Non, je ne suis pas' et lui il insistait 'si, tu es' (…) Et là, je suis allée faire l'examen et j'étais réellement enceinte. Je*

[179] Pour une articulation entre l'approche d'Althusser et celle de Butler (Judith Butler, 2009 : 129-131).

[180] Le sens d'Autrui Significatif est ici plus étendu que celui donnée par Mead ou Berger et Luckmann, car il ne se restreint pas au processus de socialisation primaire. La notion, telle que nous l'utilisons, inclut « l'autrui généralisé », autrement dit, il s'agit d'un tiers, qui peut être réel ou imagé mais dont le rôle fondamental est celui de légitimation de la grossesse et par là, du soi maternel.

ne sais pas pourquoi (il l'a su), il (mon mari) trouvait que j'étais plus belle (rires) et là, je suis allée faire l'examen et j'étais (enceinte) [181]*». (é assim, eu não sabia que estava grávida, porque eu menstruei, mesmo estando grávida menstruei, aí eu tá 'eu não estou', aí meu esposo diz 'você está' (rires).(...) foi, porque eu não, estou não, e ele 'você está'. Aí, fui fazer um exame e estava realmente. Não sei, ele achou que eu estava mais bonita. Aí, fui fazer exame e estava realmente).*

Il ne s'agit pas nécessairement du père biologique mais du conjoint de la femme, qui confirme positivement la gestation. La réaction du conjoint, face au fait accompli de l'engendrement, est déterminante pour certaines femmes, dans la confirmation d'une grossesse. Ainsi, une ACS dit que sa *« troisième grossesse a été horrible, car* (elle) *ne voulait plus d'enfants » : « Quand je suis tombée enceinte, moi, dans ma tête, je pensais que mon mari allait exploser, je lui ai dit qu'il allait être choqué (par la nouvelle), alors que quand je lui ai dit, il a dit 'mais quelle chose merveilleuse', il était très heureux, Dieu merci. Puisqu'il est heureux, moi aussi je le suis* [182]*» (A terceira gravidez pra mim foi horrível, não queria mais filho de maneira nenhuma e quando eu engravidei, eu, na minha cabeça, eu achei também que meu marido ia estourar, eu disse ele vai ficar virado, aí quando eu disse pra ele, ele disse 'mas que coisa mais linda, que ótimo', ficou muito feliz graças a Deus, já que ele tá feliz eu vou ficar feliz).*

La présence de cette confirmation ne signifie pas qu'il existe une méconnaissance des sensations corporelles d'une grossesse de la part de la femme, ni un « déni de grossesse », mais suppose la mobilisation de la perception d'un Autre pour la construction d'un Soi corporel différent. Cette reconnaissance suppose aussi un lien conjugal assez fort, ce qui n'est pas très courant chez les femmes rencontrées à Recife. Effectivement, l'espace domestique est principalement féminin et c'est là, que se reconnait l'état gravidique, là où la femme sentant des sensations corporelles inhabituelles va chercher la confirmation de la grossesse.

Généralement, c'est la mère de la femme qui devient cet « Autre » source de reconnaissance et ceci d'autant plus que la femme habite avec elle. L'histoire de Carla est significative du point de vue de l'articulation mère-grand-mère-enfant dans la reconnaissance de la grossesse. Quand nous l'avons rencontrée elle avait 19 ans, et cela faisait trois ans qu'elle cherchait à avoir un enfant, depuis qu'elle habitait avec son

[181] Entretien Ana, Barros Lima, Recife, 07/03/06.
[182] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 30/06/06.

conjoint dans la maison maternelle. C'est à sa mère qu'elle l'a dit en premier, car c'est *« elle qui voulait être grand-mère ». « (J'ai dit) à ma mère d'abord. Quand je suis arrivée, je lui ai dit 'maman, je suis enceinte', et elle m'a cru, parce qu'elle savait déjà que je l'attendais. Alors elle a dit ' je le savais déjà'. Elle est allée raconter à tout le monde qu'elle allait être grand-mère, parce que c'est sa première petite-fille* [183]*» (A minha mãe, primeiro. Quando eu cheguei assim, eu disse 'mamãe estou grávida', e ela acreditou, porque ela já sabia que esperava. Ai ela falou 'eu já sabia, já'. Ela foi contar pra todo mundo que vai ser avó porque é a primeira neta...).*

Nous voyons ici, l'importance de la confirmation de l'enfant à naître par l'arrangement domestique dans la décision de donner suite à une grossesse. Dans celui-ci, la figure de la mère de la femme est des plus autorisées, notamment quand la jeune femme ou le jeune couple habite chez elle. Tel que nous le dit Amanda qui a 17 ans, et qui vient d'accoucher de son deuxième enfant : *« je n'étais pas très contente, parce que je ne voulais plus (d'enfants). Mais elle est arrivée (le bébé), alors…Ma mère ne voulait pas non plus (que je sois enceinte). Ma mère ne voulait pas que je sois enceinte, parce qu'elle a plus d'expérience, alors elle garde mes enfants et ça lui fait trop de travail* [184]*». (Eu não fiquei muito assim...contente. Porque eu não queria mais. Mas ela veio...então... A minha mãe também, minha mãe não queria que eu tivesse. Porque ela tem mais experiência, então ela cuida de eles, e é muito trabalho).*

Dans les configurations matrilatérales des familles rencontrées en milieu populaire à Recife, il n'est pas anodin que la première personne à savoir soit la mère de la femme enceinte. Sandra (38 ans), la mère de Priscila (17 ans), nous dit qu'elle voulait déjà être grand-mère, comme ses amies, et que c'est elle qui a découvert la grossesse de sa fille : *« Parce que toutes mes amies sont déjà grand-mères. Alors, j'ai été heureuse de ne pas rester derrière. Seulement, elle (Priscila) ne m'a pas vraiment dit (qu'elle était enceinte). Je m'en suis doutée parce qu'elle a ses règles presqu'en même temps que les miennes, quand les miennes sont en train de se terminer les siennes commentent. Alors là, j'ai noté que les siennes manquaient. Alors là, j'ai demandé : 'Priscila, c'est quoi ça ?' et elle m'a dit : 'j'en sais rien, mais ce n'est pas ça'. Et moi : 'Quoi ?' et elle : 'mais maman...' et moi : 'ah, tout de suite !, vas faire un test'* [185]*». (Porque minhas amigas ja estão tudo...todas de vovo, né? Ah, eu sou feliz, não fiquei atrás, né?Só que ela não chegou a me dizer, e eu desconfiei...não, ela não*

[183] Entretien Carla, Barros Lima, Recife, 08/04/06.

[184] Entretien Amanda, Barros Lima, Recife, 13/03/06. Amanda habite dans une maison qui a été divisée en deux parties, dont la première est pour elle, son conjoint et le nouveau né. Son premier enfant de 2 ans et sa grand-mère, qu'elle appelle maman, habitent dans l'autre partie de la petite maison.

[185] Entretien Sandra, Pantanal, Recife, 30/05/06.

chegou a me dizer : olha mainha eu tou grávida. Mas eu desconfiei porque ela tem as reglas quase no mesmo tempo com as minhas, porque quando as minhas estão indo embora as delas estão chegando. Aí notei que a menstruação dela estava faltando. Aí eu disse: Priscila o que é isso? E ela, me diz: 'Ah, sei là!, nao é isso' e eu ' o quê?'. Ai ela, ' mas mainha' e eu 'ah, acabou, vai fazer o exame').

Le savoir médical est le troisième type de confirmation des grossesses : *« Je suis allée chez le médecin et j'ai demandé une échographie, mais non pas pour découvrir une grossesse mais parce que je pensais que j'avais des myomes. Alors elle a fait une échographie et j'ai découvert que j'étais enceinte. J'ai été heureuse* [186]*». (Fui para a médica e pedi ultrasom, mas não para descubrir que estava grávida mas porque eu achava que estava com mioma. Aí ela me passou o ultrasom e aí foi quando eu descubri que estava grávida. Eu fiquei feliz, sabe?).* Fabiana (27ans), nous raconte cela surprise de ne pas avoir *«ressenti quelque chose »* en elle-même, alors qu'elle était à son deuxième mois de grossesse, qu'elle avait *« trop sommeil et sentait des douleurs »* et que « *tout le monde disait que cela devait être les règles ». (Eu soube por acaso (rires), eu tinha sentido muito sono, e dor, somente, mas todo mundo dizia que era a menstruação que vem).*

Il y a des exemples où l'entière confirmation de la grossesse vient du dispositif médical, comme cela a été le cas pour Sandra, une femme de 27 ans rencontrée dans une maternité, qui avait découvert sa quatrième grossesse au huitième mois : « *Quand j'ai su, j'étais déjà à huit mois. Quand j'ai su...Parce que la médecin, ma médecin était en congé, c'est là, qu'on l'a fait. On a marqué (un rendez-vous) un mardi, pour voir si c'était un bébé ou autre chose. Là, ils ont passé ça…l'échographie et ils ont constaté que j'étais enceinte* [187]*». (Quando eu fiquei sabendo eu estava de oito meses. Quando eu fiquei sabendo que estava grávida, porque a doutora lá, porque minha doutora saiu de ferias, aí a gente fiz. Aí que ficou num lugar ate terça-feira, pra ver se era criança ou se era uma outra coisa, aí fizeram passaram isso...o ultra-som e aí comprovaram que estava grávida.).*

Effectivement, les femmes ont effectué des échographies, des tests de grossesse mais c'est notamment par l'examen appelé TIG (Test immunologique de grossesse), par prise de sang, réalisé dans les postes de santé par l'infirmière du quartier, que les femmes confirment médicalement leur grossesse. D'ailleurs, nous notons dans le vocabulaire des femmes une appropriation du jargon médical. Les vomissements, les maux de ventre, etc., deviennent ainsi des symptômes de la grossesse. *« Je n'ai pas eu*

[186] Entretien Fabiana, Pantanal, Recife, 25/05/06.
[187] Entretien Sandra, Barros Lima, Recife, 27/03/06.

peur, rien ; parce que j'avais des symptômes différents et similaires à quand j'avais été enceinte du petit (1er enfant), alors je n'ai pas eu peur [188]*». (Eu não me assustei não, nada, porque estava com sintomas diferentes e parecidos como quando estava grávida do menino (premier enfant)...não me assustei não).* Chez les femmes interviewées, nous remarquons aussi une certaine appropriation des techniques médicales, telle que l'échographie, appropriation qui est souvent vécue comme un droit. Marinalva nous dit qu'elle a fait tous les examens qu'ils *« autorisent »*, autrement dit, qu'elle a le droit de faire dans le cadre du SUS *(Isso, já, já, fiz, fiz o ultra-som, todos os exames que eles autorizam, muitos exames...),* dont l'échographie où on peut tout voir, surtout le sexe du bébé. (*Tudo, isso, a gente vê tudo. Agora no vídeo não estava muito legal não, ela diz que era menino, né, e eu já tinha comprado tudo pra menina).*

Les diverses situations conjugales, familiales, gestationnelles, etc., font qu'il existe différentes modulations d'articulation entre ces trois figures de la reconnaissance de la grossesse. Cependant il n'y a pas de rupture entre ce qui relèverait du savoir « objectif » médical et les modes « relationnels » de confirmation par le lien conjugal ou le réseau domestique féminin, et même. Ils semblent même s'appuyer l'un sur l'autre. Autrement dit, il ne s'agit pas de deux modèles différents, où d'un côté nous aurions des femmes connaissant clairement les signes et sensations de la grossesse et utilisant des méthodes « traditionnelles » de confirmation (ressenti, observation du corps et des comportements de la femme) et d'un autre côté des femmes expropriées de tout savoir sur leur corps et entièrement aliénées à la technique médicale. Si lors des conversations les femmes mettent davantage l'accent sur l'un de ces deux savoirs par l'interpellation d'un *tiers* qui confirme leur grossesse, ils ne sont jamais excluants entre eux, et au contraire, nécessitent de se confirmer mutuellement. L'épidémiologie contemporaine et ses dispositifs « doux » l'ont bien compris : pour devenir effectivement le cadre régulateur, non seulement de la confirmation de la grossesse mais aussi du processus de gestation dans sa totalité, il faut développer des ressources de médiation articulant le savoir médical et les connaissances « profanes ».

[188] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 16/05/06.

II-3.b. L'urgence médicale de la captation de la grossesse.

Selon les statistiques, être gravide dans le Nordeste brésilien suppose de plus en plus l´immersion dans le monde médical. Une étude menée en 2004 dans deux maternités de la ville de Recife, constate que parmi 612 femmes interviewées, 96,1% avaient eu au moins une consultation du prénatal et que le nombre moyen de consultations était de 5,3 (Carvalho et Araujo, 2007). En 2006, seulement 1,3% des femmes enceintes n'avait pas eu de consultation prénatale à Recife. Effectivement, c'est dans le Nordeste brésilien que s'est observée la plus forte chute du nombre de grossesses en dehors de tout suivi prénatal entre 2002 et 2004 (-33,67%). Cependant, les inégalités entre les régions émergent dès qu'on compare le nombre de consultations effectivement réalisées. 64% des femmes enceintes du Sud-est du pays ont eu sept consultations ou plus, conformément aux recommandations de l'OMS et du Ministère de la Santé, alors que ce taux n'est que de 36% pour les femmes du Nordeste. Les enquêtes de ces dernières années confirment cependant la tendance à une plus grande assiduité au prénatal chez les femmes qui dépendent du système public de santé (SUS) pour l'ensemble du pays, et notamment dans le Nordeste. Les données sont « parlantes ». Au Brésil en 2009, pour 74% des gestations suivies par le SUS, on enregistre au minimum six consultations du prénatal ; et de 2003 à 2008 le nombre de consultations du prénatal a connu une augmentation de 125%, passant de 8,6 millions à 19,4millions de consultations[189].

Lorsqu'une femme de milieu populaire à Recife tombe enceinte, elle est très rapidement appelée à inscrire le processus de sa grossesse dans le cadre des consultations prénatales, car elle est interpellée, dans la précipitation, par les services de santé de proximité. Ce sont eux, en effet, les premiers à savoir qu'il y a un « être » auquel la femme devra s'attacher. Les acteurs institutionnels, eux-mêmes, s'accordent pour dire que s'il y a eu augmentation du nombre de consultations du prénatal, c'est bien grâce aux « Programme Santé de la famille » et au programme « Agentes communautaires de santé », qui *« réalisent un travail de dépistage des grossesses »* et orientent les femmes vers les *« postes de santé ou autres services*[190] *»*. Ainsi, le premier objectif des équipes du « Programme Santé de la Famille » inscrit dans le

[189] Sources : PNDS 2006, Brésil. Ministerio da Saude/ "Painel de indicadores SUS", 2009.
[190] Entretien, médecin, Imip, Recife, 28/04/06.

« Manuel technique d'assistance au prénatal » du Ministère de la Santé est celui de *« capter les gestantes non-inscrites dans le prénatal*[191] *»*.

Sont saisissants à cet égard les propos de l'infirmière de Pantanal, qui suggèrent non seulement la visée de captation rapide, par les services de santé de toute femme présentant des signes de grossesse, mais aussi la résistance des femmes à rentrer tout de suite dans les carcans des dispositifs afin de pouvoir étirer ainsi les temps pour des possibles avortements: *« Des fois elles arrivent précocement, c'est-à dire, elles ont eu un retard de deux mois dans leurs règles et elles viennent ; d'autres laissent passer deux ou trois mois avant de dire à l'ACS qu'elle n'a plus ses règles. Vera, une (femme) que nous accompagnons en puériculture, est arrivée maintenant. Cela fait deux mois qu'elle n'a pas eu ses règles. Alors là, j'ai sollicité un (examen) bêta*[192]*pour voir si on commence le prénatal. Elles ne sont pas désireuses de découvrir très tôt (qu'elles sont enceintes) pour en parler aussitôt, tu comprends ? Mais nous essayons de chercher le plus précocement possible avec les ACS.* [193] *» (Algumas às vezes chegam bem precocemente assim, a menstruação atrasou elas vem; mas outras não, outras deixam passar dois três meses pra dizer à agente de saúde que tá sem menstruar. Vera chegou agora, uma que a gente acompanha a puericultura, que já faz dois meses que não menstrua. Aí eu solicitei um beta pra vê, pra já iniciar o pré-nata. É assim, depende, tem aquelas que tem resistência ao pré-natal, aí não faz muita questão de descobrir logo, de falar logo, entendeu. Mas a gente tenta buscar o mais precocemente possível com os agentes de saúde, né).*

Le cycle maternel rattache la femme de manière très forte aux services de santé du quartier. Souvent, elles ne le fréquentaient pas avant d'être enceintes, et souvent elles arrêtent de le fréquenter dès lors qu'elles sortent du moment post-puerpéral. *« C'est la première fois que je vais au poste –* nous dit Priscilla – *c'est maintenant que j'ai commencé à le fréquenter. J'ai demandé à mon ACS de me prendre un RDV et elle l'a fait. Alors je suis allée à la consultation (...) J'ai aimé (le poste), je ne sais pas si c'est parce que c'est ma première fois mais j'ai aimé...* [194] *» (É a primeira vez que eu fui lá no posto daqui... A primeira vez, eu também nunca freqüentei ele não. Aí, foi agora que que eu freqüentei porque eu pedi pra Rosa (ACS) qual dia ela podia marcar. Aí ela marcou, aí eu fui consultar (...) Ah, eu gostei, não sei se foi porque foi minha primeira vez, mas eu gostei...).*

---

[191] "Assistência ao pré-natal. Manual técnico", Ministerio da Saúde, Brasilia, 2000, p 11. ("Captar as gestantes não inscriptas no pré-natal").

[192] Il s'agit d'un test de grossesse par dosage sanguin de l'hormone béta HCG.

[193] Entretien infirmière Pantanal, Recife, 15/07/06.

[194] Entretien Priscila, Pantanal, Recife, 24/05/06.

À Pantanal, ce sont les agentes communautaires de santé (ACS) du quartier les premières à savoir qu'une femme de leur aire est enceinte. Il arrive souvent que ce soit une ACS qui demande à une femme : *« Tu ne serais pas enceinte ? »,* en constatant des *« signes de fatigue »,* ou au contraire, des signes *« de plénitude chez les femmes* [195]*»*. Evidemment, ces interpellations ne pourraient pas exister si elles n'avaient pas une double source de légitimité. La première est celle de veiller à la santé de la femme et du futur enfant ; ainsi le devoir de pronostiquer une grossesse le plus vite possible a pour objectif d'inscrire les femmes dans le service prénatal, dans un souci de dépistage et de suivi. Le deuxième est celui de la « communauté » elle-même et il est en lien direct avec les formes de sociabilité en milieu populaire où des événements comme la grossesse deviennent publics. Ainsi « la communauté » sert de source d'informations pour les ACS, par le biais de la *"fofoca"* (le commérage), mais elle sert aussi de cadre social permettant l'immixtion de l'ACS dans la vie des familles. Voici un extrait de journal de terrain où l'interpellation d'une agente de santé fonctionne comme médiation de la perception d'une grossesse et d'où jaillit la teneur des interactions entre les agents de santé et les femmes, où loin de toute exaltation de l'autorité médicale, ces premiers doivent instaurer des relations de familiarité dans la régulation des pratiques : *La fille de Gége (18 ans) demande à l'ACS de lui donner un RDV dans le poste de santé avec la médecin. L'ACS s'exclame : 'Ah, ma fille!, ça fait combien de temps que tu n'as pas tes règles ?'. La fille, surprise, dit que ça fait deux mois qu'elle n'a pas ses règles, mais elle dit qu'elle pense que c'est parce qu'elle est stressée car elle vient de trouver un travail et qu'en plus elle est sure qu'il s'agit d'un kyste (cisto). L'ACS ironise : « Ah, quel beau prénom ! Alors si c'est un garçon c'est Kyste et si c'est une fille c'est Miasme (miasma) ?* [196]*»*.

II-3-c. De la médicalisation à la sanitarisation : le *bien-être* gravidique.

Une fois la grossesse « dépistée », les ACS ont comme tâche principale de rendre des visites mensuelles aux domiciles des femmes enceintes. Lors de ces visites, les actions purement médicales sont moins nombreuses que celles qui visent à contrôler les conditions familiales et hygiéniques de la grossesse, lesquelles doivent s'appuyer sur des interactions, où le sentiment de partager les mêmes références l'emporte sur la distance sociale (Vidal, 2007). L'extrait ci-dessus est aussi représentatif du fait que les

[195] Extraits du journal de terrain lors des visites du quartier avec différentes ACS, 2006, 2008.
[196] Extrait du journal de terrain, Pantanal, Recife, 31/05/06.

acteurs institutionnels cherchent à médiatiser la perception interne de la femme par une intervention qui n'est pas tant médicale que *sanitaire*.

Plusieurs auteurs, dont Béatrice Jacques (2007 : 15), ont mis en évidence l'importance que prend le savoir technico-médical dans la confirmation légitimant l'acte de faire naître, par exemple, l'importance du test de grossesse et de l'échographie, en somme du savoir objectif médical, amenant à une « *médicalisation de la perception interne* », notion que Jacques reprend à Barbara Duden. Cependant, dans notre population d'étude, la confirmation de la grossesse est généralement effectuée par les professionnels de santé des institutions de proximité, notamment les agentes communautaires de santé. Le fait que la confirmation de la grossesse passe par ces intermédiaires atypiques que sont les ACS induit un changement dans la forme de la constatation. Elle n'est pas la même que dans le contexte étudié par Jacques car elle est moins portée sur l'étiologie médicale et plus sur le registre des habitudes, attitudes et comportements, et sur une étiologie de l'épidémiologie. Nous pourrions parler dès lors d'une « *sanitarisation de la perception interne* », suivant ici la distinction effectuée par Hislop et Arber (2003) entre médicalisation et sanitarisation. La première faisant référence aux modes d'appréhension des phénomènes sous le registre de la maladie et de la technologie. La deuxième mobilisant plutôt le registre du bien-être physique et psychique.

Si le rôle du médecin et celui de la technologie médicale dans la confirmation de la grossesse sont importants, ce ne sont pas eux qui permettent *« l'accès à ce nouveau statut »* (Jacques, *ibid* : 10) ou du moins pas directement, comme cela peut être le cas chez les femmes étudiées par Jacques. Pour celles-ci : *« seule la preuve scientifique peut attester du nouvel état. La foi en la science réduit l'expérience physique à un fait biologique vérifiable»* (Jacques, *ibid* : 10); tel que nous l'avons vu, d'autres figures se mêlent dans l'action de la confirmation. De plus, la confirmation issue du dispositif de santé n'est pas tant portée vers l'objectivation médicale que vers un « subjectivisme » sanitaire.

Le même phénomène a été observé dans les consultations du prénatal, dans les interactions des femmes avec l'infirmière du poste de santé ou le médecin gynécologue d'un hôpital, où le registre « médical » est moins opératoire que celui « sanitaire » du

bien-être psychologique de la mère. Le manuel technique à l'usage des professionnels de santé, cité ci-dessus, est explicite : *« le principal objectif de l'assistance prénatale est d'accueillir la femme depuis le début de la grossesse – période de changements physiques et émotionnels – que chaque femme enceinte vit de manière différente. Ces transformations peuvent générer des peurs, doutes, angoisses, fantasmes ou simplement de la curiosité de savoir ce qui se passe à l'intérieur du corps. La construction de la qualité de l'attention prénatale, implique la valorisation de ces aspects, traduite en actions concrètes (…). Généralement, la consultation prénatale regroupe des procédés assez simples, permettant au professionnel de se dédier à écouter les demandes de la femme enceinte, en transmettant l'appui et la confiance nécessaires pour qu'elle soit forte et puisse conduire avec plus d'autonomie la gestation et l'accouchement* [197]*».*

Le lexique du manuel est exemplaire du point de vue des nouvelles perspectives d'intervention au Brésil. Si les objectifs sanitaires restent dans l'ordre « objectif » des statistiques de santé de la population, dont la réduction des mortalités infantiles, les moyens d'arriver à ces fins semblent s'éloigner de ce qu'on pourrait appeler le paradigme hygiéniste et tendent à la psychologisation comme moyen d'intervention. Tel que le montre en France le sociologue Luc Berlivet (2004), aujourd'hui le paradigme épidémiologique, loin de s'appuyer sur le contrôle totalitaire de l'État, s'appuie sur une biopolitique qui cherche à responsabiliser les individus par l'incorporation des normes en les conduisant *« vers l'autonomie »*, car chaque femme enceinte vit sa grossesse de *« manière différente »*. C'est aussi le champ d'intervention qui change, il ne s'agit pas de redresser des corps mais de valoriser le *« phantasme »* psychologique de la femme afin de pouvoir mener à bien *« les actions concrètes »* sur les corps. Autrement dit, la régulation s'appuie sur la mise en discours des corps. En effet, dans ce dispositif, la régulation des pratiques passe de plus en plus par la *« mise en parole »* des personnes. C'est ce que Dominique Memmi (2003) appelle le *« gouvernement par la parole »*. La situation d' *« écoute »* devient ainsi le dispositif où l'on cherche à produire un discours légitime sur son rapport au corps. Depuis quelques années le Ministère de la Santé publie un autre « Manuel technique de gestion des grossesses » où il inclut les tendances de l'*humanisation*, dont la question de l'accueil. Parmi les modalités de prises en charge des grossesses, *« l'accueil »*, devient la

[197] Ministerio da Saúde, Brasil, "Assistência ao pré-natal. Manual Tecnico", *op.cit*, p 9

question *« principale de la politique d'humanisation* [198]*»*, celle de *« la réception de la femme, depuis son arrivée dans l'Unité de santé, de sa prise en charge dans l'écoute de ses plaintes, permettant qu'elle exprime ses préoccupations, ses angoisses »*. D'ailleurs il est indiqué dans ce manuel que *« l'histoire de chaque femme enceinte doit être accueillie intégralement, à partir de son récit ou de celui de son conjoint (…) Font partie aussi de cette histoire les émotions ou sentiments perçus par les membres de l'équipe de santé* [199] *»*. Il s'ensuit ainsi tout un chapitre technique consacré à l'art d'écouter, de faire parler et d'enregistrer cette parole. Ce n'est qu'aux chapitres suivants qu'il s'agira de « l'évaluation pré-conceptionelle », du « diagnostic de la grossesse », des « facteurs de risque » et des « procédés techniques d'une consultation ».

À travers ce discours légitime sur leur propre corps, les femmes enceintes sont appelées à manifester leur jouissance vis-à-vis de la grossesse et à rapporter toute contrainte corporelle, sensitive, métabolique, etc. à l'ordre du pathologique, soit-il physique ou psychologique. La jouissance de soi est devenue la norme à partir de laquelle les objectifs sanitaires pourront être atteints, elle devient ainsi le centre des préoccupations des acteurs institutionnels. Lorsqu'on demande aux ACS de Pantanal[200] quel est, à leur avis, le problème majeur des femmes de leur quartier, elles répondent majoritairement qu'il s'agit du manque d'*« estime de soi »*. Voici un extrait du journal de terrain qui ne porte pas spécifiquement sur la grossesse mais qui illustre bien la façon dont une ACS fait le déplacement d'un problème qui aurait pu relever du « médical » sur le registre du « bien-être » – ici les douleurs menstruels (dysménorrhée) chez une femme sont rapportées aux pratiques sexuelles et aux conquêtes amoureuses. De plus, cet extrait montre l'importance du dispositif de mise en parole et d'écoute dans la régulation des pratiques ainsi que l'importance qu'acquiert la figure de l'ACS, comme médiatrice, dans le dispositif : *« Assisses sur la 'barrière' (flanc d'une colline du quartier), un groupe de femmes sont en train d'écouter de la musique au soleil. L'ACS veut former un groupe de femmes et elles parlent donc de leur*

[198] *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p 15.

[199] Ministério da Saúde, *ibid*.

[200] Les données des questionnaires effectués auprès des ACS de Pantanal en 2006 n'ont qu'une valeur d'appui par rapport aux données récoltées par observation et entretien. Elles ne sauraient être traduites par une analyse statistique du fait du faible nombre d'ACS (8) ainsi que du taux de réponses (5 sur 8).

première réunion prévue pour le mois d'août. L'ACS veut les convaincre de l'utilité de ce type de réunions. Elle dit que 'tout le monde a besoin de parler de soi-même et de ses problèmes en tant que femme' et que 'ailleurs, ça se fait beaucoup, ce type de groupe d'aide où l'on peut parler de tout'. Elle dit qu'elles pourront parler de sexe, faire des blagues, partager leurs expériences, tel qu'elles sont en train de le faire là. L'une d'entre elles veut commencer ce type de réunion tout de suite, et commence à parler de ses douleurs menstruelles. L'ACS demande : 'tu sais ce que cela veut dire ?' Les femmes éclatent de rire et la jeune femme répond : 'oui !' L'ACS dit ' c'est le manque de sexe, ma fille !'. À partir de ce moment-là, la conversation va tourner autour du sujet sous forme de la plaisanterie mais aussi d'intimité partagée. Les plus âgées du groupe disent à la jeune fille qu'il faut qu'elle se trouve un homme 'beau et riche'. Alors la fille répond que ' ça, à Pantanal, c'est impossible'. Les femmes plus âgées l'encouragent : ' tu es belle et jeune'. L'ACS lui prescrit de bien s'habiller, de bien se maquiller et de sortir ainsi dans le centre-ville, si elle ne veut pas rencontrer un homme du quartier. Une autre femme lui conseille d'essayer avec un 'vibromasseur'. Et une autre d'essayer, si elle ' n'a pas l'argent, avec une carotte !' (Rires)[201]*».*

Le problème de la jeune fille, qui aurait pu être traité comme une pathologie médicale, vu qu'on était en présence d'un professionnel de santé (ce n'est pas pour rien que la jeune fille a posé ce problème en présence de l'ACS), est somatisé et transformé en problème « psychologique » et « relationnel », car la fille est déjà en âge de se marier (comme le dit une des voisines). Il est intéressant de remarquer également la captation du groupe spontané de femmes qui seront invitées à faire pareil (« discuter de leurs problèmes de femmes ») mais sous le contrôle du dispositif et dans une version sanitarisée. Revenons à la grossesse, car les mêmes processus y ont été observés.

L'immersion dans le prénatal conduit la femme vers un cadre particulier du *devenir mère* et peu à peu l'assignation de la femme enceinte comme « mère » doit déboucher également dans l'*« enrôlement »* dans une expérience maternelle sanitarisée. La pédagogie du *« souci de soi »*, par le biais de la catégorie de bien-être et de celle de *connaissance de soi* est la technique nécessaire pour que la future mère se soucie d'un autre acteur, très important pour la santé publique : l'enfant. Voici un autre extrait du journal de terrain très parlant du point de vue de la place de la catégorie du *bien-être* dans la régulation : « *Une ACS dit à une femme enceinte que le mal de dos, peut la 'stresser' elle et son bébé, et qu'elle doit demander à son mari de lui faire des massages ; elle rajoute que ' c'est le minimum'. La femme sourit, comme si l'ACS disait quelque chose d'improbable.*

[201] Extrait du journal de terrain, Pantanal, Recife, 20/06/06.

L'ACS discoure alors sur le bien-être physique d'une personne, surtout elle, qui est enceinte. Elle dit : 'il faut faire comme les riches, c'est pour ça qu'ils vont toujours bien, ils se payent des masseurs'[202] *»*. Ces propos pourraient être perçus comme les divagations d'une ACS isolée et atypique mais, de fait, ils font écho aux changements récents du système de santé public brésilien, appelés *« pratiques intégratives et complémentaires du SUS »* dont l'acupuncture, l'homéopathie, l'utilisation de plantes médicinales, la médecine chinoise et l'incorporation des *« pratiques corporelles et mentales »* faisant partie de l'agenda politique et sanitaire brésilien. Selon le « Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde » (CNES), les instances de santé publique du SUS offrent de plus en plus ce type de services[203].

L'emblème du *bien-être gravidique* n'est évidemment pas l'apanage du dispositif de santé. L'image répandue par les medias, et reprise par les services de santé à travers les affiches et les discours des professionnels, de la femme enceinte belle et épanouie, en même temps que suivant des contraintes corporelles rigoureuses, semble ancrée chez les femmes, surtout les plus jeunes. De plus en plus de produits commerciaux utilisent l'image de la femme enceinte et pas seulement des campagnes de santé ou des publicités pour des objets de consommation pour les futures mères. Ainsi la campagne politique de 2008 du PT (Partido dos Trabalhadores) présentait des femmes enceintes souriantes, habillées en blanc, marchant vers la caméra sous le slogan *« Vous ne pouvez pas choisir le sexe de votre enfant, ni ce qu'il deviendra, mais vous pouvez choisir le pays où il habitera »*. Lors d'une conversation entre femmes dans le quartier de Pantanal, le sujet de la grossesse d'une chanteuse de Bahia est revenu à plusieurs reprises. Quand nous nous sommes penchés sur cette histoire, nous avons découvert que la grossesse d'Ivete Sangalo occupait une grande place dans les médias : D'abord, on la soupçonnait d'être enceinte, ensuite elle l'a confirmé à l'occasion d'un spectacle, les journaux télévisés les plus importants ont relayé l'information, puis les médias ont suivi sa grossesse et on l'a déclarée la *« mère la plus belle de l'année »*. D'autres vedettes, actrices et chanteuses ont aussi fait médiatiser leur grossesse, affichant leur gaité et leur bien-être, ou ont participé, prêtant leur image, à des campagnes de santé publique.

---

[202] Extrait du journal de terrain, Pantanal, Recife, 6/06/06.

[203] Source : *Painel de Indicadores do SUS*, n°V-IV. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/ Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, p 48.

L'article de Martina Eva Fischer (2006), chercheuse en communication, est une critique obstinée de l'image des femmes enceintes dans les médias brésiliens. *« Le corps réel de la femme enceinte et mère entre en conflit avec l'idéal du corps exposé dans les médias, spécialement des médias à caractère persuasif. Dans la publicité, les femmes sont belles, intéressantes et maîtresses d'elles-mêmes (…) Le mainstream de la publicité expose encore la femme telle qu'elle n'est pas : belle, mince, et éternellement heureuse. Comme la femme enceinte de la publicité n'est pas maigre, il ne lui reste qu'à s'attacher à des espaces bien délimités et exhiber sa gaité pour de la margarine. Dans son cas, la gaité doit être non seulement éternelle mais aussi véritablement transcendantale pour compenser l'absence d'autres attributs. (…) Une femme enceinte est, normalement, présentée par la publicité comme dé-contextualisée, désignifiée, des-sexualisée. Elles apparaissent seules, ou au mieux accompagnées du mari et des enfants. Elle ne se mélange pas, ne se confond avec rien. Alors, la femme enceinte est ségréguée, individualisée, pour augmenter ainsi son utilité »* (Fischer, 2006 : 5).

Si nous n'avons pas réalisé une véritable analyse sémiotique des affiches, des spots télévisuels et autres supports communicationnels utilisés par les différentes instances de santé publique, nous pouvons néanmoins avancer qu'il y a une superposition du champ publicitaire et de celui des campagnes de santé publique. Ainsi, les images véhiculées par ces dernières, sur les femmes enceintes, se rapprochent considérablement de celles des médias. De leur côté, les femmes, notamment les plus jeunes, s'accordent à ces images. Fabiana (27 ans) se trouve plus belle depuis qu'elle sait qu'elle est enceinte. Malgré ses vomissements et maux de tête, elle dit que ce qu'elle est en train de vivre *« est merveilleux » (maravilhoso).*Priscila nous dit*: « Je sens tout différent depuis que mon ventre et mes seins poussent, c'est très bon* [204]*». (eu estou sentindo todo diferente, porque a barriguinha, o peito estam crecendo, né? É gostoso).*

II-3-d. L'expérience du *bien-être* et des vicissitudes du dispositif.

Tel que nous l'avons dit, les femmes essayent de s'ajuster à ces images et tendent à montrer leur plénitude et gaité dès qu'elles se savent enceintes. Pourtant, cette présentation de soi valorisée a des limites dans l'expérience corporelle de la grossesse. La notion d'expérience trouve ici tout son sens, en prenant également le sens premier du mot *expérience,* celui de la connaissance dérivant d'une situation déjà vécue: les

[204] Entretien Priscila, Pantanal, Recife, 24/05/06.

femmes plus jeunes ou primipares sont celles qui adhèrent le plus à l'image de bien-être liée à la grossesse. Les femmes plus âgées ou ayant déjà plusieurs enfants opposent une distanciation subjective aux images « enchantées » de la maternité. Subjectivation qui s'enracine dans leur expérience corporelle. Marinalva, 36 ans, trouve sa deuxième grossesse plus contraignante que la première à cause des varices : *«J'ai des varices jusque dans les parties plus intimes, c'est horrible, ma fille. Regarde mes jambes, comment elles sont belles (rires). Mon enfant ici (elle montre son premier enfant), le grand, il ne m'a pas laissé ça, mon ventre était immense, je n'avais pas de stries, je n'avais pas de varices, je n'avais que des petits vaisseaux qui ne se voyaient même pas. Elles (les jambes) étaient très belles, et les gens me les enviaient même (rires)*[205]*» (E eu acho que é por conta das varizes, porque ate nas partes intimas eu estou com varizes feias, é horrível minha filha, olha minhas pernas, como estão lindas. (rires) Meu bebé aqui, grande, ele não me deixou com isso, minha barriga era imensa, não tinha estrias, não tinha varizes não, só tinha vasos assim, fininhos, que nem apareciam. Estavam muito lindas e até as pessoas as invejavam).*

Cette distanciation de l'image du « bien-être » maternel se traduit par un rapport aux institutions de santé plus critique chez celles qui ont eu des expériences réitérées. Priscila, cette jeune femme de 17 ans, enceinte et vivant à Pantanal, est très contente de l'accueil qu'elle a reçu à l'unité de santé du quartier où, avant d'être enceinte, elle n'avait jamais mis les pieds: *« la docteure (infirmière) Roxane, elle est super cool, c'est une bonne personne, toujours avenante…Elle dit ce que tu dois faire, ce que tu dois ne pas faire…elle m'oriente sur plusieurs choses….bien dormir, bien manger et elle m'a même donné quelques médicaments puisque j'ai des nausées, mais je ne pourrai pas rester là (dans l'unité)* [206]*». (A doutora Roxane, ela é super legal, e uma pessoa bem, sempre prestativa...Diz o que você deve fazer, o que você não deve fazer...Me orientando em muitas coisas... de dormir bem, de comer bem, e me passando ate uns remédios devido aos meus enjôos, mas não vou poder ficar ai...).*

La mère de Priscila, Sandra, qui a une grande expérience liée à ses onze accouchements, peut comparer les institutions. Elle le fait selon un paramètre qui lui sert à évaluer la qualité de l'attention reçue et sur lequel nous reviendrons : être traitée comme « une personne ». *« Je n'ai pas aimé la maternité du B.L., parce qu'au-delà du fait qu'elle est loin, il y a certains médecins qui ne sont pas très amicaux, tu sais ? Ce sont des*

[205] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 16/5/06.
[206] Entretien Priscila, Pantanal, Recife, 24/05/06.

médecins arrogants et quand tu es hospitalisée tu veux avoir… Être traité comme un chien ce n'est jamais bon, pour moi. Alors que dans d'autres (institutions) il y a toujours des médecins ou une infirmière qui sont joyeux, qui te tirent vers le haut[207] *»* (*A única que eu não gostei foi a B.L. Porque além de estar bem distante, tem alguns médicos lá, não são muito amigos, sabe? São médicos cara de pau,um bocado, e quando a gente está no hospital, a gente quer ter uma coisa que...ser tratado com cão nunca é bom pra caso de gente. Já nos outros, sempre tem um médico, uma enfermeira, que é alegre, bota você pra cima, né?).*

Figure : 14: la salle d'attente du prénatal d'une maternité. © A. Faya Robles.

L'expérience corporelle de la grossesse est traversée par des médiations extérieures, et si le dispositif de santé et les médias jouent un rôle de plus en plus important dans la perception interne de la femme, la mobilisation d'autres médiations vient minimiser l'emprise des deux premières. Ceci même chez les jeunes mères, plus enclines aux dictats des images normatives du corps maternel issues des médias et du dispositif de santé. Flavia, une jeune mère de 18 ans, nous dit par exemple : *Quand je l'attendais (grossesse) j'étais triste, alors je mangeais beaucoup, je mangeais beaucoup, beaucoup, beaucoup jusqu'à finir comme ça ! (elle montre son ventre). Je crois que je suis passée de 50 à 80 kilos, c'est pas mal (…) mais je me trouvais bien, parce que ça ne se voyait pas, ça ne se voyait pas. Tout le monde me disait que ça ne se voyait pas, que mon ventre était très beau.*

[207] Entretien Sandra, Pantanal, Recife, 30/05/06.

C'est seulement la médecine qui trouvait que j'avais du surpoids, oui [208] *» (Quando eu esperava ele eu machucava, aí eu comia muito, muito, muito, até ficar assim ! Acho que teve passei de cinqüenta e quatro para oitenta quilos, é bastante. (on rit)(...)Eu me achava bem, porque não o aparentava, não o aparentava. Todo o mundo me dizia que não aparentava, minha barriga era muita linda. E só a medicina que me achava com peso encima, é.").* Les contradictions du dispositif de santé lui-même, entre médicalisation et sanitarisation, sont ici mobilisées par la femme. Pour justifier son écart à la norme médicale qui interdit le surpoids, elle mobilise le registre sanitaire de la souffrance psychique et de la somatisation, lui permettant de jouir d'un corps médicalement *déviant*, mais *vrai* sur le plan psychologique.

En somme, c'est bien par la *sanitarisation de la perception interne* chez la femme que le dispositif de santé publique cherche à construire le projet individuel d'enfant. Ce projet, nous l'avons dit, suppose la transformation du corps et la perception de cette transformation. Le corps nécessite plus d'attention. C'est un corps qui doit être beau et accueillant. En effet, le « projet d'enfant » doit être assumé par un corps qui se soucie de lui-même, et ce souci de soi doit être déversé dans le souci d'un autre. Le registre sanitaire de bien-être gravidique, où les processus symboliques de la grossesse sont psychologismes n'arrive pas cependant à recouvrir l'expérience des femmes. Elles traversent leurs corps d'autres médiations symboliques, et jouent avec elles. Elles en font de même avec le registre du risque. Le domaine du risque, à l'instar de celui du bien-être, imprègne actuellement la sphère d'action sanitaire, touchant ainsi la relation filiale, la sollicitation en direction des femmes de milieu populaire et le développement de leur sollicitude envers l'enfant.

[208] Entretien Flavia, Barros Lima, Recife, 27/03/06.

II-4. « Le risque maternité » : du risque médical au risque social.

« (…) La véritable force sociale de l'argument du risque réside justement dans les dangers que l'on projette dans l'avenir »
Ulrick Beck, La société du risque, p 61.

Au Brésil, au-delà de l'utilisation des registres sanitaires que nous avons identifiés autour de l'idée du *bien-être*, il y a une autre catégorisation sanitaire qui organise la prise en charge de la grossesse, c'est la distinction des gestations à *« bas »* et à *« haut risque »*. La santé publique au Brésil trouve dans l'épidémiologie contemporaine les outils de sa praxis. Berlivet (2001) qualifie cette dernière *« d'épidémiologie du risque »*. En effet, tel que le dit l'auteur, si cette épidémiologie du risque s'est forgée dans les années 50 autour des recherches étiologiques sur les maladies dégénératives, ce paradigme s'est étendu, notamment à partir des années 80, à l'étude des maladies transmissibles *« élargissant encore le champ d'application du régime de l'analyse statistique en santé »* (*ibid.* : 101). L'enjeu de la santé publique devient alors celui de *prévenir* en agissant sur les *« facteurs de risque statistiquement ou épidemiologiquement établis »* (Dozon et Fassin, 2001 :23).

Le champ du risque s'est déployé non seulement dans le domaine des pathologies mais aussi dans toute la sphère d'action de la santé publique, atteignant ainsi le domaine de la santé materno-infantile. D'ailleurs, c'est là que l'épidémiologie du risque semble pionnière et s'est le plus développée, de par les objectifs sanitaires fondamentaux de l'État brésilien, encore une fois, ceux de la réduction des mortalités infantile et maternelle.

II-4-a. Les définitions institutionnelles du risque et la difficulté de l'évaluation.

En 2000, le Ministère de la Santé brésilien publie le manuel pour la gestion des maternités de « haut risque » à l'usage des professionnels et fonctionnaires de la santé publique : « *la gestation est un phénomène physiologique et son évolution, dans la plupart des cas, s'effectue sans inconvénients. Néanmoins, une petite parcelle de grossesses, en raison de leurs caractéristiques spécifiques, ou parce qu'elles subissent*

un dommage, présentent de plus grandes probabilités d'une évolution défavorable, tant pour le fœtus que pour la mère. Cette parcelle constitue le groupe appelé « grossesses à haut risque »[209] ». Ainsi, l'épidémiologie distingue, dans une population donnée, un « groupe à risque », par l'addition des individus présentant « certaines caractéristiques ». Ces diverses caractéristiques travaillent au rangement des individus selon leur probabilité de tomber malades ou de mourir. C'est le fondement de *« cette vision du processus santé-maladie, nommée : « approche par les risques » (enfoque do risco)* [210]». Cette répartition des individus va déterminer le degré d'intervention de la part des services de santé laquelle va *« d'un minimum, pour les individus à bas risque ou faible probabilité de présenter un problème, jusqu'au maximum, nécessaire dans les cas de ceux ayant de hautes probabilités de souffrir de problèmes de santé. L'identification des individus à haut et bas risque implique que l'équipe de santé dispose d'instruments discriminants lui permettant de recommander, gérer et fournir des soins de santé de manière différenciée*[211] ». Plus précisément, les gestations à « haut risque » sont définies par le Ministère de la Santé comme étant celles *« dans lesquelles la vie ou la santé de la mère et/ou du fœtus ont plus de chances d'être atteintes par des complications que dans la moyenne des gestations*[212] ».

En effet, nous pouvons noter, d'une part, la rapide assignation terminologique de la femme enceinte à la « mère » et, d'autre part, les difficultés pour évaluer le risque dès lors que cette notion s'associe à des probabilités et au rapport direct entre des *« facteurs de risque »* et des complications pas toujours expliquées. Autrement dit, on constate un passage peut-être trop rapide dans la pratique sanitaire de ce qui relève d'une association statistique à un rapport de causalité – un passage qui cache des préjugés, des valeurs et des croyances amenant à l'établissement de ces liens causals. D'ailleurs, il y a une indétermination concernant la nature des « complications ». S'agit-il de complications médicales, sociales, psychologiques ? Suivant quels paramètres la décision de donner suite à une grossesse à « haut risque » s'impose sur celle d'un avortement thérapeutique, autorisé au Brésil ? Qui prend ces décisions[213] ?

---

[209] *"Gestação de Alto Risco, Manual técnico"*, Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/ Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas/ Área Técnica de Saúde da Mulher. 3ª Edição, Brasilia, 2000, p 11. (Traduit par l'auteur).

[210] Manuel Técnico, op.cit, p 11.

[211] *Ibid.* p 11.

[212] Ibid. p11.

[213] Nous intéressant ici aux grossesses non interrompues, nous reviendrons sur la question de l'avortement dans le chapitre suivant.

Non seulement les médecins, ainsi que les autres professionnels de santé ne disposent pas de tous les outils nécessaires pour maîtriser les paramètres décisionnels mais, de plus, ils sont eux-mêmes guidés par leurs propres valeurs autour de ce *« ce qui mérite d'être vécu »*[214]. Dans les cas de « gestations à haut risque » il revient aussi aux professionnels de santé de prendre la décision, et celle-ci est exécutée généralement par les ACS et l'infirmière dans les quartiers.

Le Ministère de la Santé brésilien a établi une liste de *« facteurs de risque »* devant être pris en compte pour le diagnostic d'une « gestation à haut risque ». Ils sont regroupés en quatre types[215] : le premier est celui des « caractéristiques individuelles et conditions sociodémographiques défavorables » dont l'âge (mineur de 19 ans[216]et majeur de 35 ans), l'occupation de la femme (efforts physiques, exposition à des agents toxiques, stress, etc.), une situation conjugale « non-sécurisée » (instable), un niveau de scolarité bas (moins de 5 ans), des « conditions environnementales défavorables », de faibles revenus, la dépendance aux drogues licites ou illicites, une « mauvaise acceptation de la grossesse », l'exposition à des agents physico-chimiques nocifs, une taille trop petite (1,45mts) ou un dérèglement du poids.

Les 3 autres groupes de « facteurs de risque » sont ceux ayant trait à l'histoire reproductive antérieure (des morts périnatales, des nouveau-nés handicapés ou malades, des avortements, des intervalles inter-accouchement de moins de deux ans ou de plus de cinq ans, une chirurgie utérine, la nulliparité ou la multiparité). Ensuite, il y a les maladies obstétriques survenant pendant la grossesse (une déviance dans la croissance normale de l'utérus, une altération du nombre de fœtus ou du volume de liquide amniotique, un travail d'accouchement prématuré ou une grossesse prolongée, une amniorrhexie[217], une pré-éclampsie ou éclampsie[218], des hémorragies, etc.). Finalement, le troisième groupe de facteurs de risque est lié à l'histoire et aux

---

[214] Ceci a été formidablement étudié par Dominique Memmi (2003). Nous n'avons pas de données de première main concernant le processus de décision professionnel lors d'une demande d'avortement thérapeutique. Dès lors, nous nous astreignons d'aller plus loin cette analyse, laquelle se révèle néanmoins prometteuse.

[215] Incise I de l'article 29- loi 9610/98.

[216] L'âge minimum de référence a changé au cours de la recherche passant de 19 ans (loi de 98), à 17 ans, et à 15 ans, selon le dernier Manuel Technique pour le prénatal. Néanmoins, dans la praxis, ces changements ne sont pas encore visibles.

[217] Rupture prématurée de la membrane amniotique.

[218] Crises convulsives.

complications cliniques de la femme (cardiopathies, pneumonies, néphropathies, épilepsies, hypertension artérielle, maladies infectieuses ou auto-immunitaires, etc.).

L'évaluation d'un « cas à haut risque» à partir de ces « facteurs de risque » semble problématique. C'est notamment une tâche qui revient aux services de proximité, les unités de santé du Programme Santé de la Famille (PSF) et les Agents Communautaires de Santé (ACS), et qu'on appelle le travail de « tri ». Il convient de se demander combien de facteurs doivent intervenir pour que la grossesse soit considérée à haut risque. Leur poids dans la définition de la dangerosité est-il le même ? De plus, certaines caractéristiques données comme des déterminants des facteurs de risque, notamment du premier groupe (revenu, éducation, profession, environnement) sont indépendantes de l'individu lui-même. Ainsi, les premiers « facteurs de risque » pourraient former à eux seuls, un « groupe à risque », dont l'homologie avec les femmes de notre population d'étude est ahurissante : des femmes qui rentrent très tôt dans le cycle maternel, qui ont de faibles revenus, qui vivent dans des configurations familiales « non-sécurisées » ainsi que dans un « environnement défavorable » et des femmes présentant souvent des cadres de « mauvaise acceptation de la grossesse » du fait que celles-ci soient non-prévues ou des « accidents planifiés ». Dans ce sens, il est important de remarquer avec Marcel Calvez (2001), qui reprend les travaux de Mary Douglas pour étudier le sida et la communauté homosexuelle, que la catégorisation sociale qui suppose l'approche de la santé par le risque, moralise le danger en le reliant à la construction d'une communauté. Dans notre étude, il s'agit de la construction d'une communauté de mères pauvres, suivant des modèles reproductifs « autres », et donc à risque.

Considérant le faible nombre de services spécialisés qui disposent de la technologie nécessaire et d'une équipe de professionnels pouvant prendre en charge la réduction des effets des facteurs de risque[219] il s'agira de suivre une économie de l'intervention. Celle-ci trouve sa justification sur deux points. D'abord, le coût financier élevé des services ultra-spécialisés ; et, ensuite, la perspective de l' « humanisation » qui oppose une résistance à la médicalisation et à la pathologisation de la grossesse et de la naissance.

[219] Dans la ville de Recife, par exemple, seules trois unités de « prénatal à haut risque» existent, lesquelles doivent accueillir aussi les femmes venant de « l'intérieur » de l'État de Pernambouc.

Le « tri » est difficile à effectuer, et le Ministère de la Santé le reconnaît. Cependant, il donne des indications qui restent floues en même temps qu'il responsabilise l'équipe du PSF et les ASC quant aux résultats et à la prise en charge des gestations à haut risque. Dans le Manuel Technique distribué par le Ministère en 2006, on lit : *« l'évaluation du risque n'est pas une tâche facile »* mais *« il est indispensable que cette évaluation du risque soit permanente, c'est-à-dire, qu'elle ait lieu à chaque consultation »* ainsi *« l'unité basique de santé doit rester responsable du suivi de la femme qui est acheminée vers un niveau plus complexe du système » (A avaliação de risco não é tarefa fácil (…) É indispensável que essa avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta (...) a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema)*[220].

Ainsi, les professionnels travaillant dans les quartiers populaires doivent observer la liste des « facteurs de risque » et signaler si au moins un des « facteurs de risque » apparaît au cours de la gestation. Le Manuel cité ci-dessus, propose d'acheminer la femme vers un service spécialisé seulement dans les cas où ces facteurs ne pourraient pas être traités par l'unité d'attention de base (PSF). Le service spécialisé, après évaluation, peut soit proposer d'effectuer le prénatal dans ledit service (dans ce cas l'unité de base de santé continue parallèlement à assurer le suivi de la femme), soit la dévolution complète de la femme vers son unité de référence, avec les prescriptions que le service de proximité devra observer de près. Les propos des ACS, lors d'un groupe de discussion, indiquent qu'elles suivent les procédures indiquées par le Ministère : *« Alors, si nous identifions quelque chose nous informons le médecin, le médecin d'ici (poste de santé), pour qu'il indique si c'est (la gestation) à haut risque ou pas, afin qu'elle soit envoyée quelque part (prénatal à haut risque) ; mais même si elle fait les consultations là-bas, nous devons la suivre mensuellement. Ce n'est pas parce qu'elle est là-bas que nous pouvons laisser tomber; au contraire, il faut garder un œil sur elle, parce que tout peut arriver*[221] *» (Aliás a gente identifica alguma coisa, passa pro médico, o médico daqui, pra ele diagnosticar se é de alto risco ou não, pra poder ser referenciado pra algum lugar; mas mesmo fazendo as consultas lá a gente tem que acompanhar mensalmente, não é por estar lá que a gente descansa. Pelo contrário, tem que ficar de olho porque tudo acontece).*

[220] Manual tecnico Pré-natal e Puepério. Atenção qualificada e humanizada/ Ministério da Saúde; Brasilia DF, 2006, p22.

[221] Groupe de discussion, recherche FAGES/ UFPE/ CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.

Les ACS et le personnel du PSF se tiennent *grosso modo* aux directives mais il leur arrive de les distordre. S'ils les suivaient à la lettre, même en ne tenant compte que du premier groupe de « facteurs de risques » (revenu, situation conjugale instable, environnement défavorable, etc.), cela pourrait entraîner à une élévation trop importante de la demande de services « à haut risque » au détriment des consultations du prénatal dans le poste de santé du quartier. Or, les femmes enceintes de Pantanal ne sont pas toutes considérées « mères à risque » – signe non seulement du pragmatisme des acteurs professionnels, ainsi que des négociations lors du « tri » des grossesses à haut-risque, mais aussi de la normativité, des valeurs et des représentations des professionnels de la santé. Tel que le signalent Fassin et Dozon (2001 : 8), *« L'identification d'un facteur de risque ne procède pas simplement d'une mise en statistiques du réel, elle implique également des présupposés à travers lesquels le monde social est déchiffré et interprété. Les implicites de la santé publique, autrement dit ce qui va de soi dans le travail quotidien de ceux qui se prévalent de son exercice »*.

II-4-b. Le substrat culturel de la notion de risque.

Si pour certaines pathologies ou « facteurs de risque » les professionnels de la santé du quartier sont moins regardants, les prennent en charge au niveau local, d'autres facteurs sont automatiquement associés à une « grossesse à risque » – c'est le cas des adolescentes. Lorsqu'on pose la question du mode de repérage des gestations à « haut risque » aux ACS du quartier de Pantanal, le phénomène des « grossesses adolescentes » émerge spontanément dans les réponses : *« la plupart des adolescentes d'aujourd'hui cachent (leurs grossesses), selon leur conjoint, elles cachent (leurs grossesses), aussi longtemps qu'elles peuvent. Quand elles viennent (nous le) dire, (c'est parce qu') il est déjà presque impossible de cacher le ventre*[222]*». (A maioria das adolescentes de hoje elas esconde, dependendo do parceiro elas esconde o máximo que pode, só quando vem dizer já tá quase impossível de esconder a barriga).*

Ainsi, la catégorie à « haut risque », lorsqu'elle se définit à partir de facteurs sociodémographiques, ne s'applique qu'aux adolescentes, groupe qui semble rassembler d'autres facteurs de risque, comme le « couple instable » ou le « rejet de la grossesse ». Une recherche menée à Porto Alegre en 2006 (Buchabqui, Capp et Ferreira, 2006), montre que sur 821 acheminements vers une unité de prénatal à « haut

[222] Groupe de Discussion, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.

risque », 24,5% n'étaient pas pertinents[223], et n'avaient pas lieu d'être. Chez les femmes les plus jeunes (de moins de 20 ans) cette orientation inadéquate vers des services spécialisés s'élève à 34,7%. Il s'agissait généralement d'acheminements administratifs. Autrement dit, on ne prenait en compte que l'âge de la femme au moment de l'orienter vers un prénatal à « haut risque ». Ce phénomène trouve sa justification dans la lutte contre la mortalité infantile laquelle s'est extrêmement liée, dans les représentations de la santé publique, à la question de la « maternité adolescente ».

Une des remarques que l'on peut opposer à l'argument liant la gestation à l'adolescence et la mortalité infantile se fonde sur les mêmes outils que l'approche du risque : les statistiques. Les données relatives à la mortalité infantile à Recife en 2006 suggèrent que le fait de regrouper sous une même catégorie les grossesses des jeunes femmes sous la dénomination de « grossesses adolescentes » (calquée sur une définition civile de la majorité à 18 ans) occulte, d'un côté les véritables risques anatomo-physiques des filles les plus jeunes, et surévalue, d'un autre côté, les risques des filles plus âgées. Si l'on sépare en deux la tranche d'âge des 10 à 19 ans, tranche de référence pour les statistiques nationales, on constate chez les filles de 10 à 14 ans un taux de mortalité néonatale de 40%, alors que chez les jeunes de 15 à 19 ans le taux de mortalité néonatale ne s'élève qu'à 8,5%, taux moins important que celui observable chez les femmes de plus de 20 ans (10,24%)[224]. Ainsi, le discours sur le risque biologique peut s'appliquer à un groupe qui ne présente pas de risques biologiques. D'un autre côté on occulte les risques masculins (autant biologiques que « sociodémographiques ») et ceux que présentent les femmes plus âgées, créant des disparités de traitement par rapport à l'âge et au genre. Les risques liés au « géniteur » sont occultés par la soustraction de l'unité mère-enfant comme unité de prise en charge. Tel que le signale Parry Scott (2007: 4), *« le fait d'associer adolescence féminine et risque dans la reproduction complète une autre attribution du risque chez les adolescents masculins, dissociés du champ de la reproduction. Cette dissociation convient autant aux adolescents qu'aux professionnels de santé, car il y a une*

[223] Dans une recherche menée en 2009 dans un hôpital d'une région rurale du Nordeste (Céara), le taux d'acheminements inadéquats était de 41% d'un total de 173 acheminements vers le service de prénatal à « haut risque ». (Voir : Linhares JJ, Coelho SFM, Vieira EM, Costa EA, Portela LC, Pinto T, 2009)

[224]Source: données de 2006, cédées par SIM/SINASC/DINAM/DVS/Secretaria de Saúde de Recife. Données analysées par Sílvia Sarinho et Parry Scott pour la recherche "Mortalidade neonatal e infantil: representações e riscos para adolescentes e adultos no Recife".

tendance convergente, d'un côté les garçons ne veulent pas se rapprocher des services de santé, ils ne veulent pas donner des signes de faiblesse et de maladie ; et, de l'autre, les professionnels de santé souhaitent les éloigner pour qu'il n'y ait pas de troubles dans les services ».

Nous retrouvons ici le projet de l'État brésilien d'obtenir des résultats sanitaires qui s'accompagne d'une normalisation du vécu des femmes de milieu populaire, notamment au moment de leur jeuneuse, en stigmatisant celle-ci par une catégorisation sanitaire. Même si les analyses statistiques montrent qu'il n'y a pas de corrélation directe entre maternité adolescente et mortalité infantile. Si certains professionnels semblent développer une vision critique de ce surplus d'intervention dirigé vers les femmes adolescentes, le fait qu' « objectivement » avoir moins de 18 ans constitue un « facteur de risque » s'impose à eux. Alors, il est très courant de faire référence à des « cas extrêmes » et à la parabole médiatique de l' « enfant qui accouche un enfant », pour légitimer leur intervention. Nous retranscrivons ici un extrait d'un entretien collectif avec deux fonctionnaires du District Sanitaire VI, dont dépend le quartier de Pantanal :

Enquêteur : *Cette notion de risque, comment vous l'organisez ? (Essa noção de risco como organizaram?).*

Interviewé *: Je ne sais pas (…) dans certains cas, par exemple, la tranche d'âge de la mère, ou des fois le diabète, l'hypertension, je sais que ce sont les indicateurs pour un acheminement vers le « haut risque », pour une unité à « haut risque ». Maintenant, dans le cas des adolescentes, quels sont les critères qu'on utilise ? Si c'est seulement l'âge…parce qu'il y a beaucoup d'adolescentes qui, malgré leur âge, ont une bonne santé et vous pouvez alors faire le prénatal dans le PSF. (Eu não sei, como é que é feito pela, eu sei que alguns casos por exemplo à faixa etária da mãe, ás vezes ou a diabete, da hipertensão eu seu que esses são os indicativos pra encaminhar pra o alto risco, pra unidade de alto risco, agora no caso das adolescentes, quais são os critérios que utiliza se só a idade, por que tem muitos adolescentes apesar da idade, mais tem uma saúde boa que você pode fazer um pré-natal no PSF.*

E :…

I : *Même si nous savons que la question de la grossesse à l'adolescence n'est pas une chose simple. Le corps de la femme. On voit une enfant de 10 ans enceinte, comme j'ai déjà vu, quand je travaillais. Je ne me souviens pas si c'était ici, dans le District, on a déjà eu quelques cas ; mais j'ai déjà vu, (une fille) de 10 ans avec un enfant, le corps est encore en formation, vous savez. Pour moi, cela peut lui causer beaucoup de problèmes et cela peut devenir une grossesse à risque élevé. De sorte qu'on a un enfant qui est en train de donner naissance à un*

autre enfant. Le corps est encore en formation et peut conduire au risque, non seulement par la question organique mais aussi dans sa tête. Elle comprend ce qui lui arrive ? Cette transformation ? Un jour elle vient d'avoir sa menstruation et ça y est (elle est enceinte).[225] *(Mais apesar de que a gente sabe que é,a questão da gravidez na adolescência não é uma coisa simples a, o corpo da mulher a gente vê uma criança com 10 anos grávida como eu já vi uma, quando eu trabalhei, eu não lembro se aqui no distrito já teve alguma caso, mais já vi com 10 anos de idade uma criança, o corpo tá em formação ainda, né. Pra me isso pode acarretar vários problemas pra ela e pode se tomar uma gravidez de alto risco, por que assim uma criança que tá dando luz, a outra criança o corpo em formação ainda pode acarretar, tanto não só a questão orgânica, mas também na cabeça dela, o que, que ela tem de entendimento com aquilo ali que ela tá passando, naquela transformação, ela acabou de menstruar um dia desses já tá).*

Ces bribes de critiques concernant l'englobement dans une même catégorie toutes les grossesses des adolescentes, et qui pointent dans les réflexions des professionnels, font suite à des débats plus larges dans le champ épidémiologique au Brésil. Ce débat ne se restreint pas au champ scientifique mais abouti à des arrangements au niveau du système de santé. Tel est le cas du déplacement, ces dernières années, à 15 ans de l'âge minimum de la femme pour être considérée à « haut risque ». Néanmoins, la praxis sanitaire continue à identifier les jeunes femmes de moins de 18 ans (âge de la majorité) comme des « mères à risque ». Finalement, c'est parce que la catégorisation des « gestations à haut risque », quand elle n'a pas été établie par un indicateur purement clinique, médical ou physiologique, permet d'y ranger toutes les grossesses déviantes par rapport à la norme reproductive. L'attribution du « risque » est alors une sanction de la déviance: *« J'ai une adulte (dans mon secteur) qui cache sa grossesse ; quand elle est enceinte, elle prend des médicaments pour avorter, elle n'assume pas d'être enceinte. Je lui dis qu'elle est enceinte, mais elle cache qu'elle est enceinte, en vrai, elle ne vient même pas*[226] *»(Eu tenho adulta que esconde quando está grávida toma remédio para abortar, não assumem que está grávida, eu digo a ela que ela está grávida ela fica escondendo na verdade ela nem vem).*

Au-delà de *l'assignation* à la maternité effectuée par l'ACS, ses propos sur un cas de « gestation à haut risque » nous laissent entrevoir les divers contenus que la notion de risque peut assumer dans la pratique. Il s'agit maintenant d'examiner de près le

[225] Entretien collectif, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, District sanitaire VI, Recife, 24/08/06.
[226] Groupe de discussion, ACS, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.

contenu, les significations, les valeurs, les représentations qui se cachent dans la mise en pratique de la notion de « risque » dans la sphère de la santé reproductive. Tel que le signale Marcel Calvez (2001 : 127), loin d'être une catégorie *« désincarnée »*, le risque agit comme ressource culturelle, par laquelle la santé publique cherche à imposer *« des normes de conduites souhaitables »*. Finalement, si la notion de risque *« est un vocable particulièrement polysémique et donne donc lieu à de nombreuses ambigüités »* (Castiel, 1996 : 240), elle semble très opérante justement par son caractère hyper-mobile, légitimant ainsi l'intervention des services de santé sur plusieurs plans.

Une des caractéristiques les plus remarquables de la mise en pratique de la notion de « risque » dans la gestation, c'est qu'elle peut réaliser des glissements temporels et causals. Autrement dit, le risque peut se placer en amont de la survenue de la grossesse, en transformant « la grossesse » elle-même en risque. Le risque devient ainsi *« risque de tomber enceinte »*, transformant la grossesse en une complication survenue à partir des facteurs de risque qui se placent ailleurs, notamment dans le « style de vie » des jeunes femmes de milieu populaire. La grossesse adolescente devient ainsi la « complication sanitaire » dont le facteur de risque par excellence est la sexualité des jeunes des classes populaires qui serait « de plus en plus prématurée » et hors-normes. Lors d'une réunion des femmes de Pantanal, organisée par le poste de santé et portant sur les mères adolescentes, une jeune médecin dit : *« Ce n'est pas par manque d'accès aux contraceptifs ou à l'information, mais c'est à cause de la banalisation de la relation sexuelle. Le sexe, ce n'est plus de l'amour, il n'y a pas d'intimité, il n'y a pas de lien, c'est une chose animale* [227]*»*. Les ACS, semblent aussi adhérer à cette vision de la grossesse adolescente comme un « risque » dont le facteur explicatif serait la sexualité précoce. *« Parce que la plupart des adolescentes ont des rapports sexuels en le cachant aux parents, et là elle tombe enceinte. Alors je pense que c'est différent de nous toutes (les ACS), parce que autrefois, lorsqu'on tombait enceinte il fallait se marier, se fiancer, aujourd'hui, elles sortent en cachette, elles ont une vie différente de celle des femmes adultes* [228]*».(Por que a maioria das adolescentes elas tem o relacionamento sexuais escondido dos pais ai pega o bucho é diferente, eu acho que é diferente de todas nós, que tivemos por que antigamente ter, ser gestante tinha que casar, noivar, hoje não hoje elas namoram escondidas tem a vida delas diferente das mulheres adultas).*

[227] Réunion de femmes, ESAM, Pantanal, Recife, 24/09/2008.
[228] Groupe de discussion ACS, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.

Le « risque relationnel » est mis en avant par plusieurs professionnels de la santé et devient aussi une sphère d'action à traiter. Ainsi, l'adolescente est également « mère à risque » car elle peut rarement reproduire le modèle idéalisé de la famille conjugale des couches moyennes. Une ACS fait état d'un cadre terrifiant concernant les familles formées par les « mères adolescentes » à Pantanal : « *les familles sont totalement déstructurées, elles n'ont pas de repères, ce sont des jeunes sans aucun repère...les pères sont souvent en prison, d'autres sont alcooliques, d'autres ont abandonné leur femme. Et, des fois, les mères se prostituent pour subvenir aux besoins du foyer, elles remplissent la maison de gens pas bien, qui viennent fumer de la marihuana...Alors ce sont des familles comme ça, complètement déstructurées, sans avenir*[229] *». (As famílias, estão totalmente, assim, eu vou dizer, estão totalmente destruturadas. Porque as vezes elas estão sem referencia, são jovens que não tem referencia...Alguns pais estão nos presídios, outros estão embriagados, outros abandonaram mesmo, ehh, as mães às vezes se prostituem pra manter, enchem a casa de gente errada, que vem, fumam maconha ou outros tipos de droga...então são famílias assim, que realmente estão sem futuro).* Nous retrouvons ici de nombreux indicateurs fournis par le Ministère de la Santé pour la détection des grossesses à « haut risque » : relation conjugale insécurisée, consommation de drogues illicites, environnement défavorable, etc. De même, ces facteurs ne sont plus un risque pour la femme ou le processus gestationnel, mais plutôt pour l'enfant qui arrivera dans cet environnement. Voici la force que prête Ulrick Beck à l'approche par les risques : celle de projeter des calamités dans le futur de l'enfant, à partir des conditions « défavorables » actuelles forgées par la mère.

Ainsi, le « haut risque » d'une grossesse, culbute sur un risque relationnel de la femme avec l'enfant. La relation à l'enfant doit commencer pendant la grossesse, et cette confirmation de *l'être de parole* doit être observée par les professionnels. Une assistante sociale d'une maternité publique nous parle du facteur de risque relationnel, cristallisé dans la notion de « rejet de grossesse » et objectivé par la non-nomination de l'enfant. Le rejet de la grossesse amènerait à un futur « rejet de l'enfant ». Ainsi, elle nous fait part de la préoccupation que suscite dans le service le fait qu'une mère n'ait pas de prénom pour son enfant: *« quand tu as une mère ici qui n'a pas de prénom pour son bébé, tu peux te dire qu'il y a quelque chose de louche dans cette relation (...) Il y a des cas où s'il n'y a pas de prénom pour l'enfant, nous devons faire suivre le cas au Conseil de Tutelle*

[229] Entretien ACS, Pantanal, Recife 04/07/06

(équivalent à la DDASS), l'organisme qui va accompagner la famille. On a eu des cas, ici, de mères qui n'avaient pas de prénom pour leur enfant ; mais quand elle l'a vu, elle lui en a donné un, mais il y en a d'autres qui ne veulent même pas allaiter, ni voir leur bébé. Ici nous voyons de tout, et il faut tout traiter»[230]*. (Quando você vê um bebê sem nome eu me preocupo muito. Qualquer mãe que estava aqui sem nome para o bebe, você pode adiantar que tem alguma coisa ruim naquela relação. (...) Tem casos que a gente tem que precisa encaminhar com o Conselho Tutelar, que é o órgão que acompanha, que vai prestar atendimento àquela família. Já aconteceu aqui dessas mães que não tinham nome, mas quando viu o filho deu o nomee têm outras que nem querem amamentar, nem querem nem ver o bebê...Aqui a gente vê de tudo, Alfonsina, de tudo. A gente tem que assistir de tudo).*

Pendant la période gestationnelle, le « risque relationnel » peut amener à l'avortement. Autrement dit, un autre facteur de risque d'une grossesse, ce sont ces « anomalies » relationnelles qui peuvent aboutir à la propre interruption de la grossesse ! « *Une adolescente qui tombe enceinte, c'est (une gestation) à risque ; mais je crois que l'éducation et la structure de la famille de cette adolescente sont très importantes, parce que souvent elles n'ont pas de soutien et finissent par avorter l'enfant. Plusieurs fois, c'est arrivé, elles tombent enceintes, elles n'ont pas le soutien (de la famille) et finissent par avorter* [231]*».(De adolescente de engravidar de risco, mais assim o que eu acho muito importante é a educação e a estrutura da família com aquela adolescente, porque muitas vezes não têm apoio e termina abortando a criança fazem, em alguns casos aconteceu isso, no caso engravidaram não tiveram apoio e terminou abortando por isso, é a família, né).* D'où la nécessité du contrôle mensuel des ACS dans les domiciles des gestantes, même si elles suivent les consultations du prénatal ailleurs. La fréquence mensuelle des visites, ainsi que l'enregistrement de la grossesse dans le registre de l'Unité Basique du PSF font que le « risque d'avortement » diminue.

La fluidité temporelle de la notion de risque peut la déplacer au-delà de la gestation. Ainsi, les « grossesses à risque » peuvent devenir des « maternités à risque ». Ceci non pas d'un point de vue médical mais relationnel, dans la capacité de la femme à remplir son rôle maternel. Ainsi, un médecin me dit *« une femme malade ne peut pas remplir son rôle de mère*[232] *» (mulher doente não pode cumprir seu papel de mãe)*. Plus encore, la figure maternelle devient le facteur de risque amenant à la morbidité de l'enfant : *« J'ai eu une*

[230] Entretien assistante social, Barros Lima, Recife, 05/05/06.
[231] Groupe de discussion ACS, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.
[232] Extrait journal de terrain, IMIP, Recife, 05/04/06.

gestante, elle a fait une petite, la petite est née malnutrie, un poids très bas, cependant elle (la mère) avait fait les consultations du prénatal normalement, elle n'avait eu aucune altération pendant le prénatal. Néanmoins, je voyais qu'elle avait un petit ventre. Je l'ai même acheminé vers (le service) à haut risque, mais de là-bas, on me l'a envoyée à nouveau, ils disaient qu'elle était bien, qu'elle n'avait aucune altération (…). Elle ne m'a pas ramené quelque chose par écrit (du service de haut risque). Je ne sais pas si elle a réellement été vue là-bas, et si on lui a dit ça. Mais je l'ai acheminée (...) Je l'ai envoyée au (service de) haut risque. Je trouvais que son ventre était trop petit, mais le bébé est né sans problèmes, tranquillement. Il est resté quelques jours dans l'incubatrice parce qu'il est né avec un poids faible. Quand elle est rentrée, je lui faisais les visites de routine(…) Cependant, je sentais qu'elle (la mère) était un peu détachée de l'enfant. Une fois, alors que je rentrais chez moi, je l'ai vue très loin de chez elle, et ce quelques jours après que le bébé soit né ! Elle était déjà en train de se balader, et pourtant elle n'était pas adolescente, elle avait 29, 30 ans(…) Et elle avait un bébé très beau, beau, belle petite chose, beau, beau. Et elle (la mère) l'allaitait mais je la trouvais quand même un peu détachée. Elle a manqué quelques consultations d'accompagnement de croissance de l'enfant, et à quatre mois l'enfant est mort [233]*». (Foi lá eu tive uma gestante que ganhou uma nenezinha, a menina nasceu desnutrida, baixo peso, mais ela tinha feito o pré-natal normal, não tinha tido nenhuma alteração durante o pré-natal, agora eu percebia a barriguinha dela pequenininha inclusive referi ela para o alto risco, mais o alto risco, me mandou-a de volta dizendo que ela estava bem, que não tinha nenhuma alteração. ela não me trouxe nada por escrito de lá, não sei se realmente ela foi atendida lá e eles disseram isso ,mas eu sempre encaminhava, fazia o encaminhamento e mandava ele pro alto risco. Eu achava a barriga pequenina ai o bebe nasceu tudo bem, tudo tranqüilo ficou alguns dias lá incubadora por que ela nasceu baixo peso, mas depois que eu liberava eu venho para casa eu visitei com a agente de saúde algumas duas vezes (...) Mas assim eu achava ela um pouco desligadadinha da criança teve uma vez que eu ia voltando pra casa e eu vi ela bem distante de casa isso poucos dias depois que a bebê tinha nascido ela já tava passeando e ela não era adolescente, ela já tinha me parece que vinte nove trinta anos por ai e era bebezinha...E era uma bebezinha linda, a nenezinha, linda coisa fofa linda linda a bebê. E ela amamentava a criança só que eu achava um pouco desligadadinha faltou algumas consultas de acompanhamento do crescimento da criança no posto, mas com aproximadamente 4 meses a criança foi a óbito).*

La retranscription de ce long extrait d'entretien se justifie car il est significatif de plusieurs points que nous aimerions relever ici. D'abord, l'éclaircissement nécessaire pour l'infirmière du fait qu'il ne s'agissait pas « d'une mère adolescente », stigmatisant

[233] Entretien infirmière, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 22/08/2006.

ainsi les comportements de ces dernières. Ensuite, il y a la question des risques non prévus par les services spécialisés « à haut risque ». Ceux qui adviennent après la gestation et l'accouchement, les risques relationnels entre la mère et l'enfant, pouvant jouer sur la mortalité infantile. Un autre élément de cet extrait est celui que nous discuterons dans la partie consacrée à la mortalité infantile et le débat ouvert par l'anthropologue Nancy Scheper-Hughes à partir de l'idée selon laquelle les mères joueraient un rôle actif dans la mort de l'enfant. Autrement dit, nous trouvons ici l'idée répandue dans le sens commun et parmi les professionnels de santé, même de manière tacite, selon laquelle les mères de milieu populaire participe à la mortalité infantile. Mais laissons cette discussion pour la partie consacrée à la mortalité infantile et attardons-nous sur ce « risque relationnel ».

C'est, en effet, ce risque que le professionnel de proximité peut présumer connaitre le mieux. Ici, nous retrouvons la vicissitude de la notion de risque en fonction de sa perception (Douglas et Wildavsky, 1983), où se confrontent ici, la non-perception d'un quelconque risque médical de la part des professionnels du service de « haut risque » et celui que l'infirmière de Pantanal peut apercevoir par sa proximité : le risque relationnel.

Ensuite, le risque comme « ressource culturelle » de l'action : le service à « haut risque » se désengage car il n'a pas observé d'indicateurs de risque médical, l'infirmière du poste de santé légitime son intervention, car elle a observé un autre « facteur de risque ». D'où, une autre question soulevée par cet extrait, celle de la place privilégiée des professionnels de santé du quartier pour réaliser un contrôle concret auprès des femmes, de par leur interconnaissance, qui s'étend au-delà de la salle de consultation. L'infirmière dit *« Je l'ai vue loin de chez elle »*. Cette vision qu'elle a en rentrant chez elle (l'infirmière habite dans un quartier de classe moyenne, proche de Pantanal) et le jugement de valeur qu'elle émet sur la promenade de la femme, alors qu'elle vient d'accoucher montrent la désapprobation de la mobilité des femmes enceintes ou en période puerpérale. Cependant, il ne faut pas pour autant y voir le signe des appréciations morales et conservatrices de l'infirmière, mais l'insérer dans la question, plus large, problématique pour le dispositif de santé, de la mobilité des personnes de milieu populaire.

La mobilité peut ainsi devenir un « facteur de risque » pour les services de santé dont l'intervention est territorialisée. À plusieurs occasions nous avons été témoins de la force du besoin de contrôle des flux humains par le PSF[234], et de l'appropriation de cette compétence par les ACS qui, en même temps, lui donnent une coloration moralisante. Expliquons-nous. La question *« quelle est votre adresse ? »* maintes fois entendue dans la bouche des ACS est souvent la question préliminaire à tout échange avec les habitants du quartier. Cette question exprime à la fois l'organisation même des programmes sociaux basés sur le territoire, et la norme morale d'avoir un « chez soi » stable comme garantie d'appartenance à la société. Autrement dit, la mobilité apparaît problématique à certains dispositifs du pouvoir d'État, ainsi qu'à certaines normes morales. Surtout quand on est enceinte. Or, beaucoup de jeunes mères partent un temps chez leur mère ou chez un autre parent passer le moment de la grossesse. Ainsi, nous avons pu constater maintes fois des conflits entre les acteurs institutionnels et des femmes sur lesquelles ils ne pouvaient pas exercer un contrôle dans la continuité. Un matin, alors que nous nous promenions dans le quartier avec une ACS *« une femme s'approche de nous pour demander un r-d-v avec le médecin du poste de santé. L'ACS lui dit qu'il n'y a plus de place pour le mois de juin. La femme lui montre son pied très enflé et l'ACS accepte de lui donner un rendez-vous pour 'le préventif'. La femme lui demande aussi une consultation pour son enfant cadet. L'ACS lui répond qu'elle n'a qu'à l'amener avec elle à son r-d-v. Une jeune fille enceinte nous aperçoit de loin et peu à peu s'intègre dans notre conversation. À son tour elle demande une consultation à l'ACS qui la regarde avec méfiance et lui demande si elle vit toujours dans le quartier. La jeune femme, qui est tatouée sur les cuisses, lui répond que oui, qu'elle habite 'chez Celina, là-haut'. L'ACS lui demande l'adresse, mais la fille ne se rappelle plus. L'ACS répond sèchement qu'elle ne peut pas alors lui donner un r-d-v. Plus tard on passe devant une cabane en bois dans la 'barreira' (le flanc de la colline) et l'ACS me dit : ' tu vois, c'est là que l'autre me disait qu'elle habite, mais ce n'est pas vrai, je suis allée ce matin à cette maison. Elle est une menteuse cette fille, ça fait deux mois qu'elle n'habite plus dans le quartier, maintenant c'est là-haut, dans le '27 de Novembro' qu'elle habite, ce n'est pas notre aire[235] ».* L'inscription dans le territoire par une adresse, rattachant la femme à une ACS de référence et à un poste de santé d'un quartier, est la condition nécessaire pour effectuer des consultations du prénatal, soit-t-il « à bas risque » ou « à haut-risque », car elle est aussi la prémisse d'un bon contrôle de la part du dispositif de santé.

---

[234] Je remercie Parry Scott pour cette remarque lors d'une promenade dans le quartier de Pantanal.

[235] Extrait du journal de terrain, Pantanal, Recife, 30/05/06.

Les propos d'une ACS sont, à ce sujet, très éloquents : *« Nous avons les familles inscrites…mais il y a aussi…tu demandes à la mère, à la sœur de cette personne : elle est où, Unetelle ? (et elles répondent) 'ah, on ne sait pas, elle habite par là…à Santo Amaro, supposons, ' ah, oui ?' 'Oui, elle passe seulement par ici rapidement le soir' 'ah, d'accord'. Alors là, je ne l'inscris pas. Parce que si quand elle disparaît, elle est gestante, là on doit faire absolument l'accompagnement, et généralement elles sont usagères (du SUS). C'est difficile. Tu as déjà connu Erica, je crois que oui, cette gestante, nous sommes allées chez cette petite brune, qui a dit qu'elle habitait à Santo Amaro, qui a dit qu'elle faisait l'accompagnement (prénatal) dans la (Maternité) Encruzilhada. Elle, aussi, est patiente (d'ici). C'est une insolente. Elle a fui. Nous n'avons... c'est le bordel, parce qu'elles restent inscrites, elles partent, elles chopent des problèmes et reviennent. Elles reviennent avec des problèmes, avec un amoureux, qui est déjà un autre problème, et ça marche comme ça*[236]*» (A gente tem as familias cadastradas...mas ai, a gente pregunta à mãe, à irmã daquela pessoa : cadê fulana? "a gente sabe não, mora là,pro lado de... Santo Amaro, vamos dizer" "e foi?" "é, ela aparece aqui muito rápido à noite" "ah, tá bom" então lá eu não tiro mais cadastro. Porque se quando ela desaparece e é gestante, aí tem que fazer o acompanhamento mesmo, e geralmente são usuárias também. Esta difícil. Você já conheceu a Érica, acho que sim, aquela gestante, a gente foi lá na casa daquela moreninha, Érica, que falou que estava morando em Santo Amaro, que falou que estava fazendo acompanhamento lá na Encruzilhada, ela tambem é usuária. É um descaro, ela fugiu, a gente não tem... é uma confusão, porque elas ficam cadastradas, saem pegam problema e voltam. Voltam com problema, com namorado, que é outro problema, e assim vai...desse jeito).*

II-4-c. Les expériences des grossesses « à bas » et « à haut risque ».

Examinons, à présent, les différentes procédures lors des consultations du prénatal. La distinction entre grossesses à haut risque et à bas risque n'est pas tant opérante dans l'intervention du dispositif que dans l'assignation du risque. En effet, une fois que le discernement d'une grossesse comme relevant du haut ou du bas risque est fait, les procédures de routine des consultations ne semblent pas si différentes dans l'un ou l'autre cas.

Les gestantes à bas risque font les consultations du prénatal généralement dans le poste de santé de leur quartier et ont, normalement, une visite mensuelle chez elles d'une ACS. Lors des consultations, les pratiques médicales de contrôle sont plus ou moins

[236] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.

celles conseillées par le Ministère de la Santé : les contrôles du poids, de la pression artérielle, des taux d'anémie, le « contrôle tactile », l'auscultation des pulsations et des mouvements du fœtus et l'acheminement pour réaliser des examens biologiques de routine ainsi que pour les échographies. Plusieurs objets deviennent très importants pour les interactions lors de ces consultations. Un d'eux est la « carte de gestante » où figurent toutes les informations concernant la femme, la grossesse mais aussi l'accouchement[237], ainsi que des informations sur le bébé. Il s'agit d'un véritable questionnaire quantitatif et c'est aussi le document d'identité des mères brésiliennes usagères du secteur public de santé, car il ouvre des droits et des obligations. Par exemple, dans une des maternités, le fait d'y trouver une place au moment de l'accouchement dépend du signalement d'un minimum de 7 consultations prénatales sur la « carte de gestante » ; c'est ce qu'on appelle « l'accouchement garanti ». Cette carte intègre aussi un numéro d'enregistrement au SISPRENATAL (système informatisé du SUS) qui sera donné à chaque gestante. Lors des consultations, tout ce qui est noté dans les registres du service doit l'être aussi sur la carte de gestante. Un autre document important est le « certificat de visite médicale » pour les femmes qui travaillent. Plusieurs fois, nous avons été témoins d'une réticence inattendue de la part de certains infirmiers à donner ce certificat. Ceux-ci demandent l'heure exacte d'arrivée en salle d'attente, ont des mines soupçonneuses, et regardent la montre pour marquer l'heure exacte de la fin de la consultation. D'autres objets, notamment les échographies et résultats d'analyses, servent comme socle à partir desquels les interactions puissent s'harmoniser afin d'entamer de véritables discussions « entre femmes ».

Les femmes à « haut risque » non seulement reçoivent chez elles les visites mensuelles des ACS, mais aussi elles sont acheminées vers des maternités où l'équipement technique est plus sophistiqué, pour effectuer leur consultation du prénatal. Pour ces femmes, en plus des procédures de routine, s'additionnent les procédures médicales individualisées selon les « facteurs de risque » de la grossesse, par exemple, le suivi d'une diète particulière ou d'un traitement médicamenteux.

En milieu hospitalier, les actions auprès des femmes semblent suivre aussi cette modalité de l'intervention qui se distingue des actes purement médicaux et où la

[237] Notamment depuis 2007, il doit y figurer l'hôpital où la femme accouchera.

« mise en parole » devient d'autant plus nécessaire, pour les gestations à « haut-risque » qu'il s'agit généralement d'adolescentes ou des femmes qui vivent « mal » leur grossesse. Le déplacement de la vision de la grossesse comme un phénomène anatomo-physique à une situation troublant la psyché de la femme crée les bases d'une reconfiguration du système de santé lui-même, lequel doit comporter diverses disciplines. Une médecin d'une des maternités nous dit: *« Adolescentes c'est ça, ici en principe elles ne sont pas considérées 'à haut risque', mais elles sont des acteurs spécifiques (…) parce que les adolescentes ne peuvent pas être réellement considérées comme à 'bas risque', il faut prendre en compte certaines considérations: elle peut avoir un prématuré...Mais elles doivent aussi avoir une évaluation plus soigneuse, aussi pour la 'question sociale' (...) Des fois, il faut faire des groupes multidisciplinaires, observer ce qu'elles mangent, si elles font des sorties... , elles doivent avoir un travail spécifique(…)Très rarement, je vois des filles de moins de 15 ans. Généralement c'est à partir de 15 ans, mais ici j'ai déjà rencontrée des filles de 12, 13 ans…Plusieurs, mais proportionnellement ce n'est pas beaucoup, car ici on voit beaucoup de patientes !(…) Elles (les adolescentes) font un travail avec les psychologues et, eux, ils considèrent comme adolescentes (des filles) un peu plus âgées. Alors, pour l'enregistrement et par rapport à l'âge, ils considèrent de 12 à 18 ans. Alors elles ont un meilleur suivi, n'est-ce pas ? La docteure Marta, c'est elle qui fait les consultations (psychologiques) et elle est très attentive pour détecter les différents types d'anxiété. Les filles arrivent ici des fois avec un fort rejet de leur grossesse, généralement à cause d'une dispute avec leur fiancé. Ce n'est pas comme ça pour toutes les gestantes. Du 'tri' arrivent celles qui ont le plus besoin d'aide, comme celles qui ont le sida* [238]*». (Adolescentes é assim, aqui em princípio elas não são consideradas de "alto risco" mas elas são atores especificos, elas fazem o prénatal no ambulatório com uma médica que só faz o prénatal com adolescentes. É uma medica que só atende so pacientes adolescentes, pode ser para o prénatal como pode ser por algum outro motivo, ela só atende adolescentes. Porque realmente é assim, adolescentes não podem ser consideradas completamente como "baixo risco", tem que ter algumas consideraçoes, ela pode ter prematuro, essa face, essas coisas. Então elas têm que ter uma avaliação mais cuidadosa, e também pela questão social. Você às vezes você têm que formar um grupo multidisciplinar, ver o que elas comem. Então elas têm um trabalho específico(...) mas dificilmente eu atendo abaixo de 15 anos. Geralmente a partir de 15, porque aqui eu já encontrei meninas até de 12, 13 anos grávidas. Mas aí, eu ja nunca peguei. Muitas, assim, proporcionalmente não é tão grande, porque aqui nós vemos muitas pacientes, né? (...)porque elas trabalham com os psicólogos, então eles consideram até adolescentes um pouco mais velhas, né? Então, às vezes, em relação à idade, eles consideram assim pra marcar: de 12 até 18...então elas vão pra lá...Elas têm um apoio melhor, né?A doutora Marta*

[238]Entretien médecin IMIP, Recife, 28/04/2006.

que faz as consultas no ambulatório, ela está muito atenta pra poder, pra detectar algum tipo de ansiedade. As meninas vêm às vezes com uma rejeição, às vezes grande em relaçao à gravidez, geralmente vêm duma briga com o namorado, né?. Então, não é assim pra todas as gestantes, vêm na triagem aquelas que estão precisando de mais ajuda como aquelas que tem aids e daí elas encaminham).

Nous voyons que le corps doit être mis en parole, que le sujet sollicité par les institutions est un sujet en conflit avec lui-même (« rejet de grossesse »), qui doit retrouver sa cohérence grâce au dispositif. Grâce à la parole, demandée par l'institution, l'individu se retrouve lui-même, accomplissant le rôle demandé par l'institution. Dans ce sens, et tel que Dominique Memmi (2004 : 135-154) le signale en reprenant la thèse de Mary Douglas, le sujet construit par les institutions est un sujet « sophistiqué » car le Moi est assez adapté aux institutions. Il ne s'agit ni du sujet psychanalytique divisé (entre le ça et le surmoi), ni d'un Moi passif ou irrationnel (hors de soi). C'est un sujet civilisé (dans le sens d'Elias), autocontrôlé, réflexif et raisonnable, en somme un « sujet fonctionnel » à l'institution (Memmi, 2004). Nous sommes loin d'une régulation des conduites basées sur l'autoritarisme médical et sanitaire où l'on fait « faire » pour le bien de la santé publique. Nous sommes plutôt devant des formes de régulation qui exercent des contraintes sur la nécessaire mise en cohérence d'un sujet adapté aux institutions.

En effet, dans la pratique, la catégorie de risque n'est pas tant opérante que la discrimination des professionnels de santé entre « une grossesse à risque » et « une maternité à risque », comme ils l'appellent eux-mêmes et qui mérite un surplus d'intervention. C'est la distinction des femmes qui ont besoin d'une prise en charge « par la parole » qui semble délimiter les véritables risques culturels, sociaux et relationnels, et dans laquelle nous pouvons retrouver des femmes qui n'étaient pas forcement diagnostiquées des grossesses à « haut risque ». Dans le quartier, cela se conjugue avec une fréquence et un contrôle plus assidu de la part des services de proximité et en milieu hospitalier, par la prise en charge psychologique. Ces « mères à risque » ce sont généralement les adolescentes ou les femmes porteuses de maladies sexuellement transmissibles, notamment la syphilis, l'hépatite B ou C et l'HIV, qui seront prises en charge par les équipes psychologiques.

Ainsi, il est intéressant de remarquer que lors de ces consultations, et tel que le Ministère de la Santé le recommande, les discussions avec les femmes deviennent la principale action du dispositif. Nous retrouvons au Brésil, ce que Dominique Memmi (2003) a vu en France : « le gouvernement par la parole » comme véritable dispositif de surveillance. Celui-ci est loin de se réaliser dans les marges du social ou selon le modèle informel de la "casa" (la maison) distinguée de la "rua" (la rue), qui dégage des lois surplombantes pour « tous » (Da Matta, 1997). La discussion, l'écoute, la mise en biographie sont des dispositifs très officiels. La structure du Manuel technique du prénatal, cité ci-dessus, met en lumière l'importance du dispositif de discussion lors des consultations. Si la première partie du Manuel, *« Principes généraux et directives pour l'attention obstétrique et néonatale »*, est une révision rapide des notions et définitions sur la grossesse, la gestation, le prénatal, l'humanisation, les recommandations de l'OMS, etc, la deuxième partie, *« l'accueil »*, est celle traitant la question *« principale de la politique d'humanisation »* : celle de *« la réception de la femme, depuis son arrivée dans l'Unité de santé, dans sa prise en charge dans l'écoute de ses plaintes, permettant qu'elle exprime ses préoccupations, ses angoisses, lui assurant ainsi une attention résolutive, et articulée avec d'autres services de santé pour la continuité de l'assistance, quand cela est nécessaire»*. D'ailleurs il est indiqué que *« l'histoire de chaque femme enceinte doit être accueillie intégralement, à partir de son récit ou de celui de son conjoint. Font partie aussi de cette histoire les émotions ou sentiments perçus par les membres de l'équipe de santé* [239] *»*. Il s'ensuit ainsi tout un chapitre technique consacré à l'art d'écouter, de faire parler et d'enregistrer cette parole. Ce n'est qu'aux chapitres suivants qu'il s'agira de « l'évaluation pré-conceptionelle », au « diagnostic de la grossesse », des « facteurs de risque » et où sont donnés les « procédés techniques d'une consultation ».

[239] *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p 15.

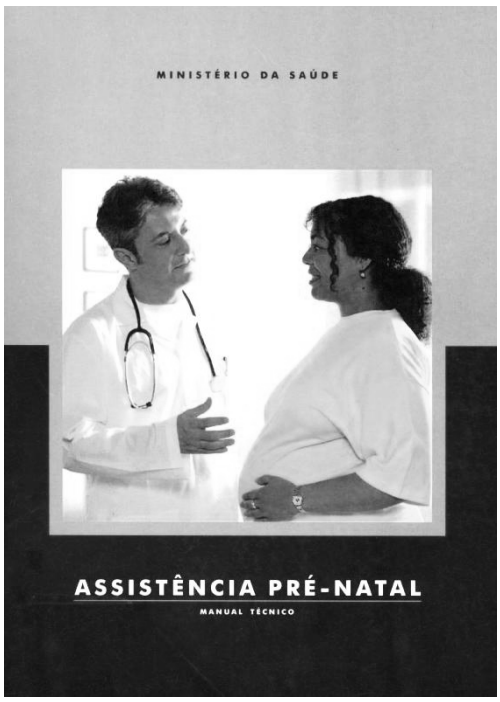


Figure 15: Couverture du Manuel d'assistance au prénatal, M.S, 2006, Brésil.

Le suivi psychologique et « l'accompagnement » comme mode de prise en charge individualisés deviennent les pratiques incontournables de l'intervention médicale. Le but de ces interventions est de faire de chaque individu le principal acteur de l'amélioration de son bien-être psychique et physique. Tel que le stipule le Manuel technique cité ci-dessus *« l'humanisation suppose : la valorisation des différents sujets impliqués dans le processus de santé (utilisateurs, professionnels et administratifs), la fomentation de l'autonomie et le rôle de ces sujets, ainsi que la coresponsabilité entre eux*[240] *»*. La femme devient l'acteur « autonome » circulant dans cette trame institutionnelle de plus en plus complexe. C'est ce que Jean-Yves Trépos (2003) appelle la vision du monde « autonomiste ». Selon cet auteur *« la vision du monde autonomiste repose sur l'affirmation de la nécessaire autonomie des acteurs : les bénéficiaires d'une institution ou d'un dispositif doivent en être aussi les acteurs, de sorte que tout fonctionne en accord avec les besoins qu'ils expriment (même si ceux-ci peuvent paraître, aux yeux des spécialistes, mal exprimés). La soumission à cet impératif suppose, corrélativement, que le dispositif soit transversal et que, par suite, l'intervention de divers spécialistes doive faire l'objet d'un important travail de coordination, défini au fur et à mesure »* (Trépos, 2003 : 101).

[240] Op.cit, p9.

Il faut souligner, néanmoins, le fait que le dispositif n'est pas complètement opérationnel dans sa mise en œuvre. D'un côté, les professionnels sont toujours réticents sur la mise en pratique du dispositif d'écoute. La circonspection laissée à la parole d'autrui est notable lors des observations des consultations, soient-elles dans le poste de santé ou dans les maternités. Tel que nous le verrons aussi par la suite, l'ethnographie dans les unités d'accouchement et de néo-natalité hospitalières met en évidence les contradictions des logiques d'action du système de santé lui-même, où le modèle bureaucratique et hygiéniste freine les changements survenus avec ce qu'on a appelé l' « humanisation » du système. La hiérarchie des positions des professionnels de santé entre eux, ou avec les patientes, est souvent très prononcée. Ainsi à Pantanal, lors de notre séjour en 2006, l'unité de santé était le décor de conflits interprofessionnels dont une des causes était les différentes perspectives de l'intervention sur les corps et la santé. Plusieurs activités de « mise en parole », comme des groupes de discussion entre personnes âgées, des adolescents, etc., à l'initiative du groupe des ACS (plus enclines que d'autres groupes professionnels aux nouveaux modes du dispositif) se voyaient freinées par l'infirmière de l'unité de santé. Elle était perçue comme *« trop exclusive »*, *« n'aimant pas travailler en équipe »* et voulant *« que tout le monde soit à sa disposition*[241]*»*. Il ne faut pas voir cependant que la marque de la domination autoritaire entre des positions professionnelles hiérarchisées. Il s'agit aussi des rapports de domination inscrits dans des modes d'intervention différents et en conflit. Tous, cependant, subissent une même contrainte : celle de l'obtention de résultats sanitaires et ils agissent dans le but de restreindre leurs propres « risques ». Un extrait du journal de terrain est représentatif, une fois de plus, non seulement des conflits qui peuvent exister entre les modèles d'intervention entre les professionnels de santé mais aussi entre eux et les patients : *l'infirmière vient dans le quartier en voiture, donc les ACS profitent pour le faire avec elle depuis le poste de santé, et moi aussi. (Une des ACS me fera la remarque* 'elle vient toujours en voiture dans le quartier, elle pense qu'on est tous des bandits'. *Je suis invitée à suivre l'infirmière et une des ACS lors d'une visite. (Autre remarque d'une ACS :* 'l'infirmière ne se rend jamais seule dans les maisons, elle veut toujours se faire accompagner par une ACS'. *Nous arrivons dans une petite maison située sur les berges du canal fétide derrière la rue principale de Pantanal. Nous rentrons dans une salle où il y a un homme adulte et une vielle dame. L'homme reste assis et la vieille femme cède sa chaise à l'infirmière. Elle semble un peu effrayée de la visite. L'infirmière dit :* 'Dona Carmen restez à l'aise, vous êtes chez vous' (fique à vontade, a casa é

[241] Extrait du journal de terrain, Pantanal, Recife, 06/06/06.

sua). *Le ton affable de l'infirmière devient tranchant lorsqu'elle se dirige vers l'homme. Elle lui demande :* 'vous avez bien pris les médicaments ? Répondez !' *L'homme lui répond sans la regarder, les yeux fixés sur le sol*[242] *».* Très souvent le dispositif de « mise en parole » s'inverse et c'est le professionnel qui s'expose racontant sa vie comme un modèle à suivre. Lors d'une consultation de prénatal avec une infirmière dans une maternité : *quand la femme rentre dans la salle, l'infirmière discute avec sa collègue et moi, elle nous raconte le moment du petit-déjeuner avec ses petits-enfants. Au bout d'un moment elle invite la femme à s'assoir face à elle et me présente, sans demander à la femme si ma présence la dérange. Je laisse faire. La consultation commence par un problème de tension artérielle (basse) que la femme dit avoir. L'infirmière lui recommande de manger du sel, et dérive encore une fois sur sa vie personnelle, plus précisément sa propre grossesse. Elle avait le même problème que la femme, alors elle mangeait beaucoup de pop-corn et de chips ! Elle dit que même si la femme est fatiguée de manger ça, il faut de temps en temps le faire, et rajoute que maintenant elle doit prendre des pilules qu'elle déteste mais qu'elle est bien obligée de le faire. Le ton de la vieille infirmière est à la fois dictatorial (tu dois faire, tu dois prendre) et familier, elle se réfère à elle tout le temps pour 'donner conseil'*[243]*».*

D'un autre côté, les patientes sont aussi réticentes à mettre en parole leur ressenti, en tout cas dans des paroles « audibles » par les professionnels. Tel que Memmi le remarque en France, aux yeux des professionnels on est très loin d'un modèle où les femmes se feraient les *« gardiennes de leur propre corps »*, car il y a plein de ratés, de dialogues inexistants et de non-adhésion aux normes. Chez certaines femmes de milieu populaire, il n'est pas encore facile d'ôter une restitution compréhensible et rationalisée de leur « moi-corporel », tel que dans les classes moyennes (Memmi, 2004: 143). Les professionnels de santé reçoivent des Oui-Non *« agaçants »* qui ne leur permettent pas *« d'avancer dans la discussion avec elles»*. Une médecin le regrette : *« j'ai des femmes qui n'ont pas terminé la quatrième, elles ne savent pas écrire, alors c'est difficile de leur expliquer comment elles doivent utiliser un médicament, en combien d'heures, ces choses-là, alors tu dois utiliser un autre langage pour ces patientes-là. Pour qu'il n'y ait pas un choc trop grand dans l'entente, tu comprends ? Parce que des fois, elles ne comprennent pas ce que tu es en train de leur demander, elles ne demandent pas…alors il faut avoir beaucoup de patience, avoir beaucoup de précaution pour expliquer… La difficulté est grande, c'est leur niveau d'instruction. C'est difficile de discuter avec*

[242] Extrait du journal de terrain, Pantanal, Recife, 19/06/06.
[243] Extrait journal de terrain, IMIP, Recife, 23/02/06.

elles[244]*». (Eu tenho mulheres que nem completaram a quarta série, tercera serie, não sabem às vezes escrever e tal, então fica difícil você explicar pra elas como é que ela vai usar o remedio de quantas em quantas horas, essas coisas, então você tem que utilizar outra lenguagem pra aquelas pacientes, pra nao haver assim um choque muito grande com o entendimento, sabe? Porque às vezes elas não entendem o que você está perguntando, elas não perguntam... então você tem que ter muita paciência, ter muito cuidado, pra você explicar... E a grande dificultade, é o nivel de intrucção delas (...)É difícil conversar com elas).*

La « *sanitarisation de la perception interne* », qui s'effectue par la prise en charge de la grossesse à partir de la catégorie du risque, s'accompagne d'un surplus de responsabilités ressenti tant subjectivement qu'objectivement par les femmes ; tel que dit Priscila, une jeune mère de 17 ans : *« être mère à risque a été pour moi une expérience très bonne, car j'ai pu avoir plus de responsabilités. Je suis devenue plus responsable tant pour moi que pour ma fille. Ça m'a permis d'avoir les idées plus claires. Là, dans les services de haut risque, ils nous font comprendre, aux mères à haut risque, que nous avons plus de tâches à accomplir pour protéger l'enfant*[245] *». (Ser mãe de risco foi para mim uma experiência muito boa porque aí tive mais responsabilidades. Me tornei mais responsável por mim e pela minha filha. Isso me permitiu ter ideias mais claras. Lá, nos serviços de alto risco, nos fazem compreender, às mães de alto risco, que temos mais trabalho pra fazer para proteger a criança).* Le fait d'être mère « à haut risque » fonctionnerait comme un surplus dans l'assignation au rôle maternel porté vers la sollicitude, le *care*, de par un surplus de responsabilités individuelles face à l'enfant.

Cependant, si les techniques du dispositif, comme celle de la « mise en parole » des corps, ne sont pas complètement opératoires, les effets recherchés ne le sont davantage. Si l'on vise à responsabiliser la femme par le biais de la construction d'une perception intime individuelle et psychologique qui soit, en même temps, en accord avec les normes sanitaires, il y a souvent un décalage entre l'assignation institutionnelle du risque et la perception du risque chez la femme, tel que les propos de Priscila, cités ci-dessus, le montrent. Ceci est surtout notable chez les adolescentes ou celles qui sentent l'assignation au « haut risque » comme une violence. Rappelons-nous du cas de Flavia, qui présentait un cadre de surpoids, mais pour qui *« C'est seulement la médecine qui trouvait que j'avais du surpoids, oui (…) Tout le monde me disait*

[244] Entretien avec médecin gynécologue-obstétricienne, IMIP, Recife, 24/04/06.
[245] Entretien Priscila, Pantanal, Recife, 03/09/08.

que ça ne se voyait pas, que mon ventre était très beau [246] *».* (*Todo o mundo me dizia que não aparentava, minha barriga era muita linda. E só a medicina que me achava com peso encima, é.”).* Le surpoids n’est pas perçu comme risque et elle légitime sa non-perception du risque par le partage avec « tout le monde », son entourage, ses relations. Plusieurs femmes présentant de cadres d’hypertension ou hypotension, nous ont fait part de leur regret d’être considérées comme des grossesses à « haut risque » surtout à cause des déplacements nécessaires jusqu’aux services de « haut risque » dans le centre-ville de Recife. Une femme de 36 ans nous dit : *« C’est comme ça, vous savez? Pour les choses que j'ai pu. Elle (l’ACS) m'a dit d'aller trois fois par semaine (au service « haut risque », d’y passer pour mesurer la pression et prendre l’ordonnance du médicament*[247] *». (É assim, sabe como é? Para pude coisar. Ela manda eu ir três vezes na semana, passar aí, para puder medir para passar o remédio).*

En contrepartie, être « mère à risque » signifie pour les femmes de connaître mieux les divers services de soin et pouvoir au moment d’accoucher trouver plus facilement une place dans une maternité, dans une ville où le manque de lits pour accoucher est un véritable problème sanitaire, et que commence récemment à être pointé comme un « facteur de risque » de mortalité maternelle et infantile. Ainsi, nous retrouvons chez les femmes assignées comme des « grossesses à risque » une connaissance plus fine et une vision plus critique envers le système de santé. Généralement, elles déplacent la catégorie sanitaire de « grossesse à risque » à celle d’une expérience « d’accouchement à risque » et plus largement « au risque institutionnel », du fait du manque de places, de l’attente et des péripéties pour trouver un lit. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant. Ce qui reste à souligner est le fait que plusieurs des femmes présentant des grossesses à risque, nous ont fait part de leur méfiance face aux soins prodigués par le système publique pendant leur prénatal et le fait qu’elles réclament plus de soins. Une femme avec un cadre d’hypertension nous dit : *« je disais toujours que j’avais mal seulement pour savoir si tout allait bien, pour avoir une autre échographie, j’avais toujours le doute qu’ils ne faisaient pas bien leur travail* [248]*». (Eu dizia; estou sentindo dor. Agora eu não estava sentindo, era só para saber se eu estava bem mesmo ou se não estava. Pra fazer mais um ultra-som, agora todo dia eu estava no hospital, para saber se eu estava bem ou se estava alguma coisa errada comigo, pra saber se fazem o trabalho certinho).*

---

[246] Entretien Flavia, Barros Lima, Recife, 27/03/06.
[247] Entretien Gloria, recherche Fages/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 08/11/06.
[248] Entretien Leonilda, recherche Fages/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 25/04/06.

De même, il y a un décalage entre le traitement du risque par l'institution et la gestion de l'état gravidique à risque par la femme. Les techniques du dispositif de santé visent à responsabiliser la femme par l'individualisation de l'expérience de la grossesse, par le biais des catégories sanitaires de plus en plus individualisées, comme celle du risque. On cherche aussi à créer une perception intime individuelle et psychologique chez la femme qui soit, en même temps, en accord avec les normes sanitaires. Mais ces techniques ne sont pas toujours opérantes en pratique. Ce point est fondamental pour nuancer la force de l'emprise du dispositif de santé sur le vécu de la maternité.

Autrement dit, si dans la surveillance *« la primauté* (est) *donnée à l'individu solitaire »* (Memmi, 2003 : 29), l'expérience de la grossesse est relationnelle, une expérience qui se construit dans le réseau de femmes. Ainsi, et surtout chez les femmes vivant des grossesses « à risque », s'il y a plus des « responsabilités » celles-ci peuvent s'accomplir grâce aux personnes de l'entourage et par une « collectivisation » de la grossesse et du risque. Très souvent les femmes enceintes déménagent chez une femme de leur famille, généralement leur mère. Il est courant aussi qu'une voisine, sœur ou amie, vienne s'installer chez la gestante. Ce sont celles-ci qui orientent les femmes enceintes sur l'alimentation et les soins liés à leurs grossesses. Elles gardent leurs enfants lorsque les femmes se rendent aux consultations du prénatal, ou elles prêtent de l'argent pour accéder aux cliniques privées et à des examens plus poussés. Maricéia, de 48 ans, qui élève deux de ces petits-enfants dont João, qui depuis ses deux mois vit avec elle car ses parents ont le Sida. Elle nous dit que sa belle-fille a *« tout fait comme il fallait »,* le *« prénatal de haut risque »* car elle *« était considérée ainsi »,* et qu'elle a eu une césarienne et a *« pris le cocktail »*. Le petit João, lui aussi *« a pris pendant trois mois les rétroviraux »*. « *Seulement qu'après tout ça, elle n'avait plus de patience, et le bébé pleurait toute la nuit, et elle, sa mère, avait mal à la tête. Alors j'ai pris João et je le ramené à la maison, jusqu'aujourd'hui qu'il a 2 ans. Il m'appelle de petite-maman, mais il appelle sa mère de maman et à son père, de papa, mais je pense que je suis plus attaché à lui que ses parents. Quand je sort en ville, il me manque déjà* [249] ». *(Ela tomou o coctail, o João tambem tomou retroviral durante três meses. Agora ele não tem nada, ele tem uma saúde de ferro, ele nunca teve nada, nunca esteve internado, nada. A mãe dele não tinha paciência, também, ai ela ficava nervosa quando ele chorava de madrugada e ficava agitado e ela tinha dor de cabeça. Ai eu peguei ele cuando ele tinha dois meses, ate hoje. Ele me chama de mainha mas eu mostro pra ele quem é sua mãe, levo ele vê-los, ele chama ela de mamãe e*

[249] Entretien Maricéia, Pantanal, Recife, 22/09/08.

de papai. Mas eu sou muito apegada a ele, acho que mais que os pais dele. Quando eu saio pra rua eu fico com saudades dele).

Ainsi, la catégorie individuelle du risque se conjugue avec une expérience en réseau de la maternité. Si le dispositif de santé vise à créer, avant l'engendrement, un projet *individuel et incorporé* de l'enfant, lors de la grossesse, ces projets sont toujours envisagés dans les possibilités de la sphère domestique et du réseau d'entraide, évaluées généralement après l'engendrement. Le projet d'enfant, ainsi que l'expérience de la grossesse, est d'abord un projet relationnel, non pas parental ou conjugal, mais en réseaux ; montrant ainsi que les dispositifs « doux », ne sont pas tellement « forts »[250], et que des femmes échappent souvent au filet qui les assignent à la maternité. Ainsi, avant de continuer sur le processus de construction du « projet » d'enfant, chez les femmes « assignées », il faudrait faire un détour sur le manque de « projet » concluant dans un avortement, une des « faiblesses » du dispositif.

II-5. L'illégalité de la chair : l'expérience de l'avortement.

Nous ne voulions pas travailler sur l'avortement. Des réticences personnelles du chercheur pourraient être explicitées pour comprendre l'élimination de cette question du programme de recherche initial mais cela signifierait nous éloigner du sujet de cette partie alors même que nous n'y sommes pas encore rentrées. Limitons-nous, ici, à rappeler simplement que la délimitation de l'objet se bornait à la seule « expérience de la maternité » et que la question de l'avortement nous intimidait du fait de la portée de cette question, au Brésil et en Amérique Latine. Une amplitude élargie par les années de lutte des mouvements de femmes en faveur de la légalisation de l'avortement[251] ainsi que par leur désespoir toujours ratifié à chaque échec des tentatives de légalisation. Cependant, les expériences des femmes ne tiennent pas compte du découpage de l'investigation, et très souvent, elles nous déplacé au-delà de notre objet. Sortir, même momentanément, de la maternité « régulée » équivaut à rentrer dans des zones obscures, celles où des comportements, des paroles, des bruits, des gestes se

[250] Inversant la formule de J.Y Trépos (2003) : « La force des dispositifs faibles ».

[251] L'avortement volontaire est interdit dans la plupart des pays latino-américains, sauf Cuba et Puerto Rico, où il est légal totalement ou en régime de délais, comme en France.

faufilent en dehors du périmètre de régulation du dispositif de santé publique. L'avortement apparaît comme une limite de la « maternité régulée », limite parce qu'il participe au travail de délimitation de celle-ci. Nous avons évoquée, ci-dessus, le cadre légal de l'avortement au Brésil ainsi que les enjeux dans la production d'un « problème sanitaire ». Il est temps de rendre compte de certaines expériences d'avortements rencontrées lors du travail de terrain à Recife. Ces expériences mettent en lumière les contraintes et arrangements pratiques dans le dépassement de cette limite légale. De même qu'elles montrent les arrangements symboliques agissant sur l'avortement en tant qu'issue possible de l'engendrement, l'autre face de la monnaie, la face cachée de l'*assignation* et de la « maternité régulée ». Ces expériences surgissent de l'ombre de la vie intime des femmes, non seulement parce qu'il s'agit d'une pratique interdite, mais aussi parce que les expériences sont émotionnellement et symboliquement confuses, des expériences qui témoignent de l'absurdité de croire à une face plate, non-concave, de « la maternité régulée ».

L'avortement est considéré comme un « crime contre la vie » dans le code pénal brésilien. Cependant, il est non-sanctionné en cas de viol ou en cas de risque vital pour la femme. Pour les gestations de plus de 20 semaines, le Ministère de la Santé recommande de ne pas pratiquer un avortement. Si le nombre d'avortements légaux a fortement augmenté (222,6%) entre 2000 et 2008[252] dans le système public de santé, il n'y a encore que 60 hôpitaux publics sur l'ensemble du pays qui le pratiquent. Lors de ces avortements thérapeutiques, l'évaluation de chaque cas est effectuée par des commissions éthiques au sein des institutions et la prise de décision semble assez lente.

À l'occasion des discussions informelles, les femmes mettent en exergue « la lenteur » de la prise de décision des commissions d'éthique quand une demande d'avortement thérapeutique leur est adressée. *« Les décisions de justice arrivent souvent trop tard, c'est pour ça »* me dit une femme, qu' *« il faudrait que le médecin décide lui-même s'il pratique l'avortement, pour éviter la souffrance de la mère »*. Elle évoque indignée le vécu de sa propre fille : *« dans le prénatal, le médecin a vu que le bébé n'avait pas de masse encéphalique, le cerveau ; alors ils ont demandé une autorisation (d'avortement) au juge, mais l'autorisation est arrivée quand le bébé était déjà né, avait déjà vécu, et était déjà mort (…)*

[252] Source : Ministerio da Saúde, Brasil, 2008.

Dans ce pays, on laisse souffrir une femme et le bébé[253]*»*. La distance est nette entre « l'assignation à la maternité », très empressée, et la procédure lente de l'avortement thérapeutique. La traduction des normes sociales dans les temporalités du dispositif est saisissante : on s'empresse d'*assigner* des grossesses et on traîne dans la légitimation d'un *« fœtus tumoral »* (Boltanski, 2004) et d'un avortement thérapeutique. Ainsi, et même si nous ne nous attarderons pas sur ce point, nous ne pouvions pas ne pas remarquer cette différence entre assignation et inscription à réaliser le prénatal et l'évaluation « éthique » pour effectuer un avortement. Finalement, le nombre d'avortements légaux est très faible par rapport au nombre d'avortements illégaux. Les femmes ayant recours à ces derniers pourraient, éventuellement, bénéficier du cadre légal de l'avortement thérapeutique comme c'est le cas des jeunes femmes mineures classées « grossesses à haut risque ». Les femmes rencontrées méconnaissent ce cadre légal autorisant l'avortement dans un hôpital public, et quand elles le connaissent elles mesurent la lenteur des décisions, et préfèrent avoir recours à l'avortement clandestin.

II-5-a. Retour sur une assignation diffuse bifurquée.

Les femmes rencontrées[254] ayant connu des avortements l'avaient fait en dehors du cadre légal et à un âge très jeune – entre 14 et 17 ans. Elles les décrivent comme « des moments fous » ; et, même si le processus a pu recommencer plusieurs fois, l'avortement apparaît comme le point culminant d'une phase de « folie » (doideira). Comprenons bien ce que la « folie » représente pour ces jeunes femmes : pour elles, c'est le début de la sexualité, relativement occultée de la famille, et la culpabilité qui y est associée. Faire des « folies » signifie ne pas contrôler la reproduction et ne pas « faire attention » à soi. Dans les récits des femmes ayant vécu des avortements à un âge plus jeune, avant d'être entrées dans le cycle maternel, le caractère non-rationnel, flou, magique, irréel de ce moment où l'engendrement a été avorté, est mis en relief. Le phénomène de *« déni de grossesse*[255]*»* est mobilisé par les professionnels de santé comme une « mauvaise acceptation ». Alors que les femmes expliquent l'avortement par leur méconnaissance de l'appareil reproducteur féminin, la non-utilisation de « médicaments » (contraception), mais surtout, de manière subjective, par le fait d'être

[253] Accompagnatrice d'une femme hospitalisée, extrait journal de terrain, IMIP, Recife, 10/03/06.
[254] Elles représentent six femmes de notre population d'étude.
[255] Cette notion peut être l'objet de critique car elle suppose qu'il y a « une grossesse » alors que du point de vue des femmes, et de certains auteurs comme Boltanski, la grossesse suppose déjà la reconnaissance d'un fœtus légitimé.

à ce moment-là « insensée » (doida). Ce moment « de folie », relève tant de la « fête », de la consommation de drogues, des premières expériences sexuelles et tout *« ce qui est bon »* (comme le dit une jeune femme). Ce moment est aussi décrit par la « peur » du regard des adultes, parmi lesquels les professionnels de santé du quartier, la « peur » de se retrouver dans des *« embrouilles avec la police »* ou celle, plus courante, *« de tomber enceinte »* et de devoir avorter.

L'avortement est un épisode faisant lui-même partie de cette « histoire folle » et il fait, lui-même, peur : *« Parce que quand j'ai su que j'étais (enceinte), j'ai eu peur de l'avortement, car j'en étais déjà à 5 à 6 mois (de gestation). Je m'en étais déjà aperçue (que j'étais enceinte) mais j'avais peur de le dire. Je pense que j'avais dans les 13, 14 ans déjà*[256] *» (Porque quando eu soube que estava (gravida) fiquei com medo, de aborto, porque já estava de 5 pra seis meses. Já tinha apercebido só que tinha medo de dizer. Acho que eu tinha uns 13, 14 anos, já).* Plusieurs propos de femmes, comme celui-ci, font état d'une expérience de la désorganisation subjective qui apparaît à la sortie de l'enfance et qui est vécue et traduite par la métaphore de la « folie ». Cependant, reste à déceler le « système d'intégration » à partir duquel (Dubet, 1987), l'expérience de l'avortement se construirait comme « anomique », dans un contexte social assez indulgent.

Il semble que l'avortement soit vécu par les femmes plus comme une confrontation aux *« normes procréatives contemporaines »* (Bajos et Ferrand, 2004), véhiculées par le dispositif de santé publique et par les médias, qu'à des normes religieuses, traditionnelles ou familiales. Elles rappellent la non-maîtrise de soi, les interventions fortes et « antinaturelles » sur les corps féminins, vues comme des aberrations d'une médecine révolue. L'avortement est vécu comme l'aboutissement des ces périodes « folles » et « irrationnelles ». Mais, paradoxalement, l'avortement devient aussi le moyen pour les femmes pour rester *« dans la norme »*, pour ne pas entrer à un âge *« trop jeune »* dans le cycle maternel, ce qui, finalement, laisse deviner la logique stratégique dans l'action: *« J'ai déjà enlevé 5 enfants. Je les ai enlevés. Ouf, je ne me souviens même plus ... C'était une folie dont je ne me souviens plus. Je ne les voulais pas aussi tôt, les enfants me donnaient mal à la tête...*[257] *». (Eu tirei 5 meninos já. Eu tirei. Poxa nem me lembro mais...Foi uma doideira, nem me lembro já. Eu não queria cedo não, menino me dava dor de cabeça.).* Adriana, qui avait 22 ans quand nous l'avons rencontrée, avait un

[256] Entretien Preta, Pantanal, Recife, 22/09/08.
[257] Entretien Adriana, Pantanal, Recife, 4/09/08.

partenaire stable depuis cinq ans, et les avortements réalisés dataient d'avant son amoureux, entre seize et dix-sept ans. Lorsque nous l'avons rencontrée, elle était à nouveau enceinte, mais cette fois-ci elle allait donner suite à sa grossesse, car maintenant elle se sentait *« prête » : « Je me protégeais, je prenais l'injection là, dans l'unité (de santé). Maintenant, je veux avoir le mien (enfant). Je regardais le gens autour de moi et je voulais essayer pour voir comment c'était (le fait d'avoir un enfant)... par curiosité ». (Eu estava me protegendo, eu pegava injeção lá no posto. Agora quero ter o meu. Estava olhando para o pessoal e queria tentar como é que era...por curiosidade).* L'avortement chez les jeunes femmes semble ainsi s'accommoder de la normativité du dispositif de promotion du planning familial. C'est une des raisons pour lesquelles il est assez *« toléré »* (Boltanski, 2004) dans un pays où il est pourtant interdit.

Ainsi, les avortements ont généralement lieu lorsque les femmes n'ont pas de partenaires stables et/ou avant d'entrer dans *le cycle maternel*, plus précisément, lors de ce moment que nous avons appelé *l'assignation diffuse.* Tel que nous le dit Adriana, elle ne voulait pas d'enfants, parce qu'elle était déjà entourée d'enfants, ses propres frères et sœurs, de qui elle devait s'occuper et qui lui causaient *« mal à la tête »*. L'avortement vient donc confirmer le désir d'occuper une autre place que celle maternelle, de s'attacher à d'autres normes qui font barrage à l'*assignation diffuse*. Cependant, l'avortement est rarement vécu comme une *« résistance »* à l'assignation. Il est généralement présenté comme la conséquence de contraintes extérieures, soit parce que la jeune femme n'a pas pu réunir les conditions pour « répondre » à *l'assignation diffuse*, ce que les professionnels de santé expriment en termes d'*assomption* du rôle : *« elle n'a pas assumé »* – et qui est formulé chez les femmes comme ce *« moment de folie »* que nous évoquions ci-dessus ; soit parce qu'il y a des contraintes dérivées du fait d'occuper déjà une autre place – par exemple, les femmes qui travaillent ou vont à l'école. Dans ces cas-là, l'avortement est vécu comme étant imposé par une situation objective extérieure et non pas comme l'aboutissement d'une période de « folie » subjective. *« C'est parce que je travaillais dans une maison de famille (domestique), et je n'étais pas encore avec mon mari, on sortait seulement ensemble* [258]*». (Tinha que eu trabalhava em casa de família, não estava com o meu marido ainda, só namorava).* Si les femmes tendent, souvent, à se présenter comme des agents déterminés par une situation objective qui induit la situation, le caractère stratégique de leur choix est tout aussi évident : le fait d'attendre une situation amoureuse « stable »

[258] Entretien Antonia, IMIP, Recife, 15/03/06.

et de retarder le cycle maternel afin d'occuper d'autres places sociales d'épanouissement du *moi* dont finir l'école, *« faire la fête » (curtir a vida)* ou travailler. Paradoxalement donc, le recours à l'avortement, et donc à une pratique illégale au Brésil, est le moyen de respecter les normes sociales que prône le même dispositif de santé lui-même : l'épanouissement personnel chez les femmes, le planning familial, la reproduction planifiée, l'entrée différée dans le *cycle maternel*, ainsi que la construction d'un projet d'enfant dans le cadre d'un couple se projetant dans une famille nucléaire. De même, l'avortement n'intervient pas seulement dans le cadre d'une annulation des « accidents » et afin de retarder l'entrée dans l'âge maternel, car les femmes qui y sont déjà entrées, celles qui ont des enfants à charge, en font usage aussi décaler les naissances et réduire leur fécondité.

C'est sur le caractère « irrationnel » et d'intervention radicale sur la chair que l'avortement apparaît comme l'antithèse des valeurs et normes corporelles du dispositif de santé. Ce dernier, pour sa part, construit une image de l'avortement comme « problème sanitaire » non seulement par les effets de celui-ci sur la mortalité maternelle, mais aussi par le caractère fantasmé d'une contraception qui passerait, en milieu populaire, par l'avortement. Cependant, les femmes ayant eu recours à l'avortement le vivent de manière tout aussi « accidentelle » que la plupart de leurs grossesses, et non pas comme une *« routine contraceptive »* (Leal et Lewgoy, 1998) consciente et rationnalisée. D'ailleurs, il a été très difficile, pour nous, de dégager des récits clairs retraçant l'expérience des trajectoires thérapeutiques liées à l'avortement. Comparé à la stérilisation volontaire féminine, à propos de laquelle les femmes n'hésitent pas à raconter en détail les conditions d'accès, ses réussites et ses échecs, l'avortement volontaire se montre comme une action sans acteur. Les femmes font très rarement mention de l'illégalité et ne font pas la critique des difficultés rencontrées pour y accéder. Plusieurs raisons à ce type de récit de *soi* où le *soi* disparaît peuvent être avancées. Ceci est dû au caractère *tabou*, ou comme le dit Boltanski à la *« réprobation générale »* de l'avortement, au-delà de son caractère légal ou illégal (Boltanski, 2004 ; 30). Ici comme ailleurs, les messages des mouvements féministes ou *pro-choix*, dans leur validation de l'avortement comme moyen légitime de contraception, ne sont pas passés dans les mœurs. Les femmes de milieu populaire, même celles qui ont eu plusieurs fois recours à l'avortement, n'avancent à aucun moment des justifications autour du droit sur leur corps. Contrairement à une

démarche de légitimation d'appropriation de leur corps, qui a été dans la France des années soixante traduite dans le slogan *« mon corps m'appartient, et j'en fais ce que je veux »*, les femmes de milieu populaire brésilien ne proclament pas l'appropriation de leur corps. L'opposition à l'*assignation* passerait plutôt, chez elles, par leur expérience d'un *« corps relationnel »* qui permet lui aussi de *« faire ce qu'on veut »*, mais par la médiation objective et subjective des relations sociales. Ainsi, les femmes mettent en relief leurs contextes relationnels au moment d'effectuer un avortement. Même si l'acte est narré par un discours individualisé, celui-ci met l'accent sur le sentiment d'un *hors soi*, une irrationalité, une incapacité et une précarité du sujet. Les propos tendent, finalement, à présenter la décision individuelle articulée à la force de certaines relations, notamment de la famille d'origine, ou à la faiblesse d'autres relations, notamment de relation conjugale.

Il faut noter que l'avortement n'est pas l'objet d'un *tabou* absolu, et finalement, les voisins, les parents, les amis, et les professionnels de santé savent lorsqu'une femme du quartier a fait un avortement, sans que cela entraîne une sanction ou un étiquetage social. Largement pratiqué, il semblerait que l'avortement soit accepté socialement, l'acceptation sociale pesant plus que les valeurs religieuses. La difficulté à mettre en récit l'avortement est aussi sûrement causée par la *« pauvreté des représentations »* (Boltanski, 2004 : 34) de celui-ci. Effectivement, nous avons noté que les femmes ont du mal à se représenter cet acte et à garder la même conjugaison de manière cohérente durant tout le récit. Elles passent d'un *Moi* (acteur) à un *Eux* (contraintes), d'un verbe pronominal et réfléchi *(agir sur son corps)* au mode passif du verbe *(on m'a…).* Tout comme l'objet même de l'intervention passe très régulièrement d'un *« ça »* (objet) à un *« lui »* (l'enfant) et vice-versa.

II-5-b. L'arrangement par la « descente des règles. »

Souvent dans les discours des femmes, une manière d'effacer l'acte « volontaire » est d'associer la perte à un avortement spontané. Elles le font en utilisant les discours du dispositif sur la somatisation et la psychologie pour se justifier auprès des professionnels. Une jeune fille, par exemple, nous assurait qu'elle avait fait une fausse couche parce que son corps ne voulait pas d'enfant, parce qu'elle n'était pas prête. Or plus tard, dans la conversation, nous apprenions que sa grand-mère (qui habitait avec elle) lui avait donné un thé abortif. Pour elle, l'avortement était clairement lié au refus

de son propre corps de l'état gravidique, effaçant le caractère relationnel de sa perception corporelle subjective. Il y a des femmes qui disent qu'elles ne savaient pas qu'elles étaient enceintes jusqu'au moment de l'avortement. Cette construction est, d'un point de vue stratégique, très utile et elle anticipe sur des futures confrontations avec l'institution médicale si des complications post-avortement surviennent. Elle peut, tel que nous le verrons, se révéler nécessaire dans les interactions avec des professionnels de santé au regard accusateur.

D'ailleurs, nous avons noté un effacement de l'avortement lui-même. Non seulement les femmes en oublient la date, les circonstances, etc. mais elles en parlent aussi comme d'une *« descente des règles »*. Plusieurs d'entre-elles ne parlent pas de gestation avortée mais de solution à un *« retard des règles »*. Une jeune femme ayant subit deux avortements nous dit : *« le premier, je ne savais pas (que j'étais enceinte), je pensais que j'avais un retard de règles, le deuxième je savais* [259]*». (O primeiro, eu não sabia não, achei que tinha um atrazo; agora, o segundo eu sabia).* Certains chercheurs au Brésil ont témoigné de la pratique de *« descente des règles »* en milieu populaire avec des médecines traditionnelles non pas comme une méthode abortive mais plutôt comme une *« routine contraceptive* » (Leal et Lewgoy, 1998).

Cependant, même s'il y a un alignement de la contraception et de l'avortement, moins tranché que dans d'autres cadres de représentation, et que la plupart des femmes glissent d'un registre à l'autre facilement, cette représentation de la *« descente des règles »* ne cache pas complètement le fait de « l'avortement », qui est toujours vécu comme un « accident » biographique. Il s'agit donc moins d'un euphémisme dans le but de cacher l'avortement, que de la complexité subjective et symbolique de cet acte dans les cadres brouillés de légitimation de cette intervention. Par exemple, Preta n'hésite pas à dire qu'après son premier avortement, elle en a connu *« bien d'autres (avortements) »* et que *« sur cette route, (elle) a déjà plusieurs kilomètres » (Eu jà fiz outros. Nessa rota já tou de volta),* dénotant de prime abord une connaissance et un détachement des condamnations moralisantes. Mais quand on lui pose des questions plus précises sur l'intervention, elle revient sur le fait qu'elle a *« pris du thé entre les deux (deux de ses enfants), c'est du thé pour les règle retardataires ». (Tomei o chazinho entre eles dois., é o chá*

[259] Entretien Preta, Pantanal, Recife, 22/09/08.

para a regra atrazada, né ?). De même, plus tard, elle parlera de ces avortements comme des *« péchés »* contre Dieu.

Ceci suggère que les arrangements symboliques, lors d'un avortement sont plus alambiqués que ceux mobilisés lors des grossesses non-interrompues. Nous avons noté la difficulté chez les femmes pour nommer, se représenter et dire l'action ainsi que le statut de l'être avorté. Souvent, les mots font référence à un passé flou, aux années de « folie », à l'ignorance, en somme à la non-maîtrise de la situation. Cependant, l'évocation de l'avortement comme d'une « folie de jeunesse », peut être une façon de limiter sa propre responsabilité face au chercheur. Maintes fois une opinion en faveur de la légalisation de l'avortement a permis de faire jaillir des paroles, jusque-là bloquées. Ensuite, et en prenant la précaution de ne pas trop appuyer sur des notions trop connotées du point de vue psychologique ou ethnocentrique, nous pourrions avancer l'idée d'une *« résilience »* de l'avortement, c'est-à-dire d'un facteur de protection ou d'ajustement subjectif, où la lacune, l'auto-victimisation et l'effacement joueraient un rôle fondamental. Finalement, nous pourrions appliquer une « anthropologie symétrique » définitive, au sens de Viveiros de Castro (2004) et voir dans la *« descente des règles »* non plus la représentation, variable et culturelle d'un corps humain partout le même, universel, mais la possibilité d'existence d'un *corps différent*, chez les femmes brésiliennes, et le fait donc, que cette intervention soit « véritablement » une « descente des règles » et non pas un avortement. Il s'agirait d'interpréter ceci depuis une perspective qui tient compte de la variabilité des corps et qui prend au sérieux, car symétrisées à nos propres conceptions, les représentations corporelles des femmes de milieu populaire à Recife.
Cependant, pour avancer une telle idée il faudrait faire abstraction du contexte social des femmes rencontrées, du fait que ces femmes sont intégrées à la « société de masse » qui englobe ces interventions sur le corps sous la désignation « d'avortement », ainsi que de l'interdiction de l'avortement auquel pourrait répondre cette métaphore de la « descente des règles ».

De même, et ceci rend plus ardue la compréhension, les femmes rencontrées ne forment pas à elles seules une « culture » à part, et leurs vies évoluent dans des univers culturels très diversifiés, de même que ce qu'elles décrivent comme des *« descentes*

des règles » deviennent, à des moments différents et dans leurs propres propos, *« des avortements »*.

Dans ce sens, un premier pas vers la compréhension est celui de prendre en compte la dimension temporelle de la gestation. Nous avons remarqué que les arrangements changent en fonction du temps de gestation. Les avortements effectués lors des premières semaines sont plus généralement décrits et vécus comme des *« descentes des règles »* et peuvent plus facilement être effacés de la mémoire. Ils se rapprochent alors des pratiques de « contraception ». Alors que ceux réalisés à un stade plus avancé de la gestation sont vécus plus difficilement et reconstruits dans leurs propos comme de véritables *épreuves*[260] (Dubet, 2009) économiques, sociales, symboliques et subjectives. D'autres dimensions, telles que l'âge, la religion, l'éducation, etc., ne nous semblent pas jouer autant que la dimension temporelle de la gestation dans le changement perceptif entre « le sang menstruel » et « l'enfant » dans notre univers d'étude. D'une part, les niveaux scolaires des femmes étaient assez homogènes, ainsi que nous n'avons pas noté de différences entre les femmes plus « jeunes » et celles plus « âgées » ayant subit un avortement. D'autre part, la dimension religieuse ne joue pas un rôle décisif comme déterminant des arrangements. Nous avons connu des femmes évangélistes ayant provoqué une « descente des règles » dans leur passé et elles ne les vivaient pas nécessairement comme *« un péché »*. Cette faible incidence du religieux dans l'acceptation ou le refus de l'avortement semble aller à l'encontre des explications communément utilisées. Il nous semble, cependant, que si cette dimension peut être mobilisée pour expliquer le refus de l'avortement dans une échelle macro-sociale[261], celle-ci n'est pas opérationnelle au niveau des expériences des femmes de milieu populaire, non seulement parce qu'on constate chez elles une forte mobilité religieuse (généralement elles ont fait partie de diverses religions et dans une même famille on peut retrouver plusieurs confessions)[262] mais aussi parce que leurs appartenances religieuses sont tempérées par les expériences elles-mêmes. En effet,

[260] Nous saisons la notion d'épreuve telle que définie par François Dubet « Bien plus que par des rôles et des systèmes organisés, la société se donne aux individus sous la forme des épreuves qu'ils doivent franchir ou des problèmes qu'ils doivent résoudre. Ces épreuves ne sont pas seulement les « accidents de la vie », comme la maladie ou le chômage, elles sont bien plus que les moments dramatiques de l'existence », voir le chapitre «Épreuves et Dominations » in Le travail des sociétés (2009).

[261] La non-séparation entre l'Église et l'État est l'explication communément acceptée en Amérique latine pour expliquer l'illégalité de l'avortement.

[262] Voir l'article de Ronaldo de Almeida (2004) pour les circulations entre religions dans la ville de São Paulo.

très souvent les jeunes femmes rencontrées associent leur « écart à la norme » à des degrés d'éloignement par rapport à Dieu. Ainsi, le fait d'être « éloignée » justifie des actes *a priori* condamnables. De même, nous avons constaté l'association entre leur passage à l'âge adulte, dont celui au « cycle maternel » et leur adhésion aux valeurs religieuses. Chez les plus jeunes, le fait de ne pas être encore entrée dans la sphère de Dieu – *« Je n'ai pas encore été touchée par Dieu » (Ainda não fui tocada pelo Cristo)* – permet certains écarts tout en sachant qu'un jour on y entrera, dans la sphère de Dieu et dans l'âge adulte et maternel.

Généralement, ce sont les avortements effectués à partir du troisième, quatrième mois qui sont reconstruits *a posteriori* comme des *« péchés »*. Ce qui auparavant était représenté comme du *« sang menstruel »* devient un *« enfant »*. Ainsi, une femme nous dit, que l'avortement d'une gestation de cinq mois *« c'est un péché » (é pecado mesmo)*, et elle explique que *« c'est un enfant, mon petit » (é criança, meu menino)*. Cette distinction effectuée par les femmes entre « sang » et « enfant » est extrêmement importante dans le cadre explicatif plus large de cette thèse, car elle nous pousse à inclure la perception corporelle interne de la femme, qui tout en pouvant être tout aussi régulée, n'est pas la conséquence directe de l'emprise du dispositif de santé. Autrement dit, ceci nous oblige à relativiser l'emprise des représentations et des effets de *« vérité »* du dispositif de santé publique dans la construction du corps gravidique pour laisser une place à la dimension affective et sensorielle des corps. Il s'agit ici de femmes ayant échappé à *l'assignation maternelle* du dispositif, dans le but justement de pouvoir effectuer un avortement, et qui ont néanmoins construit une image de leur corps comme contenant un être, voire un *« enfant »*. Ceci nous oblige à ne pas oublier la place du sujet dans la production de *la vérité* de son corps, pour reprendre des termes foucaldiens, et à toujours placer celui-ci dans une triangulation pouvoir/vérité/sujet. Plusieurs femmes disent avoir senti *« quelque chose »* en elles-mêmes, notamment au moment de l'intervention (avortement). Une d'entre-elles dit avoir vu le corps de « l'enfant » : *« j'ai vu le petit à côté de moi » (eu vi o nenêzinho lá, ao meu lado)*. Il est intéressant de remarquer qu'aucune des femmes ne parle de « fœtus » ni d' « embryon », mais qu'il y a un passage direct du « sang » à « l'enfant[263] ». Il semble que les arrangements symboliques qui amènent à « garder » l'enfant divergent

[263] Nous ne savons pas cependant, s'il y a une classification interne à ces deux catégories. Il se pourrait, en effet, qu'il y ait, dans les représentations, différents types de sang ou d'enfants, selon le stade de la gestation. Cette question n'a pas pu être abordée lors des entretiens.

de ceux qui conduisent à l'avortement par l'existence d'une construction plus graduelle de la gestation, due aussi à l'imagerie échographique de la grossesse.

II-5-c. La subjectivation relationnelle de l'épreuve.

Sans tomber dans l'essentialisation de l'engendrement ni de la grossesse, ceci nous amène cependant à prendre au sérieux les épreuves (Dubet, 2009) qu'elles vivent dans leur chair et la « culpabilité » qu'elles peuvent ressentir lorsqu'il y a avortement d'une gestation bien avancée. Cette « culpabilité » n'est cependant pas assez forte pour empêcher un nouvel avortement et elle ne semble pas liée à une forte injonction religieuse ou morale mais elle semble plutôt liée à la contradiction interne de l'engendrement entre *singularisation et non-discrimination des êtres*, dont parle Boltanski. La même femme qui nous disait que l'avortement était un *« péché »* affirmait, par la suite, qu'elle recommencerait si elle en venait à nouveau à tomber enceinte. Ceci nous permet de supposer que les contraintes temporelles de la gestation ne sont pas seulement liées aux processus de formation linéaire de l'embryon et du fœtus et à la capacité cognitive de la femme à s'apercevoir de ces changements graduels dans son corps, et que d'autres dimensions symboliques viennent s'enchevêtrer graduellement dans le processus gestationnel.

Dans les expériences des femmes, la dimension temporelle de la gestation est explicitement liée à celle des différentes techniques abortives envisageables et implicitement liée à la dimension relationnelle de la gestation, comme le regard porté sur leur corps. Concernant la première, il est évident que des techniques médicales plus « dures » sont vécues de manière plus forte par les femmes, non seulement du point de vue du coût économique qu'elles entraînent[264] mais aussi de la « peur » de l'échec de l'opération ainsi que des séquelles corporelles, voire la mort. En effet, les femmes connaissent les liens entre avortement clandestin et mortalité maternelle, sans pour autant en tirer une critique explicite de l'interdiction de l'avortement.

Les enjeux entre temps et relations, quant à eux, se jouent autour de la visibilité de la gestation. Plus sont nombreux ceux qui « le voient » et « le savent », plus la femme vivra l'avortement comme tel et non pas comme une *« descente des règles »*. Les

[264] L'avortement en clinique privée peut couter entre 1000 et 3000 réaux ; dans les cliniques appelées « du fond du jardin » (do fundo do quintal), celles où les femmes rencontrées l'avaient fait, l'avortement peut couter entre 300 et 600 réaux.

stratégies pour « cacher » sont alors déployées en direction des personnes proches et de la « communauté », notamment des professionnels de santé des services de proximité. Cependant, voisines, amies et les autres femmes de la famille restent rarement dans l'ignorance, car ce sont elles qui faciliteront l'accès à l'avortement. Parfois ces femmes du réseau le « découvrent » directement ou indirectement par la "fofoca" (commérage), d'autres fois c'est la femme gestante qui le leur annonce. Souvent, c'est un mélange de deux : quand, par exemple, de jeunes femmes n'arrivent pas à « cacher » le fait qu'elles soient enceintes à leur propre mère, mais se sentent soulagées dès que leur mère le sait car *«elle a déjà fait aussi » (ela já fez também)* des avortements. L'ambivalence entre la volonté de « cacher », le fait qu'elles soient enceintes, et la nécessité de le « montrer », aux personnes susceptibles de leur faciliter l'accès à l'avortement, est très courante. Il faut ramener cette question aux arrangements symboliques de l'avortement et mettre en exergue le fait que ceux-ci, de même que ceux amenant à poursuivre une grossesse relèvent davantage des *arrangements domestiques* et par *projet*, que de ceux avec *le Créateur* ou *l'État*. L'arrangement *par projet*, nous l'avons vu, est en lien avec l'image que la femme se fait de ce moment de « folie » et de « non-maitrise » de son destin l'amenant à l'avortement comme conséquence du manque de « projet ».Mais nous avons vu comment ce manque de « projet » peu être rattrapé par l'assignation rapide du dispositif de santé et la construction *a posteriori* du « projet ». L'arrangement domestique ou avec la parenté dessine les possibilités d'accueil d'un nouveau membre dans la maisonnée. Ainsi, une femme de 17 ans dit qu'elle a avorté parce que chez elle *« on ne voulait plus d'enfants*[265] » *(Não queriam mais crianças na casa)* car sa mère garde déjà ses frères ainsi que ses neveux (les enfants d'une sœur qui travaille).

L'importance du réseau, et notamment des autres femmes, apparaît non seulement dans la légitimation de l'acte d'avorter mais aussi dans les actions concrètes pour le réaliser. L'information sur les lieux et sur les personnes effectuant des avortements clandestins, l'argent prêté pour le faire, l'accompagnement, la préparation des tisanes abortives[266], les soins post-avortement, etc. Une femme nous dit : *« Pendant le premier mois, le deuxième mois ... il y a plusieurs thés, il y a le thé de 'quebra-pedra', la 'buchinha', la feuille de 'pitanga', ce sont ces thés… nous les connaissons par le bouche à oreille. C'est très*

[265] Entretien Roana, Barros Lima, Recife, 13/03/06.

[266] Cette transmission intergénérationnelle de savoirs en matière de plantes médicinales abortives, encore très présente chez les jeunes femmes, est très intéressante et supposerait un travail supplémentaire en profondeur, tâche à laquelle nous n'avons pas pu nous consacrer.

ancien, de prendre du thé ! Alors, quand il y a un retard (des règles), quelqu'un vous dit 'prends ce thé'... Il y a les épices aussi [267]*» (No primeiro mês, no mês dois… tem vários chás : tem chá de quebra-pedra, buchinha, folha de pitanga que é para regra atrasada, são esses chás. A gente os conhece de boca em boca: isso é o mais antigo de tudo, beber chá!. Aí, "já atrasou, aí pega esse chazinho". Aí tem tempero...).* Quand nous demandons qui les a aidées, elles répondent que ce sont les amies, les collègues, les voisines, leurs mères, leurs sœurs, enfin, les femmes de leur réseau. Lorsque les gestations ont dépassé le stade où les thés ne sont plus opérationnels ou qu'ils n'ont pas marché, les femmes ont recours à des tiers. Cette sortie de la sphère des « proches » est mal vécue par les femmes, même si le réseau reste finalement très présent en facilitant l'accès à ces autres méthodes: « *J'ai rencontré un travesti, il se prostituait. C'est lui qui me l'a fait (l'avortement). C'est ma cousine qui le connaissait. Elle m'a accompagnée. Il l'a fait avec une sonde, une sonde est comme une injection qui envoie de l'eau salée dans le sac (amniotique)*[268]*. » (Eu conheci un travesti, ele fazia programa. Aí, ele me fez. Minha prima conhecia ele. Ela me acompanhou. Foi com uma sonda, uma sonda é como uma injeção que aplica água salina na bolsa).*

Si les arrangements symboliques face à l'avortement – vu comme un péché, comme une nécessité, comme une folie, etc. – semblent à première vue paradoxaux et relevant de l'action d'un individu isolé, il se peut qu'ils puissent être « arrangés » grâce à cette base relationnelle qui sous-tend la décision individuelle d'une femme. Les expériences semblent s'ancrer dans le réseau, et même si elles sont souvent relatées comme l'acte d'une personne « isolée », peu à peu les propos intègrent des personnes du réseau : *« camarades, amies, connaissances et la famille » (companheiras, amigas, conhecidos e a família).*

Ici, plus que dans les gestations menées à terme, le réseau distingue plus nettement ces propres contours en discriminant les professionnels de santé, ce que ces derniers regrettent emphatiquement : *« Des avortements, il y en a (dans le quartier) mais c'est tellement caché. Nous le savons parce que nous entendons qu'Untelle est affaiblie, qu'elle est en train de perdre du sang depuis plusieurs jours. Pour un rien, elle est en train de perdre (du sang)? (Elles disent) :'Je pense que j'étais enceinte, puis j'ai pris un thé, un de ces thés, alors la menstruation est descendue, et ça ne veut pas s'arrêter'. Mais nous savons, au fond, que cela a été provoqué. Elles se plaignent de cette façon parce qu'elles demandent de l'aide*

[267] Entretien Preta, Pantanal, Recife, 22/09/08.
[268] Entretien Roana, Barros Lima, Recife, 13/03/06.

médicale à ce moment-là, parce qu'elles savent qu'elles l'ont déjà perdu, qu'elles ont une hémorragie, mais sinon elles n'en parlent pas…[269]*» (Aborto, tem mas é muito assim, mas é muito oculto. A gente sabe porque ouve falar que tem uma debilitada, assim que está perdendo sangue, assim faz muitos dias. Do nada, assim, está perdendo?"Eu acho que estava gravida, sabe, aí eu tomei um chá. Bem, um chá daqueles, aí a menstruação desceu, e não quer mais parar". Mas a gente sabe que no fundo, foi provocado, elas queixam-se assim porque elas estão pedindo assistência médica, naquele momento, porque sabem que já perdeu, que tem a hemorragia, mas senão, nem falam...).*

II-5-d. Limites de la régulation du dispositif de santé.

L'avortement devient une limite du dispositif de santé publique dans son incapacité de « *mise en parole* » des corps. En effet, si plusieurs ACS se plaignent du fait que les jeunes filles cachent leurs « grossesses » à leurs parents, le travail de terrain révèle que si les femmes cachent quelque chose, c'est plutôt aux ACS et non pas aux femmes du réseau, celles qui justement interviennent comme ressources sociale, d'information sur les thés abortifs et/ou financièrement pour effectuer un avortement chirurgical. Lors d'un groupe de discussion, l'une des ACS dit : *« La plupart des adolescentes d'aujourd'hui cachent (leur grossesse), en fonction du partenaire, elles se cachent autant qu'elles peuvent, elles en parlent seulement quand c'est déjà presque impossible de cacher le ventre. Parce que la plupart des adolescentes ont des relations sexuelles cachées des parents, c'est là qu'elles tombent enceintes*[270]*». (A maioria das adolescentes de hoje, elas escondem, dependendo do parceiro elas escondem o máximo que pode, só quando vem dizer já tá quase impossível de esconder a barriga . Porque a maioria das adolescentes, elas têm os relacionamentos sexuais escondido dos pais, aí pega o bucho).* Si le dispositif valorise le fait que la jeune fille « parle à sa famille », il faudrait aussi que le contrôle de « ce qui est dit » soit assuré par le dispositif . *« Nous sommes les derniers à être au courant » (somos os últimos a ter conhecimento!),* se plaint aussi l'infirmière du quartier.

La réprobation de la part des professionnels de proximité est moins portée sur l'acte de l'avortement que sur sa *non mise* en parole. Elle est moins une condamnation morale que pragmatique et relative aux périls en termes de non-contrôle de tout ce qui touche à la santé dans le quartier. Pourtant, il y a chez les professionnels de santé des élans de stigmatisation vis-à-vis de ces femmes ayant effectué des avortements. Généralement,

[269] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.
[270] Groupe de discussion ACS, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.

les ACS connaissent bien ces femmes-là grâce, une fois de plus, au phénomène du commérage (*"fofoca"*), partie structurante de la sociabilité en milieu populaire. S'ils connaissent ces actes, ils ne les sanctionnent pas directement. Leur adhésion à l'avortement comme mode de régulation des naissances pourrait en être une des raisons. Ceci reste cependant minoritaire chez les professionnels de santé. Un avortement dans leur quartier est aussi un danger pour eux car il représente le signe de leur « mauvais » travail de promotion de la contraception. Cependant, il semble plutôt que la non-dénonciation ou l'absence de sanction directe d'un avortement dans le quartier soit liée aux modes même de régulation. La régulation des relations entre professionnels de santé et habitants du quartier se construisant aussi par la violence, la dénonciation d'un avortement (comme de tout autre acte illégal) peut être à l'origine d'actes de rétorsion de la part de la femme ou de ses proches. De nombreuses fois, ces derniers nous ont fait part de délits dont il ne fallait pas *« se mêler » (mexer com isso)* car ce serait au risque de leur vie. La sanction de la part des professionnels de santé, et du dispositif, se limite alors à contrôler de plus près les femmes dont on *« sait qu'elles ont avorté »*, en intensifiant les visites domiciliaires et en demandant plus d'informations dès qu'on la saura *« à nouveau enceinte »*, pour que, cette fois-ci, la grossesse soit inscrite très tôt dans le service prénatal.

De même que pour les institutions de santé de proximité, dans les maternités, la sanction ne sera pas directe mais indirecte. Lorsque les femmes arrivent pour être hospitalisées à cause des complications post-abortives, ou pour réaliser un « curetage », le manque de places fait qu'elles sont placées dans les mêmes chambres que les femmes ayant accouchées et leurs bébés. Celles qui ont avorté vivent le passage par la maternité et le « curetage » comme des moments très violents. L'une d'entre-elles l'a vécu comme un *« deuxième avortement » (achei que eles faziam o aborto de novo).* Même si la réalité du manque de places dans les maternités publiques est mise en avant par les professionnels de santé, eux-mêmes reconnaissent qu'il y a aussi une visée de « redressement moral » de la femme dans le fait de lui faire partager la chambre avec des femmes qui *« sont avec leur bébé »*.

Dans les propos d'une assistante sociale d'une des maternités, contre cette pratique de partage de chambre, nous pouvons cependant noter la différenciation moralisante qu'elle fait entre « l'avortement spontané » et « l'avortement volontaire ». Ainsi, selon

cette assistante sociale, une femme ayant subi un avortement spontané doit être protégée de la vision d'autres femmes avec leur bébé ; alors que pour les femmes dont la spontanéité de l'avortement est à mettre en doute, cette protection n'est pas aussi indispensable : *« Normalement il y a une chambre, c'est la n°8 (deux lits), pour les cas de curetage ; mais quand elle est pleine, alors là, il faut se débrouiller. Là, je demande (à mes collègues) : 'Écoutez, vous ne voyez pas que cette femme n'a pas de bébé ?'. Parce que si ça a été une fausse couche, cette mère-là éprouve, en quelque sorte, un grand ressentiment envers la communauté, toute entière, envers toutes les naissances. Quand il s'agit d'une fausse couche. Quand ce n'est pas (une fausse couche), et comme nous n'avons pas la possibilité d'enquêter ou de juger, il faut croire en son témoignage. Alors elle est dans la douleur. Mais quand ce n'est pas le cas, quand ce n'est pas spontané, elle ne se sent pas triste....Ahhh, parce qu'on pense que la maternité (institution) c'est juste la vie, seulement la vie. Et ce n'est pas vrai, il y a d'autres choses qui sont tristes. Surtout, si c'est un avortement spontané. S'il s'agit d'une mort souhaitée, là, ça devient compliqué* [271]*. » (Normalmente tem uma enfermaria que é a oito, para a curetagem. Mas quando estão cheias, aí a gente tem que se virar. Mas aí novamente é que eu fico pedindo, "olha, não vê que essa mulher está sem bebê, não?" Porque se foi um aborto espontâneo, essa mãe de alguma forma ela tem um ressentimento muito grande com a comunidade, todos juntos, todos os nascimentos. Quando é um aborto espontâneo. Quando não é, porque aí a gente não tem essa competência de julgar nem de investigar, tem que acreditar no depoimento dela, aí ela fica com dor. Mas quando não, quando não é uma coisa espontânea, ela não se sente muito triste não....Ahhh, porque a gente pensa que é só vida que a maternidade, é só vida, e não é. Tem a outra coisa que é triste. Principalmente se for aborto espontâneo. Se foi uma morte desejada, aí é que complica mesmo).*

Les « morts souhaitées » posent problème aux institutions hospitalières ainsi qu'aux institutions de proximité. Les premières ont du mal à « enquêter » sur les conditions dans lesquelles l'avortement a eu lieu, ce qui complique la prise en charge. Les femmes rencontrées en institution et ayant effectué un avortement volontaire disaient avoir vécu leur passage par l'institution hospitalière comme une violence. Mais, nous verrons que ce ressenti n'est pas complètement différent de celui des femmes qui y ont accouché : la culpabilisation pour cause d'avortement semble être le revers de la *sollicitation* maternelle, laquelle peut être tout aussi obstinée lors du séjour à la maternité. Les professionnels de proximité quant à eux se voient aux prises avec les apories du « caché » et du « non-caché », du « dit » et du « non-dit » qui limitent les

[271] Entretien Assistante sociale, Barros Lima, Recife, 05/05/06.

ressources disponibles pour un travail de régulation « par la parole » à l'intérieur du réseau créé autour d'un avortement : ils ne peuvent donc agir qu'*a posteriori*, par la sanction indirecte.

L'expérience de l'avortement engage plusieurs logiques. Elle est d'abord liée à l'échec de l'*assignation* à la maternité de la part du dispositif. Les stratégies des femmes consistent alors à mobiliser le réseau en vue d'accéder à l'avortement, tout en maîtrisant la circulation de l'information dans le but de freiner l'immixtion du dispositif, au moins jusqu'à l'accomplissement de l'acte. La manière dont il est vécu, ou du moins reconstruit comme tel, dépend des arrangements symboliques et sociaux. Ceux-ci peuvent apparaître à première vue comme assez paradoxaux : articulant des sentiments de culpabilité morale, des représentations confuses de l'acte et de l'objet de l'acte, des justifications *a posteriori* ou en amont permettant de nouveaux avortements, des visions déterministes ou de rehaussement des exploits individuels. Cependant, les arrangements entre la chair et l'illégalité se composent de manière assez claire, il s'agit de trouver dans le réseau la légitimation de l'acte et le moyen de l'accomplir. Le réseau semble renforcer ses limites lors de cet événement. Si dans les gestations menées à terme le réseau et le dispositif de santé s'articulent et se fondent davantage l'un dans l'autre, lors de l'avortement le dispositif de santé publique est mis à l'écart par les femmes. Mais si l'avortement esquisse les contours du dispositif depuis l'extérieur, servant ainsi à le délimiter, ce le faisant il participe à sa condensation sur tout ce qui devient objet de « régulation ». En même temps, nous avons vu que l'avortement fonctionne souvent comme une pratique, réalisée à l'extérieur du dispositif de santé publique, mais permettant aux femmes de rester dans la sphère de la *« norme procréative contemporaine »* (Bajos et Ferrand, 2006, 2007). En ce sens, du point de vue des expériences des femmes, l'avortement n'est plus extérieur à la maternité. Comme elle, l'avortement en tant qu'issue possible des contradictions de la chair, apparaît entre les tiraillements normatifs individuels et relationnels des interstices ouverts *dans* et *par* les corps des femmes.

II-6.Le projet maternel entre projections et réalités : inscription individuelle, conjugale et en réseau.

«Avoir un enfant, cela revient à appartenir
à quelque chose de plus grand que soi »
Paul Auster, La cité de verre.

Rien de plus romantique, et en même temps ordinaire, que l'image d'une femme enceinte préparant les objets et les espaces qui vont accueillir le nouveau-né. Un ensemble d'activités qui sont socialement nécessaires pour que la gestation devienne grossesse, et le que fœtus devienne enfant. Même si elles sont ordinaires, ces activités varient selon le contexte social, culturel et historique. Voilà donc un « invariant culturel » variable et pas assez étudié : l'univers matériel et symbolique d'accueil et d'inscription de l'enfant dans la famille et la société. Ce moment, faisant partie du « projet d'enfant » dans un sens plus large que celui dont nous le traitions jusqu'ici, est intéressant car il permet de saisir la trame relationnelle du projet d'enfant. Nous pourrions penser que sortir de la sphère médicale de la prise en charge de la grossesse, nous amènerait à voir inexorablement un détachement des normes du dispositif de la part des femmes. Or, si ce détachement est observé ce n'est pas tant du fait que notre regard a glissé en dehors des consultations et des échanges avec les services de santé. Ce qui marque le détachement vis-à-vis du dispositif n'est donc pas tant l'éloignement physique par rapport à lui, que les contorsions normatives face à sa présence avérée. Autrement dit, ce moment de préparation de l'accueil de l'enfant est révélateur des tiraillements entre diverses inscriptions du projet d'enfant : le projet conjugal, le projet individuel et le projet en réseau. Nous verrons à partir des activités anodines comme la préparation d'une chambre, l'achat d'un vêtement ou l'image d'une échographie, comment les projections d'un « projet conjugal » d'enfant se transforment rapidement en projet « maternel ». Nous verrons, ensuite, comment ce « projet maternel », est tiraillé d'un côté par le dispositif pour qu'il soit normalisé comme un « projet individuel », et d'un autre côté, comment il prend effet dans un « projet en réseau ».

II-6-a. Rien planifié mais tout préparé.

Nous avons vu comment « le projet d'enfant » s'accomplissait dans notre population d'étude souvent *a posteriori*, et indépendamment de la planification de la grossesse. D'où probablement l'importance que prend l'organisation de l'arrivée de l'enfant lors de la grossesse. Tel que le dit Marinalva : *« il (l'enfant) n'a pas été planifié mais tout est déjà structuré*[272]*» (Não foi planejado, mas, já está, tudo, tudo estruturado...).* Ou encore Adriana qui ne voulait pas être enceinte mais qui dit : « *C'était normal, on a assumé, comme s'il avait été planifié, c'était merveilleux. Nous avons acheté les petites choses, les vêtements, tout. C'était merveilleux*[273]*» (Foi normal, a gente encarou, assim, dum jeito que até parecia que era planejado, foi maravilhoso. A gente comprou as coisinhas, as roupinhas, tudinho. Foi maravilhoso).*

L'arrivée d'un enfant implique ainsi plusieurs types d'arrangements matériels, notamment l'équipement de l'enfant proprement dit et la gestion des espaces de la maison. Concernant le premier, ce sont les conditions économiques mais aussi, et surtout familiales, qui vont déterminer deux issues possibles qui se combinent souvent : le fait d'« acheter » ou celui de « recevoir » (ganhar).

Observons, d'abord, la pratique de l'achat de vêtements, biberons, couches, et autres accessoires pour les futurs enfants, ce qu'on appelle d'un terme générique « le trousseau » (o enxoval). D'abord, nous avons été interpellés par la teneur des achats des femmes ayant un pouvoir d'achat très réduit mais pour lesquelles les vêtements des enfants semblent être une dépense prioritaire. En ce sens, la préparation de l'arrivée de l'enfant ne semblait pas détachée d'autres expériences des personnes de milieu populaire dont l'intégration dans la société démocratique brésilienne s'avère assurée par la voie de la consommation. Les préparatifs qui vont faire du nouveau-né un membre de la *société de masse* en portent les signes. Marinalva nous dit par exemple qu'elle a *« un contrat (à crédit) dans un magasin, chaque mois j'achète une quantité, quelques pagnes, quelques chemises, mais la vie est dure, il faut beaucoup acheter. Mais je n'aime pas trop acheter, tu sais ? J'aime bien acheter la bonne quantité, alors j'achète ce dont j'ai besoin. Mais comme on est dans une situation difficile, (on a) beaucoup de dettes de fin d'année, miséricorde !*[274]*» (Eu tenho um contrato numa loja, cada mês eu compro uma*

[272] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 29/08/08.
[273] Entretien Adriana, Barros Lima, Recife, 09/03/06.
[274] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 29/08/08.

quantidade, né? Alguns panos, algumas camisinhas. Mas a vida não presta, tem que estar comprando muito. Ai eu não gosto de comprar muita quantidade não, sabe? Eu gosto comprar uma quantidade certa, não muito, não gosto de comprar muito. Ai eu compro o que realmente preciso. E como a gente está numa situação difícil...muitas dívidas de fim do ano. Misericórdia). Nous avons remarqué lors des observations transhumantes[275], autour et à l'intérieur des maternités, l'emprise des pratiques de consommation même dans des espaces institutionnels et médicaux. Ainsi, une fois, à l'intérieur d'une maternité, « *une fille assise derrière une table où plusieurs fiches et documents sont étalés. Je me rapproche pour savoir ce qu'elle fait, en croyant naïvement qu'il s'agit d'une nouvelle action pro-humanisation. Alors elle me demande si je connais le magasin MARISA. C'est une chaîne de boutiques de vêtements pour femmes, hommes et enfants. Elle me demande si j'ai déjà une carte d'adhésion et m'explique les avantages des achats à crédit, les « cartes-cadeaux nouveau-né » et toutes les possibilités de payement offertes*[276] ».

Cependant, et ici nous reconfirmons l'importance du croisement de données d'observation avec ceux des entretiens, les propos des femmes montrent que les achats sont minimes comparativement à la circulation parmi elles d'objets puérils. En effet, le plus courant dans ces activités indexées au « projet », c'est qu'on achète pour faire des cadeaux aux mères et aux nouveau-nés. Le plus souvent, les objets du trousseau sont moins porteurs du signe de l'individualisation du « projet », par un sujet individuel et consumériste, que de l'actualisation du réseau relationnel de la femme.

Ici, nous revenons sur la question de l'arrangement du « projet », et des projections que se font les femmes du « nid conjugal », socle sur lequel le projet se construit. Ces projections sont très rapidement brisées pour trouver dans les réseaux féminins d'entraide un véritable soutien à la construction du projet. Dans une conversation avec Priscila, nous parlons de l'amoureux de sa mère, Sandra, qui est enceinte : « *nous parlons (avec ma mère) toujours de son amoureux, de son mari. On était même, en train de commenter le fait qu'elle ne veut plus de lui. Il avait dit qu'il allait ramener un peu d'argent pour acheter le trousseau du bébé, mais il ne l'a pas fait. Alors ma mère dit qu'elle ne veut plus en entendre parler. La voisine d'à côté a dit que si elle peut aider, elle le fera. C'est toujours une question de vouloir et de donner. Le bébé va être bien, sans qu'aucun étranger n'ait besoin de lui donner quoi que ce soit* [277]».*(Ah, a gente está sempre comentando com ela*

[275]Voir en introduction l'approche méthodologique.
[276] Extrait journal de terrain, Barros Lima, Recife, 21/02/06.
[277] Entretien Priscila, Pantanal, Recife, 24/05/06.

sobre o namorado dela, sobre o esposo no caso, é isso. Ainda a gente está comentando, que ela não quer mais saber dele...ela não quer mais saber dele, não...ele ficou pra lhe trazer um dinheiro pra comprar o enxoval dele, do menino, só que agora também não trouxe. Aí até minha mãe diz que não quer mais saber dele. A vizinha de lado diz que no que podia ajudar vai ajudar. É sempre uma história de querer e dar. O menino vai estar bem, sem que ninguém de fora dê nada pra ele).

Marcia s'est retrouvée enceinte de jumeaux d'un homme qui l'a quittée dès qu'il a appris sa grossesse: « *Je me suis séparée de mon mari. Alors là, après un temps, j'ai trouvé un autre homme, et là, je suis tombée enceinte. C'est de lui que j'ai eu les deux jumelles. Mais seulement, quand il a su, il n'a plus rien voulu savoir de moi (…) Je n'avais rien, rien de rien (de préparé). Je suis devenue folle quand j'ai su (qu'elle attendait de jumeaux) ». (Eu me separei do meu marido, aí com um tempo eu arrumei um outro homem, aí foi que eu engravidei dele. Desse que foi as duas gêmeas. Aí só que ele, quando soube aí não quis mais saber de mim (...). Não tinha nada. Nadinha. Eu fiquei louca quando eu soube).* Alors une amie lui a dit : *« 'Non, Marcia, ne t'inquiète pas, on va parler à nos amies, je parle avec mes amies, on fera une quête, on va s'arranger. Ne t'inquiète pas, tu ne resteras pas sans rien', mais ça a été difficile*[278]*» ('Não Márcia, não se preocupa não. A gente fala com as amigas da gente, eu fala com as minhas amigas, a gente faz uma cotinha, a gente arruma coisa, mas não se preocupa não porque você não vai ficar sem nada não'. Foi muita dificuldade mesmo).*

Ces deux extraits d'entretien ne nous apprennent pas autant sur l'asymétrie des genres dans les responsabilités parentales, critère que nous avons déjà signalé, que sur le réseau qui vient s'actualiser lorsque les questions des conditions matérielles d'accueil d'un enfant posent problème. Il est intéressant de remarquer, dans les deux propos évoqués, l'appropriation du projet d'enfant par d'autres femmes. *« Nous allons nous arranger »*, ou encore « *nous n'avons pas besoin de qui que ce soit d'autre »*, réaménageant la désillusion conjugale par le réarrangement des relations d'entraide féminine, ceci tant sur le plan objectif, relationnel et matériel, que subjectif, dans le dessin d'une nouvelle frontière du « nous ». Dans cette redéfinition des relations familiales autour de l'enfant le géniteur peut ainsi devenir un *« étranger »*, comme dans les propos de Priscila.

[278] Entretien Marcia, Pantanal, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Recife, 17/04/2006.

Les acquisitions en vue de l'arrivée de l'enfant sont marquées par la pluralité temporelle, du fait justement de la dépendance vis-à-vis du réseau pour l'organisation. Ainsi, il y a des femmes qui ont tout préparé plusieurs mois avant l'accouchement, mais il y en a d'autres qui attendent les « cadeaux » de l'accouchement, ou que les personnes de l'entourage mettent, peu à peu, des objets à sa disposition. Cependant, cette pluralité n'est pas perçue comme telle par certains professionnels de la santé, qui n'y voient que le signe d'une défaillance relationnelle avec l'enfant, pointant une fois de plus, la déviance temporelle des femmes dans leur « projet d'enfant », qui doit exister *en aval* de la gestation (manque de planning familial), et, ici, en aval de l'accouchement (manque de normalisation et socialisation au nouveau rôle). Une assistante sociale nous répond à la question de savoir comment l'équipe de santé d'une maternité vit la mort d'un enfant : « *c'est très dur, principalement quand il existe une planification pour cet enfant, parce que même en ayant 7 ou 8 enfants il y a des femmes qui programment cet enfant. Alors là, elles ont déjà le trousseau complet, le prénom décidé, d'une certaine manière, ce n'est pas un projet ça?*[279] » *(Muito difícil, principalmente quando existiu o planejamento para aquele filho, porque mesmo sendo assim sete, oito filhos tem mulheres que se programam com aquele filho. Aí já tem nome, já tem enxoval. um enxoval completo, nome decidido, não é isso um projeto duma forma?).*

La préparation de l'espace domestique est aussi un indicateur des arrangements dans le projet d'enfant. Les situations d'habitat des femmes rencontrées sont non seulement précaires, mais aussi, tel qu'on l'a vu dans la première partie, très hétérogènes. Ainsi les femmes sont propriétaires ou locataires ; elles vivent dans une maison indépendante ou chez un parent. Les maisons peuvent être surpeuplées ou spacieuses. Lors de la naissance d'un enfant, soit-il le premier ou non, une remise en question de l'agencement spatial de la famille prend place. Cette remise en question peut néanmoins prendre diverses formes. Généralement, pour les primipares ou les femmes les plus jeunes, l'arrivée de l'enfant s'associe au désir de décohabitation avec la famille d'origine et la formation d'un nouvel espace domestique conjugal. Or, dans la pratique, le couple néolocal[280] est très rare, et le plus souvent le jeune couple vit dans la famille d'origine de la jeune fille ou du jeune garçon. Il est très courant aussi qu'il y ait circulation entre ces deux maisons. Esmeraldinha, 25 ans et venant d'accoucher de

[279] Entretien AS, Barros Lima, Recife, 05/05/06.

[280] Le terme « néolocal » désigne le mode de résidence des nouveaux époux distincte de celles de leurs familles respectives.

son premier enfant, pense déménager chez sa mère. En effet, elle vit avec son conjoint chez le père de celui-ci. Il y a, en plus de son beau-père, sa belle-sœur et son enfant. Elle dit que la *« maison est devenue petite*[281] *» (só tem que a casa ficou pequena)* pour six personnes et que chez sa mère ils ne seraient que quatre. Comme beaucoup de femmes, Cristiane, 22 ans et deux enfants, vit chez sa belle-mère depuis cinq ans, soit six personnes dans la petite maison. Cependant, et depuis qu'elle est enceinte, son conjoint est en train de construire une "barraquinha" (petite maison) sur le flanc de la colline de Pantanal, où elle déménagera avec son mari et leurs trois enfants. Il est très fréquent alors d'entendre des propos de jeunes femmes qui ressemblent à ceux de Priscila *« Non, non maintenant mon souhait est d'avoir ma petite maison, seulement moi, lui et mon fils. J'ai envie de partir d'ici, aussi parce qu'il y a trop d'enfants ici (ses frères et sœurs) et beaucoup de stress(…) seulement maintenant je dois rester ici à cause des conditions (économiques) et pour ma mère aussi, parce que dans l'état où elle est…. (Sa mère est enceinte aussi et sujette à des hospitalisations et à des consultations du prénatal assez fréquentes car sa gestation est à « haut risque ») je dois rester avec les enfants. Mais je pense à l'avenir, à avoir ma propre maison, avec mes petites choses, seulement nous trois*[282] *» (Não, não, minha vontade é de ter minha casinha mesmo, só eu, ele e meu filho. Tenho vontade de sair daqui. Até porque aqui também tem um monte de meninos (ses frères et soeurs) e também muito stress. Só que agora não estou podendo por conta das condições...e por conta de minha mãe também. Porque no estado que ela está. Então eu tenho que ficar com os meninos. .Mas eu penso futuramente ter minha casinha, com minhas coisinhas...Só os três).*

Il est très fréquent aussi de constater, lorsqu'on retrouve Priscila deux ans après, qu'elle vit toujours avec sa mère et que sa projection d'un projet d'enfant conjugal s'est dénoué dans la pratique par la matrifocalité et l'entraide féminine : *« Maintenant nous sommes nous deux pour nous deux*[283] *» (agora somos nos duas pra nos)* dit Priscila en parlant d'elle-même et de sa mère.

Quand le rêve de l'accession à la propriété, et celui d'une famille conjugale néolocale, n'est pas réalisable, ni même envisageable, d'autres arrangements viennent se mettre en place. L'un d'entre eux consiste à planifier l'agrandissement de la maison. Nous avons été surpris par la continuelle réadaptation des maisons selon les besoins des familles, dont témoigne le grand nombre de chantiers dans le quartier, des chantiers

[281] Entretien Esmeraldinha, IMIP, Recife, 16/03/06.
[282] Entretien Priscila, Pantanal, Recife, 24/05/06.
[283] Entretien Priscila, Pantanal, Recife, 03/09/08.

qui sont menés par les hommes du quartier eux-mêmes. Cette pratique collective, généralement gratuite et spontanée, est très répandue au Brésil populaire, portant le nom de *"mutirão"*, elle véhicule l'idée d'une solidarité « communautaire » dans l'accès individuel à la propriété. Un autre type d'arrangement est celui de la redistribution des espaces de la maison. Si Edinaldo, le conjoint de Cristiane ne parvient pas à terminer la "barraquinha" avant qu'elle n'accouche, un de ses enfants ira dormir avec la grand-mère, qui est *« presque comme une mère pour lui*[284] *» (é quase mãe dele).*

La place des grand-mères notamment, mais aussi d'autres femmes du réseau, est incontournable dans l'organisation domestique qui va de pair avec le « projet d'enfant ». Ainsi, lorsqu'on demande aux femmes enceintes qui les a aidées pendant leurs grossesses – sous forme d'orientations, conseils ou dans les tâches domestiques – nous voyons se déployer tout un système d'échanges et d'entraides entre les femmes. Nous avions fait allusion au fait qu'il est très courant, lorsqu'une femme est enceinte, surtout si elle est jeune, qu'elle déménage un temps chez sa mère, si elle n'y habitait déjà. Cependant, les circulations entre les maisons, sans déménagement à proprement parler, sont aussi récurrentes. Elles répondent à des buts divers : la préparation d'un repas, faire le ménage chez une femme incapable de s'en occuper en raison des douleurs, garder les enfants lorsqu'elle doit sortir de la maison, l'accompagner lors des consultations du prénatal, etc.

Il est très courant que lorsqu'une jeune fille décide de retourner à l'école après l'accouchement, elle fasse garder l'enfant par une autre femme, notamment sa mère. *« Je vais le laisser avec ma mère » (aí eu vou deixar com minha mãe)* est une phrase maintes fois entendue, dans un contexte où les crèches ne sont pas développées et où on ne compte pas sur les hommes, même s'ils sont au chômage. De plus, lorsque les femmes accouchent, leur mère se déplace chez elles pour les aider dans les activités domestiques. Les temps de ces séjours peuvent être très variables, allant de deux jours – *« quand il est née, ma mère est venue deux jours chez moi, quand je suis rentrée de la maternité » (Quando ele nasceu, minha mãe ainda veio dois dias me ajudar na minha casa quando eu vim da maternidade)* – à la présence en continu – *« ma mère était toujours par ici » (minha mãe estava sempre por aqui).*

[284] Entretien Cristiane, Pantanal, Recife, 18/05/06.

Cependant les liens privilégiés du réseau ne sont pas nécessairement verticaux et de transmission mère-fille, montrant qu'on n'est pas dans un cadre traditionnel de solidarité de parenté. Souvent des liens plus forts se tissent avec des amis, des collègues, ou des voisins. Marinalva a deux bonnes amies dans le quartier, et elle dit *«J'ai deux amies aujourd'hui qui auparavant ne l'étaient pas, elles n'étaient pas de ma rue. Elles sont d'une autre rue. Mais tu vois? C'est bien mieux qu'une sœur. Alors, l'une va être la marraine de mon enfant, elles sont supers, et je leur suis très reconnaissante, alors c'est une façon de les remercier…*[285] *» (Não, assim, eu tenho duas amigas hoje que no tempo não eram minhas amigas e não eram de minha rua. E de outra rua, mas é bem melhor que a minha irmã, sabe? Então aí, uma delas vai ser madrinha de meu bebé, elas são muito bacanas, eu sou muito grata com elas, uma forma de agradecer é...).*
Lors de notre première rencontre, Marinalva est en train de « structurer », comme elle dit, l'arrivée de son enfant ; et même si l'accouchement n'est pas pour tout de suite, elle a déjà décidé qui va l'accompagner à la maternité et qui va garder l'aîné pendant son absence : ce sont ces mêmes amies. *« J'ai déjà deux personnes qui se sont proposées, ce sont les marraines, ce sont mes copines, qui sont meilleures que mes sœurs. Nous, réellement, on se respecte, on n'aime pas se mêler de la vie de l'autre. Je les aide quand elles en ont besoin, et elles m'aident quand j'en ai besoin. C'est réciproque, tu comprends ? Dans la collectivité, dans l'unité…nous sommes déjà trois, on n'a pas besoin de plus, non ? (…). Mais quand je vais rentrer (à la maison) je serai en post-accouchement et là, ce sont mes copines qui vont rester avec lui (l'aîné). Une l'après-midi, l'autre la nuit, tout est prévu*[286]*». (Eu tenho duas pessoas que já se ofereceram, são as madrinhas. são minhas amigas que são melhores que minhas irmãs. Que realmente, nós nos respeitamos, não gostamos de mexer na vida da outra, e não procuramos nos ocupar da vida da outra. Eu sirvo elas quando elas precisam e elas me servem quando eu preciso. É recíproco, sabe? Na coletividade, na unidade...já somos três, pra que precisa mais, né? (...) mas quando eu voltar, aí eu vou estar de resguardo e são minhas amigas que vão ficar com ele. Uma à tarde e à outra a noite. já está tudo certo).*

Le réseau féminin peut trouver des relations fortes dans la parentèle mais celles-ci sont marquées par la sélectivité. Ainsi, les relations de fratrie sont vécues différemment entre-elles. C'est le cas de deux sœurs d'une grande fratrie, Vanda et Gloria. Lorsque la deuxième est tombée enceinte, elle vivait à l'intérieur de l'État de Pernambouc, son

[285] Entretien avec Marinalva, Pantanal, Recife, 16/05/06.
[286] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 16/05/06.

conjoint l'a quittée et elle a décidé de s'installer chez Vanda à Recife, dans le quartier de Pantanal. Vanda nous dit que leur relation est *« comme des sœurs, comme ça, on participe à tout, n'est-ce pas ? Comme pour élever les enfants, tu vois ? Le travail, parce que nous travaillons ensemble. Nous travaillons à la maison, on fait des gâteaux. Nous faisons de la confiserie, des gâteaux sucrés et salés. (…). L'une aide l'autre, tu comprends ? C'est comme ça l'histoire*[287] *». (Assim, como é? Como irmã. Como irmã mesmo, assim, participação em tudo né? Como criação de menino né? Trabalho né/ Que a gente trabalha junto. Entendeu? (...). A gente trabalha, assim, no lar, faz doce, sabe? Confeitaria, a gente faz confeitaria, doces e salgados.(...). Uma ajuda à outra, está entendendo como é a história?).* Tel que le dit Vanda, *« c'est comme ça, l'histoire»*, ce qui veut dire que, au-delà des projections conjugales, il y a une réelle solidarité domestique féminine. Cependant, il ne faut pas voir dans ces échanges, des relations « pures » entre femmes, car lorsque les services rendus ne sont pas rémunérés ils ne font pas moins l'objet d'un calcul. Ainsi, plusieurs femmes de Pantanal ont recours à d'autres femmes du quartier en tant que « domestiques », même si la référence à un quelconque échange salarial est minimisé, et elles parlent plutôt, de *« la fille qui m'aide » (a menina que me ajuda).* Ainsi, une femme enceinte dit *« maintenant, Dieu merci, j'ai la fille qui m'aide, qui m'apporte un soutien, parce qu'étant enceinte avec un (enfant) handicapé, ce n'est pas (facile)*[288]*» (Agora, graças a Deus, ta bem, tenho a menina para me ajudar, pra me dar um apoio, porque grávida com um deficiente, né?).*

Lorsque l'échange n'est pas salarial, la prise en compte des « services rendus » est monnaie courante, ce qui peut engendrer des conflits entre femmes et entraîner une restructuration du réseau d'entraide. Nous avons ainsi été témoins de plusieurs mésententes et disputes, entre des femmes qui auparavant avaient créé des liens très forts d'entraide. C'est un point qu'il faut souligner : si ces réseaux d'entraide existent, ils ne sont pas fixes et se trouvent dans un état perpétuel de réajustement et de certification. Cette question peut trouver une solution dans l'amplification des services comme les crèches. Ainsi, Gabriela, une amie de Priscila, lui laisse sa petite de trois ans, tous les matins quand elle part au travail, mais elle vit ceci de manière « stressante », car d'une manière ou d'une autre elle devra la rétribuer. Les deux amies se sont déjà distanciées et si cela arrivait à nouveau Gabriela ne saurait pas comment faire avec sa fille. Elle me dit : *« alors, c'est stressant, mais on doit attendre qu'elle ouvre (la crèche). Je ne vais pas la placer dans une crèche privée, parce que je paye déjà mes*

[287] Entretien Vanda, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 08/10/06.
[288] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 29/08/08.

impôts [289]*». (Então é estressante, mas o que vai fazer se não abrem. Eu não vou bota-la numa particular, porque já pago os meus impostos).* Simultanément, le réseau d'entraide féminin vient combler les manques de services de l'État.

II-6-b. Au nom de la mère : nomination de l'enfant et relations.

Un autre élément des préparatifs lors de la grossesse et du projet, nous permettant de saisir les divers acteurs qui rentrent en jeu dans ceux-ci ainsi qu'une des façons pour rendre durable une relation avec une autre femme, est le choix du prénom de l'enfant à venir. La nomination est souvent réalisée, en dernière instance, par la femme mais elle prend appui sur des « suggestions » de diverses personnes qui ne sont pas choisies au hasard.

Lorsque les femmes parlent du choix du prénom de l'enfant, ce moment apparaît comme une situation ludique où elles iront puiser dans la diversité de leurs liens sociaux. Ces liens sont, en rapport avec trois modalités de projets d'enfant. En effet dans les réponses spontanées à la question « qui a choisi le prénom ? », trois modèles d'inscription du projet d'enfant deviennent visibles. La réponse la plus répandue est le « c'est moi », marquant ainsi l'appropriation du projet maternel. Ensuite, c'est « le père » et la « mère » de la femme. Cependant quand nous nous penchons sur les raisons on voit que les choix vécus comme autonomes par l'affirmation du « c'est moi » cherchent à créer un ancrage relationnel spécifique.

Ainsi certains choix de prénoms chercheraient à stabiliser une famille nucléaire. Elisange, par exemple, qui vit avec son mari et ses deux enfants, s'est appropriée la décision concernant les prénoms, mais a voulu, à tout prix, marquer par son choix un lien supplémentaire au lien de sang entre son mari, elle-même et leurs enfants, une sorte de lien magique créé à partir des initiales des prénoms. *« Enrique et Eliana, celui-là, c'est aussi moi et elle aussi, c'est moi qui ai choisi les prénoms. Elle allait être Enrique, mais ça a été une fille ; alors je l'ai donné au deuxième (garçon). Mais aussi parce que nos quatre noms commencent par la lettre 'E'. Le père, moi et eux deux. Je trouve ça intéressant, les quatre avec la lettre 'E'*[290] *»* (*Enrique e Eliana, esse aqui fui eu e ela também fui eu quem escolheu os nomes. Porque ela era pra ser Enrique só que foi menina, então foi o segundo que*

[289] Extrait du journal de terrain, conversation enregistrée Gabriela et Priscila, Pantanal, Recife, 03/09/08.

[290] Entretien Elisange, Pantanal, Recife, 30/05/06.

eu botei, e também por conta que os nomes dos quatro começa com a letra E, o pai, eu e eles dois. Eu acho interessante, assim os quatro com a letra E.). Le prénom du premier fils de Flavia, c'est elle et son mari qui l'ont choisi, « Fernando Gabriel ». C'est elle, cependant, qui a insisté pour que l'enfant porte un des prénoms du père (Luis Fernando) : *« C'est moi et le père (qui l'avons choisi). J'ai pris le prénom, je voulais lui donner le nom de Luis Fernando, parce que le prénom du père est Luis Fernando. J'ai trouvé beau, le prénom du père, alors je voulais lui donner ce prénom, comme ça pour l'appeler ainsi. Mais lui (le père) ne voulait pas. Alors moi…'Fernando ceci', 'Fernando cela'...Et finalement on a été d'accord sur ça*[291] *». (Foi eu e o pai, eu peguei o nome, eu queria por o nome de Luis Fernando, porque o nome do pai é Luis Fernando, como eu achei Luis Fernando bonito, o nome do pai, aí eu queria por esse nome assim pra chamá-lo, né? Ai, ele nao queria. Aí, eu...Fernando disso, Fernando daquilo, e o que a gente concordou isso).*

Pour ces femmes, le fait que l'homme participe à la nomination de l'enfant est une manière de les inclure dans le « projet » et de renforcer le modèle de la famille nucléaire. Mais ceci se négocie. Il est intéressant de remarquer le fait que le sexe de l'enfant devienne un paramètre du modèle de famille dans les modes de nomination.

Plusieurs jeunes couples se partagent l'attribution du prénom selon que l'enfant est une fille ou un garçon. Adriana et son mari s'étaient mis d'accord : si l'enfant était un garçon le prénom serait donné par la mère, si c'était une fille, par le père. *« Alors j'ai découvert que c'était un garçon. Alors là, j'ai dit : je vais l'appeler Vitor Ricardo. Le prénom du père est Ricardo. Alors, lui (le père) a dit : 'c'est un bon prénom'. Si c'était une fille, ça aurait été Juliana Mayara. C'était un garçon, alors il m'a dit 'c'est toi qui choisis'*[292] *» (Assim que eu descobri que era menino, aí eu disse; eu vou colocar Vitor Ricardo. O nome do pai é Ricardo aí ele fez; é um ótimo nome. Se fosse menina seria Juliana Mayara, mas só que era menino aí ele fez; então tu escolhe. Que ele ia escolher se fosse menina. Aí eu peguei e escolhi Vitor Ricardo).* Adriana voulait qu'un des prénoms de l'enfant soit celui du père dans le but, une fois de plus, de certifier le « projet conjugal ». Quand, la projection de ce projet est plus fragile, un autre moyen est d'inclure dans le projet non plus le « père » mais la famille paternelle, élargissant ainsi le réseau autour de l'enfant. C'est le cas de l'enfant de Priscila. *« Si c'est un homme, ça va être sa mère à lui qui choisira, si c'est une femme, c'est ma famille qui va choisir. Alors, j'espère que ça va être une fille (rires)* [293]*» (Se*

[291] Entretien Flavia, Barros Lima, Recife, 27/03/06.
[292] Entretien Adriana, Pantanal, Recife, 04/09/08.
[293] Entretien Priscila, Pantanal, Recife, 24/05/06.

for homem, vai ser a mãe dele quem vai escolher, se for mulher vamos ser a minha família quem vai escolher. Então esta certo, espero que seja menina...).

Rappelons ici, une des affiches posées sur un mur, lors de la réunion des femmes dans le poste de santé de Pantanal[294], où la phrase *« Les enfants de ma fille, ce sont mes petits enfants. Ceux de mon fils, le sont-t-ils ?»*, reprochait, tout en la dévoilant, la tendance à la matrilateralité et l'appropriation des enfants par la famille maternelle. Cette tendance matrilatérale est aussi manifeste dans l'attribution du prénom des enfants par leur grand-mère maternelle : *« C'est ma mère qui a choisi le prénom »* est une phrase qui revient souvent, notamment chez les primipares, et quand l'enfant est *« son premier petit-enfant »*. Mais tel que pour la préparation des conditions matérielles avant l'arrivée de l'enfant, cette préparation symbolique qu'est la « nomination », s'attache à des relations autres que conjugale ou mère-fille, et permet ainsi de projeter, par l'incantation du prénom, un réseau de relations autour de l'enfant. Certaines femmes insistent sur les liens de la fratrie. Marinalva, qui a un enfant handicapé, João Vitor, veille à ce que l'enfant qui va naître puisse s'occuper de son frère aîné. Désirant écrire le futur, elle tient à ce que les deux frères aient les mêmes initiales dans leurs prénoms : *« Parce qu'il faut qu'il ait les mêmes lettres que lui, parce que c'est lui qui commande, c'est lui le chef (elle fait des câlins à l'enfant). C'est J.V. je voulais Juscelino, à cause de l'histoire de Juscelino de la JK (Juscelino Kubitschek), une série télé. J'ai beaucoup aimé l'histoire de notre président (...) si par hasard c'était une fille, j'ai déjà choisi le prénom, Jamile Maria. Jamile, par le 'J' et Maria est un hommage au petit Jésus. Le prénom de mes enfants a toujours une raison. Je n'aime pas ce truc de mettre n'importe quel prénom. C'est comme ça il y a beaucoup de prénoms étrangers, moi j'aime des prénoms brésiliens. Je n'aime pas les répétitions, j'aime bien les prénoms bien originaux, uniques. La pire des choses, que je n'aime pas, c'est la petite liste de prénoms, là, où les gens les choisissent. Alors, c'est Julio Vitorio[295] ».* (*Porque tem que ter as mesmas letras que ele porque ele é quem comanda, ele é o chefe. E, JV, eu queria Jusccelino (...), pela historia lá de Juscelino da JK (Juscelino Kubitschek), uma minisérie, né? E eu gostei muito da historia de nosso presidente (..) por acaso se fosse menina eu já tinha escolhido, era Jamile Maria, Jamile porque Jota, né? E Maria é uma homenagem pra o menino Jesus, que eu gosto muito dele, sabe? Não, o nome de meus filhos tem um porque. Eu não gosto desse negócio de botar qualquer nome...não, e assim tem muitos nomes estrangeiros, eu gosto dos brasileiros. E eu*

[294] Extrait journal de terrain, réunion ESAM, Pantanal, Recife24/09/2008.
[295]Entretien Marinalva, Pantanal. Recife, 16/05/06.

não gosto de repetido não, eu gosto assim de nomes bem originais, únicos. E o pior que eu não gosto é o cartãozinho lá com os nomes, a gente lê e escolhe, né? Então é Júlio Vitorio).

Généralement, quand le choix est laissé à l'entourage de la mère, ce sont les figures féminines de celui-ci qui donnent un prénom à l'enfant. Ces figures féminines sont très variées, articulant liens de voisinage, de parenté, d'amitié, de travail, ou même des liens patient-soignant. Ainsi ces femmes donnant le nom peuvent être les « marraines », les filles aînées de la femme, une amie, une voisine, une sœur, voire l'Agente Communautaire de Santé de la famille ou l'infirmière ayant accompagné le prénatal.

Francisca vit dans une maisonnée de 13 personnes, dont son mari, leurs enfants et le frère cadet de Franscisca. Lors de l'entretien, nous sommes assises sur un lit à deux places, où peu à peu plusieurs enfants viennent s'assoir et jouer à nos côtés. L'ACS de Franscisca est aussi présente pendant le début de l'entretien. Francisca a choisi de laisser le choix du prénom à diverses personnes de son entourage. Elle donne plusieurs raisons, toutes empreintes du contexte social qui marque l'arrivée de chaque enfant. Ici et là, elle montre avec de grands gestes chaque enfant qui se trouve dans la chambre : *« Le plus âgé est Anderson, Maison, Maria Eduarda, Dainae, Raila, Eduardo, Diam, Emerson, Larissa et Lucas. Alors, (son prénom) à lui, c'est elle (elle indique l'ACS) qui l'a choisi ; lui, c'est le père, parce qu'il a un frère qui est mort, ça fait longtemps de ça, ça fait 26 ans qu'on l'a décapité, son frère à lui. Alors c'était pour rendre hommage à son frère. Leur prénom à elles, les jumelles, ça a été l'infirmière du service néonatal (les jumelles étaient prématurées et sont restées une quinzaine des jours à l'hôpital). Après, lui, c'est sa marraine. Elle, c'est la cousine qui le lui a donné (le prénom). Ça veut dire que la seule qui n'a pas donné de prénom, c'est moi ! Même l'agente de santé a donné (un prénom). Le dernier, Lucas Enrique : un hommage à l'agente de santé*[296]*».* (*O mais velho é Anderson, Maison, Maria Eduarda, Dainae, Raila, Eduardo, Diam, Emerson, Larissa, e Lucas. Assim, dele foi ela (a ACS) quem escolheu, dele foi o pai que escolheu, porque é o nome dum irmão dele que tinha morrido faz muito tempo ja, faz acho 26 anos que decapitaram o irmão dele, aí, em homenagem ao irmão dele, ele botou o nome dele no filho. O nome delas foi, das gêmeas, foi a enfermeira do berçário que cuidava delas que botou o nome delas. Agora dele foi a madrinha, dela foi a prima que deu. Quer dizer, a única que não deu nome fui eu, até a Agente de saúde deu (rires). Ficou Lucas Enrique. Homenagem pra a Agente de saúde).*

[296] Entretien Franscica, Pantanal, Recife, 06/06/06.

En milieu populaire brésilien, le choix du prénom revêt un caractère assez créatif et jouit d'une marge de liberté assez large, comparée à d'autres contextes et cela malgré les effets de mode de la société de masse et les fortes limites légales à effectuer un changement de prénom une fois qu'il est « écrit » (Pina Cabral, 2008). Si les pratiques nominalistes révèlent des tendances individualistes qui préservent un surplus ontologique au prénom, au détriment du « nom de famille » – car c'est le prénom qui identifie « l'être » – elles permettent de saisir la trame relationnelle où la singularité prend place.

Faire prénommer son enfant par un membre de son réseau équivaut à faire rentrer le nouveau venu dans le réseau parental et social de la femme ; c'est lui créer des liens avant même qu'il ne puisse les construire. Mais il ne s'agit pas seulement de « faire nommer », car très souvent c'est la femme, elle-même qui choisit les prénoms. Somme toute, c'est en offrant à un tiers le choix du prénom ou appelant, elle-même, l'enfant d'une telle manière, que celui-ci reste attaché symboliquement à quelqu'un (par des initiales, par exemple). La mère assigne les personnes participant à son expérience maternelle et les relations sociales d'attachement de l'enfant. Selon Pina Cabral (2008), le prénom est métaphorique car il qualifie la personne par des termes qui font référence à d'autres (héros, saints, ancêtres, etc.), cherchant un rapport de ressemblance. Le nom, quant à lui, est métonymique car il intègre, dans un rapport de contigüité, la personne dans un groupe, une maison ou une lignée. Cependant, dans le contexte de notre recherche, le choix du prénom d'un enfant veille à combiner la métaphore et la métonymie. Autrement dit, le prénom, comme métaphore d'une « autre » personne du réseau (frère, oncle, ACS, etc.), intègre l'individu dans une relation faisant elle-même partie d'un groupe de relations sociales.

L'attribution du prénom, l'arrangement des espaces domestiques ainsi que l'organisation des objets de l'enfant font partie des activités sociales englobées dans un « projet d'enfant » particulier aux femmes de milieu populaire à Recife. La particularité de ce « projet » réside dans le fait, tel que nous l'avons vu, qu'il se construit après l'engendrement. Mais sa particularité est aussi de s'inscrire dans un réseau social élargi. Si la construction du « projet » revient à la femme et au type d'arrangement symbolique qu'elle expérimente dans sa chair, elle le fait à partir des relations sociales où elle pourra attacher son expérience ainsi que la singularité de

l'enfant. Chez certaines femmes, l'idée d'inclure ce « projet » dans une famille nucléaire se trouve limitée en pratique. La « doctrine conjugale » est brisée par les forces centrifuges touchant le couple et la forte mobilité conjugale en milieu populaire brésilien, tel que nous l'avons observé dans la première partie. Priscila, qui en 2006 se projetait dans une maison néolocale avec son conjoint et leur enfant, nous dit que c'est elle qui a décidé de quitter le père de Bianca (finalement le prénom de l'enfant c'est elle qui l'a choisi). *« Je n'ai plus eu de contact avec lui (ex-conjoint), j'ai eu ma mère pour elle (sa fille). La seule chose que je lui ai demandé c'est qu'il la déclare (reconnaissance paternelle de sa fille), mais Dieu merci, il l'a déclarée. Il n'est plus venu. La dernière fois qu'il est venu ici, je crois qu'elle avait trois ou quatre mois. Seulement, quand il est venu il a dit des choses que je n'ai pas aimées, alors je lui ai demandé de ne plus revenir. Dieu merci, il n'est plus jamais revenu. Aussi, je ne lui ai rien demandé. C'est aussi pour ma mère, elle est très gentille, elle lui donne tout à (Bianca)*[297] *» (Não tive mais contato com ele, tive minha mãe pra ela. A única coisa que eu pedi pra ele foi que ele registrase ela, mais graças a Deus ele registrou ela. Ele não veio mais. A última vez que ele veio aqui, acho que ela estava de 3 ou 4 meses, só que quando ele veio, ele falou umas coisas que eu não gostei, aí eu pedi pra ele pra ele não voltar mais. Graças a Deus, ele não voltou mais; também não pedi nada pra ele. Também, é por minha mãe, que ela é muito boa, ela dá tudo pra ela).*

II-6-c. Inscription de l'enfant et circulation des hommes.

L'inscription de l'enfant se fait donc dans un groupe domestique matrifocal, où la mère de la mère devient le substitut du conjoint-père ; c'est souvent la grand-mère en effet, le chef de famille. Si les familles où le chef est une femme, ou la matrifocalité, sont souvent vues comme la conséquence de l'irresponsabilité parentale masculine et le fait qu'il n'assume pas son rôle de pourvoyeur de la famille, nous pouvons aussi inverser l'image victimisant la femme et voir dans ce type d'arrangement familial une stratégie de la part de la femme. Souvent ces deux figures, chefferie féminine et matrifocalité sont associées à la monoparentalité féminine. Cependant, nous voyons avec l'exemple de Priscila, qu'il ne s'agit pas d'une dyade mère-enfant isolée, mais qu'elle est insérée dans une configuration familiale plus large. De même, nous avons vu que cette configuration familiale peut accueillir des cellules nucléaires, dans le cas des jeunes couples s'installant dans une de leurs familles d'origine. D'ailleurs, dans ces configurations familiales stabilisées de femmes et enfants, il y a souvent des hommes qui circulent. Tel que cela a été observé par des chercheurs au Brésil (Neves, 1985;

[297] Entretien Priscila, Pantanal, Recife, 03/09/08.

Scott, 1990; Fonseca, 2000*a* et 2000*b*) ou dans d'autres contextes comme les Antilles (Mulot, 2000), les hommes dans ce cadre familial matrifocal circulent d'une unité domestique à une autre. C'est ce que Stéphanie Mulot appelle « le mobile matrifocal » où la mère est *« l'axe central autour duquel avaient gravité les compagnons de passage, une planète et des satellites, ou plutôt, des comètes, moins permanentes »* (Mulot, 2000 : 136-137). Ces « unions de visite » (uniões visitantes) ne sont pas le signe d'une « double morale » ni de la polygamie masculine. Les femmes, elles-mêmes, disent souvent préférer avoir des relations sporadiques avec des hommes qui *« restent en dehors »* de l'espace domestique. Tel que nous dit Ana *« on est resté sept ans avec leur père, ça a duré sept ans. Après, la vie (de couple) n'a plus marché. Les autres (hommes) non plus, je n'ai pas eu beaucoup de chance. Je n'ai pas eu de chance. Moi, je vivais pour les enfants et lui qui arrivait plein de 'cachaça' (alcool). Maintenant je vais vivre. Je ne veux plus vivre ça. Maintenant je veux profiter, et avec des hommes à distance. Mes enfants, ils n'ont jamais manqué de rien. Je ne vais plus jamais me fiancer à un homme. C'est horrible. C'est très difficile, moi j'étais pauvre et ça s'est empiré (…) certainement, je préfère rester seule que vivre avec un homme. Depuis que je suis seule, ma situation s'est même améliorée (rires)*[298]*» (Ficamos 7 anos com o pai deles, durou 7. Depois deu toda a vida errada, menina. Os outros também não deu, não tive muita sorte, não. Não tive sorte não. E eu que vivia só pra os meninos, e ele chega de cachaça. Agora quero viver. Agora não quero mais isso. Agora só quero gozar, e com os homens distantes. Meus filhos nunca faltaram de nada, eu quero espero, nunca mais vou namorar com homem, é horrível. É muito difícil, eu que já era pobre, piorou, tá vendo...Com certeza, prefiro ficar sozinha do que namorar com homem. Depois que estou sozinha até melhorou a minha situação-Rires).*

La vision que les femmes se font du « bon partenaire » n'est pas cependant « traditionnelle », celle de l'homme pourvoyeur de la famille. Si elles demandent la participation de l'homme à l'économie domestique, son manque de moyens n'est pas déterminant pour le rejeter de l'espace domestique, ou du moins il s'articule à d'autres facteurs. Souvent, ce sont d'autres paramètres que les femmes mettent en valeur comme aspiration, notamment « l'aide » à la maison et la « communication » ; autrement dit, aux qualités relationnelles de l'homme. La plupart des séparations sont dues à l'alcoolisme, à l'infidélité et à la violence masculine. *« Il n'aide pas, il ne comprend pas la vie moderne, tu vois? Il n'a pas idée de comment doit être un mari aujourd'hui. Il est trop traditionnel. Il a été élevé dans un système de... sauf que ce n'est pas lui qui commande, parce que moi, je n'obéis pas, je fais ce que je veux. Parce qu'il a ce truc*

[298] Entretien Ana, Pantanal, Recife, 31/05/06.

de ne pas vouloir aider, mais d'aimer commander. Sauf qu'moi, me commander ? Celui qui me commande c'est Dieu. Ma vie est ma vie et sa vie, c'est sa vie.[299] *» (Não dá assistência, nem compreensão assim pra vida moderna, sabe? De como deve ser um marido hoje em dia, ele não tem. Ele é muito muito tradicional. Ele foi criado com um sistema de...só que não é ele quem manda não, porque eu não obedeço, eu faço o que eu quero. Porque ele tem esse negocio de não querer ajudar mas gosta de mandar, mas a mim comandar, não, quem me comanda é Deus. A minha vida é minha a vida dele é a vida dele.)*

Plusieurs fois, les femmes parlent de leur conjoint en les infantilisant ou en les minorisant, et ceci en leur présence. Souvent elles me présentent leur conjoint dans ces termes : *« C'est lui le gars » (esse é o cara).* Ou alors elles disent : *« Il n'est pas comme ça, il n'échange pas des mots. Il a 37 ans mais il a une mentalité de quelqu'un de 15 ans. Je lui dis : tu ne grandis pas!*[300] *» (Ele não é assim de trocar palavras, esse negócio não. Ele tem 37 anos, mas tem mentalidade de quem tem....15 anos. Eu digo pra ele: você não cresce!).*

« Jusqu'à aujourd'hui, il a 42 ans, il a essayé d'étudier, mais il n'a pas réussi. Dans son cerveau, il n'y a plus rien qui rentre. Il ne sait même pas lire (…). Pour les devoirs d'école, c'est moi qui aide. La comptabilité de la baraque, c'est moi aussi. Après, c'est lui qui va faire les courses[301] *» (Ai, até hoje, ele está de 42 anos, tentou estudar, mas não conseguiu, na mente dele não entra mais nada. Nem ler sabe.(…). Tarefas da escola é tudo eu. Sou eu quem ajuda. Também a contabilidade da barraquinha sou eu. Depois é ele quem vai fazer as compras).*

Ainsi, les femmes semblent adhérer à l'idée d'une paternité quotidienne laquelle, faisant défaut et n'étant pas compensée par la prise en charge économique des enfants, prive l'homme d'autorité sur ses enfants. Ceci amène à une remise en question de la doctrine de la famille nucléaire et de la normativité des régulations familialistes. Ainsi, pour le bien-être des enfants plusieurs personnes peuvent jouer plusieurs rôles. Si une même personne peut accomplir les rôles paternels et maternels – *« Je suis la chef, je suis la mère et le père » (Eu sou a chefa, a mãe e o pai)* – ou lorsque la mère de la femme devient la pourvoyeuse de l'enfant, ou encore, lorsque le conjoint de la femme devient le « père-ami » de l'enfant. Tel que le dit Priscila : *« Les gens disent que les enfants manquent d'affection,…familiale, tu sais ? Le père et la mère. Mais Dieu merci, j'ai toujours quelques amis qui viennent lui donner de l'affection (à ma fille). Je veux dire : elle ne manque pas d'affection, car elle n'a pas 'le père', mais elle a beaucoup d'amis. Et aussi le mec avec*

[299] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 16/05/06.
[300] Entretien Sísera, Pantanal, Recife, 21/06/06.
[301] Entretien Elisange, Pantanal, Recife, 30/05/06.

qui je suis, il est déjà un père pour elle. Alors oui, le manque d'affection, elle n'en a pas. Ce n'est pas un père biologique mais c'est un 'père ami'. Si tout va bien (entre nous) tant mieux, sinon, je vais faire quoi? La vie, c'est comme ça[302]*». (Assim, também tem gente que fala que criança, assim sente falta de carinho assim, familiar, né, no caso, o pai e a mãe. Mas graças a Deus, eu tenho sempre uns colegas meus que vêm aqui pra brindar, dar carinho a ela. Quer dizer, falta de carinho ela não tem não, porque assim ela não tem 'o pai' mais tem montes de amigos, e também esse cara que estou é ja um pai pra ela. Então assim, falta de carinho ela não tem. Não é um pai biológico mas é um 'pai amigo'. No caso se dá certo tá bem, caso não dê, vou fazer o qué? Na vida é assim mesmo).*

Figure 16: Une jeune fille enceinte reçoit une infirmière de l'Unité de Santé de Pantanal. © A. Faya Robles.

Derrière l'imaginaire normatif du dispositif affecté par « l'utopie conjugale » et l'expérience d'une maternité individuelle se construisant sous le mode d'un projet d'enfant parental et dans une reproduction individualiste, se cachent des arrangements familiaux divers et une expérience en réseau de la maternité, où le projet d'enfant et la reproduction sont vécus de manière relationnelle.

Autrement dit, la *circulation d'enfants*, investiguée par Claudia Fonseca, semble de plus en plus difficile à effectuer du fait de l'emprise du dispositif de santé dans l'individualisation et biologisation du lien de filiation. Cependant, à l'inscription individuelle et corporelle de la maternité et à la circulation d'hommes correspond une

[302] Entretien Priscila, Pantanal, Recife, 03/09/08.

expérience singulière de la maternité, *la maternité en réseau*. Le sens de cette dernière est à distinguer de celui de la *circulation d'enfants*, non seulement parce que le point de vue change d'acteur, passant de l'enfant à la femme, mais parce que la maternité en réseau, effrite l'ensemble de fonctions maternelles qu'auparavant étaient exercées par une seule femme. Il devient difficile de réaliser le transfert d'enfant d'une femme à une autre, il est possible encore de transférer certaines pratiques faisant partie du rôle maternel.

Pendant la grossesse, le dispositif de santé cherche à « rattraper » l'inexistence d'un projet d'enfant en aval de l'engendrement, ainsi que le défaut de cadre « conjugal », par la sollicitation des femmes à effectuer une « individualisation » du projet. Il le fait par divers moyens dont ceux du contrôle social par la rapide captation des femmes enceintes, leurs enregistrement dans le prénatal, et celui « gestations » dans le système administratif, par la « sanitarisation de la perception interne », par la « mise en paroles » du corps gravide sous les registres du bien-être, par la transformation de chaque grossesse en « cas » à bas ou à haut risque. Or, si le dispositif participe effectivement à la configuration d'une subjectivité maternelle particulière c'est parce qu'il agit sur la base d'une assignation diffuse à la maternité, effet du désir d'attachement à une place. Cependant, nous l'avons vu, le projet du dispositif se heurte à la logique relationnelle et collective du projet d'enfant en milieu populaire, laquelle induit une subjectivation plus complexe que celle foncièrement individuelle dans l'expérience de la maternité. Cette confrontation ne se limite pas au moment de la gestation de l'enfant. La régulation du dispositif ne s'arrête pas à la grossesse et cherche à normaliser l'expérience de la maternité en l'individualisant. De même que la dimension relationnelle de l'expérience maternelle ne se cantonne pas au moment de la grossesse et qu'elle la travaille dans les processus qui s'ensuivent. C'est sur ces autres phases de l'expérience de la maternité que nous allons nous pencher ensuite. La naissance et l'accouchement se découvrent alors comme un moment « fort » (Jacques, 2007) de l'expérience de la maternité régulée, où de nouveaux agencements entre le dispositif et les expériences apparaissent.

Partie III : Naissance de l’enfant, Naissance de la mère : de la sollicitation à la sollicitude.

Les dérives de la mise en pratique du programme de recherche peuvent réveiller des craintes chez un jeune sociologue ainsi que des soupçons de la part de collègues attachés aux méthodes rigides de la « discipline ». Or, une certaine « indiscipline » peut se révéler riche heuristiquement quand il s'agit de saisir les complexités du social, et quand on essaye d'articuler une compréhension des phénomènes individuels et subjectifs à celle des processus globaux et institutionnels. Ces dérives ont été systématisées lors d'un article (Faya Robles, 2006) et elles sont, en partie, restituées dans l'introduction, nous ne nous y attarderons donc pas ici. Il s'agit simplement de rappeler que si le cadre de la recherche vise à la compréhension de l'expérience de la maternité chez des femmes de milieu populaire de Recife, et s'il ne s'arrête donc pas à la question de l'accouchement et de la naissance, nous avons pourtant décidé de commencer notre travail de terrain dans le cadre médical et institutionnel des maternités publiques de Recife. Nous croyions que c'était là que l'aventure empirique de cette recherche commençait. Mais c'est aussi là que la péripétie théorique a pris d'autres envols. Nous étions penchés sur l'observation des conditions d'accès aux soins et de l'expérience générale de femmes dans leur passage par ces institutions. Ces institutions nous intéressaient, par conséquent, en tant qu'espaces où se sont cristallisées des façons de faire, de penser et de vivre un des moments de l'expérience de la maternité, qui est l'accouchement. Moment que nous percevions, par nos lectures précédant le travail de terrain, comme étant marqué par une grande médicalisation (au sens de pathologisation et technification) de cette expérience. D'où notre étonnement lors de la rencontre avec d'autres logiques d'intervention provenant de l'institution médicale elle-même et que nous regroupons sous le nom d'« humanisation de la maternité », et que plus tard nous avons interprété comme faisant partie d'un même mouvement que celui observé dans les institutions de santé de proximité, dans le sens d'un élargissement du dispositif sanitaire et d'un changement des perspectives d'intervention sur les comportements maternels.

Ce moment « fort » de l'expérience de la maternité qu'est la naissance et l'accouchement, se vit comme un moment ritualisé, car il s'agit bel et bien d'un « passage ». Les rituels de passage n'ont pas disparu, et la sécularisation ainsi que la prise en charge médicale ne font que changer le contenu des rituels, bouleversant ainsi la signification sociale du « devenir » mère. L'acte de donner naissance doit être certifié par un changement chez l'acteur « mère » qui doit attester de son passage de la

sollicitation à la *sollicitude*. Si celui-ci est pris en charge dans son ensemble par le dispositif de santé publique, l'accouchement dans l'institution médicale hospitalière est le moment où ce passage (doit) se matérialise (r).

Rappelons ici que la sollicitation est prise comme la désignation d'un sujet dans le sens d'Althusser et Butler, donner nom à un être : mère (mãezinha), créant ainsi les bases d'un assujettissent ainsi que de la subjectivation. Mais dans la désignation il y a l'assignation à une place. Et dans cette assignation il y a aussi les caractéristiques de cette place, les actions à mener, les comportements adéquats, les manières de sentir, d'éprouver cette place, ainsi que les acteurs par rapport auxquels cette place se range dans l'espace social. Ici, l'autre grand acteur de la relation est l'enfant. C'est-à-dire que la sollicitation de la part du dispositif suppose non seulement une assignation diffuse mais l'existence d'un lien social spécifique avec un autre acteur, lien social qui prend la forme de la sollicitude de la mère envers l'enfant. La sollicitude, ou *care*, définie comme le souci et le soin portés à un autre, est toujours insérée dans un contexte spécifique des rapports de genres, où celle-ci revient aux femmes (dans la vie familiale mais aussi professionnelle), par l'inclination à être « portée » vers les autres « vulnérables ». Tout comme elle est insérée dans des rapports de genre, la sollicitude se construit aussi à l'intérieur des rapports avec les institutions. L'accouchement comme action captée par le dispositif de santé devient ainsi l'acte inaugural de la sollicitude. Ce qui suppose de nouveaux arrangements entre le dispositif de régulation et l'expérience des femmes.

Du fait des caractéristiques propres à l'institution médicale, différentes sur plusieurs points de celles des services de proximité de santé, les conflits et arrangements avec les acteurs prennent une autre dimension. C'est dans ce cadre spatio-temporel qu'est l'institution médicale que l'injonction vers une *sollicitude* individuelle et corporelle de la part du dispositif se confronte de manière plus directe à des définitions de la *sollicitude* collectives et relationnelles. Cependant, tel qu'on l'a dit, dans ces institutions les logiques institutionnelles disciplinaires et autoritaires se confrontent de plus en plus à celles basées sur l'accompagnement, le conseil et une définition différente du patient. Ainsi, l'accouchement d'un enfant, loin d'être l'acte d'un individu autonome, indépendant et rationnel pris en charge par une institution

« totale », est bien un acte d'un individu « vulnérable », interdépendant et relationnel, dans une institution qui se veut de plus en plus *« réinventive »* (Susie Scott, 2010).
Dans cet espace, nous ne nous limiterons pas à l'analyse de l'acte de donner naissance, car c'est à travers tout le parcours des femmes lors de l'accès et du séjour dans les maternités que les logiques du dispositif et celles de l'expérience des femmes cherchent des arrangements dans la signification sociale de la naissance, l'accouchement et la « sollicitude ». Si la naissance et l'accouchement sont les moments « forts » de l'expérience, ils ont été introduits et suivis par tout un enchaînement d'actions dans le temps, alignées de manière à rendre « forts » ces événements dans le vécu des femmes. Le problème de l'accès aux maternités publiques à Recife en constitue un maillon qui mérite une halte analytique. Il s'agira aussi de saisir les conflits entre les significations donnés par les femmes à ce « moment fort » et celles véhiculées par le dispositif. Ce conflit se cristallise dans l'opposition de l'accouchement par voie basse et par césarienne. Nous verrons comment, à l'instar de la temporalité des actes où l'accouchement trouve une place, certes forte, dans la construction de l'expérience, il n'y a pas de rupture abrupte entre un « dehors » de l'institution médicale et un « dedans ». Les deux s'entrelacent dans l'expérience des femmes. Finalement, nous ferons approfondirons l'analyse du revers de la naissance, la mort de l'enfant, esquissant des nouveaux arrangements entre les femmes et le dispositif de santé

III-1. L'accès à l'institution médicale. Choix de la maternité et itinéraires de l'accouchement.

Le débat sur la capacité du système de santé publique à accueillir les femmes qui s'apprêtent à accoucher, et les conséquences sur la vie de celles-ci et leur bébé a eu un impact majeur dans les médias ces derniers temps dans la ville de Recife. Lorsque nous sommes arrivés sur le terrain, la question de l'accès aux maternités s'est posée comme un impératif à « aller voir ». La Une du journal populaire "Jornal do Commercio" du 27 Novembre 2005 retraçait la pénurie de places dans les hôpitaux de la ville et l'impact sur la vie des familles de Recife. Avec le titre évocateur *« Le martyre de l'accouchement »*, l'article nous introduit dans les méandres que

l'expérience de l'accouchement prend dans la région: manque de lits, interminables acheminements vers d'autres institutions, des femmes qui ont peur d'entrer en travail d'accouchement, et enfin, dénouements dramatiques et problème de la répartition des responsabilités entre les différentes institutions et les patients. Un cas particulier vient renforcer l'effet d'annonce: une femme, en travail d'accouchement, qui a dû circuler dans la ville pendant toute une nuit et qui est passée par trois institutions avant de trouver une place disponible, quand c'était déjà trop tard et l'enfant est mort par asphyxie.

Au-delà du choc médiatique, les institutions hospitalières constituent des espaces problématiques et à problématiser, car si la naissance est un « moment fort» de l'expérience individuelle de la maternité, elle est aussi un moment de « haut risque » pour le personnel médical, ainsi qu'une situation forte de l'expérience sociale de la maternité. Le regard « de près » (Cantor Magnani, 2002) des processus sociaux à l'œuvre dans les institutions apparaît alors comme indispensable.

III-1-a. La médicalisation de la naissance et son (des)organisation.

Malgré les inégalités dans l'accès, les enfants brésiliens naissent généralement dans des hôpitaux. En 1996, 96,8% des naissances au Brésil avait eu lieu dans des services hospitaliers. En dix ans le taux d'accouchements hospitaliers n'a pas beaucoup évolué, et il était de 97,26% en 2006 dans l'ensemble du pays[303]. L'accouchement et la naissance sont également fortement médicalisés à Recife, une tendance qui semble tout aussi historique. En 2000, par exemple, 99,8% de 25.400 naissances ont eu lieu dans les hôpitaux, et seulement 38 femmes avaient accouché à leur domicile[304]. En 2006, le taux d'accouchements hospitaliers était de 99,37%[305]. L'accouchement à la maison reste très minoritaire et circonscrit aux femmes plus âgées, moins scolarisées, du Nord du pays, ayant plusieurs enfants et n'ayant pas effectué de consultations du prénatal.

Ces tendances montrent alors le cheminement suivi par la naissance et l'accouchement au Brésil, lequel ne se distingue pas trop de celui observé dans certains pays européens : une forte médicalisation depuis la fin du 19ème siècle, une appropriation masculine des savoir-faire auparavant monopolisés par les femmes, une

[303] Sources pour les deux années : Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

[304] Source du SINASC, Secretaría de Saúde de Recife, 2004.

[305] Source : SINASC, Secretaría de Saúde de Recife, 2006.

pathologisation de l'événement. Ces tendances, nous le verrons ci-dessous, ont été néanmoins bouleversées à la fin du 20ème siècle par plusieurs changements traversant les institutions et par le fait même d'un investissement du dehors « profane » dans l'institution « savante ».

Une des conséquences du fait que les femmes brésiliennes ont pris l'habitude d'inscrire leurs accouchements dans la sphère médicale, est le déplacement possible des responsabilités concernant ces enjeux majeurs que sont les mortalités infantiles et maternelles. Ainsi, le moment de la naissance devient une « situation à risque » non seulement pour les femmes mais aussi pour les institutions. Il est intéressant de remarquer comment le « risque » individualisé, par sa formulation en « cas », est peu à peu reformulé par les utilisatrices du SUS, avec le renfort des mouvements et des médias et devient une critique du système de santé publique autour de ce qu'est communément appelé la « négligence ». Autrement dit, à la « négligence maternelle » les femmes renvoient le reflet inversé de la « négligence institutionnelle », tel que nous le verrons à la fin de cette partie.

Pendant la réalisation de cette thèse, un changement profond a été opéré par les institutions qui ont dû revoir l'organisation de l'accès des femmes aux hôpitaux. Si les naissances sont hospitalières, cela ne veut pas dire que le circuit soit parfaitement ordonné et contrôlé ; les ratés sont souvent très nombreux. Effectivement, et tel que nous l'avons dit ci-dessus, la capacité et l'organisation du système public de santé pour accueillir toutes les parturientes a des fissures. Ainsi, l'accès est devenu un enjeu majeur et depuis les débuts de cette recherche des mesures diverses ont été adoptées. Une différence s'impose dès lors entre « accès » et « accueil » comme relevant de deux préoccupations différentes, l'une quantitative et organisationnelle, référée au nombre de places disponibles et à l'articulation entre les diverses structures de soins, et l'autre qualitative, relative au mode de réception des personnes, tel que le distingue Jean Peneff (1992).

La ville de Recife compte huit maternités publiques (nationales, départementales et municipales) lesquelles accueillent non seulement les femmes de Recife mais aussi celles de plusieurs municipalités plus ou moins proches. Dans le but de gérer ces « flux

de mères » plusieurs procédés ont été créés, avec des résultats variables ainsi qu'une appropriation variable de la part des femmes.

Un des premiers mis en place dans la ville de Recife a été un dispositif téléphonique, « la centrale d'accouchements » (A central de partos[306]), où l'on peut appeler 24/24 pour savoir dans quelle maternité il y a des places disponibles. Ensuite, dans une maternité faisant partie du terrain de recherche, on a également mis en place le système de l'« accouchement garanti », qui consiste à garantir une place aux femmes ayant effectué au moins six consultations prénatales dans ladite institution. Plus récemment, a été incorporé dans « la carte de gestante », dont nous avons parlé ci-dessus, une case à remplir obligatoire où doit figurer la maternité de référence où la femme devra accoucher. La loi n°11.634, de décembre 2007, garantit à la gestante le droit de connaître et de se familiariser avec la maternité où elle accouchera, ce qui revient comme responsabilité au SUS, et aux professionnels de prise en charge du prénatal. Ces diverses mesures semblent avoir réglé le problème de l'accès au moins partiellement. Selon les données du PNDS de 2006, presque 90% des naissances au Brésil avaient eu lieu dans le premier service cherché par la femme au moment de l'accouchement. Les auteurs du rapport du PNDS s'en félicitent. *« Ceci indique que l'ancien problème du pèlerinage des femmes à la recherche d'attention au moment de l'accouchement a été surmonté [307]».*

Cependant, selon les mêmes données du PNDS de 2006, 40% des femmes en gestation au Brésil, n'avaient pas été informées de la maternité de référence où accoucher. Ce qui met en lumière une articulation insuffisante entre les divers niveaux administratifs d'attention à la grossesse et l'accouchement. Ce pourcentage est encore plus élevé au Nordeste (46% des femmes en gestation). Selon le PNDS, dans la région nord-est, 22% des accouchements de l'année 2006 n'ont pas eu lieu dans la première institution cherchée par la femme. Les médias font encore état des situations dramatiques dans l'accès aux maternités dans la ville de Recife. Un article récent, de mai 2010, du journal le plus répandu dans la ville, restitue les résultats d'une recherche sur « l'accouchement traumatique » réalisée à Recife : *« Maria a 20 ans. Elle a accouché de son premier enfant (…). Elle décrit la naissance de l'enfant tellement souhaité, fruit de son*

[306] Centre qui gère les places disponibles et avec lequel les femmes communiquent par téléphone pour savoir où accoucher.

[307] PNDS, Relatorio final, Brasilia, 2008. p152. Traduction de l'auteure.

mariage par amour, comme une séance d'horreur et de torture. Avec ses neufs mois de gestations complets, elle sent les premières douleurs le matin. Elle va dans une maternité, où même sans l'examiner, le médecin lui demande de retourner chez elle. Les douleurs augmentent et elle revient dans le même service. Le soir, l'obstétricien l'examine et lui dit que le transfert vers une autre maternité est inévitable parce qu'il n'y a pas de place dans leur service. La jeune mère insiste, elle a peur d'être loin de sa famille et de perdre son enfant [308] *».*

Si nous avons trouvé des failles dans le système, ainsi que des récits de femmes faisant acte d'une dépendance à la situation des places dans les maternités, leurs propos concernant l'accès aux maternités laissent voir une toute autre image qui n'est pas tant victimisante. Les femmes disent ne pas dépendre de ce « circuit » institutionnel de maternités publiques et elles développent différentes façons de négocier une place dans les maternités de leur choix et de circuler ainsi à contre-courant.

Ainsi, une fois que la préférence pour une maternité devient manifeste, les femmes sont disposées à être confrontées aux logiques institutionnelles et à l'organisation de tout le système public d'accouchement, incarné par la « *centrale d'accouchements* ». C'est à ce moment précis que leurs stratégies visant l'accomplissement de leur souhait deviennent visibles, tout en manifestant la relative inefficacité du dispositif: « *J'ai commencé à ressentir des douleurs vers deux heures du matin, les contractions ont duré toute la nuit jusqu'à 7 heures et demie du matin. Je suis allée à la maternité vers sept heures et demie. J'ai appelé la 'centrale d'accouchements' à 5 heures, pour voir s'il y avait des places. Mais elle (l'interlocutrice) m'a dit qu'il n'y avait pas de places. La femme m'a envoyée à (la maternité de) Prazeres, mais je ne voulais pas aller là-bas, je ne connaissais pas là-bas. La femme m'a dit qu'il n'y avait pas de place là où je voulais. Alors je suis allée là où je voulais, et là-bas on m'a dit qu'il y avait des places. Ça s'est bien passé, parce que je connaissais là-bas, les infirmières sont gentilles, elles parlent avec les personnes*[309] *» (Eu estava em casa. Ai comecei a sentir dois da noite, as contrações de noite até as sete e meia. Aí eu fui pra maternidade às sete e meia da manhã. Liguei pra o central de partos, eram as cinco da manhã. Pra saber si tinha vaga. Mas ela falou que não tinha vaga, aí ela mandou pra Prazeres, mas só que eu não queria ir lá, pra Prazeres, não sabia como era lá...Aí, a moça lá diz que não tinha lá, onde eu queria. Então a gente foi pra lá, e a moça lá disse que tinha, aí botou. Foi bom porque eu sabia como era lá. E là, eu achei muito legal, là, eu savia que tem*

[308] "Parto traumático gera estresse prolongado" Veronica Almeida De Cidades/ JC, in site: http://jc.uol.com.br/canal/cotidiano/saude/noticia/2010/05/15/parto-traumatico-gera-estresse-prolongado-222004.php. Publié le 15.05.2010 (consulté le 20/05/10). Traduction de l'auteure.

[309] Entretien Elisange, Pantanal, Recife, 30/05/06.

umas enfermeiras que são muito legal, conversam com as pessoas...). Ainsi, l'acquisition d'une expérience passée peut avoir une influence positive ou négative dans le choix des institutions, elle conforte la femme dans son choix : Elisange, explique qu'elle avait déjà choisi l'hôpital et que ce choix était lié à une bonne expérience passée lors de l'accouchement de sa première fille. C'était pour elle un argument suffisant pour vouloir accoucher là : « *Les deux, je les ai eues dans la même maternité, près de Jeipio, près de l'Hôtel Freitas. Je l'ai eue (l'aînée) là, alors quand je l'ai eu, lui, je voulais aller là-bas aussi. Parce que je connaissais déjà. Alors je suis allée là-bas. Je connaissais les medecins, j'avais aimé, alors je suis restée là* [310] *» (Os dois eu teve na mesma maternidade, perto do Jeipio, perto do Hotel de Freitas. Eu teve ela là, então quando eu teve ele, eu queria ir lá, por conta que eu já conhecia, aí eu fiquei lá. Os médicos de lá eu conhecia, eu tinha gostado, então eu fiquei lá).* Les expériences passées, l'attachement à une institution ou à un médecin particulier (souvent en continuité avec les consultations du prénatal), la proximité de la maternité, la possibilité d'y effectuer une césarienne sont les paramètres d'évaluation des femmes pour choisir une maternité au moment d'accoucher et qui les font sortir du circuit tracé institutionnellement. Malgré une peur bien palpable de ne pas trouver de place dans une maternité au moment critique, elles préfèrent sortir du circuit en privilégiant des décisions qu'elles vivent comme entièrement individuelles.

Dans le cas de l'accès à la maternité IMIP, maternité très prestigieuse et de référence pour les grossesses à « haut risque », laquelle exige l'« accouchement garanti », c'est-à-dire, deux formations à l'allaitement maternel et au moins 6 consultations prénatales, diverses stratégies sont adoptées par les femmes pour y avoir accès. De nombreuses femmes suivent ces règles au pied de la lettre, comme Antonia, 34 ans, qui vit dans un quartier très éloigné et qui a pourtant organisé son accouchement dans cette institution depuis longtemps. Elle a assidûment rempli toutes les conditions d´accès demandées, s´arrangeant pour appliquer les règles de l´institution, car pour rien au monde elle ne voudrait accoucher de son premier enfant ailleurs. *« Ici, c'est un centre de prénatal et il y a plus d'enseignement ; on apprend plein de choses, et les médecins sont très bons aussi. Il y a d'autres maternités (plus proches de chez moi) mais j'ai voulu venir dans un hôpital plus grand, qui ait tous les...c'est un hôpital hors norme!* [311]*» (Olha, aqui é um centro de pré-parto. Assim um pouco mais de ensino, você aprende muitas coisas, também tem os médicos*

[310] Entretien Elisange, Pantanal, Recife, 30/05/06.
[311] Entretien Antonia, IMIP, Recife, 15/03/06.

bons, certo? Tem outras, tem uma maternidade ali, é um hospital novo, sabe? Não foi a pensar direitinho, mas eu quis vir para um hospital maior, certo, que tivesse todos os...É, um hospital fora de serie, a pesar que tem suas idas e vindas, né?).

Mais la plupart des femmes interviewées dans cette maternité n'avaient pas rempli les conditions d'accès. Quand on leur demande les raisons, elles mettent en cause l'utilité de ces consultations trop nombreuses et des formations à l'allaitement maternel : Ana, 29 ans, nous dit : *« Parce qu'on connait déjà ces choses-là*[312]*». (Porque a gente já sabe essas coisas).* Ou encore Esmeraldinha qui répond à la question de l'utilité des formations sur allaitement maternel proposées : *« Je savais déjà beaucoup de choses, parce qu'à la maison il y a des petits, alors on commence à apprendre…*[313]*» (Não, muitas coisas já sabia, porque tem criança pequena em casa, e a gente vai aprendendo).*

III-1-b. Du risque individuel à la « négligence institutionnelle ».

Ces femmes, n'ayant pas suivi à la lettre les conditions d'accès à cette maternité, trouvent des moyens alternatifs pour arriver à y trouver une place. Très souvent, elles jouent sur la question du « risque ». Elles renversent leur propre responsabilité face au « risque » en la transformant en « négligence médicale » dans le cas où l'institution refuserait de les accueillir. L'exemple de Juliana est très parlant quant aux conditions d'accès à la maternité où sont à leur tour en jeu les conditions familiales de la femme, les demandes et les craintes de l'institution. Juliana a 20 ans et trois enfants. Elle ne travaille pas en dehors de chez elle mais elle doit s´occuper de ses enfants, ce qui l'empêche de se déplacer pour aller aux consultations prénatales. Elle habite pourtant un quartier proche de la maternité et elle a eu ses autres enfants là aussi. Quand nous lui demandons comment elle a fait pour avoir une place dans la maternité alors qu'elle n´avait pas sa « carte de gestante » à jour, et qu'elle n'avait pas assisté aux consultations, elle répond sans embarras avoir attendu sereinement chez elle jusqu'au dernier moment et qu'une fois arrivée à la maternité ils ne pouvaient que l´accepter. « *Je suis arrivée ici, il était déjà l'heure, le bébé était en train de sortir. J'ai commencé à sentir les douleurs samedi au petit matin. J'ai attendu sentant la douleur à la maison, et dimanche à 10 heures du matin je suis venue ici et j'ai été secourue. Ils ne pouvaient pas me refuser. J'ai eu Ana à 10h30*[314] *». (Foi porque eu vim quando já estava là, com o neném saindo. Começou com as dores no sábado, de madrugada. Aí fiquei sentindo dor em casa, aí*

[312] Entretien Ana, IMIP, Recife, 10/04/06.
[313] Entretien Esmeraldinha, IMIP, Recife, 16/03/06.
[314] Entretien Juliana, IMIP, Recife, 28/03/06.

quando foi domingo de 10 horas de manhã, eu vim pra cá e fui socorrida. Não podiam me recusar, aí às 10 e meia, eu teve Ana).

Les propos de Juliana mettent en relief l'obligation de l'institution à l'accepter et le jeu entamé par les femmes dès lors que l'obligation institutionnelle est proclamée. Ici, la question de la perception que les femmes ont de leurs droits mérite à nouveau une parenthèse. Elles ne se réfèrent pas au « droit » à l'attention en tant que citoyennes, mais en tant que « personnes ». Le jugement du système de santé publique de la part des femmes de milieu populaire se fait dans ce registre du « respect » de leur condition humaine (Sennet, 2003 ; Vidal, 1999), de même que cette condition est le socle à partir duquel elles se perçoivent comme « égales ». Voici une description du sentiment que ressent une femme se faisant congédier des institutions au moment du travail d'accouchement. Au-delà des préoccupations sur sa vie et celle de son enfant une critique du dispositif se construit peu à peu: *(...). Ils voulaient que je rentre à la maison et que j'attende. Ça a été un autre jour, quand ils ont fait les petits touchers (vaginaux), mais là, ils m'avaient renvoyée chez moi. J'allais, je revenais, j'allais, je revenais...Avant je voulais (accoucher à l') IMIP, c'était l'IMIP ou rien. Mais maintenant non, maintenant je ne veux pas, tu comprends? C'est un hôpital bien équipé, avec des choses que même les hôpitaux privés n'ont pas. Mais malheureusement, la situation de la santé (publique). Eux, le personnel, ils voient ça comme une faveur, mais ils gagnent beaucoup d'argent, ma fille. Parce que je reçois ces lettres du Ministère des Finances indiquant combien on dépense chaque jour dans le service public, et c'est l'horreur, tu vois? Alors je pense que c'est la faute des travailleurs: ils pensent qu'ils te rendent un service, mon Dieu, ils se prennent pour des gens importants! Ensuite, il y en a quelques autres qui, Dieu merci, sont bénis et qui font du beau travail, traitent bien (les gens), assistent ; mais il y en a d'autres, on dirait qu'ils te font une faveur. Et je le dis toujours : je défends le SUS (Système Unique de santé), partout. Alors ce n'est pas le SUS, ce n'est pas la faute du système unique de santé, c'est sont ses travailleurs. Certains veulent être riches, millionnaires, et ne savent pas qu'ils ont autant de vies entre leurs mains. Et puis, ils nous prennent pour des bêtes, ils nous traitent comme des bêtes, comme des animaux et on n'est pas des bêtes*[315]*». (Queriam que eu volte pra casa. E esperar, porque no dia foi que eles fizeram os toquezinhos; mas antes era só pra voltar pra casa. Ia voltava, ia voltava, ia e voltava. E antes eu queria o Imip, só o Imip ou nada. E agora não, agora não quero, tá entendendo? É um hospital muito bem equipado, que nem todos os hospitais privados tem, mas infelizmente, a situação da saúde, eles, os atendentes, juram que estão fazendo um favor. Mas eles ganham muito dinheiro, minha filha. Porque eu recebo aquela*

[315] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 16/05/06.

cartinha do ministério da fazenda mostrando quanto se gasta cada dia de atendimento publico, e é um horror, viu? Ai eu acho que é culpa dos trabalhadores: Eles juram que estão fazendo um favor. Ah, meu Deus, se acham importantes! Depois tem algumas outras, que graças a Deus são abençoadas e que trabalham bonito. Tratam bem, atendem; mas tem algumas que parece que estão fazendo um favor. E eu sempre digo, eu defendo o SUS, em todo canto, que não é o SUS, não é o sistema único de saúde, é os trabalhadores. Então tem alguns que querem ser ricos, milionários, não sabem que tem nas mãos muitas vidas. E ai, acham que a gente é besta, tratam a gente de bicho, tratam como bicho e ninguém é bicho).

Si à cette référence à « la commune humanité » nous pouvons opposer une vision antagonique du social, les femmes de milieu populaire à Recife semblent les articuler. D'un côté, il y a une mise en cause de l'autorité médicale, de l'ordre des choses et des insuffisances de l'institution publique et comparent leur propre expérience à celle des femmes ayant accès aux services privés. En même temps, elles développent une conscience du droit, de plus en plus défini par rapport aux institutions publiques et qui conjugue en même temps des pratiques autoritaires et son acceptation[316]. Tel que le souligne Dominique Vidal (2007) pour les domestiques de Rio, les femmes rencontrées ont une vision de plus en plus marquée de l'accès à l'institution publique en termes de « droits », laquelle prend, généralement, la forme d'un « droit humain » mais qui glisse vers des formulations en termes de droit « social », comme le suggèrent les propos de Marinalva. Cependant, ces formulations pointent moins les asymétries en tant que telles, qu'une certaine obligation de l'État à pacifier et restreindre les possibles dérives d'accroissement de ces asymétries (les médecins qui veulent devenir riches aux dépens de l'argent public). Autrement dit, il s'agit moins d'effectuer une critique de l'ordre des choses mais plutôt de demander que les choses s'accomplissent dans un « certain ordre », un médecin du « public » devant répondre à une certaine éthique, par exemple. Cette forme particulière à postuler *« le droit à avoir des droits »*, selon la formule de Hannah Arendt, peut être observée aussi dans le processus de judiciarisation de la relation médecin-patient, c'est-à-dire, *« la tendance à recourir au judiciaire comme mode de règlement des conflits »* (Vidal, 2007 : 227). Ici, encore, il ne s'agit pas de questionner les places du savoir, mais de contrôler que le celui qui détient le savoir l'accomplisse. Une médecin de l'IMIP nous dit ainsi que *« l'obstétrique est au Brésil la spécialité avec le plus grand nombre de procès, n'est-ce pas?*

[316] Voir sur la complexité de la culture politique brésilienne les textes de Vera Telles (1994 et 1999).

Suivent l'orthopédie et l'anesthésie…Ce sont les patientes elles-mêmes, la proportion n'est pas encore si grande que ça, pas si gigantesque. (Mais) il y a déjà cette mentalité de faire un procès. Ce n'est pas encore ça, mais c'est en train d'arriver. Les patientes parlent déjà beaucoup plus de faire un procès, elles sont mieux informées, et parfois lorsque tu essayes de les convaincre de faire quelque chose qu'elles n'estiment pas correct, elles parlent de ça (procès), tu sais ?[317] *» (A obstetricia, no Brasil é a especialidade com mais números de processos, né? Seguem a ortopedia e a anestesia...mas, as pacientes assim, realmente, a proporçao não é tão grande, assim gigantesca...tem já aquela mentalidade de processar. Ainda não é isso mas está chegando...as pacientes já falam muito mais de processo, estão mais informadas, e às vezes quando você tenta convencê-las pra fazer alguma coisa que pra elas não é o correto, elas falam isso, sabe?).* Une recherche menée à São Paulo (CREMESP, 2006), confirme ce que nous dit ce médecin : parmi 197 médecins inculpés, les spécialistes en gynécologie et en obstétrique étaient les plus nombreux. Le deuxième domaine où les « erreurs médicales » suscitent des actions en justice était la chirurgie esthétique. Ainsi, les déterminants de la plainte sont, en premier, lieu les « dommages physiques » et en second lieu « la mort du patient ».

Du côté des professionnels des maternités, l'image des femmes de milieu populaire comme des usagères qui connaissent leurs droits et comme des « égales » n'est pas à l'ordre du jour. S'ils voient qu'elles sont davantage requérantes, ils ne le mettent pas en rapport avec leur savoir concernant leurs droits ; ils associent ces demandes à la peur et à leur ignorance. La représentation qui prévaut chez les professionnels de santé est celle infantilisante, qui requiert donc des pratiques paternalistes : *« La question sociale est pour elles très forte. Des voisines et d'autres femmes enceintes qu'elles connaissent qui ont accouché de cette façon-là et si le bébé d'une telle est mort parce qu'elle l'a porté neuf mois et trois jours, elles ne me croient pas quand je leur dit que neuf mois et trois jours n'est pas une date au-delà de la limite, parce que nous ne comptons pas en mois, nous comptons en semaines. Elles veulent rester hospitalisées, et elles s'énervent et elles nous menacent, elles disent que s'il arrive quelque chose au bébé, elles nous feront quelque chose… des choses comme ça. Donc, c'est aussi à cause du manque de scolarisation qu'elles ne comprennent pas que le médecin a fait des études et qu'il sait de quoi il parle, et qu'elles n'ont pas à en douter, n'est-ce pas?*[318]*» (A questão social pra elas...das vizinhas e das outras mulheres que elas conhecem que engravidaram, e que fizeram o parto assim desse jeito, é muito forte. Então, se o nenem de fulana morreu porque ela fez 9 meses e três dias, elas não acreditam que pra mim*

[317] Entretien avec médecin, IMIP, Recife, 13/06/06.
[318] Entretien médecin, Barros Lima, Recife, 16/05/06.

9 meses e três dias não é uma data que esteja passando da época, porque a gente não conta em meses, conta em semanas...elas já querem ficar internadas, e ficam nervosas e agridem as pessoas que se acontecer alguma coisa ao nenem elas vão fazer alguma coisa, esse tipo de coisas. Então isso é por conta da falta de escolaridade, também, de não entender que o médico estudou e ele sabe qual é a questão e que não tem por que você estar duvidando, né?).

Plusieurs femmes nous font part néanmoins de la *« négligence institutionnelle »*, laquelle se transforme souvent en critique de la violence institutionnelle et de son *« autorité effroyable » (autoridade medonha)* (Gomes, Nations et Luz, 2008 : 67). Deux manières de voir l'accouchement s'opposent. D'un côté, celle profane où « la question sociale », selon les termes du médecin, question que nous appelons « relationnelle », apparaît comme fondamentale pour les femmes. En opposition à celle-ci, la représentation médicale de l'accouchement, basée sur des critères objectifs et où la patiente est individualisée. Chaque cas est distingué des autres, du moins en théorie, car la pratique médicale dérive souvent dans la standardisation de la prise en charge des cas « individuels ». Il n'en reste pas moins qu'à partir de cette opposition des visions de l'accouchement, une critique de la prise en charge médicale se développe chez les femmes, qui la perçoivent comme « froide », dépersonnalisée (déshumanisée) et en même temps « négligente ». Ici, les professionnels de proximité, notamment les ACS, s'alignent plutôt sur les positions des femmes, se distinguant ainsi des acteurs des institutions hospitalières. Ils ne poussent pas pour autant les femmes à rentrer dans des actions plus concrètes, notamment en justice, mais ils jouent plutôt le rôle de la médiation. Ainsi, les ACS, doivent articuler leur prise en charge des femmes enceintes de leur aire, sans pour autant s'adjudiquer un surplus de responsabilités. Ici encore, le va et vient des responsabilités à l'intérieur du dispositif est le scénario d'une pièce dont les résultats sanitaires en termes de taux de mortalité est la mise décisive. Voici trois extraits d'un groupe de discussion avec les ACS de Pantanal, où la critique de l'organisation hospitalière s'accommode d'une part avec l'acquittement de leurs responsabilités, car *« ce n'est pas leur travail »*, et d'autre part, avec leur véritable compréhension due à leur « proximité » des expériences maternelles.

« Dans mon micro-aire, j'ai tout expliqué à Marta (femme enceinte). Je lui ai dit tout ce qui pouvait arriver dans la dernière ligne droite. Elle a senti (des douleurs), alors elle est allée à la maternité d'Ibura et là ils l'ont refusée, elle y est allée à nouveau et ils l'ont renvoyée à nouveau. Résultat : l'enfant est né à la maison, la même nuit au petit matin. Elle y est allée

deux fois et elle est revenue. Cela veut dire qu'elle était orientée avec les signes et les symptômes, tout ; et pourtant le médecin de garde l'a renvoyée. L'enfant est né à la maison. Le SAMU est arrivé après et l'a prise, mais elle est passée par tout ce processus inutile ». (Na minha micro-área (...)Marta disse ai eu expliquei tudinho, disse o que poderia acontecer já na reta final. Ela sentiu, foi pra maternidade do Ibura e botaram pra trás, ela foi novamente mandaram. Resultado a criança nasceu em casa, na mesma, na madrugada, né? Ela foi duas vezes e voltou, quer dizer ela tava orientada com os sinais e sintomas tudinho e no entanto, a médica de plantão mandou de volta a criança nasceu em casa. O SAMU veio depois pegaram, mais passou por esse processo desnecessário).

« Dans mon aire, j'ai eu une gestante qui avait 9 cm de dilatation quand elle est arrivée à la maternité. Là-bas, ils ne l'ont pas accueillie, alors elle est revenue. Elle est revenue parce qu'elle a dit que la maternité était surpeuplée, alors quand elle est arrivée chez elle l'enfant est né dans la maison, dans l'UR5. Il ne fallait pas faire l'accouchement ? L'enfant était déjà prêt à naitre » (Na minha área teve uma gestante, ela tava com 9 cm de dilatação, quando ela chegou na maternidade. Lá não acolheram ela, então, ela voltou, ela voltou porque disse que estava super lotada a maternidade. Então, quando ela chegou na casa dela a criança nasceu em casa na UR5 [...] Não era pra ela tá pra fazer o parto, né já tava perto de, da, criança nascer).

« On voulait déjà conduire la fille vers un autre hôpital alors après je suis allée et j'ai parlé. J'ai parlé au médecin, j'ai parlé à la surveillante, alors elle (la fille) est restée là. Si elle avait été amenée dans une autre maternité, elle aurait eu (l'enfant) en route. Je pense que nous orientons (les femmes), et tout, pour qu'elles aillent à la maternité, mais là-bas, il y a tout ce désordre... » (Já queriam levar a menina pra outro hospital então depois de muito tempo que eu entrei, falei lá, falei com o médico falei com a supervisão então ela ficou lá, então ela teve nenê. Então se ela fosse pra outra maternidade ela ia ter no caminho, eu acho assim a gente orienta, tudinho pra ir pra maternidade mais tá tendo essa, essa desordem).[319]

À la logique des femmes et à celle des institutions hospitalières s'ajoute celle d'un autre acteur, les ACS dont les revendications concernent les limites de leur travail au sein du quartier, notamment par l'impossibilité de prendre directement en charge l'accouchement, ce qui incombe aux professionnels des maternités. Les ACS s'octroient le rôle de médiatrices entre femmes et institutions, tel que le montre le dernier extrait de la discussion. Nous reviendrons dans la quatrième partie de cette thèse sur la place névralgique des ACS dans le dispositif de santé.

[319] Groupe de discussion, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.

La présence des ACS dans les maternités est néanmoins occasionnelle, et le plus souvent elles ne s'aventurent pas dans cet autre espace institutionnel où elles n'ont pas de légitimité assertée. Il y a généralement d'autres acteurs qui participent aux circuits et itinéraires[320] d'accès à l'institution. Regardons de près l'entrée en travail d'accouchement tel qu'elle est vécue par les femmes, car elle renvoie à la dimension relationnelle qui caractérise ce moment spécifique de l'expérience de la maternité et son articulation à l'espace. Autrement dit, il faut tenir compte de la dimension spatiale pour comprendre comment dans l'expérience des femmes, l'accès à l'institution, laquelle a été jusqu'ici formulée en termes de droits, se conjugue avec l'accès en termes physiques et de spatialité.

III-1-c. L'accès en termes physiques. Une cartographie relationnelle.

Des données relevées pendant une semaine (du 13/02/06 au 19/02/06), à partir des formulaires d'accueil de la maternité Barros Lima, nous ont permis d'avoir un aperçu de la provenance des femmes[321]. Sur 133 femmes entrées pour le pré-accouchement, 32 avaient été réorientées par d´autres institutions : 18 venaient d´autres municipalités (dont 5 situées en dehors de la Région Métropolitaine de Recife) ; 12 femmes venaient d´autres maternités de la ville et 2 ont été secourues sur la voie publique (SAMU/Police), tandis que 101 femmes arrivaient de leur lieu de résidence. Autrement dit, 22% des femmes admises à la maternité Barros Lima, cette semaine en février 2006, venaient d'autres institutions, appartenant ou non à la ville de Recife. La plupart d´entre elles arrivent néanmoins directement de chez elles, ce qui relativise les propos des médias au sujet des déambulations des femmes dans la ville, même si le nombre de femmes qui relèvent de ce cas de figure reste considérable.

[320] La notion d'itinéraire est prise telle qu'elle a été développée par l'anthropologie médicale ou de la santé, à partir des travaux de Michael Taussig (2002), comme l'ensemble de pratiques de soins puisant tant dans les sphères domestiques, médicales, populaires et alternatives, formant un réseau qui se distingue du dispositif de santé tel que nous l'avons défini. Autrement dit, elle prend en compte la dimension relationnelle des pratiques thérapeutiques. La notion de circuit, faisant partie de la famille de notions développée par Cantor Magnani, imprime l'itinéraire dans l'espace.

[321] Cette méthode de recueil de données n'a pas été systématisée et de ce fait elle ne saurait avoir un statut formel et statistique dans la recherche, mais plutôt le statut d'une donnée d'observation, ainsi qu'elle donne un panorama des circulations des femmes à l'heure de l'accouchement. Une deuxième relève des données des formulaires d'accueil de cette même maternité pendant une autre semaine (du 15/0506 au 21/05/06) confirme les résultats issus de la première relève.

Une autre donnée intéressante concerne l'origine géographique des femmes. Elles viennent de 42 quartiers différents de la ville ainsi que de municipalités différentes (13%), même éloignées de Recife. Cette diversité des provenances implique des organisations diverses dans les déplacements, sauf pour celles qui ont été transportées par une ambulance ou le SAMU. Les observations des « accès » aux hôpitaux permettent de saisir la particularité des actes à l'œuvre lorsqu'un accouchement est imminent.

Plusieurs femmes déménagent un temps chez quelqu'un de leur famille pour avoir un accès plus facile à une institution, parfois elles mentent sur leur adresse d'origine, notamment lorsqu'il s'agit de femmes venues de l'intérieur de l'État et voulant accoucher dans une maternité de Recife. C'est le cas d'Eliane, qui vit à Cabo de São Agostino, à quelques kilomètres de Recife, et qui est venue accoucher à l'IMIP, en donnant l'adresse de sa sœur. *« Ça vaut la peine, les médecins, de là, examinent tout, parce qu'ils étudient en même temps » (valeu a pena, porque os médicos là examinam tudinho (…) porque eles estudam também*[322]*).*

Alors que les femmes arrivent généralement seules pour la consultation du prénatal, et qu'elles le font à pied ou en bus, lors de l´accouchement elles mobilisent leurs ressources relationnelles pour trouver une voiture qui les amène à l´hôpital. Lorsque l'heure de l´accouchement arrive, c´est dans la précipitation qu´elles essayent de trouver quelqu´un pour les conduire à la maternité désignée par la « centrale d'accouchement », par elles-mêmes, ou par leur entourage. Même si ces actions sont, dans certains cas, très spontanées, elles suggèrent, justement par ce caractère spontané, les différents degrés de proximité des personnes et leur disponibilité comme ressource sociale pour la femme:
« (Je suis arrivée) en voiture, le jeune garçon m'a secourue, le voisin d'en face (de chez moi). Il est chauffeur de taxi, il était chez moi et j'ai demandé s'il pouvait m'amener[323] *». (De carro, um menino me socorreu, o vizinho de frente. Foi. Ele é taxista, ele estava em casa e eu perguntei se podia me trazer. Foi).*

[322] Conversation avec Eliane, Itapuama, Pernambouc, 03/12/05.
[323] Entretien Carla, Barros Lima, Recife, 08/03/06.

« Je suis arrivée en voiture, il (mon époux) a téléphoné…il a appelé un ami à lui, alors, son ami m'a amenée et après il est parti [324]*». (Vim de carro, ele chamou... Ele (marido) chamou um amigo dele, aí o amigo dele veio trazer. E depois ele foi embora).*

Ce ne sont que deux exemples de personnes possibles appartenant au réseau de la femme susceptibles d'être mobilisées lors du trajet jusqu'à la maternité : voisins, parents, amis, patrons, etc. Ces propos laissent percevoir la spontanéité des actions qui se déroulent pendant ces moments critiques, des moments qui contrastent avec celui de la sortie de la maternité, où la femme et ses proches mettent en place de façon plus systématique les arrangements possibles, même si les personnes mobilisées peuvent être les mêmes que lors de l'arrivée à la maternité: *« En voiture, ma mère vient me chercher »* (*de carro, minha mãe vem me buscar),* nous dit Eloi ; et Ana : « *Mon mari va louer une voiture pour venir me chercher » (Meu esposo vai ter que arrendar um carro para vir me pegar).* La sortie est planifiée dès que l'accouchement a eu lieu et lorsqu´on ne trouve pas un arrangement direct dans le réseau de connaissances, l´investissement financier devient incontournable.

Ces remarques sur l´entrée-sortie de la maternité peuvent sembler banales et évidentes, même pour les acteurs eux-mêmes ; pourtant il nous semble que d´une part, la vie sociale est faite de ces « banalités » et d'autre part, elles parlent d'emblée de l'importance du réseau d'interconnaissances, qui, en milieu populaire, compense le manque de ressources financières.

Le réseau social de la femme n'a cependant pas qu'une fonction utilitaire. Si l'on compare à nouveau les conditions de sortie-entrée des maternités avec celles d'autres mobilités dans l´espace urbain des femmes de milieu populaire lors des consultations du prénatal ou post-natales, un grand contraste apparaît. En effet, les situations d´entrée et de sortie de la maternité, surtout cette dernière, qui permet une plus grande organisation, sont des moments ritualisés. Les femmes interviewées ne peuvent pas imaginer de rentrer seules chez elles après leur passage par l´accouchement-naissance. Au-delà des conditions physiques précaires et de la mobilité réduite de la femme, il y a les représentations qui accompagnent son état et l'importance que prend le réseau dans la confirmation de cet état.

[324] Entretien Sandra, Barros Lima, Recife, 27/03/06.

L'espace frontalier des entrées des maternités, séparant l'institution du monde extérieur, devient le lieu où l'emphase de la douleur performative doit être mise en scène montrant le changement de statut des femmes. Là, la famille attend la sortie de la mère et de l'enfant, on fait la présentation des nouveau-nés et on prend des photos. Les femmes marchent lentement avec le bébé dans les bras en faisant des gestes de douleur et en se caressant le ventre avec les mains. Ce tableau est très courant aux alentours des maternités et constitue aussi une source de curiosité pour les passants: tout le monde arrête ses activités pour regarder le spectacle d'une femme sortant ainsi. Ceux qui sont à l'intérieur de l'institution collent leur nez aux fenêtres pour ne pas rater la scène. Dans un mélange d'admiration et de complaisance, les yeux sont dirigés vers les femmes qui savent jouer le rôle de la douleur victorieuse et glorificatrice du travail d'accouchement. Si les nouvelles techniques médicales et les analgésiques figurent parmi les possibilités offertes aux femmes rencontrées – beaucoup d'entre-elles ont eu la péridurale pendant le travail ou d'autres techniques comme la césarienne – la nécessité de rétablir, au moins *a posteriori*, la douleur a été observée. Comme le dit Béatrice Jacques dans sa recherche sur la naissance en France : « *On assiste à des stratégies cognitives pour sauver les représentations et croyances fondamentales* (ici, l'auteur parle du dictat judéo-chrétien « tu accoucheras dans la douleur »), *tout en intégrant les nouvelles techniques* » (Jacques, 2006 :148-149). Dans notre population d'étude le relatif adoucissement de la douleur est possible notamment par le biais d'une césarienne ou le recours à la péridurale, à laquelle les femmes elles-mêmes disent avoir eu recours pour *« fuir la douleur »*. Cependant, si dans la pratique l'accouchement et la douleur peuvent être relativement dissociés, la reconstruction subjective de cette dernière semble nécessaire, peut-être dans le but d'intégrer ce moment dans l'histoire filiale des autres femmes de la famille, selon la thèse de Jacques. Toujours est-il que la performation du rôle victorieux trouve ses limites dans des situations d'entrée-sortie de la maternité où les possibilités du décor ne sont pas réunies. Ainsi, parfois, ni l'organisation familiale ni les ressources pour se rendre dans l'institution ne permettent d'accompagner la femme à l'entrée ou à la sortie de la maternité. Mais, comme nous le verrons ci-dessous à propos de l'accompagnement pendant l'hospitalisation, cela ne veut pas dire que la femme soit « seule » face à l'événement de la naissance.

La façon dont cette sortie se déroule est quand même source de préoccupation, de stigmatisation, pour les acteurs institutionnels, en ce qui concerne celles qui ne disposeraient pas de ressources relationnelles. Une assistante sociale d´une des maternités nous dit qu´une des tâches les plus importantes dans son travail c'est de contacter la famille de la femme, et notamment au moment de la sortie, lorsqu'elle s'apprête à réintégrer le « monde extérieur » : *« Il y a des femmes qui restent ici, elles restent ici et personne ne vient (les voir). Au moment du congé nous devons voir comment faire. Nous devons appeler la famille pour qu'ils viennent, tu comprends?* [325]*»*. (*Tem mulheres que ficam aqui, tem mulheres que parem aqui e não vem ninguém. Na hora do alta a gente tem ir que ver como é que faz. A gente tem que estar ligando para a família, entendeste? Pra vir).*

Ainsi, l'accès à la maternité, ainsi que la sortie, permettent de voir plusieurs logiques sociales à l'œuvre autour de l'expérience régulée de la maternité. Si tant les femmes que le système de santé publique appréhendent la question de l' « accès » et cherchent à réduire les risques, des bifurcations et des conflits apparaissent entre les deux. Le dispositif de santé publique vise la réduction des risques par l'individualisation, la responsabilisation et la « mise en cas » de chaque grossesse. Il a tendance à infantiliser les femmes, à ne pas prendre en compte leurs savoirs sur leur propre corps, ni leur rapport relationnel à la grossesse ainsi qu'à la naissance. Le moment du travail d'accouchement se révélant être une situation à « haut risque », le dispositif tend à rejeter d'autres formes de gestion de ces instants, d'autres stratégies d'accès, qui sortent des « circuits » institutionnels, tout en les utilisant dans leurs itinéraires. Si les femmes manifestent des craintes au moment du travail, craintes mêlées à la douleur physique, aux attentes de l'accouchement, à la connaissance du manque des places dans les institutions et à l'appréhension de se confronter à des professionnels pas toujours très avenants, cette « peur », loin d'être paralysante, tel que l'envisagent les acteurs institutionnels, est plutôt mobilisatrice, mobilisatrice du réseau social de la femme. Nous reviendrons sur cette présence du réseau dans l'institution ; mais pour l'instant, arrêtons-nous au point culminant du processus d'accouchement et de naissance, l'acte de la délivrance. À notre grande surprise, ce moment, qui aurait pu être circonscrit à un nombre très limité d'acteurs (mère, enfant et professionnels), incorpore non seulement le réseau social de la femme, mais il est devenu un enjeu majeur de la santé publique au Brésil.

[325] Entretien assistante sociale, Barros Lima, Recife, 05/05/06.

III-2. L'accouchement: le passage à l'acte chirurgical ou non.

Les modalités de réalisation de l'accouchement au Brésil sont chargées d'enjeux majeurs. La question de la césarienne a été posée comme problème sanitaire par divers organismes nationaux et internationaux, dont l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) qui recommande un taux situé entre 10 à 15%. Or, le Brésil avait un taux de césariennes de 43,6% en 2006, ce qui amène certains auteurs à le qualifier de *« champion du monde des césariennes »*. La distribution dans le pays des césariennes témoigne des *« scénarios de la vie reproductive »* (Bozon, 2005) des femmes brésiliennes. C'est surtout dans les cliniques privées et du Sud du pays qu'on observe cette *« épidémie des césariennes »* (*ibid.* : 368). Il s'agit d'une pratique plus courante chez les femmes de milieu aisée. En 2006, le taux de césariennes dans le système unique de santé (SUS) était de 30,1% des accouchements, alors qu'il s'élevait à 80,7% dans le secteur privé[326]. De même, les accouchements par césarienne sont plus communs chez les femmes ayant des niveaux de scolarité et de revenus plus élevés. D'ailleurs, si pour l'ensemble du pays le taux des césariennes ne cesse d'augmenter, au Nordeste il diminue.

Les recherches sur cette question montrent divers facteurs liés à ces taux élevés, qu'on peut distinguer en deux cibles de l'intervention. D'un côté c'est la pratique médicale qui est visée. Les médecins sont incités à réaliser des accouchements par voie basse. Dans ce but, le nivellement des honoraires médicaux, entre les accouchements par voie basse et par césarienne à été mis en place par le Ministère de la Santé en 2004. Ceci faisait partie du grand *"Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal" (Pacte national pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatal).* Déjà dans les années 70, des travaux montraient la corrélation des taux élevés des césariennes dans le pays avec les honoraires du médecin plus élevés que lors de l'accouchement vaginal. Or, ce nivèlement des honoraires, n'a pas changé la tendance. D'autres facteurs rentrent donc en ligne de compte comme l'organisation hospitalière et la sécurité technique pour les médecins, tel que nous le verrons.

[326]Source : PNDS 2006.

D'un autre côté, ce sont les femmes qui sont visées. Elles sont non seulement interpellées par les campagnes de santé publique et le mouvement pour l'humanisation de l'accouchement qui met en valeur « l'accouchement normal », mais elles ont aussi vu réduire l'accès à la césarienne, du moins dans le système public de santé. L'un des objectifs dans la promotion de l'accouchement par voie basse c'est de briser le lien entre césarienne et stérilisation, ce moyen contraceptif atteignant aussi des niveaux « record » au Brésil. En effet, la technique de stérilisation féminine la plus courante est la ligature des trompes et cette intervention chirurgicale est très souvent associée à l'accouchement par césarienne du dernier enfant. Or, une des priorités du processus d'humanisation est la diminution du nombre de césariennes au profit des accouchements par voie basse, dits *« naturels »* (Tornquist, 2002) et un des moyens d'y parvenir a été de séparer ce type d'accouchement de la stérilisation. La loi 9.263 de 1996 relative au planning familial de la Constitution brésilienne stipule, dans son article 10, que la stérilisation volontaire est autorisée seulement chez *« les hommes ou les femmes de 25 ans et plus et/ou ayant au moins deux enfants vivants »*. La loi rend aussi obligatoire un délai de soixante jours minimum entre la déclaration de l'intention d'effectuer l'opération et l'acte chirurgical lui-même, visant ainsi le divorce entre l'accouchement par césarienne et la ligature des trompes.

III-2-a. L'image d'une « nature active ».

Dans une perspective articulant droits reproductifs et humanisation de la naissance, les interventions « fortes » sur les corps des femmes, telles que la césarienne ou la ligature, doivent être réduites au profit de techniques plus « douces ». Le grand déploiement des campagnes de santé publique depuis plusieurs années n'a pas obtenu les résultats attendus et les femmes brésiliennes continuent à accoucher par césarienne. Cependant leur teneur symbolique mérite un court arrêt sur l'image (et le discours). La campagne de 2008 du Ministère de la Santé, par exemple, a employé comme slogan : *« Accouchement normal. Laisse la vie venir naturellement » (Parto normal. Deixe a vida aconteser naturelement).* Dans des spots télévisés des femmes célèbres, actrices, chanteuses, racontaient leur expérience de l'accouchement « naturel » : *« Ça a été un rêve qui s'est produit naturellement avec l'accouchement normal. Rappelle-toi que la récupération est plus rapide, le risque d'infection moindre, et que la mère participe activement à l'accouchement »*, dit la top model brésilienne Fernanda Lima. Cette campagne rend évidente la teneur naturaliste en même temps que culturaliste de la

normativité autour de l'accouchement au Brésil. En effet, le mouvement pour l'humanisation tend à confronter le « pouvoir » de la nature féminine contre l'autorité du savoir « technique » (et donc culturel) médical sans mettre en cause les bases du paradigme biomédical. En outre, il est évident dans le champ de l'assistance à l'accouchement, l'émergence du processus dont parle Didier Fassin (2000), celui de la « *naturalisation de la culture* ».

Figure 17: "Naturel, c'est l'accouchement normal".
Dépliant distribué par le Conseil de médecine, 2006.

Les processus de naissance et d'accouchement, une fois ramenés à leur « naturalité », nécessitent néanmoins une « mère » – et non pas une femme – « active ». L'assignation à être « mère active » suppose un double mouvement, celui de la « vie naturelle » que les femmes doivent laisser jaillir en elles-mêmes et celui d'une maternité laquelle, devenant « active », laisse derrière elle les traces d'une « assignation diffuse » à la maternité et requiert désormais sa matérialité, donnée par le passage « naturel » de l'accouchement. La matérialité de cette assignation doit donc suivre une normativité du sujet actif, celui qui participe aux prises de décisions concernant les procédures techniques (péridurale, rasage, etc.) et circonstancielles (personnes présentes, lieux, etc) de l'accouchement.

Le caractère actif n'est pas seulement dans le domaine discursif mais aussi corporel. Le corps maternel doit être actif dans le processus, et ceci joue alors comme la matérialisation de la construction de la maternité. Le corps maternel est signifié comme un espace contenant. Non seulement le corps contient le bébé pendant les mois de grossesse, mais il contient aussi l´aliment qui lui est destiné, les éléments nutritionnels dont il a besoin, etc. Cet espace-corps contenant fait figure de lieu

producteur, dynamique et participant à ce qu´il contient, à ce qui s´en détache (naissance). Si l'on suit la distinction effectuée par la philosophie spatiale et corporelle, le corps féminin maternel fait partie des représentations de l´espace en tant que « Chôra », et non pas « Topos » qui est l'espace vu comme séparable de ce qu´il contient. Le corps maternel existe en tant que tel parce qu'il contient ce dont il devra se vider. L'accouchement par voie basse est construit alors comme le « passage naturel » qui produit la séparation de deux entités inséparables (mère et enfant) liées pour toujours par le partage durant neuf mois de la « chôra » et par cet acte de séparation et cohésion qu'est l'accouchement[327]. La construction de ce corps contenant actif permet alors d'avoir un « bel accouchement » défini autant par la *« rencontre naturelle entre mère et enfant*[328]*»* que par la capacité à faire l'économie de l'intervention médicale (Foucault, 2004) entre le *« ni trop »* et le *« ni pas assez »*.

Revenons donc au moment du « passage à l'acte » et aux enjeux lors des interactions entre médecins et femmes dans la prise de décision. Nous avons constaté, tel que d'autres recherches commencent à le dire, que de fortes confrontations existent entre le *désir* des femmes et les *comportements*[329] des professionnels à l'heure de l'accouchement et ceci notamment lorsqu'il s'agit de femmes de milieu populaire. La « mère active » est un modèle que les femmes de milieu populaire ne performent pas conformément à ce que le dispositif demande, de même que les professionnels des institutions publiques sont encore très loin de laisser une place à la parole des femmes de milieu populaire lors des décisions quant à la technologie et aux procédures de l'accouchement. Dans ce sens, et tel que le remarque Dominique Memmi en France (Memmi, 2003 ; 2004), il faut relativiser le caractère tyrannique des dispositifs et voir plutôt des *« bricolages institutionnels »* à partir des contraintes matérielles et organisationnelles de l'institution, d'un côté, et de l'autre, des patients qui ne sont pas toujours *« fonctionnels »* à l'institution, qui ne se montrent pas dialogiques et qui mettent en œuvre des pratiques de escamotage, de glissement et de retenue face aux

[327] Ainsi, plusieurs médias brésiliens, divulguent depuis quelques années des recherches menées notamment aux USA, sur la libération d'hormones ocytocines (l'hormone de l'amour), lors de l'accouchement « normal », lesquels altèrent les circuits neuronaux des femmes, les inclinant davantage « à la sensibilité, l'émotion, l'empathie », « renforçant ainsi le lien entre mère et enfant» (propos recueillis dans divers médias brésiliens).

[328] « Soyez naturelle lors de votre première rencontre ». Campagne pour l'accouchement naturel du Ministère de la Santé. 2008.

[329] Nous reprenons justement deux notions utilisées par une étude démontrant l'accès difficile à la césarienne pour les femmes de milieu populaire alors que pour celles de milieu aisé (cliniques privées) celle-ci est plus simple à obtenir de par les facilités d'interaction avec les médecins. Voir Costa, Nilma Dias Leão et al. (2008).

règles institutionnelles, se rapprochant ainsi de *« la mètis »* ou la ruse des faibles (De Certeau,1990 : 125).

III-2-b. Les mésententes de l'activité/passivité. Logiques des uns, logiques des autres.

Un médecin du prénatal de l'IMIP nous fait part des controverses entre accouchement « normal » et « césarienne ». Elle constate, comme nous, que le moment du véritable choix du type d'accouchement se fait en cours de travail d'accouchement et dans des interactions où la logique du médecin devient dominante, souvent au détriment de ce que la femme avait désiré auparavant. *« La plupart des femmes veulent un accouchement normal, contrairement à ce que beaucoup de gens pensent (...) des fois, quand elles ne veulent pas, c'est parce qu'elles veulent la ligature, alors elles profitent de faire la césarienne pour faire la ligature. Mais cela change beaucoup pendant le moment du travail d'accouchement, à cause de la peur qu'elles ont d'avoir des complications. Cela crée beaucoup d'insécurité pour elles d'avoir un accouchement naturel. Alors, elles demandent souvent des césariennes. Après l'accouchement, celles qui ont eu un accouchement normal sont beaucoup plus satisfaites que les autres…*[330]*»* (*A maioria das pacientes durante o prénatal, elas querem ter parto normal.As que às vezes não querem é porque elas querem ligar, fazer a ligação, então querem aproveitar de fazer cesariana pra fazer a ligação. Só que isso muda muito durante os problemas no estágio do trabalho de parto, sabe? Pela apreensão delas ao problema, dá muita inseguransa àquela mãe de continuar no parto natural. Então elas pedem muita cesaria lá, por conta disso também. Mas assim, depois do parto, as que tiveram o parto normal, em relação as que tiveram cesárea, estavam muito mais satisfeitas).* Le médecin nuance postérieurement ces propos et introduit la question du manque de moyens, de l'organisation hospitalière et de la « peur » qui n'est plus celle de la patiente mais celle du médecin. *«Parce que réellement on ne peut pas prévoir ce qui va arriver… Des fois, il y a des cas où s'il y avait plus de monde dans le service on aurait plus de temps pour faire l'accompagnement et on arriverait à conduire les accouchements de manière naturelle. On finit par faire une césarienne par peur d'un procès, par peur que l'enfant meure. Alors quand on n'a pas les moyens d'apporter une assistance adéquate, les césariennes sont pratiquées sans qu'on en ait vraiment eu besoin. Et souvent, c'est le contraire de ce que la patiente désirait, tu comprends ?*[331]*». (Porque na verdade a gente não tem como prever o que vai acontecer...As vezes tem casos de pacientes que se tivesse mais gente no plantão, se tivesse mais tempo pra acompanhar, você conseguiria conduzir aquele parto de maneira natural. Você termina*

[330] Entretien médecin, IMIP, Recife, 13/06/06.
[331] Entretien médecin, IMIP, Recife, 13/06/06.

fazendo uma cesárea por medo dum processo, que a criança morra, entendeu? Então quando você não tem como prestar uma assistencia ao parto adequada, as cesáreas acabam sendo muitas sem neceessidade. E é o contrario do que a paciente deseja, entendeu?).

L'important pour les acteurs du dispositif de santé semble être qu'il y ait une manifestation de la femme pour avoir un accouchement « normal ». Tel que le dit ce médecin, c'est aux professionnels de persuader la femme de milieu populaire des bienfaits de l'accouchement par voie basse. Mais, par la suite, il reviendrait à lui-même de juger, selon les besoins de la gestion des espaces et du personnel de l'hôpital, du type d'accouchement possible. « *Dès le début, j'essaie d'en parler avec elle (la parturiente), de lui expliquer que son accouchement va être normal, qu'elle n'a pas le choix, et que toute patiente peut avoir un accouchement normal, si on ne démontre pas le contraire. Mais, durant le travail d'accouchement, ces choses peuvent changer... Alors, le taux de césariennes est trop élevé ici autant dans les cas à haut risque que dans les cas à bas risque; je pense qu'il faudrait que ça change* [332]*».(No início eu tento convencer ela, explicar a ela que o parto dela vai ser normal, que ela não tem possibilidade de escolha e que toda paciente pode ter o parto normal, caso não demostrar o contrário. Mas durante o trabalho de parto essas coisas podem mudar... então assim o índice de cesáreas aqui é muito grande no alto risco, e no baixo risco tambem é grande, e eu acho assim que isso deveria mudar).*

Les propos de ce médecin sont très intéressants car divers éléments apparaissent. D'abord, l'imbroglio terminologique entre accouchement « naturel » et accouchement « normal », tel que nous le disions ci-dessus, et qui peut s'expliquer par les discours sur l'humanisation de l'accouchement qui renforcent cette référence à la « nature » et à la « doctrine du sang » dans la relation de filiation. En effet, la critique portée par ce mouvement vis-à-vis du modèle médicalisé de l'accouchement ne se pose pas de question sur sa propre conception dichotomique de la relation nature-culture. Cette idéologie adopte une vision positive de la nature et négative de la culture, vue comme trop technocratique, et issue exclusivement de la culture occidentale. Selon Carmen Tornquist (2002 :488), la notion de « Nature » se rapproche des conceptions évolutionnistes et romantiques d'un monde et d'une humanité placés en dehors de l'arbitraire de l'histoire et de la culture. Cependant, lorsqu'on pose la question des procédures médicales lors d'un accouchement « naturel », les techniques qui interviennent sur le corps des femmes semblent tout aussi importantes que celles de la césarienne: rasage (tricotomía), lavage intestinal, induction au travail d'accouchement,

[332] Entretien médecin, IMIP, Recife, 13/06/06.

lithotomie (position horizontale), anesthésie, épisiotomie, etc[333]. Le deuxième point que l'on peut saisir dans le discours du médecin, c'est cette vision infantilisée des femmes pauvres persistante dans les institutions. Elles sont « peureuses » et agissent par mimétisme. Ainsi, on leur explique que même s'il faudrait qu'elles manifestent leur choix pour l'accouchement vaginal, elles n'ont pas le choix, car tout « accouchement est normal » jusqu'au moment où l'on démontre le contraire. Or, c'est le médecin qui a la seule légitimité de produire cette démonstration : *« Pendant l'accouchement, dans l'instant…c'est une chose dont nous ne pouvons discuter avec elles, elles ne peuvent pas prévoir ce qui va arriver, elles ne peuvent pas toutes avoir un accouchement normal, certaines doivent avoir une césarienne*[334] *» (Não digo durante o momento, na hora mas...Isso é uma coisa que a gente nem pode conversar com elas, elas não podem prever o que vai acontecer...nem todas podem fazer parto normal, algumas têm que fazer cesárea...).*

Si dans les campagnes de promotion de l'accouchement « normal » les médecins sont poussés à « donner des conseils », des « orientations » et leur tâche est décrite comme relevant de « l'accompagnement » de l'action qui reviendrait à la « mère active », dans la pratique c'est eux qui ont la part de l'action décisionnelle et de naissance. Comparons les propos d'une affiche de promotion de l'accouchement normal du Ministère de la Santé avec le processus du travail d'accouchement de Flavia. L'affiche demande aux femmes : *« Restez calme. Votre médecin pourra vous orienter. Dialoguez avec votre médecin et avec d'autres femmes qui ont déjà eu des accouchements « normaux ». Il est très courant que la femme cherche une maternité trop tôt, avec très peu de dilatation et avec des contractions faibles. Ceci produit du stress et des préoccupations et cela peut finir par induire la décision d'une césarienne inutile. Votre médecin doit vous orienter. Informez-vous auprès de lui. C'est votre droit.* [335] *» (Mantenha a calma. O seu médico pode orientá-la. Converse com o seu médico e com outras mulheres que já tiveram parto normal sobre os sinais do trabalho de parto. É comum a mulher procurar a maternidade e ser internada muito cedo, com pouca dilatação e contrações fracas. Isso ocasiona estresse e preocupação e pode acabar induzindo a decisão por uma cesariana desnecessária. O seu médico deve orientar você. Informe-se com ele. É um direito seu).* Le cas de Flavia est très éloquent en ce qui concerne les allées-venues entre la maternité et son domicile qu'elle est obligée de

[333] En 2006, 70% des accouchements par voie basse incluaient l'épisiotomie. Source: PNDS 2006.

[334] Entretien médecin, IMIP, Recife, 13/06/06.

[335] Affiche du "Pacto national pela redução da mortalidade materna e neonatal"/ANS/SUS/Ministerio da Saúde. 2008.

faire du fait des décisions des médecins ; et lorsqu'elle arrive à la maternité avec la grossesse à terme, le médecin décide de faire une césarienne. *« (Le médecin) m'a dit d'attendre 45 semaines, c'est-à-dire 9 mois et 15 jours. Seulement j'avais peur, il m'a dit d'attendre pour l'accouchement. Sans même savoir, le médecin m'a dit que ce n'était pas possible vu la taille du bébé…J'ai attendu à la maison, j'ai attendu. Alors je suis venue (à la maternité). Quand je suis venue j'avais déjà commencé le travail d'accouchement. J'avais déjà des contractions. Peu nombreuses, mais, j'en avais. Alors ils ont fait le décollement (du placenta). Je suis arrivée à 5 heures de l'après-midi ; à la fin de la nuit, au petit matin, je suis allée (en salle d'accouchement) pour la césarienne. (La décision de faire une césarienne) est venue du médecin. (Oui). J'en voulais une (rires)*[336] *» (Aí ele disse que esperasse 45 semanas, ou seja 9 meses e 15 dias era o tempo. Só que eu estava com medo. Ele disse que esperasse para o trabalho de parto. Sem saber...até a medica disse que pelo tamanho do bebê não tinha condições.... que eu esperasse em casa, que eu esperasse em casa. Aí eu vim pra cá. Aí quando eu cheguei aqui, eu tinha começado o trablho de parto. Aí eu tinha cólicas, bem pouquinho mas tinha. Aí fizeram o descolamento. Eu cheguei às 5 da tarde , no final da noite e na madrugada eu fui pra cesariana/ M: de quem foi a decisão de fazer cesareana?/ F: Da médica./ M: você concordou?/ F: Sim, eu queria...).*

Voici donc comment la théorie est contrastée par la ruse de la pratique. Quand on dit aux femmes de rester tranquilles, elles expriment leurs angoisses, liées surtout au manque de places dans les maternités. Face au dialogue prétendu par le dispositif, entre médecin et patient, il y a confrontation de deux logiques distinctes qui s'accordent par le consentement de la femme et non pas par « consensus ». Face au caractère personnalisé de la relation médecin-patient, la réalité est celle de la rencontre « fonctionnelle » entre divers professionnels et un patient qui n'arrive pas à établir des relations de confiance avec les médecins. Alors que l'idéologie de l'humanisation de l'accouchement fait une place au dialogue entre les femmes, la praxis médicale voit dans ces relations la voie ouverte à la circulation de phantasmes et de peurs, comme l'indiquent les propos d'un médecin: elles ont peur à cause de « la question sociale ». Face au « droit » de la parturiente, se dresse « le consentement » du patient qui cache cependant les stratégies de leur *« mètis »*.

En effet, le choix entre accouchement « normal » et « césarienne » semble plus problématique pour l'équipe médicale que pour les femmes elles-mêmes. De manière

[336] Entretien Flavia, Barros Lima, Recife, 27/03/06.

générale, celles qui veulent profiter de l'accouchement pour réaliser une stérilisation cherchent par divers moyens à se faire faire une césarienne. C'est aussi le cas des femmes qui disent avoir « peur » pour leur santé et celle de l'enfant. Celles qui se projettent dans de futures gestations ou qui prennent en compte les contraintes corporelles et temporelles qu'une chirurgie suppose préfèrent l'accouchement par voie basse.

Figure 18: "Soyez naturelle lors de la première rencontre. Accouchement normal: laissez la vie arriver naturellement", M.S, Brésil, 2008.

Regardons d'abord les motivations de celles qui disent vouloir un accouchement par voie basse. Les justifications ne font pas référence à une tradition familiale ou culturelle, et encore moins aux discours nouveaux sur l'humanisation de la maternité, qui valorisent la « naturalité » du processus comme garant du lien mère-enfant. Les femmes nous parlent plutôt de leur vie quotidienne, du temps plus ou moins long passé à l'hôpital selon le type d'accouchement, du temps de récupération, des activités et de l'organisation domestiques.

Le temps officiel d´hospitalisation est dans les maternités publiques de 24 à 48 heures pour les accouchements « normaux » et de 48 à 62 heures pour les césariennes. C´est une durée relativement courte si on la compare à d'autres contextes où ces « temps liminaires » sont plus longs[337], ceci permettant de libérer des places assez rapidement

[337] Actuellement, en France, la durée du séjour postpartum est en moyenne de 3 à 5 jours pour un accouchement « normal » et de 6 à 7 jours pour une césarienne.

dans une ville où le manque de lits dans les hôpitaux publics est un véritable problème sanitaire, tel qu'on l'a vu dans le chapitre précédent.

Pour les femmes, c'est la logique stratégique en référence à l'espace domestique qui prime. Fabiana, par exemple, fait référence au temps de récupération*: « je ne sais pas si ça va être un accouchement normal ou par césarienne, on ne m'a pas dit. Je ne sais pas. Je préfère normal, parce que la récupération est plus rapide. La césarienne non, c'est deux mois pour récupérer*[338] *». (Não sei se vai ser normal ou cesariana, não me disseram não, não sei. Eu prefero normal, ate porque a recuperação é mais rápida, né? A cesariana, não, é dois meses para recuperar).* Ou encore Juliana, qui pense à ses deux autres enfants pendant son séjour à la maternité, et au travail de son mari qu'elle ne veut pas qu'il perde en restant à la maison avec leurs enfants: *« pour l'instant, il ne peut pas aller au travail. Non, parce qu'il est avec les deux petits à la maison. Ici, c'est bien, je reste dans la chambre, je prends soin de l'enfant (…) mais là je commence à trouver ça chiant, parce que ça fait combien de temps déjà ? Trois jours maintenant ! Je veux rentrer chez moi. Même s'il (mari) sait les baigner, il sait faire à manger, il sait tout faire, mais il ne sait pas le faire aussi bien que moi, n'est-ce pas ?*[339] *» (Aí até agora não está podendo ir trabalhar, não, porque está com os dois pequenos lá em casa. Aqui é bom, fico no quarto, cuidando da criança (...). Aí estou achando um pouco ruim, porque é já faz o quê? Três dias hoje! Assim, eu quero ir a casa. Assim, apesar de que ele sabe dar banho, sabe fazer comida, sabe fazer tudo, mas não sabe tanto que eu sei, né?)*

Le retour aux activités domestiques semble plus contraignant que le retour sur le marché du travail ou aux études. Les seules femmes à mettre en relation le type d'accouchement avec leur inscription dans un emploi par la suite sont celles qui avaient déjà un travail formel lorsqu'elles sont tombées enceinte, celles qui ont des congés maternités formalisés. Pour celles qui travaillent informellement, les temps de congé maternité varient au gré des négociations entre la femme et le patron. Francisca dont on verra qu'elle cherchait à se faire stériliser sans y arriver, avait réuni toutes les conditions lui permettant de subir une intervention chirurgicale. Elle avait son frère cadet qui l'aidait pour le ménage de la maison, mais elle disposait surtout de deux mois de congé maternité après l'accouchement : *« Je travaillais quand je suis tombée enceinte, je faisais le ménage chez une femme qui habite loin, à Boa Viagem, Alors, quand j'étais à cinq mois (de grossesse) – parce que ma patronne est très gentille, tu sais ? Elle m'a renvoyée chez*

[338] Entretien Fabiana, Pantanal, Recife, 25/05/06.
[339] Entretien Juliana, IMIP, Recife, 28/03/06.

moi et elle a continué à me payer ; depuis le cinquième mois. Chaque mois. Même maintenant, je dois aller chercher mon argent. Ça fait quatre ans que je travaille pour elle. Je ne suis pas déclarée, alors tout est une affaire de parole, mais elle est très gentille avec moi. Je vais revenir au travail en août, chez elle[340] *» (Estava trabalhando quando fiquei grávida. Estava fazendo...fazia faxina na casa duma senhora que mora distante, em Boa Viagem. Assim, quando estava com 5 meses, porque a minha patroa é muito boa comigo, sabe? Aí, ela me botou pra casa e ficou me pagando, quando eu estava de 5 meses. Todo mês. Até agora, inclusive agora mesmo vou ir buscar meu dinheiro. Faz quatro anos que estou trabalhando pra ela. Não tenho a carteira assinada, então é todo de palavra, mas ela é muito boa pra mim. Eu vou voltar a trabalhar em agosto, na casa dela).*

Certaines femmes voulant une césarienne justifient leur choix par la « peur » de la mort de leurs enfants. Ainsi, les femmes utilisatrices des services de santé publique sont demandeuses de technologie. Nous avons vu comment, pour le corps médical, cette « peur » est irrationnelle, mais il faut dire que selon les recherches épidémiologiques à Recife, le fait d'avoir un enfant par césarienne joue comme un *« facteur de protection »* de la mortalité périnatale (Aquino et *al.* 2003: 134).

Cependant la plupart des femmes qui veulent un accouchement par césarienne disent que c'est pour accomplir leur « désir de ligature » : « *Ce que je veux c'est la ligature, alors ça va être par césarienne »*, c'est une phrase maintes fois entendue. Les enjeux ne se situent pas pour elles au niveau de la décision du type d'accouchement mais plutôt du côté du déroulement des interactions avec les médecins où – de la même manière que l'aspiration à avoir un accouchement normal se heurte aux décisions prises au dernier moment par l'équipe médicale – « le désir de stérilisation » se confronte aux nouvelles contraintes de « l'humanisation ».

Francisca, mère de 11 enfants, s'est heurtée à la volonté du médecin: *« j'ai eu (mon dernier enfant) dans la maternité Polyclinique. Je l'ai trouvée très bien (la maternité), mais d'un autre côté je l'ai trouvée horrible parce que je voulais faire la ligature après (l'accouchement) et la médecin n'a pas voulu. Elle a dit que je devais faire (la ligature) en dehors de l'accouchement normal. (Il faut) pouvoir faire une césarienne pour pouvoir ligaturer. Mais (mon accouchement) a été normal, tous (mes enfants) sont nés (par accouchement) normal. Alors que je voulais une césarienne* [341]*». (Eu teve ele na maternidade*

[340] Entretien Francisca, Pantanal, Recife, 6/06/06.
[341] Entretien Francisca, Pantanal, Recife, 6/06/06.

da Policlinica. Aí embaixo, no Ibura. Eu achei muito bom; assim por outro lado eu achei horrivel porque eu quiz fazer a ligação depois dele e a doutora não quis. Ela disse que eu tinha que fazer sem parto normal pra poder fazer uma cessareana pra poder ligar. E ele foi normal, foram todos normais. Mas eu queria uma cessareana).

Francisca poursuit le récit de son dernier accouchement, mettant en exergue l'opinion de sa patronne, qui l'incite à réaliser la ligature, et légitime sa critique voilée envers l'institution: *« L'accouchement, ça a été compliqué. La médecin a dû rompre la poche (amniotique) pour qu'il puisse naître. Parce que l'heure de naissance était passée. Ma patronne m'a dit que si la médecin avait attendu, il aurait été possible de faire une césarienne, puisque la poche (amniotique) ne se cassait pas, elle aurait pu en profiter pour faire une césarienne et aussi une ligature. Les autres (enfants), je les ai eu trop rapidement, lui non; et j'avais pourtant dit que je voulais ligaturer*[342]*»* (*O parto, foi mais complicado (...), a doutora teve que romper a bolsa para que ele pudesse nascer (...) porque passou a hora de nascer, a senhora (patroa) falou que se no caso a doutora tinha esperado, dava pra fazer uma cesariana, porque já que a bolsa não se rompia, ela tinha aproveitado pra fazer uma cesariana e fazer uma ligação também, que os outros todinhos eu teve rapidíssimo, ele não.(...) E, eu tinha falado que queria ligar).*

Nous reviendrons plus loin sur cette question de la stérilisation volontaire en milieu populaire brésilien ; pour le moment restons à la question du mode d'accouchement, les attentes des femmes, les limites rencontrées et les stratégies développées pour y avoir accès. Les propos de Francisca, ci-dessus, font apparaître le ressort social des conditions de l'accouchement, ressort qui se construit sur la base de « discussions féminines ». La régulation de l'accouchement, comme d'autres actions de la sphère reproductive, passe par *« un dialogue surtout de femmes »* (Memmi, 2003 :191). D'ailleurs, le dispositif n'est pas *« totalitaire »*, tel que le dit Dominique Memmi, parce qu'il est aussi hétérogène du point de vue des acteurs qui le forment. Ainsi, toute une série de personnes faisant partie du réseau féminin de la femme, parties prenantes de ce dialogue, font partie du dispositif de santé. En ce sens, nous retrouvons, une fois de plus, des visions assez proches de celles des femmes chez les ACS, celles-ci étant peu concernées par les contraintes organisationnelles des hôpitaux. Leur vision des choses semble plus pragmatique et plus proche de celle des femmes:

[342] Entretien Francisca, Pantanal, Recife, 6/06/06

ACS2: « Il y a aussi ces mères qui essaient (de se faire stériliser). Elles ont plein d'enfants. C'est difficile de réaliser une césarienne. Ils (les médecins) pourraient en profiter, profiter pour faire une ligature (au moment d'une césarienne). Parce que pour elles c'est normal, ce n'est pas possible de le faire après 45 jours. (Ils disent) Vous revenez et on vous la fait. Mais elle a d'autres enfants à la maison, elle ne reviendra pas, elle ne va pas retourner » (E tem a parte também, tem aquelas mães que tenta, cheia de filhos, vai ser muito difícil fazer uma cesariana e eles podiam aproveitar, né, aproveitar e fazer a laqu...a laqueadura nelas por que elas é normal não dá pra fazer daqui a 45 dias, você volta que a gente vai fazer, não consegue, não consegue por que, daqui a 45 dias elas não vai voltar mais por que tem outros filhos em casa, ela não vai voltar, ela não vai voltar).
ACS1: « C'est difficile » (É difícil)
ACS2: « Elle ne reviendra pas à l'hôpital pour aller dans une salle d'opérations ». (Ela não vai voltar, pra um hospital pra uma sala de cirurgia fica)
ACS1: Et ses enfants, qui va les garder?[343] *(E os filhos dela quem vai cuidar?).*

III-2-c. L'urgence des interactions au moment du « passage ».

Il semble difficile de connaître la teneur des interactions lors de la prise de décision concernant le type d'accouchement que suivra la femme. Dans les propos des femmes, comme dans ceux des médecins, tout semble indiquer que la décision finale revient toujours au professionnel. Il est étonnant d'écouter une femme dire qu'elle « veut » la ligature et quelques minutes plus tard faire porter la responsabilité de cette décision sur les professionnels. Pourtant, il nous semble qu'on est moins dans des cas de figure de domination absolue entre médecin et patient que dans une démarche de légitimation des aspirations des femmes par l'appropriation du discours savant. Aussi, nous avons observé que de stratégies concises sont mises en œuvre par les femmes pour accoucher selon leurs désirs, notamment lorsqu'il s'agit des césariennes voulues en raison d'une ligature souhaitée. C'est le cas de Marinalva: *« A : Et tu as déjà choisi la maternité? M: Non, je ne sais pas encore. Je n'en sais rien encore. Ce que je sais, c'est que ça va être une césarienne, mon médecin a dit que ça va être une césarienne (...) moi, ce que je veux c'est ligaturer. Le médecin m'a dit qu'il ne pouvait pas le faire, que maintenant c'est interdit de faire une ligature des trompes immédiatement après l'accouchement. Donc, je vais encore aller voir l'assistante sociale, parce que je vais avoir une césarienne, et je vais être ouverte à nouveau? Je vais encore voir toutes les possibilités du plan de santé, tu sais? (…). Demain, je vais chez le médecin du prénatal, et là-bas je vais chercher un médecin payé par le plan de*

[343] Groupe de discussion, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.

santé, un gars là-bas, un médecin sympa qui accepte de le faire. Car en réalité, avec celui-ci (son seul enfant), je suis déjà débordée, hein? Parce que c'est toute la journée [344]*» (E você já escolheu a maternidade onde vai ter ele?M: não, não sei ainda não. Eu não sei nada ainda. Só sei que vai ser cesária, minha doutora diz que vai ser cesária. (...). Nada, eu o que eu quero é ligar. A doutora diz que não pode fazer, que agora é contra a lei fazer a ligação das trompas logo, quando as mães já tem filhos. Então eu vou ainda na assistente social, porque eu já vou ter cesária, criatura, e vou ser cortada de novo? Ainda eu vou ver todos os recursos do convênio, sabe?(...). Amanhã eu vou prá médica, pro pré-natal, e lá mesmo vou procurar um doutor que paga o convênio, um cara ali, um médico legal que o faça. Porque na realidade, eu com esse aqui, já preenchia, né? Porque é o dia todo, sabe?).*

Comme d'autres femmes, Marinalva déploie toutes les possibilités d'accès à une césarienne-ligature de trompes dans le système de santé publique par le biais des assistantes sociales qui peuvent appuyer son cas auprès de la maternité, ou dans le secteur privé, par la mutuelle de son mari où elle a été enregistrée au moment de sa grossesse. De manière générale, la force du choix du type d'accouchement que la femme décide d'avoir, selon divers paramètres qu'elle a pris en compte, détermine le degré de son engagement dans la recherche des moyens possibles pour y accéder. Plus ce choix est fort et plus le type d'accouchement est envisagé en amont de l'entrée en travail d'accouchement.

Analysons maintenant les conditions du processus d'accouchement. Considérons ceux qui y participent, « de près et de l'intérieur », les logiques des uns et des autres, ainsi que les normativités, les interventions et les « disciplines » des différents acteurs institutionnels prenant part à l'accouchement. Tout semble nous amener à envisager la naissance et l'accouchement, de même que la grossesse, comme relevant de plus en plus d'un domaine de régulation « sanitaire » qui se confronte à la régulation médicale avec, une fois de plus, le registre sanitaire du risque et du « bien-être » psychologisant comme univers symbolique de prise en charge.

Dans les trois maternités étudiées, les femmes qui entrent en travail sont amenées à la salle de « pré-accouchement », où il y a d'autres femmes, elles aussi en travail. La capacité à accueillir les femmes varie d'une maternité à l'autre mais généralement elles peuvent en recevoir une dizaine. À la maternité Barros Lima, par exemple, il n'y a que

[344] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 16/05/06.

sept lits dans la salle de « pré-accouchement » mais il y a aussi des « chaises » où les femmes peuvent attendre. *« Quand c'est rempli, elles restent sur les chaises à attendre. Il y a toujours trois ou quatre (femmes) qui attendent. En général, c'est long. La femme qui attend son premier enfant, ça lui prend toujours plus de temps. Ça met du temps. Elle reste jusqu'à douze heures… des fois, dans ces cas-là, le médecin arrive et l'amène pour une césarienne….*[345] *» (Então, quando está lotado, elas ficam nas cadeiras esperando. Tem sempre três ou quatro esperando. Geralmente é muito tempo, olha, a mulher de primeiro filho, ela sempre demora. Demora. Ela fica até doze horas...às vezes o médico chega e bota elas pra cesárea... naqueles casos).* Effectivement, c'est dans ces salles que la confrontation se noue entre les deux modèles d'intervention et d'accouchement : le modèle « humanisé » de l'accouchement « normal » et le modèle « médicalisé » de l'accouchement par césarienne. Ces deux modèles sont tributaires des relations de pouvoir entre les professionnels de santé, infirmières, médecins, auxiliaires de santé et sages-femmes[346].

Lors des accouchements par voie basse, les sages-femmes prennent une place de plus en plus légitime, mais celle-ci est constamment à négocier non seulement avec les professionnels de santé mais aussi avec les accompagnatrices[347]. Lorsqu'elles s'expriment sur ces dernières, ainsi que sur les infirmières, les sages-femmes gardent une certaine prudence. Elles font état de certains problèmes, notamment quand elles ne sont pas préparées pour accompagner, quand elles sont elles-mêmes « malades », quand elles sont trop sensibles et qu'il faut leur porter assistance. Mais généralement elles *« coopèrent »,* à l'accompagnement de la parturiente. Une *« bonne coopération »* suppose que l'accompagnatrice de la femme exécute les tâches qui lui sont attribuées par la sage-femme : *« Elles acceptent volontiers le travail que nous leur demandons...elles le font...il y a chez elles une grande envie d'aider* [348]*» (Elas aceitam de bom agrado, o trabalho que a gente dá pra elas...elas fazem....elas ficam assim muito ansiosas pra ajudar, sabe?).*

---

[345] Entretien Sage-Femme, Barros Lima, Recife, 15/06/06.

[346] Tel que nous l'avons dit, nous utilisons le terme « sage-femme » comme traduction de "doula" dans le souci de faciliter la lecture. Néanmoins, cette traduction « trahit » les véritables enjeux autour de ces deux métiers. Les « sages-femmes » n'existent pas au Brésil en tant que profession reconnue. Les "doulas" au Brésil ne sont pas considérées comme des professionnelles de santé (alors elles n'ont pas de régulation formelle, ni de syndicat, ni de salaire). Elles suivent un cours de capacitation d'une semaine offert par divers organismes privés. Dans les maternités publiques elles agissent dans le cadre du volontariat. En France, un mouvement de « Doulas » est né depuis peu, mais elles agissent en dehors des institutions médicales, contrairement au Brésil.

[347] Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur la place de ce nouvel acteur présent dans les institutions.

[348] Entretien Sage-Femme, Barros Lima, Recife, 15/06/06.

En ce qui concerne les médecins elles manifestent moins de retenue. Pour les sages-femmes, les médecins sont *« grossiers »*, *« antipathiques »* et *« ils n'ont aucun respect »* envers les gens de milieu populaire car ils sont dépourvus de *« cette éthique humaine »*. Le médecin *« ne traite pas les gens avec humanité, avec amour »*. Alors les femmes préfèrent solliciter *« les sages-femmes »* qui savent trouver toujours une solution *(jeintinho)* à leurs problèmes. *(Os médicos são muito mais grosseiros. E para o pessoal esse não se sentir agredido. Porque muita gente não aceita você falar de grosseria. Porque sempre se fala que a gente popular é groseira. Então eu procuro organizar antes, pra não ter aquilo. O medico não respeita, não tem aquela ética humana, não tratam a gente com humanidade, com amor, né? É antipático. Você só olha neles você já vê que são antipáticos. Nem falar, você só olhar e você já vê, ne? Então a gente não gosta deles, não gosta de ser agredido. Então...prefere falar com a gente, que dá aquele jeitinho*[349]*).* Ce terme, "jeitinho", permet de comprendre le rôle joué par la sage-femme dans les maternités, devenant ainsi *« l'homme cordial »* Buarque de Holanda, 1999) de l'institution, c'est-à-dire, l'acteur institutionnel dont les actions sont guidées non pas par sa « raison » mais plutôt son « cœur » (cor-dial), et orientées par l'affectivité. Cette notion de "jeitinho" fait écho à celle de *"jeitinho brasileiro"*, ce mécanisme particulier qui commande les ajustements sociaux au Brésil – notion centrale dans l'analyse de la société brésilienne dont nous ne pouvons néanmoins pas rendre pleinement compte ici[350]. Dit de manière synthétique, ce mécanisme se définit par le contournement des règles pour arriver à une fin quelconque et il prend appui sur l'affectivité présente dans les relations sociales. C'est la prépondérance des aspects « humains » et informels sur les formes institutionnelles et formelles dans les relations sociales[351]. En ce sens, l'appropriation du "jeitinho" que font les sages-femmes pour légitimer leur fonction dans l'institution peut se rapporter au fait qu'elles ne sont pas formalisées en tant que travailleuses et qu'elles agissent dans le cadre de « l'humanisation » de la maternité. Ainsi, l'humanisation de l'accouchement et la naissance se débat entre une définition relationnelle et affective puisant dans le registre de la « tradition », et une définition biomédicale individualiste et naturaliste. Les conflits entre professionnels de santé sont aussi marqués par ces conceptions différenciées de « l'humanisation ».

---

[349] Entretien sage-femme, IMIP, Recife, 20/05/06.

[350] Voir notamment sur ce sujet les travaux de Roberto Da Matta (1986 et 1997) et le texte de Liva Neves de H. Barbosa (1995).

[351] Ce qui caractériserait cet ajustement au Brésil, ce ne sont pas les dimensions affectives et les pratiques de contournement en tant que telles (car elles existent ailleurs) mais le fait qu'elles soient reconnues comme un trait de l'identité brésilienne.

Le processus d'humanisation de la maternité a favorisé l'apparition de ces nouveaux acteurs que sont les sages-femmes dans les institutions, d'où le fait que leur légitimité dans les hôpitaux dépend du degré d'adhésion à l'humanisation au niveau des instances de direction de l'institution. Leurs actions en milieu hospitalier sont nettement portées sur « le bien-être » des patientes et leur domaine d'action est le champ émotionnel et affectif. Ce sont elles qui doivent suppléer à la demande d'affection et d'attention personnalisée de la part des femmes dans ce milieu impersonnel et surpeuplé des maternités publiques. Une sage-femme nous dit ainsi que sa première tâche lorsqu'elle arrive dans la maternité est d'*« aller en salle de pré-accouchement », « de faire un sourire »*, et de dire un *« bonjour à tout le monde »*, de se présenter en disant qu'elle est la *« sage-femme…la camarade, l'amie de (vous) toutes »* et qu'elle est là *« pour apporter un soutien*[352]*». (Aqui quando chego, o primeiro que faço é sorrir. Vou pra a sala do pré-parto, entro sorrindo, faço um Bom-dia pra todo mundo, aí falo assim: "eu sou a doula, lá do pré-parto...sou a companheira, a amiga de vocês...vamos passar um dia juntas, eu estou aqui pra dar um apoio").*

Nous nous arrêterons un moment sur le travail des sages-femmes (doulas), car il est intéressant de voir comment, malgré l'injonction à prendre en charge les femmes de manière individualisée et sous le registre affectif, leur tâche reste soumise à une organisation hospitalière dépersonnalisée et à la standardisation de la prise en charge. La sage-femme poursuit sa journée de travail en se rendant à la salle des « sages-femmes », où elle regarde le carnet d'accompagnement des femmes en travail. *« Je vois combien de femmes il y a dans la salle, je prends leurs noms. Mais ce n'est pas la peine de remplir le carnet tout au long de la journée…Je laisse le carnet et là mon travail commence, je regarde quelle femme est inscrite pour aller faire des exercices de travail avec la sage-femme*[353]*» (Eu volto pra cá (sala das doulas) aí pego meu caderno, o caderno de acompanhamento das doulas. Aí vejo quantas parturientes tem na sala; ai eu boto, pego o nome delas. Mas aí, não adianta preencher o dia todo...deixo o caderno... e aí começa meu trabalho, aí eu vejo qual é a parturiente que está indicada pra ir pra Doula, pra fazer exercício de trabalho de parto).* Les activités qui s'ensuivent sont assez formalisées. Lorsqu'il y a peu de dilatation, de trois à six centimètres *« tel que l'indique le médecin »*, la femme va « au ballon » (exercices d'assouplissement du bassin) ; de six à huit centimètres, *« la femme est assise sur une banquette » ;* à partir de dix centimètres, *« on la met dans le transat « parce qu'il (le bébé) risque de tomber…Alors on la met sur le lit ».* Puis

[352] Entretien Sage-Femme, Barros Lima, Recife, 15/06/06.
[353] Entretien Sage-femme, Barros Lima, Recife, 15/06/06.

« nous commençons à faire des exercices sur le lit, ça veut dire que la femme est à 12 centimètres, alors nous demandons à la femme de pousser[354] *». (Aí a gente coloca ela no transão, porque a gente não pode deixar ela com 10 centimetros, no banquinho, porque corre o risco de cair... então a gente bota ela encima da cama. Quando, aí, a mulher está encima da cama, a gente começa fazer exercício encima da cama, e já esta com 12 centímetros, aí a gente já manda a mulher pra fazer força, né?).*

Ces procédures d'accouchement par voie basse montrent non seulement la rationalité organisationnelle standardisée, où les mêmes actes sont accomplis de manière presque identique pour chaque femme, mais aussi le caractère passif de la femme dans ce processus. Loin de l'idée d'un « accouchement actif », les propos de la sage-femme montrent que ce sont elles qui placent la femme dans une position ou une autre, l'assoient, la couchent, etc. La part de la femme dans l'action revenant à « pousser » en vue de l'expulsion. Les descriptions des femmes ayant eu un accouchement par voie basse ne se distinguent pas, en ce sens, de celles des acteurs institutionnels : *« on m'a mise dans le lit »*, *« ils m'ont donné un médicament »*, etc. Ainsi, les activités autour des accouchements par voie basse peuvent être perçues comme des violences endurées. Ce ressenti de violence peut être lié aux interventions corporelles elles-mêmes ou au sentiment de standardisation de celles-ci et au manque de privacité de ces salles communes. « *Pendant l'accouchement tu as eu une accompagnatrice ? » - « Non, seulement là, dans la salle (de pré-accouchement), avec des femmes qui étaient percées (sac amniotique) en même temps, tu sais ? Les médecins percent plusieurs fois et plusieurs femmes en même temps (…) parce qu'une fois que le sac est percé, il faut minimum trois heures avant d'avoir l'enfant. Alors, elles (les médecins) percent tous les sacs à la fois. Mais elle (la médecin) ne me l'a pas fait, c'était juste les stagiaires qui me faisaient des touchers (vaginaux), je ne sais pas pourquoi. Une fille qui est rentrée (dans la salle) en même temps que moi a eu son enfant là, sur le lit et elle n'a eu personne pour l'aider. C'est absurde ce réseau de maternités publiques*[355] *». (E durante o parto teve acompanhante? M: não, só na sala (de pré-parto), com mulheres sendo furadas de uma vez, sabe? As doutoras furam várias vezes, e várias mulheres de uma vez (...)Porque, é que, uma vez que uma bolsa fura, tem que ter no mínimo três horas lá até ter o filho. Ai pronto, elas furam todas as bolsas de vez, mulher. E ela não mexeu em mim, só davam toques os estagiários, não sei porque.. Uma menina que entrou junto comigo teve aquele menino lá na cama, sem ninguém dar assistência, mulher. É um absurdo essa rede de maternidades públicas).*

[354] Entretien Sage-femme, Barros Lima, Recife, 15/06/06.
[355] Entretien Marinalva, Pantanal, 16/05/06.

En ce sens, césarienne ou accouchement « normal » peuvent être vécus de manière similaire, les deux impliquant des interventions sur les corps, autant « douces » que « dures ». C'est le cas du « toucher vaginal », technique médicale très répandue au Brésil, faisant l'objet depuis quelques années d'une large critique de la part des tenants de l'humanisation. Les femmes font elles aussi la critique de cette technique. *« Non, c'est affreux quand même (normal ou césarienne), tu sais? C'est ce truc du toucher. Toucher par ci, toucher par là. Ce type de toucher, le toucher vaginal, m'irrite (...) je pense que je ne veux plus d'enfant à cause de ça. Ce truc du toucher n'est pas pour moi, non. (...) Je n'ai pas aimé ça. Ce truc de vous prendre, de mettre toute sa main à l'intérieur de vous, et de rester là en remuant par ci par là!* [356]*» (Não, de qualquer jeito é horrível (normal ou cesária), sabe? É só esse negócio do toque. Toque pra lá, toque pra cá. Esse negócio assim me irrita, sabe? Esse tipo de toque, o toque vaginal, sabe? (...)Achou que não vou querer mais outro filho por causa disso. Esse negócio de toque não é comigo, não. (...) Não gostei disso não. Esse negócio de pegar, botar a sua mão todinha dentro de você, e ficar mexendo, mexendo, pra lá, pra cá, ôxa...).*

La manière dont sont mises en œuvre ces procédures témoigne de l'hétérogénéité des normes du dispositif, de sa complexité et des arrangements pratiques dans chaque instance du dispositif. Alors qu'il s'agirait d'accompagnement et de dialogue, la mise en œuvre pratique des procédures engagées se situe au plus loin des normes humanisatrices. Si les femmes critiquent ces techniques, elles le font généralement à partir d'un sentiment de pudeur[357], ou de douleur, ou encore de « distinction » par rapport aux autres femmes et contre la standardisation du traitement. Leurs propos ne révèlent pas cependant une expérience d'expropriation de leur corps par la médecine, question chère au langage de l'humanisation. Les femmes sont généralement inclines à l'utilisation de la technologie, et font *« tout ce qu'elles (je) peuvent faire »* pour autant que ce soit possible dans le cadre du SUS. D'ailleurs, elles font appel à la technologie car elles préfèrent *« ne pas ressentir »* les douleurs, loin de l'image de la mère *« active »*, qui doit *« tout ressentir »*.

[356] Entretien Antonia, IMIP, Recife, 15/03/06.

[357] Nous devons relativiser la question de la pudeur car elle semble dans notre contexte de recherche moins aigüe que dans ceux étudiés par Goffman (1968) ou encore par Peneff (1992) où les acteurs disent les percevoir comme des violences graves et des intrusions offensives sur leurs corps.

Les effets recherchés par le dispositif, obtenir des résultats sanitaires tout en développant une intervention « douce » et « économique », semblent trouver un écho dans les stratégies des femmes, grâce au rôle « fonctionnel » qu'elles se donnent face à l'institution, par *« la modélisation de leurs comportements face aux attentes des institutions »* (Memmi, 2003 :127). Lors de l'accouchement, l'expérience régulée de la maternité semble à son summum, chaque geste devant être maitrisé et chaque comportement de la femme observé, évalué, soigné. Mais encore une fois, les trous dans le dispositif sont assez nombreux pour qu'on puisse accréditer naïvement l'idée qu'on serait dans un cadre de contrôle total de l'accouchement et de la naissance par l'institution. Ceci créant des marges de manouvre chez les femmes, mais aussi des freins pour l'arrivée aux objectifs sanitaires.

III-2-d. L'ouverture de l'institution « totale ».

Voici, donc, pour en finir avec cette discussion sur les conditions de l'accouchement, les paroles de Francisca qui, avec ses dix gestations, dispose d'un large répertoire d'expériences d'enfantement. Nous avons choisi deux d'entre-elles car elles relèvent de deux accouchements « normaux » (par voie basse) qui pourraient pourtant être envisagés comme « anormaux », car en dehors de tout protocole médical, alors que, finalement, ce sont des expériences assez « normales » (courantes) chez les femmes de Pantanal. De plus, le récit de ces deux naissances nous donne une vision claire de deux aspects différents de l'accouchement en milieu populaire. Le premier met en lumière la normalisation de l'accouchement en milieu hospitalier, les complications administratives d'un accouchement à domicile, et la règle très ancrée chez les femmes et leurs familles selon laquelle l'accouchement doit se faire dans ces institutions. Le deuxième fait ressortir les enjeux d'autorité dans les interactions patients-professionnels au moment de l'accouchement et le revers de la normalisation de l'espace hospitalier comme espace d'enfantement.

Un accouchement à domicile : *« J'ai eu Raíza, qui a 8 ans, à la maison. Je n'ai pas eu le temps de me rendre à l'hôpital. J'ai commencé à ressentir les douleurs vers 10h30, alors j'ai dit 'Ouf, je crois que c'est pour maintenant'. J'ai pris, j'ai rangé mes affaires, j'ai commencé à préparer le déjeuner. Quand il (le mari) est arrivé, je lui ai dit: 'Je crois que j'ai des douleurs' ; alors il a dit 'vas vite à la maternité'. J'ai pris une douche, je me suis changée et quand je suis allé à la porte, la poche (amniotique) s'est rompue. Alors j'ai dit: 'je vais l'avoir*

à la maison' et lui (le mari) : 'non, tu n'auras pas l'enfant à la maison'. Il m'a pris dans ses bras, on est montés ensemble là-haut (colline de Pantanal), il y a une dame-là qui est sage-femme. Alors elle a dit 'ramenez-la. Je vais regarder si elle a le temps d'aller à la maternité'. Puis elle a dit: ' on n'a pas le temps'. Quand elle a dit ça, l'enfant était déjà en train de sortir, alors elle m'a mise au lit, les jambes écartées et la tête en arrière, puis elle a dit 'regardez, il est en train de naître'. Donc, ça s'est passé chez la sage-femme. Puis elle m'a donné un papier pour déclarer le bébé. Ça a été compliqué pour la déclarer (l'enfant). À la maternité c'est plus facile. Chez la sage-femme, c'est en cas d'urgence. Donc, pour la déclarer on doit se rendre à la Mairie, et demander l'aide de l'Agence pour la protection des enfants, c'est très compliqué[358]». (*Um parto em casa: Eu teve ela, Raíza, a de 8 anos, em casa, não deu tempo pra chegar até a maternidade. Eu comecei a sentir dor dela de dez e meia, aí eu digo « oxe, acho que é pra agora ». Peguei, fui afeitar as cosas todinhas, comecei a fazer o almoço. Quando ele chegou, eu disse « acho que eu estou com dor », aí ele fez « voa pra maternidade ». Aí fui tomar banho, troquei de roupa, quando eu fui sair, na porta, a bolsa se rompeu. Aí pronto, eu disse « vou ter menino em casa », aí ele « nao não vai ter menino em casa, não ». Aí me botou nos braços, me subiu comigo, quando chegou lá emcima, alí tem uma senhora que é parteira, né? Aí ela fez « traga que eu vou olhar se ela está com tempo de ir até a maternidade ». Ai ela disse « não da tempo, não ». E não deu tempo não. Quando ela disse isso, a menina já estava saindo. Aí ela me botou numa cama, com as pernas abertas e a cabeça pra trás. Aí ela « minha gente, esta nascendo... ». Então foi na casa da parteira. Na casa dela. Depois me deu papel pra registrar ela, mas foi muito bem. Foi muito complicado pra enregisrar ela. Então, na maternidade é mais facil. A parteira, é em caso de urgência. Então pra registrar ela tem que ir depois no registro, tem que pedir apoio no conselho tutelar, é muito complicado pra registrar ela).*

Francisca nous raconte ensuite son dernier accouchement. L'intérêt qu'il présente, c'est qu'il s'agit d'un accouchement « normal » (par voie basse), pouvant pourtant apparaître comme « anormal », car échappant aux espaces médicaux normalisés et au protocole médical, alors que finalement, il fait partie des expériences tout à fait « normales » (courantes) chez les femmes de milieu populaire dans le Nordeste brésilien : « *Je suis arrivée à la maternité avec déjà 9 centimètres de dilatation. Le médecin m'a dit de prendre une douche. Alors je lui ai dit que j'en avais déjà pris une. Je connaissais (le protocole) j'en avais déjà eu, des enfants. Et là, elle m'a répondu: 'Non, prenez-une douche!'. Elle m'a envoyée au premier étage et j'ai dû prendre la douche. Et là, mon sac amniotique s'est rompu et lui (le bébé) est venu avec. J'ai crié au médecin 'docteur, l'enfant est en train de naitre', elle a couru et quand elle est arrivée, elle ne pouvait plus m'enlever de*

[358] Entretien Francisca, Pantanal, Recife, 06/06/06.

la salle de bain parce que sa tête était déjà en train de sortir. Alors, elle l'a fait naître là et avec tout ce qu'il a respiré là-dedans il a attrapé une infection. Il était tout enflé, tout moche. Le pauvre, il est resté 9 jours dans la couveuse. Mais, il est là, n'est-ce pas? [359]*» (Eu cheguei na maternidade já com nove centímetros, aí a doutora disse « vai tomar banho ». Aí eu disse « doutora, eu já tomei banho ». Aí ela « não, tem que tomar banho ». Me botou lá pra cima e teve que tomar banho. Aí eu fui. Quando eu fui tomar banho, a minha bolsa se rompeu no banheiro e ele já vem junto. Aí ela pegou ele no banheiro mesmo, aí com tudo o que ele repirou, no chão do banheiro, ele pegou infecção. Quando eu estava lá, eu gritei pela doutora: « doutora, o menino está nascendo ». Aí ela correu, aí quando ela chegou, não podia me tirar de lá dentro porque já estava a cabeça saindo do bichinho. Aí ela pegou ele lá, e com tudo o que ele respirou, pegou infecção. Aí ficou todo inchado, ficou todo feio. Coitadinho, nove dias na incubadora, eu fui lá todo dia. Mas tá aqui, né?).*

Le récit de cette naissance fait ressortir non seulement les jeux d'autorité dans les interactions patients-professionnels au moment de l'accouchement, mais également d'autres « facteurs de risques » pour la santé des femmes et des enfants, ceux liés à l'organisation de l'institution et qui ne sont pas pris en compte par les définitions sanitaires des grossesses à « haut risque ».

Ces « risques institutionnels » existent aussi parce que les institutions hospitalières ne présentent pas de cadres cohérents d'action du fait même de leur complexité. Ce sont des institutions d'une société où les asymétries sociales se déversent sur les conditions de naissance et d'une « société de risque » accru. Tel que le montre le richissime et déjà classique travail ethnographique de Jean Penneff sur les hôpitaux : *« Les études sur les institutions (…) ont tendance à produire des systèmes, des invariants, des « modèles », là où les études de terrain font émerger plutôt la complexité, les contradictions, la multidimension, les contingences de la situation »* (Pennef, 1992 : 14). Loin de présenter une *« institution totale »* (Goffman, 1968) qui serait coupée du monde extérieur, qui suivrait une idéologie unique permettant de développer des activités quotidiennes cohérentes entre-elles, vers la prise en charge et le contrôle total des patients, elle est elle-même traversée par des logiques d'action diverses, des conflits entre les divers acteurs institutionnels et, dans le langage crozierien, remplie de *« zones d'incertitude »* créées par des failles techniques, économiques et organisationnelles. L'hôpital est une *« institution ouverte »* (Dodier et Camus, 1997) où au modèle hygiénico-médical vient s'articuler le modèle « d'humanisation » de la

[359] Entretien Francisca, Pantanal, Recife, 06/06/06.

prise en charge, traversant l'ensemble du dispositif de santé publique. En ce sens, il s'agit aussi d'un espace où de nouvelles normes biomédicales se créent – par exemple et tel qu'on l'a dit, c'est là que le processus d'humanisation s'est ancré avec le plus de force au Brésil.

Une analyse plus importante de ces institutions serait à réaliser, tant elles s'avèrent des espaces problématiques de la société brésilienne. Ici, nous n'en avons qu'esquissé une analyse sommaire, en envisageant cette institution comme partie prenante d'un dispositif plus large de santé publique. Ce qu'il s'agit de souligner c'est justement leur place dans le dispositif de santé, ainsi que dans l'expérience des femmes qui y transitent au moment de l'accouchement. Autrement dit, ce qui nous intéresse, c'est le contenu manifeste de la biopolitique au sein de ces institutions, dans leurs modes de prise en charge des corps des femmes et de construction de leurs subjectivité, ainsi que les rapports que les femmes entretiennent avec ces institutions, leurs types d'ajustement et arrangements avec les normes institutionnelles au moment de l'accouchement.

N'ayant plus, si elle l'a déjà eu, l'autorité institutionnelle d'imposer des comportements concrets à tenir ou des procédures médicales émanant d'une adhésion aux valeurs d'une science médicale qui est aujourd'hui remise en question, l'institution hospitalière cherche à légitimer son action sur les corps des femmes en leur demandant des preuves de leur affection ainsi que leur participation active dans les processus d'accouchement et de naissance. Il nous reste à nous demander, à l'instar de Marcel Drulhe, *« à quelles reconfigurations de la 'sollicitude' et de 'l'humanité' au chevet des malades conduisent les changements contemporains du système de soins ? »* et d'y répondre, partiellement et en lui pillant encore ses mots *« pareille impulsion à la participation ne fait pas disparaître pour autant pouvoir et domination : ils prennent des nouvelles formes et procèdent à partir de nouveaux dispositifs »* (Drulhe, 2008 : 48). Tel que nous l'avons vu, l'humanisation de l'accouchement par son injonction à « naturaliser » le processus tend à faire obstruction à l'accès à la césarienne en même temps que cette naturalisation occulte les rapports d'autorité médecin-patient dans la prise des décisions, ainsi que les techniques médicales propres à l'accouchement par voie basse, qui peuvent néanmoins être ressenties comme des violences par les femmes.

Le caractère « fonctionnel » du moi du patient est ici contradictoire. Memmi dévoile pour la France, le « moi » construit par les institutions est avant tout une figure « fonctionnelle ». Fonctionnelle, non pas dans le sens de Talcott Parsons comme un patient se dégageant de la responsabilité liée à son état, cherchant une aide « technique », car aujourd'hui le modèle de soins lui demande le contraire. On lui demande d'être un patient « responsable », qu'il formule des demandes d'aide non seulement technique et médicale mais aussi psychologique et affective. Autrement dit, la fonction de régulation des conduites doit être déléguée aux sujets eux-mêmes. C'est dans ce sens que les femmes déjouent le rôle « fonctionnel » dans l'institution. Si elles acquiescent à l'injonction de construction individuelle de leur propre expérience de l'accouchement, elles montrent cependant de manière économique leurs affects et construisent un récit minimal d'elles-mêmes en tant que patientes, là où les acteurs institutionnels ne l'attendaient pas. Quant à leur corps, elles l'insèrent dans une affectivité et une subjectivité divergente de celle souhaitée par les institutions au moment de l'accouchement. Si l'humanisation tend à présenter l'accouchement « normal » comme un *« invariant symbolique »*, inscrit dans la nature physiologique de la femme (« toute femme peut accoucher naturellement »), les femmes troublent cette « naturalité » du processus, en ayant peur, en ressentant des douleurs, en demandant des césariennes, et en critiquant l'« anormalité » des conditions sanitaires dans lesquelles ont lieu les accouchements « naturels ».

Si pour les femmes le passage par l'institution est une condition normale pour accoucher, l'accouchement « normal » n'est pas le passage obligé de confirmation de la relation maternelle, tel que le voudrait le modèle humanisant[360]. Les représentations de l'accouchement par voie basse, comme passage instituant la relation privilégiée mère-enfant, sont mises à mal par des femmes qui insèrent et légitiment cette relation spécifique dans un réseau de relations. La « sollicitude » performée par les femmes diffère ainsi de celle demandée par l'institution, car celles-ci montrent que la construction de la « sollicitude » est directement redevable du réseau, contrairement à ce que l'institution leur demande, une « sollicitude solitaire », possible seulement par la vérité d'un corps maternel instinctuel.

[360] Voir sur cette question de l'accouchement comme acte principal instituant la relation de filiation, l'ouvrage de Marcela Iacub (2004).

III-3. Être à l'intérieur de la maternité avec un pied dehors : temps, espaces et relations dans l'institution.

L'observation ethnographique dans les établissements médicaux de la maternité est essentielle pour savoir comment une société cristallise des façons de faire, de penser et de vivre l'accouchement et la naissance et comment ces mêmes cristallisations du social s'effritent et se recristallisent sous de nouvelles formes. Ces formes cristallisées sont modélisées par la normativité spatiale, temporelle et relationnelle au sein des institutions médicales prenant en charge l'accouchement et la naissance.

La normalisation institutionnelle des espaces, du temps et des relations correspond au besoin d'organisation rationnelle du travail dans les institutions, et nécessite en même temps diverses sources de légitimité de son intervention et programmes d'action. Nous avons vu qu'on ne peut pas parler des maternités publiques de Recife comme étant des « institutions totales » et ayant un programme lisse et cohérent d'action ; qu'elles sont traversées par des logiques diverses concourant à la « désinstitutionalisation » – au sens de Dubet (2002) – de l'intervention. Les effets de celle-ci impliquent la possibilité de négociations relationnelles, des temps et des espaces entre patients et professionnels que seule l'observation ethnographique permet de rendre visibles. Tel que nous allons le voir, les possibilités de négociation sont liées à l'introduction de nouvelles normes de l'intervention médicale qui créent non seulement des marges de liberté pour la négociation mais aussi des conflits de signification au sein de l'institution. Une voie d'accès de ces nouvelles définitions de l'intervention dans l'expérience de la maternité est introduite par le mouvement pour « l'Humanisation de l'accouchement et de la naissance » dont nous avons déjà parlé mais qui méritent une analyse plus fine au sein même des institutions médicales. En effet, au cours de notre travail de terrain, nous avons trouvé une multitude d'actions de re-modélisation des espaces, des temps et des relations, introduites par le processus d'« humanisation » dans des institutions hospitalières, communément perçues comme des espaces hygiénisés, totalisants et fermés.

Lors de notre travail de terrain dans les trois maternités publiques, plusieurs actions pro-humanisation ont été observées. Des actions qui doivent néanmoins s'accommoder

avec de normes temporelles, spatiales et relationnelles préexistantes créant ainsi des réajustements des rapports de domination et d'autorité et ré-ouvrant des espaces de négociation. Dans ce chapitre nous tenterons de rendre compte de ceux-ci, à partir des trois dimensions opératoires, temps-espace-relations, sans oublier, celle par laquelle ces réajustements socio-normatifs se matérialisent, la dimension corporelle. Nous nous concentrerons donc sur l'organisation spatio-temporelle de l'institution, ainsi que sur la façon dont les femmes en font l'expérience et les aménagements qu'elles y introduisent, au-delà de la dichotomie de l'intervention médicale-humanisatrice. Puis, nous nous concentrerons sur l'une des nombreuses actions menées en direction de l'« humanisation »: l'entrée dans cet espace du « père » et de l' « accompagnatrice », pendant l'hospitalisation de la femme, pratique qui a été observée dans les trois maternités étudiées. Il s'agira de saisir les effets de cette transformation au niveau de la pratique et des représentations des professionnels de la santé, du point de vue des femmes utilisatrices des services, ainsi que de mettre en évidence les relations nouées entre ces dernières et leurs réseaux, et les professionnels de santé. Ce nouveau phénomène dans les hôpitaux publics, qu'est l'introduction de personnes qui étaient « étrangères » à l'institution, suivant le désir de reconstruire les réseaux du « dehors » au sein de l'institution, produit de nouveaux conflits et une redéfinition des rôles.

III-3-a. La négociation des espaces dans l'institution.

Lorsque nous parlons de l'espace, nous parlons de la délimitation dans l'espace qui crée l'espace lui-même, démarcation qui sépare ce qui est à l'intérieur de ce qui reste à l'extérieur. Quand nous parlons d'espace nous parlons alors des *frontières*[361]. Les lieux d'entrée et de sortie de la maternité (signifiés par une porte, une rue ou un hall) où la dramatisation de la douleur et du changement de statut des femmes est performé, tel qu'on l'a auparavant décrit, agissent également comme une frontière symbolique entre ceux qui ont droit d'accès et ceux qui restent dehors, en attendant et scrutant ce qui se passe là-dedans. C'est le cas des jeunes hommes qui accompagnent leurs conjointes lors des consultations prénatales, et qui restent dehors à fumer des cigarettes et à parler avec d'autres hommes qui attendent aussi. C'est la première modalité de frontière spatiale dans l'institution, la frontière de genre. Ici, la ségrégation spatiale trouve comme fondement la « sécurité institutionnelle ». À l'entrée des maternités des vigiles

[361] La notion de frontière est ici étendue, elle prend en compte non seulement les frontières géographiques et physiques, mais également celles construites symboliquement dans l'espace.

habillés en uniforme et souvent armés font le tri entre ceux qui peuvent passer et ceux qui ne le peuvent pas. C'est là que l'on annonce avec exactitude ce que l'on vient faire à la maternité et les lieux spécifique où l'on se rend. C'est à l'entrée de la maternité que l'entrée dans une « institution totale » se préfigure. C'est là où « l'institution totale » s'appuie sur le fondement de la « sécurité » des espaces uniformes. Dans l'une des maternités étudiées, les affaires personnelles des « visiteurs » étaient déposées dans un stand de sécurité, et on distribuait des sacs en plastiques transparents pour ranger les affaires destinées aux parturientes (serviettes, vêtements, etc.). Or, nous le verrons, même en respectant les normes de sécurité et malgré les initiatives d'incitation à participation des hommes à l'accouchement et à la naissance, les hommes ne sont pas, en pratique, encouragés à rentrer dans les institutions.

Si les maternités constituent des univers très féminisés, il y a des *taches*[362] à l'intérieur de celles-ci, où la ségrégation entre les sexes est encore plus forte. Au cours des observations dans certains lieux des maternités, tels que le "alojamento conjunto"[363], des formations sur l'allaitement maternel, ou de consultations prénatales, la présence des hommes est presque nulle, et quand il y a un aventurier qui cherche à mettre en pratique par sa présence les valeurs autour de la « nouvelle paternité », véhiculées par les institutions elles-mêmes, les regards stigmatisants se posent sur lui.

Si les hommes restent à l'extérieur, les femmes sont contraintes à rester à l'intérieur. Les femmes qui deviennent mères doivent rester dans le territoire du "alojamento conjunto", même si elles peuvent marcher normalement une interdiction tacite les a recluses dans cet espace. Dans une des maternités, les murs en carrelage bleu du premier étage et ceux blancs du rez-de-chaussée, nous rappellent que l'escalier ne sépare pas seulement deux niveaux de l'édifice, mais aussi deux sphères d'action de l'institution. Si le rez-de-chaussée est réservé aux activités administratives et au

[362] Cantor Magnani (2002 : 22). La définition de « tache » donnée par l'auteur est: « Aire contiguë de l'espace urbain munie des équipements qui en marquent des limites. Elle permet le déroulement des activités et pratiques prédominantes ». On mobilise ce concept tout en le complétant avec les populations caractéristiques de ces « taches » spatiales.

[363] Il s'agit normalement, d'un service de néonatalogie permettant l'hospitalisation dans la même chambre de la mère et de son enfant. Elle est présentée comme une avancée du modèle proximal, où mère et enfant restent ensemble pendant l'hospitalisation. Lorsque l'enfant est prématurée on l'appelle aussi « unité kangourou ». Cependant, dans les maternités étudiées disant avoir un 'alojamento conjunto', il s'agit plutôt des chambres partagées entre plusieurs femmes et leurs bébés ne sont pas toujours avec elles.

prénatal (c'est là où nous avons le plus de chances de trouver un homme), le premier étage est dédié exclusivement à la prise en charge de la naissance. Ni les hommes ne peuvent y rentrer (sauf aux heures de visite) ni les femmes en sortir (sauf avec 'o alta[364]'). Nous n'avons jamais vu, pendant les longues journées sur le terrain, de femmes, se baladant avec leur bébé, dépasser la limite des escaliers qui séparent les mères et les nouveau-nés dans un espace « fermé » de protection médicale et de contrôle des « risques ».

Dans ces espaces contrôlés, des frontières servent aussi à délimiter les différents domaines d'intervention institutionnelle : le savoir médical, la surveillance des processus reproductifs et l'accompagnement des personnes. Dans les trois maternités étudiées, les médecins ont leur centre de référence (« la salle des médecins ») loin de l'espace de (courte) vie des femmes dans l'institution, "o alojamento conjunto", et plus près des espaces où les connaissances médicales et techniques sont prédominantes (salle d'accouchement, salle d'examens). Le contrôle de la vie quotidienne de la maternité appartient aux infirmières, lesquelles ont leur salle à côté des chambres des parturientes. Sans entrer encore dans l'analyse des interactions et des discours, mais en restant du côté des cristallisations et des choses, nous pouvons observer la fonction de contrôle, remplie par les infirmières, des allées et venues des chambres des femmes par l'agencement des bureaux, où les dossiers et fichiers s'entassent, le long des couloirs. Dans une des maternités, la distribution des tables, où les aides-soignantes et infirmières travaillent, permet une grande visibilité des chambres des femmes. En additionnant les regards provenant de chacune de ces tables nous pourrions reconstruire aisément un agencement semblable à celui du modèle de la surveillance panoptique de Bentham. La salle des « sages-femmes » est souvent située près de la salle des pré-accouchements. Leur fonction étant d'accompagner les femmes surtout lors de ce moment, l'accompagnement étant délégué à d'autres acteurs par la suite, tel que nous le verrons.

Dans les chambres des femmes, "alojamento conjunto", les lits sont alignés et la disposition de ceux-ci est tout à fait symétrique, ce qui permet, depuis la porte, d'avoir un aperçu rapide des personnes à l'intérieur de la chambre. Chaque chambre « des mères » a entre trois et huit lits séparés par des tables de nuit, des chaises pour les

[364] Littéralement, « la levée » : document médical d'autorisation de quitter la maternité.

accompagnatrices et des berceaux mobiles en plastique transparent. Les objets qui occupent l'espace dans la chambre peuvent être distingués en deux catégories. D'abord, il y a les meubles hospitaliers : lourds, anonymes et hygiénistes. Mais il y a aussi tous les objets des patientes et de leur famille qui envahissent l'espace et personnalisent le mobilier vétuste de l'hôpital, en individualisant les espaces. Un shampooing, une serviette de toilette, des vêtements de bébé ou une bouteille d'eau viennent recréer un espace intime pour la mère. Nombreuses femmes, qui peuvent marcher et qui séjournent à l'hôpital depuis un certain temps attendant la permission de sortie (o alta), disent préférer rester dans leur chambre. Elles sont là, en une terre connue, dans un endroit plus familier, qui est parfois recréé par quelques petits objets.

L'analyse des espaces de la maternité met à découvert les logiques sociales à l'œuvre lors de l'hospitalisation d'une femme. S'il y a homogénéisation bureaucratique de la part de l'institution, les femmes s'y plient différemment et négocient certains espaces. Par ailleurs, les politiques dites d'humanisation ont suscité des initiatives pour tempérer l'homogénéisation institutionnelle. Dans deux hôpitaux étudiés, les chambres, au lieu de numéros, portaient des noms de pierres précieuses et les femmes étaient appelées par leur prénom. Les professionnels de santé sont obligés, cependant, de consulter les noms dans les dossiers avant de se rendre dans les chambres. Ce qui montre le compromis difficile entre une attention « humanisée » et l'organisation rationnelle d'hôpitaux qui sont en plus surchargés. Cependant, cette confrontation entre espaces rationnalisés et espaces humanisés n'est pas en soi une question qui se pose aux femmes, car la logique de l'humanisation tend moins à la personnalisation de l'attention qu'à l'individualisation de la prise en charge. De même, à l'espace rationnalisé et standardisé, elles superposent la recréation d'un espace relationnel, où – notamment dans l'"alojamento conjunto" – des échanges s'effectuent et des services mutuels sont rendus par les parturientes et leurs accompagnatrices. Dans ce sens, un réseau d'entraide, même spontané et circonstanciel se crée au sein de l'institution dans cet espace excluant et exclusif que constituent les chambres des femmes. Ainsi, ce qui n'y est pas inclus (les hommes non médecins, par exemple) participe à la construction de ce qui y est inclus.

III-3-b. L'espace des femmes, les interactions et la médiation du bébé.

Concentrons-nous un peu plus sur cet "alojamento conjunto"et sur les normes, règles, et interactions qui s'y observent. Dans ces lieux où la lumière est tamisée pour protéger de la luminosité et de la chaleur extérieures les interactions relient les mères entre elles, aux infirmières et aux accompagnatrices. Ces interactions ont en général un médium : le bébé. C'est par lui que les normes et valeurs circulent de femme à femme, du professionnel au profane. Les professionnels de santé dictent ce que la mère doit faire en faisant référence à l'enfant et à sa santé et très rarement directement à la femme. Ils parlent régulièrement en ces termes: « le bébé a faim», « le bébé a besoin de caresses ». Un matin, par exemple, alors que nous discutions avec Marcela, une jeune mère primipare, une infirmière est entrée dans la chambre pour vacciner le bébé: « *Pendant que l'infirmière faisait une piqure au bébé, Marcela s'est dit très impressionnée et qu'elle pensait qu'elle allait tomber dans les pommes. L'infirmière l'a dévisagée et a poursuivi son activité en parlant d'une voix espiègle 'non, maman, ce n'est pas la dernière fois que j'aurai des vaccins, maman ; j'en aurai beaucoup dans ma vie, tu ne dois pas avoir peur, maman'*[365] ».

Si lors de la grossesse la référence au bien-être était liée plutôt à l'état physique et psychique de la femme, après l'accouchement il se concentre autour de l'enfant. Son bien-être devient la base des règles qui sont généralement dictées sous forme de *conseils* plutôt que de *prescriptions*. Ceci montre un changement dans les interactions entre patientes et professionnels de la santé: si ces derniers parlent depuis une position de « savoir », ils savent que leur autorité ne sera pas automatiquement établie car elle est de moins en moins liée au fait d'être des « représentants » de l'institution et de ses valeurs, mais de plus en plus liée à leurs compétences professionnelles individuelles dont la dimension relationnelle de leur intervention, tel que le signale François Dubet (2002) pour certaines institutions françaises (école, hôpital, etc.) et leur « déclin ». Du côté des mères, la distinction qu'elles effectuent est significative, non pas tant situant les professionnels en fonction de leurs différents statuts et exprimant ainsi une connivence avec les catégories socialement les plus proches ; mais par l'identification des professionnels qui les ont traitées comme des « personnes », en faisant preuve à leur égard de "carinho" (affection) et bonne humeur. Ceci dit, même si la critique adressée aux professionnels de santé n'a pas un fondement directement social, les

[365] Extrait journal de terrain, Recife, CISAM, 10/04/06.

professionnels signalés comme les moins avenants sont ceux qui sont les plus éloignés socialement des femmes. Le récit de Marinalva à propos d'une médecin qui lui a fait montre d'affection au moment de son pré-accouchement aide à expliciter une critique concernant l'insensibilité du corps médical dans son ensemble : *« ça a été une professeure (médecin), Ana Lucia, je dois la remercier, elle a beaucoup pleuré, aucun médecin n'est resté comme elle à m'observer avec autant d'emphase. C'est elle qui m'a trouvé un lit, une bassine et tout. C'est elle qui m'a trouvé un lit et m'a couchée, parce que j'étais sur une chaise dans la salle de pré-accouchement. Ça a été une professeure qui m'a montré le plus d'affection, tu sais ? Elle a beaucoup pleuré, elle a beaucoup pleuré, Ana Lucia, je n'oublie pas ça. Elle a été attentive, elle m'a apporté des soins. Les autres, les autres (médecins) voulaient que je rentre chez moi. Et que j'attende là-bas, parce que c'est ce jour-là qu'ils ont fait le toucher, mais avant ils m'avaient renvoyée chez moi*[366] *». (Foi que uma acadêmica, Ana Lúcia, eu tenho muito que agradecer ela, ela chorou um monte, nenhum médico ficou e me observou com tanta ênfase. Foi aí, que ela procurou um leito, uma bacia, e tudo. Foi ela que procurou um leito e me colocou, porque eu estava numa cadeira, no pré-parto. Foi uma acadêmica que teve mais carinho, sabe? Ela chorou muito, ela chorou mesmo, Ana Lúcia. Não me esqueço disso, está entendendo. Então ela teve atenção, ela teve os cuidados. Os outros, porque os outros queriam que eu volte pra casa. E esperar, porque foi no dia que eles fizeram os toquezinhos, mas antes era só pra voltar pra casa).* C'est, finalement par une demande de sollicitude de la part des professionnels de santé que les femmes évaluent la qualité de leurs interactions et de leurs rapports avec eux. Autrement dit, alors que l'institution demande à la femme d'engager une relation compacte de sollicitude envers son enfant, celles-ci inversent le miroir et demandent aux acteurs institutionnels de faire preuve de sollicitude à leur égard et de s'engager dans des relations qui ne soient pas simplement médicales et techniques mais où soit manifeste un véritable « souci de l'autre ».

Du côté des médecins, les propos font référence à la déstabilisation qu'ils éprouvent en tant que groupe professionnel: « *Alors c'est comme ça, la relation avec le patient empire de jour en jour. Ça devient plus violent. Maintenant il y a cette nouvelle façon de parler, c'est à la mode. Mais si elle (une femme) engage un procès, je peux le faire aussi pour dommages moraux. Il y a donc un conflit entre le médecin et le patient qui est en train de s'ouvrir. Il est en train de se créer une guerre entre deux personnes, qui devraient être dans une relation de confiance, n'est-ce pas?*[367] *»* (*Então é assim, só vai piorar a relação com o paciente, vai ser mais violenta. E também assim, como já se está falando, assim, já está na moda: se ela me*

[366] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 16/05/06.
[367] Entretien médecin CISAM, Recife, 10/05/06.

processar, eu processo ela por danos morais. Então fica uma intriga entre a paciente e o médico; se está criando uma guerra entre duas pessoas que era pra ter um relacionamento de confiança muito grande, né?). L'autre revers de la désinstitutionalisation, nous le voyons, est l'émergence d'une violence relationnelle toujours latente. De plus, les deux extrêmes, affection et violence, deviennent de contraintes qui ne sont pas ressenties comme concernant le groupe professionnel, mais plutôt et de plus en plus de manière personnelle les acteurs institutionnels. De même que les jugements sont portés à l'encontre de médecins perçus comme des individus, la part d'affectif qu'eux-mêmes investissent dans la relation de soins semble parfois avoir un coût trop élevé. L'infirmière de Pantanal, nous explique par exemple, qu'elle préfère le travail dans les communautés que celui dans les hôpitaux. *« L'hôpital fragilise beaucoup, tu vois? C'est comme ça, il fragilise parce que tu vois des patients trop affaiblis. Et moi, ça m'angoisse beaucoup. Je voyais des enfants affaiblis et ça me dérangeait dans ma performance professionnelle, parce que dans mon métier, l'émotion gêne*[368] *». (O hospital fragiliza muito, sabe? Porque é assim, me fragiliza muito...porque você vê o paciente já muito debilitado. Aí me angustia muito. Aí, pessoalmente, não gostei. Porque eu via já a criança debilitada, e isso perjudicou na minha destreza profisional, porque na minha profisao a emoção atrapalha.).* Les propos des médecins et infirmiers laissent entrevoir non seulement les craintes des professionnels face à des patients de plus en plus « acteurs » de leur santé, mais ils montrent aussi la violence latente des relations. Cela explique peut-être la recherche d'une médiation (comme l'enfant ou la technologie) dans les relations patient-professionnel. C'est donc par le biais de la figure de l'enfant que s'effectue la sollicitation faite aux femmes pour qu'elles développent leur sollicitude.

[368] Entretien infirmière Pantanal, Recife, 15/07/06.

Figure 19: Femme avec ses accompagnatrices et son bébé dans une maternité.
© A. Faya Robles.

Nous l'avons dit, l'enfant fait, dans l'espace institutionnel, figure de médiation, et cette fonction n'est pas anodine vu la place centrale qu'il acquiert dans le dispositif. Les normes, entourant le mode et la forme des relations auxquelles il prend part, commencent dès sa naissance, et la première concerne sa relation avec la femme. L'OMS postule dans l'une de ses recommandations en vue de l'humanisation de la naissance et de l'accouchement : *« Le nouveau-né doit toujours rester avec sa mère, si l'état de santé de l'un et de l'autre le permet. Aucun examen ne justifie que l'on sépare un nouveau-né en bonne santé de sa mère*. C'est ce que vient régler le dispositif de « logement commun » ou de « chambre commune » ("alojamento conjunto" ou "rooming in") rencontré dans les trois maternités. Mis en place par le Ministère de Santé en 1993, le logement commun est le système hospitalier qui permet au nouveau-né d'être en permanence avec sa mère, 24 heures sur 24, dans la même chambre et cela jusqu'à l'autorisation de sortie de l'institution. Les objectifs principaux étant, selon le propre Ministère, de renforcer le lien mère-enfant et de stimuler l'allaitement maternel.

Nous retrouvons ici la composante « exotique » du mouvement pour l'humanisation. Les références au « maternage proximal » des peuples africains ou orientaux servent de critique à nos propres sociétés, où selon certains propos psychologisants s'est imposé le « modèle distal » de maternage, lequel nécessiterait pour établir un véritable lien entre mère et enfant la médiation d'objets appelés transitionnels, comme les jouets, le

biberon, la poussette. Nous pouvons nous demander, quelles sont les représentations qui font que le corps de la mère doive être en permanence avec le corps de l'enfant pour que de cette proximité naisse le lien de filiation et d'affiliation ? Pour le dispositif, avec un modèle proximal (*mère kangourou*, allaitement maternel, etc.), du contact de la femme avec l´enfant résulterait une unité expérientielle « autre ». Le corps des femmes semble tellement englobé par cette autre unité mère-enfant que le personnel des institutions s´y réfère comme étant une carcasse vide de toute expérience, l'expérience s´étant transposée vers une autre unité.

Nous pouvons penser qu'il y a là un paradoxe du mouvement global pour l'humanisation de la santé, qui se réclame d'un traitement plus humain envers le patient et qui, appliqué à la sphère materno-infantile, invisibilise l'acteur « femme » au détriment du duo mère-enfant. Toucher le corps de ces femmes c'est ainsi toucher un organisme sans propriétaire, parler du corps d´une femme ne peut pas affecter celle-ci car ce n´est plus son corps : « *Alors que nous parlions avec Flavia, une jeune mère, la pédiatre entre dans la chambre. Elle vient demander si le bébé a déjà été vacciné, elle regarde le bébé, et lui parle, en fait elle parle comme si le bébé parlait, en s'adressant à Flavia, mais sans nous regarder, les yeux fixés sur le bébé, avec un flux ininterrompu de phrases du type : 'regarde comme je suis beau, maman, je suis bien gros'. Et elle ajoute : « mais qu'est-ce que je peux faire si ma mère est une vache'. Je n'arrive pas à croire ce que j´entends et je regarde Flavia, qui regarde son bébé. Elle ne semble ni choquée ni fâchée...Quand la pédiatre sort, Flavia se sent obligée d'expliquer pourquoi elle a tellement grossi pendant sa grossesse* [369] »

Avec cette explication sur ses kilos en plus, Flavia se réapproprie son corps en l´insérant dans une histoire, dans l'expérience de sa grossesse. Du côté des mères, le corps redevient chair, c´est-à-dire, corps qui s´éprouve lui-même, suivant ici une approche phénoménologique et la distinction de Michel Henry [370]entre *corps et chair* ; différence reprise par Luc Boltanski, que nous avons évoquée ci-dessus. Rappelons néanmoins, et rapidement, que cette approche suppose de distinguer, dans l'expérience que fait le sujet de son propre corps, la *chair*, donnée dans l'expérience intime, et le *corps*, qui apparaît au regard du sujet comme une entité objective, mesurable et détachable en parties. Cette objectivation se fait par l'observation d'un *Autre*, mais

[369] Extraits du journal de terrain et d´entretien Flavia, Barros Lima, Recife, 27/03/06.
[370] Cité par Luc Boltanski (2004).

quand l'objectivation est ressentie comme une violence symbolique à l'encontre de la *chair*, une réintégration du corps dans la chair devient nécessaire. Ainsi, les femmes opèrent une réappropriation de l´engendrement, en le re-signifiant et en le transformant en leur maternité car inséré dans une expérience qui inclut l´histoire de leur *chair*.

III-3-c. Le temps standardisé versus le temps des « autres ».

Cette re-signification du processus de naissance ou, autrement dit, le travail de subjectivation de leur corps effectué par les femmes, se fait aussi dans le temps de passage par l'institution. Le temps passé dans l'institution est donc vécu sous des formes plurielles, chaque femme façonnant diversement ces moments passés dans l'institution. Ainsi, à une temporalité normalisée, un temps construit par la réitération de la norme, par le *« travail répétitif»* (Butler, 2008: 24) des normes, s'articulent des temps subjectifs qui ne se situent pas en dehors des règles et normes mais à partir d'elles.

En ce qui concerne le temps officiel de l'hospitalisation dans les hôpitaux publics, il est de 24 à 48 heures pour les accouchements normaux et de 48 à 62 heures pour les césariennes. Il s'agit d'une période relativement courte qui permet de libérer rapidement des places dans une ville où le manque de lits dans les hôpitaux publics est un réel problème sanitaire et social. C'est aussi, semble-t-il, le modèle anglo-saxon d'hospitalisation au moment de l'accouchement ; en France, ce temps est plus long. L'effet de cette réduction du temps d'hospitalisation est un rétrécissement du « temps de marge » où la femme aura les premiers contacts avec le bébé et où les primipares changeront de statut, devenant « mère ». Ainsi, le dispositif institutionnel dispose d'un temps limité pour générer une attitude de sollicitude envers l'enfant et s'assurer que la femme continue à la développer par la suite. En, effet, et tel que le remarquent Bajos et Ferrand (2007 : 34-38), ces premiers moments de contact entre la femme et l'enfant supposent l'injonction à la *disponibilité* de la femme en tant que « mère ». Dans ce sens, couper la femme de son monde est nécessaire pour la rendre *disponible* entièrement, même sur un temps réduit.

Selon Bernadette Tillard (2003, 2004) le passage par l'hospitalisation dans la maternité est notre rituel contemporain du « temps de marge » dans le processus rituel plus large des « rites de passage », d'un statut à un autre (de la naissance comme entrée dans la

société et de l'accouchement en tant que changement de statut de la femme qui devient mère), marge qui suit la séparation graduelle des femmes de leurs activités quotidiennes et précède leur réintégration dans leur société. Il s'agirait d'une intégration renouvelée du fait que la femme sera différente de la personne qui est arrivée à l'hôpital quelques jours auparavant.

Avec le phénomène de la médicalisation de la maternité, on a cru que c'était la fin de tous les gestes rituels qui accompagnent la naissance, mais selon de nombreux auteurs (Tillard, 2003 et Jacques, 2000, 2007), il s'agirait plutôt d'une sécularisation des rituels et d'une superposition plus que d'une suppression des rites « magico-religieux ». Reprenant la référence, déjà classique, des rites de passage de Van Gennep (1909), Tillard suggère que le passage par l'hôpital est aujourd'hui la période de transition, « la phase liminale », du rite de passage de la naissance. Cette phase, selon sa définition classique, qui est celle utilisée également par Tillard, est caractérisée par le retrait temporaire de l'individu de la temporalité et des espaces quotidiens, ce qui marquerait, à son retour au contexte quotidien, qu'il est un autre différent à celui qui était parti. Les observations menées dans les maternités nous amènent également à constater l'existence de cette phase liminale. Si l'on peut parler du temps du séjour à la maternité comme un temps de « marge », c'est parce qu'à la « phase de séparation » (d'avec les activités quotidiennes) vient faire rupture le temps institutionnel. La temporalité dans les hôpitaux est vécue comme une parenthèse par les femmes, même si la rupture n'est pas totale et même si la parenthèse temporelle n'est pas imperméable à d'autres temporalités.

Les rythmes à l'intérieur de la maternité sont marqués par les activités institutionnelles et de soins, les actions médicales et les tâches relatives à l'hygiène des enfants et des femmes. Lorsque les femmes relatent une journée à la maternité, ce récit fait acte d'une monotonie à peine élaguée par les activités de l'allaitement, du bain, de l'habillement et les visites des infirmières et des médecins dans la chambre. Cette quiétude institutionnelle, qui entraine un sentiment d'*« ennui »* (aborrecimento) chez certaines femmes, n'est que l'autre face de l'urgence et de la ruée (a correría), dans laquelle le personnel des maternités vit son travail. De manière souvent non tacite, l'enfermement spatial et temporel des femmes, vise encore une fois la fusion mère-enfant, tout en protégeant le lieu des présences étrangères et en s'assurant la maîtrise

des risques sanitaires et/ou sociaux. Les femmes disent : *« Maintenant je ne veux pas rester au lit, parce que j'ai déjà été longtemps alitée… (Maintenant) je marche d'ici à là dans les couloirs. J'ai déjà envie de rentrer chez moi, parce qu'ici ce n'est plus possible, alors c'est chiant…* [371]*» (Agora não quero ficar deitada, porque eu deitei tanto...estou andando pra lá pra cá nos corredores. Já estou com vontade de ir pra casa, Porque aqui dentro não dá não, e aqui fica feio..).*
« Non, je n'aime pas trop l'hôpital, tu sais? Mon souhait maintenant c'est d'être dehors et d'aller chez moi, mais je dois rester, n'est-ce pas? [372]*» (Não, não gosto muito de hospital não, vixe, minha vontade é de estar logo e ir embora pra casa, mas lá...Tem que ficar, não é?).*

Toutefois, un événement semble constituer une véritable rupture temporelle dans ces longues journées à l'hôpital : les heures de visite. Depuis la loi 11.108 du 7 avril 2005, toute femme a droit à un(e) accompagnateur (trice) pendant la durée de son séjour à la maternité (nous y reviendrons) ainsi qu'à recevoir des visites journalières de ses proches. Ces visites sont néanmoins très cadrées. Lors de notre séjour sur le terrain, en 2006, ces horaires n'étaient que d'une heure dans l'après-midi[373], la matinée étant ainsi réservée aux tâches et visites médicales. Depuis lors, les actions menées par le mouvement pour l'humanisation du SUS poussent les hôpitaux à intégrer peu à peu ce qu'on appelle *« le dispositif de la visite ouverte »*, du Ministère de la Santé. Depuis les horaires de visite sont devenus plus ou moins flexibles selon les institutions. Ces changements, relevant d'une *« ouverture de l'institution à la communauté »*, selon les termes mêmes du document ministériel, cherchent *« à maintenir une continuité avec le contexte de la vie en famille et en communauté* [374]*»*. Cependant, dans la pratique, ces principes sont freinés par des directives de sécurité et par les possibilités de l'institution à les assurer. Des événements médiatiques irradiant des conflits profonds entre les logiques contradictoires au sein des institutions, en 2010, les médecins et infirmières d'une des maternités sortent dans les rues de Recife demander plus de cameras, plus de vigilance et moins d'ouverture vers l'extérieur, du fait des cambriolages et des séquestrations[375].

---

[371] Entretien Ana, Barros Lima, Recife, 03/04/06.
[372] Entretien Antonia, IMIP, Recife, 15/03/06.
[373] En 2006, à Barros Lima et au Cisam, l'heure de visite était de 15 à 16 h, à l'IMIP de 14 à 15h.
[374] Source : Ministerio da Saúde (2004:2) HumanizaSUS: visita aberta e direito de acompagnante. "A visita, para o doente internado, é um elemento que contribui no sentido de manter a continuidade entre o contexto de vida na família e na comunidade e o ambiente hospitalar, fazendo com que o doente se sinta menos isolado de sua própria vida".
[375] Diario de Pernambuco, "Vida urbana", 18/05/10.

Ouvertes ou pas, les visites continuent à être des « visites », c'est-à-dire des présences dans un cadrage spatio-temporel ritualisé, et les femmes se préparent elles-mêmes et leurs bébés pour cet événement de la journée. Ouvertes ou pas, ce sont toujours des moments ritualisés. Dans ce sens, il semble que la naissance et la maternité doivent être valorisées et confirmées par le regard d'un Autre, qui prend ici la figure du réseau des femmes.

Si le temps de marge est avéré, deux éléments viennent nuancer la caractérisation de cette étape comme une période liminale ou de marge. Non pas par le fait que le séjour soit raccourci, mais par le fait que la femme n'est pas complètement en dehors de son univers relationnel pendant son séjour à la maternité. Ce ne sont pas tellement les visites qui placent la femme à nouveau dans cet univers, car il s'agit de moments ritualisés (préparation, les horaires, les lieux de spécifiques de visites, etc.), mais par la possibilité des femmes d'être là sans être là, par leur capacité à rester connectées avec le temps du « dehors », le temps de « l'Autre ». Nous avons remarqué que lorsqu'elles parlent des temps de visite imposés par les institutions, elles trouvent ces horaires pas commodes en se situant, justement, dans le monde du « dehors » de la maternité : les horaires de travail du conjoint ou de la famille et des amis, les horaires d'école des autres enfants, les temps des déplacements depuis le quartier, etc. L'évaluation (positive ou négative) effectuée par les mères, concernant le temps passé à l'hôpital semble dépendre d'une évaluation préalable des conditions d'accueil et d'assistance qu'elles auront une fois « en dehors » de la maternité. Flavia, 18 ans, qui vient d'avoir son premier enfant envisage le retour chez elle : *« maintenant, j'ai (envie de rentrer chez moi)! Avant je ne voulais pas, parce que j'étais un peu affaiblie ....Parce que à la maison, il y a beaucoup de choses à faire. Mais aujourd'hui, le père fait le ménage de la maison ... ces choses-là ... Je vais essayer de faire en sorte que lui aussi (participe), ça doit être ainsi, n'est-ce pas? Parce que si je pouvais compter sur plusieurs personnes dans nos familles... mais nous n'avons personne...nous n'avons pas des femmes dans la famille*[376] *» (Agora já tenho! Antes não queria não porque estava meio assim...Debilitada, porque em casa tem montes de coisas pra fazer. Mas o pai agora está fazendo, limpando a casa...issas cosas...ou tentar que ele também. Tam que ser assim, ne? Porque se eu tivesse, assim em nossas famílias um monte de pessoas...mas a gente não tem ninguém, sabe? Assim, mulheres na família.)* Ou encore Juliana, 20 ans, qui vient d'avoir son troisième enfant et qui est très préoccupée par le fait que son mari avait dû demander des jours de congé pour s'occuper des autres

[376] Entretien Flavia, Barrios Lima, Recife, 27/03/06.

enfants. Elle dit: *« Ici c'est très bien, je suis dans la chambre, au calme, tranquille, je prends soin de l'enfant, le médecin arrive, elle lui donne les médicaments (son bébé n'a pas encore la permission de sortie). Mais, là, je commence à trouver ça nul, parce que ça fait déjà ... quoi? 3 jours, aujourd'hui. Alors je veux rentrer à la maison* [377]*» (Aqui é bom, fico no quarto, na calma, tranquila, cuidando da criança, chega a doutora, está acima dando medicação. Aí estou achando um pouco ruim, porque é já faz o que? Três dias hoje, assim, eu quero ir na casa).*

Le dispositif n'est cependant pas imperméable et la politique d'humanisation qui le secoue, tend à prendre en compte certaines attentes des femmes. Ainsi, si les critères pour atteindre cet objectif d'«humanisation» ne sont pas encore suffisamment clairs et que plusieurs actions, programmes et politiques se mélangent donnant l'impression d'un *« mélimélo humanisant*[378]*»*, plusieurs actions sont, tant bien que mal, menées conjointement et relativement intégrées par les trois maternités où nous avons travaillé. L'une d'entre-elles concerne l'introduction de personnes autres dans l'espace hospitalier lors des processus d'accouchement et de naissance, ce qu'on appelle « l'accompagnement ». En effet, un des objectifs du mouvement pour l'humanisation des maternités est de permettre la présence d' « autres » acteurs dans le cadre du processus médical. À cet égard, l'Organisation Mondiale de la Santé indique que: *« Le bien-être psychologique de la mère doit être garanti non seulement par la présence d'une personne de son choix lors de l'accouchement, mais aussi par la possibilité de recevoir librement des visites au cours du postnatal* [379] *».*

[377] Entretien Juliana, IMIP, Recife, 28/03/06.

[378] Nous remercions M. Parry Scott pour cette observation.

[379] Il s'agit d'une des vingt suggestions faites par l'OMS lors de la Conférence interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchement, à Fortaleza, en avril 1985. Nous pouvons dire qu'à partir de ce moment les mouvements sociaux pour l'humanisation trouvent la légitimité politique de leurs demandes, ainsi qu'une grille d'action avec des pas précis à suivre, des "recommandations", pour parvenir à un haut degré d''humanisation.

III-3-d. Les accompagnatrices et le père. La reconstitution des relations du « dehors » à l'intérieur de l'institution.

Deux acteurs sont désignés selon des fonctions sociales différenciées, liées elles-mêmes à une double différenciation de genre et de génération: d'un côté, la figure de « l'homme-père», et de l'autre celle de la « femme-accompagnatrice ».

Malgré des dispositifs visant à une plus grande présence du père au moment de la naissance de l'enfant, la place qui lui est assignée semble toujours être celle du « visiteur ». Les nouvelles pratiques institutionnelles d'humanisation rencontrées dans les trois maternités permettent à l'homme d'y rentrer en dehors des heures de visite, mais il ne peut pas rester dans la chambre de la mère, "alojamento conjunto", plus de 15 minutes. La principale raison invoquée par les acteurs institutionnels est la gêne que la présence prolongée de l'homme pourrait occasionner chez les autres femmes séjournant aussi dans la chambre. En effet, dans des chambres partagées par les femmes, il n'y a pas de place pour le couple. Il semblerait qu'un groupe social (les mères et leurs accompagnatrices) ne puisse pas s'interpénétrer avec d'autres groupes (comme le couple) au sein de l'institution médicale de la maternité. Généralement, les « pères » sont reçus à l'extérieur de la chambre, et donc, en dehors du domaine que la femme s'est approprié dans l'institution, ce qui transforme les visites du « père » en une situation solennelle et publique. Tel qu'il a été mentionné précédemment, nous avons pu observer une certaine appropriation des chambres par la femme, qui y recrée un espace intime dans l'institution. Les hommes, reçus en dehors de cette petite « maison » au sein de l'institution, sont censés avoir la responsabilité de la présentation publique du nouveau-né: prendre des photos et effectuer la déclaration de naissance de l'enfant auprès des différentes administrations.

L'introduction du père dans le processus de la naissance et de l'accouchement est bloquée par la résistance de l'organisation hospitalière à voir entrer dans la maternité un réseau plus large de relations et par le point de vue traditionnel concernant la division sexuelle des tâches parentales. Si, dans les textes, l'humanisation de la maternité inclut le père dans le processus d'accouchement et si selon les propos des professionnels des trois institutions observées cette pratique a cours dans leur établissement, toutes les femmes interrogées affirment ne pas avoir été informées que la présence du conjoint était autorisée lors de la délivrance. Il y a une ambivalence sur

la présence de l'homme dans le processus d'accouchement. Théoriquement, il devrait être présent constamment, mais dans la pratique sa présence est limitée à certains espaces et moments. Si la possibilité d'être présent lors de l'accouchement reste opaque dans les réponses ambiguës des professionnels de santé, sa présence lors du travail, dans la salle de pré-accouchement, est catégoriquement interdite. Les professionnels sont obstinés sur cette question : les hommes ne peuvent pas être présents dans cet espace car il s'agit d'une chambre commune et là-dedans *« il y a beaucoup de femmes qui souffrent »,* comme nous dit une sage-femme. Elle admet que l'accouchement, selon l'idéologie de l'humanisation doit être « individuel » (dans une chambre individuelle), ce qui permettrait la présence du conjoint ; cependant, cette idéologie se heurte à la réalité des ressources des hôpitaux publics. *« En l'occurrence, tu rentres (dans la salle de pré-accouchement), tu vas voir tout de suite qu'il n'y a pas de possibilité pour le père de rester là pour accompagner, car elle (la salle) doit être individuelle, n'est-ce pas ? Parce que si tu es avec ton conjoint, tu n'aimerais pas avoir un homme là-dedans, avec plein de femmes en train d'accoucher, et le mari planté là, à regarder ... parce que les pré-accouchements dans ces hôpitaux, ils ne sont pas individuels ... mais il faudrait, non? Parce que s'ils étaient individuels, chacun dans sa chambre, là, tu pourrais avoir ton mari, non? Parce que là, il y aurait un environnement pour chaque mère et son mari seulement* [380] *» (No caso, você entra, você vai ver como não tem como o pai ficar acompanhando, porque tem que ser individual, né? Porque se você está com seu esposo, você não vai gostar de ter um homem alí, tendo varias mulheres aí pra parir, e o marido fica alí observando...porque os prepartos dessas maternidades eles não são individuais...certo, que deveria ser, né? Porque se fosse individual, cada um no seu quarto, ai você poderia ter o seu marido, né? Porque alí teria um ambiente só pra cada parturiente e seu esposo, né?).*

Dans l'une des maternités, la petite salle d'attente près de la chambre de pré-accouchement est une frontière pour les hommes « pères ». Ils peuvent rester là, à l'écoute des cris de douleur, reconnaissant peut-être la voix de leur compagne, tout en lisant les affiches qui leur sont destinées faisant appel à leur présence et son encouragement, mais gardant certaines limites. Le corps de l'homme ne peut pas dépasser certaines limites, et lorsqu'il le fait, cela perturbe le fonctionnement de l'institution. Il faut qu'il reste en dehors des espaces liés à l'accouchement, extérieur

[380] Entretien Sage-Femme, Barros Lima, Recife, 15/06/06.

au rite viscéral de la naissance[381], enfin, de la relation « charnelle » entre mère et enfant, qu'il ne peut renforcer que de « l'extérieur ».

La présence des hommes dans la maternité semble toujours problématique et doit être strictement contrôlée. Ainsi, dans l'une des institutions on donne aux hommes un badge où le mot « PERE » est inscrit en majuscules, et qu'ils doivent suspendre au cou pour circuler dans l'établissement. La reconnaissance de la paternité chez l'homme lui autorise à rendre visite à une femme et ainsi à pénétrer dans ce monde de femmes. Plusieurs acteurs institutionnels ont insisté sur les risques de cette présence masculine dans les maternités, car ils pourraient utiliser ces espaces pour des pratiques illégales, comme le vol des biens de l'institution ou le trafic de drogues, ce qui en dit beaucoup sur la représentation stigmatisante des professionnels de la santé materno-infantile envers les hommes des couches populaires. Ceci s'avérant être une caractéristique de l'ensemble du dispositif de santé et non pas uniquement des hôpitaux. Au nom de « la famille », des programmes comme le PSF, se sont penchés sur les « mères » et les « bébés » uniquement, expulsant les hommes, surtout les plus jeunes, de la sphère de santé (Scott, 2006). Une conversation avec Ricardo et Adriana, un jeune couple de Pantanal, est révélateur de comment la normativité masculine qui éloigne l'homme de la sphère de santé est vécue comme une question personnelle et comment ceci est justifié par les femmes.

E: Et tu vas au Poste de Santé? (E você para ir para Posto?)

Ricardo : Seulement si on m'y emmène. (Só se eu for levado)

Ricardo : Seulement si on m'y conduit, parce que tout seul avec mes pieds, je n'aime pas (Só se eu for carregado porque andando eu não gosto não)

Adriana : il déteste les médecins, il n'aime pas l'hôpital. (Ele odeia médico, ele não gosta de Hospital)

Ricardo: Ave Maria (Ave Maria)

Adriana: C'est sa psychose[382]. (Psicose dele).

En ce sens, si la tendance humanisatrice des maternités intègre cette notion de la nécessaire présence de l'homme, la place qui lui est assignée est souvent celle d'un spectateur passif, d'un représentant public de la famille, mais aussi susceptible de basculer facilement dans la menace et la violence et pouvant introduire le désordre au

[381] En particulier lors des césariennes où la dyade femme et professionnel de santé exclut toute autre présence, même des sages-femmes.

[382] Entretien Adriana et Ricardo, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 09/05/06.

sein de l'institution. Les hommes, de leur côté, s'ajustent assez bien aux contraintes des institutions et s'en auto-excluent. Ceux qui travaillent, opposent le rôle d'accompagnateur à celui de pourvoyeur des ressources économiques de la famille, mais ce faisant ils s'interrogent sur l'importance de l'accompagnement à l'intérieur de l'institution. Damião, nous dit : « *C'était un peu dur (d'accompagner sa femme), tu comprends ? Soit tu travailles, soit tu accompagnes la grossesse. C'est-à-dire, les deux sont nécessaires, non? On a besoin de travailler et on a également besoin d'accompagner. Quand j'avais un jour de congé, alors là, parfois je l'accompagnais. Mais elle allait chez le médecin avec sa mère aussi, pour voir comment le médecin procédait : 'Docteur, qu'est-ce qui se passe?'. Si tout allait bien, si quelque chose n'allait pas bien. Il expliquait tout. Mais c'est elle, la mère, c'est elle qui se rend le plus compte, n'est-ce pas?* [383]» *(Ficava meio difícil, você veja: ou trabalha ou acompanha a gravidez. Ou seja, precisa dos dois, né? Você precisa trabalhar e também precisa de acompanhamento. Aí, quando tem uma dia um dia de folga aí, às vezes a gente ia acompanhar. Mais ela ia no médico com ela também, para ver o que é que o médico estava procedendo, né? O que é que estava acontecendo. "Doutor, O que é que está acontecendo?" Se está bem, se não está bem, ele explicava tudinho. Ou seja, ela que é mãe, às vezes sente mais, né?).*

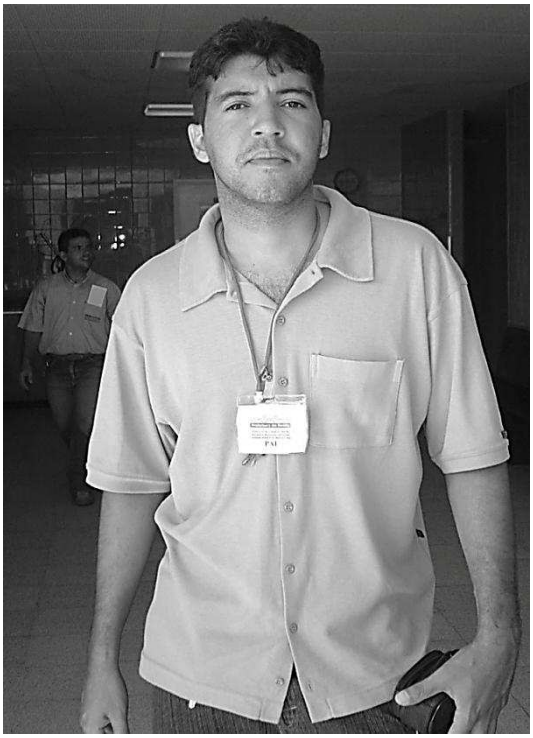


Figure 20: Les pères à l'heure de la visite dans une maternité. © A. Faya Robles.

[383] Entretien Damião, Pantanal. Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, 26/04/06.

L'accompagnement prend un autre sens chez les hommes. Ils accompagnent le processus, sans pour autant se plier à la demande des institutions de faire acte de présence en leur sein. Ils peuvent accompagner l'accouchement et la naissance « de loin » tout en y étant : *« Ce jour-là (naissance) j'ai appelé mon travail. Ça faisait déjà un an, plus d'un an que je travaillais là-bas. J'ai demandé mes congés, et on me les a données et là j'ai pu l'accompagner. Je suis resté une trentaine de jours à la maison*[384] *» (Nesse dia eu liguei para o trabalho, eu já tinha um ano, mais de ano lá no trabalho. Aí eu pedi logo férias, foi aí que ele me deu férias aí eu passei a acompanhar, né? Fiquei uns trinta dias em casa).*

Une autre place est donnée à celle qu'on appelle « l'accompagnatrice » (toujours au féminin) des femmes au cours de l'hospitalisation et de l'accouchement. Même si les lois de 2003 et celle de 2005 promeuvent la présence de l'accompagnatrice tout au long du processus et du séjour dans l'institution, dans les maternités étudiées, cette présence n'est admise qu'en cas d'accouchements « normaux[385]». L'accompagnatrice de la mère est généralement sa propre mère ; cependant, surtout dans des cas d'accouchement effectués dans l'urgence, la personne choisie est la première femme proche disponible trouvée sur le chemin vers la maternité. Après le moment critique de l'arrivée à la maternité, un système d'alternance se met en marche parmi les femmes du réseau dans le but d'accompagner la mère au cours de son hospitalisation. Tel qu'il a été mentionné précédemment, les accompagnatrices les plus assidues sont les grand-mères de l'enfant (la mère de la mère). Ce qui donne une image claire de la transmission générationnelle au sein de la famille des savoir-faire et connaissances relatives au maternage, et un cadre symétrique, à l'intérieur de l'institution, concernant la distribution des rôles en fonction de l'âge. Les maternités objectivent cette répartition des rôles de manières diverses. Dans deux institutions, la distinction est faite par les couleurs de la blouse: les mères portent des chemises blanches, celles des accompagnatrices sont roses. Dans une autre maternité ces dernières doivent porter autour du cou une carte où l'on peut lire *« Accompagnatrice »*.

Mère, belle-mère, tante, sœur, voisine ou amie: les femmes font toujours allusion au lien qui les rattache à leur accompagnatrice. Cependant, pour le personnel de l'institution, ce n'est pas la relation entretenue avec la parturiente mais l'âge, qui sera

[384] Entretien Damião, Pantanal, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, 26/04/06.

[385] BRASÍLIA. Senado Federal. La loi número 195/2003 dispose le droit aux femmes de choissir une personne pour les accompagner pendant le proccesus d'accouchement (A lei dispõe o direito das mulheres escolherem uma pessoa para lhes acompanhar durante o processo do parto).

le paramètre d'évaluation de la qualité de « l'accompagnement ». Alors que les femmes âgées sont jugées utiles en fonction de leur expérience supposée, les femmes jeunes sont la cible de plusieurs préjugés au sein des maternités. Ainsi, une infirmière dit : *« L'utilisation de la blouse rose pour les accompagnatrices est un grand progrès. Avant, c'était un vrai problème parce que les jeunes (accompagnatrices) venaient en mini-jupe et profitaient de leur séjour à l'hôpital pour attirer les hommes des autres femmes, qui sont moins coquettes pendant l'hospitalisation, ce qui engendrait de la jalousie et des problèmes*[386]*! »* Cette légende qui circule en milieu hospitalier témoigne d'une double stigmatisation: d'une part, les hommes sont perçus par certains acteurs institutionnels comme « des animaux sexuels » portant atteinte à la sécurité de l'hôpital ; d'autre part, les femmes jeunes, qui remplissent au sein de l'institution un rôle différent de celui de « mère », sont assimilées à son opposé légendaire: « la prostituée ».

La figure de l'accompagnatrice introduit dans l'institution une tierce personne et transforme la dyade mère-enfant en ce que nous appelons « la maternité en réseau ». Cependant, les véritables réseaux de femmes ne disposent pas d'une grande légitimité quand ils s'éloignent trop du modèle nucléaire et de transmission intergénérationnelle mère-fille. Si le dispositif de santé cherche à recréer ces réseaux à l'intérieur de l'institution médicale, certaines questions viennent nuancer cette aspiration.

Tout d'abord, il semble y avoir un certain paradoxe, perçu par les femmes interrogées, dans la demande qui leur est adressée : d'un côté, on les amène à collectiviser « leur» maternité (accompagnatrices, père présent, don de lait, etc.) ; et d'autre part, il s'agit de s'approprier l'enfant, de « l'incorporer » par un ensemble de disciplines corporelles, qui commence avec les premières consultations prénatales et se poursuit dans les soins post-nataux, l'apprentissage de l'allaitement maternel, la façon de laver le bébé, etc.

En outre, beaucoup de femmes font des distinctions entre les différentes accompagnatrices. Flavia, une jeune mère, dit: *« Je n'ai pas aimé rester avec ma belle-mère car je n'aime pas qu'elle prenne mon bébé. Elle est un peu chiante. Je sens comme si elle voulait voler ma maternité, tu sais? Alors, je suis jalouse. Par contre, avec ma belle-sœur pas du tout, là je ne suis pas jalouse*[387] *» (Eu não gostei de ficar com minha sogra... porque não gosto que ela o pegue, não. (son bébé) porque ela é muito chata, e me dá um... Eu sento*

[386] Journal de terrain, Barros Lima, Recife, 14/02/06
[387] Entretien avec Flavia, Barros Lima, Recife, 27/03/06.

assim, eu vejo ela como se ela quisera tomar minha maternidade, sabe? Aí, fico assim, eu fico com ciúme (fait um geste de crispée) depois com minha cunhada, não, eu não tenho assim um...). Ici nous voyons comment la génération (belle-mère versus belle-sœur) n'est pas fondamentale pour les mères en tant que paramètre de la qualité de l'accompagnement, qui est, pour elles, simplement lié à la nature de la relation. Dans la perspective de la femme hospitalisée, « accompagnement » n'est pas nécessairement synonyme de « transmission ». Ensuite, il y a une autre question qui a émergé au cours des entretiens, souvent dite en sourdine, manifestant peut-être une source d'angoisse, qui est la nécessité de « se justifier » de l'absence de l'accompagnatrice ou du père à l'intérieur de l'institution. Ce qui devrait être un droit des femmes (être près de leur famille pendant leur hospitalisation) semble devenir une injonction, une norme imposée. Les femmes ressentent le besoin de se justifier de l'absence de leur réseau au sein de l'institution: *« Mon mari travaille »* ou *« il est resté avec les autres enfants »*, *« ma famille vit loin »* et *« ils n'ont pas d'argent pour payer le bus »* ou encore *« ils ne savent même pas où se trouve la maternité »*. En outre, divers acteurs institutionnels exercent une pression subtile en victimisant la femme non accompagnée. Nous avons entendu plusieurs propos tels que: *« la pauvre elle est toute seule »*, *« imagine, si elle est toute seule à la maternité comment ça va être une fois chez elle »*. Il semblerait que le droit devienne une obligation, et que les représentations de la mère seule ou isolée fonctionnent comme un fantasme dans les institutions, lesquelles ne prennent pas en compte la diversité des organisations familiales et leurs possibilités d'accès à la maternité, voulant à tout prix reproduire l' « idéal » de la famille (populaire) au sein de l'institution.

La famille pauvre urbaine est perçue de façon négative par les acteurs institutionnels, qui souvent la comparent à « la famille rurale », de « l'intérieur » (de l'État de Pernambouc), qui devient le modèle de la famille pauvre. Une assistante sociale explique: « *La famille de l'intérieur est la plus présente. Ici, en ville, c'est plus difficile. Vous avez des femmes qui sont ici, des femmes qui accouchent et personne ne vient les voir. Au moment de leur sortie, nous devons voir comment on fait »*. Lors du décès d'un bébé cette différence devient plus prégnante : *« la famille rurale, même dans une situation de misère totale est plus présente (dans l'institution) »*. Et ceci, *« en raison de leur formation, parce que les gens de l'intérieur sont plus attachés à leur famille, c'est une culture très unie. Tu comprends ? Un cas d'une femme avec neuf enfants. Elle a neuf enfants, mais elle tient à enterrer le bébé, à lui préparer une tombe, pour rester à côté du bébé. Alors, je pense que*

c'est quelque chose qui est plus fréquent à l'intérieur (zone rurale) en raison de leurs valeurs. Il est très rare que les gens de l'intérieur laissent le fœtus ici [388]*». (A família mais presente é a do interior. Aqui na cidade é mais difícil. Tem mulheres que ficam aqui, tem mulheres que parem aqui e não vem ninguém. Na hora do alta a gente que tem ir ver como é que faz (...)Por conta da formação, porque o pessoal do interior a gente é mais juntada com sua família, é uma cultura muito unida.Ta? Você veja, no caso desta mulher de nove filhos. Ela tem nove filhos, mas ela fez questão de enterrar, de deixar o sepulcro, pra ficar ao lado do bebê).*

Pour en finir avec cette discussion sur le séjour à la maternité, nous sortirons à nouveau du domaine des relations pour revenir aux objets en tant que cristallisations du social. Deux objets ont attiré notre attention lors des observations *in situ*, car ils manifestaient d'un côté la visée individualisante du dispositif et de l'autre la mise en réseau de l'expérience de la maternité lors du passage par l'institution. Ces objets sont « l'album du bébé » et le « téléphone ».

« L'album du bébé » est un objet qui a commencé à être distribué aux femmes en 2007 dans les maternités de l'État de Pernambouc dans le cadre du programme "*Mãe Coruja" (Mère Hibou)*[389]. Ce programme vise la réduction de la mortalité materno-infantile, notamment par l'action dans les coins les plus reculés de l'intérieur de l'état. Ainsi, le programme *"Mãe Coruja"*, cherche à *« donner aux femmes enceintes usagères du système de santé publique l'intégralité des soins, ainsi qu'à leurs enfants et leurs familles, en promouvant et en renforçant les liens affectifs ainsi que par la création d'un réseau de soutien dans le but de réduire la mortalité infantile et maternelle* [390]*». (Cuidando atenção integral às gestantes usuárias do sistema público de saúde, bem como aos seus filhos e famílias, incentivando o fortalecimento dos vínculos afetivos e criando uma rede solidária para redução da mortalidade infantil e materna).* La distribution des « albums du bébé » fait partie des nombreuses actions, visant la *« consolidation des liens affectifs dans les familles »*, notamment entre la mère et l'enfant. Nous retrouvons cette idée moralisante qui fait de l'amour maternel, ou plutôt de son absence, le responsable de la mortalité infantile. L' « album » représente comme une preuve écrite de cet amour, comme

[388] Entretien AS, Barros Lima, Recife, 26/06/06.

[389] Cette expression populaire, issue de la fable de La Fontaine « l'Aigle et le Hibou », symbolise l'amour maternel inconditionnel et « aveugle » face aux défauts des enfants. Le programme 'Mãe Coruja' a été implanté en décembre 2007 dans l'état de Pernambouco. Lors de notre séjour de terrain en 2008, plusieurs acteurs institutionnels nous ont fait part de critiques sévères envers celui-ci. Notamment, concernant sa rapide implantation et les modalités de son organisation, qui semblent très centrées sur la personnalité de sa coordinatrice, femme du gouverneur.

[390] Propos tirés du site internet du programme : http://maecorujape.blogspot.com/

l'attestation d'assiduité dans la sollicitude que la femme engage dès la sortie de la maternité. Nous savons avec Agnès Fine (2000) que les pratiques d'écriture, nettement féminines, accompagnent les rites de passage (par exemple, à l'adolescence, à la maternité), et ici « l'album du bébé » constitue la trace de la naissance de l'enfant, mais aussi de la « naissance de la mère » en tant que telle. Cependant, le fait que ces albums soient distribués par le dispositif de santé évoque la question de la régulation de la maternité des femmes de milieu populaire, dans leur tendance à individualiser l'expérience. Si d'autres objets, comme les photos ou les cartes d'invitation et des souvenirs de baptêmes et d'anniversaires, sont très courants chez les femmes de milieu populaire dans la construction de la singularité de l'enfant, il s'agit, nous semble-t-il, d'objets qui recouvrent l'importance du réseau social dans l'expérience et l'insertion de l'enfant dans celui-ci. Or, « l'album du bébé », de par son destinataire officiel, la femme, et de par son organisation et son contenu, fonctionne plus dans le sens d'une sollicitation individuelle à la femme que de l'inscription sociale de l'enfant. La première page à remplir dans l'album a pour titre « ma mère » (minha mãe) ; la femme y est appelée à se décrire elle-même. La deuxième page : « ma photo ». Ensuite viennent les caractéristiques du nouveau-né (poids-taille, couleur des yeux, des cheveux, ressemblances physiques) ainsi que de la naissance (médecin, lieu de naissance, heure de naissance, etc.). On trouve ensuite dans l'album, l'arbre généalogique, les données d'identité (numéro de l'acte de naissance et lieu de déclaration de l'enfant, etc.), les poids et les tailles de la première à la douzième année, ainsi que les premières activités de l'enfant (la première tétée, le premier bain, les premiers pas, etc.). C'est seulement à la dernière page que la femme peut insérer l'enfant non pas dans une généalogie, mais dans sa « famille » (eu e minha família). Cet objet combine la santé de l'enfant (il fonctionne aussi comme un carnet de santé) avec son inscription dans la relation maternelle. Tel que le souligne Agnès Fine, pour le cas d'enfants adoptés, ces cahiers qui ont pour fonction de donner « une histoire à l'enfant » deviennent très rapidement des « journaux à mamans » et ceci entraîne une *« injonction nouvelle » (…) « elles ne doivent plus seulement se faire tout à la fois pédiatres et psychologues, elles ont le devoir d'être mémorialistes »* (Fine, 2000: 130). Dans notre univers d'étude, l'injonction semble d'autant plus symboliquement violente qu'elle vise des femmes n'ayant pas la pratique de l'écriture et que le « cadeau » est donné par les dispositifs mêmes de contrôle sanitaire. D'ailleurs, les renseignements demandés dans l'album articulent les événements heureux de la croissance de l'enfant,

avec des données objectives biomédicales de sa « croissance normale ». Nous retrouvons ici l'effacement de l'écriture sur la mère, au profit d'une écriture sur l'enfant. *« L'ambigüité du sujet d'énonciation »* (Fine, *op.cit* : 131) exclut l'écriture intime de l'expérience maternelle et devient ainsi simplement la « preuve » du bon déroulement de la fonction maternelle.

Le téléphone, cet objet qui *« accomplit le mystère orphique de l'évocation des absents*[391] *»*, vient également faire acte de présence à l'intérieur de l'institution. Il extirpe l'expérience individualisée de la maternité pour l'insérer dans le réseau de la femme. Il établit et permet la relation entretenue avec le « dehors » de l'institution. Souvent, c'est une personne du réseau même qui laisse un téléphone portable à la mère hospitalisée. Les trois maternités possèdent des téléphones publics dans les halls centraux sur lesquels donnent les chambres des femmes. L'une des maternités distribue aux visiteurs des dépliants sur lesquels on peut lire: *« Apportez-lui (à la mère): absorbants, vêtements, serviettes, savon, peigne, dentifrice, brosse à dents, des vêtements pour le bébé et une carte téléphonique »*. Cet objet, à première vue insignifiant, agit comme le médiateur entre le « dehors » et « l'intérieur », entre deux temporalités différentes, entre le fait d'être seule face à l'événement de la naissance et avoir la confirmation d'autrui, entre l'expérience individuelle de la maternité et son inscription dans un réseau social. Cependant, cet objet permet non seulement d'insérer l'accompagnement des personnes du réseau qui sont à l'extérieur, mais il permet aussi la création de liens, certes sporadiques mais pas pour autant dénoués de ressources, entre les femmes hospitalisées et leurs accompagnatrices. Dans les trois maternités observées, les espaces où le téléphone public est situé se sont transformés en espaces de sociabilité. Les femmes viennent là pour attendre un appel ou pour appeler. Dans ces lieux, des informations sur le fonctionnement de l'hôpital, sur la présence ou l'absence d'un médecin, circulent entre les femmes, véritables *« demoiselles du téléphone »* dans l'institution.

Si les institutions publiques semblent commencer à prendre en compte cette dimension sociale de la maternité et cherchent à introduire de nouvelles pratiques, sous la bannière de « l'humanisation », il est intéressant de tenir compte à la fois du jugement porté sur ces politiques par la population cible, et des initiatives et tactiques déployées

[391] P.Albouy citée par Marie Miguet-Ollagnier, La mythologie de Marcel Proust, ALUB, Les Belles-Lettres, Paris, 1982.

par les femmes ainsi que par leur familles face à l'institution. Ces initiatives induisent des changements dans l'institution depuis le « bas vers le haut ». D'ailleurs, nous avons vu comment le dispositif de santé public opère dans le sens de « l'intégration » de la femme dans un réseau social, dont elle faisait partie déjà, en se réappropriant la réalité sociale de ce réseau par le biais de directives sanitaires, tout en en fixant les limites et les propriétés susceptibles de s'accorder avec l'institution médicale.

Indiquons, pour conclure ce chapitre, que l'institution hospitalière semble aux prises avec un important processus de changement, qui implique des relations nouvelles entre « profanes » et professionnels. Non seulement la technologie a transformé la médecine, mais aussi les pratiques médicales et les discours sur la profession renvoient à des nouvelles formes de légitimation de l'intervention. Dans ce contexte, le programme « d'humanisation de l'accouchement et de la naissance » s'inscrit dans une logique de *désacralisation* de l'institution et de sa valeur ultime: la science. Nonobstant, et suivant la même grille de lecture que propose François Dubet, ce n'est pas le pouvoir de l'institution médicale qui décline, mais certaines de ses formes de légitimation. À ce titre, nous pouvons nous demander si ce n'est pas à l' « humanisation » justement de légitimer, dorénavant, l'action médicale et sanitaire sur « l'autre ». Ce mouvement se développé presque en parallèle avec l'évolution du système de santé publique au Brésil et il est plus présent dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées, en particulier dans les services de santé maternelle et infantile. La cible de ces politiques ce sont principalement les femmes et les enfants car l'un des objectifs en est la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile par l'amélioration des conditions d'accueil et de soins dans les maternités publiques. Cependant, l'image des familles populaires en milieu urbain véhiculée à partir de ces nouvelles pratiques est complètement stéréotypée : d'abord, le « réseau » de la mère est réduit à deux figures ; ensuite celles-ci sont construites en opposition selon des fonctions sociales, différenciées en termes de genre et de génération. La place faite à chacune de ces deux figures, au sein de la maternité, de même que le temps dont elles bénéficient pour rester dans ses murs, témoignent de ces stéréotypes des services de santé: la mère de la mère, qui se doit d'être âgée, ne travaille pas et dispose alors du temps nécessaire pour jouer le rôle d'accompagnatrice. Son conjoint, quant à lui, n'a que 15 minutes de droit de visite, car il n'a rien à faire dans cet espace et sa place est au travail. D'ailleurs, la stigmatisation envers les hommes de milieu populaire au sein des institutions reste

réfractaire. Si l'introduction des réseaux de la mère dans la maternité peut lui être bénéfique lors de son passage par l'institution, on peut se demander jusqu'à quel point l'institution est prête à accueillir ces nouveaux acteurs, quelle place leur sera *assignée* et s'il n'est pas fait état d'une vision misérabiliste et négative des familles pauvres, comme un contre-modèle de l'idéal néo-familialiste.

Au-delà de l'accouchement la femme aura à négocier des espaces et des temps pour elle-même et pendant tout son séjour à la maternité. Si elles doivent s'adapter aux règles de fonctionnement des maternités publiques, à leurs horaires, à leurs frontières spatiales, à la normativité de leurs interactions, leur relation à l'institution ne se réduit pas à la verticalité, à l'adaptation et à la domination symbolique. Si les rapports asymétriques entre médecins et patients existent, c'est moins le cas avec d'autres professionnels comme les infirmières et les aides-soignantes. En plus, l'institution médicale elle-même est traversée par diverses logiques, modèles et définitions de leur propre action qui laissent aux soignées des marges de main d'œuvre. Nous avons vu comment de nouveaux dispositifs transformaient le fonctionnement des maternités publiques, remettant en cause des protocoles de soins anciens, incorporant de nouveaux acteurs à l'hôpital et re-signifiant le corps des mères. Il y a assimilation du corps maternel à un lieu de production d'un lien qui n´est pas que lien de sang, qui est aussi un lien de lait, tel qu'on le verra dans le prochaine partie, car l´un ramènerait à l´autre. Ce lien biologique, source d'amour et d´affiliation, aboutit à une biologisation du lien social, à l´association impérative entre « engendrement » et « maternité ».

Par cette association, à l'œuvre dans le cadre de la maternité, il s'agit de produire, par le biais de la sollicitation, la naissance de la sollicitude chez la femme. En ce sens, le passage par l'institution est primordial pour que s'effectue un passage de l'*assignation* et de la *perception interne* sanitarisée à la construction d'une sollicitude chez la femme, qui sera elle-même tout autant sanitarisée. Le domaine du bien-être et du risque passent, grâce à la relation charnelle et proximale mère-enfant, du côté de l'enfant. La relation qui germait à l'intérieur du corps féminin se délie de celui-ci et prend place dans le monde, pour être construite avec et à partir de la norme sanitaire.

Néanmoins, cette norme est réappropriée, et même réinterprété, par la femme. Si le dispositif vise la création d'une sollicitude sanitarisée et individualisée, les femmes

répondent par la création d'un « réseau » porté vers la « sollicitude ». Leur lien maternel ne peut se réaliser que par son insertion et son déploiement dans des relations du réseau.

Nous continuerons donc à suivre les mères à leur retour chez elles, dans le quartier, dans la « communauté » et à regarder comment se passe leur post-partum. Elles quittent l'institution médicale lors de leur sortie de la maternité mais se libèrent-elles vraiment de l'emprise du dispositif de santé publique ? Néanmoins, avant de répondre à cette question, nous nous devons de faire une halte sur l'expérience des femmes qui rentrent chez elles toutes seules, sans enfant.

III-4. L'expérience de la mort d'un enfant.

"Quem é essa mulher
Que canta como dobra um sino?
Queria cantar por meu menino
Que ele já não pode mais cantar
Quem é essa mulher
Que canta sempre esse estribilho?
Só queria embalar meu filho
Que mora na escuridão do mar[392]*"*
Chico Buarque, *Angélica*.

Avant de rentrer dans l'analyse de la construction quotidienne du lien de filiation nous nous devons de faire un court mais sinistre détour à travers les expériences avortées de la maternité. Ce sont bien d'« expériences avortées » de la maternité qu'il s'agit et non pas d'avortements, dans le sens où le travail d'assignation et de sollicitation de la part du dispositif, ainsi que le travail d'incorporation du rôle de sollicitude et de construction du lien filial sont déjà entamés depuis la grossesse. Il y a déjà « un enfant [393]». Ces processus ayant aussi été confirmés par la naissance, comme

[392] « Qui est cette femme qui chante comme les cloches sonnent? Je voulais chanter pour mon enfant car il ne peut plus chanter. Qui est cette femme qui chante toujours le même refrain? Je voulais seulement bercer mon enfant qui vit dans l'obscurité de la mer ».

[393] L'enfant est ici ontologiquement défini en tant que tel par les acteurs eux-mêmes. Nous savons qu'une définition *a priori* pourrait induire des présupposés culturels et normatifs. Ainsi, l'accouchement ne saurait être à lui seul l'instance d'instauration de « l'être de parole », l'enfant. Nous avons vu comment dans le projet construit tout au long de la grossesse l'enfant existe déjà même si sous une forme virtuelle. Au contraire, il peut avoir accouchement d'un être « de chair », sans pour autant qu'il y ait confirmation de « l'être de parole ».

« moment fort », instituant, du rôle maternel et de la « sollicitude ». Il s'agira ici de la rupture plus ou moins abrupte dans l'expérience de la maternité que signifie la mort de l'enfant.

Notre travail là-dessus a été possible grâce à la participation à une recherche menée par l'équipe FAGES (Família, Genêro e sexualidade) de l'Université Fédérale de Pernambouc[394], portant sur la mortalité infantile à Recife. Au départ, nous avions envisagé cette participation comme un complément, mené en parallèle, de notre propre recherche sur les expériences maternelles et, de façon plus pragmatique, comme une voie d'entrée sur le terrain du quartier de Pantanal. Cependant, les deux recherches se sont peu à peu articulées et de manière très serrée, nous pourrions dire, par le « haut » et par le « bas », du point de vue du dispositif de santé publique et du point de vue des expériences maternelles. Nous avons vu, ci-dessus, comment la mortalité infantile s'est constituée comme un « problème sanitaire », orientant les politiques publiques de santé dirigées vers les femmes de milieu populaire et intervenant ainsi dans leur expérience de la maternité. Il s'agit maintenant de revenir sur le « bas » de cette question, sur les expériences des femmes qui perdent un enfant, sur leurs logiques d'action, leur ressenti et la subjectivation de leur expérience.

Il s'agit de mettre en relief la manière dont la mort de l'enfant devient une dimension de l'expérience même de la maternité. Elle y intervient en tant que dimension phantasmatique – la mort, toujours possible, hante les femmes enceintes, mais apparaît aussi en tant qu'éventualité présente dans l'expérience des femmes de milieu populaire à Recife. Elle intervient dans l'expérience de la maternité régulée comme une interface du dispositif, dans la matérialisation et l'identification maternelle, autant lorsque l'enfant survit que quand il meurt. En effet, c'est sur plusieurs plans que la naissance et la mort se synchronisent. Les entretiens réalisés dans le cadre de la recherche sur la mortalité infantile permettent de percevoir l´articulation entre les expériences de la naissance et de la mort d'un enfant: les conflits et arrangements entre la famille et la femme d´un côté et les services de santé de l'autre; l´âge de la femme et sa trajectoire conjugale comme composantes des expériences différenciées, les difficultés spatiales et économiques de la mère; la place donnée à l´enfant en milieu populaire ; ou encore

[394] La plupart des données traitées ici relèvent de cette recherche. Nous remercions la générosité de l'équipe de chercheurs de FAGES et son directeur, M. Parry Scott, qui nous ont autorisé d'utilisé leur utilisation.

les réseaux d´entraide mobilisés par les femmes. En effet, nous retrouvons diverses dimensions fonctionnant comme des contraintes ou des ressources, tant dans le cas de la naissance que dans celui de la mort de l´enfant.

III-4-a. La reconfiguration des morts des enfants. Enjeux sanitaires et enjeux anthropologiques de l' « amour maternel ».

Il peut paraître paradoxal que cette partie « sur la naissance » aboutisse avec l'événement de la mort. Si nous avons choisi de placer cette question dans ce carrefour du texte, comme point culminant de la « naissance », et cela avant d'entrer dans les expériences quotidiennes de la maternité, c'est parce que la plupart des morts d'enfants étudiées ont eu lieu lors des premiers jours de vie, et dans l'interstice temporel et spatial situé entre les institutions hospitalières et le retour à la maison, confirmant ainsi les données statistiques au niveau national et municipal. En effet, rappelons ici que les fractions contribuant le plus aux taux de mortalité infantile sont celles néonatales précoces (des enfants de moins de 6 jours) et les fractions périnatales (regroupant les gestations de plus de 22 semaines complètes et les néonatales précoces). Aujourd'hui, les morts d'enfants de moins d'un an, au Brésil, surviennent le plus souvent pendant la première semaine de vie, voir le premier jour de vie, c'est-à-dire, généralement à l'hôpital.

Dans l'État de Pernambouc, 88 % des 2. 699 morts d'enfants de moins d'un an en 2006 ont eu lieu dans des institutions de santé. Ainsi, telle que la naissance, la mort des enfants est aujourd'hui médicalisée dans le Nordeste brésilien. Les données de 2003 (Aquino et *al*. 2007), concernant les décès périnataux dans la ville de Recife, montrent que la plupart étaient des morts fœtales et qu'elles avaient eu lieu dans des maternités publiques rattachées au SUS.

En outre, la question de la mortalité infantile s'est intriquée à celle de « l'amour maternel » et à la composante affiliative. Cette dernière faisait partie de notre programme de recherche et nous l'avons relativement évité jusqu'ici. Effectivement, il ne s'agit pas, pour nous, de rentrer dans le débat a-sociologique de savoir si l'amour maternel existe ou non chez les femmes rencontrées. Quand on est « enfant » ou « mère », on l'est dans un contexte particulier où s'entrelacent des sentiments beaucoup trop complexes et particuliers pour pouvoir être aisément abordés avec des outils sociologiques, en dehors de toute préconception sur l'existence et les modalités

de l'amour maternel. Définir l'affectif comme une dimension de l'expérience de la maternité découle, pour nous, d'un besoin d'exhaustivité dans l'étude de notre objet. Il s'agit de rendre compte de la manière dont les liens entre la mort d'un enfant et « l'amour d'une mère » se tissent dans les représentations des professionnels de santé, répercutant ainsi sur les expériences des femmes concernant le lien de filiation quotidien. Prendre en compte la dimension affective devient fondamental, surtout au Brésil où, tel que le rappelle Dominique Vidal en reprenant Rezende, *« la présence de l'affectivité dans les relations a été constituée en trait caractéristique de l'identité nationale, dans les discours savants comme dans le sens commun »* (Vidal, 2007 :182). En effet, ce qui nous intéresse ici, c'est la mobilisation et la régulation des catégories affectives prenant part non seulement dans la relation mère-enfant, mais aussi entre professionnels et patients, et de façon plus générale, dans la construction d'un « problème sanitaire » comme relevant d'une question « affective » en même temps que « nationale ». Si depuis quelques décennies nous connaissons le caractère « construit » et historique de l'amour maternel (Ariès, 1973 ; Badinter, 1980), nous savons aussi que cette construction a été au centre des préoccupations sanitaires, comme moyen « affectif » de réduire la mortalité infantile des pays. Ainsi, cette *« amélioration du comportement et du sentiment maternels »* (Shorter, 1981 ; 249) est toujours interprétée comme une des raisons de la baisse de mortalité infantile depuis la fin du 18ème siècle dans les pays européens. Edward Shorter disait dans les années 70 que *« l'amour maternel intervient comme une variable indépendante dans l'équation complexe de la mortalité infantile »* (*ibid.* ; 250). L'incidence du sentiment d'amour maternel sur la mortalité infantile n'est donc pas une construction contemporaine. Elle fait partie, aussi au Brésil, d'une longue histoire liée elle-même à la naissance de la « doctrine de la famille nucléaire » et des préoccupations politiques concernant la « population ». Tel que le montre l'historienne brésilienne Ana Paula Vosne Martins (2008), tout au long du 20ème siècle la médecine brésilienne s'est efforcée de dresser l' « amour maternel ». Elle montre aussi comment, à un moment donné, l'amour, « pur et brut », ne fut plus suffisant pour inciter les femmes à prendre soin des enfants, mais il a fallu aussi que cet amour soit dirigé, éduqué et socialisé à l'art de la puériculture et de l'hygiène. Comme le disait un médecin brésilien dans les années 1950: *« Il n'est pas suffisant que l'amour maternel ait la force d'un sentiment instinctif : il est*

nécessaire de l'illuminer avec les connaissances de la puériculture pour que tout le bienfait fait pour le bébé soit conscient et lucide[395] *».*

Cette question de « l'amour maternel » n'a pas été épuisée, et elle est toujours au centre des modalités contemporaines du dispositif de régulation des comportements maternels avec les catégories sanitaires que nous avons esquissées ci-dessus : « bien-être », « risque », etc. Il faut aussi rappeler, en ce sens, que la problématisation du lien entre mortalité infantile et « amour maternel » n'a pas été exclusive des médecins, politiques et médias, mais elle a aussi pris une place dans les sciences sociales qui se sont engagées dans des approches contrastées sur la mortalité infantile dans le Nordeste brésilien. Ainsi, la recherche *« Mortalité néonatal et infantile : représentations et risques chez les adolescents et adultes à Recife*[396]*»* était partie prenante d'un débat plus large, qui s'est engagé dans les années 80 dans le Nordeste brésilien, et ayant comme principaux adversaires des auteurs américains du champ de l'anthropologie médicale, qui se sont efforcés de rendre compte des causes des taux élevés de mortalité infantile dans la région. Parmi ces tentatives d'explication, la place des affects et le rôle maternel suscitent maintes controverses. Entre 1984 et 1985, l'anthropologue américaine Nancy Scheper-Hughes, publie deux textes où elle explique les mortalités infantiles par la notion de *« négligence maternelle sélective »*. Les mères seraient amenées à choisir les enfants présentant des signes de possibilités de survie en laissant les plus faibles dans les bras de Thanatos. Les femmes développeraient des attitudes spécifiques envers ces « enfants faibles », lesquelles glissent, peu à peu, dans les textes de Scheper-Hughes, du registre de la passivité (indifférence, oubli, etc.) vers des attitudes actives où la notion de *« sélection »* devient significative. Voulant par-là renverser l'image de la femme déterminée par sa condition et porter ainsi une critique à l'évidence de « l'amour maternel », Scheper-Hughes semble être allée trop loin dans l'interprétation qu'elle propose de ses données empiriques. Elle nie la thèse de l´existence d´un amour maternel universel, comme tant d´autres auteurs, en plaçant la mère dans une position active dans l'explication de la mort des enfants. L'amour maternel n´est pas seulement une construction sociale, mais cette construction varie d´une société à une autre et dans certains cas elle peut même

[395] Franklin de Oliveira, *O Cruzeiro*, 10 août 1953, cité par Ana Paula Vosne Martins (2008) (Traduction de l'auteure)

[396] "Mortalidade neonatal e infantil : representações e riscos para adolescentes e adultos no Recife ", FAGES/UFPE/CNPQ.

être nocive pour la vie des enfants. Lorsque l'auteure voit *« des morts* (d'enfants) *sans larmes* [397]*»*, elle en déduit le manque d'amour et de sentiments pour ces enfants. Les femmes, vivant dans un contexte de violence extrême, auraient développé une *« attitude stoïque »* (Scott, 2000) face à la mort des enfants. C'est sur ce point notamment que les critiques épistémologiques se sont élevées. Ainsi, elle aurait fait preuve d'ethnocentrisme en interprétant le manque de pleurs chez les mères ayant perdu un enfant, comme un signe de désaffection dans la relation. Selon elle, la maternité de ces femmes peut ainsi devenir plus dangereuse pour les enfants que « les microbes ». Le passage rapide des observations des pratiques de maternage et des comportements face à la mort à la détermination de l'existence ou de l'inexistence d'un sentiment, peut entraîner le chercheur dans des gouffres ethnocentriques. En 1988, Marilyn Nation et Linda Rebhun (1988) publient un article qui réfute les propositions de Scheper-Hughes, en replaçant les femmes *nordestines* dans leurs conditions objectives, de faim, de pauvreté et d'injustices, et devant faire face aux morts de leurs enfants dans de telles conditions. Les auteures, dans une optique plus « culturaliste », montrent comment les représentations des femmes des « enfants morts » comme des « anges » influent sur leurs comportements. Ainsi, si elles ne pleurent pas c'est parce que les *« les anges aux ailes mouillées ne peuvent pas s'envoler* [398]*»*. Dans un article plus récent, Nations (2008) reprend plus radicalement sa critique envers Sheper-Hugues en dénonçant son approche cognitiviste qui analyse des comportements situés des femmes, taisant ainsi la « violence structurelle » (pauvreté, machisme, violence institutionnelle, etc.) dans laquelle ils ont lieu. Par l'*« ethno-étiologie de la mort infantile »,* des *« constructions d'explications populaires »,* des propos de 45 femmes du Nordeste brésilien, Nations distingue 18 déterminants des morts et constate qu'aucune femme ne fait référence, ni directement ni indirectement, à *« la négligence sélective »*. Les femmes expliquent les morts par les « pathologies et maladies de l'enfant », ensuite par les problèmes liés aux services de santé publique (notamment les difficultés d'accès à l'institution) et la mauvaise attention de la part des professionnels de santé (les mauvais traitements, la négligence professionnelle, le manque d'humanité, etc.). Enfin, les causes évoquées par les femmes sont celles qui sont liées à leurs conditions de vie (la famine, l'hygiène, la violence masculine, etc.). Dans ce travail Nations constate chez les femmes, contrairement à Scheper-Hughes,

[397] C'est le titre de son ouvrage, publié en 1992 aux USA : "*Death Without Weeping: Everyday Violence in Brazil*".

[398] Titre de l'article de Nations et Rebhun (1988)

des manifestations affectives envers les enfants morts et l'inversion de la direction de la demande d'affects : ce sont les femmes qui demandent un traitement plus affectif de la part des professionnels de santé.

Ce renversement des demandes affectives est à articuler avec les enjeux des « responsabilités » de la mortalité infantile, et à re-contextualiser, tant la scène épidémiologique, sociale et institutionnelle étudiée par Nancy Scheper-Hughes s'est transformée.

La recherche de l'équipe FAGES prend place dans un contexte social et institutionnel différent de celui observé par les anthropologues américaines : les taux de mortalité infantile ont considérablement baissé depuis trente ans, ce qui est lié à plusieurs facteurs sociaux mais qui peut aussi être vu comme une conséquence directe du développement du système de santé brésilien atteignant, tant bien que mal, les populations qui en étaient exclues auparavant. Il s'agissait de réaliser la recherche dans ce contexte, marqué par la réduction des taux de mortalité infantile et par le déploiement du système de santé, lui-même dans un contexte de réorganisation et de changement de paradigmes sanitaires, palpable par de nouvelles formes de prise en charge de ces femmes par l'humanisation et par les catégories de « risque » et « d'évitabilité ».

Dans le cadre de la recherche sur la mortalité infantile, il a été « heureusement » assez difficile de trouver des « cas » de femmes à interviewer, montrant ainsi la convergence de la réalité du terrain avec les données statistiques générales de diminution de la mortalité infantile. Pourtant, les entretiens réalisés[399] nous permettent de dégager certains processus à l'œuvre.

De manière générale, l'expérience de la mort d'un enfant inscrit la femme dans des relations particulières vis-à-vis du dispositif de santé publique. Nous sommes loin du cadre communautaire et familial des expériences décrites par Scheper-Hughes, dans les

[399] Entre 2006 et 2007, dix entretiens ont été réalisés avec des femmes ayant perdu un enfant. Ce sont les professionnels des «unités de santé » qui nous signalaient des « femmes ayant perdu un enfant ». Il faut donc tenir compte du filtre de l'institution pour saisir ces cas. À partir de ces entretiens, d'autres ont été effectués avec des personnes du réseau de la femme par la méthode de la « boule de neige ». Des entretiens avec des professionnels de santé ont ensuite été menés, ainsi que deux groupes de discussions formés avec les ACS des quartiers Pantanal et Vietnã.

années 80, et l'expérience de la mort, dans le Nordeste brésilien, s'est autant médicalisée que celle de la naissance. Ainsi, la mort d'un nouveau-né, à l'instar de la naissance, semble le point culminant d'itinéraires thérapeutiques particuliers dans les services de santé publique. Le dépistage des problèmes médicaux lors des grossesses s'est amélioré autant en termes quantitatifs que qualitatifs ; cependant les facteurs de « risques » ayant le plus de répercussions sur la mortalité périnatale sont pointés comme étant ceux liés aux problèmes survenus pendant la grossesse.

En effet, si du côté des causes de la mortalité infantile à Recife nous trouvons en premier lieu les causes relatives aux « affections périnatales » et aux « malformations congénitales », du côté du dispositif le nombre de décès par « critère d'évitabilité » montre que, en 2004, 32% des décès d'enfants de moins d'un an auraient pu être évités par *« un contrôle adéquat de la grossesse »*, 19% auraient pu être évités par un surplus de *« prévention, diagnostic et par un traitement précoce »* et 14% des décès par *« une attention adéquate lors de l'accouchement* [400]». Tel que nous l'avons signalé ci-dessus, les causes de la mortalité infantile ayant changé, le dispositif doit revoir ses modes d'intervention, son focus d'attention. Car, si auparavant la mortalité des enfants était plus élevée lors des premiers mois de vie et liée aux conditions sociales, alimentaires et hygiéniques, aujourd'hui elle est liée à des problèmes médicaux périnataux. En même temps que les causes se sont déplacées, les taux de mortalité infantile ont diminué, ce qui devient une source de satisfaction chez les professionnels de terrain, tel que nous le dit une ACS : « *Quand on avait un cas à cause de la diarrhée ou d'IRA (infections respiratoires aigües) le nombre était très différent (d'aujourd'hui en raison de l'orientation, n'est-ce pas ? Je pense qu'auparavant on voyait beaucoup de femmes qui donnaient naissance à dix, douze enfants et elles n'en élevaient que cinq ou quatre. Elles n'allaient pas non plus (à l'unité de santé) pour soigner une diarrhée ou d'autres choses, elles ne se donnaient pas la peine pour ces choses-là! (L'enfant) mourait mais elles en accouchaient d'autres. Aujourd'hui elles sont mieux informées en raison du temps que nous avons passé avec insistance et acharnement* [401]». *(Mas quando tinha um caso assim por causa de diarréia ou de IRA, o numero era bem diferente. Até por conta da orientação. Acho que antigamente o pessoal olhava muito a mulher que paria dez, doze filhos e se criava cinco, quatro. Não ia mais por diarréia, por essas coisas aí. Não se incomodava muito com essas coisas, não! Morria mais e elas pariam mais. Hoje estão mais orientadas, devido o tempo que a gente vem batendo na mesma tecla).*

[400] Source : Sécretaria de Saúde, Prefeitura de Recife, 2004.
[401] Groupe de discussion ACS, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Vietnã, Recife, 26/09/06.

Si nous pouvons retrouver des bribes de la représentation qui lie la mortalité infantile aux comportements des femmes, par le biais d'une grande fécondité, cette ACS suggère qu'il s'agit d'un panorama nouveau. La prise en charge de la mort par le dispositif de santé est assez différente de celle qui existait dans les années 80. Plusieurs logiques du dispositif entrent en scène. Nous l'avons vu, la catégorie « maternité à haut risque » est une dimension déterminante des itinéraires thérapeutiques particuliers lors de la grossesse. Nous avons vu, ci-dessus, que la notion de « risque » était systématiquement appliquée aux mères adolescentes, alors qu'il n'y a pas de lien entre mortalité infantile et maternité adolescente. Les professionnels de la santé commencent à le percevoir, en y voyant un problème de prise en charge : *« Ce que je vois, c'est que nous avons un problème, un de plus fort taux de mortalité (infantile) chez les femmes adultes, n'est-ce pas ? Mais aussi parce que le taux de fécondité est encore centré sur les femmes adultes*[402] *» (O que eu tô percebendo é que a gente tem problema, uma mortalidade maior ainda na, no do adulto, né? Porque também, a taxa de fecundidade ainda é centrada na mulher na faixa adulta).* En effet, non seulement les taux de mortalité diminuent et les causes se déplacent, mais le dispositif lui-même est davantage réflexif sur ses domaines d'action, sur ses outils et ses moyens d'évaluation.

Du côté des femmes, la catégorie de la gestation à « haut risque » détermine en grande partie non seulement l'expérience de la grossesse, mais aussi celle de la mort de l'enfant. Marcia, par exemple, qui avait des problèmes d'hypertension artérielle pendant sa grossesse nous dit : *« pendant la grossesse, j'ai eu beaucoup de problèmes, j'ai eu beaucoup de problèmes (…) de santé. Je passais ma journée chez le médecin. Je vivais plus à l'hôpital qu'à la maison*[403]*». (Durante a gravidez eu tive muitos problemas, fiquei com muitos problemas (..).De saúde. Passava o dia no médico. Vivia mais no hospital do que em casa.).* Être « mère à risque » intervient chez les femmes de façon à ce qu'elles se sentent davantage « actrices » de leurs itinéraires, des itinéraires marqués par une fréquentation plus assidue des services de santé. Ainsi, ce n'est pas seulement l'itinéraire et l'assiduité qui conditionnent l'expérience de ces femmes, mais la vision d'elles-mêmes dans cette circulation entre services de santé. Nous avons vu comment elles se disent ainsi « plus responsables » que les autres mères qui seraient « sans » risques. Ce surplus de « responsabilité » joue sur la constitution d'un

[402] Entretien fonctionnaire district sanitaire VI, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Recife, 24/08/06.

[403] Entretien Marcia, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 17/04/06.

« projet d'enfant » ; mais dans la construction de ce projet il y a toujours une possibilité d'échec. Il est intéressant de voir comment l'échec du « projet » d'enfant tend à prendre lui-même la forme de « projet », dans le sens où il est déjà prévu : une expérience préparée par l'extirpation de la mort aux aléas de la vie. Comme le dit le conjoint d'une femme, père d'un enfant mort : « *Le médecin lui disait toujours qu'elle était encline au risque parce qu'elle était une personne, une femme jeune, de 18 ans, 17 ans au moment de sa grossesse. Alors là, il y avait toujours un certain risque, n'est-ce pas ? Alors j'étais toujours conscient de ça. Quand tu apprends la nouvelle (de la mort de l'enfant) et que c'est une surprise, c'est mauvais. Mais quand tu as déjà planifié cette nouvelle, alors tu es déjà préparé.*[404] *» (Sempre o médico dizia a ela, que era adepta ao risco por ser uma pessoa, uma menina nova, dezoito anos, né? Dezessete anos na época. Assim aí tinha sempre um certo risco, né? Aí eu sempre estava consciente a isso, né? Você pegar uma noticia de surpresa é ruim, mas você já planejando uma notícia ruim, aí você já fica já se acostumando.).* Paradoxalement, quand le dispositif de santé, par l'intermédiaire de la notion de « haut risque », vise à renforcer la construction de la *sollicitude* de la femme envers l'enfant à venir, il intervient aussi dans une préparation subjective à la mort éventuelle de l'enfant. Si le développement technique et médical de la prise en charge de la grossesse mène à une *« perception interne sanitarisée »* chez la femme enceinte et à une « maternité régulée », ce même développement permet la construction d'une *« perception interne sanitarisée »* de l'échec du projet. Ainsi, une femme nous raconte comment sa sœur, qui avait une grossesse à « haut risque », s'en est aperçue toute seule, alors que dans l'unité de santé du quartier on n'avait pas fait le bon « diagnostic » : « *Sa grossesse a été…elle enflait beaucoup parce que sa tension montait. Elle enflait alors, parfois elle ressentait des vertiges. Sa grossesse n'a pas été saine...Parce que, parfois, la personne est enceinte et elle a une grossesse normale, n'est-ce pas? Elle n'a pas eu une grossesse normale. Elle avait des vertiges, sa tension montait…Un jour, elle est allée vérifier la tension là-bas (…). La femme de l'unité de santé (o posto) lui a dit que c'était normal, et quand elle est allée à la clinique, sa tension était élevée, tu comprends? Et si elle n'avait pas su…si elle n'y était pas allée et qu'elle ne souffrait pas des vertiges, si elle n'y était pas allée, elle aurait mangé salé, elle aurait mangé d'autres choses (permises pour ceux qui ont une tension) faible. Mais la sienne était déjà élevée. Nous avons tous été surpris par une telle chose. Je veux dire, mon Dieu, comment une personne peut-elle dire une chose pareille ? ... Elle allait revenir parler à la femme (de l'unité) : 'tu as mal contrôlé ma tension'. Elle était désespérée ...Il y a tellement de choses qui se passent, que la personne doit examiner toutes les choses très bien. La femme (de l'unité) a mesuré sa tension et elle était basse, elle a dit qu'elle*

[404] Entretien Damião, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 26/04/06.

était normale... Quand elle est arrivée à la clinique (la tension) était élevée. C'est possible que dans ce laps de temps elle ait augmenté, mais elle ne monte pas si vite, hein?[405] *» (A gravidez dela foi assim, inchava muito porque a pressão subia, ficava inchando, de vez em quando sentia tontura, entendeu? Não foi uma gravidez saudável... Porque, às vezes, a pessoa engravida e tem uma gravidez normal né? Ela não teve, ela não teve uma gravidez normal, ficava tonta, a pressão subia... Um dia desse mesmo, ela foi para tirar a pressão, medir a pressão aí (...). A menina no Posto disse que estava normal, quando ela chegou lá na Policlínica estava alta, entendeu? E se ela não soubesse mesmo, se ela não tivesse descido, e ela se sentindo tonta, se ela não tivesse descido tinha comido sal, tinha comido outras coisas já que estava baixa né? Mas só que já estava alta. "Vá embora para o Imip se internar que você está com a pressão alta". A gente ficou pasma com uma coisa dessa, está entendendo? Eu digo; meu Deus, como é que a pessoa diz uma coisa dessas... Que ela ia até voltar para falar com a menina, "menina tu mediu a minha pressão errada". Aí ficou desesperada... É tanta coisa que acontece né? Que a pessoa tem que olhar as coisas direitinho, está entendendo? (...).A menina tirou e estava baixa, disse que estava normal... Quando chegou na Policlínica estava alta. Pode ser que no período tenha subido, mas não sobe tão rápido assim, né?).*

L'échec du projet d'enfant est projeté, comme la naissance de l'enfant, non seulement par le biais du dispositif de santé, mais aussi par la confirmation du réseau des personnes qui entourent une femme enceinte « à haut risque ». Ce sont souvent les femmes les plus âgées ou ayant plus d'« expérience » qui aident la mère à se préparer pour faire face à la mort. Ainsi, une femme ayant perdu un enfant de deux jours dit que les médecins à la maternité n'avaient rien vu. Cependant, les « plus anciens » l'avaient « prévenue » des problèmes respiratoires de son enfant. « *Les gens qui venaient faire des visites, les plus âgés, n'est-ce pas? Les plus jeunes, non. Plutôt les plus âgés, ceux qui avaient déjà des enfants. Ils disaient que sa respiration n'était pas normale, qu'elle n'était pas celle d'un enfant normal, alors ils se plaignaient (auprès des médecins). Tout le monde arrivait et disait que sa respiration était différente.*[406] *» (Assim, as pessoas que iam fazer visitas, os mais velhos, né? Os mais novos, não. Mais os mais velhos, que já tinham tido filho, aí diziam que a respiração dele não era normal, feito a de uma criança normal, assim. Reclamavam, todo mundo chegava e dizia, a respiração dele é diferente).*

Des formes du savoir « profane » sont mobilisées dans la perception des grossesses, des naissances ou des nouveau-nés, afin d'évaluer leurs possibilités de survie. Nous

[405] Entretien Vanda, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Ibura, Recife, 13/06/06.
[406] Entretien Patricia, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Vietña, Recife, 27/04/06.

avons entendu parler, entre autres, de la taille et de la couleur du ventre maternel (trop grand, trop petit), de la taille et des aspects généraux du bébé, etc. Ces savoirs circulent dans l'espace de sociabilité des quartiers populaires redéfinissant les contours du réseau. Ils circulent, jugent et évaluent la viabilité d'une grossesse ou les possibilités de survie d'un enfant. Tel que nous le raconte Flavia, lorsqu'elle est rentrée chez elle avec son bébé qui pesait 1,850 kg, la nouvelle de la naissance de son bébé avait déjà fait le tour du quartier, ainsi que les appréciations sur son aspect et son état de santé : *« Mon beau-père, quand il a vu l'enfant, a aussitôt fait un scandale. Il est allé là-bas, chez ma mère. Il a dit qu'il allait ramener le garçon à l'hôpital. Il a dit que l'enfant allait mourir, qu'il n'allait pas supporter, qu'il allait mourir et je ne sais plus quoi encore. Alors là, ma mère s'est fâchée. Mais il faut dire qu'il boit beaucoup, mon beau-père. Il disait à tout le monde que l'enfant allait mourir, mourir, mourir, que l'enfant ne tiendrait pas, que l'enfant était trop petit, trop maigre et je ne sais plus quoi, mais sa gueule était trop grande, mon Dieu ! C'était comme un mauvais sort (...). Ma mère n'a rien dit, elle disait juste que tout le monde avait un regard de pitié envers mon enfant. Et, je n'ai pas aimé ça. Je suis encore toute stressée, je n'aime pas qu'on me regarde moi et mes enfants, avec un regard de pitié, non! Puis, quand je suis arrivée (de la maternité), les bruits ont couru partout dans la rue. Quand je suis arrivée, il y avait beaucoup de monde. Même mon mari était contrarié, il voulait que personne ne soit là, à regarder l'enfant pour ne pas lui jeter le mauvais œil!* [407]*» (Meu sogro fez logo, quando foi ver o menino, fez logo um escândalo. Foi lá na casa da minha mãe, disse que ia levar o menino de novo para o hospital. Disse que o menino ia morrer, o menino não ia agüentar, o menino ia morrer e não sei o quê. Aí, enfim mãinha ficou logo aperreada lá. Aí a gente porque ele também bebe muito, meu sogro. Aí ficou falando para todas as pessoas que o menino ia morrer, que ia morrer, ia morrer. Que o menino não ia agüentar, que o menino era muito pequeno, muito magro e não sei o que assim. A boca foi tão grande, que meu Deus do céu! É uma boca de praga. (...). Minha mãe dizia nada, dizia que assim todo mundo olhava para ele com um olhar de pena. Aí eu já não gostava, eu não gosto. Fico logo estressada. Eu não gosto que ninguém olhe para mim nem para os meus filhos com olhar de pena, não! Aí quando eu cheguei, a fofoqueira saiu espalhando para a rua todinha que eu cheguei. Aí deu um monte de gente da rua, até meu marido se chateou que não queria ninguém, olhando o menino muito pra não botar mau olhado!).*

Dans l'extrait ci-dessus, pointe le poids du mode de sociabilité en milieu populaire au Brésil, dès qu'on se place dans une perspective de l'individualisation de l'expérience et de la privatisation de la famille. Surtout quand les appréciations des « voisins »

[407] Entretien Flavia, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 26/05/06.

relient la santé de l'enfant à toute une série de causalités en rapport avec les comportements de la mère, ou du père, et aux conditions familiales d'accueil de l'enfant. Deux points sont à souligner sur ces logiques prédictives. D'abord, ce savoir « profane » n'est pas isolé des savoirs médicaux, sanitaires et psychologiques. Il fusionne ces connaissances afin d'évaluer la survie de l'enfant. Ensuite, ces savoirs et cette immixtion du réseau élargi peuvent être perçus autant comme une contrainte, comme dans le cas de Flavia évoqué ci-dessus, que comme une ressource, valorisée face aux savoirs « institutionnels ». Ainsi, Flavia nous a dit plus tard que son beau-père et sa belle-sœur qui s'étaient occupés de toutes les démarches concernant l'enterrement de l'enfant. Quant aux savoirs, s'ils ne sont pas « purs » et autonomes des savoirs « institutionnels », les « savoirs profanes » contrebalancent ces derniers et sous-tendent certains jugements portés à l'encontre du dispositif de santé publique.

III-4-b. Désinstitutionalisation, risque et évitabilité : de l'individualisation des responsabilités.

Il est question ici de la façon par laquelle la mort d'un enfant s'inscrit dans l'expérience de ces femmes, de plus en plus sollicitées par le dispositif en tant que responsables de leurs parcours maternels : la possibilité de mobiliser ce qui relèverait du registre de *« l'évitabilité »* comme contrepoids à celui du *« risque »*. Malgré cette responsabilisation individuelle des femmes concernant la viabilité de leur grossesse, lorsque des problèmes se posent au moment de la naissance et que l'enfant meurt, la responsabilité de l'événement en revient aux institutions et aux professionnels de santé. L'expérience de la prise en charge médicale, est alors reconstruite comme défaillante par les femmes. Sans qu'elles s'engagent pour autant dans un discours critique vis-à-vis de l'ensemble du dispositif de santé, c'est souvent dans l'enchaînement d'actions, qui s'étendent depuis les premières consultations du prénatal jusqu'aux soins post-couches, qu'elles trouvent des interactions, des moments, des espaces, des professionnels ou des techniques défaillants, inadaptés ou « inhumains » pouvant expliquer la mort. C'est dans l'un des chaînons de ces itinéraires qu'elles vont placer le focus permettant de déceler les responsabilités du décès de l'enfant. Tout se passe comme si les femmes, *assignées* individuellement par le dispositif à la *sollicitude* envers l'enfant depuis leur engagement dans le « projet », se retrouvaient investies de plus de légitimité pour renvoyer au dispositif de santé la faute de la mort. Comme si le dispositif l'avait trompé dans sa construction du projet d'enfant. Marcia,

qui dit avoir eu des *« problèmes de santé »* pendant sa grossesse, décrit minutieusement sa déambulation avant d'accoucher. Cette question est devenue centrale dans la ville de Recife et les femmes ayant vécu des morts d'enfants sont nombreuses à être passées par ces déambulations : *« Puis, quand je suis arrivée à la clinique, le médecin m'a examinée. Elle a dit : 'mon Dieu, cette femme est en train d'accoucher'. Et elle m'a grondée en disant 'Mère, mais comment ça se fait, mère, que vous ressentiez des douleurs depuis trois heures du matin et que vous restiez à la maison dans la douleur? Et votre bébé est en train de naître, petite mère'. Puis, j'ai paniqué, j'ai commencé à pleurer immédiatement, j'étais stressée. Alors, elle m'a dit : 'vous ne pouvez pas rester ici'. Alors là, tout le monde s'est démené pour chercher une ambulance et il n'y en avait pas. Ça a été difficile de trouver une ambulance dans l'urgence (…). Je ne sais pas comment, l'ambulance avait disparue. J'ai donc encore attendu plus de cinq minutes. Puis, quand ils m'ont mise dans l'ambulance, le médecin a dit : 'Mon Dieu, elle est déjà en train d'accoucher, elle est en train d'avoir son bébé'. 'Vous ne pouvez pas avoir le bébé ici, mère'. 'Mère, s'il vous plaît, attendez, mère, d'arriver à la clinique'. Mais quand on sent la douleur… et le bébé qui veut sortir. Moi, j'agonisais déjà de douleur, je voulais que la douleur se termine. Puis, j'avais un manque d'oxygène, je n'arrivais pas à respirer. (J'avais des) vomissements. (J'ai dit)'Je n'arrive pas à respirer, docteur'. Puis, ils m'ont mis un truc ici, dans mon nez. Puis, une (infirmière) m'a pris le ventre et une autre m'a tenue la jambe. Ensuite, j'ai dit ' Docteur, il va naître, Docteur, je n'en peux plus'. Elle m'a répondu : 'il ne va pas sortir, mère, on est en train d'arriver à l'hôpital'. Et on n'y arrivait pas à cet hôpital, on n'y arrivait pas…Quand on est arrivé à l'hôpital, ils m'ont mis sur un brancard et on m'a emmené directement en salle d'accouchement parce que le bébé était déjà en train de naître. (…) elle est née sans oxygène. Ils l'ont mis sous oxygène, et ils l'ont rapidement emmenée à la couveuse, mais dans l'après-midi, elle n'a pas résisté.*[408] *». (Aí quando eu cheguei na policlínica que a médica olhou, ela nem examinou direito fez; meu Deus essa mulher já esta tendo bebê. E ficou reclamando comigo, dizendo: mas mãe como é que você sente dor mãe, de três e pouca da manha e fica em casa sentindo dor mãe? E o seu bebê já está nascendo mãe. Aí eu me desesperei, comecei a chorar logo, ficar nervosa. Aí ela; não tem condições de você ficar aqui não. Aí ficaram tudo doido lá atrás de uma ambulância, a ambulância não estava. Foi aquele aperreio; urgentemente arruma uma ambulância, arruma uma ambulância não sei o que. Não sei como foi que aquela ambulância desapareceu. Eu ainda passei mais ou manos uns cinco minutos ainda. Aí quando me botaram na ambulância aí a médica; meu Deus ela já está tendo bebê, ela já está tendo bebê. Não pode ter bebê aqui não mãe. Mãe aquente mãe, para você chegar nas Clínicas. Mas a gente sentindo a dor. O bebê querendo sair. Eu já com a dor agoniada querendo que aquela dor passe. E eu com falta de oxigênio; eu não estou conseguindo*

[408] Entretien Marcia, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 17/04/06.

respirar. Vomitando. "Eu não estou conseguindo respirar doutora". Aí botaram um negócio aqui no meu nariz. Aí uma segurou aqui na minha barriga outra segurou aqui na minha perna. Aí eu; doutora vai sair doutora eu não aquento não. Ela; vai sair não mãe está já chegando na maternidade. E nada de chegar nesse hospital, nada de chegar...Quando chegou lá no hospital das Clínicas aí me botaram lá numa maca e me levaram logo para a sala de parto porque já estava nascendo o bebê. A primeira que nasceu, nasceu com falta de oxigênio. Botaram no oxigênio, levaram logo para lá, para o berçário, mas quando foi de tardezinha aí não resistiu).

Les propos de Marcia nous montrent comment l'espace de négociation entre les directions des *sollicitations* s'est ouvert dans le champ de la santé et comment la femme peut, à son tour, solliciter les instances de santé publique. Ce transfert de la *sollicitation* permet le transfert de la responsabilité pour ces femmes qui ont perdu un enfant. Ce transfert est aussi possible par la médiation des personnes proches, qui authentifient la « peine » qu'une grossesse « à haut risque » peut occasionner chez une femme. Elenaldo parle de sa femme Marcia dans ces termes : *« J'étais moi aussi préoccupé par sa grossesse, n'est pas? Elle était à ' risque' et tout* [409]*». (Que eu já estava já, com ela já aperreada com a gravidez né? Que estava em risco e tal).* Le « risque » et ses contraintes (non seulement de temps et de déplacements, de consultations et de contrôle, mais aussi subjectives de *responsabilisation*) regagnent le dispositif lorsqu'un enfant meurt. Le transfert des responsabilités se fait non seulement chez les femmes ayant vécu une grossesse à haut risque et ayant ainsi fait face à plus de contraintes, mais aussi chez celles ayant intégré les consultations du prénatal très tôt et expérimenté de près la régulation du dispositif. Ainsi, une femme qui avait vécu une *« grossesse formidable »*, qui avait réalisé des échographies et plus de sept consultations prénatales, accouche d'un enfant mort par asphyxie car elle a déambulé en marchant dans *« toute la ville »* pour trouver une maternité : *« j'ai marché d'hôpital en hôpital, parce que la plupart n'avait pas de place »*. C'est cette déambulation, le « facteur de risque » directement provoqué par le dispositif de santé, qui change les conditions de l'accouchement, le transformant en « accouchement à risque ». *« Parce que j'étais déjà un accouchement à haut risque, à cause du délais. Alors personne ne voulait en prendre la responsabilité. Mais au dernier (hôpital), ils m'ont accepté* [410]*» (Foi andando de hospital em hospital, porque a maioria não tinha vaga. Porque aí eu já tava com parto de alto risco, por conta do tempo. Então ninguém queria ter a responsabilidade. Mas o último foi lá).*

[409] Entretien Elenaldo, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 25/05/06.
[410] Entretien Janaína, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Vietnã, Recife, 15/07/06.

Ce sont, en effet, les institutions hospitalières qui sont souvent perçues comme des « abattoirs » par les femmes. Diana, nous dit ainsi que la maternité où elle a perdu son bébé *« est un abattoir, Dieu m'en garde (…) même si ça dépend de l'équipe de service* [411]*». (É um matadouro Deus me livre (...) apesar que depende do plantão).* Du point de vue des femmes rencontrées, nous pouvons donc valider les résultats de l'approche ethno-étiologique de Nations (2008). Le « problème sanitaire » de la mortalité infantile, tiraillée entre femmes et dispositif de santé publique, penche actuellement du côté de la responsabilité de ce dernier. Dans les propos des femmes, les décès des enfants sont généralement dus à des failles dans les services sanitaires (mauvais dépistage d´une maladie, mauvaise attention lors du prénatal, préjugés envers les patientes, etc.).

Pourtant, il ne s'agit pas d'une critique unilatéralement adressée à « l'institution » car, comme ces femmes le savent bien, le dispositif n'est pas un tout cohérent, il est plutôt éclaté (tel que le montre Diana en nuançant son propos – *ça dépend de l'équipe…*- après son jugement fulgurant exprimé par la métaphore de *l'abattoir*). Les femmes savent que les professionnels de santé ne peuvent plus répondre au nom de « l'institution », mais seulement par eux-mêmes. Elenaldo, un jeune homme ayant perdu un enfant, parle ainsi : *« Si ça a été une faute, je ne vais pas juger quelqu'un. Je ne vais pas juger le médecin, je ne juge personne. Parce qu'il ne faut pas juger ceux qui commettent des erreurs. Parce que ça a été une erreur humaine, n'est-ce pas? Ou c'était à cause de la grossesse, ou c'était la faute du médecin qui n'a pas agi au bon moment (...). Jusqu'à présent, je n'ai pas eu de réponse. Je suis allé, je suis allé voir les médecins et cette réponse-là, jusqu'à aujourd'hui, je ne l'ai pas eue. À mon avis c'était la grossesse ... c'était à cause du retard de la grossesse, de l'accouchement, c'était le retard de l'accouchement...* [412]*» (Se foi uma falha, eu não vou julgar ninguém nesse momento, não vou julgar médico, não vou julgar ninguém. Certo? Porque a gente nunca deve julgar quem foi que errou nesse lado, certo? Porque se foi falha humana né? Foi falha de gravidez, foi falha do doutor lá que não deu a hora certa de...(...). Até agora não chegou esse resposta para mim. Eu cheguei também, fui atrás, fui atrás do médico também e essa resposta até hoje eu não tenho. Porque eu tenho... Eu acho que... Para mim assim, eu acho que foi a gravidez... Foi tempo de... Demora de gravidez, do parto, foi demora do parto...).* Des propos confus d'Elenaldo dans l'explication de la mort de son enfant nous pouvons néanmoins démembrer les deux dimensions causales différenciées des problèmes physiologiques, inhérents à la grossesse de sa femme, et les failles institutionnelles liées au « retard » de la prise en

[411] Entretien Diana, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.
[412] Entretien Elenaldo, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 25/05/06.

charge de l'accouchement. Cependant, au lieu de s'agir d'une « erreur médicale », d'une « violence institutionnelle » ou de toute autre critique générale, il s'agit, pour lui, d'une « faute humaine », renvoyant les professionnels à leur humanité et non pas à leur statut. Ceci ne l'empêche pas, cependant, de demander des explications concernant la mort de son enfant. Il ne trouve pas de réponses, ni de la part de l'institution, ni de la part des médecins, des hommes, qu'il a face à lui.

Certaines formes de régulation du système de santé publique témoignent aujourd'hui non seulement de sa complexification et de son éclatement mais aussi des processus d'individualisation professionnelle qui en dérivent. Un extrait du journal de terrain peut éclairer les enjeux de réorganisation du système de santé publique et ce processus d'individualisation des professionnels. *« Lors d'un forum des fonctionnaires du système de santé publique de l'État de Pernambouc, « Stratégies pour la santé à Pernambouc-2008-2010 », le 24 août 2008, dans l'amphithéâtre de l'Université Fédérale de Pernambouc, il était intéressant d'analyser le lexique utilisé par le nouveau secrétaire de l'état de Pernambouc. Plusieurs fois, il a rappelé qu'il n'était que le 'coordinateur' du changement en vue d'une nouvelle gestion, et ' qu'il avait besoin du travail de tous'. Il s'est donné en exemple en disant qu'il travaillait lui-même entre 10 et 12 heures par jour... Il a dit que dans le nouveau modèle d'organisation chaque fonctionnaire, 'du plus haut au plus bas (da ponta)', aura des buts précis à accomplir, et ceci individuellement car 'il n'y a rien de plus satisfaisant que de voir ses missions accomplies'. Concernant les salaires, le secrétaire a parlé d'un système de 'missions' et d'un système par 'activités', rappelant ainsi l'impossibilité d'augmenter les salaires de tout le monde mais indiquant qu'il étudiait la possibilité de payer à 'l'activité': 'car il y a des gardes (plantões) qui travaillent beaucoup plus que d'autres', selon les hôpitaux. Alors en payant 'à l'activité', 'ce sera plus juste'. Entre autres ' mesures prioritaires', il évoque une 'restructuration de la régulation' par le travail en 'réseau' et par la 'complémentarité des professionnels'. Il a ensuite parlé du nécessaire 'modèle de productivité' et de ' gestion' pour les professionnels, ainsi que de l'implantation de 'Comités techniques', où se mélangeraient des personnalités de la société civile, du milieu académique et des personnalités politiques. Il donne l'exemple de comités techniques dans la lutte pour la 'réduction de la mortalité infantile'*[413]. Cet extrait est représentatif du lexique qui accompagne le « déclin de l'institution » avec la mise en valeur de l'horizontalité des positions auparavant montrées comme hiérarchisées (coopération, réseau, etc.), l'horizontalité des responsabilités (missions, objectifs) et l'individualisation du travail (complémentarité, activités). Il n'est pas anodin ici, qu'il se réfère aux « comités

[413] Extrait du journal de terrain, Forum UFPE, Recife, 24/08/08.

techniques », dont celui de « vigilance de la mortalité infantile ». En effet, c'est dans le domaine de la mortalité infantile que les premiers « comités techniques » ont vu le jour dans le système de santé brésilien au milieu des années 90.

En 2004 est rédigé le "Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal" qui servira de référence pour la structuration de comités à l'échelle des régions, des États et des municipalités sur l'ensemble du pays. En 2007, selon le Ministère de la Santé brésilien, 50% des municipalités de plus de 80.000 habitants avaient leur comité. Celui-ci regroupe généralement des fonctionnaires, des représentants des secrétariats de la « femme » et de l' « enfant », des ONG et des représentants des hôpitaux. Ces comités ont pour fonction de centraliser l'information sur les cas de décès d'enfants, afin de pouvoir les évaluer et proposer ainsi des programmes et des actions localisés. Selon le Manuel cité ci-dessus, il faut aussi effectuer en amont le travail d'investigation, *« surtout dans le Nord et le Nordeste »* du pays où la proportion de décès investigués reste encore faible. Il propose des outils et des procédures à adopter lors de l'investigation, laquelle doit être effectuée par *« l'équipe d'attention élémentaire de l'aire de couverture où la famille réside »*. Celle-ci *« est la responsable de l'investigation au domicile du décès, comme partie intégrante de leurs activités »*. Les hôpitaux publics sont poussés à créer leur propres comités d'investigation pour les cas de décès ayant eu lieu dans l'institution. Chaque cas doit être notifié, enregistré ainsi que les causes exactes et les noms des personnes faisant partie de l'équipe soignante. Il est également recommandé que la personne menant l'investigation n'ait pas participé à l'attention de la femme et du bébé.

Cette approche est alors à l'origine de toute une série de pratiques d'investigation des cas de décès afin d'évaluer leur « évitabilité ». Cette nouvelle « compétence », qui consiste à trouver le lieu, le point, l'interface où une mort pouvait être « évitée », implique non seulement un travail plus bureaucratique pour les professionnels (remplissage des actes de décès, etc.) mais aussi des enjeux conflictuels entre les professionnels eux-mêmes. L'« évitabilité » d'une mort est ainsi vécue de manière culpabilisatrice par les professionnels ayant participé d'une manière ou d'une autre au suivi d'une grossesse et d'une naissance, avant que cela ne devienne « un cas » de mortalité infantile. Ainsi, dans le district sanitaire de Pantanal, la « mort d'un enfant »

est vécue comme une *« souillure dans le Curriculum Vitae* [414]*» (mancha no curriculum)* par la gestionnaire du district. Ceci est encore en rapport avec le « déclin de l'institution » de santé publique, dans la mesure où les « cas » de mortalité infantile sont vécus comme relevant de la responsabilité individuelle de chaque professionnel se retrouvant dans la maille des situations ayant débouché sur cet événement. En ce sens, la catégorie sanitaire « d'évitabilité » fonctionne pour le professionnel comme la contre-face de ce qu'est le *« risque »* pour les femmes.

Le « Secrétariat à la vigilance en santé » du Ministère de la Santé brésilien, propose la définition suivante de « l'évitabilité » : ce sont *« des morts (événements) qui auraient pu être évitées (dans leur totalité ou partiellement) par la présence de services d'attention à la santé effectifs* [415]*»*. Cette notion permet la *« construction d'indicateurs négatifs quant à l'attention »*. Parmi les causes « évitables » indiquées par le Ministère de la Santé, il y a celles qu'un traitement immunologique adéquat aurait permis d'éviter, celles qui auraient pu être décelées grâce à un bon diagnostic, celles finalement liées à des manques dans l'attention du prénatal, au moment de la naissance et lors du post-partum. La sphère sanitaire se déplie sur la sphère médicale avec le développement du dispositif de santé brésilien. Autrement dit, si auparavant la mort se partageait entre le *bien* et le *mal*, avec la médicalisation de nos sociétés, l'événement de la mort a commencé à être classé selon la distinction entre le *normal* et le *pathologique* (Déchaux, 2001). Néanmoins, aujourd'hui au Brésil, la classification des morts des enfants s'organise de plus en plus en différenciant les morts « évitables» et les « non-évitables ». Ce n'est plus Dieu qui répartit les morts dans des paradis ou dans des enfers ; et de moins en moins la médecine a le privilège de distinguer la dégradation « normale » et la disgrâce pathologique ; ce sont les individus eux-mêmes qui doivent spécifier les causes, liées à leurs propres actions, amenant à des morts. Ainsi, les critiques portent non plus sur l'absence du dispositif de santé mais sur la qualité des activités des soins, des évaluations et de la gestion. Un travail de recherche épidémiologique mené à Recife en 2006 (Sarinho et *al*. 2006) montre que les décès infantiles survenus dans deux districts sanitaires étaient généralement « évitables », malgré une forte présence des services et programmes de santé, notamment les programmes PSF et PACS.

---

[414] Entretien gestionnaire District VI, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, 24/08/06.
[415] Source : Ministerio da Saúde, 2010.

La vigilance s'effectue dans cette direction, « du haut vers le bas » dans les instances du dispositif, et des institutions de proximité vers les familles de milieu populaire. Une ACS : « *Nous faisons une enquête sur la cause du décès. Celle-ci est également effectuée par la mairie pour vérifier l'alibi, il y a des choses qu'ils cherchent à connaître de nous ...*[416]» (*A gente faz um investigação da causa da morte, é também feito a investigação pela prefeitura ver o álibi, tem coisas que eles procuram saber da gente...).*

Cependant les demandes d'enquête peuvent être faites par des professionnels de proximité (PSF et PACS), qui, de plus en plus, cherchent à faire remonter les investigations. Statistiques à l'appui, la naissance et l'accouchement sont plus mortifères que les soins du pré et du post-accouchement. Une ACS raconte comment elle a essayé d'enquêter sur le cas d'un « mort-né » : *« Je suis allée dans la maternité pour enquêter, ils n'ont pas donné de justification, si c'était à cause de la chute ou autre chose. Ils ont seulement écrit que le bébé était né mort (...). C'est tout. Mais ils n'ont pas donné de cause, de raison. Pourtant, elle avait suivi les soins prénatals, elle n'avait eu aucune altération, elle n'avait pas de tension artérielle élevée, elle faisait ses vaccins correctement! Et malheureusement, c'est ce qui s'est passé*[417] *» (Lá na maternidade fui investigar, eles não deram assim nenhuma justificativa, se foi por causa da queda ou o porque foi? Só colocaram que o bebê tinha nascido morto e só.(...). Só isso mas não deram assim a causa, o por quê. Mas ela vinha fazendo o pré-natal, não tinha nenhuma alteração, não tinha pressão alta, estava tomando as vacinas certinhas! E infelizmente aconteceu isso).*

C'est lorsqu'un enfant meure que le dispositif fait émerger ces failles, ces discontinuités dans le territoire sanitaire, ces défaillances dans la prise en charge des grossesses et des accouchements. En même temps, c'est lorsqu'il y a une mort infantile que le dispositif de santé cherche à rétablir de manière entropique la causalité de la mort. Chaque mort infantile pouvant être poly-causale, les instances du dispositif enchaînées par l'itinéraire de la patiente sont toutes susceptibles d'être responsabilisées, et cela non pas sur le plan institutionnel mais sur celui du professionnel en tant qu'individualité. Ainsi, la perte « professionnelle » d'un enfant, celle qui salit le *« curriculum vitae »*, se dédouble dans la « perte affective » que les professionnels vivent de près, dès que leur personnalité est engagée dans l'expérience maternelle des femmes du quartier. Une infirmière compare son attachement à celui d'un collègue, qui a des relations « froides » avec les patientes : *« Un jour je parlais*

[416] Groupe de discussion ACS, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Recife, 26/09/06.
[417] Groupe de discussion ACS, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Recife, 26/09/06.

avec lui (collègue), je lui ai dit 'Je suis tellement désolée, j'ai perdu mon bébé' ; puis il a dit : 'mais Jojo, tu es trop émotive de toute façon'. Puis je lui ai dit : 'mais je meurs de chagrin, j'aurais tellement aimé qu'elle survive'. J'ai été si triste, parce que, j'ai accompagné, j'ai vu la naissance, je suis allée dans leur maison, et je pensais que tout était OK et finalement la petite n'a pas survécu[418]*» (Eu falando com ele um dia eu disse "eu estou com tanta pena o meu bebe morreu", ai ele disse "mais Jojo você é assim muito emotiva assim mesmo". Ai eu disse "mais eu estou morrendo de pena queria tanto que tivesse sobrevivido", eu fiquei assim tão triste, por que, agente acompanha vê o nascimento, vai na casa, e acha que vai dar tudo certo e no fim a bebezinha não sobreviveu).* Au-delà du ton mélodramatique qu'on pourrait prêter à cette infirmière, il n'en reste pas moins que, ce qu'elle décrit sur l'accompagnement « de près » de la grossesse, de la naissance et du retour à la maison, nous l'avons constaté et ceci qui constitue un facteur décisif de différenciation entre les acteurs professionnels eux-mêmes, mais aussi entre eux et les femmes de milieu populaire.

Ainsi, ces sentiments des professionnels, surtout lorsqu'il s'agit de femmes, sont mobilisés pour les confronter à ceux des « mères » face à l'enfant mort, en guise de demande de « démonstration d'amour maternel »: *« J'ai tellement pleuré, je suis restée avec une douleur si vive, le petit était très beau, elle (la mère) était assez désespérée mais quand je la regarde, je suis plus secouée qu'elle*[419]*» (Eu chorei tanto, eu fiquei com um desgosto tão grande, que o menino era uma coisa linda, ela ficou desesperada tudinho, mas quando eu olho pra ela me tremo mais do que ela).*

III-4-c. Mesures et démesures des affects : du projet rationnel à la perte insensée.

Plusieurs signes comportementaux et symboliques sont évoqués par les professionnels pour prendre la mesure de l'amour d'une femme pour son enfant. En ce sens, la douleur semble proportionnelle au « projet » : plus le « projet » d'enfant est avancé et plus il est palpable, plus la femme sera affectée par la perte. Les signes du « projet » sont, entre autres, la nomination de l'enfant et la préparation du trousseau. Une assistante sociale d'une maternité évalue ainsi l'amour : *« (Elle) avait déjà un prénom (pour le bébé)...elle l'aimait beaucoup. Pareil pour l'autre jeune fille, elle a été très mal: elle avait un prénom, elle avait déjà tout organisé, en fait*[420] *». (Já tinha nome... super amava ele.*

[418] Entretien infirmière, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 22/08/06.
[419] Groupe de discussion ACS, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Recife, 26/09/06.
[420] Entretien AS, Barros Lima, Recife, 5/05/06.

A mesma coisa a outra menina, ficou muito mal: já tinha nome, já tinha tudo organizado, na verdade). Ainsi, lorsque l'enfant fait partie d'un projet maternel, sa mort semble comporter deux pertes pour le dispositif de santé, celle de l'enfant lui-même et celle d'un projet avorté. Cette optique cache la production du « projet » lui-même et les itinéraires des femmes avant l'accouchement. Or tel qu'on l'a vu, celles-ci sont souvent préparées à la perte de l'enfant grâce au même dispositif.

Les logiques rationnelles de la « planification » doivent être, dans la perspective du dispositif, accompagnées par la démonstration des comportements issus des logiques irrationnelles et des affects. Dans ces moments critiques, où la vie de l'enfant court un risque, l'amour maternel doit être exhibé dans son versant sacrificiel et inconditionnel, où l'irrationalité est valorisée. L'échec d'un projet rationnalisé et planifié d'enfant doit être exprimé par le trouble subjectif et l'émotivité : *« Nous nous informons de toute la situation (de la femme) par exemple si elle (la mère) a déjà tout planifié. Celle qui est arrivée samedi soir, celle qui avait déjà expulsé (l'enfant), elle disait: "Sauvez mon fils, moi, je peux mourir, mais sauvez mon fils", 23 ans et six enfants. Donc, c'est très douloureux pour nous, car en quelque sorte cet enfant-là était désiré* [421]*» (A gente se informa de toda a situação porque aí ela já está com todo o planejamento. Essa aí, que veio sábado de noite, ela já estava largand, ela disse assim: "Salve meu filho que eu posso morrer, mas salve meu filho" 23 anos e seis filhos. Então é muito doloroso para a gente, porque de alguma forma aquele filho é desejado).*

Pour les professionnels, la « vision » et le « toucher » de l'enfant mort viennent aussi matérialiser ce sentiment maternel. Tel que le dit une ACS : « *Quand il est né vivant, c'est le même sentiment, alors, que quand il est mort-né. C'est plus calme parce qu'elle (la mère) ne l'a pas vu, elle ne l'a pas pris, quand il est né vivant, c'est trop la joie*[422] *». (Quando nasce vivo é o mesmo sentimento. Agora quando nasce morto é uma atenção mais quieta porque não viu, não pegou, quando nasce vivo é alegria demais).*

Le fait de montrer, ou de vouloir montrer le bébé mort ne semble pas pour autant une pratique systématique au Brésil. Concernant ce que Dominique Memmi (2009) observe en France depuis une quinzaine d'années, où l'on cherche à *« matérialiser la perte »*, à faire reconnaître l'identité du bébé et surtout à *« instituer l'identité maternelle »* par la visibilisation et le contact de celle-ci avec l'enfant mort, nos

[421] Entretien AS, Barros Lima, Recife, 5/05/06.
[422] Groupe de discussion ACS, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Recife, 26/09/06.

observations ne confirment pas cette pratique comme étant automatique au Brésil. Le dispositif de santé brésilien cherche davantage à « entendre la demande » de la mère de voir ou toucher l'enfant mort. Cette « demande » devient alors le moyen de matérialiser son identité. Cependant, dans plusieurs cas de mort-nés, la femme n'a pas besoin de demander à « voir » l'enfant, car la mort a lieu lors de l'accouchement, quand elle est consciente et « voit » inévitablement le bébé. Ceci est une marque subjective qui s'objective par cette vision et qui semble ainsi d'autant plus indélébile dans la mémoire. Ainsi, Leonilda dit avoir été « traumatisée » par cette vision : *« Ma fille, je l'ai vue au moment où elle est née. (...). Je l'ai vue, je l'ai même prise ... Elle était née avec un œil ouvert et l'autre fermé, avec le petit ventre ouvert, il n'y avait rien à l'intérieur, son estomac était totalement ouvert. Un foie d'un côté, une rate et les intestins d'un autre côté, et les intestins au milieu de tout cela. Au moment où le médecin allait couper le nombril, ils ne savaient même pas où couper. Ils ont dit, 'veux-tu prendre ta fille?' Je lui ai dit : 'je veux prendre ma fille'* [423]*». (A minha filha, eu vi na hora que ela nasceu. (...). Eu vi, eu peguei nela ainda... Ela estava, nasceu com um olho aberto o outro fechado, com a barriginha aberta, não tinha nada dentro, a barriga dela era totalmente aberta. Um fígado de um lado, um baço de outro e as tripas no meio, os intestinos tudo no meio. Na hora que foi para corta o umbigo o medico nem a medica não sabia onde cortar. Eles disseram; quer pegar a sua filha? Eu disse; eu quero pegar a minha filha).*

Il n'en reste pas moins que souvent les femmes ne veulent pas *« matérialiser la perte* », et elles pensent même qu'une telle « vision », ou le « toucher », pourrait leur causer plus de chagrin. Flavia dit: *« On m'a dit que je devais prendre une photo de lui dans le cercueil, cette affaire…J'ai dit : 'non', pour quoi faire, pour m'en souvenir ? Il est préférable de se souvenir de lui en vie, non? Parce que dans le cercueil, c'est seulement des souvenirs tristes qu'il est préférable de ne pas avoir*[424]*» (Disseram que era pra ter tirado foto dele no caixão, essa coisa. Eu disse não, pra ficar lembrando?É melhor lembrar ele em vida, né?. Porque no caixão, essas coisas, é só lembrança triste, é melhor não ter).*

La vision de l'enfant mort est toujours problématique pour la femme et la famille, ceci pouvant les amener à ne pas apprécier les formes de la « présentation » qu'elles ressentent comme une humiliation et un acte « déshumanisant » : *« Ils nous ont demandé d'attendre les papiers pour pouvoir…Nous sommes restés à attendre, alors le monsieur est arrivé ... Je suis restée assise sur la pierre, et il est allé là-haut pour prendre le corps. Alors il*

[423] Entretien Leonilda, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 25/04/06.
[424] Entretien Flavia, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Vietnã, Recife, 26/05/06.

l'a mis sur un plateau, il ressemblait à un poulet sur un charriot, horrible! (...) (il était) recouvert d'un drap, ça a été la scène la plus choquante de ma vie. Alors nous sommes descendus et nous sommes restés là, en face, le gars voulais arranger l'enterrement pour pouvoir se libérer du corps, parce que c'est toute une combine, n'est-ce pas ? Pour bouffer l'argent des pauvres cons[425] *» (Elas mandaram a gente ficar esperando lá o papel para poder ...Aí agente ficou esperando, aí veio o rapaz de lá... Fiquei sentada lá embaixo, na pedra lá, aí ele subiu pra pegar o corpo. Aí botou lá na bandeja, parecia um galeto num carrinho, horrível!!! (...). Coberto com um lençol, a cena mais chocante da minha vida foi aquilo. Aí nos descemos e ficamos lá na frente. O rapaz queria porque queria arrumar uma funerária pra poder liberar o corpo, porque já é tudo combinado né pra comer dinheiro dos bestas).*

Deux autres signes de l'amour maternel semblent plus problématiques, lors de la prise en charge de la mort: le fait d'en « parler », et l'organisation de l'enterrement. La question de la souffrance *visible*, devient une variable pour les professionnels de santé. Ainsi la visée des professionnels du dispositif de santé sera de faire en sorte que la femme fasse état de son chagrin, et que cette démonstration soit être fournie par la « parole ». D'ailleurs, c'est souvent le travail des « professionnels de la parole » que d'annoncer la mort dans l'institution : *« C'est tout le travail de la psychologie et du service social, de l'équipe d'ici. On y va pour annoncer (la mort) à la mère ... parce que dans la plupart des cas, que je vois ici, ils sont morts une demi-heure plus tard, 15 minutes après. Habituellement, il naît déjà fœtus sans vie. Maintenant, quand il arrive, des bébés qui sont nés et aussitôt après ils meurent, aussitôt après l'accouchement, là dans la salle, on n'a pas le temps de fournir un soutien*[426]*». (Todo o trabalho da psicologia e do serviço social, da equipe daqui.Vai lá, vai noticiar ela...porque na maioria dos casos que eu visse aqui, morreu assim, meia hora depois, 15 minutos depois. Normalmente já nasce o feto sem vida. Agora quando acontece, assim, tem bebês que nascem e logo depois ele vai pra o óbito, logo do parto, aí lá na sala não dá tempo pra prestar o apoio).*

Les femmes ne se prêtent pas toujours au jeu des « paroles » ni à celui de la démonstration. Elles se disent « conformées », « adaptées » à l'idée de la mort de leur enfant. Leonilda, qui pourtant se dit « traumatisée » à la mort de sa fille, nous raconte ce moment où on lui propose d'en « parler ». S'en dégage non seulement sa non-envie de « parler », mais aussi le ressentiment face à l'institution et la façon dont elle a été prise en charge, lesquels peuvent expliquer son mutisme: *« On m'a laissée (dans la*

[425] Entretien Flavia, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Vietnã, Recife, 26/05/06.
[426] Entretien AS, Barros Lima, Recife, 5/05/06.

chambre) avec des femmes qui avaient leur bébé. Ils m'ont mise là, en bas, et ils m'ont laissée là-bas. Tout le monde avait son bébé, le balançait d'un côté et de l'autre. Alors, quand ils ont vu mon ventre, qu'il n'y avait plus rien là-dedans, plus de vie. Alors toute l'affaire a été d'appeler un psychologue pour me parler. J'ai dit : 'Je n'en ai pas besoin non, je n'en ai pas besoin'. Je le savais déjà. J'étais déjà résignée. Résignée non, j'étais tranquille parce que personne ne peut s'y résigner. Je savais tout, alors ce n'était plus nécessaire (d'en parler). Avant que cela ne soit arrivé, si j'avais reçu plus d'attention…Mais personne ne l'a pas fait, alors après, je n'en ai pas voulu [427]*». (Me deixaram com mulher que já tinha bebê. Colocaram eu lá em baixo e deixaram eu lá. Agora o pessoal tudo com um bebezinho balançando para um lado e para o outro, aí quando olharam para a minha barriga, que não tinha mais nada ali que tivesse mais vida. Depois do caso todo passado foi chamar uma psicóloga para poder conversar comigo. Eu disse; 'eu não preciso não, eu não preciso'. Eu já sabia já. Eu já estava conformada. Conformada não, eu já estava tranqüila porque conformada ninguém fica. Eu já sabia, então não precisava mais. Antes de acontecer, se tivesse um cuidado maior, ninguém teve. Então, depois, eu não quis mais não).*

La question de l'enterrement joue aussi sur les représentations des professionnels concernant l'attachement des femmes et des familles vis-à-vis l'enfant mort. Quand les enfants meurent dans l'enceinte de la maternité, celle-ci, en partenariat avec la municipalité, peut prendre en charge l'enterrement (pour une famille cela revient à 200 réaux environ, en 2006). S'ils proposent ce service aux femmes, il est jugé condamnable de l'accepter, car ceci est vu comme un signe de détachement envers l'enfant mort. Si, dans la planification de l'enfant, il est demandé aux femmes de développer des logiques rationnelles et économiques, lorsque l'enfant meurt, ces logiques sont dépréciées. De même, la valorisation d'un « projet d'enfant individualisé » se transforme lorsque l'enfant meurt, et le dispositif revalorise la prise en charge solidaire de type communautaire. Ainsi, un professionnel d'une maternité compare les familles urbaines et celles venues de la campagne : *« Les proches viennent, la femme signe tous les documents et la morgue vient chercher le fœtus. Les deux femmes, que j'ai suivies ce week-end viennent de l'intérieur (de Pernambouc) : l'une de Macaparana, et l'autre de Campina. Les deux choisi de faire venir la famille pour chercher le fœtus et le faire enterrer. Mais lorsque c'est une femme de la capitale (Recife), normalement ils ne veulent pas... elles laissent la maternité s'occuper de tout pour les funérailles. Je pense que les gens de l'intérieur (de l'état) apprécient plus ; en raison de leur éducation, parce que les familles de l'intérieur sont plus soudées, c'est une culture très unie. Donc, je pense que c'est une chose*

[427] Entretien Leonilda, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 25/04/06.

courante à l'intérieur, en raison de leurs valeurs, ils ont tous un ...ils ne laissent guère le fœtus ici. Ils veulent garder le fœtus. (Les familles) de la ville, non. Ceux de la ville ne veulent jamais [428]*». (Aí, os familiares vêm, ela assina todos os termos, e a funerária vem buscar o feto. As duas que eu acompanhei este final de semana vêm do interior: uma de Macaparana, e uma de Campina. As duas fizeram a opção para a família vir levar o feto e enterrar; mas quando é da capital, normalmente elas não querem, elas não...Deixam para a maternidade fazer tudo para os funerais. Eu acho que no interior apreciam mais, entendeste? Por conta da formação, porque o pessoal do interior, a gente é mais juntada com sua família, é uma cultura muito unida.Tá? Aí, eu acho que é uma coisa mais comum no interior, por conta dos valores deles, eles têm toda uma...Dificilmente o interior deixa o feto aqui.Querem guardar o feto. Da cidade não, da cidade nunca querem).*

Deux détails sont oubliés par ce professionnel. D'abord, le fait que les personnes de « l'intérieur » de l'État de Pernambouc choisissent d'enterrer eux-mêmes l'enfant dans le but possible d'avoir le tombeau près de chez eux. Ce qui les amène à mobiliser leur réseau afin de réaliser ce déplacement. Ensuite, dans ces propos où la demande de « démonstration » de l'affect est très saisissante, il y a possiblement des surinterprétations cognitives égocentrées, à l'instar de l'approche de Scheper-Hugues, des comportements maternels qui n'étaient pas attendus. Ainsi, des femmes rencontrées, ayant perdu un enfant, très peu avaient pris à leur charge, elles-mêmes ou leurs familles, l'enterrement de l'enfant. S'il est vrai que la raison donnée est principalement le prix de l'enterrement, instantanément, dans les propos des femmes, cette raison s'articule à la douleur qu'implique l'organisation d'un enterrement. *« Parce que ce jour-là, mon mari n'était pas en mesure de faire les funérailles. Il a posé toutes les questions, c'était 200 et quelques réaux. Puis, à cause de ça, j'ai beaucoup souffert, j'ai beaucoup souffert parce que je ne voulais pas le laisser ... (être enterré par l'hôpital)*[429] *» (Porque nesse dia o meu marido não estava com condições de fazer o enterro. Ele foi perguntar tudinho, era 200 e poucos reais. Aí, isso aí também eu sofri muito, sofri muito porque eu não queria deixar...).* Généralement, ce sont les personnes du réseau de la femme qui s'occupent des démarches pour l'enterrement et qui prennent les décisions qui s'imposent. Lorsque Marcia a perdu l'un de ses jumeaux, Silvia (belle-mère de sa sœur) a pris en charge les démarches et a accompagné Elenaldo (mari de Marcia) dans les prises de décision : *« Il allait dépenser beaucoup, beaucoup, il allait s'endetter, pour une petite chose de cette taille et de six mois. Je pense qu'il (le bébé) mesurait plus ou moins, il*

[428] Entretien AS, Barros Lima, Recife, 5/05/06.
[429] Entretien Marcia, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 17/04/06.

ne faisait même pas un mètre, une petite chose. Alors le garçon de la funéraire m'a dit : 'si vous voulez, ici, l'hôpital fait les funérailles, vous ne payez pas les funérailles, (il faut) seulement les dossiers de l'enfant qu'il faut enterrer'. On connaît l'emplacement où il a été enterré, l'enfant a été enterré, on a les documents, et tout. Elle (...) (Marcia) n'est pas descendue. Non, elle ne voulait pas voir. Elle n'a vu l'enfant que lorsqu'il est né, mais quand l'enfant a fermé les yeux, elle a dit qu'elle ne voulait pas voir. (Elenaldo) il m'a demandé ce que j'en pensais : 'Je dois faire l'enterrement ou je le laisse faire par l'hôpital?' J'ai dit : 'Naldo, si tu veux le faire, c'est bien aussi, mais tu vas t'endetter'. C'est combien le cercueil? Même s'il est tout petit! Deux cents et quelques (réaux), c'est le prix pour un (cercueil d') adulte. Donc, je lui ai dit : 'c'est une petite chose, un enfant petit, de six mois, laisse l'hôpital le faire, tu vas t'endetter, et tu as déjà une autre fille. Elle aussi est restée entre les mains de Dieu (prématurée)', car peu de monde s'attendait à ce qu'elle survive. Mais l'espoir de Dieu est le dernier à mourir. Puis je l'ai dit : 'cette autre (fille) peut survivre ou non. Donc, si Dieu la prend, tu te sentiras coupable pour le reste de ta vie'. Il ne savait pas quoi faire, alors nous avons fait comme ça[430] *». (Ia gastar tantos e tantos, ia ficar endividado, que ia ficar por uma coisinha desse tamanho e seis meses. Eu acho que era mais ou menos, não era nem um metro, não era, coisa pequena. Aí o rapaz da funerária pegou e falou comigo; se você quiser, aqui, o hospital, faz o enterro. Você não paga o enterro, só, somente os registros da criança que tem que enterrar. Tem a quadra que ele se enterrou, a criança se enterrou, tem os documentos, tem tudinho(...) ela (Marcia) não desceu não, ela não quis ver não. Ela só viu quando a criança nasceu, mas quando a criança fechou os olhos, ela disse que não queria ver mais não. (Elenaldo) Ele perguntou o que é que eu acho. "Eu devo fazer o enterro ou devo fazer pelo hospital?" Disse, Naldo; se você fizer é uma boa também, mas você vai ficar endividado. É quanto o caixão? Desse tamanhinho, por pequeno de seja, pronto! Duzentos e pouco, aí é o preço de um adulto. Aí eu disse; é uma coisinha pequena, uma criança pequena, com seis meses, deixa o hospital fazer que tu vai ficar endividado, já tem já essa menina, que também ela ficou na mão de Deus, que poucas pessoas davam esperança para ela viver, mas a esperança de Deus é a ultima que morre. Aí eu disse; essa outra pode sobreviver e pode não sobreviver. Então se Deus levar ela, você vai ficar culpado para o resto da sua vida. E ele estava descontrolado, então vamos fazer assim).*

Nous retrouvons dans les propos de Silvia une autre question intéressante, vient nuancer la vision que se font certains professionnels de la désaffection maternelle envers les enfants. Silvia ne parle pas de bébé, mais de « petite chose ». Il ne s'agit pas pour elle d'un enfant mais d'un « futur enfant ». Elle semble rappeler au jeune couple le fait que le mort n'était pas encore un enfant et qu'il dépendait encore de la volonté

[430] Entretien Silvia, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 25/05/06.

de Dieu. Ceci nous ramène à la question des arrangements symboliques et des représentations des enfants morts en milieu populaire, qui fonctionnent pour les femmes comme des ressources de subjectivation de la mort. Des arrangements différents de celui du « projet » individuel et de la conformation d'un enfant dès la grossesse. Des arrangements autres que ceux véhiculés par le dispositif de santé publique. Dans les propos de Silvia, la question économique fait émerger la dimension des arrangements domestiques et le fait que le couple doit s'occuper désormais de la petite qui a survécu.

Certaines femmes font allusion aux enfants morts comme des « anges », ce qu'avaient vu Nation et Rebhun (1988), ce qui permet la recomposition de la « perte ». Comme dans la confirmation de l'engendrement, l'arrangement avec le Créateur vient confirmer la perte. Ceci permet aux femmes de n'être confrontées ni individuellement, ni corporellement à cette mort. Flavia n'a jamais voulu aller voir le tombeau de l'enfant qu'elle a perdu car il ne s'agissait que de son « corps », et elle nous dit : *« Je pense que son corps est là-bas dans le cimetière. Mais je pense qu'il est là, à côté de Dieu, qu'il était encore un ange. Il est là, il veille sur nous (...). C'est plus rassurant en partie (de penser ainsi), ça aurait été pire s'il était mort sous les balles, ces choses-là. Mais c'est Dieu qui l'a amené. (à) La volonté de Dieu, on doit s'y résigner, pleurer ne vas pas vous le ramener. Maintenant je dois prendre soin des deux autres (enfants), n'est-ce pas?*[431] *» (Eu acho que o corpo dele tá no cemitério, né? Mas eu acho que ele tá lá junto de Deus, que ele ainda era um anjo ainda. Tá lá olhando por nós. (...). E em parte conforta mais, pior se ele tivesse morrido assim de tiro, essas coisas. Mais foi Deus que levou ele. A vontade de Deus, tem que se conformar mesmo, chorar não vai trazer ele de volta. Só agora é cuidar dos outros dois, né?).* S'il est préférable que Dieu l'emmène plutôt que d'être emporté par de « coups de feu », c'est aussi en raison de la temporalité propre à la construction du lien de filiation quotidien qui se configure dans le passage d'un être pas encore « être de parole » (« ange » ou « petite chose »), au statut d' « enfant ».

Une autre femme nous dit qu'elle était très « perturbée », lorsqu'elle a appris la nouvelle de la mort de son enfant. Elle ne sait plus où il a été enterré. Elle a l'attestation de décès mais n'a pas voulu la regarder. Ses amies l'ont aidée à « arranger » symboliquement cette mort : *« J'étais très perturbée, alors mes amies m'ont dit : 'ne sois pas comme ça. S'il est mort, c'est parce que Dieu a ses raisons. Je ne sais pas,*

[431] Entretien Flavia, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Vietnã, Recife, 26/05/06.

peut-être qu'il a vu que tu n'avais pas les bonnes conditions (économiques), tu vois dans quelle situation tu te retrouves ? Il sait pourquoi il fait ça'. Puis, je me suis calmé[432] *» (Eu estava muito nervosa aí eles, as minhas colegas: fica assim, não, mãe porque se morreu é porque Deus sabe o porquê. Não sei, talvez, ele viu que você não tinha condições. Você está vendo as condições que você está passando, ele sabe por quê. Aí eu me acalmei mais).*

L'arrangement avec le Créateur s'articule ainsi avec celui, plus pragmatique, des conditions d'accueil de l'enfant, qui, loin d'être seulement économiques, sont liées aux conditions expérientielles des femmes et des familles. Le réseau, en ce sens, joue un rôle important d'intermédiaire de la *perception interne.* Si Dieu l'a pris, c'est parce qu'il a pensé que c'était mieux pour nous « tous ». Ainsi l'exprime Paulo, grand-père d'un enfant mort à Pantanal: « *Alors, je me suis tourmenté à cause de cela aussi, mais s'il (le bébé) devait vivre dans la douleur, il aurait été handicapé, d'après ce que j'ai entendu dire. Sur le certificat de décès ils disent ça, alors moi (je me dis) 'C'était mieux que Dieu le prenne', n'est-ce pas? Parce que s'il était ici, handicapé, alors là c'était sa mère, sa grand-mère et son père qui allaient souffrir. Alors tout ce que Dieu fait est bon*[433] *» (Aí eu me aperreei por causa disso também. Mas de que ele vivesse sofrendo, ele ia ficar aleijado, pelo o que eu ouvi falar. No atestado de óbito tem dizendo aí eu, eu cá comigo assim, 'foi melhor Deus levar mesmo'. Não foi não? Porque se tivesse aí aleijado ia sofrer a mãe, avó e tudo, o pai dele. Aí tudo que Deus faz é bom).*

Avec l'événement de la mort d'un enfant, la structuration des relations autour de la mère est similaire à celle qui se crée autour de l'événement de la naissance. La figure du « père » se fait plus présente en tant qu'intermédiaire face à l'institution, c'est lui qui doit assumer les démarches concernant l'enterrement, prendre des décisions et demander les documents du décès. La deuxième présence est celle des femmes du réseau: mère, belle-mère, voisines, amies, etc. Le réseau aménage des arrangements symboliques dans la légitimation de la mort de l'enfant, pour contrecarrer à l'échec du « projet d'enfant » qui avait été entamé par la femme. Ce sont elles qui gardent le trousseau non utilisé, le « prénom de l'enfant » pour un futur frère ou sœur, etc. *« Je ne pouvais plus rester chez moi. J'ai passé des semaines sans pouvoir ouvrir ... J'ai acheté ... J'avais déjà une grande garde-robe, j'avais prévu un petit tiroir pour mettre ses petits vêtements. J'avais ... Je l'ai perdu le lundi, et ce mercredi-là je voulais terminer tous les achats*

[432] Entretien Marcia, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 17/04/06.
[433] Entretien Paulo, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 18/04/06.

pour elle. J'ai tout gardé[434]*». (Eu não podia ficar dentro de casa de forma nenhuma. Eu passei semanas sem abrir... Eu comprei... Eu já tinha um guarda roupa grande, eu abri uma gavetinha específica para colocar as roupinhas dela. Eu tive... Perdi ela na segunda, na quanta feira eu ia terminar de comprar tudo para ela. Guardei tudo).*

Si le dispositif de santé publique n'est pas si prégnant lors de la mort d'un enfant, et voit d'autres types d'arrangements symboliques répondre aux processus d'individualisation du projet, c'est aussi parce que, lors des itinéraires thérapeutiques de morbidité des enfants, il est concurrencé par d'autres modes de prise en charge, comme celle des groupes religieux, de la famille et dans une moindre mesure, celle des thérapies « traditionnelles », comme les « guérisseuses » (rezadeiras et benzedeiras). Ainsi, plusieurs pistes nous laissent entrevoir que l'entrée du dispositif dans la régulation des comportements face à la mort d'un enfant, tout en étant opératoire, n'est pas totale. Il y a des divergences importantes entre ce qu'on demande aux femmes et ce qu'elles donnent, montrent et font face à l'événement. Les arrangements symboliques autour de la mort d'un enfant, sortent du registre de l'échec du « projet », pour le placer au niveau de la « volonté de Dieu » et par là, signifier que Dieu a pris une décision au vu de la situation économique et familiale de la femme. L'impact du dispositif sur les arrangements reste donc limité. Les catégories sanitaires n'ont pas, non plus, le monopole de la *perception interne* de la femme. Aussi, tel que nous venons de voir, c'est dans les itinéraires thérapeutiques, eux-mêmes, que le dispositif de santé se voit contourné. Lorsqu'elle a su qu'elle risquait de perdre son enfant, une femme interviewée a demandé de l'aide à l'église évangélique: *« La femme (prêtresse) est là pour prier. Alors elle dit, par exemple, cette personne est ici parce qu'elle a un problème, elle est malade. Alors on l'appelle pour qu'la personne aille devant, et là, elle prie (…). Elle révèle le problème que vous avez dans votre famille, que vous seule savez (...). Alors, elle a l'révélé. Elle a prié sur mon ventre, elle a demandé la délivrance pour mon fils. Elle a même pleuré, moi aussi je pleurais. J'étais très émue. Je suis rentrée chez moi très émue, plutôt contrariée, n'est-ce pas ? Alors je pense que c'était ça. Que Dieu seul sait ce que font les gens. Je crois que je me préparerais très bien, ainsi. J'étais déjà en partie prête, je savais que quelque chose allait se passer. Donc, après qu'il soit né, j'ai vu qu'il était tout petit, tout maigre…J'étais déjà préparée. On a eu le petit prématuré à la maison, alors qu'il n'était pas état pour rester à la maison. Il aurait dû rester à l'hôpital. Alors je m'attends à tout. Son père a été plus choqué que moi, parce que moi j'étais déjà préparée. On aurait dit que je savais*

[434] Entretien Leonilda, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 25/04/06.

déjà [435]*». (Assim é a mulher fica orando lá assim, aí diz um exemplo, tal pessoa tá com um problema tá passando mal. Aí chama pra ir lá à frente, aí reza, aí pronto. (...).Revela o problema que tem na sua família que só você sabe, né?(...). Ela revelou que rezou na minha barriga, pediu livramento pro meu filho, essas coisas, ficou até chorando. Eu também chorei, fiquei muito nervosa, cheguei em casa nervosa que só aperreada, né? Ai eu acho que era isso, né ?Que Deus sabe o que faz, a gente não sabe o que é que diz. Acho que eu estou me preparando, já assim em parte, eu vou me preparando, porque eu sabia que alguma coisa ia acontecer, né? Assim depois que ele nasceu, eu o vi. Era pequenininho, magrinho. Aí eu fiquei muito, ficava preparada já, né ? O menino prematuro em casa, que não tinha condições de ele ficar em casa. Era pra ele ter ficado no hospital, essas coisas. Aí eu esperava tudo, né?Aí o pai dele ficou mais abalado do que eu porque eu já vinha me preparando, já parecia que eu já sabia).*

Comme lors de la confirmation de la grossesse, les arrangements symboliques lors de la mort d'un enfant sont religieux et de parenté, qui peuvent se placer en contraposition à ceux du dispositif, et à la représentation de la mort comme un échec « du projet ». Même si la responsabilité sociale des morts enfantines se déplace de plus en plus vers le dispositif de santé, qui lui-même s'octroie cette responsabilité par la notion « d'évitabilité », il n'est pas capable de s'approprier les modes de symbolisation, d'arrangements symboliques, propres aux expériences des femmes. Ceci peut être dû au fait que chaque « cas » de mortalité infantile place le dispositif dans une situation d'instabilité interne. Car « le projet d'enfant » dont il a contribué à produire, et dont il détient en quelque sorte « la paternité », ne s'est pas soldé par le moment fort de la naissance mais par celui de la mort. Les deux moments, si différents soient-ils, semblent néanmoins lui être propices pour chercher à instituer *l'identité maternelle.* Lors de la mort de l'enfant, le dispositif de santé publique brésilien introduit des changements dans les expériences et ceci par des mécanismes qui reviennent à normaliser les comportements des femmes-mères et de leur famille face à la mort.

Lors de la naissance ou de la mort de l'enfant, le dispositif vise à individualiser l'expérience par sa « matérialisation » et s'attend à des comportements maternels qui ne sont pas toujours observés, le fait, par exemple, de parler de cette souffrance « innommable » ou le fait de prendre en charge de manière « autonome » l'enterrement

[435] Entretien Flavia, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Vietnã, Recife, 26/05/06.

de l'enfant. De même, il cherche à entourer « la mère » en détresse d'une famille « projetée » qui diffère souvent des caractéristiques du réseau de celle-ci.

Les professionnels de santé en bas de la hiérarchie comme les ACS et autres instances de proximité, que le Secrétaire d'État de Pernambouc les appelle la « pointe du dispositif », sont à même d'élucider le soubassement social de la mort d'un enfant. Ils sont bien placés pour identifier les personnes réelles qui participent au « projet d'enfant », même si leurs propos révèlent toujours une dimension morale lorsqu'il est question des comportements de la « mère ». *« L'enfant est mort, mais elle (la mère) est comme ça. Par mon œil critique (je peux voir) que cela ne l'a pas touchée, parce qu'elle ne voulait pas avoir un enfant. Pour elle qu'il meure...Elle ne s'en est pas inquiétée, car sa famille, sa mère, a été plus touchée qu'elle-même. Sa mère était plus blessée qu'elle-même. Parce que je pense que, quand il est mort, je pense que deux, trois jours après, elle allait déjà au bal de 'brega' (...). Sa mère s'en souciait plus. (Je dis ça) Par la tristesse, en effet, elle s'est préoccupée mais pas assez, parce que c'est sa mère qui s'est le plus préoccupée. On dit même que le père de l'enfant n'était pas une personne responsable, qu'il était un marginal. Sa mère s'occupe même de sa première fille*[436] *». (A criança morreu, mas ela assim, pelo meu olhar crítico ela não ligou, porque era tudo que ela não queria ter um filho. Pra ela, morre...Ela não ligou, que assim a família, a mãe dela ligou mais do que ela, ficou mais ressentida do que ela porque acho que quando ele morre, acho que 2, 3 dias depois, ela tava já indo pro brega que ela tava (...). A mãe se importou mais. Pela tristeza, pelo fato, assim até ligou. E nem ligou-se tanto que a mãe ligou. Porque a pessoa quis, diz que era o pai da criança, não era uma pessoa responsável, era até marginalizado, por que até ela cuida da 1ª filha dela.).*

Les ACS sont plus désenchantés que d'autres professionnels, comme les sages-femmes ou les psychologues. Elles sont peut-être plus au courant des diverses logiques participant à la construction d'un « projet » d'enfant, tout comme elles ont une connaissance plus fine des différentes personnes du réseau de la femme ayant participé au « projet d'enfant ». Les ACS se trouvent à ces limites contentieuses par leur statut d'habitantes du quartier en même temps que fonctionnaires du dispositif de santé publique. Elles sont sur la corde raide car elles connaissent les structurations des relations familiales dans les quartiers en même temps qu'elles sont les « agents » d'une normalisation de ces familles et de ces mères.

[436] Groupe de discussion ACS, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.

La mort et la naissance sont deux événements dans la vie familiale vécus dans les cadres de sociabilité du quartier, mais qui suscitent en même temps l'intromission des professionnels de santé. La mort comme la naissance, font dorénavant ouvrir les portes de la maison aux professionnels de santé. Nous, de notre côté, avons décidé de suivre le cours de la vie et d'aller, nous aussi, nous introduire dans ces foyers où un nouveau-né est arrivé.

Partie IV: Être mère et pauvre à Recife (n’est pas tout) : le post-accouchement entre enrôlement et subjectivation de la sollicitude.

L'animal se définit de ce qu'il épuise toutes ses possibilités existentielles dans la procréation »
Alexandre Kojève.

Le moment de sortie de la maternité semble une reproduction (quasi) fidèle du tableau plus large des relations de la femme. Généralement, le réseau s'organise de sorte que femme et bébé ne rentrent pas seuls à la maison. Cependant, si l'accompagnement à la sortie de la maternité peut être un indicateur des capacités relationnelles de la femme, le fait qu'elle sorte seule avec son bébé dans les bras n'est pas forcément un signe de son isolement social. Autrement dit, si certains professionnels de la santé voient ces départs solitaires comme une cruelle métaphore de la vie réelle (hors institution) de la mère pauvre, seule et isolée, les conversations avec les femmes témoignent d'organisations familiales différentes ainsi que des difficultés d'accès à la maternité (prix du bus, distance de la résidence) rendant cet accompagnement prohibitif.

Une chose est sûre: s'ils ne sont pas accompagnés à la sortie de la maternité, mère et bébé n'arrivent pas seuls à la maisonnée ; ils sont escortés par des acteurs chargés de suivre leur inscription réciproque dans le lien de filiation. Effectivement, les dispositifs de santé de l'État vont s'assurer de la pérennité du lien maternel en systématisant le contrôle lors des visites de post-accouchement et les premières consultations médicales des enfants. La période du post-accouchement se dessine alors comme le terme avéré du passage de la sollicitation à l'adresse de la femme à la sollicitude envers l'enfant, où la régulation exercée par le dispositif tend à envelopper le rôle maternel sans s'occuper des expériences des femmes.

Au verso de l'autorisation de sortie *(o alta)* du nouveau-né de la maternité, figurent une série de recommandations sur l'allaitement maternel, ainsi que deux consignes particulières : « Teste do pezinho [437]» au 7ème jour de vie, et « l'inscription dans le service de puériculture le plus proche de son domicile ». Dans l'autorisation de sortie (*o alta)* de la femme, ne figure aucune recommandation concernant sa propre santé. Cette asymétrie entre santé de la femme et santé de l'enfant semble inhérente au

[437] On appelle ainsi le test de Guthrie qui est un test très connu et effectué dans plusieurs pays du monde de manière obligatoire à partir du quatrième jour de vie de l'enfant. Le test nécessite d'un prélèvement sanguin au niveau du talon du bébé, d'où son nom au Brésil de « test du petit pied ». Il permet de dépister certaines maladies rares qui empêchent le développement mental de l'enfant, dont la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, la drépanocytose et la mucoviscidose.

dispositif de santé materno-infantile, la femme étant un facteur « de risque » pour la santé et le développement de l'enfant, figure centrale du dispositif de santé publique.

Ainsi, le moment du post-accouchement se révèle comme une étape névralgique des arrangements entre le dispositif de régulation et l'expérience des femmes. Le premier se concentrant de plus en plus sur le devenir de l'enfant, il desserre progressivement l'internalité corporelle de la femme se concentrant plutôt sur la régularisation de son rôle social maternel. Ce desserrement, qui implique une transposition de la régulation sur un corps comme *« principe d'identité »* à une régulation qui s'exerce sur le *« principe d'efficacité*[438]*»* des corps dans leurs comportements de sollicitude envers l'enfant, s'accompagne progressivement et, tel que nous le verrons, par la place de plus en plus manifeste du caractère social de la maternité pour les femmes de milieu populaire urbain.

Nous commencerons cette partie par la question de l'allaitement maternel, car non seulement cette pratique se révèle être la plus investie par le dispositif de régulation, mais en même temps, elle crée un continuum entre l'institution hospitalière et le quartier. Elle trace une voie (lactée) où l'institution médicale délivre la régulation des comportements maternels aux unités de santé des quartiers (*postos de saúde*) et aux agents communautaires de santé. De même, l'allaitement maternel se montre comme l'enjeu insinuant le passage d'une régulation du corps comme *identité* à celle qui vise l'*efficacité* des corps. Cette pratique, au centre de la *sollicitation* sanitaire d'une *sollicitude* maternelle, permet également de saisir les tactiques de distanciation des femmes par rapport aux normes sanitaires. La place d'un acteur particulier, les ACS, se révèle incontournable pour le dispositif de santé publique, dans la tâche de médiation des réaménagements entre les normes sanitaires et les normes « profanes » au moment où les femmes ne font plus de consultations prénatales, ne sont plus hospitalisées et entament d'autres relations avec le dispositif de santé. C'est ce qu'on montrera ensuite. Cette activité de médiation, en même temps que de contrôle des ACS, est au cœur du moment du post-accouchement car il est le préambule de l'éloignement relatif des

[438] Ces deux principes font partie des « trois versants de l'existence corporelle » que Vigarello (2002), dénombre. Le « principe d'identité » est la « manifestation par le corps d'une intériorité ou d'une appartenance désignant le sujet ». Le « principe d'efficacité » est la capacité d'action des corps sur les objets, dont le propre corps ou d'autres corps, ce sont les savoir-faire et les procédés. Le troisième principe est celui « de propriété » : possession par le corps d'un espace et d'un territoire totalement privé (…) c'est ici que peuvent être pensées les représentations des frontières corporelles (…) les enceintes de l'intimité » (Vigarello, 2002 : 80).

femmes par rapport au dispositif de santé, moment donc où elles devront administrer la preuve de leur autonomie et de leur aptitude au rôle maternel et à la *sollicitude* sanitaire. Pour les femmes, c'est la sortie graduelle d'une maternité *régulée* vers la subjectivation de leur expérience maternelle. Cette sortie peut être matérialisée de manière radicale par les femmes avec la réalisation d'une stérilisation ; c'est sur ce point que nous reviendrons à la fin de cette partie.

IV-1. Les savoir-faire maternels sous surveillance. L'exemple de l'allaitement « sacralisé » de la maternité « humanisée »[439].

Au sein du processus d'*humanisation de la maternité*, la promotion de l´allaitement maternel, dont les institutions publiques de santé se sont transformées en cautionnaires privilégiées, est une sphère d'action impérative. La gestation des programmes nationaux spécifiques à l'allaitement maternel commence aux débuts des années 1980. Durant cette période est créé le PNIAM (Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento materno) 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 ("o alojamiento conjunto" ou le "Rooming in", que nous avons évoqué ci-dessus). Entre 1985-1986, la première expérience pilote d'un nouveau modèle de banque de lait standardisée selon les critères du PNIAM voit le jour. Cependant, l'établissement d'un véritable ensemble de politiques publiques opératoires n'a cours au sein du système de santé qu'au début des années 1990. Cette mise en place sera garantie par une législation qui réglemente le commerce et la publicité des produits lactés artificiels, par la promulgation constitutionnelle en 1988 du droit au congé maternité de 120 jours[440], et en 1990 par l'approbation de la loi n° 8069 relative au « Statut de l'enfant et de l'adolescent » dans son article 9, qui ordonne aux pouvoirs publics, institutions et employeurs de garantir les meilleures conditions pour l'allaitement maternel, même chez les femmes soumises

[439] Ce chapitre reprend certains points de l'article : Alfonsina Faya Robles (2008)

[440] La Constitution brésilienne de 1988, garantit une période de 120 jours de congé maternité après l'accouchement pour permettre l'allaitement maternel, sans préjudice de salaire et de réincorporation postérieure. Elle garantit aussi deux pauses d'une demi-heure durant la journée de travail jusqu'au sixième mois de vie de l'enfant. Depuis 2008, les employées publiques du niveau national, ainsi que celles de plusieurs états, ont un congé maternité de 180 jours, et de plus en plus d'entreprises privées commencent à appliquer cette initiative dans le cadre du programme « Entreprise citoyenne » en échange de bénéfices fiscaux.

à « une privation de liberté ». La dernière décennie du 20ème siècle sera également marquée par la création et la diffusion de l'IHAB – *Initiative Hôpitaux Amis des Bébés* – 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 2009, le Brésil comptait 323 « Hôpitaux Amis des Bébés » dont 8 dans la ville de Recife[441]. Certaines enquêtes démontrent cependant que ces établissements n'appliquent pas la totalité des « conditions » et que ce sont généralement les hôpitaux privés les moins zélés (Toma et Monteiro, 2001). Dernier programme en date : le « Réseau Allaite Brésil », crée en 2008 par le Ministère de la Santé comme stratégie de promotion de l'allaitement maternel dans le dispositif d'attention basique de santé (PSF, ACS, SUS), par la supervision des travailleurs et la stimulation d'initiatives locales dans cette direction.

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 pendant leur premier mois de vie, ils représentaient 87% en 1999, dont 47% allaités *exclusivement* 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[442] jusqu'au sixième mois de vie de l'enfant, tel que le recommande l'OMS, en 1999 le taux au Brésil restait encore bas: seuls 9,7% des enfants de six mois n'étaient nourris qu'avec du lait maternel. En 2006, la moyenne de durée de l'allaitement maternel exclusif était de 2,2 mois, celle d'allaitement « total » était de 9,4 mois[443]. En 2008, une étude du Ministère de la Santé signalait l'hétérogénéité de la répartition nationale des taux pointait d'allaitement maternel exclusif jusqu'au sixième mois de vie. Ainsi, les moyennes les plus élevées d'allaitement maternel exclusif se trouvaient tant dans les régions du nord (Belém, 56,1% des enfants) que dans celles sud (Florianópolis, 52,4%). À Recife, en 2008, 38,3 % des enfants de moins de six mois avaient été nourris exclusivement au sein, la moyenne nationale étant alors de 41% des enfants[444].

---

[441] Sources: Ministère National de la santé. MS/Saúde da Criança-DAPE/ site internet: http://www.unicef.org/brazil/pt/hospitais_ihac_junho09.pdf

[442] Allaitement exclusif: le bébé est alimenté exclusivement avec du lait maternel. Il ne reçoit pas d'autre type de nourriture ou liquide

[443]Sources: DATASUS- Indicadores e Dados Básicos - Brasil – PNDS, 2006.

[444] Source: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais. –Editora do Ministério da Saúde, Brasília : 2009.

Depuis 1999, l'allaitement maternel exclusif a fortement augmenté dans la ville passant de 27,4 % à 49,9% en 2008, pour les enfants de moins de 4 mois.

Figure 21: "Faites comme Claudia Leitte. Allaitement à tout moment: plus de santé, plus de tendresse et plus de protection", M.S, 2009.

L'intervention du dispositif de santé dans le domaine de l'allaitement maternel laisse percevoir les changements des modalités de l'intervention elle-même. Moins portée sur la discipline et la correction des comportements corporels que sur celle de « l'accompagnement » et sur les techniques souples orientées vers l'acquisition des comportements. Nous retrouvons, d'ailleurs, les deux registres épidémiologiques du « bien-être » et du « risque » dans la régulation de l'allaitement maternel, des principes qui collent à deux acteurs différenciés, la femme et l'enfant, la première concentrant les « risques » qui pèsent sur le non accomplissement du « bien-être » du second. La littérature scientifique et médicale s'accorde 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, les niveaux 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 œuvre du programme *humanisateur* 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*.

IV-1-a. La «nature» acquise par la régulation des corps.

Dans les messages qui font de l´allaitement une pratique naturelle, et donc obligée, 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 le badge d'identification d'une des maternités, que les accompagnatrices des parturientes doivent porter, une phrase en témoigne: *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 maternité[445]. 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* des causalités ferait de toute accouchée une mère nourricière, et de la lactation un impératif. Une infirmière et une femme primipare discutent des difficultés de cette dernière pour allaiter.

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!». (Aí, elas chegam aqui, dizendo 'eu nunca teve leite, não dei porque nunca teve leite'. Aí, a gente diz pra ela: 'vamos ver se você não tem mãe'. Aí ela tem: 'você tem, amamenta ele'. Aí elas: 'ah')*

Patiente*: J'ai cru que je n'en avais pas, de lait... (Eu pensei que não tinha leite..)*

Infirmière*: Et là, tu en as. Par nature, toute mère a du lait! Par nature![446](Aí tem. Por natureza toda mãe tem leite! Por natureza!)*

Le substrat de la nature se place tantôt dans l'immanence du monde matériel, tantôt dans un ordre transcendantal et asocial, le lien maternel. Ainsi, les seins des femmes les ramènent au rang des mammifères et donc à la naturalité animale. Or, tel que le rappelle Rea (1989), même chez certains mammifères, les petits ne tètent pas sans que la femelle introduise le mamelon dans leur bouche. Une affiche du Ministère de la

[445]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).

[446] Extrait du journal de terrain et d'entretien avec infirmière, Barros Lima, Recife, 17/05/06.

Santé, collée sur un mur de la maternité, s'adresse expressément aux pères : *« Lorsqu'on a des seins, on donne du lait, lorsqu'on n'en a pas, on donne des forces. Le droit d'allaiter est sacré, facilitez-le et donnez des forces à la maman* [447]*»*. Il s'agit d'un exemple non seulement de la forte opposition entre les rôles sociaux du père et de la mère, mais aussi de l'inscription directe de ces rôles sociaux dans les corps sexués. Nous retrouvons ici non seulement le lien causal naturel entre corps féminin et pratique de l'allaitement, mais aussi le caractère sacro-saint de ce lien, que l'homme se doit de respecter alors qu'il en est exclu.

Quand le corps naturellement généreux de la femme est défaillant, la vision naturaliste de l'allaitement se déplace du corps de la femme au lien « naturel » entre deux corps, celui de l'enfant et de la femme.

Patiente: *c'est parce qu'avec moi, (l'allaitement) est un peu ennuyeux... (É porque comigo é um pouco chato.)*

Infirmière: *Évidemment, parce que le lait descend seulement quand le bébé tète, le lait ne vient pas tout seul. Tu dois faire des exercices dans les seins. Et là, tu as vu? Tu avais beaucoup de lait...*[448] *(Com certeza, porque o leite só desce quando o bebe suga, o leite não vem só não..você tem que fazer exercício na mama. Aí, oxe, você viu, você tinha muito leite...)*

L'allaitement suppose la mise en exercice de la nature de deux corps, leur proximité active. Si d'un côté la pratique de l'allaitement est présentée comme naturelle et spontanée, correspondant à la transcendance du lien « naturel » maternel, de l'autre c'est une dure activité qu'il faut apprendre avec « patience » et « effort ».

Infirmière: *« Quand il sera calme et endormi, vous aussi, vous pourrez vous reposer au calme, sans avoir à entendre les pleurs de bébé... Parce que celle qui allaite… c'est de l'échange, c'est de l'amour, de l'affection ... c'est aussi rester proches. Ainsi, il sent que sa mère est en train de lui donner de l'amour, il le sent et c'est pourquoi vous devez rester proche de lui… » (E logico. Você vai poder o que? Quando ele ficar quieto e dormir, você também vai poder ficar quieta e descansar, e não escutar aquele choro do bebê...Porque quem amamenta, é a troca, é o amor, é carinho...é também ficar juntinho, assim, ele sente que a mãe esta dando amor pra ele, ele sente que e por isso que tem que ficar pertinho dele).*

Patiente : *« Il faut faire preuve de patience… » (E, tem que ter paciência...)*

Infirmière : *« Écoute, ma fille, pour allaiter la première chose, c'est d'avoir de la patience ... et de faire des efforts aussi, tu comprends? L'allaitement maternel exige du temps aussi ... il y*

[447] Extrait du journal de terrain, IMIP, Recife, 20/04/06.
[448] Extrait journal de terrain et d'entretien avec infirmière, Barros Lima, Recife, 17/05/06.

a des mères qui s'arrêtent au bout de 5 minutes et enlèvent l'enfant du sein, 5 minutes ...il n'est pas nourri! En 5 minutes il n'a pas rempli son petit ventre! Il faut rester comme ça, doucement... il reste près de sa mère ...[449] *» (Olha, minha filha, pra amamentar a primeira coisa é ter paciência. Empenho também, viu? Amamentar requer de tempo também.tem mães que deixam 5 minutos e bota o menino, 5 minutos...não encheu! 5 minutos não encheu a barriguinha dele não! Tem que ficar assim devagarinho...ele fica pertinho de sua mãe.)*

Nous avons pu observer tout un déploiement de cours, de campagnes de sensibilisation, des tracts et des affiches pour la promotion de cette activité présentée néanmoins comme « naturelle ». Dans l'une des maternités deux formations sur l'allaitement maternel sont imposées aux femmes si elles veulent accoucher dans l'institution. L'« accouchement garanti» (o parto garantido) inclut, outre un minimum de six consultations prénatales, ces deux formations. Celles-ci comprennent la diffusion d´une vidéo où l'on peut entendre des 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, couchée avec le bébé dans les bras. » (A posição da mãe para amamentar: é bom que a mãe esteja tranquila, que o bebê fique nos braços, numa posição bem confortável, deitada com o bebe nos braços)*

• *« Comment tirer le lait? Quel que soit le type de tirage, il faut qu'il soit toujours protégé par le lavage des mains avec de l'eau et du savon ». (Como retirar o leite? Qualquer que seja o tipo de ordenha sempre tem que ser protegida com a lavagem das palmas das mãos com água e sabão)*

• *« Avec la pratique de l'allaitement, vous offrirez une croissance et un développement à l'enfant ». (Apoiando a prática da amamentação, oferecerá crescimento e desenvolvimento para a criança)*

• *"L'allaitement est une pratique qui peut être apprise et enseignée*[450] *» (A amamentação e um comportamento que pode ser aprendido e ensinado.)*

Ces énoncés nous rappellent que cette pratique n´est pas naturelle et, tel que l'indique la vidéo, qu'elle s'apprend au moyen de tout un dispositif pédagogique. Dans une autre maternité, une infirmière passe tous les matins dans les chambres des parturientes pour faire la démonstration, à l'aide d'un corset simulant la poitrine, des 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.

[449] Extrait journal de terrain et entretien, Barros Lima, Recife, 17/05/06.
[450] Extrait journal de terrain, formation à l'allaitement maternel, IMIP, Recife, 23/02/06.

Autour de l'allaitement maternel se nouent et dénouent plusieurs luttes. Si dans les années 1990 elles semblaient viser les multinationales[451], maintenant elles visent *«les habitudes alimentaires et culturelles»,* tel que le dit une infirmière, des femmes de milieu populaire. Elles n'auraient pas les bonnes conditions hygiéniques ni le décor d'intimité, de confort et de tranquillité nécessaires au bon accomplissement de l'allaitement ; en somme, elles sont le principal « facteur de risque ». Il s'agit désormais d'entamer une *« sorte de croisade contre les 'tabous religieux ou sociaux' visant à rendre possible la reconquête de son corps par le sujet »* (Boltanski, 1971 : 231). Boltanski suggérait, dans les années 70 que cette croisade pouvait être lue comme un *« processus objectif de dépossession culturelle »* (*Ibid.* : 231) ceux qui fournissent les soins étant ceux qui créent les besoins.

De même, cette lutte de reconversion des femmes de milieu populaire est maintenant déterminante puisque l'allaitement semble responsable du « bien-être » de la société entière. Lorsque les conséquences bénéfiques pour la santé de l'enfant et pour le lien maternel ne semblent plus assez persuasives, alors diverses études et expertises cherchent des corrélations entre l'allaitement maternel et la santé « sociale » : il serait *« un élément d'agrégation, capable de favoriser la nucléarisation de la famille [452]»*, de même qu'il agirait sur l'économie familiale et la pacification de ses relations. Les bienfaits de l'allaitement ne se réduisent pas à la sphère familiale mais ils sont liés à la paix dans le monde, selon une affiche aperçue sur le mur d´une maternité: *« Allaitement, santé et paix, pour un monde meilleur [453]» (Amamentação, saúde e paz, para um mundo melhor.)*

Porter le futur du monde sur ses épaules, ce n´est pas si simple et cela requiert tout un entraînement, assuré par les documents administratifs. Sur le verso des autorisations de sortie de la maternité distribuées aux femmes, plutôt que des conseils concernant le post-accouchement, figurent quelques recommandations relatives à l'allaitement: « *il n'y a pas d'horaire rigide pour alimenter le nouveau-né. Cela doit être fait selon la*

[451] 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 de la mère avec les multinationales. (Manuel d'allaitement maternel, IBFAN-Brésil, 1991)

[452] Source : Manuel d'allaitement maternel, IBFAN-Brésil, 2009.

[453] Extrait journal de terrain, IMIP, mars 2006.

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 re-signifiant.

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 inspirées du modèle de l'*humanisation.* Ce dernier offre une image très précise et rigoureuse 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'interpellation de *l'amour,* qu'une mère doit avoir pour son enfant, sert comme support de coercition à l'adoption de la pratique de l'allaitement maternel.

Néanmoins, cet amour ne doit pas être trop « en plus », il doit être raisonné, rationnalisé, pour qu'il ne devienne pas pathologique. Ainsi la normativité sanitaire des six mois d'allaitement maternel exclusif ne doit pas aller au-delà de certaines limites temporelles, la raison en étant aussi le « bien-être » des enfants, cette fois-ci psychologique. Elisange nous dit, par exemple, que *« la médecin a dit ça, la médecin m'a dit de l'enlever (du sein), elle a dit qu'il n'était plus en âge de téter. Parce qu'elle a dit qu'elle pense que les seins sont comme une consolation, une tétine, il n'aime pas les tétines (...). Il est très collé à moi* [454]*». (A doutora falou isso, a doutora mandou tirar lá, disse que não é menino pra tomar ainda não. Porque ela diz que ele acha o peito feito um consolo, uma chupeta, ele não chupa chupeta também.(...) Ele é muito pegado a mim...).* La discipline des corps maternels et infantiles lors de l'allaitement dicte les moments du passage d'une *« proxémie intime proche »* à une *« proxémie intime éloignée »,* selon les termes chers à Hall (1978).

[454] Entretien Elisange, Pantanal, Recife, 30/05/06.

Il faut cependant remarquer que cette nouvelle discipline des 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*[455]*»* du modèle médical technocratique, le modèle d'humanisation de la maternité souligne l'importance de la flexibilité des horaires, de l'adoption des positions commodes, de la création d'une ambiance *tranquille* et de n'allaiter qu'a la demande du bébé. La valorisation des notions de *bien-être* et de *plaisir* amène à l'invisibilité du cadre normatif qui devient ainsi plus opérant. D'ailleurs, les femmes rencontrées n'auraient pas accepté des injonctions de la part du corps médical si elles n'avaient pas été légitimées par des preuves des bienfaits médicaux et psychologiques de l'allaitement maternel et si cette injonction n'avait pas été transmise sous la forme du « conseil » et de « l'orientation ». Tel que dans les contextes vus ci-dessus concernant l'accès à la maternité, les interactions dans l'institution ou le moment de l'accouchement, les propos des femmes montrent l'importance de se voir « reconnues » en tant que « personnes », et non pas en tant que « bêtes », par le corps professionnel. Elisange nous parle de la violence ressentie quand une infirmière a tenté de corriger sa posture corporelle, alors qu'elle allaitait « *Il n'y en a eu qu'une (infirmière) qui a essayé de me corriger, mais cette correction n'a pas été bien faite, car (l'infirmière était) une ignorante. Parce que j'étais en train d'allaiter, et que j'étais assisse, alors je n'ai pas vu qu'il (bébé) était en train de donner des coups de poing, alors elle a attiré mon attention, comme si on allait se battre. Très ignorante, elle a été très agressive, elle m'a traité comme une bête*[456]*». (Só teve uma delas (enfermeira), que ela tentou me corrigir, mas foi um corrigimento...não bem feito, foi ignorante. Porque eu estava amamentando ele, e eu estava sentada, não vi que ele estava pugilando. Aí, ela me chamou a atenção, como se fosse brigando com aquela pessoa, bem ignorante mesmo(...)mas ela foi muito agressiva, como se fosse bicho.)*

Le dispositif de santé se retrouve donc dans la complication entre l'impératif de la régulation et la nuance nécessaire de l'imposition ; et ceci depuis la naissance jusqu'au sixième mois de l'enfant. La recommandation donnée par l'OMS à ce sujet est catégorique et illustre ce qui peut être la face cachée de la promotion de l'allaitement

[455] Le 20ème siècle a été témoin de la fluctuation constante des prescriptions de la part des experts (non seulement du corps médical mais aussi issus des « humanités ») sur l'intervalle temporel des tétées, sur la position du bébé pour la régurgitation, sur l'allaitement nocturne, etc.

[456] Entretien Elisange, Pantanal, Recife, 30/05/06.

maternel. Elle prescrit: « *L'allaitement au sein doit être immédiatement encouragé, avant même que la mère ne quitte la salle d'accouchement*[457] ». 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. Le court séjour à la maternité n'empêche pas les visites journalières des infirmières observant chaque femme pour voir si elle allaite et comment procède-t-elle. Ensuite, les institutions de proximité prennent le relais.

Figure 22: Formation quotidienne à l'allaitement maternel dans les chambres d'une maternité. © A. Faya Robles.

Quelques jours après être rentrée chez elle avec son enfant, la femme reçoit la visite de son ACS. Le déroulement de ces visites semble dépendre, encore une fois, de l'âge de la mère, de l'image que l'agent se fait d'elle et de sa situation gestationnelle (primipare, multipare). Les enjeux autour du contrôle exercé par les ACS sont, non pas plus forts mais plus visibles lorsqu'il s'agit d'une jeune femme, primipare et/ou perçue comme « négligente » par l'équipe de santé du quartier. Dans ces cas-là, il s'agit autant de socialiser les femmes à leur nouveau statut que de les « corriger » en disciplinant

[457] 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.

leurs actions. Voici un extrait du journal de terrain sur l'une des visites effectuées avec l'ACS chez une jeune femme qui venait d'accoucher, extrait très parlant quant au rôle (autoproclamé) de socialisation à la maternité joué par les ACS mais aussi, simultanément, quant à celui de contrôle social et de normalisation des pratiques de maternage et de « sollicitude ». Cet extrait permet de voir que les corrections autour de la pratique de l'allaitement se déroulent dans des situations plus larges de régulation, dans des cadres de sociabilité différents de ce rencontrés dans l'institution hospitalière. « *Nous faisons des visites avec l'ACS, et nous retrouvons dans une rue un garçon de 5 ans. L'ACS lui demande où est sa mère et il répond qu'elle est en train de dormir. L'ACS répond : 'Ah, non! C'est justement l'heure à laquelle elle devrait être en train de donner des bains de soleil au bébé'. Le garçon nous accompagne jusqu'à chez lui. Nous rentrons dans un petit salon où il y n'a qu'un canapé tourné vers la porte d'entrée et une télé allumée sur des caisses en bois. Sur le canapé, deux jeunes femmes dont une qui allaite son bébé sont en train de discuter. L'ACS pose plusieurs questions sur le déroulement de l'accouchement. La jeune fille répond que tout s'est 'super bien' passé, mieux en tout cas que pour ses deux premiers accouchements. Dans la maternité (Ibura) ils ont été très 'gentils' avec elle, l'accouchement a été 'normal', tout a été très rapide. L'ACS lui demande si elle s'occupe bien du nombril du bébé, la femme répond que oui, qu'elle le nettoie avec du coton. Elle nous montre le nombril de la petite, qui a semblé effectivement aller très bien. Pourtant l'ACS se focalise sur un autre détail et s'exclame: 'Fais attention avec l'ongle, tu ne peux pas toucher le nombril avec l'ongle'. La fille répond, en éloignant sa main du nombril, qu'elle ne l'a pas touché. L'ACS lui dit ensuite qu'il ne faut pas utiliser du coton car une fibre pourrait rester à l'intérieur du nombril et l'infecter. La fille et sa sœur se regardent et répondent à l'ACS que là-bas, à l'hôpital, le 'médecin- pédiatre', qui doit s'y connaître (mieux que l'ACS) le nettoyait avec du coton. La fille a arrêté d'allaiter et a couché le bébé sur le dos sur ses genoux. L'ACS dit qu'il vaut mieux le faire éructer après la tétée, et qu'elle aurait dû mettre le bébé en position verticale contre sa poitrine. La mère semble indifférente à ce que lui dit l'ACS, elle regarde surtout l'autre jeune fille en faisant des gestes de lassitude. Le petit garçon, qui nous avait accompagnés jusque-là, est très content de voir le bébé, il le caresse et joue autour de lui. L'ACS lui dit que s'il veut jouer avec sa petite sœur, il faut qu'il se lave les mains avant. La jeune mère envoie le garçon acheter du pain. Quand il sort de la maison, l'ACS, dit qu'elle trouve que ce n'est pas bien de l'avoir envoyé acheter du pain, qu'elles sont deux femmes à la maison, et que l'une d'entre elles aurait pu y aller et qu'elle aurait pu se réveiller plus tôt pour aller acheter du pain. Ensuite, L'ACS, dit à la femme qu'elle devrait être plus proche de son garçon et qu'elle devrait lui parler plus souvent car il doit être jaloux de sa petite sœur*[458] ».

[458] Extrait journal de terrain, Pantanal, Recife, 30/05/06.

Les actions correctives des ACS, mises en lumière dans cet extrait, sont de deux ordres: elles visent les pratiques de maternage sous un angle médical et sanitaire (ici le rôle de mère comporte des obligations de soins prescrites d'une manière très stricte et suivant les normes de la puériculture institutionnelle) et sous l'angle de la psychologie et d'une pédagogie de la sollicitude. Car les règles de conduite de la mère ne dérivent pas seulement de son statut mais se construisent aussi à travers son rôle relationnel à l'égard de son enfant. On voit bien que corps et âme sont liés dans les techniques de redressement des femmes vers une certaine image de la maternité et du rôle maternel. Cet extrait permet déjà de rendre compte de la place des ACS, que nous évoquerons ci-dessous, dans le dispositif de santé et de ses tendances à l'incorporation de la prise en compte des « habitudes culturelles des femmes ». Le dispositif de santé tend à prendre en charge la « personne totale » du patient. Tel que le signalent Carricaburu et Menoret (2004 : 75-76), cette cosmologie de production de savoirs médicaux centrée sur « la personne », qui avait été perdue depuis le 18ème siècle avec l'avènement de la clinique, revient en force dès les années 50 et, encore plus fortement à la fin du 20ème siècle au Brésil. Il s'agit de développer une médecine holiste qui prenne en compte *« le point de vue »* du patient. Cependant, et tel qu'on l'a vu, la prise en compte « du point de vue du patient » dans le contexte étudié suppose plutôt de *« combattre les croyances enracinées dans la population*[459] *»*, par exemple, le fait que *« le lait maternel est maigre »* et qu'il faut des thés pour nettoyer les intestins des bébés.

D'où l'importance que prend l'ACS au sein du dispositif. Habitant dans « la communauté », fréquentant ses lieux, églises, places, magasins, rues, et étant souvent des figures renommées dans les quartiers par leur participation à des mouvements sociaux, à des associations de quartier, etc., les ACS sont le pivot de l'articulation entre médicalisation et « humanisation » propre au dispositif sanitaire. Une étude menée à Recife pointe que l'orientation des ACS triple l'indice d'allaitement exclusif ; cette étude vient renforcer les multiples études scientifiques corroborant le fait que *« l'agent de santé communautaire facilite l'allaitement maternel*[460] *»*. L'allaitement maternel devient ainsi un enjeu pour les ACS. Elles suivent des formations pendant plusieurs années, en ayant pour tâche principale « l'orientation » des femmes. Plusieurs ACS rencontrées à Pantanal avaient fait partie, avant de devenir ACS, des

459 Source: "Pela via lactea. Orientação de agentes da saúde triplica índice de amamentação exclusiva de bebês", in Revista Pesquisa FAPESP, Janeiro 2006, n°119.

460 Source : *op.cit.*

groupes de « mères volontaires » d'une maternité importante de Recife, avant-gardiste dans la promotion de cette pratique, et qui menait un travail décentralisé dans les quartiers. Cette fonction de promotion de l'allaitement maternel devient légitime en tant que fonction du travail d'ACS, comme le dit l'une d'entre-elles: *« En tant qu'agent de santé je continue à pratiquer ça, en incitant à l'allaitement, comment éviter des fissures…et l'importance de l'allaitement maternel pour une génération en meilleure santé*[461]*». (Como agente de saúde eu continuo praticando isso, incentivando o aleitamento, como evitar as fissuras, a importância do aleitamento materno pra ter uma geração mais saudável.)*

Cependant la place même des ACS les exhorte à développer une vision plus sceptique quant à la portée de leur propre travail. Pour les ACS, l'allaitement maternel dans le quartier est :

- *Difficile parce que les mères n'ont pas la patience d'allaiter à cause de leurs journées stressantes. (Dificíl, porque as mães devido o dia estressante as mães não tem paciência para amamentar).*
- *Plus ou moins effectif jusqu'au 3ème mois, ensuite beaucoup d'entre elles ont besoin de travailler, ou leur conjoint commence à se plaindre du temps dédié à l'enfant, là c'est le début de la confusion…(Mais ou menos boa, até o 3° mês, após, muitas precisam trabalhar, o parceiro começa a reclamar devido o tempo dedicado à criança. Aí começa a confusão.)*
- *Faible, car 50% des mères n'allaitent pas jusqu'au 3ème mois. (Não é bom, porque 50% das mães, não amamenta até os 3meses)*
- *Plus ou moins effectif, il existe encore beaucoup de mythes à ce sujet.(Mais ou menos, ainda existe muito mito em relação a isso.)*
- *Même avec une bonne orientation pour allaiter jusqu'à 6 mois, les mères introduisent toujours d'autres aliments*[462]*. (Mesmo com a orientaão para amamentar até os 6 meses, as mães introduzem outroas alimentações.)*

Les ACS constatent les limites de la promotion de l'allaitement maternel telle qu'elle est dispensée par les services de santé, dont elles font partie. Les limites de la pratique de l'allaitement, tel qu'elle est préconisée, proviennent des contraintes psychiques (journées stressantes, manque de patience) et externes (besoin de travailler, « obligations conjugales », mythes culturels), des raisons qui se combinent étroitement. L'approche pragmatique des ACS doit articuler les normes sanitaires strictes (allaitement exclusif jusqu'au 6ème mois, positions et espaces propices, types de tirage

[461]Entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.
[462] Propos recueillis par questionnaire auprès des ACS de Pantanal. Mars-Juin 2006.

et fréquence, etc.) avec les modes d'allaitement réellement pratiqués par les femmes, en tenant compte de « la totalité » de leur vie. Alors qu'elles font référence à certaines limites à l'appropriation de la pratique de l'allaitement maternel, leur discours ôte toute référence à des anomalies relationnelles entre mère et enfant. Elles persistent pourtant dans leur rôle éducatif, mobilisant *« des techniques par lesquelles on incite, stimule pour que le lait surgisse* [463]*» (Tem técnicas onde a gente incentiva, estimula pra que o leite venha surgir.)*

Si le dispositif de santé se félicite de l'action des ACS dans la promotion de l'allaitement maternel auprès des femmes, il cherche encore d'autres acteurs pouvant faire le lien et l'articulation entre normes sanitaires et « habitudes culturelles ». Une nouvelle action sanitaire menée par la mairie de Recife vise, par exemple, à intégrer les "terreiros"[464]dans la promotion de l'allaitement maternel auprès des communautés. *« Ils ont une grande influence dans la communauté. Dans ces lieux on pratique encore la médecine traditionnelle et ils utilisent des herbes médicinales et des feuilles. Notre intention est de fournir ce service de telle sorte que, lorsque la population s'adresse à nous, ils agissent comme des multiplicateurs et orientent de la meilleure manière* [465]*»,* déclarait la directrice du Programme d'attention à la santé des populations noires de Recife.

Effectivement, l'idéologie de l'humanisation apporte la prise en compte de la diversité culturelle, religieuse et de la personnalité de chacun. Or, la diversité culturelle vient souvent appuyer un discours sur l'universalité corporelle et celle-ci légitime la normalisation sanitaire. Tel que le rappelle Viveiros de Castros, il y a un ethnocentrisme occidental dans la représentation d'une nature, et d'une nature corporelle, qui est partout la même. Étudiant les indiens amazoniens, il démontre, à partir d'une vision anthropologique symétrique, qu'ils n'ont pas une vision différente du même corps humain, mais qu'ils font *« appel à la constitution affectuelle différente des corps de chacun, et non aux différents contenus représentationnels de leurs esprits ou de leurs âmes »* (Viveiros de Castro, 2004). Si le dispositif de santé du modèle d'humanisation cherche à « prendre en compte » les variations culturelles, celles-ci ne changent en rien la réalité corporelle des femmes et leur prédisposition naturelle à

[463] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.
[464] Lieux de culte, sanctuaires des religions afro-brésiliennes comme le candomblé.
[465] Source : Jornal do comércio, Recife, 8 juillet 2009, traduction de l'auteure.

l'allaitement. Prédisposition naturelle qu'il faut donc rétablir en écartant l'influence des « mauvaises » représentations culturelles.

IV-1-b. Les inflexions de la *nature acquise* : l'expérience de l'allaitement.

Malgré les impératifs de l'allaitement maternel condition d'un bon accomplissement du rôle maternel, et les injonctions culpabilisatrices qui l'accompagnent, les femmes ont leur façon de s'approprier ces discours en les infléchissant non seulement selon leurs conditions de vie mais aussi selon leurs propres visions de la réalité. L'analyse de leurs propos et de nos observations nous fait revenir à la notion d'expérience. Si les femmes ne parlent pas de leurs pratiques d'allaitement en termes de « choix », contrairement aux Brésiliennes issues 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 les remanier et les mobiliser pour exprimer leur propre vécu.

Concernant les normes temporelles de l'allaitement maternel, nous observons des ductilités de la part des femmes tant sur le moment du sevrage que sur la fréquence des tétés. Ainsi, si les discours des professionnels de santé sont unanimes quant à la durée de six mois de l'allaitement exclusif, Esmeraldinha, 25 ans, qui vient d´avoir son premier enfant nous dit qu´elle va allaiter *« Tant que j'aurais du lait. Si je pouvais, j'allaiterais jusqu'à un an, deux ans, trois, qu'est-ce que j'en sais !* [466]*» (Até quanto dê, até quanto dê, quanto der leite. Se eu puder amamentar até um ano, dois, três: vai saber).* Flavia, 18 ans, ajoute: *« Allaiter? 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-ce pas?* [467]*». (De mamar, sete meses, mas assim, eu acho que não vou dar a ele sete meses não, se não melhorar...pela dor, né.)*

Les femmes font référence à l'expérience de leur corps, comme à la douleur, qui viendrait diviser l'unité entre le corps de l'enfant et le corps féminin en rappelant leur disjonction expérientielle. De même, leur volonté est dissociée de celle de leur corps, lui seul véritable producteur de lait. Ainsi, les femmes n'adoptent pas la « maîtrise du

[466] Entretien Esmeraldinha, IMIP, Recife, 16/03/06.
[467] Entretien Flavia, Barros Lima, Recife, 23/03/06.

soi » corporel nécessaire à l'allaitement maternel. Leur corps est divisé, il n'est pas porté naturellement vers l'enfant car il est inséré dans d'autres expériences.

Sandre-Pereira (2003) montre la distinction effectuée par les femmes brésiliennes de milieu populaire entre *« sein maternel »* et *« sein érotique »*, 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"* (suites 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 des suites de couches évoquées par les femmes de notre population d'étude, l'allaitement, tel qu'il est normé par le dispositif de santé, fonctionnant comme la pratique qui les maintient dans le seul rôle de mère[468].

Ainsi, le temps de l'allaitement s'articule, 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 je rentrerai du travail, et s'il en veut[469] ». (Vou amamentar, mas eu vou ter que amamentar só até os quatro meses ou senão vai ter que amamentar à noite quando eu chegar, né? Se ele quiser, né.)* Ou encore Maria José, qui tout en ayant *« beaucoup de lait »* a dû arrêter à cause du travail : *« j'ai beaucoup de lait, j'ai allaité tous mes enfants. Mais je donne aussi des biscuits, d'autres choses. Après j'ai dû revenir au travail[470]».* (*E é muito leite, muito leite mesmo. Todinhos dei leite. Agora também dou biscoito, outras coisas né?(...) Depois, teve que voltar trabalhar, né ?*) Sísera, au contraire, avait un emploi qui lui a permis d'allaiter une de ces 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)[471]». (Eu amamentei 5 anos dela. Nessa época eu só fazia vender meus produtos. Eu podia dar.)* Dans ce sens, l'État Brésilien a beau légiférer sur le droit à l'allaitement au travail, les femmes de milieu populaire

[468] D'ailleurs depuis quelques années les services de santé promeuvent l'allaitement maternel comme moyen contraceptif, ce qui en jargon médical se dit « LAM » (Méthode de l'Aménorrhée et de la Lactance).

[469] Entretien Antonia, Imip, Recife, 15/03/06.

[470] Entretien Maria José, Pantanal, Recife, 07/06/06.

[471] Entretien Sísera, Pantanal, Recife, 21/06/06.

travaillant surtout dans le secteur informel, cette pratique dépendra des conditions du travail et des aspirations de la femme.
La gestualité et l'espace propices au moment de l'allaitement, selon les représentations sanitaires et hygiéniques de l'humanisation, c'est-à-dire, la fraicheur, la limpidité et l'intimité de la chambre conjugale, sont aussi mis à mal par des femmes qui n'hésitent pas à allaiter lors d'un trajet dans un bus rempli ou lors d'un déplacement à pied dans les ruelles de sable du quartier.

Si le dispositif d'humanisation est catégorique dans l'affirmation que « toute femme a du lait », les femmes contredisent cette généralisation naturalisante par la différenciation de leur propre corps. Amanda, 17 ans, qui attend son troisième enfant rétorque: *« Les infirmières disent comme ça : ' vous devez allaiter jusqu'au 6ème mois'. Mais, celles qui n'ont pas de lait ? Moi, c'est comme ça, je n'avais pas beaucoup de lait. Alors, je ne peux pas à allaiter jusqu'au 6ème mois*[472]*». (Elas, as enfermeiras) dizem sim, tem que amamentar até os seis meses, mas a gente que não tem, eu assim eu não tinha muita leite. Aí, eu não consigo amamentar até os seis messes.)*

Il faut souligner le fait que les femmes retournent les prescriptions des institutions, en se servant des mêmes représentations sur la rencontre naturelle entre corps maternel et corps de l'enfant qu'impliquerait l'allaitement, et en soulignant la non-correspondance de l'enfant malgré leur propre persévérance: *« Eduarda ne voulait pas de mon sein, je mettais le sein dans sa bouche, mais rien...*[473]*» (Eduarda não queria peito, botava o peito na boca dela (...) Mas do peito ela não pegava.)*

« Je l'ai allaité jusqu'au quatrième mois et la petite jusqu'au deuxième, parce qu'il n'en voulait plus...il 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 rassasier[474]*». (Amementei ele até os quatro meses e a menina até os dois, porque ele não queria mas... ele chorava, chorava, aí eu dei a mamadeira e parou de chorar. Porque eu tinha pouca leite, aí ele mamava, mamava aí, não ficaba satisfeito, né?)*

Les femmes font ainsi le double jeu du dispositif (l'allaitement est une pratique naturelle mais qui doit être apprise) leur permettant de construire une critique de

[472] Entretien Amanda, Barros Lima, Recife, 13/03/06.
[473] Entretien Francisca, Pantanal, Recife, 06/06/06.
[474] Entretien Cristiane, Pantanal, Recife, 18/05/06.

l'institution et du « mauvais accompagnement » auquel elles ont eu droit. Sísera atteste *« mon autre (fille) ça a duré cinq mois seulement, parce que je n'ai pas eu l'accompagnement que j'ai eu dans l'autre maternité. À cette époque-là, on avait les mères monitrices que la maternité envoyait dans le quartier, on faisait des réunions (pour expliquer que) le lait est important* [475]*». (A outra foi só 5 meses porque eu não teve o acompanhameto que eu teve no x. Na época, quando eu engravidei dela, eu tinha acompanhmento com aquelas mães monitoras que a maternidade mandava pra a comunidade, nós fazíamos reuniões do o leite era importante.)* Tel qu'il a été dit, la demande d'un traitement « humain » de la part des femmes peut se jouer dans el discrédit des institutions et de leurs « corrections ». Là où on leur dit que l'allaitement est une prédisposition naturelle et non pas acquise, elles justifient le sevrage par une faille naturelle de leurs corps (je n'avais pas de lait). Réciproquement, le « mauvais accompagnement » vient justifier du non aboutissement d'une pratique insuffisamment apprise. Ainsi, l'utilité même du dispositif peut être disqualifiée: Une femme rencontrée à la sortie d'une formation à l'allaitement maternel dans le cadre du prénatal qui, claquant la porte de la salle, dit qu'elle : « *en a marre, (qu'elle a) suivi cette formation plusieurs fois déjà et (qu'elle s'est) réveillée très tôt ce matin pour deux consultations médicales et que maintenant (elle) a mal partout* [476]»

La pratique de l'allaitement semble être le creuset de plusieurs logiques sociales. Non seulement elle se trouve au centre des politiques d'humanisation de la maternité, mais elle est l'une des pratiques les plus intégrées par les femmes de milieu populaire, comme le dit cette infirmière: *« l'allaitement (c'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, mais maintenant non…et parce que la propre patiente, rentre déjà ici en connaissant ses droits. Avant ce n'était pas comme ça, elles ne savaient pas; Elles n'avaient pas notion de…elles arrivent ainsi, non pas en exigeant, mais elles savent déjà*[477] *» (O aleitamento (a mudança mais importante) com certeza é o aleitamento...antes era assim: não tinham aquele respeito feito pela paciente, era mais uma coisa imposta, né? pelos médicos, mas agora não...Ate porque o propio paciente já entra aqui sabendo seus direitos. Antes não era assim, não sabiam, não tinham aquela noção...Eles chegam, não assim exigindo, mas elas já sabem.).*

Plus que le planning familial, l'assiduité au prénatal ou l'accouchement par voie basse, l'allaitement maternel semble être la pratique sociale où le dispositif et l'acteur sont en

[475] Entretien Sísera, Pantanal, Recife, 21/06/06.
[476] Extrait journal de terrain, IMIP, Recife, 26/02/06.
[477] Entretien infirmière, Barros Lima, Recife, 24/04/06.

concordance. Un système de santé qui se veut de plus en plus défini par la démédicalisation (tout en ayant des exigences accrues en termes de résultats sanitaires), le respect de la « nature humaine » et « l'accompagnement » comme pratique principale de soins trouve son fac-similé dans un patient de plus en plus « acteur », autonome, responsable et connaissant ses « droits ».

Mais si la pratique de l'allaitement est relativement intégrée par les femmes, le modèle de maternité véhiculé à travers l´allaitement maternel par les dispositifs de santé est démystifié. 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. Autrement dit, si les normes liées à l'allaitement maternel sont intégrées par les femmes, elles les adaptent selon les situations vécues, familiales et professionnelles. Quand les femmes parlent de leurs expériences d'allaitement passées, elles les conjuguent à plusieurs facteurs, de telle manière que pour chaque enfant l'allaitement se déroule de façon différente.

Cependant, la confrontation la plus importante des femmes avec le dispositif ne vient pas seulement de ces écarts vis-à-vis des normes sanitaires qu'il prescrit, mais plutôt de l'incorporation relative de certaines de ces normes corporelles, spatiales, temporelles de l'allaitement maternel dans des expériences maternelles « autres ». L'expérience de l'allaitement se construit comme un processus continu d' *« accommodation et résistance »* (Nakano et Mamede, 1999 : 70) à la régulation du dispositif de santé. Ou, pour le dire en langage butlerien, c'est dans la performation de ces normes, dans leur répétition, *« incohérente »*, *« inadéquate »* et souvent *« inintelligible »*, que réside la *« résistance»* aux normes du dispositif de santé[478].

Le modèle du lien proximal de la mère avec l'enfant, qui vise la réduction de la mortalité infantile par l'individualisation et la naturalisation de l'expérience de l'allaitement est mis à mal par des femmes qui construisent leur expérience de l'allaitement d'une manière toute aussi « proximale », sans être biologique, mais à l'intérieur d'une trame de relations sociales. Ainsi, certaines femmes disent avoir eu

[478] Nous préférons parler de « résistance » plutôt que de « subversion », car nous ne sommes pas en mesure de dire si ces écarts dans la répétition sont menés à semer le « trouble » dans la normalisation maternelle. Voir sur la différence entre parodie, subversion, domestication, etc. Judith Butler (2006) notamment le chapitre « Inscriptions corporelles, subversions performatives», pp248-266. Ainsi que la lecture qu'en fait Elsa Dorlin (2008), chapitre « Le concept de puissance d'agir », pp 122-130.

recours à une autre femme de leur entourage pour allaiter leur enfant *« Eduarda ne voulait pas mon sein, je lui mettais le sein dans la bouche…y compris ma belle-sœur lui a aussi donné le sein, alors elle la mettait ainsi (fait geste) mais elle ne buvait pas. Elle buvait le lait maternel seulement si on le tirait et qu'on le mettait dans un biberon, mais elle ne buvait pas au sein*[479] *». (Eduarda não queria peito, botava o peito na boca dela, inclusive minha cunhada tambem dava de mamar, ai ela botava assim, ai ela não tomava. So tomava o leite de peito se voce tirar o leite, colocava numa mamadeira pra ela tomar. Mas do peito ela não pegava.)* C'est aussi le cas des mères non-biologiques ayant pu allaiter leurs enfants. Comme Maricéia (48 ans), qui a élevé le premier enfant de son mari depuis qu'il *« était tout petit » (desde bem novinho)* et qui est pour elle *« son enfant, même de sein* [480]*» (é meu filho mesmo, filho até de peito.)*

Ces résistances à la normalisation de l'allaitement peuvent être expliquées par le fait que les femmes intègrent cette pratique dans la fonction nourricière, plus large, laquelle se construit manifestement dans le réseau féminin. Diana, par exemple, justifie le sevrage par l'intromission de sa grand-mère dans l'alimentation de son enfant, alors qu'elle avait été elle-même nourrie par sa grand-mère : *« J'ai été élevée par ma grand-mère, mais la moitié de mes frères, ils sont partis avec ma mère, seulement ma mère est maintenant par ici (...) mais mes frères dorment chez ma grand-mère » (Eu fui criada com minha vó, mas meus irmãos foi metade com mãinha, só que agora minha mãe tá por aí (...) Mas meus irmãos dormem com minha vó.)* Plus tard, dans la conversation, elle parle de l'allaitement de son premier enfant : *« (J'ai allaité mon bébé) jusqu'au deuxième mois parce qu'il ne voulait plus, mais ce n'était pas de ma faute, c'était la faute à ma grand-mère. Je lui ai donné la bouillie à cause de ma grand-mère. Parce que je n'ai jamais été grosse et ma grand-mère donnait de la bouillie au petit alors que mon rêve était d'allaiter jusqu'au 6ème mois. J'avais beaucoup de lait sauf que lui, il n'en voulait plus. J'ai continué à tirer le lait pendant trois mois jusqu'au moment où je n'ai plus supporté, ça fait mal, c'est horrible* [481]*» ((Amamentei ele) só até os 2 meses porque ele não quis, mas assim a culpado foi eu não, a culpada foi minha vó, tava dando mingau por causa da minha vó. Por que eu nunca fui gorda, a minha vó: tá soecando, dá mingau a esse menino. Só que meu sonho era amamentar até 6 meses, aí eu tinha bastante leite, só que ele não quis. Ainda fiquei tirando até 3 meses, que eu não agüentei mais, é horrível tirar.)*

[479] Entretien Franscisca, Pantanal, Recife, 06/06/06.
[480] Entretien Maricéia, Pantanal, Recife, 22/09/08.
[481] Entretien Diana, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.

L'extrait ci-dessus illustre ce que souligne Claudia Fonseca dans ses travaux : malgré l'efficacité de ces réseaux de femmes dans le partage de la sollicitude ainsi que dans la circulation d'enfants, ils ne sont pas exempts de conflits. Les ACS, nous le verrons, se feront les médiatrices de ces conflits du « bas avec le bas ». Mais pour l'instant revenons au dispositif et aux ACS, car si elles sont des médiatrices du « bas avec le bas », elles le sont aussi du « haut vers le bas » et du « bas vers le haut ». Concernant l'allaitement maternel, elles se distinguent d'autres groupes de professionnels de la santé (médecins et infirmières notamment) en revendiquant la possibilité d'une expérience en réseau. Comparons les propos d'une infirmière de la banque de lait d'une des maternités : « *Une mère ne peut pas donner directement le lait à une autre mère, c'est interdit! Parce que le lait transmet des maladies, comme le sang, comme d'autres secrétions. Il transmet de nombreuses maladies, ça peut être le sida, ça peut être la syphilis, tu comprends? Donc, jamais, jamais une mère ne peut prendre le bébé d'une autre mère et lui donner le sein. 'Oh, je n'ai plus (de lait) dommage, je lui donne (le bébé) à cette femme'…et ce type de choses... comme ça se faisait dans le passé. De nos jours ça ne se fait plus, nous savons que le lait transmet des maladies, comme le sang... Il y a des mères qui viennent ici, elles prennent le lait après la pasteurisation, alors là c'est bien ... tout le lait est déjà passé par le laboratoire, il a été conservé, traité. Alors là, oui, c'est OK. Mais, à l'intérieur de la maternité, les mères ne peuvent pas donner (le lait) à une autre, il y a la banque de lait pour ça, non?*[482] » (*Uma mãe não pode dar diretamente o leite pra outra mãe, está proibido! Porque o leite transmite doenças, igual ao sangue, igual às secreções, ele transmite muitas doenças. Pode ter AIDS, pode ter sífilis, entendeu? Então jamais, jamais uma mãe pegar o bibezinho duma outra mãe e colocar no peito: 'aí, não tenho mais, aí tenho que sair, deixo pra ela' e não sei quê...como se fazia antigamente. Hoje em dia não se faz mais, a gente sabe como o leite transmite doenças também como o sangue...Tem mães aqui que vêm cá, e pegam o leite depois de pasteurização, aí tudo bem...O leite já passou pelo laboratório, ele foi conservado, tratado, lá sim, tudo bem. Mas, dentro da maternidade, as mães não podem dar pra outra. Tem o banco de leite pra isso, né ?)*

Les techniques de normalisation du dispositif de santé sont hétérogènes et cette hétérogénéité participe, dans une certaine mesure, à sa propre mise en échec. Si à l'intérieur de la maternité la pratique d'un allaitement « en réseau » est interdite, dehors, dans les quartiers, les ACS peuvent les stimuler : *« Nous savons comment aider une mère pour qu'elle allaite, les personnes qui allaitent. Nous connaissons des techniques*

[482] Entretien infirmière, Barros Lima, Recife, 17/05/06.

pour que les mères allaitent, comme ça, les grands-mères, les enfants adoptés [483]*» (Nos conhecemos assim o necessário pra dar assistência pra que uma mãe amamente, as pessoas que amamentam. A gente conhece tecnicas pra que as mães amamentem, assim, as avôs, as crianças adotivas...)*

Si les ACS doivent normaliser les pratiques de maternage, dont l'allaitement maternel, elles sont le point de passage et d'acuité du dispositif aux inflexions et aux réinterprétations des normes non seulement sanitaires mais aussi familiales provenant des femmes de milieu populaire. Ainsi, du côté des institutions sanitaires, ce n'est que pendant les entretiens avec les ACS qu'on peut voir apparaître une absence de causalité dans la relation entre accouchement et allaitement, et plus largement entre engendrement et maternité. Après avoir parlé des techniques qui favorisent la montée du lait, une ACS dit : *« C'est une question de trois, quatre jours tout au plus, toute femme qui a déjà eu sa menstruation peut allaiter, indépendamment d'avoir accouché, elle peut. Nous pouvons travailler ça. Ici, même, nous avons eu le cas d'une mère qui avait adopté un bébé, et on a fait le travail avec elle, parce qu'elle voulait allaiter. Alors une sonde a été introduite, très fine, la sonde conductrice et le bec. Nous gardions le lait dans la banque de lait, et nous administrions (le lait) avec une seringue, et le bébé a commencé à téter, en stimulant les seins. Là, on a cru que le lait venait de la seringue mais ce n'était pas ça, avec les stimuli, elle a commencé à produire, et le lait est venu. Et elle a même dit : 'maintenant je veux voir qui va dire que ce bébé n'est pas à moi'* [484]*». (É uma questão de três dias, no máximo quatro, qualquer mulher que já menstruou, pode amamentar, independentemente de ter parido, ela pode. A gente pode trabalhar. Aqui mesmo a gente tem o caso duma mãe que adotou o neném, e fizemos um trabalho com ela, porque ela queria amamentar, então foi colocada a sonda, bem fininha, a sonda condutora, e o bico, nos ficávamos com o leite dentro do banco de leite, injetando a través da seringa e o neném começou a puxar, a estimular o peito, né? Ai a gente achava que o leite vinha da seringa, mas não era, ai com o estímulo, ela começou a produzir, e o leite surgiu, ate ela pensou ela disse: 'agora eu quero ver quem diz que esse menino não é meu'.)*

Si ces techniques de montée du lait maternel peuvent induire une séparation entre accouchement et allaitement et témoignent de la plasticité du corps humain, elles permettent surtout d'obtenir une certification du lien de filiation, comme le dit cette mère : *personne ne pourra en douter*. L'allaitement viendrait légitimer une relation

[483] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.
[484] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.

filiale quand le lien de sang manque. Mais nous reviendrons plus tard sur cette question de l'articulation entre lien de sang, lien de lait et filiation. Allons, pour l'instant, rendre visite aux visiteuses, les ACS, pour observer de plus près leurs relations avec les femmes et autres personnes du quartier, la place de celles-ci dans l'expérience régulée de la maternité et vice-versa, leur place dans le dispositif de santé, là où le dispositif est le plus « familier » .

IV-2. La « police amie des mères »: les agentes communautaires de santé.

Le Programme agents communautaires de santé (PACS) du Ministère de la Santé brésilien a été créé à partir d'une expérience initiée dans l'État du Ceara en 1987, dans le cadre d'un plan d'urgence pour lutter contre des taux très élevés de mortalité infantile et maternelle dans le Nordeste. En 1991, le gouvernement fédéral, crée le PACS, avec les mêmes objectifs et visant toujours la région du Nordeste. Depuis, le programme s'est élargi à l'ensemble du pays et les ACS sont devenus un des acteurs principaux de l'Attention de base, en élargissant leur champ d'action sanitaire, même si la composante materno-infantile reste la plus importante.

Nous ferons une incursion dans l'univers des Agentes Communautaires de Santé, pour connaître les caractéristiques de ces femmes[485] ainsi que la manière dont elles voient le quartier et les familles, dont elles évoquent leur travail, notamment auprès des mères et leur propre expérience en tant que mères. Ce groupe nous intéresse pour plusieurs raisons. D'un côté, il s'agit de leur place dans le dispositif de santé publique. Tout le monde semble en effet s'accorder sur le fait que *« au cours de la dernière décennie, l'agent communautaire de santé a représenté le segment effectif du travail dans le domaine de la santé et il est devenu un nouvel acteur politique, de l'assistance à la santé et de son organisation*[486]» (Mendonça, 2004 : 1433). En effet, nous pouvons saisir la place de l'ACS non seulement comme un acteur spécifique de l'application des politiques publiques « vers le bas », mais aussi comme ayant sa place dans

[485] Nous parlerons par la suite des ACS toujours au féminin. Il s'agit en effet d'une catégorie professionnelle fortement féminisée tant au niveau national que local. À Pantanal, toutes les ACS sont des femmes.

[486] Traduction de l'auteure.

l'organisation même de ces politiques, faisant le pont « vers le haut ». La phrase ci-dessus met ainsi l'accent sur le caractère ambivalent des ACS, d'exécution effective des politiques en même temps que possible mobilisateur politique, car elles sont elles-mêmes issues des populations qu'elles prennent en charge. En ce sens, c'est n'est pas seulement leur fonction de contrôle social et de médiation que rend ces femmes un groupe spécifique mais aussi le fait qu'il s'agit aussi de femmes mères de milieu populaire, qu'elles sont très souvent mères elles-mêmes et qu'elles sont partie prenante des expériences en réseau des femmes. Autrement dit, ces « autres significatifs » dans l'expérience des mères de milieu populaire trouvent toute leur « signification » dans le fait qu'elles ne sont pas extérieures à ces expériences, tout en se présentant à l'occasion comme un véritable « autre ». La spécificité de ce groupe ne sera pas seulement mobilisée en vue d'une comparaison avec notre population de référence mais surtout dans le but de comprendre comment les relations qui se nouent entre ACS et femmes du quartier interviennent dans l'expérience de la maternité en milieu populaire à Recife. Ainsi nous commencerons par faire une description rapide des profils des ACS[487] du quartier de Pantanal et de leur travail. Nous verrons que ceux-ci sont très hétérogènes ce qui nous oblige à en tenir compte au moment de l'analyse des relations entre les ACS et les habitants du quartier. C'est ce point que nous aborderons en dernier lieu, nous concentrant davantage sur les relations avec les femmes-mères.

IV-2-a. As agentes comunitárias de saúde de Pantanal.

Dans la ville de Recife le nombre d'ACS ne cesse d'augmenter depuis le début du 21ème siècle. Si en 2000, elles étaient 990, six ans plus tard, en 2006, leur nombre s'élevait à 1803 ACS dans la ville[488]. Huit ACS travaillent dans le quartier de Pantanal. La moyenne d'âge de ces femmes gravite autour de la trentaine d'années (la plus âgée a 41 ans et la plus jeune a 26 ans). Elles sont toutes mariées légalement. Elles sont toutes mères et ont 2 enfants en moyenne. Leur âge lors de la première naissance semble assez tardif par rapport à la moyenne du quartier. Une seule avait 18 ans à la

[487] Les données empiriques utilisées pour cette partie sont celles issues des deux techniques principales employées dans l'ensemble de cette recherche, observations in-situ et entretiens. Cependant, nous avons aussi utilisé un questionnaire avec les ACS. Leur faible nombre ne nous permettant pas de réaliser une analyse quantitative, ils ont néanmoins apporté des compléments d'informations sur ces femmes. De 8 ACS travaillant à Pantanal en juillet 2006, 5 ont seulement répondu. Une des raisons du faible nombre de réponses peut être le conflit existant entre les ACS et l'infirmière lors de ma présence sur le terrain, sujet sur lequel nous reviendrons. Voir le questionnaire en annexe méthodologique.

[488] Source : GAB (Gerência de Atenção Básica)/ Secrétaria de saúde do Recife.

naissance de son premier enfant, les autres femmes l'ont eu autour de 24 ans. Ces données sont à même de nous suggérer que les normes familiales auxquelles elles adhèrent sont différentes de celles des femmes rencontrées dans le quartier.

Un autre caractère de différentiation est leur niveau d'études. Les ACS ont toutes terminé l'école secondaire (segundo grau). Elles constituent donc un groupe particulier dans le milieu social où elles vivent. Ce n'est pas pour rien qu'elles sont devenues ACS au sein de leur « communauté ». Selon les données du « Atlas du développement humain de Recife », en 2000, le pourcentage de personnes de plus de 25 ans ayant effectué 12 ans ou plus d'études ne représentait que 2,20 % de la population de la microrégion 6.3, où se situe Pantanal. Dans cette même tranche d'âge 15,32% de la population est analphabète.

Toutes ont eu d'autres expériences professionnelles avant de travailler dans la santé publique. Elles ont eu des expériences très diverses, souvent en rapport avec l'accueil et les services, cependant aucune n'avait travaillé auparavant dans la sphère médico-sanitaire. En revanche, c'est après leur expérience en tant qu'ACS que certaines d'entre-elles envisagent de devenir infirmières ou aides-soignantes. Elles avaient généralement eu des contacts avec la sphère de la santé, avant d'être ACS, par le biais des actions associatives et communautaires dans le quartier. Aucune ne dit avoir travaillé comme employée domestique, contrairement aux autres femmes du quartier rencontrées. On retrouve, par contre, toute une gamme d'emplois formels et informels évoqués par ces femmes de milieu populaire, qui sont dotées d'un niveau de scolarité plus élevé que leurs voisines: vendeuse de chaussures, billettiste en maison de jeux, serveuse dans un magasin de glaces, livreuse de médicaments, aide comptable et même réceptionniste dans une galerie d'art, entre autres.

Toutes les ACS habitent le quartier depuis plus d'une dizaine d'années. Elles ne sont donc pas de nouvelles arrivantes et elles sont assez connues à Pantanal. D'ailleurs, avant de travailler comme ACS, elles ont été souvent membres de l'association de quartier ou du « club des mères », ou elles ont participé à des mobilisations sociales pour l'amélioration de l'habitat, des transports publics ou autres.

En 2006, elles travaillaient depuis deux ans dans le poste de santé « 27 de Novembro », dans un quartier limitrophe de Pantanal et qui accueillait la population de trois quartiers (comunidades): Pantanal, 27 de Novembro et Vila dos Milagres. En mars 2007, l'inauguration de la nouvelle unité de santé (posto de saúde) à Pantanal, a été vécue par l'équipe de santé, et des leadeurs de l'association des habitants, comme une véritable conquête de « la communauté » et notamment des leaders de l'association de quartier. Les habitants eux-mêmes ont très souvent des avis plus critiques concernant la capacité de mobilisation des instances politiques locales. Une jeune femme me parle ainsi de l'ancien président de l'association de quartier : *« tout ce qui devait aller à la communauté, il paraît que c'est allé à sa famille (…) dans le conseil on l'appelle 'le rat' (…) par exemple, 'le posto de saúde' : certains disent que c'était lui (qui l'a fait), mais ça faisait des années que c'était programmé par la mairie de Recife (…) parce que chaque quartier doit avoir un 'posto'* [489]*». (Toda a grana pra comunidade, parece que foi pra família dele (...) no conselho é chamado o 'rato'(...), por exemplo, o posto de saúde: alguns dizem que foi ele (quem fez), mas isso tinha programado pela Prefeitura faz tempo já(...) porque toda comunidade deve ter um.)*

Lors de notre séjour en 2008, nous avons retrouvé la même équipe d'ACS et la même infirmière travaillant dans la nouvelle unité de santé. Il y a donc huit ACS donc pour environ 6000 habitants. L'équipe de santé comptait, en plus, un médecin, un dentiste, un auxiliaire dentiste et une aide-soignante.

Pour exercer en tant qu'ACS et après diverses péripéties dans le marché du travail, elles ont suivi une formation qui leur a permis d'entrer dans le service public tout en restant près de chez elles. La qualification d'ACS s'acquiert après avoir réussi le concours de la fonction publique et suivi une formation de 400hs. Trois conditions sont nécessaires pour être recrutées par la suite :

- *avoir obtenu le concours ;*
- *avoir le baccalauréat ;*
- *et habiter dans la zone où l'emploi a été créé.*

Les formes de recrutement des ACS par les secrétariats de santé des municipalités sont diverses, certaines pouvant révéler la précarisation du travail d'ACS. Ces contrats vont

[489] Entretien Gabriella, Pantanal, Recife, 03/09/08.

du CDI au contrat statutaire en passant par le CDD, le contrat autonome (coopérative) et par des contrats de prestation de services. En effet, le processus de décentralisation et de régionalisation (avec les normes NOB-SUS – normas operarias básicas), parallèle à l'ampliation du système de santé publique, n'a pas résolu la question de la pérennisation des fonctionnaires publics mais au contraire a entrainé leur précarisation. D'un côté, l'État national a veillé à normaliser le travail d'ACS (légalisation du travail, organisation de la formation, reconnaissance comme profession en 2002, organisations syndicales, etc), mais, de l'autre, les modes de recrutement se sont flexibilisés. Une étude (Nascimento, 2005) menée en 2005 montre que 100% des municipalités de la région métropolitaine de Recife avaient recours à la modalité de contrats temporaires pour recruter les ACS.

Le contrat d'ACS suppose 40 heures de travail hebdomadaires maximum, dont 2hs dans les locaux du "poste", ce qu'on appelle la « permanence » *(o plantão)*, et 38hs dans leur aire, lors des visites domiciliaires. En 2006, elles gagnaient entre 1 et 2 salaires minimum qui était, à ce moment-là autour des 350 R$ (150 euros). Depuis, au fur et à mesure que le travail des ACS se formalisait leur salaire a augmenté. En 2009, le Ministère de la Santé a promu une mesure définissant à 930 R$ (429 euros) le plafond minimal du salaire des ACS, pour celles travaillant 40 heures et ayant terminée la formation accréditée.

Dans l'unité de santé de Pantanal, selon une décision interne, chaque ACS accomplit deux journées entières dans le "posto" (unité de santé), la permanence se faisant par un système de rotation afin qu'il y ait toujours au moins une ACS dans le local. Cela nous permet d'aborder un des points du conflit entre les ACS, l'infirmière et la médecin. Lors de notre séjour en 2006, un groupe d'ACS s'insurgeait contre ces deux journées de permanence, insistant sur le fait que le travail de réception et d'accueil n'était pas de leur compétence et demandant à que l'on les libère légèrement de ces charges. La plupart des ACS y voyaient un caprice de l'infirmière et de la médecin, et une obligation à effectuer un travail pour lequel elles n'avaient pas *« été formées »*. Une ACS nous dit : *« ça n'a rien à voir avec notre travail, et on n'a pas reçu une formation pour ça, nous ne sommes pas payées pour ça, nous sommes obligées de le faire, et le résultat, c'est ça…*[490] *» (Não tem nada a ver com o trabalho da gente.... e a gente não recebeu nenhuma*

[490] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 06/07/06.

formação pra isso, nem ganhamos pra isso, e somos obrigadas a fazer, o resultado é isso...) Mais quel est ce travail qui leur est demandé pendant leur permanence et en quoi est-il si différent de celui qu'est censée accomplir une ACS ? L'une d'entre elles répond : *« mais là, dans la permanence on doit faire tout le travail d'une réceptionniste d'hôpital, prendre les fiches, les remplir, envoyer les personnes dans la salle (d'attente), imprimer (des documents), ce qui n'est pas notre travail. Peser, aussi, ce n'est pas notre travail. Plusieurs fois on doit jusqu'à remplir les formulaires de l'infirmière, ce qui est son travail à elle, nous sommes obligées de le faire ». (Mas aí, no plantão, a gente tem que fazer todo o trabalho duma recepcionista dum ambulatório, pegar ficha, preencher, encaminhar à sala. Fazer impressão, que não é o trabalho nosso. Pesar também, não é trabalho nosso. E muitas vezes até preencher formulários da enfermeira, que é trabalho dela, nós somos obrigadas também a fazer.)*

Cependant, au-delà des caprices des médecins et des infirmières, leur mécontentement semble lié aux deux volets de l'action attribuée aux ACS, et dont elles se plaignaient toujours lorsque nous nous sommes revues, en 2008, alors qu'elles n'assuraient plus de permanences dans l'unité de santé ('posto'). En effet, ce qui semble déranger les ACS, c'est le caractère « bureaucratique » de ces tâches, pour lesquelles elles disent ne pas avoir été formées, mais surtout qui les éloignent de leur fonction principale : être présentes dans la « communauté ». « *Personne n'aime faire ça, parce que dans la permanence on est en train de faire le travail des autres, et le nôtre, personne ne le fait. Si pendant que nous sommes dans le 'posto' quelqu'un faisait notre travail, là, dans la communauté, ça pourrait aller…mais quand je suis dans le 'posto', en train de faire un travail bureaucratique (…) je suis obligée de faire ce travail*[491] *». (Nenhuma gosta, até porque no plantão a gente está fazendo o trabalho dos outros, de outras pessoas, e o nosso ninguém vai fazer. Se, quando a gente está no posto, alguém estaria fazendo o nosso trabalho lá, na comunidade, até poderia...só que eu estou lá no posto, fazendo um serviço burocrático, eu estou obrigada a fazer aquele trabalho..)*

[491] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.

IV-2-b. Le travail d'ACS : la double tâche fâcheuse, la double position incommode.

Les fonctions attribuées aux ACS par le Ministère de la Santé, comprennent beaucoup de tâches bureaucratiques. Trois sur huit fonctions relèvent du domaine administratif, comme « inscrire les familles sur une base géographique », « enregistrer les personnes de la micro-aire et assurer la mise à jour des registres », et « orienter les familles quant à l'utilisation des services de santé disponibles[492] ».

Malgré cette vision idyllique du « vrai » travail des ACS – où la présence dans les rues du quartier est fondamentale car il s'agirait d'*« identifier les problèmes, orienter et accompagner, cela dans la sphère de la santé mais aussi dans le social[493]» (O trabalho de agente de saúde ele é de identificar os problemas, encaminhar e acompanhar, está certo? E isso que seja na área da saúde como no social também)* – nous retrouvons la composante « bureaucratique » de leur fonction – qui est décrite par elles-mêmes comme n'étant pas si différente de celle effectuée pendant les permanences dans l'unité de santé. Ainsi, les ACS décrivent leur travail, dans le questionnaire qui leur à été soumis, avec des mots précis : *« cartographier, enregistrer, identifier, orienter et acheminer[494]» (mapear, cadastrar, identificar, orientar e encaminhar).* Parfois elles donnent davantage de précisions sur leurs tâches quotidiennes: *« mettre à jour la fiche du SIAB-système d'information en Attention de base » (manter a ficha do SIAB (B-TB) atualizada)* ou encore : *« chaque mois il y a le SIAB, ça, on doit le remplir chaque mois et le ramener à l'unité de santé, pour que l'infirmière fasse l'état des lieux de toute la communauté. Elle le passe ensuite au District (sanitaire) pour qu'ils le passent ensuite au Secrétariat Municipal, qui le passe ensuite au Secrétariat de l'État –Pernambouc – et après au Ministère (national). Là, je dois dire à combien de familles j'ai rendu visite, à combien je n'ai pas visité. Si quelqu'un est mort, je dois le notifier, les hospitalisations, tout[495] » (Cada fim do mês tem SIAB, sistema de informação de atendimento básico. Isso, você tem que preencher cada mês e levar pra o posto, pra que a enfermeira faça o apanhado de toda a comunidade e passe para o distrito, para que eles passem pra a secretaria municipal, que depois passa pra secretaria estadual, e depois pra o ministério. Lá eu tenho que dizer quantas famílias eu visitei, quantas deixei de visitar e se morreu alguém, eu também tenho como notificar, internamentos, tudo.)*

---

[492]Source : Anexo I da Portaria do Gabinete do Ministério da Saúde n º 648/2006. *As atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de acs,* Ministério da Saúde do Brasil, 2006.

[493] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.

[494] Questionnaire ACS, Pantanal, Recife, mars-juin, 2006.

[495] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 06/07/06.

Ces descriptions, réalisées par les ACS, de leur propre travail nous laissent entrevoir le malaise face à ce modèle bureaucratique de « notification » (marcação), vécu comme un processus de disqualification de leur travail éducatif et préventif. Cette dissociation entre ce que les ACS imaginent être leur véritable rôle dans le quartier, d'un côté, et leurs tâches et obligations effectives de l'autre, est à l'origine non seulement de conflits et de négociations permanentes dans l'organisation de leur travail, mais aussi d'un sentiment de dévalorisation, qui prend souvent appui dans la comparaison avec leur vision d'un passé proche, où leur place était différente, et dans la justification du bien commun de la communauté. Voici comment une ACS explique les transformations de son travail quotidien et leurs conséquences : *« Au début, nous avons bien avancé sur la question de l'identification des maladies, de l'hépatite, de l'hanséniase (lèpre), on a beaucoup travaillé là-dessus… Aujourd'hui, ces maladies ont reculé, mais nous reculons aussi sur la qualité du travail que nous étions en train de faire pour détecter les maladies. Ça veut dire, que nous avons les techniques, nous savons détecter ces maladies, mais nous n'arrivons pas à les guérir au plus vite, à toucher toutes les maisons. Mais quand nous faisions ces campagnes ici, que nous sortions à plusieurs, nous allions dans les maisons, faire les tests, et tout, nous arrivions à détecter et à combattre l'hanséniase ici. Mais aujourd'hui, on nous met des bâtons dans les roues... nous avons les connaissances, mais nous n'arrivons pas à avancer, pour ne pas passer outre quelqu'un, tu comprends ? (elle parle de l'infirmière). Alors, les agents de santé sont très…dévalorisés, non pas par la communauté mais par leur propre équipe (…) Alors nous sommes en train de nous démotiver, pas que moi, mais toutes les autres. Nous n'avons plus donné suite à cette recherche, et je m'en inquiète beaucoup, parce que, moi aussi, j'habite cette communauté (…) Qui perd avec tout ça ? La communauté* [496] *». (Ao princípio nós tivemos um avanço muito bom na questão da identificação de algumas doenças, hepatites, hanseniose, trabalhamos muito nisso... Hoje esse nível caiu bastante... Mas caiu também a qualidade do trabalho que vinha sendo feito pra detectar essas doenças. Quer dizer, nós temos as técnicas, sabemos como detectar essas doenças mas não conseguimos abranger quanto antes, abranger todas as casas. Mas quando fazíamos as campanhas aqui dentro, que saíamos em multidão, íamos pras casas das pessoas, fazer teste, tudinho, nós conseguíamos detectar e resistir à hanseníase aqui. Só que hoje, nós temos...freios...Assim, nós temos os conhecimentos, mas não conseguimos avançar muito, pra não passar por encima de ninguém, entendeste, Assim, as agentes de saúde são muito assim...eu me sinto assim...desvalorizada. Não pela comunidade, mas assim, não reconhecida pela própria equipe (...) Então a gente se esta desmotivando, não só eu, mas todas as outras. A*

[496] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.

gente não esta continuando nessa busca, e eu me preocupo muito com isso porque eu sou moradora da comunidade.(...) Quem é que perde com isso: a própria comunidade).

Ici, est en jeu la double position de l'ACS en tant que fonctionnaire au service de l'État, et habitante du quartier, une position qui ne va pas sans paradoxes alors même qu'elle est source de légitimation du travail et du statut des ACS. Comme le souligne Claudia Fonseca, les agents de santé sont dans cette *« position incommode de médiateur »* (Fonseca, 2005 : 58) car ils connaissent les conditions des familles pauvres en même temps que celles du système de santé, et qu'ils sont *« sensible(s) aux logiques des deux mondes »* (Fonseca, 2005 : 58). Cette position les amène souvent à se désenchanter de leur travail qui perd de son sens « social », un sens auquel les ACS sont très attachées. L'une d'entre-elles explique, lors d'un entretien, les difficultés rencontrées face aux « familles » du quartier, des difficultés qui laissent transparaître le décalage vécu par l'ACS entre sa « vision du monde » et celle de ses voisins ainsi qu'un certain désenchantement concernant la portée sociale de son travail: *« C'est difficile, parce que vous avez une vision du monde et qu'ils en ont une autre. La leur n'a rien qui puisse améliorer leur estime de soi, quand bien même vous croyez en eux 'vous êtes vivants, luttez, vous avez la possibilité', ils ne vous croient pas. Avant je me sentais si triste, plus maintenant (…). D'abord, ce n'est pas de leur faute, mais je ne me sens plus coupable non plus. Avant, je me sentais coupable. Mais aujourd'hui, je leur apporte des informations, et je leur montre qu'ils ont la capacité de changer, mais ils ne croient plus en eux. Alors...Je vais faire quoi? Je n'en peux plus. Avant je m'inquiétais, je pleurais, quand j'ai commencé à travailler. On commence avec cette envie, après on commence à... mieux comprendre. Ce n'est donc pas un changement qu'on va obtenir immédiatement, on va le faire avec le temps. On doit les guider pour leur montrer qu'ils ont des obligations, mais qu'ils ont aussi des droits. Mais pour qu'ils aient des droits, il faut qu'ils fassent aussi leur partie du travail. Mais leur estime de soi ... ils n'en ont plus. Ils ne croient plus en rien. Je n'en connais pas un seul qui se soit amélioré, pas un seul, au le contraire*[497]*».* (*Difícil, porque você tem uma visão do mundo e eles tem outra. A deles não tem nada que levante a auto-estima deles, por mais que você acredite neles "você esta vivo, lute, você tem a oportunidade", eles não acreditam. Antes eu me sentia assim triste, muito pra baixo, hoje não. Primeiro assim, eles não têm culpa. Mas eu não me sinto também mais culpada, viu? Antes eu me sentia culpada. Mas hoje eu levo informações pra eles, e eu mostro que eles têm a capacidade de mudar, só que eles não acreditam mais neles. Então... eu vou fazer o quê? Não consigo mais. Antes eu ficava preocupada, chorava. Quando eu comecei a trabalhar, você começa com aquela vontade,*

[497] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.

depois você começa... a entender melhor. Assim, não é uma mudança que você vai conseguir de imediato, você vai conseguir com o tempo, você tem que conduzir eles pra mostrar eles que eles tem obrigações mas também têm direitos. Mas que, pra eles ter aqueles direitos eles tem que fazer também a outra parte. Mas a auto-estima deles ficou...não tem mais nada. Não acreditam mais em nada. Não conheço nenhum que tenha melhorado, que eu conheça nenhum mesmo, todo o contrário). Ainsi, à cause de cette « position incommode », les ACS cherchent à trouver un équilibre par l'engagement social auprès de leur « communauté », en revitalisant l'estime de soi, en apportant des soins, en changeant les « mentalités » mais aussi amenant des améliorations dans la santé et en travaillant ainsi, simultanément, à la production des résultats sanitaires du système. Cependant, cet équilibre est fragile, comme le dit cette ACS et comme les observations des interactions entre ACS et "comunitários" (c'est ainsi que les ACS appellent les personnes enregistrées dans leur aire) le montrent.

Figure 23: Deux ACS partent faire des visites domiciliaires à Pantanal. © A. Faya Robles.

Quand nous posons la question sur la qualité des relations entre elles et leurs "comunitários", les réponses dans le questionnaire donnent une impression positive de la relation avec les familles de leur secteur. Pourtant, lors des entretiens effectués et des conversations informelles certaines populations paraissent ne pas faire partie de

l'ensemble de relations qu'elles disent être *« très bonnes »*. Il ne s'agit pas pour nous de démentir le bon rapport qui peut exister entre les uns et les autres, mais plutôt de relever des points de friction entre les usagers-voisins et les ACS. C'est dans le statut même d' *« agent communautaire de santé »* que nous pouvons trouver les sources des conflits qui peuvent apparaître lors de l'exercice de leur travail, que les stratégies de négociation mobilisées pour les apaiser. En effet, l'ACS apparaît comme étant un personnage problématique dans la société brésilienne actuelle, et ceci peut être remarqué par l'extraordinaire quantité d'articles en sciences humaines, de la santé et politiques, entre autres, qui y sont consacrés. Certains auteurs (Fortes et Spinetti, 2004) situent cette ambiguïté dans le fait que l'ACS incarne deux dimensions contradictoires des politiques de l'État : d'un côté, il doit assumer la dimension technique et « universaliste » du travail et de l'autre, en incarner la « dimension sociale communautaire ». Enfin, l'ACS doit se tenir au centre, au « medium », entre l'État et « la communauté ». C'est aussi la question de la vie privée qui peut devenir conflictuelle entre les usagers et l'ACS, le partage ou non de l'intimité familiale. Cette négociation des limites du partage de la vie privée est effectuée par un calcul souvent implicite des avantages (une plus grande intimité avec l'ACS peut faciliter l'obtention de médicaments distribués par l'unité de santé ou des rendez-vous de consultation), et des désavantages (l'ACS peut aussi rendre difficile l'accès aux consultations et aux médicaments, si l'usager ne lui est pas « sympathique »).

IV-2-c. La régulation des interactions entre ACS et habitants du quartier.

L'apaisement des relations est nécessaire non seulement pour que les ACS puissent réaliser leur travail dans cet équilibre fragile, mais aussi au vu de leur statut complexe dans le quartier où elles habitent. Nous avons repéré trois types de stratégies mises en œuvre par les ACS afin de modérer les relations avec les habitants du quartier : l'évitement, le mimétisme et l'humeur.

L'une des façons d'éviter la confrontation directe avec la vie privée des habitants du quartier est de s'entretenir dans l'espace public, pratique possible en large mesure par la qualité de lieu de socialité que prennent les espaces communs du quartier. Il est courant, quand on se promène avec une ACS, que sur son chemin, des visages apparaissent à travers les portes ou que l'on entende des appels, provenant des quatre coins des rues. Une des ACS me dit qu'elle préfère ne pas insister et s'entretenir avec

les voisins dans la rue *« car les personnes ont honte (de la faire entrer) à cause des conditions de la maison*[498] *» (eles têm vergonha, por conta das condições da casa).* Nous retranscrivons ici une situation, survenue dans le quartier un matin alors que nous nous promenions avec une ACS, afin d'illustrer comment la première stratégie, l'évitement, peut se conjuguer aussi avec l'humeur (qui n'est pas aussi une forme d'évitement ?) *: « Ciro, un homme d'une quarantaine d'années, qui se présente lui-même comme étant un « vieux », vient se plaindre auprès de l'ACS. Il dit que c'est la troisième fois qu'il va à l'unité de santé pour son problème de genou et qu'on ne l'a pas reçu. Il dit qu'il a donc dû aller à l'UTI de l'hôpital. L'ACS retourne la situation et lui dit qu'elle est très contente ; il a très bien fait : il n'a pas attendu, comme d'autres personnes du quartier, qu'elle règle le problème à sa place et il est allé tout seul jusqu'à l'hôpital. Ciro dit ' oui, mais' qu'il est quand même allé trois fois à l'unité de santé, et il ajoute que depuis qu'il a eu quarante ans il a 'mal partout'. L'ACS dit qu'elle va écrire sur son cahier : 'Ciro est fâché avec ceci, avec cela' et elle dit alors que c'est sa faute à elle car elle 'privilégie les cas les plus urgents les r-d-v'. Ciro dit qu'il ne veut pas que sa plainte soit certifiée sur une feuille, mais l'ACS lui répond que ce n'est pas une 'plainte' (queixa) qu'elle est en train d'enregistrer, c'est pour elle, 'pour s'améliorer chaque jour'. Ciro rigole, il dit que s'il avait vraiment voulu se plaindre de 'son ACS' il se serait adressé à quelqu'un de 'plus important dans le district' (sanitaire) »*[499]. L'évitement du conflit se fait par l'impossibilité d'aborder la question même que Ciro est venu poser : la qualité de l'attention dans l'unité de santé du quartier. L'ACS prend un ton paternaliste et décide de magnifier l'action de Ciro, en en amplifiant le côté pénible et le fait pour lui de s'être pris en charge lui-même. Face à l'insistance de la plainte de Ciro, adressée indubitablement à l'unité de santé (posto) et tacitement à l'ACS, cette dernière se défend par la mise en valeur, non plus du patient, mais désormais, d'elle-même, de son travail d'ACS. C'est parce qu'elle voit des cas plus importants que celui de Ciro et parce qu'elle fait preuve d'un désir d'amélioration constante de son travail que les genoux de Ciro se retrouvent à occuper une place mineure dans la conversation. Mais l'usager sait pourquoi il a engagé cette conversation, ce ne sont pas ses genoux mais le service de proximité qu'il vise, et avec lui « son ACS », car elle n'en est qu'une partie, une subalterne. L'ACS est remise à sa place, Ciro a pu formuler son mécontentement, le tout en évitant la question de fond (l'accès au service de proximité, "o posto") et dans la bonne humeur. Nous disons au revoir à Ciro qui nous regarde partir avec un blanc et grand sourire.

[498] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 30/06/06

Le mimétisme ou la *stratégie du miroir* est une des tactiques adoptées par les ACS non seulement lors des situations conflictuelles, mais aussi dans le but de faire circuler des normes et de légitimer leur discours. Le ton autoréférentiel domine les interactions entre ACS et "comunitários". Elles font appel à leurs propres expériences soit pour démontrer l'égalité (de conditions, de contraintes, etc.) avec leur interlocuteur soit pour faire preuve d'exemplarité individuelle et de dépassement de ces mêmes conditions : *« Après une longue promenade dans le quartier, on rentre dans une épicerie pour boire un coca avant d'aller à l'association des habitants, et on discute avec la propriétaire, sur le sujet 'coca-cola'. L'ACS dit que cela lui rappelle ses anniversaires, quand sa mère remplissait les bouteilles vides de soda (guaraná) avec du jus d'acérola. La propriétaire de l'épicerie, pensive, commence à nous raconter ses souvenirs : petite, elle n'a jamais fêté ses anniversaires. Quand elle habitait l'intérieur (de L'État de Pernambouc) elle ne savait même pas que cela existait. Sa mère est décédée quand elle était petite, son père ne s'intéressait pas à ces choses-là et sa belle-mère (la deuxième femme de son père), 'ne s'occupait même pas de ses vrais enfants, alors encore moins d'elle et de ses frères'. Elle finit son monologue en disant que c'est la raison pour laquelle elle ne connaît pas son âge exact. L'ACS éprouve le besoin de continuer son histoire pour se mettre au niveau de la propriétaire de l'épicerie, tout en adoptant un ton humoristique pour atténuer ce qui venait d'être dit. Elle aussi, elle a été pauvre, et même si on lui fêtait ses anniversaires, elle en a souffert car les invités se moquaient de la fête, avec le jus 'd'acerola'. Alors, elle rétorquait : 'bah ! C'est vrai, je suis pauvre, et vous ? Vous qui ne m'offrez que des savons ? Vous pensez qu'on est sale? Ce n'est pas parce qu'on est pauvre qu'on est sale ! La patronne de l'épicerie et nous rions*[500] *».* La conflictualité latente dans les échanges entre les ACS et les habitants du quartier est amoindrie ici par la *« stratégie du miroir »*, ou mimétisme, consistant à adopter non seulement le ton et les gestes de l'interlocuteur mais surtout sa position sociale, et dans l'occurrence, sa misère exposée. Si ce type d'interactions peut être commun aux échanges en milieu populaire et toujours contrebalancé par la stratégie opposée, de distinction, elles deviennent plus évidentes lorsque des écarts statutaires existent entre eux, comme ici, entre l'ACS et la vendeuse de sodas. L'ACS n'est pas n'importe quelle voisine, elle fait partie du dispositif de contrôle sanitaire.

Un fragment du journal de terrain montre comment se déroule une visite typique d'ACS à un domicile, ici d'un jeune couple avec trois enfants. La longueur de l'extrait se justifie par l'opportunité de saisir dans la retranscription de cette visite plusieurs

[500] Extrait journal de terrain, Pantanal, Recife, 24/05/06.

plans analytiques de l'interaction. Nous pouvons observer comment le couple et l'ACS s'accordent sur les limites de l'entrée de cette dernière dans la vie privée de la famille. Limites qui sont liées à la position hybride de l'ACS dans le quartier. Le glissement du rôle purement médico-sanitaire de l'ACS vers un rôle sanitaire de socialisation et de psychologisation des relations non seulement parentales mais aussi conjugales, où elle utilise une verve égalitariste. L'utilisation du registre du bien-être, du souci de soi, et de l'étendue de la régulation des comportements de *sollicitude* envers les enfants, qui passe du médical au psychologique. En outre, il émerge de cette visite la possibilité pour l'ACS de faire des incursions diverses dans les « cités » de la justification (Boltanski et Thévénot, 1991), s'appuyant parfois sur son rôle et son autorité institutionnelle, et parfois sur le lien familier et communautaire entretenu avec le jeune couple. « *On monte la colline et on arrive à une petite maison en bois. Il y a une cuisine, où nous nous asseyons avec la femme de Pedro (c'est lui qui nous a envoyé parler avec sa femme, il est resté en bas avec d'autres hommes). Dans la pièce à côté (seule chambre de la maison et communiquant avec la cuisine par un rideau en lanières plastiques) il y a un lit à deux places qui occupe tout l'espace et où trois enfants couchés regardent la télé. L'ACS ausculte l'aînée des enfants. Elle a sept ans et l'ACS la trouve mieux que la dernière fois où elle l'avait vue. Elle dit qu'elle a beaucoup maigri. Enfin, la femme rappelle à l'ACS qu'elle l'a fait appeler par Pedro à cause du plus petit des enfants, âgé de trois ans. Cela fait deux semaines qu'il ne défèque pas. L'ACS commence par lui donner plein de conseils concernant leur mode de vie et d'alimentation (à aucun moment elle n'évoque des possibles soins médicaux, ni l'unité de santé, ni le médecin). Il faut que la mère donne du jus de fruits, qu'elle lui prépare des thés et finalement elle dit que le mieux c'est une pilule qu'elle prend en ce moment qui s'appelle 'hervalife'. Que* 'ça ne coûte que 35 réaux, bon, c'est un peu cher, mais c'est naturel', *et qu'elle va lui emmener quelques-unes pour qu'elle essaye. Le sujet de la conversation change. La femme raconte à l'ACS que son mari est au chômage depuis deux mois, qu'il a été licencié, et que c'est très dur car la dernière fois qu'il est allé chercher du travail il ne savait même pas signer le dossier. Et que, du coup, il avait eu l'idée de recommencer l'école. La femme dit s'être moquée de lui en disant qu'il était* 'trop vieux pour apprendre des choses'. *L'ACS s'offusque, elle dit qu'il n'est pas vieux du tout. Elle dit qu'en tant que* 'sa femme' *elle devrait soutenir son mari, et même insister pour qu'il recommence l'école. À ce moment-là, Pedro arrive. L'ACS le prend par l'épaule et lui dit de ne* 'pas écouter sa femme, mais son ACS'. *Elle dit aussi qu'elle ira voir personnellement la directrice de l'école municipale de Pantanal, pour qu'elle lui trouve une place. Le jeune homme ne semble pas très convaincu. Il change de sujet, il ne veut pas qu'on parle de lui et il dit que s'il a appelé l'ACS* 'c'était pour le problème de son enfant'- premier frein à l'intervention de l'ACS- *Il dit que son enfant semble stressé*

quand il s'agit d'aller aux toilettes. En ces moments-là, il lui dit 'mais vas-y!'. *L'ACS prend un ton pédagogique. Elle explique que l'enfant a sûrement peur d'aller aux toilettes car cela fait vraiment mal, et explique sommairement comment l'appareil digestif fonctionne. Elle donne aussi des instructions d'ordre psychologique: il faut que les parents soient patients avec l'enfant, qu'ils ne lui mettent pas la pression. Puis, soudain, elle semble changer de sujet, tout en restant dans le domaine du bien-être psychosomatique infantile. Elle dit qu'elle ne voit jamais leurs enfants jouer dans la rue comme leurs petits voisins, et que cela l'inquiète beaucoup. Elle dit que les enfants ne peuvent pas passer leur journée entière à la maison. Les parents disent que c'est plus sûr à la maison. L'ACS répond que les enfants ont besoin d'être avec d'autres enfants pour 'se développer en tant que personnes' et que s'ils ne veulent pas que leurs enfants jouent dans la rue, ils pourraient au moins les emmener au parc le dimanche. L'ACS s'anime alors en leur parlant de l'organisation d'un dimanche en famille: ils pourraient prendre un bus car le dimanche les billets sont à moitié prix pour les adultes et gratuits pour les enfants. Ils peuvent préparer un pique-nique avec des fruits, des pâtes et de l'eau (ce qui ne leur reviendrait pas très cher). Finalement elle dit que* 'ce n'est pas parce qu'on est pauvre qu'on ne peut pas faire ces choses-là'. *De cette façon, les enfants* 'pourront vider leurs énergies', etc. *La femme dit qu'elle* 'insiste toujours pour que Pedro fasse des choses comme ça, car les enfants sont insupportables à la maison et comme ils n'ont pas beaucoup de place, ils sautent du lit au sol, du sol au lit toute la journée'. *L'ACS lui coupe la parole et lui dit qu'elle pourrait elle aussi'* amener les enfants au parc, qu'elle n'a pas besoin de l'autorisation de son mari pour faire ça! ». *Qu'elle pourrait prendre un jour les enfants et les amener au parc et* 'laisser son mari tranquille un jour à la maison'. *Le jeune couple se regarde avec un sourire au coin des lèvres (qu'est-ce qu'ils pensent de tous ces conseils ?). L'ACS revient sur la question de l'école. Au fait, la femme aussi pourrait continuer l'école. Il ne lui reste plus qu'un an pour finir le deuxième cycle (école secondaire) et elle pourrait ensuite aller à la fac.*

Complétons le tableau par la difficile description du ton des interactions. Toute cette longue scène se déroule dans une atmosphère familiale et amusée. Il n'y a qu'un moment où le ton devient tendu, et c'est justement lorsque l'ACS est sortie de son rôle d'ACS-voisine ou de celui d'ACS-experte pour investir son rôle d'ACS-contrôle. *Lorsqu'elle parlait de la nécessité pour les enfants de faire des sorties plus régulières, elle a mentionné le fait qu'ils pourraient très bien être un* 'cas pour le Conselho tutelar' *(l'équivalent de la DDASS), et qu'elle-même pourrait les appeler, car ce qu'ils font avec leurs enfants est considéré comme une* ' négligence psychologique'. *À ce moment-là, les visages du couple se sont assombris mais rapidement la conversation a été détournée (l'ACS revient sur la question de la scolarisation de la jeune mère). La phrase était dite de façon presque subliminale, mais*

elle a produit l'effet recherché, un appel à l'ordre qui opérait aussi en tant que source de légitimation des propos qu'elle venait de tenir sur le bien-être des enfants, par la référence à une institution[501].

Cet épisode nous semble intéressant pour plusieurs raisons. Non seulement nous pouvons observer le rôle que se fabriquent les ACS, un rôle qui puise ses ressources dans plusieurs domaines et discours (épidémiologie, psychologie, morale, pédagogie, etc) ainsi que dans le *sens commun* ; mais surtout, il met en évidence le caractère interventionniste de leur travail dans la vie privée des habitants du quartier, dont nous avons parlé auparavant. Cependant, le plus saisissant et le plus visible dans ce type d'interaction, très fréquemment rencontrée lors des séjours dans le terrain, c'est justement le caractère négociable de cette régulation, qui n'est jamais ni unilatérale ni totale. Cette négociation possible entre ACS et "comunitários" dévient évidente quand on la compare aux visites d'autres professionnels de santé. Tel qu'on l'a déjà montré à plusieurs reprises, l'intervention des médecins et infirmières laisse moins de place à la négociation, même si elle existe. Le fait que l'ACS habite le même quartier est donc aussi une prérogative pour les usagers eux-mêmes. Ils profitent, en effet, du fait de savoir où « l'ACS habite ». La question des limites de la sphère intime se pose donc à ces deux catégories d'acteurs, tant aux usagers qui reçoivent la visite des ACS qu'à ces dernières lorsque quelqu'un sonne à leur porte pour faire une demande de soins. D'ailleurs, plusieurs ACS font preuve d'agacement face aux *sollicitations* des usagers en dehors des heures de travail et, de manière plus générale, face à cette *assignation* permanente à leur rôle d'ACS. Elles envisagent de manière réflexive leur position dans le quartier : *« C'est compliqué, parce que nous travaillons et habitons la même collectivité, et puis on ne se sent pas très à l'aise. Par exemple, vous prenez un jour de congé, et sortez, et là, ils arrivent 'ah, tu es en vacances?', 'va travailler' : des récriminations, tu comprends? Ou alors, tu es chez toi la nuit et là, quelqu'un arrive 'Oh, tu n'a pas un médicament pour la tension ? Ou 'j'ai besoin d'un nébuliseur'. 'Ma fille, je suis fatiguée'. Nous sommes là pour aider, mais il y a un moment où ça dérange un peu. Mais nous devons aider, non? Je ne refuse pas d'aider* [502]*». (É meio complicado, porque a gente trabalha e mora na mesma comunidade, e aí você não fica muito à vontade. Por exemplo, você tira um dia de folga, a gente sai, aí chegam "estás de férias?" "vai trabalhar". Fica aquela cobrança, sabe? Ou então a gente está em casa à noite e lá chega alguém. "Oh, tem um remédio pra pressão?" ou "estou*

[501] Extrait journal de terrain, Pantanal, Recife, 31/05/06.
[502] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 06/07/06.

precisando dum nebulizador". Menina, estou cansada. Imagina, a gente ajuda, né? Mas chega um ponto que incomoda um pouco. Mas a gente tem que ajudar, né? Eu não nego ajuda não.)

« Les deux choses ne peuvent pas être distinguées l'une de l'autre, tu comprends ? Quand je rentre chez quelqu'un en tant que leader politique, quand je viens en tant qu'agent de santé, quand je veux entrer en tant que résidente, je suis également très sociable ici dans la communauté. (…) S'il y a une chose que je sais faire, c'est faire la part des choses. Quand je viens ici, chez moi, je déconnecte. Hier même, je ne me rappelais même plus de leurs noms (usagers). Maintenant, je suis complètement déconnectée. Mais la partie sociale, vous ne pouvez pas tout à fait la distinguer. Moi, je peux, mais eux, ils ne le peuvent pas. Des fois, pour ne pas être impolie, je dois dire: 'Aujourd'hui, je suis 'comunitária' (résidente), je ne suis pas ici comme agente, je suis 'comunitária'. Oublie-moi! [503] *» (É assim, uma coisa não consegue se diferenciar da outra, entendeu? Quando quero entrar como liderança, eu entro, quando quero entrar como agente de saúde, eu entro, quando quero entrar como moradora, eu sou também muito sociável, aqui, dentro da comunidade. (...) mas se tem uma coisa que eu sei é separar. Quando eu venho pra cá pra casa, eu me desligo. Olha como ontem, eu nem me lembrava do nome das pessoas. Agora eu estou completamente desligada. Porém a parte social, você não consegue completamente separar. Eu consigo mas eles não conseguem. E às vezes para não ser grosseira, eu tenho que falar assim: "hoje eu sou comunitária, não estou cá como agente, estou como comunitária, me esqueça!)*

Une manière pour les ACS d'articuler leur double position, de fonctionnaire de l'État et d'habitante est donc leur engagement social dans la vie du quartier. Une ACS dit : *« Mais il est difficile de vivre, de travailler dans le quartier où vous habitez, dans un travail comme le nôtre. C'est également difficile parce que je n'arrive pas à me voir comme un agent de santé sans me voir comme une habitante. Certains de mes collègues se sentent (comme s'ils étaient d') ailleurs, je n'y arrive pas, je me vois comme faisant partie du processus. L'eau qui coule dans la rue, elle va aussi passer devant chez moi. Quand je prends part à des actions pour des politiques publiques comme le budget participatif et d'autres, je suis à la recherche d'améliorations pour ma propre vie sociale (publique), qui est ma communauté. Je veux plus de travail et moins de problèmes, n'est-ce pas?*[504] *» (Mas é muito difícil você morar, você trabalhar no mesmo bairro que você mora, num trabalho como esse. Isso também dificulta, porque eu não consigo me ver como agente de saúde sem me ver moradora. E algumas delas (colegas) se sentem à parte, eu não consigo, eu me vejo inteira dentro do processo. A água que corre na rua, ela vai passar na frente da minha casa também. Então, quando eu participo*

[503] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 30/06/06.
[504] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.

das açoes das políticas públicas, como o orçamento participativo e outras, eu estou procurando melhorar a minha vida social, que é minha comunidade. Quero ter mais trabalho e também menos problemas, né?)

En effet, tel que Claudia Fonseca le dit : *« Dans cette négociation entre l'État et les familles pauvres, l'agent de santé est dans la position inconfortable de médiateur. Il est sensible aux logiques des deux mondes. Il connaît les limites du système de santé et cherche à contenir la demande pour assurer la qualité des soins. D'autre part, il reconnaît les conditions et les besoins des familles. Leur défi est de marcher sur cette corde raide sans glisser entièrement d'un côté ou l'autre* [505] » (Fonseca, 2005 : 58.).

IV-2-d. Pantanal vu par ses ACS : le genre et la génération comme marqueurs.

Lorsqu'on les interroge sur les problèmes du quartier, les ACS répondent d'abord en tant que professionnelles de santé, mais d'une santé publique épidémiologiste et sanitarisée. Pour elles, les problèmes les plus urgents dans le quartier sont : le manque de tout-à-l'égout et de rues pavées, le chômage, l'alcoolisme et la violence familiale. Ensuite, les problèmes sont distribués selon une catégorisation de la population, par âge et par sexe. Pour certaines populations, les problèmes sont plutôt liés au champ médical et de la santé. C'est le cas des enfants (verminose, scabieuses et autres maladies parasitaires, infections respiratoires, pneumonie, diarrhée) et des personnes âgées (hypertension, diabètes) tandis que pour d'autres catégories ce sont surtout des problèmes « sociaux » et « familiaux » qui sont mis en valeur. C'est le cas des jeunes (manque d'opportunités de travail, oisiveté, absence de perspectives d'avenir, drogues et manque d'appui social) et des adultes, de manière différencié par rapport aux sexes. Les hommes ont des problèmes d'alcoolisme, de drogue, de chômage, d'analphabétisme et de manque de formation professionnelle ; les femmes ont aussi de problèmes d'alcoolisme mais surtout des problèmes liés à leur vie familiale : violence conjugale, baisse d'estime de soi, absence de planning familial, en charge des dépenses de la famille. Notons dans les réponses des ACS l'absence de toute référence aux « mères adolescentes » ni aux « maternités à risque », dont on a pourtant vu la place qu'elles prennent dans leur travail. Cette population, qui aurait pu rentrer dans la catégorie « jeunes », nous semble cependant être présente implicitement dans la catégorie « femmes », lorsque les ACS parlent de « manque de planning familial ».

[505] Traduction de l'auteure.

Cette absence n'est pas surprenante dès lors que l'on sait comment la catégorie des mères « à risque » se construit à la lisière du social et du médical, en tant que catégorie fortement sanitarisée. La variable « sexe » se retrouve être à l'origine d'un spectre de problèmes différenciés qui s'écartent de la santé pour se placer du côté du « social » et de la « psychologie ». Dans le domaine sanitaire, la différenciation genrée des problèmes peut être décelée dans les discours des ACS: si hommes et femmes partagent certains problèmes, comme l'alcoolisme, les hommes sont plus touchés par des problèmes relevant de la sphère publique et professionnelle (chômage, analphabétisme, manque de formation) et ceux concernant les femmes sont en rapport avec la sphère domestique (cibles de violence, manque de planning familial, assurant les dépenses familiales) et psychologiques (manque de confiance en soi). Cette distinction de genre dans les propos des ACS concernant les problèmes du quartier a pu être constatée lors de notre séjour, pendant les visites domiciliaires et les longues conversations avec les ACS. L'alcoolisme, qui pourrait être vu comme un problème « égalitaire », semble avoir des causes différenciées : chez les hommes c'est la conséquence de leur non-intégration dans le monde du travail ; chez les femmes, c'est la conséquence (psychologique) d'une *« famille dispersée »*, comme le dit une ACS. C'est sur les bases de ces présupposés que les ACS mèneront des actions d'intervention auprès du groupe des femmes.

Quant à la vision qu'elles ont des relations mère-enfant dans le quartier, celle-ci est plutôt positive. Elles valorisent les intentions des mères tout en corroborant leur manque de ressources (culturelles et économiques, notamment). C'est le cas de la nutrition. Elles disent, par exemple, que « *les mères s'en préoccupent beaucoup »* mais *« les enfants ne sont pas bien nourris parce que les parents ont des faibles ressources ». « L'alimentation est précaire par manque de ressources »* et les mères *« donnent une alimentation qui ne nourrit pas »*. Nous remarquons également un discours dédoublé : d'un côté elles condamnent les mères de leur secteur par rapport à la manière dont elles alimentent leurs enfants (mauvaise qualité des aliments) mais de l'autre elles les absolvent en prenant en compte leurs conditions de vie et leurs habitudes culturelles et culinaires.

Autour des soins maternels se construit un même discours. Les mères se *« préoccupent de leurs enfants »* et font tout pour que *« pour que tout aille bien chez leurs enfants »*,

mais elles ont cependant *« très peu de notions d'hygiène, tout laisse à désirer »*. Une fois les femmes ramenées à leurs conditions culturelles, sociales et économiques, des critiques sur leur capacité de *sollicitude* peuvent être effectuées. Les ACS arrivent ainsi à des conclusions fatalistes: *« Les enfants ne sont pas bien soignés et gardés par leurs parents »* ou encore *« la plupart des mères ne prennent pas soin des enfants, c'est pour cela qu'on a un taux élevé de scabieuse et verminose, (si elles en prenaient soin) ce ne serait pas nécessaire d'aller chez le médecin*[506] *»*

Peu à peu se dessine dans le discours des ACS la distinction entre deux figures maternelles : « la mère négligente » et la « bonne mère ». Ainsi, lorsqu'il est question de la santé des enfants, laquelle *« laisse beaucoup à désirer »*, les mères sont accusées de ne pas jouer le jeu de la santé publique car « *elles ne soignent pas avec le préventif, mais avec le curatif »*. Cependant s'*« il existe des mères très nuisibles (pour la santé des enfants), la plupart s'en occupent bien »*. Face à la figure de la mère négligente se dresse, donc, comme dans un miroir inversé, celle de la « bonne mère ». S'il y a des « mères nuisibles », elles le sont par rapport à d'autres « bonnes » mères soigneuses. Cette même distinction existe dans la sphère scolaire et éducative. « *Il existe des mères qui ne s'intéressent pas du tout à ça, mais la plupart participe bien »* car « *l'éducation dépend de la culture de chacun »*. Il y a donc des mères qui *« n'éduquent pas. Les parents n'ont pas une assez bonne éducation pour bien éduquer leurs enfants »*. Il faut tenir compte du fait que *« 60% sont analphabètes, que 35% n'ont pas fini l'école primaire (lire et écrire) et que 5 % ont atteint l'école secondaire »*. Finalement, les mères *« placent leurs enfants à l'école et pensent que la responsabilité revient exclusivement à l'enseignant*[507] *»*. Tant dans la dimension éducative que dans celle de la santé, les mères « nuisibles » font retomber sur les institutions ce qui relevait de leur responsabilité.

Il est nécessaire de remarquer que cette différenciation entre mères « dignes » et « indignes », « bonnes » et « nuisibles », n'est pas l'apanage des ACS, mais elle opère chez l'ensemble des femmes du quartier. Nous avons entendu de nombreux propos des femmes du quartier mettant en relief l'indignité de leurs « voisines », pour rehausser la propre moralité. Un matin, nous étions *« chez Dona Silvia, quand sa voisine arrive pour bavarder un peu. Évidemment, les femmes parlent de leurs « voisins ». La voisine de Dona*

[506] Questionnaire ACS, Pantanal, Recife, mars-juin, 2006, (Traduction de l'auteure).
[507] Questionnaire ACS, Pantanal, Recife, mars-juin, 2006.

Silva lui raconte ce qui est arrivé à une femme du quartier. Elle a perdu son enfant à cause de la dengue. Elle dit que l'enfant avait les oreilles complètement infectées et que c'est au 'posto de saúde' qu'ils l'ont vu, pour ensuite ajouter : que sa mère 'négligente n'avait rien vu' [508]*».*

Cependant, chez les ACS, au jugement de négligence porté contre les parents (surtout à la mère) s'ajoute l'appropriation d'un reproche de source institutionnelle : un parent qui n'est pas autonome dans l'exercice des tâches parentales de *sollicitude*, de socialisation et d'éducation, une mère trop dépendante des institutions scolaires et sanitaires pour accomplir son rôle. Autrement dit, on retrouve chez les ACS une imbrication idéologique de la dépendance à l'indignité, tel que le souligne Richard Sennet (2005 : 144) *« la dépendance est apparue comme une pièce de monnaie, avec une face privée et une face publique ; d'un côté le besoin des autres paraît digne, de l'autre il semble honteux »*. D'où *« ce besoin de sevrer les gens de la dépendance (qui) oriente désormais la réforme de l'aide sociale »* (Sennet, 2005 : 118). La nécessité d'autonomie dans les soins portés aux enfants est expliquée par le fait que *« le 'posto' ne peut pas assister à tout le monde »*.

Pour les ACS, l'institution scolaire est confrontée aux mêmes obstacles qu'elles-mêmes affrontent dans le domaine de la santé : les difficultés à travailler avec des personnes dépourvues de ressources individuelles (culturelles, scolaires, et même affectives), et qui en demandent « trop » aux institutions. Ce type de discours est récurrent parmi ceux qui travaillent auprès des couches populaires. Il faudrait, d'ailleurs, faire une petite parenthèse et signaler ici les propos itératifs des ACS sur la question de « l'assistanat » touchant les habitants du quartier, autrement dit, leur dépendance passive par rapport à l'aide de l'État (Jacqueline Ferreira, 2007). Ainsi, l'une d'elles nous dit, à propos de la prestation sociale « Bolsa Família » que c'est : *« plus que 'bourse famille', c'est 'la bourse du désordre' » (mais que 'bolsa família' é a 'bolsa da bagunça')*, et une autre nous dit à propos du même programme qu'il *« sert à acheter des cigarettes et de l'alcool* [509]*» (É pra cigarros e alcool).* Une autre ACS, en parlant des jeunes du quartier, dit : « *Aujourd'hui ils ont des opportunités, à travers le programme du gouvernement fédéral pour les jeunes, mais ils utilisent l'argent pour s'acheter des armes, de la marijuana et des balles. Et de l'alcool, n'est-ce pas ? C'est donc difficile parce que le jour où l'argent arrive, ils sont déjà là, à boire des bières. C'est un programme*

[508] Extrait journal de terrain, Pantanal, Recife, 18/05/06.
[509] Extraits journal de terrain, de mai 2006 et août 2008, respectivement.

du gouvernement fédéral, c'est un encouragement. Je ne suis pas sûre mais je pense qu'ils ont 130 réaux par mois, pour terminer le premier cycle et apprendre un métier. Sauf que ce qu'ils apprennent c'est le métier de la vie: les armes, la drogue ... et c'est dur, très dur, c'est comme ça...C'est très difficile. Aujourd'hui même, mon mari m'a dit que « nul enfant ne peut travailler », je suis d'accord ... il ne peut pas, il doit (travailler)! Parce que, comme mon beau-père a dit: 'le travail n'a jamais tué personne, la filouterie tue'. Les gens meurent chaque jour à cause de la filouterie. Le vagabondage tue ... [510]*». (Eles têm a oportunidade hoje, através do programa para os jovens do governo federal. Estão usando o dinheiro pra comprar arma, maconha e bala. Então fica difícil. E bebida, né? Porque no dia que sai o dinheiro, eles estão lá bebendo cerveja. É um programa do governo federal, é um incentivo, eu não tenho certeza mas acho que são 130 reais por mês, pra concluir o primeiro grau e aprender uma profissão. Só que muitas vezes eles aprendem a profissão da vida: as armas, a droga...e é difícil, muito difícil (...), e assim vai...então é muito difícil mesmo. Hoje o meu marido me diz "criança nenhuma pode trabalhar", eu concordo... não pode mas deve! Porque como diz meu padrasto:"trabalho nunca matou ninguém, a malandragem mata", morre gente todo dia por causa da malandragem. A vadiagem mata...)*

Cette demande de responsabilisation individuelle pour sortir de « l'assistanat » se décline de diverses manières selon les « catégories » des « assistés ». Le genre est ici un diviseur marquant : d'un côté, la prise en charge individuelle par le travail chez les hommes, et de l'autre, la prise en charge individuelle du travail de *care* par les femmes. Revenons donc à la vision qu'ont les ACS du lien maternel dans le quartier, car l'autonomisation doit se réaliser non pas seulement dans le travail de *care* fourni, mais aussi dans la dimension affective du lien maternel, dans la profondeur de celui-ci. Ainsi, les ACS prétendent que les femmes « *ont des enfants, alors qu'elles ne se sentent pas responsables d'eux. Elles ne savent pas ce qu'est l'affection* » ou encore *« elles se plaignent et remercient Dieu quand l'enfant part »*. Sur ce point, il y a encore des mères et des mères, car elles observent que, dans certains cas, *« la relation est bonne entre parents et enfants, ils ont beaucoup d'affection pour leurs enfants »*. Le lien maternel, et conséquemment ce qui définit une « bonne mère », ne relève pas pour les ACS d'un absolutisme affectif mais plutôt d'un amour rationnalisé par les dictats psychologiques. Ainsi, selon une ACS, *« l'affection existe en trop, et l'excès d'affection porte préjudice à la formation du caractère de l'enfant »*. Pour ce qui est de la construction du rôle maternel, d'après le regard des ACS, elle doit se réaliser dans l'équilibre fragile entre « un trop » et « un pas assez ». Si les relations mère-enfant sont

[510] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 4/07/06.

problématisées par les ACS, qui donnent des mesures et des dimensions diverses à cette relation, leur vision de la place des hommes dans la famille et la paternité fait preuve de représentations plus fixes et simplifiées. G*rosso modo*, deux caractéristiques sont imputées aux pères du quartier: ils sont les « *chefs de famille »,* mais ils sont *« dans les bars en train de boire »,* ils ne sont pas présents dans la vie familiale car *« dans beaucoup de cas, ils sont enfermés dans le vice* [511]*».*

Le regard plus complexe que les ACS portent sur la maternité chez les femmes du quartier par comparaison avec celui qu'elles portent sur les « pères » se doit peut-être simplement dû au fait qu'elles sont elles-mêmes des mères de milieu populaire. Elles sont elles aussi des mères de famille dans le quartier, elles vivent dans des conditions semblables à celles des femmes qu'elles *« orientent, assistent et accompagnent ».* Si le regard porté sur le rôle maternel des femmes du quartier se base sur leur fonction d'acteur institutionnel à Pantanal, impliquant l'évaluation de la qualité du travail de *care* et du lien affectif, lorsqu'on pose la question de leur propre maternité, le regard d'expertise se dissout et l'image dégagée fait l'éloge d'une affectivité transcendantale et de l'inconditionnalité de l'amour maternel. Ainsi, les ACS voient leur propre maternité comme *« le plus beau cadeau de Dieu et la meilleure expérience que l'être humain peut vivre »* ou encore *« être mère est le plus beau sentiment que Dieu a mis sur terre, c'est très gratifiant de mettre au monde un être qui vient de vous-même, un petit morceau de vous-même, et de pouvoir l'aimer avec plein d'amour et de tendresse ».* Cependant, cette vision transcendantale du lien de filiation trouve peu à peu l'immanence des normes sociales et du rôle parental. Si leur maternité est *« renoncement », « dévouement »* et *« plaisir »,* elle est aussi *« responsabilité »,* c'est regarder les enfants *« grandir et devenir des êtres humains responsables ».* Le rôle de mère est souvent décrit de manière semblable au rôle d'ACS *« c'est éduquer, orienter, donner de la tendresse et de l'amour. C'est un modèle, quand c'est au bon moment (na hora certa)* [512]*».*

[511] Questionnaire ACS, Pantanal, Recife, mars-juin, 2006.
[512] Questionnaire ACS, Pantanal, Recife, mars-juin, 2006.

IV-2-e. Les mères soigneuses de Pantanal.

Le vocabulaire du travail de régulation auquel elles doivent répondre en tant qu'ACS germent dans les phrases, donnant les caractéristiques de la « bonne » manière de réaliser la fonction maternelle (*responsabilité, orienter, éduquer, etc.*), laquelle s'appuie, tout autant que leur fonction professionnelle, sur une autorité relationnelle plus que sur une autorité institutionnelle. La pénétration des normes qu'elles véhiculent en tant qu'ACS dans leur propre expérience de la maternité est évidente. Ainsi, par exemple, « être mère » est une bonne chose si la norme procréative contemporaine (Bajos et Ferrand, 2006, 2007) est suivie, notamment par le retardement de l'âge auquel elles ont eu leur premier enfant ainsi que l'espacement des grossesses, autrement dit *« le bon moment »*. L'enfant apparaît à nouveau comme étant le médiateur dans les interactions entre professionnels et femmes dans l'injonction normative, tel qu'on l'a vu dans les maternités publiques, ainsi qu'en tant que la mesure d'un rôle maternel bien accompli. Un rôle de *sollicitude*, tout autant relationnel et affectif que sanitaire et médical. Ainsi, l'apparence extérieure d'un enfant – mal habillé ou qui se gratte la tête – est un signe de la négligence maternelle, tant sanitaire qu'affective. *« Par exemple, je connais des mères qui parlent ainsi 'Allez-vous brosser les dents et boire le café'. Alors l'enfant va se brosser les dents et ensuite il boit du café, et après le café il ne se brosse plus les dents (…) Donc je pense que, sur ces questions d'éducation, les enfants absorbent plus que leurs propres parents qui ont déjà des mauvaises habitudes qui ne changent pas. Donc, tu le vois : ils sont déjà tous édentés...!*[513] *» (Porque por exemplo, eu conheço mães que falam assim: "vai escovar os dentes e tomar café". Aí a criança escova os dentes e toma café, e depois do café não escova mais os dentes (...) Então eu acho que nessas questões de educação as crianças absorvem mais do que os próprios pais que já têm maus hábitos que não mudam. Então você percebe, já estão todos desdentados...)*

Nous sommes enclins à voir dans leur rôle d'ACS le prolongement de celui de « mère ». Ce que les ACS critiquent comme étant un « rapport d'assistanat » envers leurs "comunitários", ne ressemble-t-il pas au rapport de dépendance et de *sollicitude* entre la mère et l'enfant ? Nous y voyons le côté féminin de l'État brésilien, sa main « gauche » pour reprendre les termes de Pierre Bourdieu, que les ACS, groupe professionnel fortement féminisé, portent au paroxysme. *« La division archétypale*

[513] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.

entre le masculin et le féminin, les femmes ayant partie liée avec l'État social, en tant que responsables et en tant que destinataires privilégiées de ses soins et de ses services » (Bourdieu, 1998 : 121). Si leur rôle dans la communauté n'est pas accompagné de la nomination de parenté, contrairement à ce que nous avons observé ailleurs[514], leur rôle de *care* envers la « communauté » ne semble pas différent. Les ACS ne sont pas des mères nourricières mais des mères soignantes et soigneuses des habitants de leur aire de travail, leurs "comunitários". Et ici, la référence à la « communauté » n'est pas anodine de la part des acteurs, car elle désigne un lien différent entre le professionnel et le bénéficiaire du programme qui ne pourrait pas être apparenté au « patient », à « l'usager » et encore moins « au client ». C'est ici la particularité des ACS en tant qu'acteurs institutionnels : elles font partie du réseau social où se construisent les expériences maternelles individuelles qu'elles doivent réguler, corriger, normaliser. Elles sont, en quelque sorte, le *surmoi,* ce « gendarme intérieur », dans l'expérience maternelle en réseau.

Le dispositif de santé trouve donc, dans la figure de l'ACS, la *police*[515]de la régulation de l'expérience maternelle ; une instance normative qui agit de l'intérieur même du groupe des femmes de milieu populaire. Cette police ne doit pas s'imposer de manière autoritaire ; elle doit se présenter comme la « police amie » des femmes. Ainsi, et tel qu'on l'a déjà souligné, la parole prend une place extrêmement importante dans le dispositif, les ACS parlant le « même langage » que les femmes à « corriger », par leur relative symétrie sociale et leur interconnaissance. Les échanges « à la base » deviennent de cette manière l'épicentre fondamental du dispositif. Ainsi, la qualité féminine, socialement construite, d'avoir une facilité à la parole devient la compétence professionnelle fondamentale des ACS dans le gouvernement des conduites. Car, tel que le signale Dominique Memmi (2003 :136) : *« L'échange de paroles, ce moment minuscule, est un moment névralgique de la surveillance des pratiques »*. D'où le fait que les nouveaux modes du contrôle social passent par ces dispositifs minuscules où une femme *« écoute d'autres femmes »* (Memmi, *Ibid.* : 134). Cependant le gouvernement par la parole semble toujours être un idéal officiel du dispositif, qui cache dans la pratique la surveillance des pratiques et des sanctions quand ces

[514] Le groupe de femmes travaillant dans la cantine municipale d'un quartier populaire de la ville de Santa Fe en Argentine étaient nommées « les mères » par les habitants de ce quartier. Voir : Alfonsina Faya Robles, *Les mères de San Pantaleón : identité et patriarcat »*.

[515] Dans le sens de Jacques Donzelot (2005).

dernières ne sont pas conformes. Du côté des femmes, il y a une résistance à la mise en parole de leurs corps ainsi qu'une certaine passivité au moment de la réception de conseils. Ainsi pour les ACS, une visite chez une femme est évaluée *« d'abord par la réception, quand la personne est incline: à écouter, à contribuer, qu'elle est prête au changement. Nous savons que changer les habitudes est difficile, ça prend en moyenne un à trois mais il y a des gens qui meurent sans avoir jamais rien changé (Rires)*[516]*». (Pra mim uma visita bem feita é, primeiro pela recepção, quando a pessoa fica aberta: a ouvir, a contribuir, pronto, e a mudar. Mas sabemos que a mudança de hábitos é difícil, é uma média dum ano a três, mas tem gente que morre e não mudou nunca.)*

Le travail de « conseil », qui s'articule avec « l'accompagnement », est vu par les ACS comme leur tâche fondamentale. C'est également la pratique qui légitime leur position hybride dans le quartier et qui leur permet de réaliser le travail de contrôle. Le conseil *« est l'acte qui marque le plus l'égalité, puisqu'il résulte à la fois du désir d'influer chez celui qui le donne et de la parfaite liberté chez celui qui le reçoit »* (Donzelot, 2005 :64). Lors d'une promenade avec une ACS dans le quartier, cette dernière discute avec une jeune femme qui veut faire les démarches pour avoir sa carte d'identité. L'ACS la conseille sur les services vers lesquels la fille doit se tourner. Quand nous partons, l'ACS se vante, avec un brin d'ironie: « *Le travail d'agent de santé n'est pas seulement orienté vers la santé, il y a aussi le social. Alors nous sommes des archives vivantes*[517] *» (Então o trabalho de agente de saúde não está voltado só pra saúde, nos temos também o social. Então, somos arquivos vivos!)* Si le « conseil » vient opérer une certaine fiction égalitaire en faisant des ACS des « amies », il requiert en tant que pratique professionnelle, une certaine précaution de leur part : « *Ils demandent beaucoup de conseils, parce qu'ils n'ont pas les informations. Ils viennent, parce qu'ils nous font confiance. Ils viennent et ils demandent : 'je peux lui donner ce médicament ?'. Alors moi, j'hésite. Je sais qu'ils peuvent, mais j'ai peur qu'il leur arrive quelque chose et qu'on m'accuse. La peur qu'on m'accuse. Ce n'est pas facile. (...) Je donne des conseils, je donne toujours des conseils en tant qu'agent, agent de la santé. Je fais des visites où ils ne connaissent même pas mon nom, et d'autres où on me traite comme à une amie. Alors là, ils me racontent leur vie personnelle. Il y a aussi l'éthique professionnelle, non? Nous ne pouvons pas parler. Alors ça reste entre nous (professionnels). Parce que ça parle beaucoup dans cette communauté, n'est-ce pas? Alors il faut travailler et se taire...*[518] *» (Eles pedem muito conselho. Porque eles nem têm a informação. Aí chegam, porque eles confiam tanto na*

[516] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 4/07/06.
[517] Extrait journal de terrain, Pantanal, Recife, 26/08/08.
[518] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 06/07/06.

gente...Ai, eles chegam e perguntam "será que eu posso dar esse remédio?", aí eu fico duvidando. Eu sei que podem, mas eu fico com medo de acontecer alguma coisa e de culpar a gente, né? Medo de culpar, né? Aí, não é facil, não. Eu dou conselho, dou conselho sempre como agente, agente de saúde. Tem visitas assim que eu faço, que às vezes eles me tratam assim, nem meu nome eles acham, outros me tratam de amiga mesmo. Aí, eles me contam a vida pessoal, né? E também tem a ética profissional, né?que a gente não pode estar falando, né? Aí fica entre a gente mesmo. Porque se fala tanta coisa na comunidade, né? aí...tem que trabalhar caladinha.). L'attribution de ce rôle de conseillère peut aussi être vécue comme une contrainte relationnelle à leur rôle professionnel.

Le conseil et l'orientation, l'accompagnement et l'accueil fonctionnent comme des paravents du contrôle sanitaire effectif. Ainsi, les ACS, non seulement suscitent la parole des "comunitários" lors des visites, mais elles en profitent (et c'est leur fonction) pour inspecter les conditions sanitaires des maisons. Un ACS évoque les étapes d'une visite à domicile : *« Là, tu vois si le vaccin a bien été fait, si l'eau est bonne... s'ils disent 'il nous manque de l'hypochlorite, tu ne peux pas nous en apporter ? On n'en trouve pas, nous'. Tu vois si les cheveux des enfants sont bien coupés, comme il faut. Tu vois si la mère a la volonté de l'hygiène, si la maison est propre, s'il y a de la bonne nourriture, bonne et nourrissante. Quand les (visites) sont bonnes, c'est parce qu'ils sont bien disposés, ils connaissent l'hygiène ...Ces visites sont bien parce que nous voyons l'état de la cour, on vérifie l'eau courante, on vérifie la carte des vaccins. Vous pouvez voir si la femme a effectué les examens de prévention pour éviter les retards de menstruation, sinon on l'envoie à l'unité (de santé). On vérifie aussi si elles ont fait le test du VIH. On les conseille à propos du brossage des dents des enfants. Tout cela doit être bien pris en compte parce que sinon, c'est perdu. Maintenant, je fais généralement des visites où je peux parler, mais y il a des visites où tu vois que la personne est déjà fâchée avant que tu sois passé. Et notre but ce n'est pas ça, notre but c'est de créer un dialogue, de créer un lien d'amitié* [519] *» (Lá você vê que a vacina que estava atrasada já está em dia, que você vê que a água está devidamente..."esta faltando hipoclorito, você não traz pra mim? eu não consigo". Você vê os cabelos das crianças todos cortados, direitinho, você vê que a mãe tem vontade da higiene, que a casa está limpa, que tem comida assim, boa ou nutritiva, mas as condições são boas, porque eles dispõem, conhecem higiene... Então essas são boas visitas porque a gente vê a condição do quintal, vê a água que encana, vê o cartão das vacinas, pode ver se a mulher tem os exames de prevenção atrasados, envia pra o posto, vê se eles tem feito o teste de HIV. A gente orienta com relação a escovação dos dentes das crianças. Todo isso tem que ser bem tomado em conta porque senão se perde. Agora sim você tem visitas que você cada vez que você vai lá fala, mas tem visitas que você vê*

[519] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.

que a pessoa já esta chateada que você passou lá. E o objectivo da gente não é esse, é de criar uma conversa, quer criar um vínculo de amizade).

La capacité de créer un « lien d'amitié », permettant le dialogue et le contrôle sanitaire, varie d'une ACS à une autre et des familles qu'elles sont face à elles, mais cette capacité dépend surtout de la présence et de la place de l'ACS dans le réseau d'entraide des femmes. Ainsi, nous pourrions dire que l'État profite des réseaux de femmes déjà existants dans la construction d'une expérience relationnelle et collective de la maternité pour y véhiculer des normes sanitaires qui tendent à l'individualisation de l'expérience maternelle. Et cela il le fait par le biais des ACS.

Les ACS portent un regard normatif et familialiste sur les familles qu'elles *« accompagnent »*, et qu'elles voient comme des familles *« totalement déstructurées »*, *« sans référence »*, des familles *« sans futur »*, formées par des personnes « *qui vagabondent parce qu'elles ne savent pas quoi faire »* ou encore des *« familles (qui) subsistent grâce aux parents, aux grands-parents, c'est la retraite des grands-parents qui nourrit les enfants de la femme, et les enfants de ses enfants à elle. C'est ainsi. Et quand cette personne âgée meurt, ils n'ont plus d'argent. J'ai des familles de 10 personnes, et c'est l'argent du vieux qui maintient la maison*[520]*». (As famílias, elas são sustentadas pelos pais, os avós, a aposentadoria dos avós é que mantém o filho dela, e os filhos dos filhos dela. Assim vai. E quando aquela pessoa velha morre, que não percebem mais aquela pensão, aí dificulta, isso dificulta mais ainda (...)Eu tenho famílias mesmo com 10 pessoas e é o dinheiro do idoso que sustenta toda a casa).*

Ces caractéristiques des familles sont loin du modèle de famille nucléaire et égalitaire auxquels elles prêtent autant d'importance. Elles mettent plusieurs fois l'accent sur le fait qu'elles sont *« mariées légalement »*, que *« tous (leurs) enfants sont nés du même homme »*, et qu'elles entretiennent des relations égalitaires avec leurs maris. Cependant, les familles des ACS, à première vue nucléaires et conjugales, laissent transparaître une expérience différente de celle qu'elles promeuvent. *« Moi-même, je suis tombée enceinte quand j'étais jeune (...) alors j'ai pleuré. J'ai beaucoup pleuré mais je l'ai accepté, ma mère aussi pleurait, mon père…imagine, une (fille) de 14, 15 ans, c'est dur (...)En général, l'expérience que j'ai vécue pendant ma grossesse, que je sois tombée enceinte sans le planifier, je la transmet à d'autres personnes : que ce n'est pas bon, que je n'ai pas*

[520] Extraits d'entretiens et conversations avec ACS en août 2008 et entretien ACS, Pantanal, Recife, 04/07/06.

trouvé ça bien, parce que ce n'était pas programmé. 'Tu n'as pas de maison, ton mari ne travaille pas, tu n'as pas de bonne structure pour avoir un enfant' : je leur dis. 'Attends de travailler ou d'être majeur, d'avoir fini tes études, là tu auras une meilleure situation[521] *». (Eu mesma engravidei quando eu era novinha (...) aí fiquei chorando. Aí eu chorei muito mas depois eu aceitei, Minha mãe também ficou chorando, o meu pai, imagina, uma de 14, 15 anos é difícil (...) Geralmente, a experiência que eu passei, na minha gravidez, que engravidei sem ser programada, aí eu passo pra outras pessoas, que não é bom, eu não achei nada bom, porque não é programado, você não tem uma casa, que seu marido não trabalha, você não tem uma estrutura boa pra ter um filho, então...eu falo, até você trabalhar ou você estar maior, terminar os estudos, aí você tem uma estrutura melhor.)*

Non seulement leurs grossesses n'ont pas été planifiées, contrairement à la *norme procréative* contemporaine (Bajos et Ferrand, 2006, 2007) qu'elles-mêmes véhiculent, mais leur maternité s'insère également dans des réseaux sociaux plus larges et dépasse la famille conjugale. Leur expérience de la maternité dépend, comme pour les autres femmes du quartier, du réseau d'entraide et de parenté. Ainsi, une des ACS raconte le moment où elle a acheté son terrain à Pantanal lorsqu'elle était enceinte: *« Je suis venue ici avec Ricardo (mari), nous habitions à Paulista, mais c'était chez ma mère. J'ai rencontré une collègue de travail qui habitait dans R2 et sa belle-sœur était une 'leader' (communautaire) du quartier 27 Septembre. Et elle m'a dit: 'Regarde, je suis en train de faire la distribution des terrains là-bas dans le bas Ibura'. Mais, il y avait tellement de poussière ici que je ne suis même pas venue voir. On a donc acheté le terrain sans le voir. Je l'ai acheté et j'ai payé (...) j'ai demandé l'argent à mon frère. Je fais tout avec lui, parce que mon mari est trop peureux. Je fais tout avec mon frère. Pour moi, c'est moi, mon frère et mon fils. Ricardo (mari) est un agregat* [522]*». (Já vim pra cá com Roberto, a gente morava la, mas era a casa de minha mãe. Eu conhecia uma colega de trabalho que assim, ela mora no R2, e a cunhada dela era liderança do 27 de Setembro. E ela me diz "olha, estão fazendo entrega duns terrenos lá, no Ibura de baixo" Mas tinha tanta poeira aqui em baixo que eu nem vim olhar. Foi assim, comprei o terreno sem ver. Aí comprei, paguei (...) pedi dinheiro a meu irmão. Eu faço tudo com ele porque o Ricardo é muito medroso. Então eu faço tudo com meu irmão. Para mim é: eu, meu irmão e meu filho. Ricardo é um agregado.)*

Comme beaucoup de leurs "comunitárias", les ACS vivent leur maternité dans un réseau social d'entraide ou parental élargi, où la composante matrilatérale est

[521] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 06/07/06.

[522] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 16/09/08. L'ACS utilise l'adjectif "agregado", qui en portugais signifie « ajouté », « associé », « adjoint », « annexé », pour parler de son mari.

prédominante. Ainsi, nous pouvons voir dans les propos de cette ACS qu'au moment de la mise en couple, c'est le modèle matrilocal qui a primé et que c'est au sein de sa famille maternelle qu'elle prend des décisions individuelles importantes. Un autre indicateur montre que les ACS font partie des réseaux féminins d'entraide qui se mettent en place dans le quartier. À la différence de la plupart des femmes du quartier, les ACS ont un emploi assez stable qui les occupe pendant une grande partie de la journée. Quand elles travaillent, leurs enfants en bas-âge sont généralement gardés par leur grand-mère, par l'aîné(e) de la fratrie, ou par leurs voisines[523].

Loin d'occulter leurs réelles conditions familiales, les ACS s'en servent dans l'application d'une police par la parole, les invoquant comme des mauvais ou des bons exemples. Généralement, et dans des situations familiales qu'on pourrait voir comme « subies » par les femmes, les ACS accompagnent leurs pratiques d'un discours « modernisateur » d'autonomie et d'égalitarisme dans les relations familiales, qui se présente souvent comme la délivrance de la présence masculine à la maison. Ainsi, une ACS dit en riant lors d'une réunion avec d'autres femmes participant à l'association des habitants, *« qu'elle sera heureuse quand son mari mourra, car elle pourra enfin faire toutes les choses dont elle a envie, elle ajoute ensuite 'je crois que je n'étais pas faite pour être mariée' (acho que eu não era pra casar mesmo)*[524] *».* Une autre fois, lors d'une visite chez une femme que l'ACS dit beaucoup aimer car *« elles peuvent parler de tout »,* la discussion tourne autour des médicaments qu'elle et son mari doivent prendre pour soigner une maladie sexuellement transmissible (MST); la femme ironise *« mon mari doit les prendre ? (Rires) la seule chose qu'il prend c'est de la cachaça (alcool de canne à sucre) » (meu marido beber ? se for beber é so cachaça !)* Elle dit que son mari boit de plus en plus et que la semaine dernière il crachait du sang. L'ACS glousse et dit qu'*« enfin (elle) sera veuve, il ne lui reste plus que quelques jours à attendre* [525] *».*

Ainsi, la monoparentalité féminine et la matrilatéralité des relations familiales peuvent trouver de sources de légitimation dans les propos des ACS, à condition qu'il ne s'agisse plus d'une conséquence de l'« absence paternelle » ou de l'« abandon », mais

[523] Il faut cependant souligner que lorsqu'il s'agit d'une ACS qui est la demandante, ces échanges de services entre femmes du quartier prennent plutôt la forme de l'emploi domestique car il y a souvent des échanges monétaires.

[524] Extrait journal de terrain, Pantanal, 24/05/06

[525] Extrait Journal de terrain, Pantanal, 30/05/06.

plutôt de l'exclusion de l'homme de la sphère domestique, car il encombre plus qu'il ne soutient.

Il en ressort que nous ne faisons pas face à un dispositif de santé cohérent porté par un groupe solide de femmes ayant des pratiques et des comportements culturellement homogènes. Nous sommes plutôt face à des configurations sociales complexes au sein desquelles les acteurs institutionnels et les usagers de ces institutions participent ensemble à l'expérience de la maternité en milieu populaire. La description analytique de ces configurations étant accomplie, nous pouvons engager une analyse des significations et des sens (qui ne seront pas univoques) construits à l'intérieur de cette expérience de la maternité en réseau.

IV-3. La différenciation vis-à-vis de modèles « autres » de maternité : déclin de l'institution maternelle?

Les visions optimistes et pessimistes, qui ont supputé la « fin de la famille » auraient aussi pu y voir « la fin de la maternité ». Optimistes, ceux qui désirent la fin des distinctions de genres dans le partage des obligations domestiques et familiales et qui ont vu dans « la crise de la famille » les préludes de l'avènement de la parentalité a-genrée et égalitaire. Pessimistes, ceux qui ont vu, par exemple, dans l'évolution des technologies d'aide à la reproduction, l'apocalyptique fin d'une maternité pure, naturelle et toujours inscrite « en plus » dans le corps des femmes. Ces deux visions ne peuvent pas rendre compte de la maternité, telle qu'elle est vécue en milieu populaire urbain à Recife, car elle est toujours une *assignation* du genre féminin inscrite dans les corps des femmes. Cependant, c'est dans les caractéristiques de cette inscription que se joue le *devenir* de l'expérience maternelle. Ainsi, et l'explication peut sembler à première vue fallacieuse : le rôle parental maternel s'inscrit dans les corps des femmes et il ne s'y inscrit pas. Expliquons-nous. Dans notre contexte de recherche, si le rôle maternel s'inscrit dans le corps des femmes, c'est aussi par leur corps qu'il y a distanciation au rôle. La normativité sanitaire, qui inscrit le rôle maternel dans le corps individualisé des femmes, trouve sa limite dans sa cible, ces corps relationnels de

femmes imbibées d'autres normes sociales qui tendent à désindividualiser l'expérience de la maternité.

Ainsi, comme la famille, la maternité ne disparaît pas, elle se désinstitutionnalise. Et cette désinstitutionalisation laisse entrevoir le côté fictionnel d'une quelconque « institution » maternelle qui aurait autrefois existée ; celle définie dans les termes de la famille « nucléaire » et assemblant les trois composantes du lien filial (sang, loi et quotidien). Françoise Héritier (1996) rappelle, à ce sujet, qu'engendrement et filiation sont séparés depuis toujours et que les enfants ont toujours pu avoir plusieurs parents. Nous n'accomplirons pas ici un travail d'historien. Mais nous pouvons néanmoins montrer comment l'expérience de la maternité se construit chez les femmes de milieu populaire urbain dans le Nordeste brésilien, une construction qui suppose une prise de distance vis-à-vis des formes institutionnalisées, soient-elles conçues comme des modèles transmis par la « tradition », ou qu'elles relèvent des modèles véhiculés par les instituions sanitaires contemporaines.

Le moment du post-accouchement se révèle une période paradigmatique des enjeux et arrangements que supposent ces distanciations. Tel qu'on l'a vu, c'est un moment où le dispositif de santé publique met en œuvre de manière aiguisée des techniques de gouvernement des conduites maternelles et de régulation des pratiques de puériculture, d'allaitement et de soins. Mais c'est aussi un moment où le réseau d'entraide féminin et parental se fait plus présent, avec ses manières de concevoir les pratiques autour des enfants. C'est aussi le moment où, du côté des femmes, il y a une augmentation de la demande d'accompagnement et d'aide, adressée autant au dispositif qu'à leurs propres mères ou aux autres femmes du réseau.

Il s'agira donc dans ce chapitre de saisir le sens donné par les femmes à ces relations spécifiques, qui incluent le dispositif et le réseau, aux contraintes et ressources, à leur intégration et à leurs espaces de liberté, en somme, la subjectivation de leur expérience. Nous reviendrons donc sur les modèles de maternité auxquels les femmes sont confrontées. Cette confrontation révèle plus une articulation qu'une déviation complète de l'un des modèles ou de leur ensemble car l'exécution du rôle maternel, ainsi que la position identitaire qu'il promet, ne peuvent pas se réaliser dans un hors-norme. Nous nous attarderons alors sur les dimensions spatio-temporelles et

corporelles du moment du post-accouchement, “o resguardo”. Nous analyserons les normativités attachées à ce moment de rétablissement puerpéral, moment où les articulations entre les normes sanitaires et les normes culturelles des femmes doivent trouver de nouveaux arrangements, laissant présager les possibilités du passage d’une « expérience régulée » à une « expérience émancipée » de la maternité, saisissant la mère en tant qu’acteur social, capable de *« jouer des excroissances de son identité pour se présenter à distance de son rôle ou pour modaliser son expérience »*. (Joseph et Queré, 1993). Finalement donc, nous reviendrons sur la question de l’expérience elle-même et de sa construction autour du rôle maternel, ce dernier faisant le lien entre l’individuel et le collectif et la première travaillant les diverses normes du rôle dans sa visée de subjectivation.

IV-3-a. La logique de distinction dans l’incorporation expérientielle du rôle.

Dans sa conception « statique[526] », le rôle maternel se définirait comme une réponse à une distribution des fonctions sociales, laquelle se découplerait à l’intérieur de la sphère privée dans la division nucléaire des rôles parentaux du « père » et de la « mère ». Si nous avons vu chez la plupart des femmes l’incorporation d’une distribution « patriarcale » des fonctions, la femme devant assurer le travail de « *care* » à l’intérieur de l’espace domestique, et l’homme devant assurer le soutien économique en travaillant à l’extérieur, cette définition des rôles parentaux statiques devient dynamique lorsque la femme assume les deux rôles. Autrement dit, si elles distinguent les rôles parentaux par les catégories du genre, subvenir aux besoins matériaux de la famille équivaut pour elles à revêtir le rôle masculin. Leur expérience truque les paramètres de l’identité maternelle. En démontrant qu’elles peuvent jouer les deux rôles parentaux genrés, elles signifient le détachement de ceux-ci des catégories sexuelles, homme-femme. « *Après Dieu, je suis sa mère et son père (elle montre sa fille cadette), n’est-ce pas ? Je suis tout pour eux (enfants) la mère, le père…tout la sauf grand-mère, car Dieu merci, ma mère est toujours vivante* [527]». (*Mas abaixo de Deus, eu sou sua mãe e o pai dela, né?. Eu sou tudo pra eles, mãe, pai...só não sou avó, porque, graças a Deus, minha mãe ainda está viva, né?)*

[526] Nous faisons référence à la conception lintienne du rôle social, en tant qu’exécution et application des règles dictées par le statut social. Même si selon Linton (Ralph Linton, *Le fondement culturel de la personnalité*, 1945) le rôle est *« l’aspect dynamique du statut »*, celui-ci reste la mise en œuvre d’un programme d’action, *« ce que l'individu doit faire pour valider sa présence dans ce statut »*.

[527] Entretien avec Sandra, Pantanal, Recife, 09/09/08.

« Je suis le chef (de famille), la mère et le père. C'est horrible d'être le père et la mère, tu comprends ? C'est horrible car c'est très dur, n'est-ce pas? C'est très difficile pour beaucoup de choses. Être la mère et le père, c'est très difficile[528]*» (Eu sou a chefa, a mãe e o pai, é horrível, ser a mãe e o pai, viu? É horrível porque é muito difícil, né? Pra muitas coisas é muito difícil. Fazer de mãe e pai é muito difícil).*

Jouer les deux rôles parentaux n'est cependant pas valorisé par les femmes, car cela implique une surcharge du travail. En outre, remplir les deux rôles ne suppose pas que l'homme soit réellement absent de la sphère domestique, mais assure un statut de « chef de famille » : *« J'ai un mari, mais je suis le chef de famille (...). Je travaille de dimanche à dimanche, je suis responsable des enfants auprès des médecins, de l'école, de tout, c'est une charge lourde. Mais, tu sais… avec deux filles… Je suis une personne qui travaille, j'ai travaillé le mois dernier alors que j'étais malade. Et ça, c'est affreux pour une personne, parce qu'en plus du fait que tu travailles, tu as cette responsabilité en tant que chef du foyer. Tu joues le rôle de mère et de père, pas vrai? (...) Je paie l'électricité, l'eau, la nourriture, les vêtements, les chaussures, c'est moi (qui paye). Parce que, comme je te disais, je suis la mère, et s'il n'y pas de père, il faut une mère et un père pour pouvoir assumer*[529]*». (Eu tenho marido, mas eu sou a chefe da família (...).Eu trabalho de domingo a domingo, eu tomo as responsabilidades dos filhos com os médicos, com colégio, de tudo, é uma carga pesada. Você sabe, com duas filhas? Sou uma pessoa que trabalha, eu trabalhei o último mês doente, né? E isso é feio pra uma pessoa porque, além de você trabalhar, tem aquela responsabilidade como chefe de casa, faz um papel de mãe e de pai, né? (...)Eu pago luz, água, alimentos, roupas, calçados, sou eu. Porque é como te estou dizendo, eu sou a mãe. Se não tem um pai, tem que ter uma mãe e um pai pra poder assumir.)*

Les propos de Sísera sont éloquents quant à la surcharge de travail quand on doit assumer les deux rôles bien distincts du « père » et de la « mère », et tout ce qui exige l'assomption de ce double rôle. Néanmoins, le fait d'assumer ce double rôle parental peut être valorisant pour la femme, car elle se voit comme véritable actrice multiface des rôles parentaux : *« Auparavant, il était le chef de la famille, puis ça a été moi, à cause de l'alcool. C'est moi qui ai décidé d'être le chef, parce que je ne suis pas quelqu'un qui attend après lui ; parce que je ne suis pas quelqu'un qui va attendre (des choses) de son mari. Je ne l'ai jamais été et je n'aime pas ça. Je ne vais pas arrêter de gagner de l'argent, parce qu'il boit, tu comprends? J'aime bien subvenir à mes besoins toute seule, aller de l'avant, l'aider. Parce que j'ai dit à ma conscience que 'l'homme, c'est comme la journée de demain : on ne*

[528] Entretien avec Ana, Pantanal, Recife, 31/05/06.
[529] Entretien avec Sísera, Pantanal, 21/06/06.

sait jamais comment il sera', et si ça va fonctionner, n'est-ce pas? Donc, toute ma vie j'ai aimé travailler, toute ma vie j'ai été une folle. Depuis que je le connais, qu'on a eu la petite, que nous allions à pied, en espérant qu'il finisse de travailler (vente ambulante), et qu'on retournait à la maison vers 9, 10 heures du soir, pff ![530] *» (No começo era ele o chefe da família, depois fui eu por causa da bebida. Fui eu quem decidiu de ser a chefa porque eu não vou esperar por ele, porque eu não sou de esperar pelo marido, nunca fui e nunca gostei. Porque ele bebe, eu não vou deixar de ganhar dinheiro, entendeu? Eu gosto muito de manter-me, de andar, de ajudar ele. Porque eu disse pra o meu juízo que homem é como o dia de amanhã, não sabe como vai ser, não sabe se vai dar certo, né? Então toda a minha vida eu gostei de trabalhar, toda vida fui virada, desde que eu conheci ele. Que teve aquela pequenininha, que a gente andava a pé, esperando que ele terminara de trabalhar,voltando à casa às 9 ou 10 da noite, oxe.)*

Maria José rappelle le caractère fluide, ou *« liquide »* (Bauman, 2004) des relations conjugales, *« l'homme c'est comme le lendemain »*, et son détachement des relations parentales. Le déboîtement de la conjugalité et de la parentalité, qui en d'autres contextes prend l'allure d'« innovation » dans les relations familiales, ne s'observent pas moins en milieu populaire brésilien. Mais, là, il doit être justifié. Les femmes tentent alors, tant bien que mal et en le disant avec leurs mots, d'en expliquer les raisons. Comme dans d'autres contextes, le phénomène peut être mal vécu par les acteurs mais dérive d'ajustements actifs des relations familiales et n'est donc pas simplement subi par aucun d'entre eux.

Les femmes ne construisent pas seulement leur expérience à partir de cette distinction non aboutie entre le rôle paternel et le rôle maternel, mais aussi à partir d'une prise de distance avec leurs propres parents. En ce sens, intervient dans la construction de l'expérience de la maternité, non seulement la dimension de genre mais aussi la dimension intergénérationnelle, la femme se comparant avec sa famille d'origine, notamment avec sa propre mère. Nous avons souvent entendu les femmes expliquer pourquoi leur exercice de la maternité était complètement différent de celui de leur propre mère. Pourtant si cette prise de distance semble primordiale dans la subjectivation et donc dans la construction individuelle de leur expérience, cette distinction imaginaire qui vise l'accomplissement de la *« famille individualiste et relationnelle »* (De Singly, 1996) se traduit par le nécessaire maintien de relations

[530] Entretien Maria José, Pantanal, Recife, 07/06/06.

fortes avec la famille d'origine, ou avec certains de ses membres, dans les vicissitudes de la vie quotidienne.

Le renversement des modèles familiaux vus comme « anciens » apparaît dans les familles des femmes rencontrées, notamment à travers certains phénomènes comme la mise en cause des rapports hiérarchiques, la valorisation de l'éducation des enfants, et l'adhésion plus ou moins idéelle au planning familial. Il faut remarquer que cette mise à distance des vieux modèles n'implique pas de conflits ouverts avec ces derniers. Les femmes entretiennent une grande connivence avec leurs parents, avec qui elles gardent des relations assidues et nécessaires pour l'accomplissement de leur propre famille. D'ailleurs, cette différenciation est marquée par une valorisation de soi, car la comparaison s'assied sur le surplus relatif en termes de niveau d'éducation et de maîtrise reproductive, ainsi que de civilité et citadinité, ce qu'elles perçoivent comme une « évolution des mœurs ». Sísera, par exemple, qui est la troisième d'une fratrie de 15 membres, et dont les parents étaient ouvriers agricoles à l'intérieur d Pernambouc, s'offusque du fait que deux de ses frères n'aient pas d'acte de naissance. Elle dit de ses parents: *« Mes parents,…ce n'est pas qu'ils soient négligents, c'est qu'ils sont comme ça, simples, ils ne savent pas parler, ils ne savent pas comment aller à la plage, n'est-ce pas ? Alors, il va falloir que je m'occupe de ça aussi (documents des frères). Une personne n'existe pas sans document, je lui ai dit (à sa sœur) qu'elle n'existe pas*[531] *». (Meus pais, assim, não é que eles sejam relaxados, é que o pessoal é assim, simples, não sabe falar, não sabe como ir na praia, né? Aí pronto, aí vou ter que resolver isso também. A pessoa não existe, sem registro, eu falei pra ela(sua irmã) que não existe.)*

Elle reproche à ses parents de ne pas avoir enregistré deux de leurs enfants, et par là le fait qu'ils ne maitrisent pas les règles bureaucratiques d'appartenance à la société, qu'ils ne sachent pas « parler », ce qui veut dire qu'ils ne savent pas « parler » aux administrations concernées. Elle leur reproche aussi de ne pas savoir comment aller « à la plage ». Ceci pourrait paraître anodin ou bizarre, si nous ne connaissions pas l'importance symbolique de cet espace urbain, terrain aréneux de la *redémocratisation* brésilienne (Peralva, 1908 : 454-468), et qui s'oppose, dans le discours de Sísera, à la poussière aride de l'intérieur de l'État de Pernambouc, pays arriéré et antidémocratique duquel ses parents sont issus.

[531] Entretien Sísera, Pantanal, Recife, 21/06/06.

Ces femmes du Nordeste se distinguent aussi de leurs parents par le fait qu'elles ont acquis des valeurs « modernes » avec l'importance accordée à la scolarisation des enfants et l'interdit du travail des enfants. « *Mes parents avaient 15 enfants, et leur salaire était très bas. C'était une situation précaire. Eux, les deux (parents) étaient travailleurs agricoles, dans une hacienda, ils s'occupaient du bétail. Et ma mère n'avait pas de maison à elle, elle habitait dans une maison de ses patrons (...), et nous (enfants), il fallait aider, n'est-ce pas ? (...) J'ai commencé à travailler à l'âge cinq ans. C'est entre cinq et six ans que j'ai commencé à travailler. Chez mes parents. Mes parents, dès (qu'on était) petits (…) Ils nous avaient même interdit d'aller à l'école, interdit de s'échapper au collège (…) Alors voilà, ma vie a toujours été difficile, depuis l'enfance ». (Meus pais tinham 15 filhos (Sisera é a terceira), salário era muito pouco, era uma situação precária, eles, os dois trabalhavam fazendizados, numa fazenda, tomavam conta de gado. E minha mãe não tinha casa própria, tinha uma casa dos patrões (...), e a gente tinha que ajudar, né?(...)Eu comecei trabalhar com 5 anos, 5 pra 6 anos que eu comecei trabalhar. Na casa dos meus pais. Meus pais, desde pequenos (...)até tinham proibido ir pro colégio, proibido fugir pro colégio. Aí pronto, sempre foi difícil minha vida, desde criança).*

La famille d'origine sert de démarcation par rapport à la sienne propre, non seulement par la mise à distance et la différence mais aussi par ce qui a été transmis, notamment des valeurs morales « traditionnelles » que les femmes mettent en avant quand il s'agit de se distinguer des autres familles du quartier. Ainsi, Fabiana qui vient d'une famille nombreuse et de l'intérieur de l'état de Pernambouc, comme Sísera, souligne les aspects positifs de la transmission, notamment les valeurs religieuses et la pérennité de l'union conjugale. *« Ma mère vit encore avec mon père, et moi et mes frères, nous sommes tous issus du même mariage. Tous du même père et de la même mère (...) Ma famille compte sept enfants du même père. Aujourd'hui, ils (parents) vivent encore (ensemble). Ma mère est mariée depuis 33 ans. Ils sont catholiques. (Mes frères) ont déjà tous des garçons. Quand je suis tombée enceinte ça a été une fête. Je les vois (parents) tout le temps*[532] *» (Minha mãe mora com meu pai ainda e eu e meus irmãos somos todos do mesmo casamento. Todos do mesmo pai e da mesma mãe (...) Minha família é sete filhos do mesmo pai. E moram até hoje, minha mãe é casada há 33 anos. Eles são católicos. Já todos têm filhos, na minha família (irmãos). Quando eu engravidei foi uma festa. Eu vejo eles a toda hora).* La pérennité du lien conjugal est plus qu'une valeur individuelle de Fabiana, c'est une norme qui s'impose à des femmes qui vivent des relations conjugales instables et qui renvoient une image négative d'elles-mêmes. Quand cette norme est en accord avec l'expérience de la

[532] Entretien Fabiana, Pantanal, Recife, 10/09/08.

femme, elle sert de démarcation et de valorisation de soi par rapport aux autres femmes du quartier. *« Parce qu'ici c'est comme ça : il y a des femmes qui ont quatre enfants, les quatre de pères différents (...) Ma mère a eu sept enfants, tous du même père. Je veux dire, ce dont je te parle c'est plus par ici (dans la ville, dans le quartier). Ici, une femme avec quatre enfants, si les quatre n'ont pas des pères différents, il y en a au moins trois, deux ou trois. Habituellement c'est comme ça. Je pense que c'est l'éducation reçue des parents*[533]*». (Assim, porque aqui é assim: tem mulher com quatro filhos, quatro de pais diferentes. Aqui se vê muito, no interior não, mas aqui. Não, minha mãe tem sete filhos, todos eles com o mesmo pai. Aqui, uma mulher com quatro filhos se não for os quatro de pais diferentes é pelo menos três, dois ou três. Geralmente é. Acho que é a criação dos pais).*

Le regard sur leur famille d'origine peut varier dans les propos de Sísera et Fabiana, mais un élément commun émerge, un élément fondamental dans le processus de subjectivation de leur expérience, l'expérience de leur propre mère. Alors qu'elles ne parlent pas de familles monoparentales et que leur père était présent : *« ma mère n'avait pas de maison à elle »* dit Sísera *; « ma mère a eu tous ses enfants avec le même homme »* dit Fabiana. Cette référence permanente à leur propre mère a déjà était abordée (Knibiehler, 1997, 2000). Il s'agit non seulement d'une identification d'ordre « psychologique » mais des conditions d'exercice du rôle maternel, et d'une tendance matrilatérale de la famille assez persistante. Même si ces deux ordres, subjectif et objectif, de l'expérience de la maternité, sont intriqués.

Les propos de Fabiana nous orientent aussi vers une autre logique de distinction intra-classe (Bourdieu, 1979) rencontrée dans les discours des femmes concernant la construction de leur expérience maternelle : la comparaison avec les « autres » mères, les mères « indignes » et « négligentes ». Le « spectre » des mères hors normes et amorales hante non seulement les instances publiques, les ACS, comme nous l'avons vu, et les medias mais aussi les femmes du quartier qui essayent de se détacher de cette image en se référant aux « autres mères » comme à un miroir inversé où elles se regardent.

Cette distinction effectuée par celles qui se voient comme « les mères dignes » de Pantanal s'opère non seulement par référence à la « morale conjugale », comme nous venons de voir avec Fabiana, mais aussi à diverses pratiques liées au travail de *care*, à

[533] Entretien Fabiana, Pantanal, Recife, 10/09/08.

l'exercice du rôle maternel, saisi de plus en plus en tant que « compétence ». Cette compétence se dédouble d'abord dans la tâche d'éducation. *« Certaines d'entre elles élèvent très bien (leurs enfants), mais d'autres laissent les enfants dans la rue, tu vois? D'ailleurs, je vais te dire, ici je suis critiquée par les voisins, des voisins ignorants, parce que je n'aime pas voir les enfants dans la rue. Je n'aime pas non plus que les enfants soient chez les autres enfants (...) Et je dis, je dis qu'ils ne savent pas mieux élever leurs enfants, parce que les enfants dans la rue... dans une communauté comme ça, qui est très agitée, (où il y a) trop de violence. Si tu lui laisses (l'enfant) dans la rue, il sera un de plus, une mauvaise personne de plus.*[534] *» (Tem umas assim, tem algumas aqui que educam muito legal mas tem outras que deixam os meninos na rua, sabe? Que por sinal, vou te contar, eu sou criticada, aqui por vizinhos, vizinhos ignorantes, porque eu não gosto de menino de rua, eu não acho bonito meninos nas casas dos outros (...) E eu digo, eu digo, que eles não educam seus filhos melhor, porque meninos na rua...numa comunidade como essa, que tem, muito agitada, muita violência, se você deixar ele vai ser mais um, mais uma pessoa errada.)*

Cependant, le nombre important de paramètres qui séparent mères « digne » et mères « indigne » en font des catégorisations flottantes. Ainsi, une « mère indigne » qui selon l'une de ses voisines *« a beaucoup d'hommes » (tem vários),* peut être vue, par une autre, comme une *« mère fabuleuse » (uma mãe maravilhosa).* Ces fluctuations dans le bon exercice du rôle maternel se doivent au caractère composite de ce même rôle : par exemple, ce ne sont pas seulement les compétences maternelles liées à la socialisation primaire et à l'éducation, mais aussi la bonne tenue et l'hygiène de la maison et des enfants. *« Les personnes parlent, les gens parlent, les gens disent, disent que c'est bien une mère comme moi parce qu'il y en a beaucoup comme ça, où tout n'est pas bien rangé, où tout n'est pas propre comme chez moi ... Mais les gens parlent, il y a toujours quelqu'un qui surveille, c'est comme je te disais, le quartier est comme Big Brother (rires). Oh, les gens observent bien, il y a des gens qui critiquent, mais ils y en a d'autres qui me disent : 'tu es une super mère'. Mais je pense que c'est normal, nous devons faire nos devoirs, on doit bien prendre soin des enfants, non? Et ce que Dieu a ordonné, je le fais. Je fais ce que Dieu m'a dit de faire, prendre bien soin de lui, en plus d'être une super-maman, on doit être parfaite*[535] *» (O pessoal fala, as pessoas falam, as pessoas falam, dizem que é bem uma mãe feito eu porque muitas são muito assim: não têm tudo arrumadinho, limpinho como eu tenho o meu lar...Mas o pessoal fala, é aquele negócio de ter sempre alguém observando, é como eu falo, o bairro é como o Big Brother, né?(rires) Aí, as pessoas observam assim, tem pessoas que criticam mesmo, mas, tem outras que falam "você é uma super-mãe". Mas eu acho que é normal, a*

[534]Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 29/08/08.
[535] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 29/08/08.

gente tem que fazer as nossas obrigações, tem que cuidar bem dos filhos, né? É o que Deus mandou. Aí eu faço isso. Eu faço o que Deus me mandou fazer, cuidar bem dele. Além de ser super-mãe, tem que ser perfeita.)

En dernière instance cette compétence maternelle nous renvoie à la responsabilité qui est une « responsabilité obligée » tel que le dit Marinalva. La responsabilité parentale devient un champ de la sociologie de la famille suite à un double mouvement historique puis théorique : d'un côté l'émergence d'une éthique contemporaine de la responsabilité avec des auteurs comme Zygmunt Bauman et Hans Jonas ; et d'un autre côté, le processus de transformation des fonctions des parents en « compétences » que certains auteurs ont aussi nommé la *professionnalisation du rôle parental*[536]. Jonas (1998) voit déjà dans les figures parentales *les paradigmes éminents* de la responsabilité.

Nous avons vu que la responsabilité parentale se dédouble selon le genre, car mère et père auraient des responsabilités différentes. Les femmes nous parlent à de nombreuses occasions du « manque de responsabilité » de leur conjoint, responsabilité paternelle, qui ayant les mêmes attributs que la responsabilité maternelle (comme le caractère obligé de son existence ainsi que la nécessité de constance dans l'exercice), se différencie néanmoins par l'objet de ces pratiques. Cependant, nous avons vu que ces responsabilités peuvent être assumées par la femme « chef de famille ». Sísera parle de son mari : *« Il a toujours vécu de petits boulots, mais auparavant il avait (assumait) plus de responsabilités, il savait faire de petits trucs dans le secteur de la construction, il était maçon, et il travaillait, il contribuait un peu, mais pas avec une responsabilité fréquente. Mais depuis quelques années: zéro! Il n'a plus de responsabilité familiale, aucune ». (Ele sempre viveu assim de bico, mas antigamente ele tinha mais uma responsabilidade, ele sabia mexer com negócio de construção, era pedreiro, e ele trabalhava, ajudava em alguma coisa mas não com aquela responsabilidade freqüente Mas de uns anos pra cá: zero! Não tem mais responsabilidade familiar nenhuma, nenhuma mesmo.)*

L'intermittence de l'exercice du rôle paternel chez l'homme est mise en exergue par les femmes qui doivent assumer la continuité du rôle parental dans son exercice

[536]Voir sur cette question : Jonas (1998) et Bauman (1993) Oxford, Blackwell Publishers. Pour la question spécifique de la responsabilité parentale voir l'article de Vincenzo Cicchelli et Emmanuelle Maunaye (2001) Sur la notion de « professionnalisation du rôle parental » se référer aux travaux de De Singly ou encore de Donzelot, cités.

quotidien, voire la continuité du « double rôle », et ressentent ainsi le poids d'une responsabilité redoublée.

IV-3-b. De l'incorporation du rôle à son morcellement relationnel.

Si la responsabilité se définit comme un « *lien qui unit intimement Ego et son prochain* », (Cicchelli et Maunaye, 2001 : 85) l'injonction contemporaine à la responsabilité tend à s'individualiser. Ainsi, chez les femmes rencontrées, la distribution des tâches parentales selon le genre, le travail de *care* féminin, « *le sexe de la sollicitude* » dit Fabienne Brugère (2005), et le travail d'entretien économique masculin, se soudent chez le même individu : la mère. Tel que l'annoncent Cichelli et Maunaye (2001 : 85): « *L'accroissement incontestable du poids de la responsabilité individuelle se trouve singulièrement bien représenté par les caractéristiques propres au lien de filiation contemporain* ». Et dans notre contexte de recherche, ces responsabilités individuelles retombent surtout sur le lien de filiation maternel. Autrement dit, les mères sont de plus en plus chargées de responsabilités diverses sur le devenir social, psychique, éducatif et le bien-être de leurs enfants.

Nous avons vu, au cours de ce chapitre, le rôle que joue le dispositif de santé publique dans l'augmentation de la responsabilité individuelle non seulement dans l'exercice de la maternité quotidienne, mais aussi dans le devenir même du bien-être des enfants. Cependant, dans la praxis, la responsabilité à leur égard ne se centre pas complètement dans l'individualité de la femme, car les pratiques quotidiennes de la *sollicitude* se réalisent dans un réseau d'entraide féminin, transformant la *sollicitude* individuelle en *sollicitude* partagée.

Le partage de ces tâches du *care* entre femmes peut être agencé tant à l'intérieur de la parentèle qu'en dehors, tant à l'intérieur du quartier qu'à l'extérieur. Les tâches distribuées peuvent revêtir plusieurs dimensions du *care* : tant en lien direct avec les enfants, comme la garde, l'éducation, les soins, l'accompagnement dans leurs activités, les nourrir, leur acheter des vêtements et jouets, se promener avec eux, etc. ; que dans la maisonnée, notamment par le travail domestique. Ainsi par exemple, une des dimensions de la *sollicitude* la plus partagée entre femmes est la garde des enfants, qui peut aller de quelques heures à plusieurs jours. Sur cette question, il est intéressant d'évoquer les raisons de Sísera pour ne pas quitter le quartier de Pantanal, ce sont ses

voisines : *« J'aime beaucoup ici, le quartier, parce que les voisines sont très bien, elles ont l'habitude. Je vais travailler tranquille, et c'est un peu comme si je les confiais (mes filles) avec une mère, une tante, une grand-mère. Il y a une dame, là-bas, et il y en a une autre ici. Je pars travailler tranquille*[537]*.» (Olha, eu gosto muito daqui, do local, porque as vizinhas são boas, e elas estão habituadas. Você vai trabalhar tranqüila, é um pouco como deixar elas (suas filhas) a uma mãe, uma tia, uma avo, que é uma senhora de lá, aqui uma outra senhora, então eu saio pra trabalhar tranqüila.)*

Ou encore Ana et Sandra, deux mères de familles monoparentales qui vivent exprès à proximité de leurs mères pour pouvoir faire garder leurs enfants pendant qu'elles travaillent. Cette question de la garde d'enfants a émergé lors d'une conversation avec Fabiana, en 2006, alors enceinte de son premier enfant. La petite Beatriz, six ans, jouait autour de nous et interpellait de temps en temps Fabiana en l'appelant "mãinha" (petite mère). Elle nous montrait ses poupées, demandait un verre de lait, ou s'asseyait sur les genoux de Fabiana pour entendre la conversation. C'était la fille d'une amie de Fabiana, qui étudiait et travaillait et ne pouvait pas la garder tout le temps. Beatriz avait aussi une partie de ses jouets et de ses vêtements chez mon interlocutrice. *« C'est ma filleule, elle est avec moi depuis 15 jours, parce que sa mère travaille. Et comme elle rentre tard…Beatriz dort chez moi, mais seulement une semaine sur deux. Sa mère est mon amie. Prendre soin des enfants, je sais déjà le faire. J'ai pris soin d'un petit garçon de trois mois, jusqu'à l'âge de trois ans. Donc, je sais déjà comment prendre soin d'un enfant. Elle m'appelle 'petite-maman'. Sa mère l'amène le matin, et revient la chercher l'après-midi, car elle fait des études. Puis elle vient la chercher l'après-midi et le vendredi matin la mère l'amène » (Ela é minha afilhada, ela está com a gente vai fazer 15 dias. Aí a mãe trabalha e, como chega tarde, Beatriz dorme comigo. Só que é de oito a oito dias. A mãe dela é amiga só. Então tomar conta de criança já sei. Eu tomei conta de um menino, que tinha três meses até os três anos. Então eu sei como se toma conta duma criança já. Ela me chama de mãinha, né? A mãe dela a traz de manhã, aí ela vem a procurar à tarde, porque ela estuda. Aí ela vem a buscar de tarde, aí a sexta-feira de manhã a mãe a traz.)*

La garde des enfants ne se limite pas à quelques jours et peut s'étendre sur plusieurs années. Nous avons trouvé cette modalité d'échange notamment à l'intérieur de la parentèle, se cristallisant sur la figure de la grand-mère. Les raisons pour garder/s'approprier l'enfant biologique d'une autre femme peuvent être diverses, comme le fait qu'elle travaille, qu'elle soit trop jeune ou qu'elle soit malade. C'est le

[537] Entretien Sísera, Pantanal, Recife, 22/08/08.

cas de Maricéia, une femme de 48 ans, qui a eu trois enfants biologiques et trois autres de « criação » (d'élevage), un enfant de son mari et deux petits-enfants : *« J'ai eu trois enfants, plus un autre que j'ai élevé parce que c'était le fils de mon mari. C'est l'aîné, il a 32 ans (...) Je vis ici avec mon mari et mes deux petits-enfants. Mes enfants vivent chacun chez eux, mais tous vivent près de moi (...) Mes petits-enfants, l'une c'est parce que sa mère me l'a donnée quand elle était très petite, c'est (aujourd'hui) la fille de 15 ans. (Sa mère) est partie, elle a épousé un étranger et elle est partie, elle l'a oubliée. Sa mère, c'était la femme de mon fils aîné, de 32 ans, (celui que) j'ai élevé. Je l'ai élevé, puis il a eu une aventure avec cette femme, elle est tombée enceinte, puis elle a quitté sa petite de sept mois et elle est partie. Et moi, je l'ai élevée* [538]*.» (Eu teve três, mais outro, eu criei porque era filho de meu marido, é o mais grande, tem 32 anos (...) Eu moro aqui com meu marido e meus dois netos. Meus filhos moram cada um na casa deles, mas moram todos pertinho de mim (…) Meus netos, um foi porque a mãe dela me deu desde bem novinha, a menina de 15 anos. (A mãe dela) foi embora, casou com um gringo e foi embora, esqueceu dela. A mãe dela foi a esposa do meu filho mais velho, de 32 anos, que eu criei. Ali, eu criei ele, depois teve um caso com essa mulher e depois ela ficou grávida, aí ela deixou a menina com sete meses e foi embora. E eu criei.)*

Maricéia est donc la mère de "criação" de l'enfant de son mari et de la fille de ce même jeune homme. Elle garde aussi le petit João, fils de son enfant (biologique) cadet, atteint du sida : Son *« père avait un problème dans la tête, et n'avait plus de patience, vous comprenez, à cause des médicaments, et sa mère n'avait pas non plus la patience (Les deux ont le VIH), il (le garçon) venait et repartait, et puis il est resté ici, chez moi* [539]*» (E esse, o pai teve um problema de cabeça, e não tinha paciência, né, por conta dos medicamentos, e a mãe dele também não tinha paciência (les deux ont le VIH), então ele (menino) ficava indo de lá pra cá, e depois ficou aqui, em casa, né?)*

Si nous avons observé des cas où la garde d'un enfant se faisait généralement à l'intérieur de la parentèle, nous en avons connu d'autres, comme celui de Maria José qui, deux ans après notre première rencontre, continuait à garder sa jeune voisine. Elle l'avait accueillie, en 2006, lorsqu'elle était âgée de 14 ans, après un épisode violent entre la jeune fille et sa mère biologique : *« Celle-ci est sortie avec un homme et maintenant elle est malade (rires). Elle est là, (parce que) sa mère l'a jetée dehors. Elle était avec un garçon et sa mère l'a su et ça a été toute une histoire, la mère a appelé la police pour venir la chercher ici. Elle est venue avec un couteau. Mon mari n'était pas chez nous, ni moi, on travaillait. Mon beau-frère a dû la jeter par terre, parce qu'elle allait la tuer quand-même*

[538] Entretien Maricéia, Pantanal, Recife, 22/09/08.
[539] Entretien Maricéia, Pantanal, Recife, 22/09/08.

... elle lui a donné un coup qui l'a laissée toute rouge. Sa mère l'a rejetée ...et elle est là ...ça va faire une semaine qu'elle est ici avec moi. (Elle est) travailleuse...J'arrive chez moi, et tout est lavé, elle prépare à manger. Lorsque je lui demande un service, elle y va ... elle est très serviable. Je prends soin d'elle, parce que je suis folle, et je l'aime bien. Mais elle ne dépense pas trop, car elle a travaillé pour une dame qui l'a payée 4000 (…) Elle prend soin des enfants aussi[540] *». (Essa daqui ficou com um cavalheiro e também está doente – risos. Essa daqui, a mãe botou pra fora. Se diz que não, não é verdade. Ela ficou com um menino daqui e a mãe soube, foi uma confusão tão grande, a mãe ligou pra polícia pra buscar ela aqui. Vem por ela aqui de faca, meu marido não estava em casa, nem eu, trabalhando. Meu cunhado que teve que puxar ela debaixo do chão, porque ela ia matar ela mesmo...Deu uma pinga nela que deixou ela toda vermelha, todinha . A mãe dela botou pra fora... Está aqui... vai fazer uma semana que vai estar aqui comigo. Trabalhadeira...eu chego aqui, está tudo lavado, faz a comida...aí, eu estou com ela. Quando eu pido um serviço pra ela, ela vai...ela é muito trabalhadeira. Eu cuido dela, porque eu sou louca, e gosto dela. Mas não dá despesas porque ela trabalhou pra uma senhora que pagou 4000.(...) Ela cuida dos meninos, também.)*

Dans les propos de Maria José une autre question apparaît imbriquée dans la relation de *sollicitude* et de ce qu'elle peut aussi sous-tendre – c'est-à-dire, non pas une pure éthique individuelle, gestuelle, pratique et affective, mais un système d'échange de services entre femmes dans la division du travail domestique, lié à leur statut subalterne (Dorlin, 2006). Maria José insiste plusieurs fois sur les tâches domestiques que la jeune fille réalise chez elle et le fait qu'elle garde ses enfants. Cela pose la question de *la sollicitude* comme disposition et assignation sociale féminine et d'une articulation nécessaire avec les rapports sociaux de domination autres que le genre (classe sociale, « race » et génération), dans la division du travail domestique entre les femmes elles-mêmes. Le cas qui nous intéresse ici, celui du partage du travail entre femmes du même milieu social, doit être distingué du cadre où il y a une délégation du travail de *care* de la part des femmes de milieu aisé à celles de milieu populaire[541]. Ici, il n'y a nullement échange purement monétaire et la division du travail domestique se réalise sous la forme de la coopération et de l'entraide (logement contre travail domestique) plus que celle de la prestation de service. Cependant, la relation semi-payante entre ces deux femmes (les 4000 et le fait que la jeune fille ne soit pas une « dépense » en plus pour la famille) laisse entrevoir le monnayage des services rendus

[540] Entretien Maria José, Pantanal, Recife, 07/06/06.

[541] Même si nous avons vu que les femmes rencontrées travaillent généralement comme domestiques ou dans le secteur des services.

au sein du réseau. De même, à l'intérieur du réseau d'entraide de femmes de milieu populaire, il y a des logiques stratégiques régissant les relations, et à partir desquelles on calcule afin d'équilibrer les services rendus. C'est donc le partage d'un « lieu commun » entre les femmes de milieu populaire qui vient distinguer le réseau d'entraide des relations patron-employeur, et non pas tant la dimension affective ou l'absence de tout calcul dans la relation. Le lien quotidien affectif qui se tisse entre ces deux femmes de même milieu social peut aussi être accompli entre personnes de différentes classes sociales, et même liées par un échange monétaire, tel que le démontre Dominique Vidal (2007) dans sa recherche sur les bonnes de Rio.

Plusieurs femmes rencontrées avaient donné à charge un de leurs enfants et ceci en suivant diverses formes. Nous avons vu le cas d'Ana et de son premier conjoint : lorsqu'ils se sont séparés, ils ont gardé chacun un de leurs deux enfants. Francisca a laissé son premier enfant chez sa mère, dans l'état de Maranhão, quand elle était jeune et elle a décidé de venir à Recife pour travailler. Nous avons été témoins de la vengeance envisagée par Sandra envers son dernier conjoint « parti », qui consistait à lui laisser le bébé qu'elle attendait de lui.

Figure 24 : Une famille de Pantanal. © Martín Fabreau.

Tel que le souligne Claudia Fonseca, cette circulation d'enfants en milieu populaire ne se fait pas sans conflits. Cependant, nous n'avons pas été confrontés à des conflits de parenté ayant abouti à des procédures judiciaires. Il y a donc, pour l'instant, une prééminence des arrangements sociaux entre les familles ou à l'intérieur de celles-ci, concernant la destinée des enfants. Nous disons « pour l'instant » car de nombreuses recherches montrent une judiciarisation progressive de la société brésilienne, y compris dans les milieux populaires, tel qu'on l'a vu dans les cas de conflits médecin-patient.

La division du travail de *sollicitude* ou *care* peut réserver certaines tâches spécialisées à certaines femmes du réseau – c'est le cas des soins de santé chez les ACS. L'assignation des femmes de milieu populaire à des responsabilités accrues en lien avec la santé de l'enfant opère un surplus de demandes envers les ACS faisant partie du réseau. Ceci peut être mal perçu par les ACS car cela va à l'encontre de la qualification de leur travail et de leurs attentes : une *sollicitude individuelle et autonome* de la mère envers son enfant. Ainsi, une ACS dit qu'elle n'aime pas : *« Contribuer à ça, alimenter ça. Nous avons un très grand nombre de familles à accompagner. Vous pouvez même devenir la nounou pour ces enfants et tout à coup leur mère. Ça ne se voit pas mais, en tant qu'agent de santé, on est comme une soignante pour le bébé et ils commencent à exiger ça de toi, tu comprends ? Et cela est très néfaste parce que cela disqualifie notre travail, où tout ça n'est pas très bien défini, bien situé*[542]*» (Contribuir com isso, alimentar isso aí(...) Nós temos um número de pessoas muito grande de famílias pra acompanhar (...), você pode até se tornar babás dessas crianças e de repente mãe, não vê você mais como agente de saúde e sim como uma cuidadora do bebê e começar a cobrar de você isso aí, né? E é muito ruim porque descaracteriza muito o trabalho nosso, onde isso tudo não é bem colocado, bem dirigido.)*

Revenons donc sur la question du réseau d'entraide féminine dans l'expérience de la maternité et sa distinction vis-à-vis du phénomène de *circulation d'enfant*s, ou des *arrangements de criação (élevage)* observés par Claudia Fonseca. Tel qu'on l'a esquissé, et du point de vue de l'expérience de la maternité (et non pas des enfants), le réseau peut se réactiver à des moments spécifiques, comme dans le cas de gardes sporadiques d'enfants d'une autre femme. Et il peut être aussi fractionné selon les diverses dimensions qu'implique la responsabilité parentale, comme dans le cas des

[542] Groupe de discussions ACS, Pantanal, Recife, 30/06/06.

soins portés par ACS ou la fonction nourricière remplie par une autre femme. Autrement dit, si la circulation d'enfants opère une division entre l'engendrement et la maternité, entre le lien de sang et le lien quotidien de filiation, l'expérience de la maternité en réseau vient fragmenter *la sollicitude maternelle*. Nous pouvons donc avancer, que plus les diverses tâches de *sollicitude* sont adressées à la figure individuelle de la mère, plus elle cherche à distribuer ces activités dans son cercle relationnel. Autrement dit, plus les injonctions d'une *sollicitude individualisée* pèsent sur la femme et plus elle cherchera dans ses ressources relationnelles, le moyen de répondre à *la sollicitude* demandée.

IV-3-c. La quarantaine sanitaire versus le "resguardo[543]" relationnel.

Le temps de « rétablissement puerpéral » ou "resguardo" en langage populaire (temps de garde) est, selon le Ministère de la Santé, « de 42 jours ou quarantaine ». Pour les femmes rencontrées, le temps de "resguardo" peut dépendre de leur type d'accouchement. Ainsi, il peut durer *« trois mois »* pour les césariennes et *« quarante »* jours pour l'accouchement par voie basse, tel que nous dit Sandra. Mais, il peut être aussi plus court. Leonilda par exemple n'a observé un "resguardo" de dix jours seulement: *« quand je suis sortie de l'hôpital, c'était le 6ème jour, le 16ème jour, mon 'resguardo' était fini [544]» (Quando eu saí do hospital, foi no dia seis, no dia dezesseis acabou o meu resguardo.)*

Cette mise en quarantaine suppose aussi, de manière contournée, d'essayer de répondre aux exigences de la *norme procréative* contemporaine, et d'effectuer un espacement entre les gestations. Ainsi, les valeurs et images, véhiculées par tout un langage sanitaire et psychologique sur l'importance du temps des premiers contacts entre femme et enfant, s'accommodent bien avec les politiques du planning familial.

Ainsi, deux images opposées des femmes-mères se préfigurent dans le dispositif de santé. D'abord, celles qui n'accomplissent pas la quarantaine, les femmes hors-normes, à éduquer, tel que le dit une ACS : « j*'ai des gestantes (dans mon aire) qui sont en train de faire les (consultations) de puériculture de l'enfant et elles sont enceintes de sept mois du*

[543] En portugais le mot 'resguardo' signifie « un abri », « une cachette ». Il est également utilisé de manière figurée dans le sens de « précaution », « soin », et plus particulièrement comme le moment du post-accouchement ou de la période puerpérale.

[544] Entretien Leonilda, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 27/06/06.

suivant[545]*» (Eu tenho gestantes que ainda tá fazendo a puericultura do filho e já está grávidas de 7 meses de outro).* L'autre figure, ce sont ces femmes que le dispositif considérera en détresse, et qu'il faudra « accompagner ».

Dans un livret du Ministère de la Santé, destiné, depuis 2008, à avoir une large diffusion dans les maternités, centres de prénatal et unités de santé (postos de saúde), la période puerpérale est ainsi définie: *« Durant cette phase, vous pouvez avoir envie de pleurer, vous sentir malaimée, oubliée ou irritée. Cela arrive à beaucoup de femmes et ne dure pas longtemps. Certaines femmes sont déprimées, elles ont des crises de larmes et des difficultés à marcher et à s'occuper d'elles-mêmes et du bébé. Quand cela arrive, la famille doit les aider et les amener à l'unité de santé*[546]*».* Cette mise en « quarantaine » post-partum, qui n'est pas sans évoquer « le risque » prénatal, représente historiquement la mise à l'écart d'une personne susceptible de présenter des « risques » sanitaires, médicaux, etc., dans le but d'éviter les « contagions ». Autant le livret du Ministère que les propos tenus par les acteurs institutionnels suggèrent que le "resguardo" porte un risque non seulement pour la femme mais aussi pour l'enfant (car elle ne saurait pas s'en occuper) et que ce risque est moins médical que psychosomatique. Nous avons très peu entendu parler, même parmi les professionnels de santé, de replacement de l'utérus après l'accouchement, qui serait la justification médicale du temps de quarantaine. Il est davantage question de l'état « d'âme » de la femme et de ses conséquences pour l'enfant.

D'après certaines recherches[547] sur la prise en charge par le système de santé publique de la période puerpérale, il y a une diminution considérable de celle-ci, quand on les compare à d'autres phases du cycle gravidique-puerpéral. La femme reçoit moins d'attention de la part des professionnels de santé, au détriment de l'attention portée à l'enfant. Elle n'a qu'une visite post-partum, à effectuer dans les 42 jours qui suivent l'accouchement, au cours de laquelle les principales actions seront dirigées vers le renouvellement des pratiques contraceptives, dont le but est le contrôle de la fécondité, et vers les pratiques d'allaitement maternel et les soins du bébé, tel qu'on l'a vu au début de ce chapitre.

---

[545] Groupe de discussions ACS, Pantanal, Recife, 30/06/06.

[546] Livret pour la femme enceinte: *"Conversando com a gestante"*, Ministerio da Saúde, Brasilia, DF, 2008: p31 (Traduction de l'auteure).

[547] Voir l'article de Stefanello J, Nakano AMS, Gomes FA (2008) sur les 'tabous et croyances' en rapport aux soins post-couches chez les femmes de milieu populaire.

Ce desserrement du dispositif de santé sur la normalisation du corps des femmes en tant que *« corps identité »* au profit d'une régulation des corps pris dans leur dimension comportementale, et par la normalisation des comportements envers les enfants, laisse la place à de nouveaux arrangements dans la construction subjective du corps, par l'introduction de normes « autres », notamment celles transmises par d'autres femmes. Ainsi, il y a une réappropriation de leur corps relationnel, tel que le démontre Sandre-Pereira (2003), avec le dédoublement entre *sein-érotique* et *sein-maternel*, précédemment évoqué.

De même, les restrictions durant cette période mobilisent un tout autre référentiel que ceux du bien-être ou du risque sanitaire. Alors qu'elles répondent à des questions de santé (comme le fait de garder la qualité du lait maternel, ou la remise en position de l'utérus), elles ne s'appuient pas sur le registre épidémiologique. Dans le discours des femmes, ces enjeux semblent directement référés à une « tradition » culturelle. Les restrictions de la phase puerpérale sont d'ordre alimentaire – « *on ne peut pas manger des nourritures grasses, du porc, par exemple. Rien d'acide »,* sexuelles – « *et si vous avez un mari, vous ne pouvez pas non plus avoir des relations »,* concernent les soins personnels, - comme se *« laver les cheveux ou le corps à l'eau froide » ;* et l'espace de circulation – « *Après ces quarante jours, la vie normale reprend. Sortir de la maison, parce que pendant le 'resguardo' on reste beaucoup à la maison ».* Les femmes disent *« devoir rester alitées », « plus tranquilles »* et au *« repos »,* durant cette période.

Aucune des femmes rencontrées n'a dit avoir vécu de dépression post-partum, alors même que les livrets qui leur sont distribués se focalisent beaucoup là-dessus. Patrizia Romito (1990) l'a pourtant indiqué il y a déjà quelques années : la dépression post-partum n'existe pas en tant que « dérèglement hormonal » (approche biophysique), ni en tant que « déséquilibre mental » en lien avec la délivrance de l'enfant (approche psychologique), mais bien plutôt en fonction des conditions sociales qui entourent l'arrivée d'un enfant, notamment la surcharge de travail que cela représente pour les femmes, associée à l'obligation à la jouissance de ce moment et leur isolement social.

Les femmes que nous avons rencontrées ne sont pas concernées par des situations de ce type. Tel qu'on l'a dit, pendant le "resguardo", elle peut « rester au lit » et « être

tranquille » car les personnes de son réseau d'entraide, notamment des femmes, s'occuperont des tâches domestiques, des autres enfants, en somme du travail de *care*, dirigé donc non seulement vers les enfants de la femme en "resguardo" mais aussi vers elle-même. Ainsi, la mère de Leonilda est venue s'installer chez elle pendant quelques mois et son mari a pris des congés, sans parler des voisins qui passaient de temps en temps pour demander si elle avait besoin de quelque chose. *« Ma mère est venue prendre soin de moi. J'ai fait ma quarantaine normalement. Les gens venaient toujours. Ma famille était par là aussi. Mon mari à cette époque-là avait demandé des congés pour être avec moi » (Minha mãe veio cuidar de mim. Fiz normal o meu resguardo. O pessoal sempre vinha... Minha família estava por aqui. O meu marido, no momento, saiu de férias, pediu um tempo no trabalho para puder ficar comigo também*[548]*.)*

Certains membres du réseau peuvent s'installer chez la mère, ou alors c'est elle qui se déplace et fait un séjour chez quelqu'un. Ainsi, Dona Eugenia nous raconte le "resguardo" de sa fille Aninha qui est venue chez elle pour la période puerpérale de sa première fille, laquelle est restée finalement habiter chez sa grand-mère : *« Le 'resguardo', elle l'a passé entièrement ici, chez moi. À chaque prénatal, elle le passe ici avec moi. Parce que là-bas (chez elle), elle n'a pas les bonnes conditions pour rester avec un bébé si petit, n'est-ce pas ? En plus, avec une autre fille, parce qu'elle a une autre fille, Bruna. Elle est née ici et elle est restée. Elle est plus ici que là-bas, parce que des fois, elle rentre chez elle seulement pour dormir. Parce qu'il fait vraiment chaud là-bas, il fait une chaleur terrible, donc elle reste plus ici*[549]*» (O resguardo ela passou todinho aqui, na minha casa. (...)Todo pré-natal dela, ela passa comigo aqui...porque ali não tem condição de ficar com menino novinho,né?E mais com outra menina, porque ela tem outra menina, a Bruna. Essa aí desde novinha, ela nasceu aqui e aqui mesmo ela ficou. Ela fica mais aqui do que lá, porque tem vezes que ela só vai para casa para dormir.Porque lá é muito quente, é uma quentura horrível, aí ela fica mais aqui.)*

Les personnes mobilisées lors de la « quarantaine » ne font pas seulement partie de la famille de la femme mais peuvent aussi être des amies, comme dans le cas de Marinalva, qui a déjà organisé son retour de la maternité *« Quand je reviendrai (de la maternité), je serai en 'resguardo', ce sont mes amies qui s'occuperont de lui (premier enfant). L'une l'après-midi et l'autre le soir. Tout est déjà reglé*[550] *» (Quando eu voltar, aí eu vou estar de resguardo, e são minhas amigas que vão ficar com ele. Uma à tarde e à outra a noite. Já*

[548] Entretien Leonilda, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 27/06/06.
[549] Entretien Dona Eugenia, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 23/05/06.
[550] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 16/05/06.

esta tudo certo). De même, le travail fourni à la femme en « quarantaine » ne relève pas seulement de la garde d'autres enfants, mais aussi des tâches ménagères. Ainsi, une femme peut venir pour *« balayer la maison »,* une autre pour apporter *«quelque chose à manger »,* etc.

Ici nous entrons dans le caractère particulier que prend l'expérience de la maternité chez les femmes de milieu populaire urbain au Brésil. En effet, et tel qu'on l'a dit précédemment, si l'expérience de la maternité n'est pas *individualisée*, mais relationnelle, il faut préciser qu'elle n'est pas non plus *communautaire*. Elle se construit autour d'un tissu de relations-ressources choisies par les femmes de manière *personnelle*. Les formes que prend ce groupe de femmes dérivent des liens et interactions entretenus non pas à partir de leur ressemblance statutaire et positionnelle mais à partir des opportunités que chaque relation apporte à l'accomplissement de la *sollicitude* maternelle. Ainsi, le réseau inclut aussi, des acteurs non-mères, ou des acteurs des institutions sanitaires. Le réseau n'est cependant pas découplé des cercles sociaux (Grossetti et Bès, 2003), comme les relations de parenté et celles de voisinage. Tel qu'on l'a vu, il se construit à partir de certaines de ces relations pour les dépasser. Le lien social, créé à travers ces réseaux, se définit par ce qu'il est moins fort que le *« lien communautaire »,* car il n'est pas « traditionnel » ; et plus fort que *« l'association sociétale »,* car il suppose des relations interpersonnelles et intersubjectives (Martuccelli, 2010 : 137.)

Si nous avons vu que les relations familiales doivent être saisies, en milieu populaire urbain, à partir des modes de sociabilité qui dépassent la maisonnée privée ainsi que l'échange de services entre femmes dans le travail de sollicitude, il ne faudrait cependant pas y voir une construction collective de type *communautaire* de l'expérience maternelle. Nous avons aussi observé l'individualisation de l'expérience à l'œuvre, et l'importance du dispositif de santé dans cette direction[551], notamment par l'individualisation des corps et par la *biologisation* du lien filial. Nous avons vu, enfin, comment l'*assignation* individuelle de la maternité régulée s'accomplit cependant dans une *sollicitude* relationnelle ou en réseau.

[551] Nous rappelons que cette individualisation expérientielle est opérée non seulement par le dispositif de santé publique mais aussi par les médias, et plus largement par l'entrée des milieux populaires à des expériences de la société de masses, tel qu'on l'a vu dans la première partie de ce texte.

« La maternité en réseau » ne se limite pas pour autant à être une réponse à l'absence d'infrastructures de prise en charge institutionnelle des enfants en milieu populaire. De la même manière que l'existence des réseaux ne s'explique pas par l'absence d'institutions. La fonction instrumentale des réseaux d'entraide n'est qu'une dimension dans l'expérience des femmes. Les réseaux, et les relations sociales qui les forment, ce sont les bases de la cohésion, de la régulation, en somme du lien social, sur lesquelles les expériences individuelles se construisent. C'est cette particularité de l'expérience de la maternité en milieu populaire dans le Nordeste brésilien qui détermine aussi les relations des femmes-mères avec les régulations du dispositif de santé.

Dans la phase de post-accouchement, nous pouvons observer le passage graduel d'une « maternité régulée » à celle où s'arrangent certaines injonctions du dispositif sanitaire avec les dispositions sociales et culturelles des femmes. C'est le moment où les femmes doivent trouver des arrangements entre « savoirs médicaux » et « savoirs profanes ». C'est le moment aussi où l'expérience individuelle peut se reconstruire par « l'expérience en réseau ». C'est le moment, finalement, qui nous donnera les pistes pour revenir à une réflexion sur la question du rôle maternel et sur le « comment » de sa mise en jeu dans une expérience de la maternité en réseau.

Ici encore, nous retrouvons l'arrangement observé lors du processus d'*assignation* au moment de la grossesse. C'est par des pratiques collectivisées, que peut se développer une individuation subjective chez les femmes. Il reste à analyser comment se construit la subjectivation de l'expérience « en réseau » de la maternité. Pour ce faire nous allons revenir à la question du rôle maternel.

Il s'agit d'envisager une manière le rôle autrement que dans sa conception « statique ». Cette autre conception sera peut-être plus proche de celle de Mead, notamment quant à sa dimension dramaturgique. Cependant à la différence de Mead, il n'y a pas pour nous de séparation du *moi* et du *rôle*, car c'est dans le jeu de ce dernier qu'une place est occupée dans l'espace social, une place au fondement identitaire construisant le *moi*[552]. Cette place est à son tour fluide car elle dépend de la manière dont le rôle est joué. Ainsi, chez les femmes de milieu populaire à Recife, le rôle maternel semble se construire entre une « expérience régulée » par les dispositifs de santé publique et une

[552] Nous reviendrons sur cette discussion dans les conclusions de cette thèse.

sollicitude qui se construit dans un réseau d'entraide féminin. Des expériences des femmes se dénote la capacité à jouer un rôle particulier, que nous nommerons le *« rôle maternel incarné »*, et que nous développerons en conclusion.

Mais, avant de rentrer dans les conclusions de cette thèse, nous dédierons le dernier chapitre de cette partie à une pratique aux marges de la régulation du dispositif de santé, la stérilisation volontaire féminine : problème sanitaire majeur, selon les acteurs institutionnels ; issue désirée, pour les femmes.

IV-4. La stérilisation féminine, sortie abrupte de la maternité régulée et reconstruction subjective: "mulheres ligadas mas desligadas"[553].

IV-4-a. L'expérience contraceptive. Contraintes, ressources et « désir de ligature ».

Nous avions soulevé l'existence d'une « trinité contraceptive[554]» chez les femmes rencontrées dans le Nordeste brésilien qui correspondait aux méthodes contraceptives les plus utilisées dans l'ensemble du pays. Nous allons nous pencher ici sur l'une d'entre elles, la stérilisation féminine. Ce moyen contraceptif a attiré notre attention puisqu'il est vécu comme une épreuve pour les femmes car il se réalise à la périphérie de l'expérience régulée de la maternité. Très stigmatisée par les pouvoirs publics, par les médias et par les professionnels de santé pro-humanisation, « la stérilisation féminine » est cependant, chez les femmes de milieu populaire à Recife, une manière recevable de sortir de l'âge maternel et une façon d'inscrire dans leur corps cette issue.

Aussi, nous avions dit, les pratiques en matière de contraception ont la particularité d'être traversées par le décalage entre l'intention et l'action, en suivant les propos de Bourdieu. Nous avions suggéré, de même, que les femmes arrangent symboliquement ce décalage en faisant appel à la dimension relationnelle de la contraception. Dans ce

[553] Ce chapitre reprend partiellement l'article : Faya Robles Alfonsina (2009). Le mot "ligada" veut dire ici « ligaturée » (femme stérilisée par ligature de trompes). En brésilien, le fait de "ligar " veut dire se préoccuper pour quelque chose, en être attentif. Son contraire "desligar" veut dire ne plus s'en préoccuper.

[554]Voir chapitre II-1-b « Grossesse individuelle et sociale. La construction d'une identité sociale maternelle à partir d'un projet individuel (a posteriori) »

sens, pour qu'une méthode contraceptive soit efficace, il faut non seulement que la femme ait une connaissance approfondie de son corps et une maîtrise des procédés et des normes temporelles et corporelles, tel que le proposent les politiques de promotion des contraceptifs, mais aussi qu'elle opère une appropriation subjective des techniques. Autrement dit, l'appropriation d'une méthode contraceptive s'opère dès lors qu'il y a un investissement affectif et une construction de *soi* dans le choix contraceptif. Différemment d'autres univers sociaux, chez les femmes étudiées l'usage de contraceptifs tels la pilule et le préservatif ne constitue pas un moyen efficace de contrôle de la fécondité. Si les femmes y ont recours et envisagent les résultats de ces méthodes au niveau anatomo-biologique, généralement elles ne se les représentent pas comme des moyens propres, incorporés à leurs pratiques sur soi.

Dans cette « trinité contraceptive », les différentes méthodes n'ont donc pas un statut équivalent. Un des paramètres de différenciation, pour les femmes, ce sont les relations sociales s'agençant à chaque méthode contraceptive. En effet, l'usage d'une méthode insère la femme dans des relations spécifiques, relations qui peuvent prendre la forme de ressources ou de contraintes. Concernant les méthodes les plus utilisées, le préservatif et les pilules, leurs discours font acte de « dépendance », transformant les relations en contraintes. Pour la première, les femmes se disent dépendantes des hommes et pour la deuxième, dépendantes des acteurs institutionnels, principalement de « l'unité de santé » (posto de saúde) et des « agents de santé ».

Les propos de Sandra sont éloquents en ce qui concerne le poids des rapports de genre au sein des couples sur les pratiques de contraception. D'abord, elle dit que c'est elle-même qui a adopté le préservatif masculin comme méthode contraceptive et donne une raison médicale à cela: son hypertension. Peu à peu, elle ramène la responsabilité de l'utilisation du contraceptif à son conjoint : « *J'utilisais des préservatifs. La pilule, je n'aime pas la prendre ; en plus, je ne peux pas à cause de ma tension (artérielle), n'est-ce pas ? Je n'en ai jamais pris. Et j'ai fini enceinte. Alors je suis allée parler avec lui (conjoint) et je lui ai dit: « Pourquoi tu m'as engrossée? » Parce que s'il ne voulait pas m'engrosser, il aurait mis un préservatif, n'est-ce pas? (...) J'ai fait le test (de grossesse) qui était positif (…) Nous sommes restés trois mois ensemble, mais ça fait deux mois qu'il a commencé à ne plus venir chez moi, et maintenant il ne vient plus*[555]». *(Eu estava só usando preservativos, o comprimido não gosto de tomar não Uma que parece que não poço pela minha pressão,*

[555] Entretien Sandra, Pantanal, Recife, 31/05/06.

né?Ai, nunca tomei. E terminei engravidada...Ai quando fui falar com ele e ai 'qual é o motivo que tem pra engravidar?'Porque se ele quer engravidar, ele bota o preservativo, né? eu fiz o teste e deu positivo, né? Nos ficamos juntos três meses, ai faz dois meses ele começou a não vir em casa e agora não veio mais). Au-delà de l'inégale distribution des responsabilités parentales, frein à tout équilibrage des rapports de genre, un élément original émane de ce récit: la responsabilité masculine concernant les pratiques contraceptives quand il s'agit de préservatif, et comme corollaire, le sentiment de dépendance de la femme envers les hommes et celui de culpabilité de ne pas avoir eu d'emprise sur la gestion de la contraception. Sandra exprime sa déviance par rapport à la *norme procréative* (Bajos et Ferrand, 2006, 2007) selon laquelle la naissance doit être désirée et programmée. *« Dieu me pardonne! Mais je ne voulais plus d'enfants, je ne voulais en aucune manière cette grossesse » (Deus perdoe, mas eu não queria mais filhos não, não queria não, não queria esta gravidez de jeito nenhum)* dit Sandra, en s'excusant doublement de confesser son non-désir d'enfant et sa passivité face au choix contraceptif.

Comme pour le préservatif, l'utilisation systématique et prolongée de la pilule ne semble pas dépendre des femmes mais des « autres ». Dans ce cas, les femmes évoquent les relations avec les services de proximité de santé. Les ACS (agents de santé) reconnaissent cette dépendance à l'offre de pilules de « l'unité de santé » mais préfèrent accuser les femmes de manque de responsabilité : « *La pilule, elles l'oublient et, en plus, il n'y a pas assez de médicaments dans l'unité (de santé) pour en distribuer à tout le monde; et après, il y a d'autres (méthodes) dont elles ne veulent même pas entendre parler, les méthodes de barrière et d'autres comme ça*[556] *» (comprimido elas esquecem e nem vêm medicação suficiente pra esses posto pra abastecer e tem outros que elas não querem nem saber, dos outros métodos de barreira é tipo assim).* Il est courant d'entendre les professionnels de santé faire référence à ce manque de responsabilité, découlant d'une méconnaissance des usages. De leur côté, les femmes se plaignent des fluctuations de l'offre de pilules dans l'unité de santé du quartier, justifiant ainsi leur non-contrôle contraceptif. En effet, l'usage du contraceptif par voie orale crée un conflit de responsabilité qui se tisse autour de l'offre dans les unités de santé d'un côté et de la persévérance des femmes de l'autre. La prise de la pilule se veut une action routinière et les femmes l'assimilent volontiers aux tâches du travail. Marinalva (36 ans, utilisant depuis longtemps la pilule) est tombée enceinte de son deuxième enfant à cause d'une

[556] Groupe de discussion avec les ACS, Recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.

faille dans la gestion des pilules et elle ironise: « *Il n'a pas été planifié (l'enfant), celui-là est un accident de travail, car on n'a pas utilisé les ressources correctes*[557] » *(Ele não foi planejado, este é acidente de trabalho. Eu acostumo dizer que é acidente de trabalha, pois não usamos os recursos corretos, né?)*

Dans la perspective des femmes, l'usage de la pilule est, plus qu'aucune autre méthode, une action rationalisée, qui demande la prévoyance (dans leurs commandes auprès des ACS), la régularité dans la « tâche » ainsi que la gestion et la connaissance des temps ovulatoires. Si certaines femmes s'approprient volontiers cette pratique, car prendre la pilule de manière « *très correcte* » entraîne la valorisation de soi, d'autres femmes envisagent cette méthode contraceptive comme un support de dépendance permettant un fort contrôle social de la part des professionnels de santé[558], ainsi qu'une forte stigmatisation dès lors qu'une grossesse apparaît, témoignant d'une *« mauvaise utilisation »*.

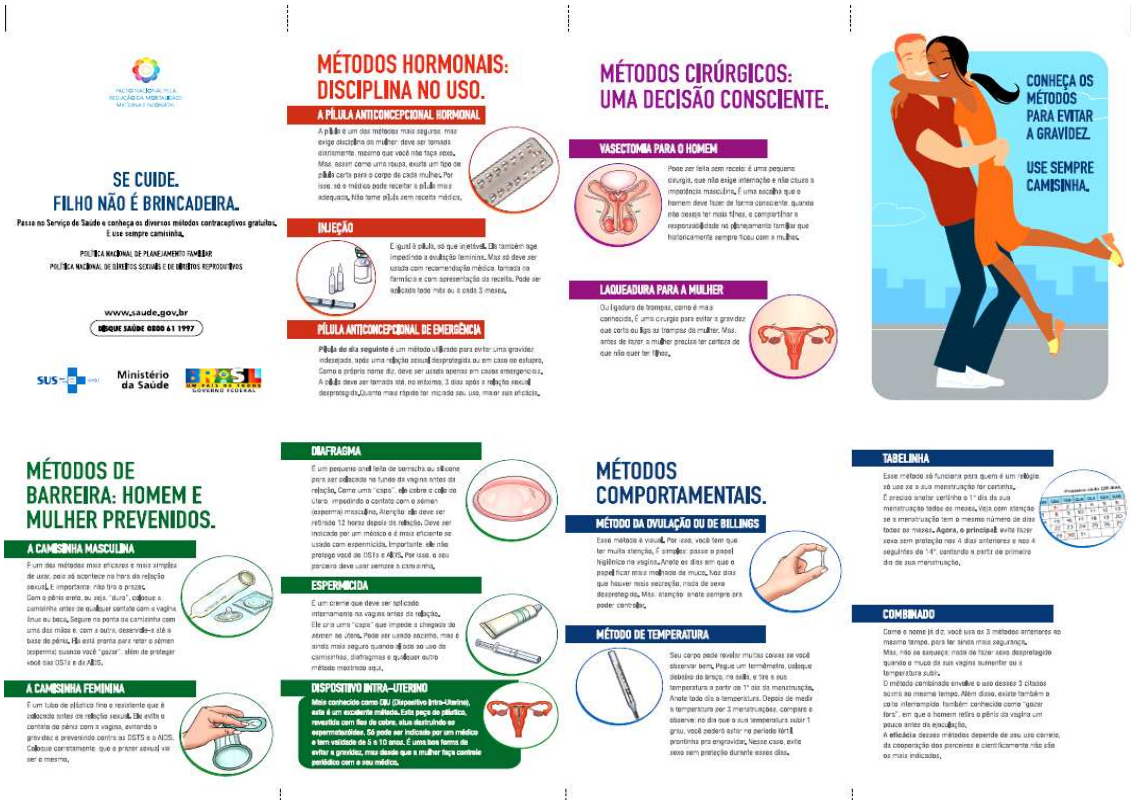


Figure 25: "Protège-toi, un enfant ce n'est pas un jeu", Dépliant distribué dans les centres de santé, M.S, Brésil, 2008.

[557] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 16/05/06.

[558] Tel que le note Bozon (2005) pour la gestion de la vie sexuelle en France ou au Brésil, les acteurs de santé publique cherchent à inculquer une gestion "responsable" et "autonome" de la fécondité, ici cristallisée dans le (bon) usage de la pilule.

Pourtant, la dépendance n'est pas absolue, ni vis-à-vis du préservatif, ni de la pilule. Les femmes trouvent des issues leur permettant de s'approprier une méthode contraceptive par la mise en œuvre de certaines stratégies. Celles-ci illustrent non seulement la souplesse des relations, pouvant passer de contrainte à ressource, mais elles montrent aussi qu'il y a, de la part de ces femmes, un choix délibéré de contrôler leur fécondité par une méthode plutôt que par une autre. Leurs diverses stratégies ont en commun la particularité de se fonder sur l'entrecroisement des relations, ouvrant sur d'autres réseaux sociaux et diversifiant les voies d'accès aux moyens contraceptifs.

Le préservatif peut ainsi devenir un objet liant les femmes du quartier entre elles. L'appropriation de cette méthode contraceptive entraîne des liens forts, où l'épanouissement sexuel féminin devient la valeur partagée. La séparation entre la sexualité et la reproduction est facilitée par la légitimation du groupe de femmes, et l'aide matérielle et symbolique des ACS. En effet, lors des campagnes spécifiques et/ou des approvisionnements du poste de santé on peut venir « faire son plein » de préservatifs. Alors, il n'est pas rare que les femmes se rapprochent pour demander des préservatifs aux ACS, ou qu'elles les fassent circuler entre elles. Comme maintes fois lors des réunions entre voisines, où l'on écoute de la musique et où l'on discute, cet extrait du journal de terrain illustre l'atmosphère dans laquelle les échanges se font : *« une jeune femme demande des préservatifs à ses voisines. L'une d'entre elles, plus âgée, se lève et rentre chez elle. Puis, elle ressort la main pleine de préservatifs. Les autres femmes rient. La jeune femme la remercie et dit qu'elle pense que cela ne sera pas suffisant. (Rires). L'ACS dit qu'elle en amènera d'autres le lendemain*[559]. De la même manière, les femmes diversifient leurs relations pour se ravitailler en pilules et ont souvent recours au secteur privé. C'est le cas d'Elisange qui se dit dépendante de l'unité de santé comme premier fournisseur de pilules, mais qui cherche d'autres voies pour rester « *protégée* **:** *la pilule, je vais la chercher dans l'unité. Mais, des fois, on ne peut pas en avoir là-bas. On arrive là-bas, il y a des femmes qui attendent, une autre arrive, et puis une autre. Il n'y a plus de pilules, il faut attendre. Alors on finit par laisser tomber, parce qu'on n'a pas le temps. Des fois, j'arrive là-bas et il n'y en a plus. Alors je préfère les acheter. Je ne peux pas me passer de ce médicament*[560] *» (Os comprimidos eu pego lá no posto. Mas o que as vezes, não da pra pegar lá. Chega lá, tem mulheres esperando, chega outra, e outra. Não tem mais, tem que esperar, então a pessoa fica desistindo, porque não tem muito tempo. Às vezes eu chego lá e*

[559] Extrait du journal de terrain, Pantanal, Recife, 20/06/06.
[560] Entretien Elisange, Pantanal, Recife, 30/05/06.

não tem mais. Então ai eu prefiro comprar. Mas não poço ficar sem esse medicamento). Très souvent, les femmes qui travaillent comme employées domestiques ont recours à leurs « patronnes » pour consulter les gynécologues de ces dernières et leur demander des ordonnances de pilule.

D'ailleurs, nous avons rencontré plusieurs femmes utilisant les deux méthodes, pilules et préservatifs pour avoir un surplus de « protection », ce qui est très mal vu par les services de santé de proximité, étant perçu soit comme un « gaspillage » de leurs part, soit comme un signe de leur « ignorance ». Nous pouvons néanmoins noter leur souci de contrôler leur fécondité, souvent inabouti, par leur sentiment d'assujettissement.

Ces deux méthodes de la « trinité contraceptive », pilule et préservatif, attachent la femme à des acteurs différents. Ces relations peuvent, à certains moments, être à l'origine d'un rejet ou d'une non-incorporation des méthodes contraceptives par les femmes. Généralement, ce refus est lié au sentiment de dépendance et à l'impossible emprise sur la gestion de leur fécondité : dépendance vis-à-vis du « bon vouloir » de l'ACS ou du conjoint, du prix des contraceptifs dans les pharmacies, etc. Pourtant, ces relations perçues comme des contraintes peuvent aussi devenir des ressources dans l'accès aux méthodes de contraception. C'est le cas de Francisca qui après avoir accusé l'ACS et l'unité de santé du quartier du manque de pilules et leur avoir imputé la responsabilité de la naissance de son dernier bébé, attend maintenant l'aide de son ACS et compte sur elle et sur la médecin de l'unité de santé pour se faire stériliser.

Ainsi, en multipliant les tactiques et les relations pour avoir accès aux contraceptifs, la femme effectue, également, une appropriation individuelle et subjective de ceux-ci. Cette appropriation emprunte différents chemins subjectifs, tels la valorisation de soi par le choix d'un moyen contraceptif qui requiert une certaine rigueur d'utilisation (pilule) ou par l'exaltation de certaines valeurs partagées comme celle d'avoir une sexualité active (préservatif). Quand cette appropriation n'est pas réalisée ou réalisable, la femme tentera de sortir de la « dépendance contraceptive » par d'autres moyens et c'est à ce moment-là que le « désir de ligature » peut se manifester. Maria José, une chiffonnière de 29 ans, mère de cinq enfants, songe à sortir de cette dépendance par la ligature des trompes : « *Je n'en veux plus (d'enfants), je veux lier ; quand j'aurai l'acte de naissance, je vais lier. Maintenant, je prends la pilule, pilule et*

préservatif, les deux! La ligature, c'est mon rêve[561]*». (Quero mais não, quero ligar, quando ter o registro vou ligar. Agora estou tomando remédio, remédio e camisinha, os dois! Meu sonho é ligar.)*

Suite à une nouvelle réglementation[562], se faire stériliser au moment d'un accouchement est devenu difficile. Cependant les changements qui s'opèrent dans les institutions médicales, et dont ces règles sont elles-mêmes issues, ouvrent de nouveaux espaces de négociation pour les femmes désireuses de « ligature ». L'enquête du PNDS de 1996 montrait que la principale personne ayant facilité l'accès à la stérilisation était le médecin du secteur public. Dans 57,6% des cas, il avait autorisé, souvent moyennant rétribution, l'intervention chirurgicale. Le médecin (et d'autres professionnels de santé, nous le verrons) se trouve à l'intérieur d'institutions en pleine mutation, avec le programme d' « humanisation » qui modifie les formes de légitimation de l'intervention médicale. Il fait face également à des femmes désireuses de se faire stériliser. Ainsi, cette relation patient-médecin peut autant faciliter que freiner l'accès à la stérilisation. Tel que le signale Bozon (2005 : 379) : *« On peut dire que dans tous les milieux sociaux au Brésil la dyade du médecin et de la femme compte sans doute plus que le couple conjugal pour les décisions de stérilisation »*. En milieu populaire, ceci est encore plus vrai, mais si cette décision se réalise en dehors du couple, cela ne veut pas dire qu'elle s'accomplit dans la seule relation médecin-femme. D'autres figures apparaissent, tant dans la sphère de la santé, que dans le réseau de la femme ou encore des figures politiques. Lors de cette enquête, 20% des femmes du Nordeste ont aussi répondu que c'était « un homme politique » qui avait payé la stérilisation. En effet, certains auteurs (Potter et Junqueira, 1998) mettent en évidence le lien existant, dans cette région, entre cette technique contraceptive et le clientélisme politique. Ainsi des leaders politiques locaux échangeraient ligatures de trompes contre votes, en période d'élection.

Plusieurs auteurs expliquent la permanence de la stérilisation comme modèle contraceptif de la femme *nordestine* par la transmission culturelle de mère en fille.

---

[561] Entretien Maria José, Pantanal, Recife, 07/06/06. Maria José travaille dans le ramassage et le tri des ordures ménagères, qu'elle revend. Elle n'a pas été inscrite dans le registre d'état civil à sa naissance et il lui faut l'acte de naissance pour pouvoir faire la ligature des trompes.

[562] La loi 9.263, de 1996, relative au planning familial, établie que la femme doit avoir plus de 25 ans et/ou ayant deux enfants vivants pour pouvoir subir une stérilisation. En outre, il est interdit de réaliser une stérilisation au moment de l'accouchement et il est exigé un délai de soixante jours entre la déclaration de volonté et l'acte chirurgical.

D'autres, la mettant en relation avec les difficultés d'accès à d'autres techniques, la stérilisation se présentant à la femme comme un dernier recours. Les analyses d'entretiens avec des femmes de milieu populaire urbain font apparaître une dimension subjective, en lien avec la vision qu'elles ont d'elles-mêmes à l'intérieur de relations, conjugales et celles nouées avec les services de santé. Dans cet espace relationnel, signifié par les femmes comme un jeu de dépendance-indépendance vis-à-vis des instances de santé publique et de leur conjoint, l'usage d'un moyen contraceptif plutôt que d'un autre apparaît comme le choix permettant qu'une technique médicale soit mise au service de la construction de soi en tant que sujet autonome.

IV-4-b. Du désir de « ligature » à sa réalisation: l'administration de la preuve.

Si tout contrôle de la natalité est une négation de la « fécondité naturelle » (Bourdieu et Darbel, 1966) la stérilisation féminine opère comme la négation totale et déterminante de cette « nature ». Elle suppose, contrairement aux autres méthodes, une distanciation irréversible par rapport au rôle reproductif. D'où l'étonnement qu'elle éveille, car cette négation se manifeste comme un acte « volontaire » chez des femmes qui construisent leur identité autour de leur statut de mère (Scavone, 2001).Une recherche, comparant les représentations de la maternité des femmes stérilisées et non stérilisées, montre que les premières adhèrent plus à une image survalorisée et « traditionnelle » de la maternité que les secondes[563]. Nous remarquerons que si elles peuvent avoir une image traditionnelle de la maternité, leur expérience ne saurait être qualifiée comme telle. De plus, nous ne pouvons pas opposer la stérilisation féminine volontaire à la « maternité ». Elle apparaît plutôt comme sa limite, et toute limite participe à la définition de l'objet.

Des femmes, d'âges, de situations familiales et professionnelles divers, expriment leur désir de se faire ligaturer. « *Je veux lier », « ligaturer, c'est mon rêve », « je cherche à me faire faire la ligature », etc.*: ces phrases sont récurrentes tant chez des femmes atteignant la quarantaine et ayant plusieurs enfants que chez des adolescentes qui attendent leur premier enfant ou chez celles qui n'en ont pas. Priscilla, 17 ans, enceinte de son premier enfant, envisage déjà une planification familiale fondée exclusivement

[563] M.J Osis, *Laqueadura e representações acerca da sexualidade e do papel reprodutivo*. Thèse de doctorat, Faculdade de Saúde Publica, USP, São Paulo, 2001. Cette recherche ne montre cependant pas quelle serait cette vision traditionnelle par opposition à des représentations « modernes » de la maternité.

sur cette opération: « *Comme ça, celui-là (enfant), plus un autre. Davantage? Ce n'est pas bon, n'est-ce pas? Je vais lier. Seulement, maintenant ce n'est pas possible parce que je suis trop jeune... j'en veux deux, que deux (enfants)* [564]*». (Esse mais outro, mais não da, né? Vou ligar, só que agora não da porque estou muito nova mas...só quero dois mesmo, só dois).* L'expression de cette envie se confronte au balisage établi par les politiques publiques concernant l'accès à la stérilisation. Soit les femmes sont trop jeunes, soit elles n'ont pas deux enfants vivants. La loi est ambiguë[565]et dépend en grande partie de l'interprétation et de la disposition des professionnels de santé rencontrés par les femmes.

En effet, le système de santé publique limite l'accès à cette technique non seulement par sa jurisprudence mais aussi par son propre fonctionnement. L'énonciation de l'intention de se faire stériliser ouvre un chemin où les femmes seront confrontées à d'autres contraintes du système de santé. Certaines femmes expliquent la difficulté d'accéder à cette méthode par la lenteur du système. Ana dit: « *Je n'en veux plus (d'enfants-elle en a sept), je veux faire la ligature, mais c'est lent…très lent. En ce moment je n'utilise rien (autres méthodes contraceptives) parce que je ne suis avec personne, n'est-ce pas ?(Rires). Maintenant je veux faire la ligature, j'en ai assez (d'enfants), je n'en veux plus* [566]*». (Não quero mais não, estou pretendendo fazer a ligação, mas ta lento pra fazer...Agora não estou com nada, né? Porque não estou com ninguém, né? (Rires) Agora só quero fazer a ligação, não quero mais ter (...)já tenho bastantes, não quero mais).* La demande de ligature peut prendre plusieurs mois avant d'aboutir et, comme le dit Cristiane, il faut franchir plusieurs étapes: « *Ici, à l'unité de santé, il y a une consultation où ils regardent si vous avez un problème, si vous pouvez 'lier' ou si vous ne pouvez pas. Mais, ce n'est pas ici, dans l'unité (que ça se fait). Après, ils vous transfèrent. Mais, ce n'est pas dans tous les hôpitaux (qu'on stérilise)* [567]*» (Tem uma consulta, eles olham se tem problema se pode ligar se não pode...não é aqui no posto, nem é em todo hospital não).*

La brochure distribuée en 2008 par le Ministère de la Santé, disponible dans les services du planning familial et dans les unités de santé, est explicite quant à la distinction qu'elle effectue entre les conditions nécessaires à l'utilisation des

[564] Entretien Priscila, Pantanal, Recife, 24/05/06.

[565] Rappelons qu'elle autorise la stérilisation volontaire féminine chez les femmes ayant plus de 25 ans et/ou ayant deux enfants vivants. L'utilisation du "et/ou" porte à confusion et certains médecins font remplir les deux conditions aux femmes, d'autres mettent en exergue l'une d'entre elles pour refuser la stérilisation à une femme remplissant l'autre condition.

[566] Entretien Ana, Pantanal, Recife

[567] Entretien Cristiane, Pantanal, Recife,

différentes techniques contraceptives. Si les méthodes hormonales nécessitent une « *discipline dans l'usage* », et les méthodes de barrière, tel le préservatif, l'existence d'un couple où l' « *homme et la femme sont informés* », les méthodes chirurgicales supposent, elles, une « *décision consciente* ». Cette décision doit être prononcée individuellement par la femme qui doit fournir la difficile « preuve » d'une motivation « consciente ». C'est le cas extrême de Maria José qui, depuis longtemps, demande la ligature. Celle-ci lui est refusée puisqu'elle n'a pas d'acte de naissance, ce qui n'était pas le cas pour les soins relatifs à ses multiples accouchements. Contrairement à l'acte « naturel » d'accoucher (se reproduire), le choix de la stérilisation (la négation de la reproduction) s'impose comme une action d'un sujet de droit, pouvant faire preuve de sa responsabilité et de son identité civile.

Revenons sur la distinction effectuée par cette brochure distribuée auprès des femmes et observons les acteurs *sollicités* ainsi que les capacités et qualités dont on leur demande de faire preuve. Concentrons-nous sur les deux méthodes qui supposent la femme comme seul acteur de la contraception : la pilule et la stérilisation. Le dispositif mobilise deux aptitudes différentes de la part de ce même acteur, selon la méthode employée, et ces deux aptitudes s'accordent avec deux penchants du dispositif de santé. La pilule exige de la discipline, la stérilisation, de la conscience. Ainsi, la différenciation entre l'acte d'absorber des hormones et le changement corporel n'a pas les mêmes contenus symboliques du point de vue du dispositif de santé. Aussi, pourrions-nous avancer l'idée que l'utilisation de la pilule suppose un sujet qui se connaît lui-même, capable de s'auto-discipliner. La stérilisation suppose un sujet qui doit entreprendre la connaissance de soi et faire la démonstration de l'accomplissement de l'entreprise.

En choisissant se faire faire une ligature des trompes, la femme devient seule responsable face à la reproduction et elle doit démontrer aux professionnels de santé que ce choix relève d'une décision « consciente ». « L'autonomie » dans la décision de stérilisation est recherchée par les médecins mais ce sont les conditions objectives de la femme qui, finalement, sont prises en compte. Les médecins utilisent une vaste gamme de « techniques de l'aveu » pour obtenir les preuves du caractère « réfléchi » du choix de la femme, tout en écartant toute dimension subjective du choix. Nous retrouvons ici la limite du « gouvernement par la parole », qui se présente à plusieurs

niveaux des relations entre sujets et dispositif dans le domaine de la santé reproductive. La direction que prend le dispositif se dédouble en officielle et officieuse. La première est celle qui porte en haut les aptitudes des médecins dans *« l'examen de conscience »* et de l'évaluation du niveau de *« l'art de se connaître »* (Foucault, 1984 : 53) chez la femme de milieu populaire demandant la stérilisation.

Si les professionnels de santé suivent assez fidèlement la loi sur la stérilisation, les détournements de celle-ci ont souvent comme origine le pouvoir de persuasion de la femme et la performance dans la démonstration du caractère volontaire de cette opération. Les femmes doivent fournir les preuves objectives de leur désir de stérilisation. La décision « consciente » nécessite des preuves matérielles. Marinalva a dû expliquer au médecin ses difficultés économiques et conjugales car son mari *« des fois est là et des fois, non »*. *(As vezes esta, outras vezes não esta).* Finalement, *« la médecin a compris (sa) souffrance (…) elle n'a pas eu de pensée matérialiste (elle ne lui a pas demandé de l'argent) mais des sentiments*[568] *»* et elle lui a fait la ligature de trompes à titre gratuit. *(Ela fez meu parto, fez minha ligação sem cobrar nada. Ela entendeu meu sofrimento, as dificuldades, também com meu marido que as vezes esta, as vezes não Então eu expliquei isso e ela entendeu. Ela não levou um pensamento materialista mas assim, de sentimento)* La femme doit aussi faire preuve d'un certain repentir au niveau de la « *mauvaise gestion des ressources* » contraceptives, au cours de son histoire reproductive. Pour plusieurs femmes, « *c'est difficile de les convaincre (les médecins)* ». Une jeune femme voulant se faire ligaturer nous parle d'une amie : « *Elle voulait « lier » mais elle n'avait pas d'argent et elle était (dépendait) dans le SUS ; et là, elle a fait quelques hôpitaux, et après tout ça elle en a trouvé un (médecin) qui le lui a permis... Ils (les médecins) disaient qu'elle était trop jeune, qu'elle ne savait même pas ce qu'elle voulait... Moi, j'ai six enfants et je ne sais pas ce que je veux? Je sais ce que je veux: élever les six et je n'y arrive pas* [569]*»(Ai ela queria ligar e não tinha dinheiro e tava lá no SUS e ela andou pelos hospitais ai depois de tudo ela achou um que permitiu, diziam que ela era muito jovem que ela não sabia que queria, mas eu tenho 6 filhos eu não sei o que quero? eu sei que quero criar esses 6 eu não tenho mais como criar.)*

Ou encore Silvia, qui nous parle de la sœur de sa belle-fille qui, à 27 ans, veut se faire stériliser : « *Elle cherche un médecin, elle parle avec un médecin, puis avec un autre médecin (On fait la stérilisation si la femme a) trois (enfants) mais quand elle n'est pas trop jeune... Et ils le font aux femmes jeunes si la personne a un problème (de santé) ; maintenant, si la*

[568] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 29/08/08.
[569] Entretien Diana, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.

personne n'a pas de problème, alors là, ils ne font pas la ligature. Ils laissent avoir des enfants[570] *». (Ela anda por médico, falando para o médico aí o médico... com três (crianças) faz, agora muito nova não... E faz nova se a pessoa tiver problema. Agora, se o pessoa não tiver problema aí não faz ligação não, aí deixa filho mesmo).*

C'est saisissant d'observer comment les femmes mobilisent des catégories et des valeurs du dispositif de santé en vue d'accéder à cette technique. Le planning familial, expliqué ci-dessus par cette jeune femme, se veut un moyen d'exercer comme il se doit son rôle maternel. De même, la catégorie du risque sert à légitimer la stérilisation. Ainsi, il est courant maintenant que les femmes fassent prévaloir le fait qu'elles vivent des « grossesses à haut risque » pour demander une stérilisation : *« Regarde, je crois qu'elle va se faire stériliser, j'ai tout vu et je crois qu'elle ne voudra plus en avoir (des enfants) parce que ses grossesses sont à risque…*[571]*» (Olha, eu acho que vai ligar, que eu vi tudinho eu acho que ela não vai mais querer ter, porque como as gravidez dela é de risco...)*

Mais l'administration de la preuve ne suffit pas toujours. Francisca s'est heurtée, elle aussi, à la volonté du médecin : « *J'ai fait le (consultations du) prénatal dans l'unité de santé et j'ai eu (mon dernier enfant) dans la maternité Polyclinique. Je l'ai trouvée très bien (la maternité). Mais d'un autre côté je l'ai trouvée horrible parce que je voulais faire la ligature après (l'accouchement) et la médecin n'a pas voulu. Elle a dit que je devais le faire en dehors l'accouchement par voie basse. (Il faut) pouvoir faire une césarienne pour pouvoir lier. Mais (mon accouchement) a été par voie basse, tous (mes enfants) sont nés par voie basse*[572] *» (Eu achei muito bom, assim por outro lado eu achei horrível porque eu queria fazer a ligação depois dele e a doutora não quis Ela diz que eu tinha que fazer sem parto normal pra poder fazer uma cesariana pra poder ligar. E ele foi normal, foram todos normais.)*

Si la pratique simultanée de la césarienne et de la stérilisation existe toujours, certains médecins non seulement suivent la réglementation à la lettre, mais ils sont aussi porteurs des valeurs qui la sous-tendent: celles de l'humanisation de la naissance et de l'accouchement. Une gynécologue obstétricienne affirme: « *Dès le début, j'essaie de lui parler (la parturiente), de lui expliquer que son accouchement va être normal, qu'elle n'a pas le choix, et que toute patiente peut avoir un accouchement normal, sauf preuve du contraire. Mais, durant le travail d'accouchement, cela peut changer... Alors, le taux de césariennes est*

[570] Entretien Silvia, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 25/05/06
[571] Entretien Gerlane, Pantanal, Recife, 26/09/08.
[572] Entretien Francisca, Pantanal, Recife, 06/06/06.

trop élevé ici (...) je pense que cela devrait changer[573] *» (No início eu tento convencer ela, explicar ela que o parto dela vai ser normal, que ela não tem possibilidade de escolha e que toda paciente pode ter o parto normal, caso não demonstrar o contrário, mas durante o trabalho de parto essas coisas podem mudar... Então assim o índice de cesáreas aqui é muito grande no alto risco, e no baixo risco também é grande, e eu acho assim, que isso deveria mudar).* Cependant, cette vision n'est pas partagée par tous les professionnels de santé. Les ACS ont une vision plus pragmatique de l'accouchement par césarienne: *« Je pense que la politique, les politiques publiques devraient être mieux adaptées sur cette question de la ligature (…) Une femme comme Ana, que vous connaissez, qui a eu 14 gestations, et qui vit une vie, une 'sous-vie', avec six enfants à la maison... Si cette femme tombe enceinte une fois de plus, elle dit qu'elle est capable de se tuer. Elle n'en veut plus et pourtant...* [574]*» (Eu acho que a política, as políticas públicas, que as políticas públicas deveriam ser assim cobrada, mais essa questão do, da laqueadura por que assim se chegar uma pessoa com o perfil de Ana que você viu, já teve 14 gestações vive numa vida, numa subvida com 6 filhos dentro de casa uma mulher daquela engravidar novamente, ela diz que é capaz de se matar, que ela não quer mais, mas no entanto...)*

Pour les femmes, l'accès à la stérilisation dépend moins de la rigidité des règles que des relations tissées avec les professionnels de santé. Lorsqu'on demande à une femme s'il est facile de se faire stériliser, elle répond spontanément: *« Pas du tout, mon Dieu du ciel (...) Il faut chercher un médecin, parler avec un médecin, voir un autre médecin, et encore un autre* [575]*» (Não, meu Deus do céu (...)Precisa procurar um médico, falar com um médico, e outro médico, e ainda um outro).* La dimension relationnelle dans l'accès est mise en exergue comme étant non seulement fondamentale, mais aussi à double tranchant. D'un côté, les relations avec les professionnels du système de santé publique peuvent devenir des frontières infranchissables et le seul moyen de se faire faire une ligature est de les contourner en ayant recours, par exemple, au secteur privé. D'un autre côté, les relations avec certains professionnels deviennent des ressources à mobiliser pour l'accomplissement du « désir de ligature ». Les médias jouent un rôle semblable à celui des médecins et participent aux injonctions qui régissent l'usage des contraceptifs. Ils contribuent à produire une « normalité contraceptive » définissant un modèle de procréation basé sur le désir et la programmation de la grossesse (Bajos et Ferrand, 2002). Cependant, à l'instar des relations avec les médecins, les femmes s'en

[573] Entretien médecin, CISAM, Recife, 07/09/08.
[574] Groupe de discussion ACS, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.
[575] Entretien Gerlane, Pantanal, Recife, 26/09/08.

servent et ajustent les valeurs qu'ils véhiculent pour exprimer le fait que leur demande de stérilisation est réfléchie. Les médias diffusent souvent des messages à contenu normatif sur les devoirs attachés au rôle maternel en milieu populaire. Ces messages peuvent être détournés par les femmes ; elles les utilisent pour expliquer qu'elles ne peuvent pas se conformer à cet idéal maternel, démontrant par là même, le caractère « conscient » de leur choix de stérilisation. Silvia de Zordo (2006) remarque à Salvador de Bahia que des jeunes femmes, se plaignant de la limite d'âge pour la stérilisation, mobilisent les propos des médias sur l'abandon des bébés et sur l'avortement. Elles justifient la stérilisation en la présentant comme un moyen d'éviter ces actes. Dès lors, demander une ligature permet de repousser l'image de la « mère indigne ».

Les femmes savent que cette décision privée est aussi un enjeu politique en milieu médical. Afin d'obtenir une ligature, elles multiplient les recours, comme elles le font pour les autres moyens contraceptifs. Francisca dit: « *Je prétends lier plus tard. Je voulais le faire avec le conseiller municipal (o vereador) mais une ACS m'a conseillée de ne pas faire la ligature avec les conseillers municipaux. Elle a dit qu'il y a beaucoup de femmes qui l'ont fait (la stérilisation) par injection et que, maintenant, elles sont enceintes. L'ACS m'a conseillé d'attendre – car il y aura des politiques, ces « trucs » - et de demander au médecin (de l'unité de santé) de me transférer à la maternité de BF, pour le faire là-bas*[576] » *(Eu pretendo ligar mais tarde, assim eu queria ligar com o vereador, só que uma acs me aconselhou que eu não fosse fazer a ligação com esses vereadores, que ela diz que na área dela tem montes de mulheres que fizeram a ligação com injeção que estão todas gravidas agora. Ai a agente de saúde me aconselhou que eu esperar, que vão sair politicas, esses negócios, e pedisse à doutora que me encaminhasse para a maternidade da BF, pra fazer lá).* La relation entre ligature et clientélisme politique en milieu populaire est persistante. Une ACS affirme à ce sujet : « *Toutes sont là, elles veulent lier, on vient les chercher et on les ramène dans une camionnette* ». Une encore : *« quand elles réussissent (à se faire stériliser) c'est avec le conseiller municipal en période d'élections, ils arrivent et ils prennent 10, 15 femmes et les amènent à l'intérieur (de l'État de Pernambouc), et là, ils font la ligature n'importe comment* [577]*» (Quando elas conseguem é com o vereador, em tempo de eleição, ai eles chegam pegam 10, 15, mulheres, ai levam pra o interior, e ai eles fazem a ligadura de qualquer jeito lá).* Certains intérêts politiques (ici, gagner des votes) peuvent s'accorder avec le « désir de ligature » des femmes de milieu populaire. Celles-ci les mobilisent pour

[576] Entretien Francisca, Pantanal, Recife, 06/06/06.
[577] Entretien ACS, Pantanal, Recife, 06/07/06.

échapper au système public de santé brésilien qui leur impose souvent de longues péripéties.

Pour Marinalva, la stratégie consiste à contourner le circuit de santé publique en cherchant un médecin du secteur privé qui accepterait d'effectuer la ligature au moment de la césarienne : « *Plus d'enfants. Ce que je veux, c'est lier. La médecin (de l'unité de santé) a dit qu'elle ne peut pas le faire, que maintenant, c'est contraire à la loi de faire la ligature des trompes après que la mère accouche. Alors je vais aller voir l'assistante sociale parce que je vais avoir déjà une césarienne, ma fille. Je vais être coupée une fois de plus? Je vais regarder toutes les ressources possibles de la mutuelle. Quand je suis allée là-bas (clinique) faire une ligature, la médecin a dit : 'non, la mutuelle ne fait pas ça'. Demain je vais voir le médecin pour le prénatal (consultation), et là, je vais chercher un médecin de la mutuelle, un mec là, très bon, qui fait (la ligature)*[578] *». (Nada, eu o que eu quero é ligar. A doutora diz que não pode fazer, que agora é contra a lei fazer a ligação das trompas logo quando as mães já têm filhos então eu vou ainda na assistente social, porque eu já vou ter cessaria, criatura, e vou ser cortada de novo? Ainda eu vou ver todos os recursos do convênio, sabe? Quando eu vou procurar nos nos...grandões lá... Fazer uma ligação, a médica diz não, que o convênio não faz isso não. lá nos grandões... Amanha eu vou pra médica, pro pré-natal, e lá mesmo vou procurar um doutor que acha o convênio, um cara ali, um médico legal que faz).* L'accès aux soins du secteur privé est lié à la mobilisation des réseaux sociaux par la femme. L'inscription temporaire sur la mutuelle du mari, pour celles qui ont un conjoint qui a un travail déclaré, est très courante et permet aussi l'accès à d'autres types de soins. Il est courant également que les patronnes des femmes, qui travaillent comme employées domestiques, apportent leur aide pour *« arranger »* (arrumar) une stérilisation dans une clinique privée: « *La femme chez qui je travaillais avait une employée qui avait travaillé cinq ans chez elle. Comme elle (la patronne) travaillait dans le BL (hôpital), elle a arrangé (la ligature) pour la fille, qui n'avait que deux enfants au moment de l'opération* [579]*» (Essa mulher que eu trabalhava na casa dela tinha uma menina que trabalhou 5 anos lá, ela trabalhou no BL ela arrumou pra essa menina ela tinha 2 filhos quando ela arrumou essa ligação pra ela.)*

Une autre manière d'accéder à la stérilisation dans le secteur privé est le recours à des emprunts au sein de la famille, généralement chez la mère ou la sœur, pour pouvoir

[578] Entretien Marinalva, Pantanal, Recife, 1/09/08.
[579] Entretien Diana, recherche FAGES/UFPE/CNPQ, Pantanal, Recife, 30/06/06.

payer l'opération (autour de 600 réaux chez un médecin privé[580]). Une dernière façon est de se déplacer dans l'État de Pernambouc, là où l'application de la législation est moins rigoureuse. Mais ces déplacements vers « l'intérieur » de la région supposent aussi des relations, souvent au sein de la famille, pour le logement sur place, la garde des enfants qui restent à la maison, le transport, etc. Ainsi, comme pour les autres méthodes contraceptives, l'accès à la ligature de trompes revêt un caractère relationnel, où les relations opèrent autant comme des contraintes que comme des ressources d'accès. Si la demande de stérilisation doit être formulée au singulier, comme l'aboutissement d'un « choix conscient » et « autonome », elle dépend de la mobilisation des réseaux, dans le secteur public, dans le secteur privé de santé et au niveau des circuits informels (dans le cadre des achats de votes) et du réseau d'entraide de la femme. Ces relations qui se tissent autour de l'organisation de la stérilisation participent du processus décisionnel de la femme, un processus qui comporte également, pour la femme, un parcours identitaire.

IV-4-c. Des femmes « liées » mais « déliées »: vers une remodulation subjective.

Plusieurs explications ont été données au fort taux de stérilisation féminine au Brésil. Nous préférons nous référer à une hypothèse émise par Ribeiro Corossacz (2004), selon laquelle l'acceptation de cette technique par les femmes brésiliennes est liée au rapport qu'elles entretiennent avec leur corps, perçu comme transformable, comme un construit, *« un lieu sur lequel on peut intervenir pour le transformer»* (Corossacz, 2004 : 58). Une telle perception du corps était indispensable à la généralisation de la stérilisation, de même qu'à d'autres interventions médicales telles que la chirurgie esthétique et la césarienne. Selon l'auteure, la "ligadura" est un instrument qui permet aux femmes *« de marquer leur présence dans leur propre vie par l'expression de leur subjectivité »*, car si cette technique est issue *« d'une logique néo-malthusienne, aujourd'hui elle a été appropriée par les femmes brésiliennes »* (*ibid.* : 81).

Anne Line Dalsgaard (2006), qui a travaillé dans l'État de Pernambouc, signale que « *Parmi les multiples préoccupations dans la vie de chaque femme, la stérilisation constitue une forme de conquête du pouvoir, comme si, par le changement du corps, elle devenait moins sujette à la dépendance associée à la fécondité »* (Dalsgaard,

[580] Rappelons que dans le quartier où nous avons réalisé notre recherche, à Pantanal, le revenu moyen mensuel était en 2006 autour des 350 réaux et en 2008 de 420 réaux.

2006 : 60). Cette « dépendance » se construit vis-à-vis de deux relations, celle des femmes envers les services de santé et celle envers le conjoint. Il faudrait rajouter que ces deux relations participent différemment à l'assujettissement de la femme à la fécondité et à la maternité.

La stérilisation, une fois accomplie, entraîne une mise à distance des services de santé. Un « déliement » s'effectue, vécu par les femmes comme un signe d'indépendance vis-à-vis du contrôle exercé par le système de santé publique. Pour se faire stériliser, la femme est directement confrontée au regard des institutions. Elle fait l'expérience de l'expropriation et de la réappropriation de son corps, qu'elle obtient une fois fournie la « preuve » de la rationalité de son choix. Dès lors, les femmes stérilisées revendiquent cette délivrance du système de santé. Elles n'ont plus besoin d'aller faire la queue à l'unité de santé, ni d'affronter les reproches des professionnels concernant leur « mauvais usage » des contraceptifs. Cependant, c'est moins dans le relâchement des liens avec les services de santé qu'au niveau des positions qu'elles y occupent que le changement s'opère. En effet, les femmes stérilisées ne rompent pas complètement avec les services de santé du quartier, qui les interpellent dans des situations où elles sont valorisées. Elles participent à des « groupes de personnes âgées[581]» ou de « femmes expérimentées » organisés par l'unité de santé du quartier dont la fonction est principalement ludique. Considérées comme des mères « expérimentées », on fait appel à elles pour la « transmission » de leur savoir-faire aux plus jeunes. Un parallèle s'effectue entre la chirurgie de stérilisation et le début d'un nouveau cycle de vie pour la femme de milieu populaire, duquel elles tirent des bénéfices symboliques et relationnels. Ce ne sont plus elles qui posent problème au système de santé publique et elles deviennent par là même les alliées des instances sanitaires: elles donnent des conseils sur l'allaitement, elles sont les « accompagnatrices » lors des accouchements dans les maternités, elles doivent contrôler les maternités adolescentes dans leur entourage, etc.

Si elles continuent à jouer un rôle de *sollicitude*, qui peut même se voir accru par la prise en charge d'autres personnes, ce rôle se construit sur des bases autres. Le rôle est délivré de la corporalité individualisée de la « maternité régulée ». Ainsi, leur rôle de

[581] Traduction de *"reunião de idosos"*. Il est intéressant de remarquer l'identification des femmes stérilisées relativement jeunes, de moins de 50 ans, à des « femmes âgées ».

care est moins sous l'emprise de la régulation exercée par le dispositif de santé publique et il est dé-biologisé.

Concernant les relations au sein des couples, les femmes parlent de la ligature comme d'une technique qui leur permet de se « délier » (*desligar*) symboliquement du monde masculin, autrement dit, de l'emprise masculine sur leur faculté reproductive. Il est intéressant de remarquer que plusieurs femmes demandant la « ligature » ne sont pas en couple stable et envisagent des relations amoureuses différentes de celles qu'elles ont connues. Ana, par exemple, compare sa dernière relation conjugale à celles qu'elle envisage après sa stérilisation: « *Avec le père des enfants, je suis restée quatre ans. Ça été horrible. J'avais peur de vivre. Maintenant je veux vivre. Je ne veux plus de ça. Pourquoi rester avec un homme qui part avec une autre femme? Maintenant ce que je veux c'est prendre mon pied et avec des hommes éloignés. (...) Plus jamais je ne vais me fiancer avec un homme. C'est horrible. C'est difficile. Moi, qui étais déjà pauvre, c'est devenu pire. Vraiment, je préfère rester plutôt seule que sortir avec un homme. Même, depuis que je suis seule, ma situation s'est améliorée (rires)* [582]». *(Com o pai dos outros meninos passei quatro anos, foi horrível também Eu tinha medo de viver. Agora quero viver. Agora não quero mais isso. Pra que ficar com um homem que vai com outra mulher? Agora só quero gozar, e com os homens distantes (...) Nunca mais vou namorar com homem, é horrível E muito difícil, eu que já era pobre, piorou, ta vendo...Com certeza, prefiro ficar sozinha do que namorar com homem. Nem namorar, nem nada. Depois que estou sozinha até melhorou a minha situação.)*

En effet, se « détacher » du monde masculin, pour ces femmes, ne consiste pas à sortir de la vie sexuelle ou conjugale mais plutôt à réaménager ce type de relations en leur donnant un cadre différent. C'est la vision que la femme se fait d'elle-même, à l'intérieur des relations avec son (ses) partenaire(s) qui change. Autrement dit, cette rupture biographique, qu'opère la stérilisation dans la vie d'une femme de milieu populaire brésilien, s'accompagne souvent de transformations dans la construction de soi par les pratiques sexuelles, ce que Bozon (2002) appelle *l'orientation intime* de la sexualité; passant d'un modèle conjugal, où les pratiques sexuelles visent l'entretien de la relation, à une vision (au moins dans les représentations) plus individualiste de la sexualité, où le désir et l'épanouissement individuel sont davantage valorisés.

[582] Entretien Ana, Pantanal, Recife, 31/05/06.

Au sein de leurs familles, la plupart des femmes stérilisées assumaient, suite à l'opération, la position de « grand-mère », même si elles étaient relativement jeunes et encore mères d'adolescents. Souvent la stérilisation est liée à leur statut de « mère-père » quand elles sont aussi chef de famille, tel qu'on l'a vu précédemment. Pour les premières, il y a un dépassement des contraintes et des responsabilités liées au rôle maternel (Scott, 2001) tout en conservant la jouissance du lien affectif et d'une certaine autorité (généralement leurs enfants et petits enfants habitent chez elles) dans leur famille. Pour les secondes, le fait d'accomplir des responsabilités socialement définies comme masculines, par exemple être « chef de la famille », crée les bases d'un affranchissement plausible des contraintes issues de l'asymétrie des rapports de genre dans la sexualité. Selon Scott (2001), l'entrée prématurée dans « l'âge maternel » est vécue par la jeune fille comme une libération des contraintes de la famille d'origine et comme le passage à « l'âge adulte ». La sortie de cet « âge maternel », lors de la stérilisation, est vécue par les femmes comme une nouvelle émancipation des contraintes liées à la maternité reformulant les liens conjugaux et familiaux. Notre recherche nous permet d'avancer que l'émancipation est vécue aussi par rapport à la « maternité régulée » et au contrôle exercé par le système de santé publique par rapport auquel toute femme en « cycle maternel » et/ou reproductif se retrouve toujours en « observation ».

Si la construction d'une identité maternelle passe notamment par son inscription symbolique dans le corps féminin (ce que les changements opérés par le processus d'humanisation valorisant la « naturalité » des processus d'allaitement, d'accouchement, etc. n'ont fait que renforcer) il n'est pas anodin que le réaménagement de cette identité passe par une expérience corporelle marquante comme la ligature de trompes. Autrement dit, la stérilisation se présente comme l'expérience en miroir inversé de la « maternité régulée » : inscription dans le corps et mise en relation de ce que le dispositif tend à individualiser.

Dans ce sens, « se délier » ne veux pas dire rompre des relations mais les redéfinir à partir d'une autre place. *"Desligarse"*, c'est se « détacher » de sa place, de son rôle social dans une relation spécifique. C'est la valorisation de l'acquittement de *soi*, de ses devoirs relationnels, conjugaux et familiaux, pour les femmes de milieu populaire de Recife.

Devenir une « femme liée » (*ligada*), ligaturée, revêt un caractère rituel et festif pour les femmes, à l'instar de l'accouchement, illustré par les propos qu'elles tiennent quand une stérilisation a été possible: *« Tu l'as faite (la ligature)? C'est quand que tu feras l'inauguration, alors? Avant l'inauguration, le magasin doit être bien fermé* [583]*»*. Cette technique contraceptive n'est peut-être pas leur seul moyen de séparation de la sexualité et de la reproduction mais il s'inscrit dans leur corps, durablement et indépendamment de la volonté des conjoints et des fluctuations des politiques de santé publique. Pour ces femmes, il ne s'agit plus d'appropriation et d'incorporation d'une technique contraceptive exogène mais d'un changement corporel qui s'accompagne d'un revirement de leur identité de genre: se sentir une « femme déliée » (*desligada*) de ses dépendances conjugales et institutionnelles.

[583] Extrait du journal de terrain, Pantanal, Recife, 04/05/06.

Conclusions

Pour conclure nous avons décidé d'effectuer un double décentrage. Celui-ci n'est pas pour nous la perte de vue du « centre », ou la modification de celui-ci, mais bien plutôt, le déplacement de l'endroit à partir duquel on regarde le centre. Autrement dit, il s'agit d'un éloignement de l'œil pour amplifier le champ visuel, pour rendre à notre objet d'étude une profondeur de champ. Ni le regard ni l'objet ne changent, mais seulement la distance permettant de voir des non-vus, de repérer de nouveaux reliefs, d'appréhender la portée des changements dans le domaine de la reproduction humaine, des rapports de genre et des relations familiales, leur caractère local ou global.

Le premier décentrage consiste à observer des processus de construction de l'expérience maternelle dans un autre contexte géo-social, en France contemporaine et chez des femmes de classe moyenne. Néanmoins, il faut préciser que ce décentrage ne prétend pas faire partie du protocole de recherche. Le faible nombre d'entretiens[584], mais surtout la non-tenue d'un programme de recherche similaire à celui effectué dans le Nordeste brésilien, nous découragent de toute tentative de comparaison. Le recueil de données en France s'est fait, en effet, tout au long de la réalisation de cette recherche et il se base sur des observations non-systématisées et sur les propos d'une population non-contrôlée, issue des relations d'interconnaissance de la chercheuse. Il n'en reste pas moins que la vie quotidienne qui se déroule parallèlement à la « vie d'une recherche » apporte des éléments de compréhension à cette dernière. Ainsi, le chemin tracé par une recherche, dont l'approche est compréhensive, est miné d'observations « déplacées » qui servent à « replacer » le propos. En ce sens, ne pas rendre compte de celles-ci consisterait à cacher la portée heuristique d'une partie des éléments qui sont venus éclairer notre objet d'étude. Il s'agira donc de réutiliser les dimensions opérationnelles appliquées à la compréhension de l'expérience de la maternité en milieu populaire à Recife pour l'approximation d'une analyse thématique des expériences rencontrées en France. Le but étant non pas d'étudier ces dernières mais de rendre compte, grâce à elles, de l'articulation particulière entre la régulation du dispositif de santé brésilien et l'expérience maternelle en milieu populaire à Recife.

Il s'agira, par la suite, de revenir aux spécificités brésiliennes. Ce que nous ferons lors du deuxième point de la conclusion. Ainsi, nous reviendrons sur les trois expériences

[584] Moins de 10 entretiens ont été effectués avec des femmes en France et plusieurs données présentées ici sont issues de discussions informelles. Nous n'avons pas réalisé d'entretiens avec des professionnels de santé.

de femmes brésiliennes de milieu populaire urbain que nous avons saisi comme étant des expériences « périphériques » de la maternité régulée – l'avortement, la stérilisation féminine et la mort de l'enfant - mais du point de vue du dispositif. Il s'agira de comprendre quelles sont les significations qui font que ces expériences en marquent les limites. S'agit-il de « survivances » ou de « résistances » d'un type de rapport au pouvoir ? Peut-on établir une comparaison entre la France et le Brésil, en utilisant les mêmes paramètres pour chaque contexte ? N'aurions-nous pas à gagner si l'on réinsérait le contexte brésilien dans ses propres processus historiques et sociaux, afin de ne pas tomber dans une vision euro-centrée du rapport des individus au dispositif ? De même, nous devrions revenir sur ce qu'est un « individu » et ce qu'est « le dispositif » au Brésil. Ces questions nous amèneront à poser l'existence d'un rapport particulier entre le dispositif de santé brésilien et les femmes de milieu populaire, rapport qui ne saurait être ni un calque, ni le contre-type des expériences en France.

Finalement, ce double décentrage nous permettra de mieux saisir les changements plus globaux en ce qui concerne le gouvernement des pratiques reproductives, ainsi que les particularités qu'il prend dans les expériences maternelles que nous avons étudiées, au Brésil. Décentrage, enfin, nous permettant de voir l'horizon de cette « traversée de l'océan ».

I- Une virée en France. Les vécus maternels rencontrés de ce côté de l'océan.

Nous avons « traversé l'océan » à la recherche de l'expérience de la maternité que nous avons perçue comme étant « régulée » dans sa construction, en articulation avec le dispositif de santé publique brésilien. Puis, en tournant un peu le regard, nous nous sommes demandé pourquoi aller chercher si loin, pourquoi ne pas s'arrêter sur des vécus plus proches de la maternité, celles des femmes rencontrées dans la vie quotidienne de la chercheuse en France. Ce décentrage nous a permis non seulement de mieux saisir les particularités des vécus, des dispositifs et des modes de régulation au Brésil, mais aussi le *modus operandi* global des dispositifs et du gouvernement des corps en ce qui concerne la normativité autour de la « mise au monde » et de la

« sollicitude ». En effet, plusieurs points communs entre les deux contextes que nous croyions complètement divergents sont peu à peu apparus.

Les femmes rencontrées en France sont toutes issues des « classes moyennes ». Elles avaient toutes plus de bac+2 et elles habitaient toutes dans les centres de villes moyennes (Toulouse et Bordeaux). Elles étaient toutes en couple, et dans un seul cas le conjoint n'était pas le père biologique des enfants. Elles travaillaient dans des domaines divers : employées du service public, assistante sociale, dans la restauration, le milieu associatif ou dans le spectacle et les arts. Si leurs catégories socioprofessionnelles sont diverses ainsi que leur revenu, elles partagent toutes un certain capital symbolique et culturel du fait, entre autres, de leur niveau d'instruction.

Elles avaient entre 28 et 35 ans et elles avaient eu leur premier enfant entre 28 et 33 ans, en correspondance avec l'âge moyen de la première grossesse qui était de 29 ans en 2007 en France Métropolitaine[585]. Le premier point de distinction avec les femmes de milieu populaire à Recife réside précisément dans la construction de cette première grossesse. Tel que nous l'avons dit, de l'autre côté de l'océan, la survenue de ces premières grossesses apparaît sous la forme d'un *« accident planifié »* et sur la base d'une *« assignation diffuse »* ; alors que les femmes en France étaient *« prêtes »* et *« préparées »* au moment où elles ont décidé de tomber enceintes et que *« l'assignation »* à la maternité semble concrétisée par l'approche de l'âge « limite » biologique qu'elles éprouvent comme une véritable frontière et situent autour des 35 ans. Celle-ci apparaît alors comme une *assignation plus concrète* par la matérialisation d'une frontière biologique que celle opérant en milieu populaire dans le Nordeste brésilien.

Il est intéressant de remarquer comment l'âge est mobilisé différemment dans les deux contextes dans la construction des risques. Si, au Brésil, l'épidémiologie du risque a fait des maternités à l'adolescence l'axe central de l'intervention, en France, le problème est posé par l'âge de plus en plus tardif des femmes enceintes, la proportion de femmes enceintes de plus de 35 ans étant passée de 12,5% en 1995 à 16% en 2003[586].

[585] Source : Insee., 2007.
[586] Source : Insee, 2007.

La *norme procréative* (Bajos et Ferrand, 2006, 2007), qui prescrit l'enfant totalement planifié, trouve son effectivité chez des femmes qui travaillent, font des études, en somme, chez celles qui ont des « assignations » autres et qui occupent des places sociales différentes que celle de la maternité. Ainsi, Véronique, 29 ans, avait discuté avec son conjoint de la possibilité d'avoir un enfant, mais cela dépendait de sa carrière professionnelle : *« On s'était posé la question (d'avoir un enfant) mais après il y avait quelque chose qui me tenait vraiment à cœur et c'était d'être vraiment établie professionnellement. Parce qu'en fait, je n'ai fini mes études qu'en 2003, donc quand j'étais étudiante il n'en était pas question ; et après, au départ, j'avais un contrat précaire et je ne voulais pas le faire dans ces conditions-là. Je voulais être sûre d'avoir un contrat long (à long terme), d'avoir un congé maternité, et, bien sûr, de travailler après la naissance. C'était ça aussi : pouvoir m'épanouir sur un plan professionnel, avant d'avoir un bébé parce que ça change pas mal de choses*[587] *»*.

Dans la double négation du modèle de Bourdieu, selon lequel *« avoir un enfant »* c'est *« ne pas vouloir ne pas en avoir »* (Bourdieu et Darbel, 1966), la première négation (ne pas vouloir) doit manifester un renversement d'autant plus fort que la deuxième négation (ne pas en avoir) était déjà très ancrée chez des femmes ayant intégré des pratiques contraceptives depuis longtemps. En effet, et contrairement à notre population d'étude, les femmes rencontrées en France utilisaient toutes de manière régulière des moyens contraceptifs avant de *« ne pas vouloir ne pas en avoir »*. Rappelons qu'en 2000, 74% des femmes entre 20 et 44 ans utilisaient une méthode contraceptive « moderne » en France[588], dont la plus utilisée était la pilule (45%), suivie du stérilet (14%) puis du préservatif (7%). Leridon (2002) remarque une certaine homogénéisation sociale dans l'utilisation des méthodes contraceptives par rapport aux niveaux de revenu et d'études, contrairement au Brésil, tel que nous l'avons vu ci-dessus. *« Ne pas en avoir »* jusqu'à un certain âge se révèle en France le revers, tout aussi normatif, du fait d'avoir un enfant avant 20 ans au Brésil populaire et urbain. Eva, qui avait 31 ans et deux enfants, s'est dite soulagée lorsque nous parlions des grossesses tardives : *« Je sais que si je n'avais pas été en République Dominicaine,* (où elle a connu son conjoint), *je n'aurais pas d'enfants aujourd'hui* [589]*»*. Dans les deux contextes la *norme procréative* délimite l'âge adéquat pour entrer dans le cycle

[587] Entretien avec Véronique, Bordeaux, 27/10/07.

[588] Rappelons que ce chiffre est très proche de celui du Brésil où 77% des femmes entre 15 et 49 ans utilisaient un moyen contraceptif en 2006. Source : INED

[589] Eva, Toulouse, 10/07/09.

maternel, mais en contexte français celle-ci semble couvrir un surinvestissement individuel dans l'*intention de rationalité* (Bourdieu et Darbel, 1966), à travers un contrôle assidu de la contraception.

Cependant, la démarche purement rationnelle qui informe la décision de « faire » un enfant trouve ses limites dans ce qui nous est apparu comme un besoin *d'accidentalité subjective*, construit *a posteriori* de l'engendrement. Nous avons observé une certaine nécessité de sortir du discours du contrôle de la fécondité, et de dire, même dans des cas où l'enfant a été planifié, que *« ça a été une surprise »*. Alors que Boltanski (2004, 148) a bien indiqué comment le registre de l'accidentalité joue dans les arrangements qui amènent à des avortements, celui-ci opère aussi, même si de manière différente, dans les arrangements de confirmation de « l'être de parole ». Dans le Brésil populaire, l'accident survient sur la base d'une « assignation diffuse » comme un « accident planifié » (Scott, 2001, 62) en amont du « projet d'enfant ». Chez les femmes rencontrées en France, l'accident est reconstitué en aval du « projet d'enfant » dans le but de réduire le poids de la planification. Véronique poursuit: *« On pensait qu'on était prêts à avoir un enfant. Donc on s'est lancé. Mais on pensait…parce qu'on te dit souvent que ça ne marche pas tout de suite. En moyenne 6 mois, un an en fait. Donc, on s'est dit : « c'est bon, donc, on essaye maintenant et on a un an. Sauf qu'en fait, je suis tombé enceinte le mois d'après, donc on était hyper heureux mais ça a été une surprise aussi parce qu'on n'avait pas prévu que ça marche si vite. Donc, là c'était un peu le choc, on a eu un petit coup de speed finalement* [590]*»*. La disjonction entre le temps programmé et la précipitation temporelle de l'engendrement vient nuancer l'idée d'une planification parfaite dans la construction de l'expérience maternelle. Il s'agirait de ne pas concevoir le « projet » d'enfant comme une projection purement rationnelle et dans l'ordre objectif, mais de laisser une place à « l'imprévu » comme expérience d'un bouleversement ontologique.

Il y a donc une certaine étendue globalisée de ce que Bajos et Ferrand appellent *« la norme procréative contemporaine »* qui impose un cadre temporel légitime pour l'entrée dans le cycle maternel. Ce cadre temporel délimité juxtapose les capacités sociales de la maternité à celles biologiques et reproductives des femmes, elles-mêmes construites très souvent en calque avec des définitions juridiques et sociales de l'âge « adulte ». La norme du *« ni trop tôt, ni trop tard »* semble traverser les océans en marquant ainsi une des régulations en matière de santé publique et reproductive que les

[590] Entretien avec Véronique, Bordeaux, 27/10/07.

États nationaux suivent comme grille d'intervention. Dans cette grille, la notion de *risque* vient tracer des frontières, chez les femmes « trop jeunes » des milieux populaires au Brésil ou chez celles « trop vieilles » des classes moyennes françaises. Ce constat vient minimiser les différences entre les femmes des deux pays concernant les conditions du *choix* face à la *norme*. Nous pourrions voir les femmes de milieu populaire brésilien comme des victimes de l'« assignation diffuse » les faisant entrer très jeunes dans le cycle maternel ; mais le cadre des femmes des classes moyennes en France n'est pas différent. Le « libre choix » harangué par le féminisme des années 70 sous le slogan : *« un enfant quand je veux, si je veux »* ne semble pas avoir eu une emprise normative sur les expériences féminines. La « génération du désir », tel que Knibiehler appelle le rapport à la maternité qu'entretiennent les femmes de la génération des années 1980, *« s'efforce de mettre l'héritage* (de la « génération du refus » des années 70) *en valeur tout en découvrant ses limites* » (1997 : 255). Si pour Knibiehler ces limites sont données par le « désir » ; nous complétons avec l'idée que ces désirs se construisent à l'intérieur d'assignations normatives. Dans ce sens, le choix d'être mère ne peut pas être délié d'autres sources « d'assignation » et de possibilités de « réalisation de soi » en tant qu'adulte, telles que la formation et la profession. Celles-ci repoussent dans le temps – sans l'effacer – l'assignation à la maternité qui reste très ancrée aussi chez les femmes françaises que nous avons rencontrées. La conciliation entre vie professionnelle et maternité est, chez celles-ci, une norme très fortement ancrée et une épreuve souvent très difficile à accomplir (Vandelac, 1995). Ainsi, et tel que le rappelle Hervé Levilain (2008), travaillant sur les « maternités tardives » en France, l'engendrement est une « épreuve temporalisée » car il est inscrit dans « un cadre temporel » et suppose *« des négociations plus ou moins longues, s'opérant elles-mêmes dans un horizon temporel borné par le droit dans le cas d'une conception non programmée (délai légal de l'IVG) et, plus généralement, par l'inégalité sexuée des différences de calendrier de fécondité masculin et féminin »*.

La *norme procréative* pousse à la programmation rationnelle des naissances mais aussi à sa traduction dans le langage du « désir ». Selon Bajos et Ferrand, la diffusion des techniques contraceptives a stigmatisé les grossesses non-prévues, ainsi que les enfants nés sans pères, notamment en France où l'avortement est légal. Les accidents contraceptifs, ainsi que les événements qui peuvent succéder à cet « accident », tel que l'avortement ou l'abandon d'enfant, constituent les marges non pas de la société, mais

de l'*humanité*. Nous reviendrons sur cette question ; pour l'instant, reconsidérons la question de la programmation, du projet et du désir.
Nous observons dans les deux contextes l'avènement d'un gouvernement sur la vie qui se base de plus en plus sur l'accord des comportements avec une logique par « projets ». C'est l'expansionnisme de la *« cité par projet »* dans des sphères de la vie reproductive, tel que l'expose Luc Boltanski dans son travail sur l'engendrement. Cependant, le contexte brésilien montre que ces cités ne se construisent pas toutes seules, et donc l'emprise des dispositifs de régulation sur la construction de cette *cité par projet*. Les expériences de la maternité régulée au Brésil sont éclairantes quant à la participation active du dispositif de santé publique dans le processus de construction des projets d'enfants chez les femmes, notamment au moment de la grossesse.

Revenons sur ce projet d'enfant qui en milieu populaire à Recife, devient la cible d'un dispositif de santé publique dont le but est de le modeler au plus près l'individualité (corporelle) de la femme. En France, chez les femmes rencontrées, il semble être le produit d'une négociation du couple, et il se présente comme un *« projet parental »*. Dans ce sens, nous confirmons le modèle idéal-typique des arrangements symboliques dans l'engendrement proposé par Boltanski. L'emprise du couple parental semble si forte dans la viabilité et la légitimation d'une grossesse que nous avons rencontré des cas des grossesses non-prévues mais ayant été légitimées par le fait d'être « en couple » : *« je ne pouvais pas avorter »* parce que *« j'étais en couple (…) on en aurait eu un (enfant) de toutes façons un peu plus tard* [591] *»*. C'est effectivement l'instance parentale qui pré-confirme l'enfant à naître, laquelle, par le fait d'engager deux personnes (*a priori* les deux géniteurs), acquiert le caractère supra-individuel nécessaire à la confirmation.

Nous voyons bien là une différence avec la manière dont se fait la confirmation de l'enfant à naître en milieu populaire à Recife, où le projet d'enfant se réalise en dehors du « couple parental » mais par rapport à la projection d'un « couple conjugal » et dans la trame de relations du réseau de la femme. Il est nécessaire d'inclure ces différentes confirmations dans les processus plus profonds de changement au sein des relations familiales, tant au Brésil populaire qu'en France. Que « le projet » se présente ici comme « parental » ne veut pas dire qu'il soit le fruit d'un arrangement familial « conjugal » voué à durer. Le projet parental n'est en aucune mesure un arrangement

[591] Entretien avec Justine, 34 ans, Toulouse, 15/10/2007.

avec la « famille nucléaire ». Si elle peut durer davantage comme forme sociale, notamment lors des moments de grossesse, naissance et petite-enfance, ce qui prime c'est la relative indépendance des relations entre-elles. L'union conjugale et l'union parentale se délient et deviennent indépendantes l'une de l'autre (Le Gall et Bettahar, 2001 ; Godelier, 2004 ; Welzer-Lang, 2007). Chaque parent est lié à l'enfant de manière particulière et ce lien est autonomisé vis-à-vis du lien conjugal qui peut même ne pas exister (Fine, 2001). D'ailleurs, nous pourrions voir une grande différence dans les deux contextes en termes d'emprise du couple sur le projet d'enfant. Si en France, les arrangements pour viabiliser la venue d'un enfant doivent comporter, dans les couples hétérosexuels, la présence d'un coparent, un père qui participe au projet ; au Brésil, l'arrangement se fait par la présence d'un « conjoint », un homme qui soit en union avec la femme. Ainsi, ce n'est pas que les hommes brésiliens soient « absents » mais ils participent différemment dans les arrangements symboliques des femmes. Pour le dire simplement, il ne leur faut pas un « père », il leur faut un « mari »[592].

En ce sens l'arrangement en réseau du « projet d'enfant » en milieu populaire à Recife s'apparente à celui du « projet parental » vu par Boltanski, car ce qui y prime, ce sont les liens liés entre des acteurs individuels et non pas un ordre d'intégration de l'enfant à un groupe défini *a priori*. Chaque personne du réseau s'accommodant à accomplir des tâches spécifiques de la sollicitude. Le modèle individuel « par projet » est aussi le même dans les deux contextes. Expliquons-nous. D'abord, c'est dans les corps des femmes que l'arrangement par « projet d'enfant » se réalise. Si la confirmation de l'enfant se fait dans un cas *a posteriori* (en milieu populaire à Recife) et par le biais de la sollicitation individuelle faite à la femme pour qu'elle devienne « mère », dans l'autre cas elle intervient généralement en aval de l'engendrement ; dans les deux, le « projet » se présente comme le produit d'un travail d'« individualisation du projet », lequel peut être fait avant ou après l'engendrement. Boltanski rapporte en France, ce projet comme étant *« le rempart contre la fragmentation »* et la *« recherche d'une vie plus authentique »* (Boltanski, 2004 : 141) dans un monde de *« projets à courts termes »* et d'engagements de courte durée. Nous pouvons donc suggérer que la construction du « projet d'enfant » apparaît d'autant plus fortement vitale pour les femmes brésiliennes de milieu populaire, comme l'issue à l'« accomplissement de soi » face à l'impossibilité de se réaliser dans d'autres « projets ». C'est ce que nous

[592] Je remercie Nathalie Chauvac pour son observation très pertinente selon laquelle les hommes n'étaient pas absents de ma recherche car les femmes « n'arrêtent pas de parler d'eux ».

avons appelé « l'assignation diffuse » à la maternité. À cette logique sociale s'oppose le rappel à la norme procréative, qui dit *« ait un enfant quand tu veux, mais pas trop tôt »*. La projection de la sanction sociale dérivant d'une grossesse non-prévue, ainsi que la désignation rapide par le dispositif de santé publique, et la sollicitation de la femme pour la survie de l'enfant, contribuent à forger le projet individualisé. Réseau et projets coopèrent de manière réciproque. Tel que le signalent Boltanski et Chiapello (1999), le projet est le corollaire du réseau, c'est son *« activateur »*. Le réseau est activé par « le projet » en mettant en relation des sujets du réseau de manière ponctuelle, et cette toile de relations, bien que désactivée une fois le projet « mené à terme » servira comme base pour de futurs projets. Deux caractéristiques émergent de ces « projets », visibles notamment en milieu populaire au Brésil, où la fragmentation sociale est plus aigüe. Les projets d'enfants sont à la fois une production « individuelle » et « connexionniste ».

Regardons en France comment se construit l'expérience de la grossesse et du prénatal et comment participe, s'il le fait, le dispositif de santé dans le passage de l'assignation à la sollicitation puis à l'enrôlement, tel qu'il le fait auprès des femmes de Recife. Si chez ces dernières la désignation de la grossesse est généralement médiatisée par le dispositif de santé avant que le projet d'enfant soit construit, chez les femmes en France s'opère plutôt une « auto-confirmation » qui s'appuie néanmoins sur la confirmation d'un « autre », issu notamment de la sphère médicale. Par l'utilisation d'artefacts de médiation (le test de grossesse pharmaceutique, le test biologique au laboratoire, les échographies) la confirmation cherche à effacer la présence des autres et à donner l'impression d'une auto-confirmation individuelle. Le cas de Véronique en est illustratif : « *En fait, j'ai eu un retardement, donc, je suis allée acheter un test en pharmacie. Alors j'ai fait un premier test (…) ça a donné négatif, donc j'étais déçue, parce que pensais... donc, c'était négatif, et je me suis dit: 'bon, ce n'est pas pour ce mois-ci'. Sauf que je n'avais toujours pas mes règles; alors une semaine après j'ai confirmé, et là j'étais enceinte. Mais après, pour confirmer après mon test, je suis allée tout de suite après dans un laboratoire d'analyse, faire une prise de sang, justement pour avoir la confirmation. Parce que justement, une semaine avant le test donnait négatif... j'ai fait l'analyse de sang et le soir même j'avais les résultats, donc je savais que c'était bon* ». En France, par exemple, lorsqu'une femme est enceinte, elle doit réaliser une « déclaration de grossesse » à la Caisse d'Allocations Familiales avant la fin du troisième mois. Ici, l'« auto-désignation » s'accompagne d'une technique gouvernementale qui relève d'une

logique compensatoire où l'incitation dérive du calcul des allocations et autres prérogatives (droits sociaux, congés maternels, etc.). L'auto-désignation semble assez incorporée. Si la déclaration de grossesse n'est pas obligatoire légalement, le pourcentage de femmes qui ne déclarent pas leur grossesse reste très faible (0,5%) et généralement ce sont des femmes étrangères[593].

En France, la construction des perceptions des « risques » et du « bien-être » gravidique semblent s'appuyer davantage sur les femmes elles-mêmes que sur le dispositif de santé, et être constitutive d'un jeu de *« l'offre et de la demande »* (Jacques, 2007) face aux sentiments de « risque ». Tel que le dit Justine : *« toutes les choses qu'on m'a proposées, je les ai faites »* en parlant des échographies et dépistages d'hépatite B et trisomie 21. Si la catégorie de « risque » au Brésil est d'abord celle qui organise le champ d'action médical et sanitaire en distribuant les grossesses, en France elle apparaît davantage comme une modalité de la « maîtrise de soi » de la femme enceinte. Autrement dit, *« une qualification culturelle essentielle faisant partie du métier de parents »* (Jacques, 2005 : 23) où le corps médical propose et la femme se doit d'accepter. Dans les deux contextes, il s'agit bien de distribuer les femmes et de maîtriser les risques. Ce qui semble changer est la technique et les conditions d'application de cette distribution.

À l'instar de l' « auto-désignation », l'offre en matière de technologie médicale, dont celle applicable au domaine du « risque», n'est pas imposée par la délimitation et la désignation d'appartenance à un groupe de risques, mais bien par l'auto-désignation de la femme comme appartenant à ce groupe de risques. Supposée avoir les informations médicales ainsi que le sentiment d'être en dehors des normes médicales (par exemple, lorsqu'elle a plus de 38 ans, ou trop de poids, ou lorsqu'elle fume) elle doit être capable de s'auto-maîtriser et de se auto-désigner comme *« mère à risque »*. Les femmes en France qui présentent des facteurs de risque lors de leur grossesse ne sont pas pour autant groupées dans une catégorie. Le traitement du risque est entièrement individuel. Si, au Brésil, les femmes relèvent individuellement de cette catégorie, ceci est vécu comme une désignation par le dispositif de santé plus que comme un état individuel. Les femmes se disent *« mère à risque »* ; ainsi de cette nomination collective peut surgir plus facilement un questionnement politique de cette

[593] Source : *Études et résultats*, n. 552, Janvier 2007 « Disparités sociales et surveillance de grossesse », DRESS/INSERM. Données de l'Enquête Nationale Périnatale, 2003.

catégorisation ou du traitement qui lui est lié. En France et dans les couches moyennes, l'appartenance à la « catégorie du risque » ne se vit pas de manière collective, mais en rapport avec une pathologie ou une caractéristique spécifique de la grossesse. Nous sommes en France face à ce que Dominique Memmi appelle une *« biopolitique déléguée »* au sujet, qui devient le seul responsable de la *« gestion rationnelle de (son) corps »* (Memmi, 2004 : 137).

En dehors de l'idée d'un État centralisateur et omnipotent, les politiques et les actions en matière de santé tendent à être de plus en plus déléguées aux individus. C'est à l'individu de se prendre en charge. À cette fin, les femmes reçoivent de l'État un *« Guide de surveillance médicale mère et nourrisson »,* avec les examens obligatoires et le détail des démarches à suivre. L'effectivité de cette *surveillance subjective* est surprenante quand on la compare aux données du Brésil. En 2003, en France métropolitaine, 18% des femmes enceintes avaient fait sept consultations du prénatal, 44% des femmes avaient effectué entre huit et neuf consultations et 28% en avaient réalisé dix[594]. Cette même année, seules 9% des femmes avaient réalisé moins de sept ou aucune consultation du prénatal. Au Brésil en 2006[595], le double de femmes (18%) avaient réalisé moins de cinq ou aucune consultations. La *« sanitarisation de la perception interne »* semble accomplie chez les femmes françaises rencontrées, et elle est mise en lumière par la concordance avec les registres du « risque » et du « bien-être » où femme et système de santé s'accordent. En France, l'assiduité aux consultations prénatales relève de la responsabilité de la femme, laquelle ne reçoit pas de visites domiciliaires mensuelles d'acteurs du dispositif de santé, tel que les femmes de milieu populaire à Recife. Cependant, le fait d'assumer cette responsabilité est souvent vécu difficilement du fait qu'elles disent se sentir *« dépassées »* par l'ensemble d'informations et de connaissances médicales. Justine nous dit par exemple que lors des consultations prénatales *« le médecin ne lui expliquait rien »* ou *« il était hyper technique », « hyper froid »,* alors il ne lui restait qu' *« acquiescer »* aux propositions du médecin. Elle subjectivise la teneur de ces interactions en ajoutant : *« je ne suis pas de ces femmes qui demandent tout, qui veulent tout savoir, qui sont actives* [596]*»*. Elle ressent l'injonction à devenir une patiente active. Dans ce sens, nous voyons bien, que le « gouvernement par la parole » n'est pas plus opérant en France et

[594] Source : Enquête nationale périnatale 2003, INSERM, DREES, DGS.
[595] Source : PNDS/2006.
[596] Entretien Justine, Toulouse, 15/09/07.

chez des femmes de classe moyenne qu'en milieu populaire au Brésil. Encore une fois, nous sommes d'accord avec Dominique Memmi (2004 : 142) sur le fait que ce dispositif est plus officiel qu'opérant. La mise en parole du corps par le patient est plus une *« ambition »* institutionnelle, que *« la systématisation de sa mise en pratique »*.

La mise en parole du corps gravidique s'effectue au Brésil, comme en France, davantage dans le réseau de connaissances de la femme qu'avec les professionnels de santé. Véronique nous dit : *« Illico, je me suis lancée dans toutes les revues « ngiam-ngiam » sur les bébés...'9 mois', 'Parents', etc, donc, j'avais la collection… et après je crois qu'il y a la transmission aussi, ma mère, ma belle-mère... je leur ai posé des questions aussi...parce que finalement il n'y avait qu'elles qui pouvaient me répondre. Sur l'arrivée des enfants, après surtout sur la peur de l'accouchement, tu vois, comment tu sais que c'est le moment que ça va arriver, qu'est-ce qui se passe, comment ça se passe, est-ce que c'est douloureux ?*[597] ». La présence et la place des ACS dans les réseaux des femmes de milieu populaire à Recife produit un phénomène d'encastrement entre le dispositif de santé publique et les familles, alors qu'en France, l'expérience médicale et celle « profane » de la transmission semblent plus écartelées, il revient au patient-sujet d'effectuer la transversalité.

Dans l'individualisation des expériences ainsi que dans leur nécessaire mise en « connexion » le dispositif de santé publique incorpore divers moyens de régulation. Ce sont des techniques, des objets, des idées, des écrits, des notions, des modes de faire, des valeurs, etc. que nous trouvons tant au Brésil qu'en France. Le corps gravidique est normalisé par deux éléments du dispositif qui sont le « risque » et le « bien-être ». Nous employons le terme « éléments », faute de mieux, pour décrire deux ensembles hétérogènes de notions, de mesures, de disciplines, et des actions spécifiques, ainsi qu'une technologie appropriée. Le risque apparaît comme un des moyens de contrôle des États non-disciplinaires, où le contrôle devient plutôt *gestion* des risques individuels. De même, dans les deux pays l'univers épidémiologique du « bien-être » devient la normativité contemporaine du *rapport au soi corporel* et cela notamment dans la sphère de la santé reproductive. Tel qu'on l'a dit ci-dessus, il s'agit d'une incorporation par les sujets concernés des normes médicales et sanitaires appartenant à ces deux éléments, que sont le risque et le bien-être, qui agissent dans la

[597] Entretien avec Véronique, Bordeaux, 27/10/07.

médiation du *rapport au soi corporel*, provoquant une « médicalisation » et/ou une « sanitarisation » de la perception interne.

L'autocontrôle individuel est le revers de la *« biopolitique déléguée »* des dispositifs de santé publique, tant en France qu'au Brésil, de telle sorte que, dans le domaine de la procréation, les femmes-sujettes deviennent de plus en plus responsables d'elles-mêmes mais aussi de l'enfant, du fait de l'incorporation de la *sollicitude*.

Cette *« biopolitique déléguée »* cadre parfaitement avec la logique économique qui suit le dispositif de santé publique concernant son intervention. Dans ce sens, plusieurs actions sont menées comme la correction qui survient lors des écarts trop grands à la norme ou l'émergence de l' « accompagnement » comme modalité d'intervention. L'intervention s'autolimite elle-même concédant plus de liberté individuelle ainsi que les conditions d'exercice de ces libertés, donc des nouvelles formes de régulation des expériences. En effet, il y a entre le « processus de civilisation » et le « processus de normalisation » une *« tension irréductible »* (Dozon, 2001 : 43) car, pour le dire en termes foucaldiens, *là où il y a plus de liberté il y a plus de pouvoirs.*

La préparation à l'accouchement fait partie des obligations que les femmes enceintes doivent assumer. Elles doivent arriver préparées à l'hôpital, pour pouvoir « travailler » avec les professionnels de santé, et ainsi être actives lors de leurs accouchements. L'événement de la naissance devient, en France, un « projet » individuel *en soi* non seulement par la planification de la technologie médicale utilisée, des personnes du réseau présentes et de la maternité où accoucher mais aussi de la position corporelle (à genoux, debout, etc), du « milieu » (dans l'eau, à la maison) et d'autres éléments (musique, homéopathie, massages, etc) qui feront de chaque accouchement un *« événement unique »* et les femmes de s'exclamer *« mon accouchement à moi* [598]*»*. La construction du « projet » se hisse comme la seule issue individuelle face à la standardisation médicale de la naissance et de l'accouchement, mais elle se fait dans la négociation avec les normes médicales dans la gestion des risques. En outre les accouchements les moins médicalisés comme ceux à domicile sont généralement

[598] Propos recueillis sur divers sites internet destinés aux femmes enceintes.

effectués par des femmes *« très au fait des innovations médicales »*, tel que le remarque Béatrice Jacques[599] (2007 : 163).

De manière générale, les femmes en France ont la possibilité de mieux préparer leur accouchement. L'enquête de 2003 citée ci-dessus, montre que 0,4% des femmes ayant accouché cette année-là ont dû changer de maternité en raison du manque de places et conclut que *« les femmes ont rarement déclaré de difficultés pour trouver une maternité* [600]*»*. L'hôpital où elles accoucheront dépend généralement du gynécologue-obstétricien qui les a suivies pendant le prénatal, c'est là aussi qu'elles ont suivi la « préparation » à l'accouchement. C'est dans ce cadre qu'elles prendront plusieurs décisions en amont du moment critique de l'accouchement, ce que l'organisation du dispositif brésilien ne permet pas et dérive très souvent sur les pérégrinations des femmes entre les institutions et les décisions autoritaires des professionnels de santé. *« C'est eux qui m'ont proposé tout ce que je voulais faire, ils te demandent bien avant... au cours de la grossesse...si tu veux accoucher naturellement ou avec la péridurale...voilà, je ne suis pas une fana de la douleur, donc, si ça peut faire le moins mal possible je prends... (Rires)*[601] *»*. D'ailleurs, en France il est de plus en plus courant que les parents rédigent un « projet de naissance », indiquant point par point leurs souhaits concernant le déroulement de l'accouchement, certains hôpitaux proposant même une lettre standardisée à cette fin. La « cité par projet » semble ne pas s'arrêter au « projet d'enfant » mais fait de l'accouchement et la naissance un événement « projet ».

C'est le cas des césariennes en France. Lorsqu'il n'y a pas de nécessité médicale, les femmes peuvent néanmoins prendre la décision d'accoucher par césarienne ; c'est ce qu'on appelle « la césarienne de convenance », contre laquelle le Collège National de gynécologues-obstétriciens français (CNOG) se bat depuis quelques années, ayant constaté leur forte augmentation. Le nombre de césariennes ne cesse d'augmenter en France, et il serait passé de 10% des accouchements en 1981 à 20% en 2003[602]. Si le nombre de césariennes est faible quand comparé au Brésil, il n'empêche que l'alarme est sonnée, avec le rappel à l'ordre d'un maximum de 10% de césariennes préconisé

[599] La sociologue remarque lors d'un travail ethnographique que, en effet, les femmes ayant recours à l'AAD (accouchement à domicile) sont issues de milieux à fort capital culturel et sont souvent très proches du milieu médical.

[600] *Enquête nationale périnatale 2003*, Inserm, Drees, DGS, conseils généraux, p 19.

[601] Entretien Justine, Toulouse, 15/09/07.

[602] Source *: Enquête nationale Périnatale, 2003*, Ministère des solidarités de la santé et de la famille/ INSERM.

par l'OMS. De plus, selon l'enquête de 2003 cette augmentation est notamment due à l'augmentation du nombre de césariennes avant « travail », c'est-à-dire relevant des décisions en amont de l'accouchement et donc ayant trait à la « convenance » ou à « la demande de la mère ». D'où la nécessaire campagne d'orientation de la future mère laquelle, à la différence du Brésil, se déroule davantage dans le cadre privé de conversations avec le gynécologue. Les recommandations données aux médecins face à une « demande de césarienne » non nécessaire du point de vue médical est celle, encore une fois, de la « mise en parole ». Le médecin doit déceler la « vraie demande » (peurs, traumatisme lié à un accouchement antérieur, etc) derrière une demande de césarienne[603]. Le but de ces échanges est de déboucher sur une « décision partagée » entre médecin et patiente. Lorsque celle-ci n'est pas possible, il reste encore la « clause de conscience » où le médecin achemine le patient vers un collègue. Le but étant de convaincre la femme de l'inutilité d'une césarienne. Donc, malgré cette impression d'emprise de la femme sur la manière dont l'accouchement s'effectuera, il est évident que dès lors que le corps médical considère qu'il existe des « risques » pour l'enfant ou pour la mère, ce sont eux en dernière instance qui prennent les décisions sur la manière dont l'accouchement se déroulera.

Les *« préparations à la naissance »* étaient suivies en 2003 par 66% des femmes primipares et par 24% des femmes multipares[604]. Cet éloignement de la part des femmes expérimentées a aussi été observé au Brésil, lors des consultations du prénatal et des cours sur l'allaitement maternel. Quand le dispositif tend à individualiser chaque grossesse en cas unique, l'expérience des femmes se construit, en opposition, comme un continuum expérientiel qui permet la mise en évaluation des sollicitations sanitaires dirigées aux femmes, dont les cours de préparation à l'accouchement par exemple. *« J'ai eu six cours, six cours, après ce n'était pas... Je n'ai pas trouvé ça très intéressant finalement. Déjà parce qu'il y avait pas mal de personnes, beaucoup de femmes enceintes, et des choses très différentes, beaucoup de femmes qui avaient déjà accouché, ce n'était pas leur première grossesse. Donc, au niveau des questions, ce n'était pas forcément les mêmes questions. Et puis, après oui, ce qui était intéressant c'est, déjà le premier cours, c'est la visite de la maternité, ils t'expliquent tout très bien, et déjà tu sais là où tu vas aller quoi, de te*

[603] Voir à ce sujet l'article écrit par un membre de l'association « Césarine ». S. Heimann « La césarienne sur demande maternelle : quelle est la vraie demande de la mère ? » in *Revue Française de Médecine Périnatale*, n°2, 1, 2010, pp:8-11

[604] Source : Enquête nationale périnatale 2003, Inserm, Drees, DGS, conseils généraux.

projeter le jour J [605] *»*. Un des avantages de cette « préparation » est de connaître le service où la femme a décidé d'accoucher, ce qui explique qu'elle soit suivie par la plupart des femmes primipares, celles qui se disent généralement les plus anxieuses face à l'événement de la naissance et ayant besoin de cet entraînement. Cependant il est notable de constater que ce « moment fort » de l'expérience est justement celui où la femme se sent la moins maîtresse de ses actions : *« sur le moment tu penses à rien, tu penses à rien de ce qu'on t'a dit...*[606]*»*.

La visée de construction d'une patiente-active trouve ses limites dans la mise en pratique du dispositif. Le moment du travail d'accouchement est vécu aussi par les femmes françaises comme un moment critique, surtout chez les primipares qui, à l'instar des femmes de Recife, se rendent souvent dans les maternités avant le moment médicalement établi comme étant propice à l'accouchement. « *Parce qu'ils te disent 'ça vaut de rien de venir à la maternité avant le processus', donc, bon, je me disais 'ce n'est pas encore ça'. Donc, ça a commencé vers minuit, tu vois, puis là à six heures du matin, quand-même je commençais à avoir vraiment mal au ventre, ça commençait à être vraiment douloureux, je contrôlais mais ce n'était pas toutes les dix minutes. Donc à six heures du matin, j'ai dit à Laurent 'je vais quand même appeler la maternité, pour leur dire'.. avant que tu partes travailler, comme ça on sait si je dois y aller ou pas...' Alors j'appelle, et elle n'était pas très convaincue mais elle m'a dit 'venez quand-même', on va vérifier*[607] *»*. La différence entre les femmes de milieu populaire brésilien et les femmes françaises rencontrées vient moins des appréhensions « irrationnelles » que les premières auraient aux yeux des professionnels de santé que des véritables conditions d'accueil des maternités publiques et de la connaissance de celles-ci de la part des Brésiliennes.

De même qu'au Brésil, le cadre hospitalier de la naissance tend à la standardisation des procédures, à l'hygiénisation des espaces et à l'organisation rationnalisée du temps. Il se hisse comme un bâtiment solide, dont l'approche par les expériences permet néanmoins de voir les fêlures, les contre-rythmes, en somme, les modulations expérientielles des femmes. Tel que nous dit Véronique : « *Alors, j'avais mal au ventre, mais j'imaginais que les contractions c'était beaucoup plus douloureux que ça, donc je pensais pas du tout que j'avais pas de contractions; et surtout après dans les cours d'accouchement, à la maternité, on t'explique que le jour où tu accouches qu'il faut compter*

[605] Entretien avec Véronique, Bordeaux, 27/10/07.
[606] Propos de Valérie, Toulouse, 12/ 09/07.
[607] Entretien avec Véronique, Bordeaux, 27/10/07.

les contractions, et il faut que tu en aies toutes les dix minutes pendant une heure consécutive pour que ça soit le début de l'accouchement. Donc je contrôlais ; sauf que moi, je n'avais pas les contractions toutes les dix minutes, c'était tous les quart d'heures, donc j'attendais... [608]*»*. Ces modulations temporelles de l'expérience de l'accouchement s'inscrivent dans une auto-perception du corps subjectivé, de même que chez les femmes brésiliennes, où les rythmes, les douleurs et les sensations sont mis en exergue face à la temporalité médicale et hospitalière. La différence entre les femmes de milieu populaire brésilien et les femmes de classe moyenne françaises semble se situer davantage dans la maîtrise qu'ont ces dernières de la langue commune avec le dispositif de santé. Si ce dernier est en demande de propos subjectivés sur le corps, il faut néanmoins pouvoir les traduire dans le langage épidémiologique de « l'humanisation ». C'est ce que Dominique Memmi constatait en France selon une grille d'analyse bourdieusienne : le fait que souvent ce sont les femmes de classe moyenne les seules interlocutrices aptes aux « récits du corps » demandés par les institutions. Ainsi, les professionnels de santé au Brésil voient souvent des préjugés culturels, des ignorances sur leur propre corps, des peurs et des problèmes psychologiques, là où de fait il n'y a pas un langage commun pour dire le corps.

Concernant le séjour dans les maternités françaises, plusieurs aspects le distinguent des expériences de passage par ces institutions vécues par les femmes brésiliennes. La première est le temps du séjour. Beaucoup plus long en France, il permet la socialisation aux tâches de maternage chez les primipares, alors qu'au Brésil, ce travail revient notamment aux ACS dans les quartiers et chez les femmes. La deuxième différence est celle de la distribution spatiale des femmes. Beaucoup moins engorgés que les hôpitaux brésiliens, en même temps qu'ayant plus de ressources, les hôpitaux français disposent généralement de chambres individuelles ou partagées au maximum par deux femmes. Au Brésil, l'urgence et la surpopulation nosocomiale font que les redressements de certaines pratiques de maternage soient souvent vécus plus violemment. En France, le temps plus long d'hospitalisation, le cloisonnement individuel de la femme avec sa famille sont deux moyens qui permettent le travail pédagogique des acteurs institutionnels et qui, par cet agencement même, semble moins évident aux yeux des femmes. Écoutons encore Véronique : « *Ils te montrent tout de suite... C'est une, je crois que c'est une aide-soignante qui vient le premier jour et te montre comment faire le premier bain, elle t'explique le nettoyage du cordon, parce que c'est un peu*

[608] Entretien avec Véronique, Bordeaux, 27/10/07.

dégueu alors…(Rires). C'était une femme qui était super, quoi... et après ce qui est intéressant c'est qu'elle voit, tu sens qu'elle voit si tu te débrouilles ou pas, donc les premiers jours c'est elle qui fait et tu regardes et puis après elle te fait participer et après si elle voit que tu te débrouilles, elle vient et te dit 'bon, vous commencez le truc', et là, elle vient voir comment ça se passe ». Les pratiques orthopédiques dans la pédagogie de la sollicitude peuvent être comparables à celles observées au Brésil ; c'est dans l'institution médicale que la matérialisation de la sollicitude doit être effectuée. Comme le dit B. Jacques, les soins post-couches en milieu hospitalier relèvent d'une *« institutionnalisation totale »* (Jacques, 2007 : 156) et ceci ne change pas du Brésil, où la normalisation des pratiques de maternage devient encore plus urgente du fait d'un temps de séjour à la maternité plus court. Cependant, si le but est le même, la mise en pratique semble différente. En France, les « capacités maternelles » doivent être attestées aptes à s'occuper de l'enfant au moment de la sortie de l'institution (Jacques, 2007 : 157). Au Brésil, malgré le projet humanisant des maternités les propos sur l'accompagnement, le conseil et la participation sont davantage escortés par des techniques autoritaires et sous le ton de l'injonction. Le redressement « doux» revient aux ACS et aux institutions de proximité lesquelles laissent plus d'espace à la négociation et aux ruses de non-adéquation aux normes de la part des femmes.

Généralement, pour les femmes françaises le fait de disposer de salles individuelles est très important, une possibilité exclue de l'horizon des femmes brésiliennes de milieu populaire. « *Ce sont des chambres individuelles, c'est très beau. Tout est bien fait. Et tout est fait pour que tu sois toujours avec ton bébé, donc, si tu veux, tu as ton lit et tu as tout un aménagement pour le bain, le change, donc, tu fais tout sur place... Après l'équipe médicale était très chouette, vachement rassurante, ils t'expliquent plein de choses, tu es pas du tout... tu n'es pas laissée comme ça dans la nature...*[609] *»*. À Recife, les hôpitaux publics n'ont pas l'infrastructure leur permettant de placer les femmes dans des chambres individuelles ; néanmoins, nous avons vu comment d'autres dispositifs, surtout venus avec le mouvement d'humanisation, essayent d'individualiser les patientes en attribuant des noms aux chambres ou en les appelant par leur prénom. Cette individualisation du traitement n'arrivant jamais à son but humanisant du fait même de l'organisation nosocomiale.

[609] Entretien Justine, Toulouse, 15/09/07.

De même, un autre impensé chez les femmes brésiliennes est le fait d'être accompagnées par leur conjoint lors de l'accouchement et du séjour dans la maternité, alors qu'auprès des femmes rencontrées en France ceci est devenu une norme : « *Laurent était là pendant l'accouchement, après par contre il aurait pu rester là pour dormir, il avait le droit ; mais il n'est pas resté parce qu'il travaillait donc...en fait il venait le soir après le travail, et il rentrait après à la maison. En fait, j'ai fait les cours d'accouchement là-bas, et en fait les pères sont conviés aussi aux cours, à visiter la maternité aussi, mais Laurent n'a pas pu venir parce que c'était toujours sur des horaires...pour lui ce n'était pas possible...* [610]». Contrairement au Brésil, où c'est souvent une femme qui accompagne, la présence du père est devenue la norme des accouchements en France, notamment dans les couches moyennes. Béatrice Jacques (2005 :151-156) dresse une typologie des attitudes des pères face à l'accouchement : il y a le « père qui accouche », le « supporteur technicien », le père « spectateur » et « le père empêché ». Si les deux premiers font preuve d'une présence active dans le processus de naissance, les deux derniers ont une présence passive, celle de spectateur, voir inexistante comme le dernier type. Béatrice Jacques explique cette absence par l'interdit culturel du regard du sexe qui accouche et par le fait que l'homme voit la naissance comme relevant exclusivement du domaine féminin. Le fait d'assister à un accouchement serait une transgression. C'est ce type de « pères » que nous pourrions voir en contexte brésilien : un « père empêché », sauf qu'au Brésil, à la norme tacite se juxtapose l'interdiction officielle de présence lors de l'accouchement. La place de l'homme de milieu populaire dans l'hôpital est celle de «visiteur». Elle n'est même pas celle de spectateur pouvant apprécier l'ensemble du processus. Il ne peut être présent qu'à certains moments, ritualisés et publics dans les limites que l'institution lui impose.

La question de l'accompagnement dans les séjours hospitaliers se révèle très intéressante non seulement pour l'analyse des nouvelles modalités d'action dans le travail de prise en charge des institutions mais aussi pour ce qu'elles révèlent des liens familiaux et du réseau. Nous constatons que cette modalité de l'intervention s'impose tant au Brésil qu'en France comme réponse sociale aux problèmes des individus, agissant de manière moins collective qu'individuelle. Nous pourrions croire que la possibilité d'avoir un « accompagnant » extérieur à l'institution signifie que cette dernière se veut ouverte et permet l'articulation de son programme d'action avec d'autres façons de faire et d'autres savoirs concernant l'accouchement. De plus, la

[610] Entretien Véronique, Bordeaux, 27/10/07

question de l'accompagnement s'articule avec celle de l'action et de l'autonomie, demandée aux patients et à leurs proches, au détriment des attitudes d'obéissance et de discipline. Jean Foucart (2008 :114) soutient que *« l'accompagnement se généralise »*. L'institutionnalisation de l'accompagnement semble suivre son cours et elle acquiert des directions improbables comme le développement des disciplines autour de l'accompagnement ou de thérapies de la « présence », tel l'« haptonomie », science des interactions affectives humaines » qui vise la présence « confirmatrice » du père lors du travail d'accouchement et de l'accouchement. Cependant l'institutionnalisation de l'accompagnement comme mode de prise en charge dans le domaine des soins ne relève pas de la complète ouverture de l'institution, car si elle *« se caractérise par la valorisation d'un individu mobile, autonome, devant se créer et créer son réseau.(…) dans un tel modèle, l'individu court le risque d'être confronté à sa propre insuffisance, à la difficulté de construction du lien, à l'intolérable »* (Foucart, 2008 : 115). La force de cette norme, nous l'avons retrouvé tant en France qu'au Brésil, où les femmes se sentent obligées de justifier le fait que le père, ou une autre personne, ne soit pas présent dans l'institution. De plus, ce sont les institutions hospitalières qui désignent les acteurs « aptes » à l'accompagnement, et ceci à partir des normes et valeurs référées aux modalités de relations familiales.

Ainsi, la différence manifeste entre les deux contextes, ce sont les figures que prennent les accompagnants : le « père », en France ; « une femme du réseau » de la mère, dans le Brésil populaire, où la figure de la « mère » de la mère est valorisée. Au-delà du cadrage normatif et d'interdiction dans les deux contextes, l'un prescrivant la présence « du père », l'autre, celle de « la mère de la mère », les deux mettent en lumière l'emprise des dispositifs dans la configuration des relations familiales. En France, la norme de la présence du « père » lors de l'accouchement traduit la prégnance du modèle nucléaire égalitariste de famille à reproduire de manière ritualisée au sein de l'institution. Dans le cas du Nordeste brésilien populaire, les institutions sont dans le double mouvement contradictoire, celui d'une interdiction de la présence des hommes, issue autant de la tradition institutionnelle que des stéréotypes actuels concernant l'homme de milieu populaire, et celui de la promotion de l'accompagnement de la parturiente et de la responsabilisation du « père » de milieu populaire par sa participation à l'accouchement, issue de *l'humanisation*. Finalement, la place de l' « homme » dans le dispositif de santé est marquée par un conflit de significations, à

l'intérieur du dispositif, entre *familialisme désenchanté* et *parentalisme non abouti*. Ces deux modèles, familialiste et parentaliste, constituent l'un pour l'autre leurs limites réciproques. Ainsi, la vision familialiste où la présence du père est indispensable – car il apparaît en tant que spectateur et confirmateur de la dyade mère-enfant – est rendue impossible du fait des réalités familiales de milieu populaire. Inversement, la présence du réseau d'entraide à prédominance féminine est impossible du fait de la persistance de la vision *familialiste* qui oriente la prise en charge des populations de milieu populaire. La valorisation de « la mère de la mère » comme accompagnatrice s'explique par l'arrangement qu'elle permet entre ces deux visions. La position de la « mère de la mère » accompagnatrice se construit aussi dans ce paradoxe du dispositif de santé. On fait appel à elle en tant qu'accompagnatrice, c'est-à-dire, en tant que figure accompagnant le véritable sujet de la maternité qu'est la parturiente. Or, nous avons vu que la maternité en milieu populaire au Brésil n'était pas l'affaire d'un individu autonome, elle se construit elle-même comme une expérience collective, où la « mère de la mère » biologique participera à l'expérience maternelle.

Ainsi l'accompagnement, pouvant être accompli par des professionnels de santé ou par des proches du patient, est l'action caractéristique vers laquelle tendent les dispositifs de santé publique brésiliens et français, de par son articulation entre une individualisation en même temps qu'une mise en réseau de la prise en charge sanitaire. Autrement dit, il y a « un patient individualisé » puis un membre du réseau qui participe de manière périphérique à l'action. Dans le domaine de la naissance et de l'accouchement, ceci abouti à une centration sur l'individualité de la parturiente, et à un effacement d'autres personnes participant à la naissance en tant que véritables acteurs de celle-ci. Ici, le rituel de l'accouchement comme acte inaugural et légitimant de la filiation (Iacub, 2004) vient confirmer la centralité de la figure de la parturiente ; dont les conséquences seraient celles de la biologisation de la filiation et de l'effacement du caractère relationnel de celle-ci, ainsi que du caractère en réseau de l'expérience.

Si les femmes de milieu populaire à Recife dans leur retour à la maison sont escortées par les ACS qui vont assurer la régulation de l'expérience du post-accouchement, les femmes en France ont elles-mêmes le choix de se faire « accompagner ». Dans le suivi

postnatal en France, il y a une consultation gynécologique obligatoire entre la sixième et la huitième semaine après l'accouchement, elle peut-être réalisée par une sage-femme ou un médecin. Il y a aussi des séances de rééducation périnéale et abdominale prises en charge par la sécurité sociale, ainsi qu'un accompagnement de sages-femmes et puéricultrices qui peuvent être libérales ou des PMI (Protection Maternelle et Infantile) ou encore mises en relation par l'établissement où la femme a accouché. L'enquête de 2003 note que *« cette prise en charge est prévue par un petit nombre de femmes*[611] ». Parmi les femmes rencontrées en France, une seule avait reçu une lettre avec une convocation pour une consultation domiciliaire d'une sage-femme de la PMI pendant sa grossesse. Il s'agit peut-être d'un hasard, mais celle-ci avait vécu une fausse couche quelques mois auparavant et elle a vécu cette convocation comme une mise en garde, un *« contrôle, car ils pensaient que j'avais provoqué l'avortement* [612]*»*. Cette même femme est la seule à avoir eu des visites post-partum d'une puéricultrice de la PMI. La façon de prendre en charge le post-accouchement semble en France relever de la normalisation « douce » et économique, où l'intervention s'effectue seulement lorsqu'une femme ne présente pas les signes de la *surveillance subjective*. C'est donc plutôt à la femme de prendre l'initiative de contacter les services d'aide et d'accompagnement en vue d'une prise en charge autonome face au maternage et à la récupération post-partum. Cependant, une enquête menée en 2007, quelques années après l'implantation en France du « Plan Périnatalité 2005-2007 » du Ministère de la Santé et de la Protection sociale[613], montre que malgré des améliorations dans la prise en charge générale de l'accouchement, les femmes ne sont pas satisfaites du suivi qu'elles ont reçu lors du post-partum. Ainsi, elles sont entre *« 15% et 35% à ne pas être satisfaites (« plutôt pas » ou « pas du tout ») des informations et conseils médicaux qui leur sont prodigués afin d'assurer les soins de suites de couches* [614]*»*. Ces données du Ministère viennent, d'un côté, légitimer un possible contrôle accru des soins post-couches en France, et, de l'autre, montrer que l'autocontrôle n'est pas complètement acquis chez les femmes en France, et qu'elles développent une autre vision de ce que doit être le dispositif de soins.

---

[611] Source : Enquête nationale Périnatale : Ministère des solidarités de la santé et de la famille/ INSERM.2003, p 32.

[612] Céline, 33 ans, Toulouse, 27/11/2007.

[613] Le « *Plan Périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité* », conçu selon un rapport d'experts, avait comme objectif la réduction des mortalités maternelles et infantiles, trop élevées par rapport à d'autres pays européens.

[614] « Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2007 » du Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DRESS, 2007. pp 8-9.

En effet, le post-partum, c'est le moment fort de la régulation où il faut engager l'enrôlement individuel des femmes à la maternité par la matérialisation de la sollicitude. Toutefois c'est aussi pendant ce moment que nous avons vu, au Brésil, une possibilité accrue de séparation subjective des définitions institutionnelles du rôle. L'expérience de l'allaitement des femmes rencontrées en France ne se distingue pas beaucoup de celle des femmes brésiliennes, quant à l'injonction d'appropriation de cette pratique et quant à la façon de l'adopter. En France, l'allaitement au sein a fortement augmenté depuis une dizaine d'années, tel que le montre l'enquête citée ci-dessus : *« La proportion d'enfants nourris entièrement au sein est passée de 40,5 % en 1995 à 45,0 % en 1998 et 56,5 % en 2003* [615]*»*. Malgré cette augmentation, la France n'est pas une bonne élève en matière d'allaitement au regard des recommandations de l'OMS et de l'UNICEF. De même, le nombre d'« hôpitaux amis des bébés » (IHAB), label crée par UNICEF pour les hôpitaux et les maternités accomplissant les recommandations de promotion de l'allaitement maternel, reste faible. Rappelons qu'en 2009, le Brésil comptait 323 hôpitaux « amis des enfants », dont huit dans la ville de Recife. En France, il y avait 11 « hôpitaux amis des enfants » sur l'ensemble du pays en 2008[616]. De même en 2003, en France, seulement 46% des enfants bénéficiaient de l'allaitement exclusif après leur huitième semaine de vie. L'enquête sur la périnatalité citée ci-dessus montre de fortes inégalités dans l'allaitement exclusif entre les femmes cadres (70%) et les femmes ouvrières qualifiées (40%). Si les femmes de milieu aisé sont celles qui pratiquent le plus l'allaitement maternel, cela n'a pas toujours été toujours ainsi. Comme le rappelle Denis Jodelet de manière imagée : *« Aujourd'hui, les locomotives de l'allaitement maternel se trouvent-elles dans les couches les plus cultivées qui furent, au début du siècle (20ème siècle), les pionnières de l'alimentation artificielle, au nom du progrès technique. Elles ont obtenu le droit de cité, et peuvent passer d'un modernisme à l'autre »* (Jodelet, 1987). Tel que nous l'avons vu dans la première partie de cette thèse, ce nouveau « modernisme » en matière de santé promeut le programme d'« humanisation » qui ne se construit plus aujourd'hui par rapport à la technique mais par rapport à la Nature comme référentiel

[615] Source : Enquête nationale Périnatale : Ministère des solidarités de la santé et de la famille/ INSERM.2003, p 22.

[616] Sources : pour Brésil : MS/Saúde da Criança-DAPE. http://www.unicef.org/brazil/pt/hospitais_ihac_junho09.pdf .Pour France: Site internet de la COFAM (Coordination française pour l'allaitement maternel)/ consulté le 22/06/10 : http://www.coordinationallaitement.org/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=8

de l'humain. Il reste à saisir comment cette notion de Nature est investie, car dans ces définitions les regards médicaux et scientifiques semblent primer sur les regards « profanes ».

Les données sur l'allaitement exclusif en France se limitent aux premiers jours de vie, lorsque la femme est encore à la maternité. Le non suivi systématique du post-accouchement par le dispositif de santé, en dehors de l'institution hospitalière, rend difficile le comptage et le contrôle des pratiques de maternage. Ainsi, c'est au sein de l'hôpital que la conversion des femmes à l'allaitement maternel doit être réalisée. Ces pratiques peuvent ainsi être vécues de manière violente chez les femmes qui n'avaient pas le projet de l'allaitement au sein. Véronique, par exemple, qui garde un souvenir heureux de son passage par l'institution, change de ton lorsqu'elle évoque l'exhortation à l'allaitement. « *Après, le seul truc que j'ai vécu difficilement là-bas, au cours de mon séjour... c'est que je n'étais pas sûre de vouloir allaiter ; et, là-bas ils étaient pro-allaitement, vraiment « pro pro allaitement ». Donc, je n'étais pas sûre, j'ai voulu essayer et ça n'a pas marché, du tout ; donc, ça a été assez douloureux, parce que moi, je m'en fichais. Si tu veux, de l'allaiter ou pas. Je ne tenais pas à allaiter ma fille particulièrement, et en fait, l'allaitement ça n'a pas marché, mais ils ont persisté...ben, ils m'ont fait persister, ce qui a fait que pendant 24h ma fille n'a pas mangé, donc elle pleurait énormément, et moi, j'étais au bout de mes forces... et je trouvais ça horrible, de la laisser pleurer de faim, je trouvais ça complètement aberrant... et moi, ils arrivaient à trois dans la chambre, elles te pressent le sein, elles te mettent la bouche du bébé dessus. Ben, je trouvais ça hyper violent, j'ai ressenti ça comme une intrusion... complètement... Ils me disaient qu'il fallait persister, que c'était dommage, que c'était le mieux pour le bébé, et au bout de 24 heures je me suis énervée, et je leur ai dit que j'arrêtais, et qu'il fallait lui donner un biberon, et rapidement ! (rires). Mais ça oui, j'ai trouvé ça difficile, c'est la pression qu'on te met sur l'allaitement. Moi, j'ai ressenti si tu veux, comme si on voulait te culpabiliser de ne pas le faire, comme si tu étais une mauvaise mère parce que tu n'allaites pas... Sauf que moi ? je pense que donner un biberon soit plus...Ce n'est pas que je ne voulais pas, c'est que je ne savais pas, ce n'est pas une chose qui me tenait à cœur...je n'avais pas vraiment d'idée...je ne savais pas...*[617]». De même qu'au Brésil, l'allaitement se construit comme une pratique « naturelle » qu'il faut cependant « acquérir » de manière disciplinaire et souvent dans la douleur. Mais, comme au Brésil, les comportements des femmes ne sont pas complètement engloutis dans les programmes d'action institutionnels. Elles développent des regards propres quant aux

[617] Entretien Véronique, Bordeaux, 27/10/07

pratiques de maternage et d'allaitement. Ceci survient surtout quand intervient objectivement un laps de temps de distanciation par rapport au modèle véhiculé par le dispositif de santé et que ce moment est subjectivement possible. Ainsi, Véronique ne se sent pas coupable de ne pas avoir allaité : « *Je l'ai vécu comme ça. Après je ne sais pas si c'était la réalité de la position de ces personnes là ; mais moi, je l'ai vécu comme un reproche, que si ce n'était pas normal de ne pas nourrir mon enfant... mais bon, moi j'étais très au clair par rapport à ça, donc ça ne me posait pas de souci* ».

Une différence significative reste néanmoins à marquer, entre ces femmes de classe moyenne française et notre population d'étude. Le fait que chez ces dernières, les écarts à la norme soient très rarement évoqués comme des choix personnels et réflexifs d'un *soi* « autonome » qui prend comme origine la profondeur d'une conscience de soi individuelle. Chez elles, les écarts à la norme sont justifiés par les conditions externes de l'expérience (le travail, la famille, le conjoint, etc.) ou internes (la douleur, le sein sec, etc). C'est aussi une ruse, une modalité de la *mètis* chez ces femmes, le fait de ne pas se donner à voir comme des actrices de leur expérience tout en le demeurant. Il y a là une question cruciale concernant la subjectivation de leur expérience sur laquelle nous reviendrons dans la troisième partie des conclusions.

Ces quelques bribes d'expériences de la maternité des femmes en France, loin de nous avoir permis une comparaison exhaustive, nous ont néanmoins autorisé à faire ressortir certains traits de la réalité de l'expérience de la maternité en milieu populaire à Recife. Mais leur intérêt ne s'arrête pas là. Elles font aussi resurgir le questionnement plus large concernant la direction que prend le dispositif de santé publique brésilien dans le contexte global de certains de ces changements.

2. Les spécificités brésiliennes : Le « pouvoir indicatif », les trois limites du dispositif et l'expérience en réseau.

C'est sur les virevoltes du dispositif de santé au Brésil que nous allons nous pencher ensuite, en en dégageant quelques logiques générales et en nous appuyant sur les vécus observés pour revisiter quelques notions à portée générale que nous avons empruntées à d'autres auteurs.

Plusieurs manières de penser le monde, « le global », la « mondialisation » ; plusieurs manières de penser les échanges entre global et local. Dans la sphère de la santé il en est de même. Didier Fassin dégage deux façons d'articuler la santé et la globalisation dans les sciences sociales. La première se donne comme tâche l'analyse des conséquences sanitaires au niveau local des relations entretenues avec l'extérieur, autrement dit *l'interdépendance mondiale des déterminants de la santé* [618](Fassin, 2000 :107). La deuxième approche, à laquelle lui comme nous nous attachons, est celle qui analyse la « *circulation mondiale des modèles »* et qu'il décrit comme celle où *« il ne s'agit pas seulement de constater la diffusion planétaire des connaissances, des technologies et des produits de la médecine. C'est beaucoup plus largement et, on peut le penser, de manière plus décisive encore, le mouvement des idées, des images, des procédures et des méthodes. Les instruments de mesure, qu'il s'agisse d'indicateurs, d'enquêtes ou de tests statistiques, les notions, telles que les groupes à risque, le principe de précaution ou la surveillance épidémiologique, les programmes, comme les campagnes de vaccination ou d'éducation sanitaire, sont des produits des relations scientifiques et politiques internationales »* (Fassin, 2000 : 107). Une des raisons pour lesquelles nous avons choisit d'utiliser la notion de dispositif pour décrire ces mouvements redevient indéniable : le fait de ne pas voir ceux-ci de manière homogène mais plutôt dans la pluralité de relations, des logiques internes, certaines concurrentielles, dont le but est moins la production d'un contrôle unidirectionnel sanitaire que celle d'une régulation des comportements à l'intérieur d'une frontière normalisée. Autrement dit, il y a la configuration d'un dispositif à l'échelle globale dont les régulations, qui tendent plus à normaliser qu'à discipliner les conduites sanitaires, sont mises en œuvre différemment au niveau local. Dans ce sens, nous nous

[618] Fassin reprend ici une expression de Browner (1989).

rapprochons de la notion de biopouvoir et de dispositif de Foucault, plus que de celle de « modèles sanitaires » de Fassin. Même si *le pouvoir sur la vie* (Fassin, 2000 : 111) s'effectue par et au moyen des modèles sanitaires, ceux-ci s'organisent à partir des processus historiques, sociaux et culturels divers. Ces processus configurent des manières diverses de l'exercice du pouvoir et des relations au pouvoir particulières. Il s'agit donc d'examiner la part de la dimension nationale dans les changements plus globaux du *gouvernement sur la vie* dans le domaine de la naissance et l'accouchement.

Ceci nous pousse à tourner le visage encore et une fois de plus en arrière, et à reprendre ce que nous avions dit, dans la première partie de ce travail, sur la complexification de la société brésilienne par des processus divers comme l'urbanisation et la massification, ainsi qu'à revenir sur la question des processus d'individuation propres à cette société. Une fois que nous aurons pris ce virage, il sera possible de poser la question récursive sur les éventuels effets d'uniformisation sur les *« modes de vie »*, et plus particulièrement les effets de normalisation sur les modes de vivre le lien maternel.

Il faut donc revenir sur des notions que nous avons posées comme acquises jusqu'à présent, même si la description empirique nous a permis d'effectuer une relativisation des concepts utilisés au regard des expériences auxquelles ils répondaient, en comprenant, ici, l'idée de relativisation non pas comme une remise en question de ces concepts, mais plutôt comme une stratégie permettant de les vivifier à l'aune des descriptions des processus particuliers. En suivant l'approche de Danilo Martuccelli (2010), nous allons reconsidérer certaines notions – comme le dispositif, l'individuation, l'individu, le gouvernement, le pouvoir, l'institution – par rapport au contexte particulier auquel nous les avons appliquées.

Pour ce faire, nous allons revenir aux trois « limites » que nous avons identifiées dans le dispositif – l'expérience de l'avortement, de la mort de l'enfant et de la stérilisation. Elles mettent en évidence trois questions fondamentales : celles des modes d'exercice du pouvoir, celles des individus que vivent ces expériences et celle des relations particulières entre l'individu et les normes sociales.

Nous avons vu comment la biopolitique actuelle cherche à délimiter la pratique des interventions fortes sur les corps des femmes. On cherche l'*humanisation* des procédures médicales mais, ce faisant, on trace une frontière et on laisse *hors humanité* les pratiques qui ne tiennent pas compte de la *nature* des corps. Les femmes ressentent souvent le traitement du dispositif comme les renvoyant à leur *animalité*. La mise en pratique du programme d'*humanisation* reste ancrée dans le paradoxe d'une vision *naturelle* de plusieurs pratiques, tel l'allaitement ou l'accouchement par voie basse, qui est cependant accompagnée de pratiques orthopédiques visant la resocialisation des femmes *dénaturées*. Ainsi, la sollicitation d'un « amour maternel », supposé « naturel » chez les femmes, devrait leur faire adopter leur rôle sanitaire.

Dans ce dispositif, la stérilisation volontaire est vue alors comme une brutalité sur le corps *naturellement* maternel, et on cherche à la réduire par la restriction de l'accès. Ce qui perturbe le dispositif est le lien usuel entre stérilisation et césarienne, autre pratique *dénaturée*. La stérilisation est légale, mais « seulement » sous certaines conditions. Lorsque la femme est « déjà mère » (deux enfants vivants minimum) ou qu'elle est « trop vieille » pour l'être (plus de 25 ans). De même avec l'avortement, mais de manière inversée, on tranche pour oui ou non de son existence légitime, puis on légifère par petits bouts, on donne forme à ce champ du possible. Alors, l'avortement est interdit, mais « toléré » dans certains cas, quand cela ne *dénaturalise* pas la figure maternelle dans le cas où il s'agit d'une question de vie ou de mort pour l'enfant ou pour la femme. Le troisième point de saturation du dispositif est celui de la mortalité périnatale ou infantile, perçue longtemps comme le signe d'un amour maternel *naturel* défaillant ou qu'il fallait socialiser, qui a été capté progressivement par le dispositif de santé, révélant ainsi un renversement de responsabilités et se transformant ainsi en un échec du dispositif lui-même.

D'ailleurs, il faudrait préciser que le mot « limite » peut prêter à confusion. Il peut laisser penser que ce sont des freins (culturels ou en tout cas particuliers) à un mouvement qui est partout le même, à une logique du changement qui serait uniforme mondialement. Nous serions restés dans ce que Martuccelli appelle le *« récit des insuffisances et des anomalies »*, qui a tellement imprégné la vision que les latino-américains se faisaient d'eux-mêmes concernant les processus de modernisation, d'industrialisation, de rationalisation, etc. Il y aurait des processus globaux universels

et des insuffisances ou des anomalies locales. « *C'est toujours à partir de ce qui manque que l'on comprend ce qui est* » (Martuccelli, 2010 : 27). Ainsi nous ne saurions pas voir ces limites comme des entraves vers un processus global rendant les dispositifs de santé plus *humanisés*, démocratiques, modernes, opérationnels, etc. Il faut les penser à l'intérieur des processus brésiliens qui diffèrent de ceux des pays européens. Ces trois « limites » ou points de saturation du dispositif de santé brésilien, qui sont la stérilisation, la mortalité infantile et l'avortement, sont à mettre en relation avec les formes prises, en Amérique Latine, par l'exercice d'un pouvoir particulier.

Ces illégalités, interdits et échecs sont significatifs quant aux formes d'exercice du pouvoir dans la région[619]. Martuccelli définit la tradition d'un *« pouvoir indicatif »* en Amérique Latine, dont la fonction centrale serait *« plus l'énonciation des principes que le fait d'opérer dans des organisations susceptibles de les appliquer »* (2010 : 157). L'intervention de l'État, dans ce « pouvoir indicatif », est plutôt intermittente, théâtralisée et a souvent, du fait même de sa faible affirmation permanente, recours à l'utilisation de la force et de la violence (Martuccelli, 2010). Cette approche semble nous éloigner des idées de dispositif foucaldien et de celle de processus de civilisation d'Elias, car ce type de pouvoir serait incapable de *« produire un citoyen uniforme »*, par des processus de rationalisation et de civilisation amenant à l'individuation (Martuccelli, 2010 : 165). Nous sommes donc loin d'un *« individualisme institutionnel »* (*op.cit* : 249), ce qui ne signifie pas qu'il n'y ait pas d'individus, voire le contraire ; on pourrait y voir des individus plus « individus » en Amérique latine du fait qu'ils *« doivent résoudre seuls ce qui dans d'autres latitudes est résolu par les institutions »* (*op.cit* : 177).

Ainsi, nous avons vu comment l'interdiction de l'avortement est transgressée par les femmes, les restrictions d'accès à la stérilisation sont contournées et les mortalités infantiles se retournent de plus en plus contre le dispositif de santé lui-même dans son incapacité à prendre en charge les naissances et les accouchements ; alors que les femmes de milieu populaire avaient répondu à la *sollicitation* de leur *sollicitude*. Tel que le dit Martuccelli, ce *« pouvoir indicatif »* a des conséquences sur les processus d'individuation, comme celles de configurer une *« culture de la transgression »* et une *« dialectique particulière entre les individus et les institutions »* (*op.cit* : 165). Il y a

[619] Ici, nous incluons le Brésil dans le sous-continent latino-américain, en suivant la grille de lecture de Martuccelli. Toutes les citations ont été traduites par l'auteure.

toujours *« une distance, une déconnexion entre les règles et les conduites »* (*op.cit* : 163) car le *« pouvoir indicatif produit structurellement un type particulier d'individualité qui s'auto-conçoit en tournant le dos, en dehors ou contre l'institution »* (*op.cit* : 178).

Une inflexion néanmoins s'impose dans ce qui est décrit par Martuccelli car, tel que nous l'avons vu ci-dessus, l'importance de ces limites ou de ces points de saturation du dispositif de santé brésilien est le fait qu'ils fonctionnent comme des frontières, créant un espace normatif et de régulation des comportements. Autrement dit, qu'il y ait des comportements de transgression veut dire qu'il y a des espaces de normalisation. Le caractère *« impératif »* des régulations exercées par le dispositif brésilien de santé publique – de par leurs résultats sanitaires tout aussi *impératifs* – sur l'expérience maternelle des femmes de milieu populaire a été mis en relief tout au long de cette thèse.

Il ne s'agit pas de remettre en cause l'importance du *pouvoir indicatif* dans la région – fait d'intermittences, d'éloignement de l'État par rapport au quotidien des citoyens et à la dépendance aux ressources extérieures de celui-ci – mais de voir là une modulation originale, dans notre contexte de recherche, entre pouvoir *indicatif* et pouvoir *impératif*, et entre un exercice intermittent, cyclique, violent et théâtralisé et un exercice continu des régulations à travers le dispositif de santé publique brésilien et se faufilant dans les conversations entre femmes et dans le quotidien des familles. Martuccelli, lui-même, perçoit ces nouveaux processus et dit, en note de bas de page, *« évidemment, on pourrait donner des exemples de dynamiques qui pourraient s'appeler 'vertueuses' entre les institutions et les individus, quand l'augmentation des attentes et les capacités croissantes d'initiative des acteurs trouvent des voies d'inscription institutionnelles »* (2010 : 249). En ce sens, l'élargissement du système de santé brésilien, et notamment du dispositif de santé reproductive, apparaît comme une voie d'inscription des demandes sociales, en même temps que comme l'ouverture à de nouveaux modes d'exercice d'un gouvernement des corps dans la région, dont le travail des ACS est exemplaire. D'ailleurs, nous avons aussi vu comment les femmes de milieu populaire au Brésil s'auto-conçoivent non pas en dehors ou contre l'institution, mais en recourant de plus en plus à des voies institutionnelles d'individuation de leur expérience – par la juridicisation des relations patient-médecin,

l'intégration d'acteurs institutionnels dans leur réseau, la mobilisation des registres sanitaires, les demandes accrues effectuées auprès des services, etc.

Figure 26: Réunion de femmes "Éducation à la santé de la femme", Pantanal. © A. Faya Robles.

En effet, il s'agirait moins d'opposer un type d'individu lié au *« pouvoir impératif »* à un autre construit à partir d'un *« pouvoir indicatif »* (ce serait peut-être tomber dans *le récit de la différence*, critiqué par Martuccelli lui-même) que d'analyser comment, dans le contexte étudié, le processus d'individuation doit composer avec des formes diverses de pouvoir de même que ces formes doivent cohabiter elles-mêmes dans la confrontation. Nous avons vu comment le programme d'humanisation de la maternité se confrontait à des modalités d'exercice du pouvoir médical hiérarchisées et bureaucratiques, de même que le « gouvernement par la parole » trouvait des limites dans les objections des femmes à « parler de soi » ou des médecins à « faire parler », ou encore comment la *« biopolitique déléguée »* produisait des effets boomerang sur le dispositif de santé par la notion d' « évitabilité », ou la critique de la « négligence institutionnelle ».

L'entrée par l'expérience, que nous avons effectuée, s'est révélée heuristiquement pertinente pour rendre compte des arrangements entre le dispositif (et ses contradictions) et les formes d'individuation des femmes en milieu populaire brésilien.

Il s'agissait de ne pas adosser des déterminations à partir des pouvoirs exercés sur les individus, mais à partir des solutions objectives et subjectives de l'expérience elle-même, comprendre les mécanismes de pouvoir. En effet, il faudrait revenir ici à une autre question soulevée par notre thèse, celle d'une expérience en réseau de la maternité comme dénouement; et mettre en relation cette particularité avec les modes d'exercice du pouvoir propres au dispositif de santé.

À notre sens, un changement majeur serait en train de s'opérer dans l'expérience de la maternité en milieu populaire à Recife du fait du passage d'une solidarité d'entraide, basée sur des liens communautaires – que nous avons observée et appris des études concernant les familles brésiliennes de milieu populaire – à une solidarité qui se déploie de plus en plus sur des liens électifs et où les relations sociales sont vécues comme des ressources individuelles dans l'individuation de l'expérience.

La question de la circulation d'enfants largement discutée par Claudia Fonseca, dont les travaux ont guidé notre propre thèse, est à rediscuter ici. Selon cette auteure, ce phénomène serait assez ancien et largement répandu, lié aux taux élevés de fécondité et à l'entrée précoce dans l'âge maternel. Il serait une ressource principale dans l'organisation domestique et familiale dans les milieux populaires. Fonseca (1995) perçoit cependant cette pratique comme devenant de plus en plus spécifique aux couches populaires, les enfants des classes moyennes circuleraient moins. Selon Fonseca (1985 : 993), cette circulation d'enfants doit être comprise comme *« partie intégrante d'une culture populaire »,* elle serait *« étroitement liée au système de valeurs et au mode de vie des couches populaires brésiliennes (…) elle a persisté dans l'expérience historique du groupe »* (Fonseca, 2000*a* : 59). Nous avons-nous aussi rencontré des cas de circulation d'enfants, notamment à l'intérieur de la famille consanguine, où une femme transférait les responsabilités de la *sollicitude* à une autre femme. En ce sens, le don d'un enfant d'une femme à une autre, se fait sur la base d'une solidarité de type communautaire ou mécanique – pour reprendre les termes de Durkheim – où la ressemblance prime et une femme est remplaçable par une autre. Le don de l'enfant s'accompagne du transfert de la *sollicitude* envers cet enfant. Or, au cours de cette thèse nous avons aussi aperçu des processus d'individualisation de l'expérience maternelle qui s'appuyaient sur des logiques de matérialisation corporelle de la *sollicitude* par une biologisation du lien quotidien de filiation. Autrement dit, il y

a de nouveaux arrangements qui doivent s'engager entre une forme collective de l'expérience de la maternité, liée aux caractéristiques des familles de milieu populaire au Brésil, et une régulation du dispositif de santé publique qui produit une individualisation de l'expérience.

L'expérience de la maternité chez les femmes rencontrées portait la marque de l'individualisation et ce vécu individuel coexistait avec l'expérience collective d'une *« maternité en réseau »*. Autrement dit, si l'expérience de la maternité trouve son effectivité dans des pratiques qui étaient socialisées et partagées entre plusieurs personnes, notamment des femmes, la construction subjective de l'expérience devient de plus en plus individuelle. Au-delà de l'importance des médias, dont on a aussi parlé, dans cette massification en même temps qu'individualisation de l'expérience, nous avons surtout remarqué la place décisive occupée par les dispositifs de santé publique.

Figure 27: Jeux pédagogiques organisés par les ACS pour parler de santé. © A. Faya Robles.

Notre propos consiste à souligner le fait que, d'un côté, le dispositif participe à la désagrégation de la prise en charge par la communauté, en interpellant individuellement la mère pour qu'elle prenne en charge l'enfant, en développant une expérience corporelle et individuelle de la *sollicitude*. Mais d'un autre côté, il y a un transfert de la prise en charge communautaire de la *sollicitude*, à une autre en *« réseau »*. Pour le dire simplement : la mère ne peut guère se désengager du lien biologique comme socle du lien quotidien de filiation, mais elle peut désagréger ce lien quotidien dans ses relations. En effet, il s'agit pour nous de souligner le passage d'une expérience de la maternité de type *« communautaire »* à une expérience de *« la maternité en réseau »*.

Martuccelli a vu dans la spécificité du lien social le génie politique en Amérique Latine (2010 : 137). Cette spécificité résiderait dans le fait que *« l'être ensemble fait de la relation avec les autres le fondement même de la continuité de la vie sociale »* (*Op.cit* : 137) ; un lien social *« capable de se soutenir lui-même sans être articulé à des institutions politiques »*. Inversement, le lien social serait fondamental à cause justement des défaillances de ces institutions dans un régime de pouvoir *« indicatif »*. En somme, pour Martuccelli, le lien social serait moins que le *« lien communautaire »*, car il n'est pas traditionnel ; et plus que l' *« association sociétale »*, car il suppose des relations interpersonnelles et intersubjectives. (Martuccelli, 2010 : 137).

C'est justement dans ces relations interpersonnelles et intersubjectives que la *sollicitude* maternelle est relayée, tout en gardant l'individualité et la corporéité de la figure maternelle. Cependant, le changement majeur observé, par rapport à l'approche de Martuccelli, est le fait que ces réseaux s'entrelacent avec les institutions, les acteurs institutionnels en font partie et les femmes demandent de plus en plus que ces derniers accomplissent des tâches de *sollicitude*. Ainsi, la relation des mères de milieu populaire avec le dispositif de santé ne saurait être décrite ni par une domination complète, ni par une opposition séculaire ; son originalité se devait d'être soulignée.

Il s'agit de rendre compte alors des relations aux normes qu'entretiennent les femmes de milieu populaire à Recife. Pour cela, nous aurons recours à la notion de rôle, et nous suggérerons qu'à cette *« expérience en réseau »* de la maternité correspond un rôle maternel particulier. Mais avant de rentrer dans l'analyse des aspérités de ce rôle, récapitulons ce qui a été dit.

Dans le domaine de la santé reproductive, le dispositif aspire à la responsabilisation individuelle des femmes sur leur propre corps, à leur autonomie. Mais il demande, d'autre part, l'inclination de ces corps individuels à la *sollicitude* sanitaire envers l'enfant, ce que nous avons appelé leur « enrôlement ». Double demande faite aux femmes de milieu populaire: autonomie et enrôlement. Ceci devenant plus pressant lorsqu'il s'agit d'un pays qui doit réduire les taux de mortalité infantile et maternelle ; et dans lequel, parallèlement, l'accès à l'avortement est interdit et celui à la stérilisation limité. La triangulation de ces « limites » ou frontières forme un espace de

quadrillage des comportements. Celui-ci doit être alors assuré de manière à ce que les comportements féminins ne dérivent pas dans les excès d'une trop grande progéniture qui produirait chez les femmes une « négligence sélective » (Scheper-Hughes, 1985) des enfants, ni à celles d'une contraception corporelle radicale par stérilisation ou avortement. Ce sont ces frontières qui créent l'espace de régulation de l'expérience de la maternité et une grille de comportements amenant à une « maternité régulée ».

À partir de ce point de vue le rôle maternel se construit. Nous pourrions voir ces pratiques illicites (avortement) et illégitimes (stérilisation) ou ces faits aberrants (la mort) comme les issues, les situations, les déplacements des expériences individuelles en dehors de la régulation du dispositif de santé publique, comme la périphérie de ce qui constituerait une « expérience régulée » de la maternité. Cependant, dans les expériences des femmes les pratiques à la « périphérie » se construisent en continuum avec celles « normalisées ». S'il y a des ruptures subjectives (l'avortement comme un accident biographique, la mort de l'enfant comme un échec du projet, et la stérilisation comme sortie abrupte de la « maternité régulée »), ce sont les mêmes femmes qui vivent à la périphérie et au centre des régulations du dispositif. Autrement dit, l'expérience de la maternité en milieu populaire à Recife se construit dans un rapport au dispositif qui suppose l'« enrôlement » dans les causes sanitaires en même temps que la « transgression » de l'espace de régulation.

Ceci nous oblige à revenir sur les considérations initiales sur les relations familiales, et ceci à un niveau plus général. Dans ce sens, la question de la famille à l'ère de la mondialisation tend à être considérée de manière à ce que la règle y soit la diversité, tel que le dit Parry Scott (2005*a*: 237) : *« Diversité, pluralité et transformations dans l'organisation domestique marquent ces années-ci comme une période durant laquelle le Brésil affirme son rôle en tant que Nation qui promeut les droits de secteurs de la population devenant de plus en plus visibles à travers leur participation dans un contexte international de défense de la démocratie dans une société globale unifiée*[620] *»*. Cette diversité des formes familiales, cette famille « en devenir » et fragmentée de l'intérieur par des demandes de droits diversifiées, cache l'autre versant de la « globalisation», qui est celui des efforts de normalisation de ces mêmes relations par les dispositifs de santé tant au niveau local que national et international.

[620] Traduction de l'auteure.

Le lien de filiation, et notamment celui attachant une femme et un enfant, est une cible historique des processus de normalisation de la part des organismes internationaux, nationaux et locaux comme moyen de réguler des tendances sanitaires au sein de la population, dont le nombre de naissances et la mortalité. En même temps, ce gouvernement se définit par son économie et son retrait en tant que force visible de contrôle. Tel que nous l'avons vu, la direction des dispositifs de santé tend à forger la norme de la prise individuelle des responsabilités par l'incorporation des normes sanitaires et médicales et sous la base du développement du *« souci de soi »* et de l'autocontrôle. Ce n'est pas un constat très nouveau et nous pourrions dire qu'il s'agit d'une des diverses facettes du passage d'une *« société disciplinaire »* à une *« société de contrôle »*, selon les termes de Deleuze (2004), appliqué ici au domaine sanitaire. Mais le regard généalogique des processus historiques de pouvoir arrive *a posteriori* de la vision immédiate et quotidienne des subtilités et aspérités, des effets que ces changements sociaux produisent sur l'expérience des sujets. De même, la contemporanéité des processus, la simultanéité de la réorganisation du pouvoir sur la vie, permet d'observer le caractère non-monolithique des dispositifs de régulation et leur relative fragilité.

Ainsi, la formation des nouveaux dispositifs dans la sphère de la santé doit faire continuellement face à ses propres limites. La première limite vient de l'espace social où il se configure : le champ médical et sanitaire. Nous avons vu comment les nouveaux modèles de *l'humanisation* doivent négocier des espaces pour s'installer dans des institutions régies depuis longtemps par les logiques de la médecine pasteurienne, hygiénique et bureaucratique. Les figures dominantes de cet « ancien régime », notamment les médecins, font souvent face aux idées portées par de nouveaux acteurs – tels que les ACS et les "doulas" au Brésil ou les sages-femmes en France. Le monde matériel fait aussi office de limite. Objets et idées se heurtent. L'humanisation, l'individualisation, la prise en compte des « risques » et le travail pour le « bien-être » sont souvent incertains dans les activités quotidiennes des professionnels de la santé, non pas par manque d'adhésion mais par « manque de moyens ». Ainsi, l'accueil humanisé n'est pas pratiqué du fait de la surpopulation dans les hôpitaux brésiliens où la femme sera placée dans des chambres communes, vétustes et hygiénisées, ou encore, le risque comme catégorie individualisante dérive et aboutit

finalement à créer des « groupes de risque », dont la prise en charge sera plus facilement opérée.

La limite la plus prégnante à l'affermissement du dispositif de régulation et du « contrôle total » de celui-ci vient néanmoins des acteurs, des sujets eux-mêmes. Suivant l'approche de Michel De Certeau, et notamment sa notion de « tactique » (1980 : 82-94), ce sont les sujets subalternes qui produisent l'ensemble des petites limites du dispositif ou plutôt qui modulent les limites en les rapprochant ou en les éloignant de leurs actions.

L'*enrôlement* des femmes, nous l'avons vu, passe par une naturalisation des comportements qui doivent être appris. Ainsi, une naturalisation du rôle maternel est assurée par l'inscription corporelle des pratiques sanitaires et médicales. Mais le sujet ne constitue pas une unité unique d'incorporation et il se centre au croisement de plusieurs logiques, ce qui permet des écarts aux normes et un relatif « jeu de rôle » sur lequel nous reviendrons. En ce sens, il y a donc une pluralité des formes de l'incorporation, ce que Bourdieu ne semble pas avoir vu. Ainsi, une différence semble se dégager entre les femmes françaises rencontrées et les femmes brésiliennes. Si les premières laissent penser à un écart à la norme par la légitimation d'un *soi* qui se voit comme « différent » et « autonome » (même s'il est plutôt hétéronome), les deuxièmes rapportent généralement leur écart à la norme aux conditions externes (économiques, sociales, familiales, etc) ou internes (biologiques, affectives, etc.), où il n'y a pas d'unité de leur *moi*, lequel est traversé par l'extérieur et l'intérieur. Nous avons appelé ce rôle qui se construit face à « l'enrôlement » du dispositif *« le rôle maternel incarné »* ce qui pourrait se rapprocher de l'*« art du faible »* (De Certeau, 1980) dans une dramaturgie globalisée.

3- Le « rôle maternel incarné » et subjectivation de l'expérience maternelle en milieu populaire à Recife.

"O samba vem de outro samba,
Com algum disfarce ou quase.
A frase gera outra frase,
Por sorte sai bem achada.
O filho faz outro filho,
No fim não se perde nada[621]*".*
Toquinho

L'articulation de la subjectivation de l'expérience de la maternité avec la notion de rôle peut paraître abusive et peut laisser penser à une réduction de l'acteur à son rôle (au détriment de ses intérêts, par exemple). De même elle pourrait sembler erronée d'un point de vue analytique du fait que le rôle suppose un rapport « aux autres », alors que la subjectivation est par définition « un rapport à soi ». Cependant, il faut revenir aux spécificités de la subjectivité des femmes rencontrées et aux processus d'individuation en Amérique Latine (Martuccelli, 2010). Là, la vie intérieure se vit seulement quand on la raconte. L'intériorité du sujet n'est pas le travail d'introspection solitaire d'une conscience individualisée, mais elle passe « *par la socialité intrinsèque d'un récit dirigé vers une oreille qui écoute* » (Martuccelli, 2010 : 216). *« La subjectivité n'est ni vide ni profonde. Elle est une superficie qui se moule par le commérage (…) elle est produite avec et par les autres, orale, une 'socialité intérieure' »* (*op.cit* : 221). Il faut donc replacer la subjectivation de l'expérience dans un rapport à un « autre », l'extraire du travail d'un individu solitaire. Elle se réalise par le regard de cet autre, et par l'échange avec cet autre. L'oxymore proposé par Martuccelli pour parler des subjectivités latino-américaines, *« la socialité intérieure »,* nous permet de replacer les relations sociales, dont celles de pouvoir, à l'intérieur même de l'individu. D'où le fait que la subjectivation de l'expérience de la maternité chez les femmes de milieu populaire se forme comme un rôle joué face au dispositif de santé publique.

Étonnamment, la compréhension de la subjectivation de l'expérience (le rapport à soi) des femmes rencontrées, nous amène à la question classique en sciences sociales du « rôle ». En ce sens, nous avons appelé *« le rôle maternel incarné »,* le point de

[621] « Une samba vient d'une autre samba, déguisée ou presque. Une phrase génère une autre phrase, heureusement bien trouvée. Le fils fait un autre fils, au final rien ne se perd ».

rencontre, la charnière entre le dispositif de régulation et l'expérience de la maternité en milieu populaire urbain au Nordeste Brésilien.

Si l'expérience de la maternité en milieu populaire à Recife ne peut être découpée du dispositif de régulation c'est parce qu'elle implique avant tout cette logique de subjectivation, laquelle nous pourrions rapprocher de celle de *production de soi* de Foucault, c'est-à-dire, cette incorporation heureuse d'exigence de « vérité du sujet » qui s'accomplit par toute une *technique de soi* sur *soi*. Ces *techniques de soi* relèvent autant du domaine discursif que de celui des pratiques et contribuent, dans le cas qui nous intéresse, à la production de *vrais corps maternels*. Ce dernier ne se construit pas seulement pour lui-même, mais il se construit avec et pour un autre corps, celui de l'enfant. L'inversion est double : l'État se soucie de cet Autre (qu'est l'enfant) et pour le protéger il doit passer par la construction du *souci de soi* chez la femme enceinte. La deuxième inversion a trait au fait que le *souci du soi* construit un *sujet maternel* lui-même modulé par *le souci d'un autre*, car ce *soi* construit par *la sollicitation* est lui-même porté vers la *sollicitude*.

Nous avons déjà mis en exergue la visée *d'enrôlement sanitaire* de la part du dispositif de santé publique ; il nous reste néanmoins à comprendre les spécificités sociologiques du rôle joué par les mères et de voir là, dans ces interprétations du rôle (dans le sens dramaturgique), une voie de subjectivation de leur expérience.

Nous suivons ici l'idée de Martuccelli selon laquelle la sociologie s'est détournée de la notion de rôle du fait de l'insistance sur la question du *« sujet brisé »* (1999), devant faire face à la complexité des logiques, des connexions, d'appartenances, etc. De plus, dans les travaux sur la maternité à partir d'une approche de genres, la notion de rôle a subi des critiques ardues du fait de l'approche fonctionnaliste en termes de complémentarité des rôles familiaux et sexuels[622]. La critique de la notion de rôle appliquée à ce qui relève des rapports de genre prend racine dans le texte inaugural de Simone de Beauvoir, *« Le deuxième sexe »*. En effet, longtemps la distinction entre les rôles sexuels est venue, aussi dans les sciences sociales, légitimer l'assignation à des places différenciées et hiérarchisées entre hommes et femmes dans la sphère privée et dans la sphère publique. Depuis, plusieurs auteurs des études sur le genre ont pris

[622] Je remercie le professeur Daniel Welzer-Lang pour cette observation.

position contre cette notion du fait qu'elle cacherait les rapports structurels inégaux et de domination. Elle garderait des racines fonctionnalistes, l'accent étant mis sur la stabilité et la conciliation[623].

Le *« rôle maternel incarné »* est saisi par nous aussi à partir d'une approche en termes de genres. Cependant, nous nous appuyons sur les travaux de Judith Butler. L'auteure ne travaille pas spécifiquement à partir de la notion de « rôle » mais elle fait référence au genre comme à un *« jeu de rôles » (impersonation)* (Butler, 2005 :53) dans lequel chacun interprétera, c'est-à-dire, imitera le rôle de « son genre ». En effet, la notion de rôle permet de déplacer celle d'identité, en donnant comme source des comportements et des attitudes de genre, non pas à partir d'une intériorité – même pas intériorisée par une socialisation de genre – mais à partir d'une recherche des personnes à correspondre à une attente extérieure. Ce déplacement n'est pas moindre, car il redonne une position active aux sujets dans la performation de leur rôle. En ce sens, le genre n'induit pas le rôle, c'est la mise en œuvre du rôle qui vise le genre. Ainsi, les approches de genre auraient à gagner dans la redécouverte de cette notion, dès lors que nous ne l'adossons pas au sexe, mais au genre ; et que nous inversons la direction de la performation où le genre devient l'effet et non la cause du rôle joué.

D'autres critiques se sont dressées contre la notion de rôle social. Tel que le souligne Coenen-Huther (2005) c'est la prépondérance d'une sociologie qui mettait l'accent sur la rationalité des acteurs, sur le libre choix et les éléments de la vie sociale uniquement comme des ressources/contraintes à l'action qui ont mené à la désaffection de la notion de « rôle ».

De notre côté, nous partageons la position de Martuccelli qui en fait l'éloge et souligne que les rôles *« sont au cœur de la sociologie »* (Martuccelli, 2002 : 238). Le rôle se situe au creuset de l'individu et du collectif, des interactions et relations interpersonnelles qui nous intéressent, celles qui se nouent dans l'expérience en réseau, celles qui se tiennent avec les acteurs du dispositif de santé. En somme, le rôle est l'*« élément-charnière entre attentes et comportements »* et il *« peut constituer une amélioration d'un point de vue analytique »* (Coenen-Huther, 2005 : 74.)

[623] D'autres auteurs ont réhabilité cette notion notamment à partir de la dimension d'« intériorisation » du rôle de genre, tel est le cas de Kaufman (1992).

La notion de rôle est liée dans la tradition de la discipline à celle de position sociale et place – que nous avons préférée, insistant plus sur le champ social que sur le champ économique ou politique. Nous avons vu comment l'assignation à la place maternelle s'ensuit par la sollicitation de la *sollicitude*. Cette dernière comprend finalement une manière particulière de jouer le rôle maternel fixée par *l'enrôlement* des femmes à la cause sanitaire. Le rôle maternel doit répondre ainsi par des comportements spécifiques à certaines attentes sollicitées par le dispositif de santé publique.

Finalement, cette notion permet de mettre en lumière la complexité des rapports que les femmes de milieu populaire à Recife entretiennent avec la normativité et les modes d'exercer le pouvoir du dispositif, sans perdre la dimension corporelle de l'interprétation du rôle. Nous discutons ici la distinction faite par Martuccelli (2002) entre les deux manières d'habiter le rôle, celle de *l'incarnation* et la *distance au rôle.* La première étant celle où les activités objectives et les motivations subjectives sont en total accord, la deuxième accordant la *« séparation plus ou moins forte entre les deux »* (Martuccelli, 2002 : 208) et donc la possibilité du jeu. Plus précisément, l'*incarnation* du rôle suppose que le sujet soit ce qu'il fait. Généralement, dit Martuccelli, il y a un rôle social qui prime sur les autres marquant plus fortement *« la personnalité »* du sujet. *« Son rôle devient sa deuxième nature. Il lui colle à sa peau »* (2002 : 109). La *distance* au rôle suppose un acteur qui s'adonne aux tâches et comportements en *« faisant l'économie d'une certaine forme d'implication intime ». « Il ne s'auto-définit pas par ce qu'il fait »* (*op.cit* : 212). D'où un sentiment d'étrangeté face au monde et le poids revenant à l'individu de décider lui-même quel rôle jouer et de quelle manière. Le jeu est ouvert.

Ces deux manières d'*« habiter le rôle »*, nous les trouvons aussi dans la théorie théâtrale ; elle peut être divisée en deux écoles : celle où l'acteur doit chercher au plus profond de lui-même le sentiment qu'il devra représenter; et celle, contraire, où l'acteur cherchera à se détacher de lui-même et de manière ludique, tel un enfant, jouer le rôle assigné dans l'œuvre.

La subjectivation de l'expérience de la maternité pourrait se présenter comme l'articulation de ces deux manières d'habiter le rôle. Le fait de jouer la maternité est pour ces femmes l'équivalent d'incarner un rôle, dans le sens dramaturgique.

Poursuivons la métaphore. On apprend par cœur un discours, des actions, des tâches, une gestuelle, puis on les joue devant les spectateurs attendant ce jeu. Mais, apprendre par cœur et corps suppose un sujet investi dans le discours et les actions ainsi que le fait d'apprendre requiert une volonté d'apprentissage. Cette volonté est issue du sujet lui-même. Le rôle n'a pas été infligé ; cela reviendrait à changer l'acteur en « bouffon » du roi, où il reviendrait à ce dernier de déterminer le personnage à jouer. Si le décor social existe et la distribution de personnages à jouer est plus ou moins pré-écrite, il faut un investissement personnel, subjectif, de l'acteur pour donner vie à l'œuvre. D'autant plus que le script semble de plus en plus ouvert, au moins en théorie, à l'art de l'*improvisation* du jeu.

La notion que nous proposons de *« rôle maternel incarné »* se situe entre les deux conceptions du rôle. Elle tient compte de la corporéité de la relation au rôle, qui est toujours double physique et mentale. Cette notion permet de mettre en lumière la complexité des processus en marche.

D'abord, le *« rôle maternel incarné »* permet d'envisager les conditions de production du rôle demandé, c'est-à-dire, la visée des services publics de santé dans la construction de l'expérience de la maternité chez les femmes de milieu populaire ; construction qui, par son attachement à la corporéité de l'expérience, a pour conséquence la biologisation du lien social de filiation. Autrement dit – et prenant le sens du verbe « incarner » dans son sens premier, c'est-à-dire, représenter une idée abstraite en chair propre, de manière visible et matérielle – le lien relationnel et social de filiation doit avoir une certification par sa matérialité, par la relation entre deux corps, comme garantie. Tel que nous l'avons vu, plusieurs techniques sont mises en œuvre dès la grossesse jusqu'aux soins de post-couches pour rendre une existence matérielle à une relation sociale et vice versa, pour créer à partir d'une relation charnelle, une relation sociale, par l'injonction à faire de l'engendrement un projet. Mais jouer le rôle n'est pas pour les femmes une exécution de leur place sociale suivant une logique d'intégration. Jouer le rôle dérive des logiques stratégiques qu'elles mettent en œuvre leur permettant d'accéder à des ressources matérielles, symboliques et relationnelles pour mieux vivre le lien avec leur enfant.

Cette notion met également en lumière la relation au rôle proprement dite qui se situe, chez les femmes rencontrées, à l'interface entre l'*incarnation* et la *distance*.

D'une part, il y a incorporation de normes et pratiques sanitaires de maternage véhiculées par le dispositif de santé, et donc d'une certaine intégration au modèle proposé par le dispositif de leur pratiques sur soi et sur l'enfant, un enrôlement à la sollicitude sanitaire des femmes de milieu populaire. Dans ce sens, les femmes incarnent le rôle sanitaire qui leur a été assigné, tel que nous l'avons vu dans le processus de *« sanitarisation de la perception interne »*, les pratiques sur soi et sur l'enfant. L'incorporation prend ici le sens donné par Bourdieu où la répétition de gestes, attitudes et comportements est liée à la reproduction sociale et répond à la constitution d'un ordre social. Le rôle maternel prend ici une allure fonctionnaliste et normative.

Cependant, l'enrôlement n'est pas « embrigadement ». Le *« rôle maternel incarné »* prend aussi en compte le fait que dans toute répétition il y a aussi un écart – suivant l'approche de Judith Butler[624] – les femmes de milieu populaire incarnent le rôle maternel demandé par le dispositif mais en le faisant elles le déplacent. Ainsi comme il y a une *performativité* de genre, c'est-à-dire une *« stylisation répétée des corps »* (Butler, 2006 : 264) par le genre, il y a aussi une *performativité de la sollicitude* (Fabienne Brugère, 2009). Nous pourrions ainsi dire qu'il y a une *« stylisation répétée de la sollicitude »*. Si nous poussons encore plus loin ce rapprochement, à l'instar du genre, qui est *« une norme que l'on ne parvient jamais à intérioriser »* (Butler, 2006 : 265), la sollicitude sera elle aussi *« impossible à incarner »* (*op.cit* : 265) complètement dans les termes du dispositif. Le rôle n'est donc pas un déguisement que l'on quitte pour, occasionnellement, le remettre à nouveau et rejouer à la « bonne maman » face au dispositif de santé publique. La distance au rôle se produit justement quand il y a quelqu'un qui l'incarne, le revêt et l'habite. Martuccelli lui-même semble avoir vu cela, lorsqu'il affirme que : *« Plus on 'est' son rôle, plus on finit par le jouer d'une manière particulière. Plus on se prend au jeu, et plus on se prend au 'sérieux' »*

[624] En même temps que ces dispositifs s'inscrivent dans les corps ceux-ci deviennent la principale ressource mobilisée par les femmes pour faire face aux injonctions du pouvoir. L'émancipation ne supposerait pas une « désincorporation » de dispositions (au sens de Bourdieu) ni une distance par rapport au corps (qui pourrait être la vision de Jacques Rancière) mais elle s'appuie justement sur lui, car il n'est pas une substance corporelle mais un « processus en mouvement » (Butler), capable de déplacer les normes qui le guident dans son seul mouvement.

(Martuccelli, 2002 : 211). Autrement dit, la subjectivation des mères ne passe ni par une désincorporation ni par une distance à l'enrôlement sanitaire mais par le fait justement de jouer ce rôle à leur manière.

Figure 28: Une femme et son enfant à Pantanal. © A. Faya Robles.

Si nous admettons qu'incarner un rôle c'est incarner des pratiques et des discours particuliers, la subjectivation liée à ce rôle ouvre la possibilité d'incarner d'autres pratiques et d'autres discours, de sortir de la position assignée. Mais elle sera toujours possible à partir des relations avec les autres, car elles sont au centre de la subjectivation.

Inextricablement, ces relations produisent de nouvelles normes. Le « rôle maternel incarné » ne se sépare donc pas des normes hétéroclites qui le constituent, mais elles sont réarticulées par et dans les corps des femmes. Ainsi, la nouveauté émergente n'est pas en dehors des normes sociales, c'est, au contraire, dans la possibilité de jeu que l'attachement à des normes hétéroclites ouvre, que les femmes de milieu populaire à

Recife construisent leur manières d'être « mère » et peuvent toujours en construire d'autres.

4- Quelques considérations finales.

En récapitulant les résultats de cette recherche, trois points sont à souligner.

D'abord, l'émergence de nouvelles formes de régulation des comportements des personnes de milieu populaire face à la santé, et notamment des femmes. Le dispositif de santé publique au Brésil exerce ces régulations de manière de plus en plus systématique, continuelle et efficace. Les techniques privilégiées de la régulation sont celles respectueuses de la « nature humaine », des cultures « différentes », de l'autonomie du patient et de « l'humanisation » du traitement. La particularité de ce changement au Brésil est le fait qu'il s'opère de manière simultanée à l'élargissement du système de santé publique lui-même, arrivant ainsi aux populations auparavant délaissées. Il n'y a pas d'expansion du dispositif médical puis remplacement par le dispositif d'humanisation. Il y a élargissement d'un dispositif sanitaire tourbillonné en lui-même par ces deux modes de régulation.

Le deuxième point montré par la recherche est le fait que ces modes de régulations produisent des processus d'individuation de l'expérience de la maternité en milieu populaire à Recife. Les femmes sont amenées à construire une expérience biologisée et corporelle du lien de filiation. Ces demandes trouvent néanmoins des arrangements dans l'expérience de la maternité des femmes, construite à partir de leur corps relationnel et dans leur réseau. À cette expérience tiraillée entre individualisation et mise en réseau correspond un mode de subjectivation qui se construit autour du rôle de ces femmes dans la société brésilienne actuelle, le *« rôle maternel incarné »*, lequel constitue le troisième point mis en exergue.

Plusieurs questions, restées en suspens dans cette recherche, peuvent être soulevées.
Concernant la manière dont nous avons envisagé le dispositif de santé publique, nous avons privilégié une vision depuis l'expérience des femmes de milieu populaire. L'axe

étant les relations entre les femmes et le dispositif, ce dernier a souvent été montré de manière monolithique. Nous n'avons pas pu effectuer une incursion approfondie dans les processus de construction des instruments gouvernementaux et de mise en place des politiques publiques, ni dans les conflits et les arrangements se jouant à l'intérieur du dispositif. Cependant, nous avons pu faire une description des processus historiques de la construction du dispositif de santé publique ainsi que nous avons pu repérer les enjeux majeurs se jouant entre « médicalisation » et « humanisation » et avancer ainsi l'idée de son caractère hétéroclite, complexe et éclaté – dont le fait qu'il incorpore les grandes orientations d'organisations internationales comme la BID, l'OMS ou l'UNICEF et, en même temps l'action des ONGs locales et des mouvements sociaux. Au *« déclin de l'institution »* correspond ainsi la reconfiguration de dispositifs de régulation.

La sollicitation d'un surinvestissement du corps féminin dans la construction du lien de filiation dans un espace de régulation et de normalisation des pratiques, qui a été mise en relief dans cette thèse, nous amène à poser la question des expériences radiées de cet espace. Nous en avons dégagé trois, l'avortement, la stérilisation et la mort de l'enfant ; cependant d'autres expériences auraient pu aider à la compréhension du périmètre du dispositif de régulation. Ce qu'il cherche à inclure dans ses compétences, et ce qu'il cherche à exclure. De même, il y a des demandes de reconnaissance et de demandes de prise en charge qui lui sont adressées et qui font que le dispositif de santé change lui-même. Nous pensons particulièrement aux expériences des femmes vivant des relations homosexuelles, mères biologiques ou non des enfants, aux modes de normalisation des relations de filiation et aux particularités de leur relation avec les services de santé ainsi que les possibles spécificités de leurs réseaux d'entraide.

Concernant d'autres vécus maternels, nous pensons aussi au cas des femmes-mères porteuses du VIH, ou d'autres maladies à *« métaphores »* (Susan Sontag, 1989), et aux formes de régulation mises en place pour ces femmes. Nous en avons parlé très rapidement au moment de la prise en charge de la grossesse en tant que « grossesses à haut risque ». Cependant, nous n'avions pas suffisamment de données empiriques concernant ces femmes pour avancer des analyses sur leur expérience de la maternité en conjonction avec celle de la maladie. De plus, plusieurs programmes de santé publique sont apparus au Brésil pour limiter la « transmission verticale ». Celle-ci est

une piste à poursuivre pour de futures recherches, car elle ouvre des perspectives d'analyse intéressantes concernant les effets de ces programmes sur le lien de filiation et l'expérience de la maternité chez les femmes. Ainsi on pourrait se demander quelle maternité *incarnent* ces femmes et quel rôle sont-elles appelées à jouer.

La place des hommes dans l'expérience maternelle a été mise en évidence. Nous avons vu qu'il n'y avait pas que des enfants qui circulaient dans les familles des femmes de milieu populaire, il y avait aussi des hommes. Ainsi, plutôt que d'y voir une « absence », nous pouvons concevoir une expérience particulière de la paternité, liée à cette circulation. Nous aurions pu nous demander quelle expérience de la paternité se dessine-t-elle dans la circulation. Quelles sont les négociations à l'intérieur des familles matrifocales ? Quelle place est-elle accordée à cette relation de filiation ? Il faudrait aussi rétablir pour ces « pères circulants » la question du dispositif de santé publique, un dispositif qui construit ses actions sur une base territorialisée et qui privilégie, à l'intérieur des familles, le binôme « mère-enfant » comme unité de régulation.

La circulation des mères a été entrevue dans cette thèse, à travers les conflits engendrés avec le dispositif de santé publique. Cependant, nous n'avons pas effectué les « observations transhumantes » prévues initialement. Aussi, avons-nous progressivement perdu dans le parcours de cette recherche la dimension spatiale de l'expérience de la maternité. Or, non seulement l'observation de l'expérience dans la circulation permettrait de désenclaver la vision domestique et « communautaire » de la maternité des femmes de milieu populaire, mais elle permettrait aussi de (re)cartographier la ville de Recife à partir des réseaux, des échanges et des relations. Une entrée par la circulation permet non seulement de sortir du dogme d'une *« ville coupée en deux »* (Valladares, 2006 :13), mais aussi d'élargir l'observation à d'autres niveaux de spatialité, au niveau national et international. Dans ce cas, c'est peut-être par la mobilité des femmes de la région et par la circulation, et non pas par la comparaison, que le chemin brésilien nous ramènera en Argentine. « Par le haut » – organismes internationaux, Organisation Panaméricaine de la Santé, groupes de travail Mercosur sur la santé, etc. – les changements sont déjà à l'œuvre.

Bibliographie Générale

ABREU Domingos. *No bico da cegonha. Historias de adoção e da adoção internacional no Brasil*, Rio de Janeiro, Relume Dumara, 2002.

ANDRIEU Bernard. « Quelle épistémologie du corps ? », *Corps. Revue Interdisciplinaire*, n1, 2006*a*, pp. 13-21.

ANDRIEU Bernard. « Entretien avec Georges Vigarello », *Corps. Revue Interdisciplinaire*, n1, 2006*b*, pp. 5-10

ANJOS (Dos) Gabriele. "Liderança de mulheres em pastorais e comunidades católicas e suas retribuições", *Cadernos. Pagu*, n.31, 2008, pp 509-534.

ARIÈS Philippe. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Le Seuil, 1973 (1960).

ARIÈS Philippe. « La famille », *in* DELACAMPAGNE Christian et MAGGIORI Robert (eds.), *Philosopher*, Paris, Fayard, 1980, pp 220-227.

ARRETCHE Marta. "Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia", *Ciências & saúde coletiva* , vol.8, n.2, 2003, pp 331-345.

AUGE Marc. *Non lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*, Paris, Seuil, 1992.

AUGE Marc. *Pour une anthropologie des mondes contemporains*, Paris, Flammarion, 1994.

BAJOS Nathalie ; FERRAND Michelle. « L'avortement à l'âge de la raison », *Mouvements*, n°17, Sept-oct. 2001, pp 99-105.

BAJOS Nathalie ; FERRAND Michelle et équipe GINE, *De la conception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Éd. INSERM, 2002.

BAJOS Nathalie ; FERRAND Michelle. « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 22, n°3, 2004, pp 117-142

BAJOS Nathalie ; FERRAND Michèle. « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative ». *Sociétés contemporaines*, n° 61, 2006 *a*, pp 91-117.

BAJOS Nathalie ; FERRAND Michelle. « La condition fœtale n'est pas la condition humaine », *Travail, genre et sociétés*, La découverte, n°15, 2006 *b*, pp161-190.

BAJOS Nathalie ; FERRAND Michelle. « Les pièges de la nouvelle maternité », *Nouveaux Regards*, Inst.FSU, n°36, 2007, pp 34-38.

BANDEIRA DE MELO Patricia. "Megapole Recife: cultura, pós-modernidade e cidadania", *Ciberlegenda* [en ligne], n°11, 2003, disponible sur: http://www.uff.br/ciberlegenda/

BARBOSA Liva Neves de H. "The Brazilian Jeitinho : An Exercise in National Identity", Da Matta Roberto ; Hess Davis (eds.), *The Brazilian Puzzle : Culture on the Borderlands of the Western World*, Columbia University Press, New York, 1995, pp 35-48.

BARBOSA Regina Maria; KOYAMA; Mitti Ayako Hara ; GRUPO DE ESTUDOS EM POPULACAO, SEXUALIDADE E AIDS. “Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres. Brasil 1998 e 2005”, *Revista de Saúde Pública*, vol.42, n°1, 2008, pp. 21-33.

BARRÈRE-MAURISSON Marie-Agnès. « Familialisme, Féminisme et Parentalisme: Trois âges de la régulation sociale », *Cahiers du CES* [en ligne], n°43, 2007, disponible sur : http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00175883/fr.

BARROS Luiz Felipe. *A família DINC no Brasil 1996-2006: uma análise sóciodemográfica e de gênero*, (sous la direction du Prof. José Eustáquio Diniz Alves), Master en Sciences statistiques, Ence/IBGE, Rio de Janeiro, 2009.

BARROS SILVA Pedro Luis. “A politica de saúde no Brasil e suas repercussões no Estado de São Paulo nos anos 70: uma tentativa de sintese”, *Cadernos Fundap*, n°7, 1983, São Paulo, pp. 4-11.

BASTARD Benoît. « Une nouvelle police de la parentalité ? » *Enfances, Familles, Générations*, n 5, 2006, pp. 11-21.

BASTIDE Roger. *Images du Nordeste mystique en noir et blanc*, Paris, Actes Sud, 1995 (1945).

BATAILLON Claude. « La ville et l’Amérique Latine », *Problèmes de l’Amérique Latine*, n° 14, juillet-septembre, 1994, pp. 7-12.

BATAILLON Claude ; GILARD Jacques. *La grande ville en Amérique latine*, Éd. du CNRS, CRPT, Toulouse, 1998.

BAUMAN, Zygmunt. *Postmodern Ethics*. Blackwell Publishers, Oxford, 1993.

BAUMAN Zygmunt. *L’amour liquide. De la fragilité des liens entre les homme*s, Éd. du Rouergue, Paris, 2004.

BAUMAN Zygmunt. *La société assiégée*, Paris, Hachette, 2005.

BEAUVOIR (De) Simonne. *Le deuxième sexe. I. Les faits et les mythes*, Gallimard, Paris, 1986 (1949).

BECK Ulrick. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Flamarion, Paris, 2001.

BERLIVET Luc. « Déchiffrer la maladie†», *in* DOZON J.P et FASSIN D, *Critique de la santé publique Une approche anthropologique*, Éd. Ballan, Paris, 2001, pp. 75-102.

BERLIVET Luc. « Une biopolitique de l’éducation pour la santé : la fabrique des campagnes de prévention », in MEMMI D. ; FASSIN D. (eds.), *Le Gouvernement des corps*, Éditions de l’EHESS, Paris, 2004, pp. 37-75.

BERNAND Carmen. « Du côté de chez elles », *Socio-Anthropologie* [En ligne], n°3, 1998, disponible sur : http://socio-anthropologie.revues.org/index16.html.

BERQUE Augustin. « Lieu’ 1. », *EspacesTemps.net*, Il paraît, 19.03.2003 disponible sur : http://espacestemps.net/document408.html.

BERQUO Elza. “Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica”, *in* NOVAIS F.A. (coord.); SCHWARCZ L.M (org.), *História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea*, v.4, Companhia das Letras, São Paulo, 1998, pp. 412-438.

BERTHELOT Jean-Michel. « Corps et Société. Problèmes méthodologiques posés par une approche sociologique du corps », *Cahiers internationaux de sociologie*, n 74, 1983, pp. 119-131.

BERTHELOT Jean-Michel. « Le Discours sociologique et le corps », *Quel corps ?*, n°34-35, 1988, pp.72-83.

BERTHELOT Jean-Michel. « Note de lecture » de DUBET François, Sociologie de l’expérience, *Revue Française de sociologie*, 1996, pp. 173-176.

BESTARD Joan. « Parenté, ethnicité, race et nation : sur les différents modes de partage de substances biogénétiques », *Incidence*, n°1, 2005, pp. 141-148.

BEUSCART Jean-Samuel ; PEERBAYE Ashveen. « Histoires de dispositifs », *Terrains & travaux*, n. 11, v.2, 2006, pp. 3-15.

BILAC Elisabete ; BALTAR DA ROCHA Maria Isabel. *Saúde reprodutiva na America Latina e no Caraibe. Temas e Problemas*, Editora 34, Campinas, 1998.

BILAC Elisabete Doria. « Plus ça change... compte-rendu de THERBORN, Göran ». *Revista brasileira de Estudos de População*, v. 21, n. 1, 2004, pp. 161-166.

BITOUN Jan. « Recife: Cinquante Ans d'interprétation Géographique », *Travaux de l'Institut de Géographie de Reims*, n 89-90, 1994, pp. 25-43.

BITOUN Jan. « Territoires du dialogue : les mots de la ville et les défis de la gestion participative a Recife », *Géocarrefour*, vol. 81, n 3, 2006, pp. 217-222.

BOLTANSKI Luc. « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, n 1, 1971. pp. 205-233.

BOLTANSKI Luc ; THÉVENOT Laurent. *De la justification : les économies de la grandeur*, Gallimard, Paris, 1991.

BOLTANSKI Luc ; CHIAPELLO Ève. *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 1999.

BOLTANSKI Luc. *La condition fœtale. Une sociologie de l’engendrement et de l’avortement*. Gallimard, Paris, 2004.

BONNET Doris ; LE GRAND-SEBILLE Catherine ; MOREL Marie-France (eds.). *Allaitements en marge*, L’Harmattan, Paris, 2002.

BOURDIEU Pierre ; DARBEL Alain. « La fin du Malthusianisme? », *Le partage des bénéfices. Expansion et inégalités en France*, Éditions de Minuit, Paris, 1966, pp. 135-152.

BOURDIEU Pierre. *La distinction. Critique sociale du jugement*, Éditions de Minuit, Paris, 1979.

BOURDIEU Pierre. *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Libre examen, 1992.

BOURDIEU Pierre. « À propos de la famille comme catégorie réalisée », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 1, 1993, pp. 32-36.

BOURDIEU Pierre. *La domination masculine*, Le Seuil, Paris, 1998.

BOURDIEU Pierre. *Questions de sociologie*, Éditions de Minuit, 2002 (1980).

BOZON Michel. « Orientations intimes et construction de soi. Pluralités et divergences dans les expressions de la sexualité », *Sociétés contemporaines*, n° 41-42, Paris, 2001, pp.11-40.

BOZON Michel. *Sociologie de la sexualité*, Nathan, Paris, 2002.

BOZON Michel. « L'évolution des scénarios de la vie reproductive des femmes au Brésil. Médicalisation, genre et inégalités sociales », *Tiers-Monde*. n°182, v. 46, 2005, pp. 359-384.

BRAVO Maria Inês Souza. "Política de Saúde no Brasil", *in* MOTA, A. E ; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; *et al*. (eds) *Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional*. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS, Cortez, São Paulo, 2006, pp, 1-24.

BRUGERE Fabienne, *Le Sexe de la sollicitude*, Le Seuil, 2008.

BRUGÈRE Fabienne ; LE BLANC Guillaume (eds). *Judith Butler. Trouble dans le sujet, trouble dans les norme*s, Ed. PUF, Paris, 2009.

BRUNO Luise. « Habiter au Brésil », *Cahiers du Brésil Contemporain*, 1999, n°37, pp19-31.

BUARQUE DE HOLANDA Sérgio. *Raízes do Brasil*. Companhia das Letras, São Paulo, 1999.

BUCHABQUI Jorge Alberto; CAPP Edison; FERREIRA Jair. "Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil", *Revista. Brasileira de Saúde Materna-Infantil*, n 6 (1), 2006, Recife, pp: 23-29.

BURGESS Ernest. *La familia en una sociedad que cambia*, CLACSO, Bogotá, 2007(1948).

BUTLER Judith. *La vie psychique du pouvoir*, Éd. Léo Scheer, Paris, 2002.

BUTLER Judith. *Le pouvoir des mots. Discours de haine et politique du performatif*, Éd. Amsterdam, Paris, 2004.

BUTLER Judith. *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*, La découverte, Paris, 2006.

BUTLER Judith. *Ces corps qui comptent. De la matérialité et des limites discursives du « sexe »*, Éd. Amsterdam, Paris, 2008.

BUTTO Andrea ; MENESES SILVA Josineide. *Gênero e gravidez na adolescência: a antropologia numa experiência aplicada*. Document academique Nucléo FAGES/UFPE, Travail présenté dans la V rencontre d'anthropologues du Nord et du Nordeste, Recife du 25 au 28 mai 1997.

BUTTO Andrea ; MENESES SILVA Josineide. “Representações sociais da sexualidade e da reprodução na adolescência e os serviços de saúde em São Domingos, Brejo da Madre de Deus, Pernambuco”, *Anthropologia*., vol.9, 1999, p.86-97.

CALPAS Éric. « Les femmes chefs de famille : spécificités du milieu urbain », in BISILLIAT Jeanne (ed). *Femmes du sud, chefs de famille*, Karthala, 1996.

CALVEZ Marcel. « Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida », in DOZON Jean-Pierre et FASSIN Didier (ed) *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, 2001, pp : 127-143.

CAMPOS Roberta ; HOFFNAGEL Judith (ed). *Pensando família, gênero e sexualidade,* Ed. Universitaria da UFPE, Recife, 2006.

CANDIDO Antonio. *A família brasileira*, polycopié du cours de Sociologie Iº, 2º semestre, Campinas, Unicamp, 1974.

CARRICABURU Danielle ; MENORET Marie. *Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies,* Armand Colin, Paris, 2004.

CARVALHO FILHO (De) Benedito José. *Marcas de família, travessias no tempo*, Ed. Anna Blume, São Paulo, 2000.

CARY Paul. *La politique introuvable? Expériences participatives à Recife (Brésil),* L'Harmattan, Paris, 2007.

CASTEL Robert. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat,* Fayard, Paris, 1995.

CASTELAIN-MEUNIER Christine *La paternité*, Paris, PUF, Que sais-je, n° 3229. 1997.

CASTELAIN-MEUNIER Christine. *La place des hommes et les métamorphoses de la famille,* Paris, PUF, 2004.

CASTELLS Manuel. *La question Urbaine,* Éditions Maspero, Paris, 1972.

CASTELLS Manuel. *L’ère de l’information*, Tome I : « La société en réseaux », Fayard, 1998.

CASTELLS Manuel. *L’ère de l’information*, Tome II : « Le pouvoir de l’identité » Fayard, Paris, 1999.

CASTIEL Luis David. “Vivendo entre exposições e agravos : teoria da relatividade do risco”, *Manguinhos*, vol II (2), Jul-aout, 1996, pp 237-264.

CERTEAU (De) Michel. *L’invention du quotidien,* T1, « Arts de faire », Gallimard, Paris, 2002 (1980).

CHARBONNEAU Johanne. « La maternité chez les adolescentes : certaines s'en sortent bien », *Recherche sociale*, CQRS, n 5/1, Québec, Avril 1998, pp. 3-5.

CHARBONNEAU Johanne. « Grossesse et maternité adolescentes : débats idéologiques et nouvelles perspectives d’analyse » in DESCARRIES F. ; CORBEIL C. (eds), *Espace et temps de la maternité*, Remue-ménage, Québec, 2002, pp. 177-214.

CHAUVIÈRE Michel. « Quand la parentalité devient un référentiel d'action publique ! », *Spirale*, n° 29, 2004, pp. 17-23.

CHAUVIÈRE Michel. « La parentalité comme catégorie de l'action publique », *Revue Informations sociales* n° 149, 2008, pp. 16-29.

CICCHELLI Vincenzo ; MAUNAYE Emmanuelle. « Significations de la responsabilité parentale à la naissance de l'enfant et après son adolescence », *Lien social et politiques*, n 46, 2001, pp. 85-96.

CLAUDE MATHIEU Nicole. *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Coté-Femmes, Paris, 1991.

CLIMENT Graciela. "La maternidad adolescente: una expresión de la cuestión social, el interjuego entre la exclusión social, la construcción de la subjetividad y las políticas públicas" *Revista Argentina de Sociología*, vol.1, no.1, 2003, pp.77-93.

COCCO Giuseppe et NEGRI Antonio. « Les modulations chromatiques du biopouvoir au Brésil », *Multitudes*, v. 4, n.23, 2005, pp. 53-61.

COENEN-HUTHER Jacques. « Heurs et malheurs du concept de rôle social », *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], n. 43, 2005, mis en ligne le 30 octobre 2009, disponible sur: http://ress.revues.org/328

COMMAILLE Jacques. *Misères de la famille, questions d'État*, Presses de Sciences-po, Paris, 1996.

CORBEIL Christine ; MARCHAND Isabelle. « Penser l'intervention féministe à l'aune de l'approche intersectionnelle : défis et enjeux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n.1, 2006, pp. 40-57.

COROSSACZ Ribeiro Valeria. *Identité nationale et procréation au Brésil : sexe, classe, race et stérilisation féminine*, L'harmattan, Paris, 2004.

CORRÊA Mariza. "Repensando a família patriarcal brasileira: notas para o estudo das formas de organização familiar no Brasil", in CORRÊA, M. (ed) *Colcha de retalhos: estudos sobre a família no Brasil.* 2. Éd. Editora da Unicamp, Campinas, 1993.

CORRÊA Sonia ; ÁVILA Maria Betania. *Causas e condições da esterilização feminina voluntária na Região Metropolitana do Recife*. Éd. SOS Corpo, Recife, 1983.

CORTES (De) Lima Rosa Maria. *A cidade autoconstruida*, (sous la direction de CARDOSO A.L et TORRES RIBEIRO A.C, thèse de doctorat en planification urbaine et regionale, Université federal de Rio de Janeiro, Centro de Ciencias juridicas e economicas, 2005.

COSTA (Da) Antonio Firmino, "Identidades culturais urbanas em época de globalização", in *Revista Brasileira de Ciencias Sociais*, fevrier 2002,vol17 n°48,pp 15-30.

COSTA (Da) Eda Maranhão Pessoa. *Expansão urbana e organização espacial. Recife*: Ed.Universitária da UFPE, 1982.

COSTA Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familial*, Ed.Graal, Rio de janeiro, 1999 (1985).

COSTA Nilma Dias Leão *et al*. “Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do Nordeste do Brasil”, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 2006, vol.28, n.7, pp. 388-396.

COSTA Nilson do Rosário “Inovação Política, Distributivismo e Crise: A Política de Saúde nos Anos 80 e 90”, *Dados* [online] , vol.39, n.3, 1996, disponible sur : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52581996000300007&script=sci_arttext

COUTRAS Jacqueline. *Crise urbaine et espaces sexués*, Armand Colin, Paris, 1996.

COUTRAS Jacqueline. *« La construction sexuée de l’espace urbain : le devoir spatial des femmes »*, Cahiers du Gedisst, Le Harmattan, Paris, 1997*a*.

COUTRAS Jacqueline. « La mobilité quotidienne et les inégalités de sexe à travers le prisme des statistiques », *Recherches féministes*, v.10, n.2, 1997*b*, pp. 77-90.

CROMER Sylvie. « Vie privée des filles et garçons : des socialisations toujours différentielles ? » in MARUANI M. (ed.) *Femmes, genre, et sociétés. L’état des savoirs*, La découverte, Paris, 2005, pp. 192-199.

DA MATTA Roberto. *O que Faz do brasil, Brasil?*, Ed. Rocco, Rio de Janeiro, 1986.

DA MATTA Roberto. *A casa e a rua. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*, Ed. Rocco, Rio de Janeiro, 1997.

DALSGAARD Anne Line. *Vida e esperanças. Esterilização feminina no Nordeste*. Editora da UNESP, São Paulo, 2006.

DARMON Muriel. *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, La Découverte, Paris, 2003.

DECHAUX Jean-Hugues. « La mort dans les sociétés modernes. La thèse de N. Elias à l’épreuve », *L’année sociologique*, vol.51, n.1, 2001, pp.161-183.

DELEUZE Gilles. *Foucault*, Éditions de Minuit, Paris, 2004(1986).

DELIEGE Robert. *Anthropologie de la famille et de la parenté*, Armand Collin, Paris, 2005.

DELPHY Christine**.** *L’Ennemi principal 1, Économie politique du patriarcat*, Syllepse, Paris, 1998.

DELPHY Christine. *L’ennemi principal. 2. Penser le genre*, Syllepse, Paris, 2001.

DELPHY Christine. « La maternité occidentale contemporaine : le cadre du désir d’enfant », in DESCARRIES F. ; CORBEIL C. (eds.), *Espaces et temps de la maternité*, Éditions Remue-ménage, Montréal, 2002, pp. 68-82.

DESCARRIES Francine ; CORBEIL Christine. « Entre discours et pratiques : l'évolution de la pensée féministe sur la maternité depuis 1960 », *Nouvelles Questions Féministes*, n.1, v.15, 1994, pp : 69-89.

DESCARRIES Francine ; CORBEIL Christine (eds.). *Espaces et temps de la maternité*, Éditions Remue-ménage, Montréal, 2002.

DINIZ Debora ; MEDEIROS Marcelo. “Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna”, *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 1, vol.15, 2010, pp. 959-966.

DINIZ Carmen Simone. “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento”, *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 3, v. 10, 2005, pp 627-637.

DODIER Nicolas ; CAMUS Agnès. « L’admission des malades. Histoire et pragmatique de l’accueil à l’hôpital », *Annales. Histoire Sciences Sociales*, n°4, 1997, pp. 733-763.

DONZELOT Jacques. « La nouvelle question urbaine », *Esprit*, n. 258, 1999, pp. 87-114.

DONZELOT Jacques. *La police des familles*, Éditions de minuit, Paris, 2005 (1977).

DORLIN Elsa. « Dark Care : de la servitude à la sollicitude », in LAUGIER S. ; PAPERMAN P. (eds.) *Le souci des autres : éthique et politique du care*, EHESS, Paris, 2006, pp. 87-97.

DORLIN Elsa. *Sexe, genre et sexualités : introduction à la théorie féministe*, PUF, Paris, 2008.

DOUGLAS Mary ; WILDAVSKY Aaron. *Risk and culture. An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*, University of California Press, London, 1983, pp. 193-196.

DOUGLAS Mary. *Comment pensent les institutions ?*, La découverte, Paris, 2004.

DOZON Jean Pierre. « Quatre modèles de prévention » in DOZON Jean Pierre ; FASSIN Didier (eds.). *Critique de la santé publique*, Éditions Balland, 2001, pp 23-46.

DRULHE Marcel. « Le travail émotionnel à l’épreuve de la transformation du système de soins » in FERNANDEZ F., LÉZÉ, S., MARCHE H (ed.) *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*, Éd. Economica-Anthropos, 2008, pp 21-51.

DUARTE Luis Fernando Diaz.“ Horizontes do indivíduo e da ética no crepúsculo da família”. in RIBEIRO Ivete (org.). *Família e Sociedade Brasileira: Desafios nos Processos Contemporâneos*. Fundação João XXIII, Rio de Janeiro, 1994, pp.23-41.

DUARTE Luis Fernando Diaz; LEAL Ondina. (eds.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas* Fiocruz,, Rio de janeiro, 1998.

DUBET François. *La galère: jeune en survie*, Fayard, Paris, 1987.

DUBET François. *Sociologie de l’expérience*, Le Seuil, Paris, 1994.

DUBET François, *Le déclin de l'Institution*, Le Seuil, Paris, 2002.

DUBET François. « Pour une conception dialogique de l’individu », *EspacesTemps*.net. Textuel [en ligne], 21.06.2005, disponible sur : http://espacestemps.net/document1438.html

DUBET François. « La place de l’institution aujourd’hui », *Enfances & PSY*, n. 40.v.3 2008, pp. 29-34.

DUBET François. *Le travail des sociétés*, Le Seuil, Paris, 2009.

DUBET François. « L'individu emboîté et l'individu projeté », in CORCUFF Philippe ; LE BART Christian ; SINGLY (de) François (eds.) *L'individu Aujourd'hui. Débats sociologiques et contrepoints philosophiques*, Ed. PUR, Rennes, 2010 *a*, pp. 267-254.

DUBET François. « Déclin de l'institution ou néolibéralisme ? », *Revue Éducation et société*, n. 25, 2010 *b*, pp : 17-34.

DURAND Véronique. « Grossesse à l'adolescence. Une population à la marge sociale à Recife (Brésil) », *Lusotopie*, n°12, 2005, pp161-173.

DURKHEIM Émile. « La famille conjugale», in KARADY Victor (ed.) *Émile Durkheim, Textes. 3. Fonctions sociales et institutions*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1975 (1892), pp. 35- 49.

DURU-BELLAT Marie. « Filles et garçons à l'école: approches sociologiques et psycho-sociales », *Revue française de pédagogie*, n°109, 1994, pp.111-141.

EIDELIMAN Jean-Sébastien. « Les anthropologues et l'idéologie du sang. Comment définir la famille ? », *CNAF, Informations sociales*, n. 139. v. 3, 2007, pp 66-77.

ELIAS Norbert. *La Civilisation des mœurs*, Agora Pocket, Paris, 2003(1973).

ELIAS Norbert. *Qu'est-ce que c'est la sociologie ?*, Agora Pocket, Paris, 1991.

ESPING-ANDERSEN Gøsta. *Fundamentos sociales de las economías postindustriales. Barcelona*, Ed. Ariel, 2000.

FALQUET, J. ; HIRATA, H. ; KERGOAT, D. ; LABARI. B. ; LE FEUVRE, N. ; SOW, F. (eds.). *Le sexe de la mondialisation : Genre, classe, race et nouvelle division du travail*, Editions de Sciences Po, Paris, 2010.

FARIA Vilmar ; POTTER Joseph. « Televisão, telenovelas e queda de fecundidade no Nordeste », *Novos estudos*, n°62, 1994, pp 21-39.

FASSIN Didier, « Le corps exposé. Essai d'économie morale de l'illégitimité », in MEMMI D. FASSIN D. (eds.), *Le Gouvernements des corps* Éditions de l'EHESS, 2004, pp.237-265.

FASSIN Didier. « Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux États-Unis et en Amérique latine », *Revue française de sociologie*, n. 37, v.1, 1996, pp. 37-75.

FASSIN Didier. « Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, Québec, n° 24- 1, 2000, pp. 95-116.

FAURE Sylvia. « Les politiques du corps visant les milieux populaires », *Lien social et politiques*, n.59, 2008, pp. 33-45.

FAYA ROBLES Alfonsina. *Les mères de San Pantaleón. Patriarcat et identité*, (sous la direction de PERALVA A.), mémoire de maîtrise de sociologie, UTM, Toulouse, 2004.

FAYA ROBLES Alfonsina. *L'expérience de la maternité en milieu populaire urbain*, (sous la direction de PERALVA A.), mémoire de DEA en sociologie, UTM, Toulouse, 2005.

FAYA ROBLES Alfonsina. « 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*, n. 59, 2008, pp. 115-124.

FAYA ROBLES Alfonsina. « 'Lier ou ne pas lier' : choix contraceptif et stérilisation chez des femmes en milieu populaire urbain du Nord-est brésilien », *Autrepart*, n. 51, 2009, pp 57-73.

FERRAND Michèle. *La parentalité aujourd'hui*, conférence dictée à l'UTM (document personnel), Toulouse, 19/01/2004.

FERREIRA Jacqueline. « Entre assistance et promotion de la santé : vicissitudes et ambiguïtés de l'intervention humanitaire au Brésil », *Anthropologie et Sociétés*, v. 31, n. 2, 2007, pp : 133-150.

FINE Agnès, « Écritures féminines et rites de passage », *Revue Communications*, n.1,v.70, 2000, pp. 121-142.

FINE Agnès. « Pluriparentalité et système de filiation dans la société occidentale », in LE GALL D., BETTAHAR Y., (eds.), *La pluriparentalité*, PUF, Paris, 2001, pp. 69-93.

FINE Agnès. « Qu'est-ce qu'un parent ? Pluriparentalités, genre et système de filiation dans les sociétés occidentales », *Spirale*, n. 21, v.1, 2002, pp.19-43.

FINE Agnès. « "Valence différentielle des sexes" et/ou "domination masculine" ? », *Travail, genre et sociétés*, n.10, v. 2, 2003, pp.174-180.

FINE Agnès ; MOULINIÉ Véronique ; SANGOÏ Jean-Claude. « De mère en fille. La transmission de la fécondité », *L'Homme, n.*191, 2009, pp 37-76.

FINE Agnès ; MARTIAL Agnès. « Vers une naturalisation de la filiation ? », *Genèses*, n. 78, v.1, 2010, pp.121-134.

FISCHER Martina Eva. "Imagem em gestação: a publicidade no controle da fertilidade feminina", *Unirevista* [en ligne], vol. 1, n°3, 2006, disponible sur: http://www.unirevista.unisinos.br/_pdf/UNIrev_Fischer.PDF

FONSECA Claudia. « La circulation des enfants pauvres au Brésil : Une pratique locale dans un monde globalisé », *Anthropologies et Sociétés*, n. 3, v.24, 2000*a*, pp 53-73.

FONSECA Claudia. *Família, fofoca e honra: a etnografia de violência e relações de gênero em grupos populares*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2000*b*.

FONSECA Claudia. "Ser mulher, mãe e pobre", in DEL PRIORE Mary (ed.) *História das mulheres no Brasil*, ed. Contexto, São Paulo, 2004. pp. 510-553.

FONSECA Claudia. "Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica", *Saúde e sociedade*, n. 2, v.14, 2005, pp.50-59.

FONSECA Claudia."Apresentação: de família, reprodução e parentesco: algumas considerações", *Cadernos Pagu*, n. 29, 2007, pp. 9-26.

FORTES Meyer. "Introduction", in GOODY Jack. *The development cycle in domestic groups*, Éd. Cambridge University Press, London, 1958, pp. 1-14.

FORTES Paulo Antonio ; SPINETTI Simoni Ribeiro. “O Agente comunitario de saúde e a privacidade dos usuarios”, *Caderno de Saúde Pública*, n.5, v. 20, 2004, pp:1328-1333.

FOUCART Jean. « Accompagnement et transaction : une modélisation théorique », *Pensée plurielle*, n. 17, v. 1, 2008, pp. 113-134.

FOUCAULT Michel. *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, PUF, Paris, 1963.

FOUCAULT Michel. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris, 1975.

FOUCAULT Michel. *Histoire de la sexualité*, Tome I: *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976.

FOUCAULT Michel. *Histoire de la sexualité*, Tome III : *Le souci de soi*, Gallimard, Paris, 1984.

FOUCAULT Michel. *Dits et écris*, Tome IV, 1980-1988, Gallimard, Paris, 2001.

FOUCAULT Michel. *Naissance de la biopolitique : Cours au collège de France (1978-1979)*, Gallimard/ Le Seuil, Paris, 2004.

FOUCAULT Michel. *Sécurité, territoire, population : Cours au Collège de France (1977-1978)*, Gallimard/Le Seuil, Paris, 2004.

FREYRE Gilberto. *Maîtres et esclaves. La formation de la société brésilienne*, Paris, Gallimard, 2005(1933).

FULLER Norma. *Dilemas de la feminidad*, Fondo Editorial de la Pontifica Universidad Católica del Perú, Lima, 1993.

FULLER Norma. “Los estudios de genero en el ámbito sudamericano”, *Revista ALAS. Asociación latinoamericana de Sociología* [en ligne], nov. 2000, disponible sur: http://www.udec.cl/~alas/revista/portada.htm

GARCIA CANCLINI Néstor. “Culturas urbanas de fin de siglo: la mirada antropológica”, *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, n. 153, 1997, pp. 10-17.

GARCIA CANCLINI Néstor. *Culturas hibridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, Paidos, Madrid, 2001.

GAUTIER Arlette. « Les droits reproductifs, une quatrième génération de droits ? », *Autrepart*, n. 15, 2000, pp. 167-180.

GAUTIER Arlette. « Les politiques de planification familiale dans les pays en développement: du malthusianisme au féminisme ? », *Lien social et politiques*, n°47, 2002, pp 67-81.

GERMANI Gino. “El concepto de marginalidad: significado, raíces históricas y cuestiones teóricas, con particular referencia a la marginalidad urbana”*;* in *Colección fichas: Nº 29. Nueva Visión*, Buenos Aires, 1973.

GIFFIN Karen ; HAWKER COSTA Sarah. (eds.) *Questões da saúde reprodutiva*, Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.

GODELIER Maurice. *Métamorphoses de la parenté*, Fayard, Paris, 2004.

GODELIER Maurice ; MINGASSON Lise. « Actualité de la parenté dans une perspective anthropologique », *Informations Sociales*, CAF, n.131, v.3, 2006, pp. 22-28.

GOFFMAN Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Éd. de Minuit, Paris, 1968.

GOFFMAN, Erving. *La mise en scène de la vie quotidienne*, Tome 1 (1996) et Tome 2, Éd. de Minuit, Paris, 2000 (1973).

GOODY Esther. *Parenthood and social reproduction. Fostering and occupational roles in West Africa*, Cambridge, Cambridge University Press, 1982.

GOODY Jack. *The Developmental Cycle in Domestic Groups*, Cambridge Paper in Social Anthropology n°1, Cambridge, 1971 (1958).

GRAFMEYER Yves. *Sociologie urbaine*, Nathan, Paris, 1994.

GROSSETTI Michel ; BES Marie Pierre. « Dynamiques des réseaux et des cercles. Encastrements et découplages », *Revue d'économie industrielle*, n. 103, 2003, pp 43-58.

GROSSI Miriam. "Gênero e Parentesco: familias gays e lesbicas no Brasil", *Cadernos Pagu*, n. 21, 2003, pp 261-280.

GUILLAUMIN Colette. *Sexe, Race et Pratique du pouvoir. L'idée de Nature*, Paris, Côté-femmes, 1992.

HEILBORN Maria Luiza. "Construção de si, gênero e sexualidade", in HEILBORN Maria Luiza. (ed.) *Sexualidade. O olhar das ciências sociais*, Ed.Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1999, pp 40-58.

HEILBORN Maria Luiza et *al*. "Aproximações socioantropologicas sobre a gravidez na adolescência », *Horizontes Antropológicos*, n. 17, ano 8, Porto Alegre, 2002, pp. 13-45.

HÉRITIER Françoise. « La cuisse de Jupiter. Réflexions sur les nouveaux modes de procréation », *L'Homme*, n. 94, v. 25, 1985, pp 5-22.

HÉRITIER Françoise. *L'exercice de la parenté*, Gallimard, Paris, 1981.

HÉRITIER Françoise. *Masculin/ Féminin. La pensée de la différence*. Odile Jacob, Paris, 1996.

HÉRITIER Françoise. « Le corps dans le corset du sens », *Champ Psychosomatique*, n. 42, v.2, 2006, pp. 39-54.

HISLOP Jenny, et ARBER Sara, "Understanding women's sleep management: beyond medicalization-healthicization?", *Sociology of Health & Illness*, n.25, v.7, 2003, pp. 815-837.

HITA Maria Gabriela; SILVA Maria das Graças. "Esterilização feminina no Nordeste brasileiro: Uma decisão voluntária?", in BILAC E. ; BALTAZAR DA ROCHA, *op. cit*.,1998, pp. 291-336.

HITA Maria Gabriela. “Família, pobreza urbana e saúde : na busca de relações mais plenas”, *Anthropológicas*, v.9, ano 4, 2001, pp.30-54.

IACUB Marcela. « Les enfants de la ménopause », in IACUB Marcela ; MANIGLIER Patrice (eds.), *Familles en scène. Bousculée, réinventée, toujours inattendue*, Autrement, Paris, 2003, pp. 104-115.

IACUB Marcela. *L’empire du ventre, pour une autre histoire de la maternité*, Fayard, Paris, 2004.

JACQUES Béatrice. « L’expérience de la maternité sous influence médicale », *Face à face*, n. 2, 2000, pp. 34-39.

JACQUES Béatrice. *Sociologie de l'accouchement*, PUF, Paris, 2007.

JACQUET Christine. “Urbanizaçao e emprego domestico”, *Revista Brasileira de Ciencias Sociais*, n. 52, v.18, 2003, pp. 125-138.

JACQUET Christine; DA COSTA Livia Fialho. “As praticas educativas nas familias recompostas: notas preliminares” *Sociedade e cultura*, n. 2, v.7, Goiais, 2004, pp. 179-189.

JODELET Denise. « Le sein laitier : plaisir contre pudeur ? », *Communications*, n.46, 1987, pp. 229-244.

JONAS Hans. *Le Principe responsabilité*, Paris, Flammarion. 1998.

JONAS Nicolas ; LE PAPE Marie-Clemence. « Famille ou belle-famille ? La matrilatéralité des échanges au sein de la parenté », *SociologieS*, AISLF, 2007, pp 1-14.

JOSEPH Isaac. *Disciplines à domicile, les dispositifs de normalisation de la famille*, Ed. Recherches, n°28, 1977.

JOSEPH Isaac ; QUERÉ Louis, « L’organisation sociale de l’expérience », *Revue Futur antérieur*, n.19-20, 1993, pp 137-150.

KAUFMANN Jean-Claude. « Socialisation éclatée et conflits dans les grands ensembles Rennais », *Norois*, n.112, 1981. pp. 629-638.

KAUFMANN Jean-Claude. *La trame conjugale. Analyse du couple par son linge*, Nathan, Paris, 1992.

KAUFMANN Jean-Claude. *Sociologie du couple*, PUF, Paris, 1993.

KIERMES Tavares Davi. “Cotidiano, morte e sociabilidade numa localidade de periferia de Recife”, *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, n.17, v. 6, 2007, pp. 551-575.

KLEIN Carin. *“Um cartão (que) mudou nossa vida?” Maternidades veiculadas/instituídas pelo Programa Nacional de Bolsa-Escola*, (sous la direction de MEYER Dagmar), mémoire de Master, PPGEDU/UFRGS, 2003.

KLEIN Carin. “A produção da maternidade no Programa Bolsa-Escola”, *Estudos Feministas*, Florianópolis, n. 1, v. 13, 2005, pp. 31-52.

KNIBIEHLER Yvonne. *La révolution maternelle depuis 1945*, Éditions Perrin, Paris, 1997

KNIBIEHLER Yvonne. *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Que sais-je? n. 3539, Paris, 2000.

KNIBIEHLER Yvonne (ed.). *Maternité, affaire privée, affaire publique*, Éditions Bayard, Paris, 2001.

KNIBIEHLER Yvonne; NEYRAND Gerard (eds.). *Maternité et parentalité*, Edition EHESP, Paris, 2004.

LACOSTE-DUJARDIN Camille. *Des mères contre des femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb*, La Découverte, Paris, 1996.

LAHIRE Bernard. *L'esprit sociologique*, La découverte, Paris, 2005.

LATOUR Bruno. *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*, La Découverte, Paris, 1991.

LATOUR Bruno. « Une sociologie sans objet ? Remarques sur l'interobjectivité », *Sociologie du Travail*, n. 4, 1994, pp. 587-607.

LE BLANC Guillaume. *Les maladies de l'homme normal*, Éditions du Passant, Paris, 2004.

LE FEUVRE Nicky. *Étude empirique et théorique des pratiques et des représentations de loisir chez les mères de famille en France*, Thèse en Sociologie sous al direction de Linda Hantrais, University of Aston. Birmingham, 1990.

LE FEUVRE Nicky. « Modes de vie et rapports sociaux de sexe : jeux et enjeux de l'analyse sociologique », *Temporalistes*, n. 30, 1995, pp. 5-9.

LE GALL Didier. (ed.) *Familles et politiques sociales*, L'harmattan, Paris, 1996.

LE GALL Didier; BETTAHAR Yamina (eds.). *La pluriparentalité*, PUF, Paris, 2001.

LE PAPE Marie-Clémence ; JONAS Nicolas ; VÉRON Bèrangère. « Au nom du sang : amour et filiations », *Informations Sociales*, n.144, 2007, pp.100-110.

LEAL Ondina; LEWGOY Bernardo. "Aborto: uma contribuição antropologica à discussão", *Revista Filosofia Politica*, NS, n. 2, 1998, pp: 173-195.

LEBRAS Hervé. « L'illusion familiale », in IACUB Marcela ; MANIGLIER Patrice (eds.), *Familles en scène. Bousculée, réinventée, toujours inattendue*, Autrement, Paris, 2003, pp 10-18.

LEGENDRE Pierre. *La fabrique de l'homme occidental*, Mille et une nuits, Paris, 2000.

LEMEL Yannick ; ROUDET Bernard (eds.). *Filles et garçons jusqu'à l'adolescence. Socialisation différentielle*, L'Harmattan, Paris, 1999.

LEMOS FERREIRA Guiomar. *"A Dimensão Política da Família na Sociedade Brasileira: O Conflito de Representações"*, (sous la direction de CERQUEIRA Filho Gisálio), Thèse en sciences politiques, Université Fluminense, Rio de janeiro, 1998.

LENOIR Remi. « Une évidence d'État : la famille », *Société & Représentations*, n.10, v. 2, 2000, pp. 399-426.

LENOIR Remi. « Famille et sexualité chez Michel Foucault », *Sociétés & Représentations*, n.22, 2006, pp. 189-214.

LERIDON Henri ; OUSTRY Pascale ; BAJOS Nathalie *et al*. « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population & sociétés*, INED, n. 381, 2002.

LEVILAIN Hervé. « Le parcours des âges au regard de la parentalité tardive. Régulation biographique et synchronisation négociée », *Le Portique* [En ligne], n. 21, 2008, mis en ligne le 05 juin 2010, disponible sur : http://leportique.revues.org/index1813.html

LEVI-STRAUSS Claude. *Les structures élémentaires de la parenté*, Mouton, Paris-La Haye, 1967.

LEWIS Oscar. *La cultura de la pobreza;* Anagrama, Barcelona, 1972.

LIMA Jacob Carlos ; COCKELL Fernanda Flávia. "As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde", *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6 n. 3, nov.2008/fev. 2009, pp. 457-480.

LINHARES José Juvenal *et al*. "Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Sobral, Ceará, Brasil", *Revista Einstein*, n.7, v. 2, 2009, pp. 182-186.

LUCHIARI Maria Tereza."*As insatisfatórias fronteiras entre o Brasil urbano e o Brasil rural"*,(entretien avec Castebês Liliane), *Com Ciência. Revista electrônica de jornalismo cientifico*, n°29, 2002, disponible sur :http://www.comciencia.br/reportagens/cidades/cid08.htm.

MAGNANI CANTOR Jose Guilherme ; TORRES Lilian de Luca (eds.). *Na metrópole: textos de antropologia urbana*, EDUSP/FAPESP, São Paulo, 2000.

MAGNANI CANTOR José Guilherme."De perto et de dentro : notas para uma etnografia urbana", *Revista Brasileira de Ciências sociais*, n. 49, v. 17, 2002, pp. 11-29.

MAGNANI CANTOR Jose Guilherme."Etnografia como prática e experiênica", *Horizontes Antropológicos*, UFRGS, n. 32, 2009, pp.129-156.

MALINOWSKI Bronislaw. *La vie sexuelle des sauvages du Nord-ouest de la Mélanésie*, Payot, Paris, 2000 (1930).

MARCO (De) Patricia; ROSSI Bibiana. "Maternidad adolescente, una problemática. ¿Para quién?", *Margen*, n 1, 1992, pp 35-43.

MARIANO Silvana Aparecida; CARLOTO, Cássia Maria. "Gênero e combate à pobreza: programa bolsa família", *Estudos Feministas*, n.3, v.17, 2009, pp. 901-908.

MARQUES PEREIRA Bérengère ; CARRIER Alain. (eds.). *La citoyenneté des femmes au Brésil. Action collective, reproduction, informalité et domesticité*, L'harmattan, Paris, 1996.

MARTIAL Agnès. « Qui sont nos parents ? L'évolution du modèle généalogique », *Informations sociales*, n.131, v. 3, 131, 2006, pp ; 52-63.

MARTIAL Agnès. *S'apparenter. Ethnologie des liens de familles recomposées*. Éditions de la Maison des sciences de l'Homme, Paris, 2003.

MARTIN Claude. « La parentalité : controverses autour d'un problème public », in KHNIBIELER Yvonne NEYRAND Gérard (eds.) *Maternité, Parentalité,* Éd. de l'ENSP, Rennes, 2004, pp 25-35.

MARTINO BERMUDEZ Monica. "Políticas Sociales y Família. Estado de Bienestar y neo-liberalismo familiarista", *Frontera***,** Montevideo, n. 4, 2001. pp103-114.

MARTINS Ana Paula Vosne. " 'Vamos criar seu filho': os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, n.1, v. 15, 2008, Rio de Janeiro, pp.135-154.

MARTUCCELLI Danilo. *Sociologies de la modernité. Itinéraire du XX siècle*, Gallimard, Paris, 1999.

MARTUCCELLI Danilo. *Grammaires de l'individu*, Gallimard, Paris, 2002.

MARTUCCELLI Danilo ; DE SINGLY François. *Les sociologies de l'individu*, Éd. Armand Colin, Paris, 2009.

MARTUCCELLI Danilo. *¿Existen individuos en el sur?*, Editora LOM, Santiago de Chile, 2010.

MARUANI Margaret (ed.). *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs*, La Découverte, Paris, 2005.

MATAMALA Maria Isabel *et al. Calidad de atención, género: ¿Salud reproductiva de las mujeres?* Ed. COMUSAMS-ACHNU, Santiago de Chile, 1995.

MATTOS (de) Ruben Araújo."As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias", *Ciência & Saúde coletiva*, n.2, v.6, 2001, pp. 377-389.

MAUSS Marcel. *Sociologie et Anthropologie*, Broché, Paris, 2006 (1934).

MEAD Margaret. *Mœurs et sexualité en Océanie*, Éd. Terre humaine, Paris, 1993(1963).

MEILLASSOUX Claude. « Parler parenté », *L'Homme*, n.153, 2000, pp. 153 -164.

MEMBRADO Monique ; VÉZINA Aline. « La demande d'aide et de soins à l'extérieur des membres de la famille : Un travail de négociation et de gestion des ressources », in CLÉMENT Serge ; LAVOIE Jean-Pierre. *Prendre soin d'un proche âgé*, Éd. érès Toulouse, 2005, pp187-243.

MEMMI Dominique. *Faire vivre et laisser mourir: le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, La Découverte, Paris, 2003 *a*.

MEMMI Dominique. « Archaïsme et modernité de la biopolitique contemporaine : l'interruption médicale de grossesse », *Raisons politiques*, n. 9, 2003 *b*, pp. 125-139.

MEMMI Dominique. « Administrer une matière sensible. Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort », in MEMMI D.; FASSIN D. *Le Gouvernement des corps*, Éditions de l'EHESS., 2004, pp.135-154.

MENDES DE ALMEIDA Angela *et al*.(eds.). *Pensando a família no Brasil, da colonia à modernidade*, Espaço e tempo, UFRRJ, Rio de Janeiro, 1987.

MENDONÇA Maria Helena Magalhães. “Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer”, *Cadernos de Saúde Pública,* 2004, n.5, v.20, pp. 1433-1434.

MENNESSON Christine. *Être une femme dans le monde des hommes. Socialisation sportive et construction du genre*, L’Harmattan, Paris, 2005.

MINELLA Luzinete Simões. “Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas”, *Cadernos de Saúde Pública*, n.14, v.1, 1998, pp: 69-79.

MULOT Stéphanie. « *Je suis la mère, je suis le père ! » : l’énigme matrifocale. Relations familiales et rapports de sexe en Guadeloupe*, (sous la direction de GODELIER Maurice), thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 2000.

MULOT Stéphanie. « Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ? L’exemple des multipartenariats sexuels antillais », *Revue Française de Sociologie*, n.1, v. 50, 2009, pp. 63-89.

MUTSUMI Tsukuda Ichisato Sueli, KEIKO Kakuda Shimo Antonieta, “Revisitando o desmame precoce através de recortes da historia”, *Latino-americana de Enfermagem*, n.10. 2002, pp. 578-585.

NAKANO, Ana Márcia Spanó ; MAMEDE, Marli Villela. “A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, n.3, vol.7, 1999, pp. 69-76.

NASCIMENTO (Do) Cynthia Maria Barboza. *Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife* (sous direction de la prof. Kátia Medeiros), Master en santé publique, CpqAM, FIOCRUZ, MS, Recife, 2005.

NASCIMENTO (do) Guedes Pedro Francisco. *“Ser homem ou nada": Diversidade de experiências e estratégias de atualização da masculinidade hegemônica em Camaragibe/PE.* (sous la direction de SCOTT Parry) mémoire de Master, Programa de Pós-graduação em Antropologia Cultural. UFPE, Recife, 1999.

NASCIMENTO (do) Guedes Pedro Francisco. *“Gênero e pobreza: o lugar dos homens em famílias de baixa renda”*[en ligne], Communication à la XXIV, ANPOCS, 23 au 27 octobre 2000, Petrópolis, RJ, disponible sur :
http://www.clacso.edu.ar/~libros/anpocs00/gt05/00gt0523.doc

NATIONS Marilyn ; REBHUN Linda. “Angels with wet wings won´t fly: maternal sentiment in Brazil and the image of neglect”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, n.12, 1988, pp:141-200.

NATIONS, Marilyn K. ; GOMES Annatália Meneses de Amorim; LUZ Madel Therezinha. “Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro”, *Saúde et sociedade*, n.1, v.17, São Paulo, 2008 , pp. 61-72.

NATIONS, Marilyn K. “Mortes infantis e violência interpretativa no Nordeste brasileiro: levando em conta as narrativas de mães cearenses enlutadas”, *Cadernos de Saúde Pública*, n.10, v.24, 2008, pp. 2239-2248.

NEVES Delma Pessanha. “Nesse terreno galo não canta. Estudo do caráter matrifocal de unidades familiares de baixa renda”, in OLIVEIRA Roberto Cardoso (ed.) *Anuário Antropológico*, n. 83, 1985, pp. 199-221.

NEYRAND Gérard. *L’enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l’évolution des savoirs sur la petite enfance*, PUF, Paris, 2000.

NEYRAND Gérard. « L’évolution du regard sur le lien parental Approche socio-historique de la petite enfance », *Devenir*, n.1, v. 21, 2002 *a*, pp 27- 55.

NEYRAND Gérard. « Parentalité : une notion-piège ou un concept en devenir ? », *Rencontres*, n. 20, v. 4, 2002 *b*, pp. 129-134.

NEYRAND Gérard. « Monoparentalisation et précarisation, des processus interactifs » *Dialogues*, n.1, 2004 *a*, pp. 4-15.

NEYRAND, Gérard ; ROSSI, Patricia. *Monoparentalité précaire et sujet femme*, Toulouse, Ères, 2004 *b*.

NORDMANN Charlotte. *Bourdieu/Rancière. La politique entre sociologie et philosophie*, Éd. Amsterdam, Paris, 2006.

NORVEZ Alain. *De la naissance à l’école. Santé, modes de garde et pré-scolarité dans la France contemporaine*, Cahiers de l’INED, n.126, PUF, Paris, 1990.

NUNES, Mônica Oliveira *et al*. “O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico”, *Caderno de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, Rio de Janeiro, 2002, pp. 1.639-1.646.

OSIS Maria José. *Laqueadura e representações acerca da sexualidade e do papel reprodutivo* (sous la direction de ALVARENGA Augusta Thereza) Thèse de doctorat, Faculdade de Saúde Publica, USP, São Paulo, 2001.

OUELLETTE Françoise Romaine ; DANDURAND Renée. « Présentation. L’anthropologie des parentés euro-américaines », *Anthropologie et sociétés*, n.3, v.24, 2000*a*, pp. 5-20.

OUELLETTE Françoise-Romaine. « L'adoption face aux définitions de la famille et de l'institution généalogique » *in* FINE Agnès ; NEIRINCK Claire (eds.) *Parents de sang, parents adoptifs. Approches juridiques et anthropologiques de l'adoption. France, Europe, USA, Canada,* Maison des Sciences de l'Homme et L.G.D.J.-Montchrestien, Paris, 2000*b*, pp 325-341.

PEDRO Joana Maria. “A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração”, *Revista Brasileira de História*, n.45, vol.23, 2003, pp. 239-260.

PELCHAT Yolande ; GAGNON Éric ; THOMASSIN Annick. « Sanitarisation et construction de l’exclusion sociale », *Lien social et Politiques*, n. 55, 2006, pp. 55-66.

PENNEF Jean. *L'hôpital en urgence. Étude par observation participante*, Ed. Métailié, Paris, 1992.

PERALVA Angelina. *L’incivilité, la révolte et le crime. Violences juvéniles dans la société de risque*, HDR en sociologie, Cadis, EHSS, Paris, 1997.

PERALVA Angelina. « Violence urbaine, démocratie et changement culturel : l'expérience brésilienne », *Cultures & Conflits*, n°29-30, 1998, pp. 395-468.

PERALVA Angelina. « Égalité et nouvelles figures de conflit urbain au Brésil », *Cahiers des Amériques Latines*, n°35, Ed. IHEAL, 2000, pp.75-90.

PERALVA, Angelina. *Violence et démocratie. Le paradoxe brésilien*, Ed. Balland, Paris, 2001.

PERALVA Angelina. « Ségrégation de proximité: le cas de Rio de Janeiro », *Cosmopolitiques*, n°750, 2004 pp. 49-57.

PERPÉTUO Ignez Helena Oliva. "Fatores determinantes da evolução da esterilização no nordeste" in SANTOS Tais (ed) *Dinâmica populacional das regiões Norte e Nordeste: questões atuais e emergentes*, Editora Massangana, FJN, Recife, 2000, pp.163-186.

PETCHESKY Rosalind; JUDD Karen (eds.). *Negociando direitos reprodutivos. Perspectivas das mulheres em diferentes paises e culturas*, Éd. SOS CORPO, Serie pesquisas, Recife, 2005.

PHETERSON Gail. « Grossesse et prostitution. Les femmes sous la tutelle de l'État », *Raisons politiques*, n.11, 2003, pp. 97-116.

PIERREHUMBERT Blaise. « L'amour maternel… L'amour impératif », *Revue Spirale*, n°18, 2001, pp 83-112.

PINA CABRAL (de) João. "Outros nomes, histórias cruzadas: apresentando o debate", *Etnográfica*, n. 1, v. 12, 2008*a*, pp.5-16.

PINA CABRAL (de) João. "Recorrências antroponímicas lusófonas", *Etnográfica*, n. 1, v. 12, 2008*b*, pp. 237-262.

PINÇON Michel ; PINÇON-CHALOT Monique. « Espace social et espace urbain », *Socius*, Bulletin de l'ARSS, juillet-novembre 1986, pp. 55-67.

PINÇON Michel ; PINÇON-CHARLOT Monique, *Sociologie de la bourgeoisie*, La découverte, 2000.

PIOLI David. « Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle », *Sociétés et jeunesses en difficulté* [En ligne], n. 1, mis en ligne le 23 octobre 2006, disponible sur : http://sejed.revues.org/index106.html

PORTELLA Anna Paula. *Estrategias de sobrevivencia frente a politicas de ajuste estructural: um estudo de caso sobre familias de baixa renda no Brasil. Sugestões metodologicas*, Éd. SOS Corpo, Recife, 2001.

PORTES, Alejandro. "La urbanización de América Latina en los años de crisis", in Lombardi Mario; Veiga Danilo (eds.) *Las ciudades en conflicto. Una perspectiva latinoamericana*, CIESU Éd. de la Banda Oriental, Montevideo, 1989.

POTTER Joseph; JUNQUEIRA CAETANO André. *"Clientelismo e esterilização no nordeste brasileiro 1986-1995"*, Actes du XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, Caxambu, 1998, pp: 151-182.

PRÉVÔT-SHAPIRA Marie France. “Segregación, fragmentación, secesión. Hacia una nueva geografía social en la aglomeración de Buenos Aires”, *Economía, sociedad y territorio*, n.7, v.2, 2000, pp.405-431.

PRIORE (Del) Mary (ed.). *Historia das mulheres no Brasil*, Éd. Contexto, UNESP, São Paulo, 1997.

QUINTAS Fatima. *A mulher e a família no final do século XX*, Éd. Massangana, Recife, 2000.

RANCIÈRE Jacques. *Le Philosophe et ses pauvres*, Flammarion, Paris, 2007 (1983).

RANCIÈRE Jacques. *Aux bords du politique*, Éditions La fabrique, Paris, 2007(1998).

REA Marina Ferreira. “Aleitamento materno e saúde da mulher: algumas considerações”, in LABRA, M.E. (ed.) *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*, Éd.Vozes, Petrópolis, 1989. pp.269-276.

RESENDE Archanjo Daniela. *A família como alvo de intervenções estatais e médicas: uma perspectiva histórica*,[en ligne], XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, 28 a 31 de julho de Rio de Janeiro, 2009, disponible sur: http://starline.dnsalias.com:8080/sbs/arquivos/30_6_2009_16_48_53.pdf

RIBEIRO NOGUEIRA Vera Maria. *O direito à saúde na reforma do estado brasileiro : construindo uma nova agenda* (sous la direction de PIRES Denise Elvira), Thèse de doctorat en Sciences de la santé, Universidade Féderal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

ROJAS Ana Acosta; VITALE Maria Amalia Faller (eds.). *Familias: redes, laços e politicas publicas*, Éd. Cortez-PUC, São Paulo, 2005.

ROMERO Maria Nubia; DIAZ Martha Cecilia. “La maternidad como conflicto. Una expresión de inequidad social y de genêro”, *Colombia Medica*, n.1, vol. 32, Cali, 2001, pp.25-31.

ROMITO Patrizia. *La naissance du 1èr enfant. Étude psycho-sociale de l'expérience de la maternité et de la dépression post-partum*, Delachaux et Niestlé, Lausanne, 1990.

ROUSSEL Louis. *La Famille incertaine*, Odile Jacob, Paris. 1999 (1989).

RUBIO Vincent. « La famille et la sociologie de la famille selon Georg Simmel », *Travaux. Dossier de l’UNAF. Recherches familiales*, n. 3, 2006, pp. 137-148.

SAHLINS Marshall. *La nature humaine, une illusion occidentale*, Éd. de l’éclat, Villefranche-de-Rouergue, 2009.

SANDRE-PEREIRA Gilza. « Amamentação e sexualidade », *Estudos Feministas*, Florianópolis, n.2, v11, 2003, pp. 467-491.

SANDRE-PEREIRA Gilza. *Anthropologie de l’allaitement maternel en France et au Brésil* (sous la direction de FINE Agnès), Université Toulouse II- Le Mirail. Thèse de doctorat/Anthropologie sociale et historique de l’Europe, 2006.

SANTOS Taís de Freitas (ed.). *Saúde sexual e reprodutiva: uma abordagem multidisciplinar*, Éd. Massangana, Recife, 2002.

SANTO Taís. de Freitas *A Saúde Reprodutiva de Adolescentes Masculinos em Área de Baixa Renda no Recife*, document de la Fondação Joaquim Nabuco, Recife, 2005.

SARTI Cynthia Andersen. *A família como espelho. Estudo sobre a moral dos pobres*, Éd. Autores Associados, São Paulo, Campinas, 1996.

SASSEN Saskia. *La ville Globale: New York- Londres- Tokyo*, Éd. Descartes & Cie., Paris, 1996.

SCAVONE Lucila. "Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero", *Estudos de sociologia*, Araraquara, v.5, n.9, 2000, pp.141-158.

SCAVONE Lucila. "Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero", *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, n.*8, v.5, 2001, pp. 47-60.

SCHEPER-HUGHES Nancy. "Infant mortality and infant care: cultural and economic constraints on nurturing in Northeast Brazil", *Social Science & Medicine*, n. 19. v. 5, 1984, pp. 535-546.

SCHEPER-HUGHES Nancy. "Culture, scarcity, and maternal thinking: maternal detachment and infant survival in a Brazilian shantytown", *Ethos*, n.13, v. 4, 1985, 291-317.

SCHEPPER-HUGHES Nancy. *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Ariel, Barcelona, 1997.

SCHNEIDER David, *American Kinship: a Cultural Account*, The University Chicago Press, 1980 (1968).

SCOTT Joan Wallach. "Le genre: une catégorie utile d'analyse historique", *Les Cahiers du GRIF*, n.37-38, 1988, pp. 125-153.

SCOTT Russell Parry. "O homem na matrifocalidade : gênero, percepção e experiências do dominio domestico", *Cadernos de pesquisa*, Fundação Carlos Chagas, n. 73,1990, pp. 38-47.

SCOTT Russell Parry. (ed.) *Saúde e pobreza no Recife. Poder, genero e representações de doenças no bairro de Ibura*, Éd. UFPE, Recife, 1996.

SCOTT Russell Parry. "Demografia e antropologia: a favor da articulação de pesquisas no Nordeste", in SANTOS Taís de Freitas. (ed.) *Dinâmica populacional das regiões Norte e Nordeste: questões atuais e emergentes*., Éd. Massangana, Recife, 2000, pp. 7-20.

SCOTT Russell Parry. "Casi adulta, casi vieja: ¿por qué anticipar las fases del ciclo vital?" *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, n.8, v.5, 2001, pp.61-72.

SCOTT Russell Parry; QUADROS Marion; LONGHI Marcia. "Jovens populares urbanos e gênero na identificação de demandas de saúde reproductiva", *Revista Brasileira de estudos de população*, n. 2,v.19, 2002, pp 209-228.

SCOTT Russell Parry. "Patriarcalismo e idéias salvacionistas", in SCOTT Parry; ZARUR George (eds.) *Identidade, fragmentação e diversidade na América Latina*, Éd. UFPE, Recife, 2003, pp.227-244.

SCOTT Russell Parry. "A família brasileira diante das transformações no cenario historico global", *Revista Anthrologicas*, n.1, v.16, ano 9, 2005 *a*, pp. 217-242.

SCOTT Russell Parry. “Gênero, família e comunidades: observações e aportes téoricos sobre o Programa Saúde da Família”, in VILLELA Wilza; MONTEIRO Simone (eds.) *Gênero e Saúde. Programa Saúde da Família em questão*, Associação Brasileira de Saúde Coletiva /Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas/ UNFPA, São Paulo, 2005 *b*, pp. 75-100.

SCOTT Russell Parry. “Gerações, comunidades e o Programa Saúde da Família: reprodução, disciplina e a simplificação administrativa”, in BARROS, Myriam Lins (ed.) *Família e gerações*, FGV Éditora, Rio de Janeiro, 2006.

SCOTT Russell Parry.“Risco, reprodução e gênero na mortalidade infantil”, 31° *Encontro anual de ANPOCS*, Caxambu, Minas Gerais, Brasil, 22-26 octobre 2007 *a*.

SCOTT Russell Parry; ATHIAS Renato; QUADROS Marion Teodósio (eds.). *Saúde, sexualidade e famílias urbanas, rurais e indígenas*, Éd. UFPE, Recife, 2007 *b*.

SCOTT Susie. “Revisiting the Total Institution: Performative Regulation in the Reinventive Institution”, *Sociology*, n. 2, v.44, 2010, pp. 213-231.

SEGALEN Martine. *Les familles dans la ville. Une ethnologie de l’identité*, Presses Universitaires du Mirail, Toulouse, 1990.

SEGALEN Martine. (ed.) *Jeux de famille*, Presses du CNRS, Paris, 2004.

SELLENET Catherine. *La parentalité décryptée : pertinence et dérives d’un concept*, Éd. L’Harmattan, Paris, 2007.

SENNETT Richard. *Les tyrannies de l'intimité*, Le Seuil, Paris, 1995.

SENNETT Richard. *Respect. De la dignité de l’homme dans un monde d’inégalité*, Hachette, Paris, 2005.

SERRUYA Susana, *Mulheres esterilizadas.Submissão e desejo*, Éd. UFPA-NAEA/UEPA, Belem, 1996.

SERRUYA Suzanne Jacob; LAGO Tânia Di Giácomo; CECATTI José Guilherme. “O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento”, *Revista brasileira de saúde materno-infantil*, n. 4. v.3, Recife, 2004, pp. 269-279.

SHORTER Edward. *Naissance de la famille moderne*, Le Seuil, 1981

SIMMEL Georg. *Philosophie de l’amour*, Éd. Rivages, Paris, 1988 (1895).

SINGER Paul. *Desenvolvimento econômico e evolução urbana: análise da evolução econômica de São Paulo, Blumenau, Porto Alegre, Belo Horizonte e Recife*. Companhia Editora Nacional, Rio de Janeiro, 1977.

SINGLY (De) François. *Le soi, le couple et la famille.* Nathan, Paris, 1996.

SINGLY (De) François. « Individu, couple et famille : Le sens des changements », Actes de la *50ème Conférence Internationale de la CIRCF*, Leuven 3-6 mai 2003, Belgique, p 41-46.

SINGLY (De) François. *Sociologie de la famille contemporaine*, Armand Collin, Paris, 2004.

SINGLY (de) François (ed.). *Libres ensemble : l'individualisme dans la vie commune*, Armand Colin, Paris, 2005.

SOUTO-MAIOR Heraldo Pessoa. "A diversidade da família nos estudos de comunidade", *Anthropológicas*, v.9, ano 4, 2001, pp.98-123.

SOUZA LOBO Elisabeth. «Mouvements des femmes et représentation politique au Brésil (1980- 1990) : le genre de la représentation», *Recherches féministes*, n.4, v.2, 1991, pp. 75-86.

SOUZA Maria Angela de Almeida ; BITOUN, Jan ; MIRANDA, Lívia (eds.). *Série Cadernos do Observatório PE*. Observatório Pernambuco, Observatório das Metrópoles e Fase-Pernambuco, Recife, 2007.

STEFANELLO Juliana ; SPANO Ana Maria ; GOMES Flavia Azevedo. "Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres", *Acta. Revista Paulista de Enfermagem*, n. 21, ano 2, 2008, pp.275-281.

TAHON Marie-Blanche. « Citoyenneté et parité politiques », *Sociologie et sociétés*, n.2, v.31, 1999, pp. 73-87.

TARNOVSKI Flavio Lui "Pai é tudo igual?: significados da paternidade para homens que se autodefinem como homossexuails", in PISCITELLI Adriana; GREGORI Maria Filomena; CARRARA Sergio (eds.). *Sexualidades e saberes: convenções e fronteiras*, Garamond, Rio de Janeiro, 2004, pp. 385-414.

TELLES Vera. "As novas faces da cidadania: uma introdução", *Cadernos de Pesquisa. CEBRAP*, São Paulo, n°. 124, 1994 *a*, pp. 1-7.

TELLES Vera. "Pobreza, movimentos sociais e cultura política: notas sobre as difíceis relações entre pobreza, direitos e democracia", in DINIZ, Eli; LOPES, José Sérgio Leite; PRANDI, Reginaldo (eds.). *O Brasil no rastro da crise*. ANPOCS, HUCITEC, IPEA, São Paulo, 1994 *b*, pp. 225-243.

TELLES Vera. *Direitos sociais. Afinal do que se trata?*, Éd. UFMG, Belo Horizonte, 1999.

TERUYA Marisa Tayra. "A Historiografia da Família Brasileira: Bases e Perspectivas de Análise", in *XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP)*, 2000, Caxambú, Brasil, 2000, pp. 115-115.

THERBORN Göran. *Sexo e Poder. A família no mundo 1900-2000*, Contexto, São Paulo, 2006.

THÉRY Irène. « Dynamique d'égalité de sexe et transformations de la parenté », in MARIANI Margaret (ed.) *Femmes, Genre et sociétés. L'état des savoirs*, Éd. La Découverte, Paris, 2005, pp.159-166.

THÈRY Irène. « Avortement, engendrement et singularisation des êtres humains », *Annales d'histoire et sciences sociales*, n. 2, Éd. EHSS, 2006, pp. 483-503.

THURLER Ana-Liési. « Paternité et inégalités dans les rapports parentaux. Une analyse des cas brésiliens », *Cahiers du genre*, n. 36, 2004, pp. 69-88.

TILLARD Bernadette. *Des familles face à la naissance*, L'harmattan, Paris, 2003.

TILLARD Bernadette. « Le placenta, entre oubli familial et investissement médical », *Face à Face*, n.6, 2004. pp. 48-58.

TOMA Tereza Setsuko ; MONTEIRO, Carlos Augusto. “Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo”, *Revista de Saúde Pública*, n. 5, v.35, 2001, pp. 409-414.

TOMAS François. « L’habitat populaire irrégulier dans les périphéries urbaines d’Amérique Latine », *Problèmes d’Amérique Latine*, La Documentation Française, n. 14, Paris, 1994, pp. 249-268.

TORNQUIST Carmen Susana. “Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideario da humanização do parto”, *Estudos Feministas*, Florianopolis, n. 2, v. 10, 2002, pp.483-492.

TORNQUIST Carmen Susana. *Parto e poder: analise do movimento pela humanisação do parto no Brasil*, (sous la direction de GROSSI Miriam Pilar), Thèse de doctorat en Antropologie, Université Féderal de Santa Catarina, UFSC, 2004.

TORRADO Susana. *Procreación en la Argentina. Hechos e ideas*. Édiciones de la Flor. Centro de Estudios de la Mujer, Buenos Aires, 1993.

TRÉPOS Jean Yves. « La force des dispositifs faibles : la politique de réduction de risques en matière de drogues », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, n.114, v.1, 2003, pp. 93-108.

TRONTO Joan. *Un monde vulnérable, pour une politique du care* (*Moral Boundaries : a Political Argument for an Ethic of care*, 1993), La Découverte, Paris, 2009.

UZIEL Anna Paula. “Homossexualidade e parentalidade: ecos de uma congujação”, in HEILBORN Maria Luiza (ed.) *Família e sexualidade*, Éd.FGV, Rio de Janeiro, 2002, pp 87-119.

UZIEL Anna Paula, “Parentalidade e conjugalidade: aparições no movimiento homossexual”, *Horizontes antropologicos*, Porto Alegre, n. 26, v. 12, 2006, pp 203-227.

VALLADARES Licia. « La recherche urbaine au Brésil : bref aperçu de son évolution », *Cahiers du Brésil contemporain*, n.1, 1987, pp 11-14.

VALLADARES Licia. « Qu’est-ce qu’une favela ? », *Cahiers des Amériques Latines*, n. 34, 2000, pp. 61-74.

VALLADARES Licia. « Louis-Joseph Lebret et les favelas de Rio de Janeiro (1957-1959): enquêter pour l’action », *Genèses*, n. 60, 2005, pp. 123-178.

VALLADARES Licia. *La favela d'un siècle à l'autre*. Éditions de la MSH, coll. Horizons américains, Paris, 2006.

VAN GENNEP Arnold. *Les rites de passage*, Éd. Picard, Paris, 1991(1909).

VANDELAC Louise. « Concilier travail et maternité: une expression piégée? » in CORBEIL Christine ; DESCARRIES Francine, (eds.), *Réconciliation famille travail: les enjeux de la recherche*, Cahiers de Recherches féministes, Montréal, 1995, pp. 73-93.

VANDERBERGHE Fréderic. *La Sociologie de Georg Simmel*, La Découverte, Paris, 2001.

VASCONSELLOS Eliana. *La femme dans la langue du peuple au Brésil*, L'harmattan, Paris, 1994.

VENTURA Miram. *Direitos reprodutivos no Brasil*, Mac Arthur the John D. and Catherine T. Mac arthur Foundation, 2002.

VIDAL Dominique (ed.). « Catégorisations, territoires et individu : quelle place pour le pauvre ? » *Cultures & Conflits*, n.35, 1999 *a*, pp. 7-14.

VIDAL Dominique. « Le respect : catégorie du social, catégorie du politique dans une favela de Recife », *Cultures & Conflits*, n.35, 1999 *b*, pp. 95-124.

VIDAL Dominique. *La politique au quartier. Rapports sociaux et citoyenneté à Recife,* Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Paris, 1998.

VIDAL Dominique. « Entrer pauvre dans la vie adulte à Recife », *Lusotopie*, 2003, pp. 11-31.

VIDAL Dominique. *Les bonnes de Rio. Emploi domestique et société démocratique au Brésil,* Éd. PUS, Villeneuve d'Ascq, 2007.

VIEIRA Elisabeth Meloni. “Politicas Publicas e Contracepção no Brasil”, in BERQUÓ Elza (ed.) *Sexo &Vida. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil*, Éditora da Unicamp, São Paulo, 2003, pp:151-196.

VIGARELLO George. « Histoire et modèles du corps », *Hypothèses*, n.1, 2002, pp.79-85.

VILAMAR Faria; POTTER Joseph. « Televisão, telenovelas e queda de fecundidade no Nordeste », *Novos estudos*, CEBRAP, n. 62,março 2002, pp 21-39.

VILLEA Wilza ; MONTEIRO Simone (eds.) *Gênero e saúde. Programa Saúde da família em questão*, ABRASCO, UNFPA, Arbeit Factor, Rio de Janeiro, 2005.

VIVEIROS DE CASTRO Eduardo. « Le don et le donné : trois nano-essais sur la parenté et la magie », *Ethnographiques.org* [en ligne], n. 6, 2004, disponible sur : http://www.ethnographiques.org/2004/Viveiros-de-Castro

WEBER Françoise. *Le sang, le nom et le quotidien. Une sociologie de la parenté pratique*, Éd. Aux Lieux d'être, La Courneuve, 2005.

WELZER-LANG Daniel. *Utopies Conjugales*, Payot, Paris, 2007,

WIEVIORKA MICHEL. *Une société fragmentée ?*, La Découverte, Paris, 1996.

WOORTMANN Klaas. *A família das mulheres*, Tempo Brasileiro/CNPQ, Rio de janeiro 1987.

ZORDO (De) Silvia. « La douleur est dans la tête: rage, secrets et silence autour de la contraception dans un hôpital-maternité périphérique de Salvador de Bahia », *Face à face*, n°8, 2006, pp. 64-75.

OUVRAGES MÉTHODOLOGIQUES ET ÉPISTÉMOLOGIQUES

BEAUD Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique », *Politix*, n. 35, 1996, pp. 226-257.

BECKER Howard. *Les ficelles du métier. Comment construire sa recherche en sciences sociale*s, La découverte, Paris, 2002.

CHAUVIER Eric. *Anthropologie*, Éd. Allia, 2006.

ECO Humberto. *Como se hace una tesis. Tecnicas y procedimientos de investigacion, estudio y escritura*, Éd. Gedisa, Barcelona, 1994.

FABRE Gerard ; ROULLEAU-BERGER Laurence. « Entre filiation et désaffiliation. Le sociologue et son terrain », *Revue de l'Institut de sociologie*, n. 4, v. 1, 1996, pp. 233-252.

FAYA ROBLES Alfonsina. « 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* [en ligne], n.3, mis en ligne en décembre 2006, disponible sur : http://www.revue-interrogations.org

HAMEL Jacques. *Précis épistémologique de la sociologie*, L'harmattan, Montréal-Paris, 1997.

MADEC Annick. « Rires et relations d'enquête », *Ethnologie française*, n. 1, v.32, 2002, pp. 89-94.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre. « Le « je » méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain », *Revue française de sociologie*, n.41, v.3, 2000, pp. 417-445.

POLIAK Claude. « Manières profanes de parler de soi », *Genèses*, n.1, 2002, pp 4-20.

QUIVY Raymond ; VAN CAMPENHOUDT Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 1995.

TAYLOR S. ; BOGDAN R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de los significados*. Éd. Paidós. Barcelona. 1992 (1984).

VIVEIROS DE CASTRO Eduardo. "O nativo Relativo", *Revue Mana*, n.1, v.8, Rio de Janeiro, 2002, pp. 113-148.

WEBER Max. *Le savant et le politique*, La découverte, Paris, 2003.

BIBLIOGRAPHIE SECONDAIRE :

AGAMBEN Giorgio. *Qu'est-ce qu'un dispositif ?,* Payot-Rivages, Paris, 2007.

ALMEIDA (De) Ronaldo. "Religião na metrópole paulista", *Revista Brasileira de Ciências Sociais,* 2004, n.56, v.19, pp. 15-27.

ARENT Hannah. *La crise de la culture*, Gallimard, Paris, 2005 (1954).

BADINTER Élisabeth. *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel au XVII – XX siècle*. Flammarion, Paris, 1980.

DUARTE Albertina. *Gravidez na adolescencia. Ai como eu sofri para te amar*, Agora Brésil, 1994.

HALL Edward T. *La dimension cachée.* Éd. Le Seuil, Paris, 1978.

LEVI-STRAUSS Claude. *La pensée sauvage,* Agora Pocket, 1990 (1962).

LEVI-STRAUSS Claude. *Race et histoire*, Denoël, Paris, 2002 (1952).

LIPOVETSKY Gilles. *Le crépuscule du devoir*, Éd. Gallimard, 1992.

MEMMI Dominique. « Réflexions autour du fœtus ou de l'enfant mort : l'humaniser? » vidéoconférence [en ligne] *3èmes Journées Internationales d'Éthique : Quand la vie naissante se termine,* du Centre Européen d'Enseignement et de Recherche en Éthique, 26 -28 mars 2009, au Palais Universitaire, Strasbourg, disponible sur: http://canalc2.u-strasbg.fr/video.asp?idvideo=8551

MICHEL FOUCAULT. (Collectif), L'Arc/Inculte (réd. de 1977), Paris, 2007.

MITCHELL Juliet. *Psychanalyse et féminisme*, Éditions des Femmes, Paris, 1975.

PARAT Hélène. *L'érotique Maternelle. Psychanalyse de l'allaitement*. Dunod, Paris, 1999.

RANCIÈRE Jacques *Le Maître ignorant : Cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle*, Fayard, Paris, 2004 (1987).

RICH Adrienne. *Of Woman Born. Motherhood as Experience and as Institution*, Penguin, Londres, 1976.

SEN Amartya. *L'économie est une science morale*, La découverte, Paris, 2003.

SENNETT Richard. *La chair et la pierre. Le corps et la ville dans la civilisation occidentale*. Les Édition de la Passion, Paris, 2001.

SENNETT Richard. *La conscience de l'œil. Urbanisme et société*, Les Éditions de la passion, Paris, 2000.

SMITH Raymond. "The matrifocal family", in GOODY J. (Ed.), *The character of kinship,* Cambridge, University Press, London, 1973.

THÉBAUD Françoise (ed.). « Maternités », *Clio, Histoire, Femmes et Sociétés*, PUM, n.21, 2005.

THÉBAUD Françoise. *Quand nos grand-mères donnaient la vie: la maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Presses universitaires de Lyon, 1986.

TREMINTIN Jacques. « Faut-il des parents à tout prix » in revue *Lien Social*, n. 693, 2004, pp. 4-7.

WINNICOTT W Donald. *L'enfant et la famille*, Éditions Payot & Rivages, Paris, 2002.

WINNICOTT W Donald. *La mère suffisamment bonne*, Éditions Payot & Rivages, Paris, 2006.

SOURCES STATISTIQUES ET ENQUÊTES:

AQUINO, Terezinha de Almeida; SARINHO, Silvia Wanick; GUIMARÃES, Maria José Bezerra. **"**Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife – 2003", in revue *Epidemiolia e serviços de saúde*; n°16(2) 2007, pp: 132-135

ARAUJO Maria do Socorro, "Velhos Desafios", in *Trabalhos para discussão* [en ligne] Fundação Joaquim Nabuco. n°143/julho-2002, disponible sur: http://www.fundaj.gov.br/tpd/143.html

BITOUN, Jan; MIRANDA, Lívia; SOUZA, M. A. A. (Orgs.) . Série Cadernos observatório PE. Recife: Observatório Pernambuco, Observatório das Metrópoles e Fase-Pernambuco, 2007.

CARVALHO Valéria ; ARAUJO Thália. "Adequação da assistência pré-natal emgestantes atendidas em dois hospitais dereferência para gravidez de alto risco doSistema Único de Saúde, na cidade deRecife, Estado de Pernambuco", *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, n. 7, v.3, 2007, pp.309-317.

CEPAL : Commission Économique pour l'Amérique Latine » des Nations Unies. .*Impacto de las Tendencias Demográficas sobre los Sectores Sociales en América Latina*, CEPAL/CELADE – BID, Santiago de Chile, pp. 26- 29, 1996

CREMESP. "O médico e a justiça. Um estudo sobre ações judiciais relacionadas ao exercicio profissional da medicina" Coordenação Institucional de Nacime MANSUR e Reinaldo Ayer de OLIVEIRA. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2006.

DIESEE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos), www.dieese.org.br DIEESE, 2004.

FERREIRA Rea Marina, "Avaliaçao das praticas diferenciais de amamentação; a questão da etnia", *Saúde Publica*, n.28, v.5, 1994, pp. 365-372.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE [Funasa]. Banco de dados dos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) - 1996 a 2000 [CD-ROM]. Brasília (DF); 2002.

IBFAN –Brésil. (International Baby Food Action Network) *Manual de aleitamento materno do IBFAN-Brasil*, 1991

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: http://www.ibge.gov.br/

-Censo demográfico 1920, 1940-1991. 1950-1997

-Censo Demográfico 2000

-Censo Demográfico 2010

-Estatísticas do Registro Civil 2009

-Indicadores e Dados Básicos, Brasil : 2006.

-Pesquisa de Informações Básicas Municipais

-Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, 2008

-PNAD Acesso e utilização de serviços de saúde, Ministère de la Santé.: 2003.

-PNAD, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: 1992-1993, 1995 1996-2006-2009.

-Síntese de Indicadores Sociais (SIS 2009)

-Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010

INED : Institut National d'études démographiques : Statistiques de l'avortement en France, 1976-2006, disponible sur : http://www.ined.fr/statistiques_ivg/

INSERM : Enquête nationale périnatale, Drees, DGS, Conseils Généraux. 2003.

IPEA (Instituto de Economia Aplicada) "Pobreza e riqueza no Brasil metropolitano". In Comunicado da Presidência, Brasília, n. 7, agosto de 2008.

MINISTERE DE LA SANTÉ DU BRÉSIL:

- SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS), 1992-2005.

-Area Técnica de saúde da mulher Ministério da saúde,, "Estimativas de aborto induzido no Brasil e grandes Regiões (1992-2005)", M.FG Monteiro e L.Adesse, 2006.

-Atlas de Mortalidade Materna (SVS/DASIS)

- DAPE Saúde da Criança-

-DATASUS-Departamento de Informática du SUS : http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/

-Département d'attention basique (DAB), http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php

-Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2006

-Indicadores do Pacto pela Saúde - 2010/2011

-Indicadores e Dados Básicos - IDB – 2009

-Indicadores Municipais de Saúde infantil (SVS/DASIS)

-Informações de Saúde - Versão de maio/2010

-PNA (Pesquisa Nacional de Aborto), IBOPE/ Ministério da Saúde, Secretaria especial de Políticas para as mulheres da Presidência da Republica.

-PNDS (Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher): 1996/2006.

-SCNES, sistema de cadastro de estabelecimentos em saúde.

-SIM, Sistema de Informações sobre Mortalidade

-SINASC, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

-Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais. –Editora do Ministério da Saúde, Brasília : 2009.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, FRANCE :

- « Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2007 » du Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DRESS, 2007.

-Enquête nationale Périnatale : Ministère des solidarités de la santé et de la famille/ INSERM.2003.

PNUD/ PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT.

-Atlas do desemvolvimento humano de Recife. CD-rom, 2005

-Atlas do desemvolvimiento humano no Brasil. : www.pnud.org.br

SECRETARÍA DE SAÚDE DE RECIFE, PERNAMBUCO :

-SIM/SINASC/DINAM/DVS/MS/SVS : 2004, 2006.

SARINHO, Silvia Wanick; MELO, Paulo Sergio Santos; LIMA, Tiago Sergio botelho de Oliveira; SPOSITO, Verônica. **"**Evitabilidade dos óbitos infantis em dois Distritos Sanitários do Recife: contribuição do Sistema de Saúde", *Annais da Facultade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco*; n. 51, v. 2, 2006, pp. 144-148.

SEAGER Joni. *Atlas des femmes dans le monde*. Éditions Autrement. Le mémorial de Caen, Paris, 2003.

UNICEF, BRASIl, Hospitais Amigos da Criança : http://www.unicef.org/brazil/pt/hospitais_ihac_junho09.pdf

UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2007. UNICEF. http://www.unicef.org/french/sowc/archive/FRENCH/La%20situation%20des%20enfants%20dans%20le%20monde%202007.pdf

WAISELFISZ Julio Jacobo, *Mapa da violência dos municipios brasileiros*, 2008. Realização: Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, RITLA/ Instituto Sangari/ Ministério da Saúde/ Ministério da Justiça.

ANNEXES

Annexe A: Table de sigles.

- ACS : Agente Comunitário de Saúde
- BENFAM : Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil.
- CDD: contrat de travail à durée déterminée
- CDI: contrat de travail à durée indéterminée
- CISAM/UPE: Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros. Universidade de Pernambuco.
- CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
- CNOG : Collège National de Gynécologues-Obstétriciens français.
- CNPQ: Conselho Nacional de Desenvolvimento Cientifico e Tecnologico.
- CNS : Conselho Nacional de Saúde.
- COMUL Comissão de Urbanização e Legalização.
- CONEP : Comissão Nacional de Ética em Pesquisas em Seres Humanos.
- DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.
- DIEESE: Departamento Intersindical de Estadistica e Estudos Socioeconomicos.
- DIEVS Diretoria de Epidemiologia e Vigilância a Saúde.
- DRAS: Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales.
- DS : Distrito Sanitário.
- DVS : Departamento de Vigilância à Saúde.
- ESAM: Programa Educação da Saúde da Mulher.
- FAGES : grupo de pesquisa Família, Gênero e Sexualidade.
- HIV: virus de l'immunodéficience humaine
- IBGE : Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- IDH : Indice de Développement Humain.
- IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés.
- IMIP: Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira.
- INAMPS : Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
- IPEA : Instituto de Econômia Aplicada.
- IPPF : Fédération Internationale des Plannings Familiaux.
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse.
- MS : Ministério da Saúde do Brasil.
- MST : Maladie Sexuellement Transmissible.
- MST : Maladies sexuellement transmissibles.
- NOBs : Normas operacionais básicas do SUS.
- NV: Nés Vivants.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

- ONG : Organisation Non-Gouvernementale.
- ONU : Organisation des Nations Unies.
- OPAS : Organisation Panaméricaine de la Santé.
- PACS : Programa Agentes comunitários de Saúde.
- PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.
- PBI: Produto Bruto Interno.
- PE : Estado do Pernambuco
- PMA : Procréations Médicalement Assistées.
- PMI : Protection Maternelle et Infantile.
- PNAD : Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.
- PNDS : Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde.
- PNH : Plano Nacional de Humanização.
- PNIAM: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.
- PNUD : Programme de Nations Unies pour le Développement.
- PREZEIS : Plan de Regularização das Zonas Especiais de Interesse Social de Recife.
- PSF : Programa Saúde da Família.
- REHUNA: Rede pela Humanização do parto e do Nascimento.
- RPA : Região Político-Administrativa.
- SAMU : Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
- SIA/SUS-Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.
- SIAB : Sistema Informações de Atenção Básica.
- SIM : Sistema de Informações sobre Mortalidade.
- SINASC : Sistema de Informações de Nascidos Vivos.
- SIS : Sistemas de Informações em Saúde.
- SISPRENATAL : Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.
- SMS/Recife - Secretaria Municipal de Saúde do Recife.
- SUS: Sistema Único de Saúde.
- UDH : Unité géographique de Développement Humain du PNUD.
- UFPE : Universidade Federal de Pernambuco.
- UNESCO: Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.
- UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
- URs : Unidades Residenciais.
- USF-Unidade de saúde da família
- ZEIS : Zonas Especiais de Interesse Social.

Annexe B : Table d'illustrations.

FIGURE 1: CARTE DU BRÉSIL, © ATLAS IDH/PNUD, BRÉSIL, 2000 39
FIGURE 2: ENTRÉE DE LA MATERNITÉ BARROS LIMA. © A. FAYA ROBLES. 39
FIGURE 3 : ARRÊT DE BUS À PANTANAL. © A.FAYA ROBLES.....39
FIGURE 4 : CARTE DE RECIFE. LOCALISATION DES LIEUX DE RÉSIDENCE DE LA CHERCHEUSE, DES TROIS MATERNITÉS PUBLIQUES ET DU QUARTIER DE PANTANAL. © ATLAS IDH/PNUD, RECIFE, 2005. 40
FIGURE 5 : MANIFESTATION DE LA JOURNÉE DE LA FEMME 08/03/06 À RECIFE. SOUS LES BANNIÈRES DE LA FETAPE (FÉDÉRATION DE TRAVAILLEURS AGRICOLES DE L'ÉTAT DE PERNAMBOUC). © A. FAYA ROBLES. 92
FIGURE 6: AUTOUR D'UN CENTRE COMMERCIAL DU QUARTIER DE BOA VIAGEM. © A. FAYA ROBLES. 97
FIGURE 7 : COLLINE DE PANTANAL, AU FOND LES GRATTE-CIELS DE BOA VIAGEM. © A. FAYA ROBLES. 105
FIGURE 8 : DISTRIBUTION DE LA "SOUPE COMMUNAUTAIRE" (SOPA COMUNITÁRIA) À PANTANAL..... 110
FIGURE 9: CONVERSATION ENTRE VOISINES À PANTANAL. © A. FAYA ROBLES. 125
FIGURE 10: PHARMACIE DE L'UNITÉ DE SANTÉ DE PANTANAL. © A. FAYA ROBLES. 146
FIGURE 11: AFFICHE DU PSF ET LOGO DE L'HUMANIZASUS, DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, BRÉSIL. 152
FIGURE 12 : JEUNES FILLES ET JEUNES GARÇONS DE PANTANAL. © MARTÍN FABREAU.....191
FIGURE 13: "FAIRE UN ENFANT EST FACILE, C'EST DE L'ASSUMER ET DE L'ÉLEVER QUI EST DIFFICILE", M.S, 2008, BRÉSIL.199
FIGURE 14: LA SALLE D'ATTENTE DU PRÉNATAL D'UNE MATERNITÉ. © A. FAYA ROBLES. 233
FIGURE 15: COUVERTURE DU MANUEL D'ASSISTANCE AU PRÉNATAL, M.S, 2006, BRÉSIL. 255
FIGURE 16: UNE JEUNE FILLE ENCEINTE REÇOIT UNE INFIRMIÈRE DE L'UNITÉ DE SANTÉ DE PANTANAL..... 296
FIGURE 17: "NATUREL, C'EST L'ACCOUCHEMENT NORMAL". 322
FIGURE 18: "SOYEZ NATURELLE LORS DE LA PREMIÈRE RENCONTRE. 328
FIGURE 19: FEMME AVEC SES ACCOMPAGNATRICES ET SON BÉBÉ DANS UNE MATERNITÉ. 352
FIGURE 20: LES PÈRES À L'HEURE DE LA VISITE DANS UNE MATERNITÉ. © A. FAYA ROBLES. 362
FIGURE 21: "FAITES COMME CLAUDIA LEITTE. ALLAITEMENT À TOUT MOMENT: PLUS DE SANTÉ, PLUS DE TENDRESSE ET PLUS DE PROTECTION", M.S, 2009.....413
FIGURE 22: FORMATION QUOTIDIENNE À L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS LES CHAMBRES D'UNE MATERNITÉ. © A. FAYA ROBLES.....420
FIGURE 23: DEUX ACS PARTENT FAIRE DES VISITES DOMICILIAIRES À PANTANAL. © A. FAYA ROBLES. 440
FIGURE 24 : UNE FAMILLE DE PANTANAL. © MARTÍN FABREAU. 475
FIGURE 25: "PROTÈGE-TOI, UN ENFANT CE N'EST PAS UN JEU", DÉPLIANT DISTRIBUÉ DANS LES CENTRES DE SANTÉ, M.S, BRÉSIL, 2008..... 486
FIGURE 26: RÉUNION DE FEMMES "ÉDUCATION À LA SANTÉ DE LA FEMME", PANTANAL. © A. FAYA ROBLES. 535
FIGURE 27: JEUX PÉDAGOGIQUES ORGANISÉS PAR LES ACS POUR PARLER DE SANTÉ. © A. FAYA ROBLES.....539
FIGURE 28: UNE FEMME ET SON ENFANT À PANTANAL. © A. FAYA ROBLES. 548
FIGURE 29: LES RUELLES VIDES DE PANTANAL À L'HEURE DU DÉJEUNER. © A. FAYA ROBLES 601
FIGURE 30: L'UNITÉ DE SANTÉ DE PANTANAL EN CONSTRUCTION EN 2006. © A. FAYA ROBLES.....602
FIGURE 31: L'UNITÉ DE SANTÉ EN 2008, DEPUIS PLUSIEURS MOIS DE FONCTIONNEMENT. A. FAYA ROBLES.....602
FIGURE 32: CONSULTATION PÉDIATRIQUE À L'UNITÉ DE SANTÉ DE PANTANAL. © A. FAYA ROBLES.....602
FIGURE 33: FEMMES ET ENFANTS LORS D'UN BAPTÊME À PANTANAL. © A. FAYA ROBLES.....602
FIGURE 34: MUSIQUE ET BIÈRE LES DIMANCHES DANS UNE ÉPICERIE DU QUARTIER. © MARTÍN FABREAU.....603
FIGURE 35: L'HEURE DE LA SIESTE À PANTANAL. © A. FAYA ROBLES.....603

Annexe C : Tableaux récapitulatifs des entretiens.

Entretiens avec les femmes dans les maternités et à Pantanal

N° entretien	Nom	Date	Lieu
Entretien 1	Ana	7/03/06	Barros Lima
Entretien 2	Carla	8/03/06	Barros Lima
Entretien 3	Adriana	9/03/06	Barros Lima
Entretien 4	Amanda	13/03/06	Barros Lima
Entretien 5	Roana	13/03/06	Barros Lima
Entretien 6	Elody	14/03/06	Barros Lima
Entretien 7	Antonia	15/03/06	IMIP
Entretien 8	Esmeraldinha	16/03/06	IMIP
Entretien 9	Risôlandia	26/03/06	Barros Lima
Entretien 10	Sandra	27/03/06	Barros Lima
Entretien 11	Flavia	27/03/06	Barros Lima
Entretien 12	Juliana	28/03/06	IMIP
Entretien 13	AnaLucia	28/03/06	IMIP
Entretien 14	Veronica	29/03/06	Barros Lima
Entretien 15	Alexandra	29/03/06	Barros Lima
Entretien 16	Ana Paula	3/04/06	Barros Lima
Entretien 17	Alessandra	4/04/06	Barros Lima
Entretien 18	Ana Maria	10/04/06	IMIP
Entretien 19	marcela	11/04/06	IMIP
Entretien 20	Angelica	12/04/06	CISAM
Entretien 21	Luciane	17/04/06	CISAM
Entretien 22	Claudia	21/04/06	CISAM
Entretien 23	Veronica	25/04/06	CISAM

N° entretien	Nom	Date	Lieu
Entretien 24	Marinalva	16/05/06	Pantanal
Entretien 25	Cristiane	18/05/06	Pantanal
Entretien 26	Priscila	24/05/06	Pantanal
Entretien 27	Fafá	25/05/06	Pantanal
Entretien 28	Sandra	30/05/06	Pantanal
Entretien 29	Elisange	30/05/06	Pantanal
Entretien 30	Ana	31/05/06	Pantanal
Entretien 31	Francisca	6/06/06	Pantanal
Entretien 32	Maria José	7/06/06	Pantanal
Entretien 33	Sísera	21/06/06	Pantanal
Entretien 34	Marinalva	1/09/08	Pantanal
Entretien 35	Priscila	03/09/08	Pantanal
Entretien 36	Gabriella	03/09/08	Pantanal
Entretien 37	Adriana	04/09/8	Pantanal
Entretien 38	Fabiana	04/09/08	Pantanal
Entretien 39	Sandra	09/09/08	Pantanal
Entretien 40	Laurizete	18/09/08	Pantanal
Entretien 41	Madalena	21/09/08	Pantanal
Entretien 42	Maricéia	22/09/08	Pantanal
Entretien 43	Preta	22/09/08	Pantanal
Entretien 44	Gerlane	26/09/08	Pantanal

Entretiens avec les professionnels de santé à Pantanal et dans les trois maternités publiques.

N° entretien	Activité	Date	Institution	
Entretien 1	Assistante social	05/05/06 et 26/06/06	Barros Lima	
Entretien 2	Infirmière	17/05/06	Barros Lima	
Entretien 3	Médecin du Prénatal	13/06/06	IMIP	
Entretien 4	Infirmière du prénatal	14/06/06	IMIP	
Entretien5	Sage-femme	15/06/06	Barros Lima	
Entretien. 6	Médecin-obstétricien	28/04/06	IMIP	
Entretien 7	Médecin	16/05/06	Barros Lima	
Entretien 8	Sage-femme	20/05/06	Imip	
Entretien 9	ACS	30/06/06	Pantanal	
Entretien10	infirmière	15/07/06	Pantanal	
Entretien 11	ACS	4/07/06	Pantanal	
Entretien 12	ACS	06/07/06	Pantanal	
Entretien13	Infirmière	06/09/08	CISAM	
Entretien14	Médecin gynécologue	07/09/08	CISAM	
Entretien 15	Sage-femme	05/10/08	CISAM	
Entretien 16	Infirmière	09/10/08	IMIP	

Annexe D : Guides d'entretien « femmes » et « acteurs professionnels » en portugais et en français.

Roteiro de entrevista com mães.
Nome
Idade
Dia e horário da entrevista

- Quantos filhos você tem?
- Quantos anos eles têm?
- A qual idade foi o primeiro?
- Todos moram com você? (si não, com quem moram, por quais rações? Faz quanto tempo? Como você viveu isso?((Pegar contato)))
- Todos seus filhos são com o mesmo homem? Você pode contar a sua trajetória conjugal?
- (no caso de diferentes pais) Ele (a/s) freqüenta seguido o seu pai? A quais momentos?
- Como você vive isso?

Falemos do mais pequeno/a:

- Qual e seu nome, como e quando foi a escolha do nome? Quem fiz a sua inscrição no registro de identidade?
- Ele foi batizado ou consagrado em alguma religião? Quem tomou a decisão? Pode contar como foi esse momento?

Falemos agora de sua gravidez

- Estava com alguém? Se estava protegendo? Como?
- Como você soube que estava grávida? Como foi a reação?
- Estava querendo engravidar? Como era sua vida quando você engravidou? Escola, trabalho, com quem morava, atividades.
- Quando foi que o pai da criança soube? Como foi sua reação? Como era sua relação com ele?
- Como foi a reação de outras pessoas, como seus parentes, vizinhos, amigos?
- Como foi a gravidez, teve problemas (de saúde, pessoais)?
- Pediu ajuda a alguém? Quem?
- Quem deu orientação sobre gravidez, cuidados do bebe, de você? Quais foram esses conselhos?
- Conhecia o sexo do bebe? Como foi a descoberta? Você estava esperando o que?
- Quais foram os preparos para a chegada do bebe? Do seu corpo, na casa, outros.
- Fez pré-natal? Como foi? A partir de Quando?, no posto ou em outro local?
- Tinha visitas regulares das ACS (Agentes)?
- Buscou outros especialistas de saúde?

Parto

- Como foi o parto do seu ultimo filho?
- Como soube que estava entrando em trabalho de parto? Que estava fazendo naquele momento?
- De quantos meses nascei a criança?
- Onde foi o parto(casa, hospital, outros)? Como foi a escolha desse lugar?
- Como foi ate lá? Alguém acompanho?
- O parto, como foi? Quanto tempo duro? O tipo de procedimento, a posição, a medicação? Por que? De quem foi a decisão?
- O bebe como nasceu?
- Havia alguém de sua família com você na sala de parto?
- Quanto tempo ficou no hospital?
- Podia receber visitas? De quem?
- O atendimento como foi?
- Como era o quarto, a comida, os médicos, as enfermeiras, as outras mães?
- Recebeu algumas orientações sobre os cuidados do bebe, e de você? De quem?
- Como as interpretou você, já as conhecia?
- Como foi a volta para casa (com alguém, por qual médio)?

Puerperio, os primeros meses.

- Como foram os primeiros dias (como você se sentia, o que fazia durante o dia?)?
- Com quem falava sobre os cuidados da criança? O que diziam para você?
- Como ficou o cotidiano com a criança? Alguém ajudou você com os cuidados da criança?
- Como era o lavado? Quem cambiava as fragas? Onde dormia o bebe?
- Como se sentia você durante o "resguardo" (saúde, atividade sexual, corpo?
- Recebeu visitas das agentes de saúde, ou de enfermeira? Como eram essas visitas?
- Voltou ao hospital, ou porto de saúde pouco tempo depois? Por que?
- Passou dificuldades durante esse momento, afetivas, econômicas, familiares?
- Quando retomou sua vida cotidiana, as atividades de sempre, etc? Como foi esse cambio, para você? Para o bebe? Para a família?

Amamentação.

- Amamentou seu bebe? Exclusivamente ou parcialmente? Por que? De quem foi a decisão?
- Durante quanto tempo você amamentou? E os outros filhos? (Si tem diferenças) por que?
- A quais momentos amamentava? Tinha um lugar predileto para esse momento? Quanto tempo o bebe tomava leite?
- Se você estava na rua ou no ônibus, como você fazia para amamentar? Tinha vergonha ou acha isso natural?
- Como você viveu a amamentação ? Tive dificuldades? Você falou disso com alguém? Qual foi a sua reação?
- A que momento você desmamou? Por quais rações?
- Como fiz você para o desmame? Foi difícil para você? Para o bebe? Alguém deu orientação? Quais foram os alimentos que você deu em substituto? Quem os preparava? Foram aceitados pela criança? Qual foi a sua reação?
- Usou chupeta ou mamadeira? Ate que idade? Como as deixou? Alguém, ou algo ajudou?
- No caso tenha mais filhos: O que foi diferente entre o ultimo e o primeiro, em gravidez, parto, amamentação, puerpério, sua situação conjugal, econômica, familial, ocupacional, afetiva, etc?
- Por que você acha que cambio?

Outras informações, bairro e cidade

- Em qual bairro você mora? Faz quanto tempo? Como você o acha? Para você? As crianças?
- A sua família onde mora? Você vê com frequência?
- Você vai no centro da cidade? Por quais rações?
- Tem lugares (na cidade, no bairro) onde você não vá porque se sente insegura? Quais?
- Quem faz as compras? Onde? Com alguém? pega ônibus, caminhando?
- Os tramites administrativos quem faz? onde? Com alguém? pega ônibus, caminhando?
- Se tiver filhos escolarizados: onde fica a escola? Quem leva a escola? Pega ônibus, caminhando? Que pensa dessa escola? Quem ajuda nas tarefas da escola?
- Você faz outras atividades fora do trabalho, quais?
- Quem faz as tarefas da casa? Quem ajuda?
- Passa quanto tempo na cidade? No bairro? Em sua casa?

Para terminar: vou pedir a você

Descrever-me detalhadamente o dia de ontem, todo o que você fiz.
Dizer-me como você acha a cidade de Recife.
E me dizer o que é para você uma criança e uma mãe

Guide d’entretien avec les femmes.

Prénomme
Âge
Jour et lieu de l'entretien

L'introduction ·

- Combien d'enfants vous avez ?
- Quel âge ont-ils ?
- Celui que l'âge était le premier ?
- Ils vivent avec vous ? Sinon, avec qui ils vivent vraiment, et pour lequel des rations ? Depuis combien de temps ? (prendre le contact)
- Comment vous avez décidé/ vécu cela ?
- Tous vos enfants sont avec le même homme ?
- Pouvez-vous compter son/son parcours conjugal ? (Dans le cas des pères différents)
- Fréquente-t-il (elle) son père ? À quels moments ? Comment vous vivez cela?

Parlons du plus jeune de vos enfants :

- Comment il/elle s’appelle ?
- Comment et qui a choisi le prénom ?
- Qui a fait son enregistrement dans le registre civil ?
- A-t-il (Elle) été baptisé ou consacré dans une religion ? Qui a pris la décision ? Vous pouvez raconter comment ça a été ce moment ?

Parlons de votre dernière grossesse :

- Vous étiez avec quelqu’un ? Vous vous protégiez ? Comment ?
- Comment avez-vous su que vous étiez enceinte ? Quelle a été votre réaction ?
- Vous vouliez tomber enceinte ? Comment était votre vie quand vous êtes tombée enceinte ?
- École ? Travail ? Activités ? Avec qui vous habitiez ? En couple ?
- Quand le père de l'enfant l’a su ? Comment ça a été sa réaction ? Comment était votre relation avec lui ?
- Comment ça a été la réaction des autres personnes, vos parents, vos voisins, vos amis ?
- Comment ça a été la grossesse, vous avez eu des problèmes (de santé, personnels) ?
- Quelqu’un vous a aidé? Qui ?
- Quelqu’un vous a donné des orientations sur votre grossesse ? Sur le bébé ? Qui ?
- Vous saviez le sexe du bébé ? Comment ça a été cette découverte ?
- Quels ont été les préparatifs de l'arrivée du bébé ? Dans la maison, de vous-même ? ·
- Vous avez fait le prénatal ? à partir de quel moment de la grossesse ? Où est-ce que vous l’avez fait ? Pourquoi ? Comment ça a été ?
- Vous aviez des visites régulières de votre ACS (Agent communautaire de Santé)? ·
- Vous avez vu d’autres spécialistes de santé ?

Accouchement :

- Comment ça a été l'accouchement du votre dernier enfant? ·
- Comment vous avez su que vous entriez dans le travail? Qu'est-ce que vous faisiez à ce moment-là ? De combien de mois vous étiez enceinte ?
- Où a eu lieu l'accouchement ? Comment ça a été le choix de cet endroit? Comment vous vous êtes rendue ? Quelqu'un vous a accompagné ? ·
- L'accouchement, comment s’est-il passé ? Combien de temps ça a duré ? Type de procédure, la position, les médicaments… Pourquoi ? Qui a pris ces décisions ?
- Il y avait quelqu’un de votre famille avec vous dans la salle d'accouchement ? ·
- Combien de temps vous êtes restée à l'hôpital ? · Vous pouviez recevoir des visites ? Qui est venu? ·
- Comment était le service à l’hôpital ? Comment était la chambre, la nourriture, les docteurs, les infirmières, les autres mères ?
- Vous avez reçu des orientations sur les soins du bébé et de vous ? De la part de qui ? · Comment a été le retour à la maison (avec quelqu'un, pour quel moyen) ?

Le post- accouchement, les premiers mois.

- Comment étaient les premiers jours ? Comment vous vous sentiez ? Qu'est-ce que vous faisiez la journée ?
- Avec qui vous avez parlé des soins de l'enfant ? Qu'est-ce qu'on vous disait ? ·
- Comment était le quotidien avec l'enfant ? Quelqu'un que vous a aidé avec l'enfant ? ·
- Qui le lavait? Qui changeait ses couches ? Où dormait le bébé?
- Comment vous vous sentiez pendant la période de post-couches (santé, activité sexuelle, organisme) ?
- Vous avez reçu des visites de l'ACS ou de l'infirmière ? Comment étaient ces visites ?
- Vous êtes allé à l'hôpital, ou à l'unité de santé du quartier ?
- Vous avez eu des difficultés pendant ce moment, affectives, économique, familial ?
- Quand vous avez repris votre vie quotidienne, les activités de toujours, etc ?
- C'était différent pour vous ? Pourquoi (le bébé, la famille, le travail) ?

Allaitement.

- Vous avez allaité le bébé ? Combien de temps ? Pourquoi ? À qui était la décision ? · Pendant combien de temps avez-vous allaité ? Et les autres enfants ? (Il y a eu des différences ?)
- À quels moments vous allaitiez? Il y avait un lieu préféré pour allaiter ? Combien de temps le bébé tétait? · Si vous étiez dans la rue ou dans le bus, comme vous avez fait pour allaiter ? Vous étiez gênée ou c'était naturel ?
- Comment avez-vous vécu l'allaitement ? Aviez-vous des difficultés ? En avez-vous parlé à quelqu'un ? Qui et quelle a été sa réaction ? ·
- À quel moment vous avez sevré ? Pour quelles raisons ? · Comment vous avez fait pour le sevrer? Est-ce que c'était difficile pour vous ? Et pour l'enfant ? Quelqu'un vous a donné des orientations ? Vous avez donné d'autres aliments pour remplacer ? Qui les préparait ? L'enfant les a bien acceptés ? · Il/elle a utilisé la tétine ou le biberon ? Jusque quel âge ? Comment il les a laissés? Quelqu'un vous a aidé ?

Dans le cas où vous avez d'autres enfants :

- Est-ce que cela a été différent (la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, le post-accouchement, situation matrimoniale, économique, familial, professionnelle, etc) ? (reprendre les questions ci-dessus)
- Pourquoi pensez-vous que cela a été différent?

D'autres informations, voisinage et ville :

- Dans quel quartier vous vivez ? Depuis combien de temps ? Comme vous le trouvez ? Pour vous ? Pour vos enfants ?
- Où vit votre famille ? Vous les voyez fréquemment ? ·
- Vous allez au centre-ville ? Pour faire quoi ? Il y a des lieux (de la ville, du quartier) où vous n'allez pas parce qu'ils ne sont pas sûrs ? Lesquels?
- Qui fait les courses ? Où ? Avec quelqu'un ?
- Les démarches administratives, qui les font ? Où ? Avec quelqu'un ?
- Vous prenez le bus, ou vous vous déplacez en marchant ?
- Si les enfants sont scolarisés : où vont à l'école ? Quelqu'un les accompagne à l'école ? En bus ou en marchant ? Qu'est-ce que vous pensez de l'école ?
- Vous avez d'autres activités (en dehors du travail) ? Lesquelles ?
- Les tâches domestiques, qui les font ? Quelqu'un aide ?
- Combien de temps vous passez en ville dans le quartier, chez vous ?

Pour conclure :

- Décrivez-moi en détail votre journée d'hier.
- qu'est-ce que vous pensez de la ville de Recife.
- Qu'est-ce que c'est pour vous « un enfant », une « mère ».

Roteiro de entrevista com profisional de saúde (maternidades).

Entrevista prof. de saúde:

Instituição:
Data:
Nome:
Função:

-Faz quanto tempo você trabalha aqui?

-Antes trabalhava onde?

-Como acha aqui?

-Quantas horas trabalha?

-Pode descrever em que consiste seu trabalho?

-Pode me descrever a população com a qual você trabalha?

-Quais são os problemas mais freqüentes que você vê?
- De ordem medico
- De ordem social
- De ordem familiar

Como vê em suas pacientes a relação mãe-filho?

Como definiria o progresso no sentido da Humanização do parto e do nascimento?

-Quais são a seu entender os câmbios mais importantes na instituição desde que você trabalha?

- Quais são as melhoras que você acha ainda necessárias?

E sua maternidade?
- Tem filhos?
- De quantos anos?
- Onde os teve?

O que significa para você ser mãe?

Guide d'entretien avec professionnel de santé.

Institution, date :
Nom :
Fonction/profession :
-Depuis combien de temps vous travaillez ici ? Avant ?
-Combien d'heures vous travaillez ?
-Pouvez-vous décrire en quoi consiste votre travail ? Quelles sont vos activités quotidiennes ?
-Comment cela se passe avec vos collègues ? Médecins ? Infirmiers ? Sages-femmes, etc ?
-Pouvez-vous me décrire la population avec laquelle vous travaillez ?
- grossesses de bas/ haut risque ?
- femmes en travail d'accouchement ? Accouchement ? Post-accouchement ?
-Pouvez-vous me décrire les activités de routine d'une consultation dans le prénatal ? Salle d'accouchement ? Accouchement ? Post-accouchement ?
-Quels sont les problèmes les plus fréquents que vous observez dans votre travail?
-médicaux
-sociaux
-familiaux
-individuels/psychologiques
-Comment vous résolvez ces problèmes ?
-Comment vous voyez la relation mère-enfant chez vos patientes ?
-différences entre femmes plus jeunes ou plus âgées ?
- Comment définiriez-vous les changements dans le sens de l'humanisation de l'accouchement et de la naissance ?
-Quels sont les changements les plus importants dans l'institution depuis que vous travaillez ?
-Quels sont les changements qu'il faudrait encore faire ?
-(si femme) : Vous avez des enfants ? Combien ? Où vous les avez eus ?
-Qu'est-ce que cela représente pour vous d'être mère ?

Annexe E : Questionnaire Agentes Communautaires de Santé de Pantanal, juin 2006.

Por favor, teria a amabilidade de responder com letra legível a este questionário para colaborar com a pesquisa de doutorado "A experiência da maternidade em meio popular urbano" (UFPE/FAGES), da doutoranda Alfonsina Faya. Muito Obrigada!

Questionário "Profissionais de Saúde" :

1-Idade: 2-Estado civil: 3-Nível de estudos:

4- Experiências de trabalho anteriores (enumerar e comentar as tarefas que realizava).....
.....
.....
.....
.....

5 – Faz quanto tempo trabalha no posto? Quais são suas tarefas aqui?.....
.....
.....

6 – Quantas horas por semana trabalha (no posto- na área)? .....
.....

7- Mora no bairro onde trabalha? Faz quanto tempo?.....

8- Quais são as mudanças mais importantes que o bairro já teve? E as que faltam?.....
.....
.....
.....

9- Como é a sua relação com os moradores do bairro? (Quais são, segundo você, os problemas específicos a estas populações)
-Com as crianças?.....
-Com os jovens?.....
-Com os idosos?.....
-Com os homens?.....
-Com as mulheres?.....
-Outras?.....
.....

10- Como vê a relação mãe-filho no bairro do ponto de vista (explique):
Do aleitamento materno?.....
.....
Da alimentação em geral?.....
.....
Da educação?.....
.....
Dos cuidados em geral?.....
.....
Da saúde?.....
.....
Dos afetos?.....
.....

11-Que lugar ocupam os homens do bairro na vida familiar?.....
.....

12-Quais são os problemas mais importantes no bairro?.....
.....

13-É você mãe? De quantas crianças?.....
14- A que idade teve o primeiro filho? .....
15- Quem toma conta das crianças quando você trabalha? .....
16- Teve problemas com a educação das crianças? Quais? .....
.....

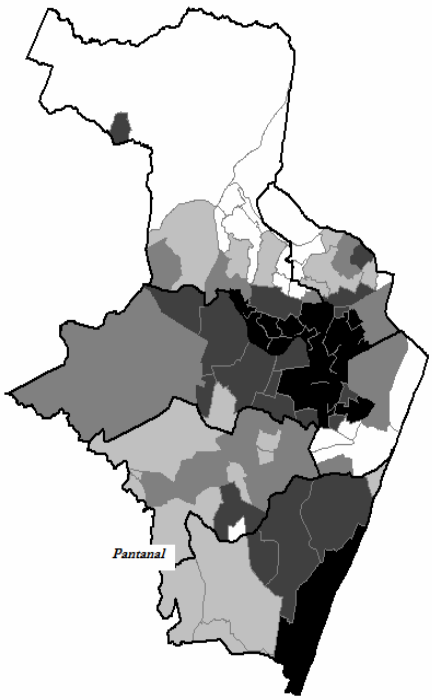
17- Que significa para você ser mãe?.....
.....

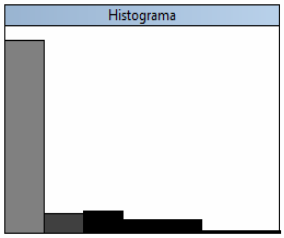
Annexe F : Carte de Pantanal du District Sanitaire 6.

Annexe G : Cartes thématiques de Recife.

Source : ATLAS IDH RECIFE, PNUD

Renda média dos responsáveis pelo domicílio, 2000
Revenu moyen des responsables du foyer, 2000
Todos os Bairros do Recife (quartiers de Recife)

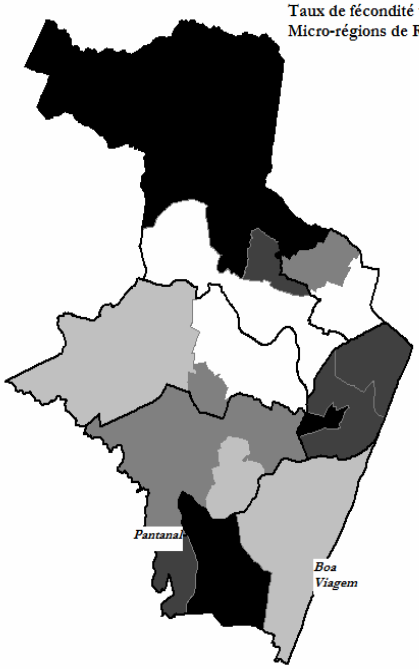


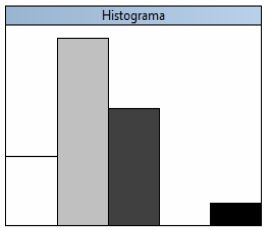


Legenda	
156,88 a 298,82	(18)
298,83 a 423,11	(19)
423,12 a 690,87	(19)
690,88 a 1 652,08	(19)
1 652,09 a 5 178,64	(19)

(1) en réaux

Taxa de fecundidade total, 2000
Todas as Microrregiões do Recife
Taux de fécondité total, 2000
Micro-régions de Recife.



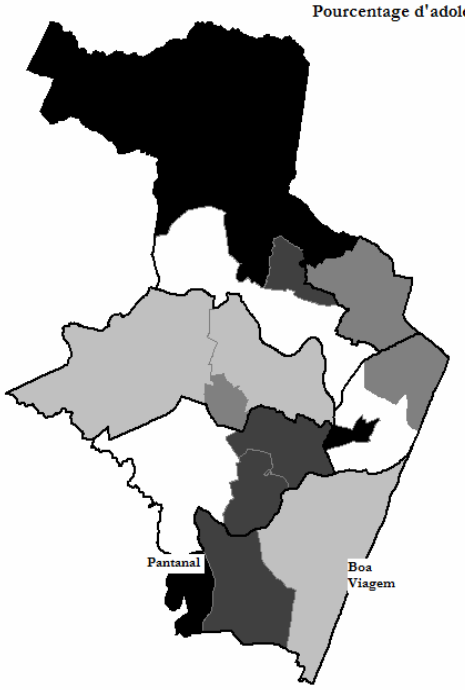


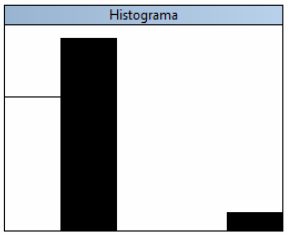
Legenda	
1,44 a 1,66	(0)
1,67 a 1,87	(1)
1,88 a 1,94	(0)
1,95 a 2,15	(1)
2,16 a 2,76	(1)

Percentual de adolescentes do sexo feminino entre 15 e 17 anos com filhos, 2000

Todas as Microrregiões do Recife

Pourcentage d'adolescentes de sexe féminin entre 15 et 17 ans avec enfants, 2000.

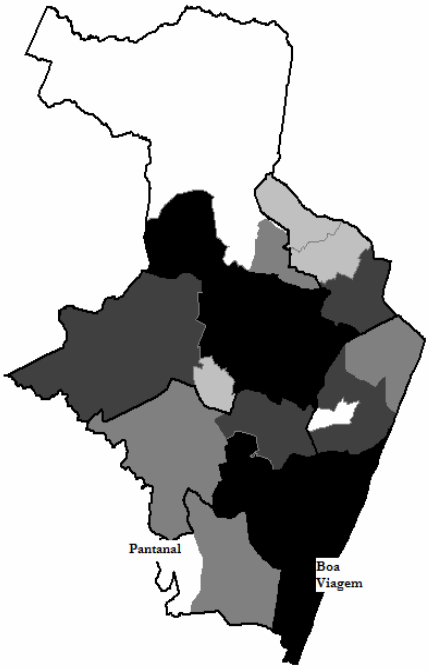


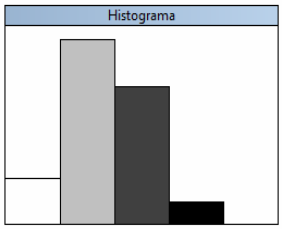


Legenda	
3,45 a 5,78	(3)
5,79 a 7,05	(3)
7,06 a 8,92	(4)
8,93 a 9,51	(4)
9,52 a 26,47	(4)

Percentual de adolescentes de 15 a 17 anos com acesso ao ensino médio, 2000
Pourcentage d'adolescents de 15-17 ans dans l'enseignement sécondaire, 2000.

Todas as Microrregiões do Recife





Legenda	
14,83 a 25,39	(3)
25,40 a 30,59	(3)
30,60 a 34,15	(4)
34,16 a 44,24	(4)
44,25 a 65,37	(4)

Annexe H : Divers documents du dossier présenté auprès du « comité d'éthique » des maternités publiques.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: "Experiência urbana e condições de acesso às maternidades com mulheres de baixa renda no Recife".
Pesquisadora: Alfonsina Faya Robles, doutoranda da Universidade Toulouse II LeMirail, França.
Orientadores: Dr. Angelina Peralva, professora do departamento de sociologia da UTM e Dr. Russell Parry Scott, professor adjunto IV da Universidade Federal de Pernambuco, do Programa de Pós-Graduação em Antropologia, estabelecida na Av. Prof. Moraes Rego, 1235, CEP 50670-901, T. 21268286.

A pesquisa trata de um estudo sociológico da experiência urbana para ingressar numa maternidade da cidade de Recife . Enfoca as representações sobre a cidade, o sistema de saúde e a relação da mãe com esses dois na sua trajetória de gravidez, parto e período de puerpério. Estas informações subsidiam tanto o debate acadêmico e sanitário, quanto à própria prevenção de problemas sanitários, atenção ao atendimento e compreensão das pessoas que vivem e representam dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Faz observações nos locais da maternidade e realiza entrevistas gravadas com mães, usuárias de tais instalações. Com estas informações sobre a experiência urbana das mulheres que são ou serão mães, haverá contribuições para debates e compreensão com implicações práticas sobre atendimento à saúde, representações, gênero, prevenção e cidadania. Os riscos da pesquisa são de constrangimento ou invasão de privacidade ao se submeter a uma entrevista. A pesquisa não oferece benefícios imediatos aos participantes, e visa contribuir para a melhor compreensão e atendimento a mulheres de baixa renda do Recife.
Todos os participantes da pesquisa concordarão em participar da pesquisa através da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido após serem explicados os riscos e benefícios da pesquisa bem como o fato que podem se retirar da pesquisa em qualquer momento e que seus nomes não serão divulgados.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, , venho por meio do presente termo, declarar ter sido informado (a) claramente sobre a finalidade da pesquisa acima:

1.) Declaro estar ciente que a pesquisa aborda as experiências urbanas no acesso às maternidades na trajetória de gravidez, parto e período de puerpério, na cidade de Recife, para melhor entender esta situação e descobrir caminhos de melhor atender as pessoas no Recife.
2.) Declaro que entendo que a minha participação pode implicar em falar de intimidades sobre as quais não me sinto cômodo em falar, sabendo que posso recusar fornecer quaisquer informações em qualquer hora.
3.) Declaro que a presente autorização é feita a título gratuito, não sendo nada devido de ambas as partes.
4.) Reconheço que a pesquisadora e o núcleo de pesquisa da UFPE, neste ato, coloca ao meu dispor todas as informações sobre os métodos utilizados, a forma de acompanhamento e assistência, assim como a copia da entrevista realizada.
5.) Declaro que fui informado (a) que não serei identificado (a), que os riscos de impor a intimidade ou de representar apenas parcialmente as demandas de grupo são menores que os benefícios previstos para o grupo nesta participação em termos de possíveis ações a favor da coletividade.
6.) Declaro que entendo que em nenhum caso os dados que informo serão usados em meu prejuízo, e que eu posso pedir uma copia da entrevista.
7.) Reconheço que participo livremente desta pesquisa, apenas para os fins previstos neste termo e que tenho a liberdade de recusar minha participação ou de retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo pessoal.
8.) E, para todos os fins e efeitos de direito, assino este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.
9.) Reconheço como únicos responsáveis da pesquisa à pesquisadora aqui presente e o núcleo da UFPE.

Recife, ___de _____ de _____

UPE UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO — CISAM Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros

Déclaration de « libre consentement et anonymat » à faire signer aux personnes interviewées.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CISAM

Nº do protocolo : CEP/CISAM 003/06

Data de distribuição : 02.02.2006

Título do projeto: Experiência Urbana e Condições de Acesso às Maternidades em Mulheres de Baixa Renda

Pesquisador principal: Alfonsina Faya Robles

Principal Análise: O Projeto de pesquisa pareceu bastante interessante, pois explora o tema da gravidez e da maternidade no campo da saúde e seus determinantes sociais. Explora um fenômeno a partir de uma perspectiva interdisciplinar e traz à luz do debate atual sobre a saúde da mulher questões originais bem relevantes. O Projeto apresenta uma metodologia coerente com seu problema de pesquisa e toca nas questões éticas garantindo o que a Resolução 196/96, do MS, prevê para a pesquisa com seres humanos.

Resultado :

APROVADO

Dr. Nº Luiza B. Menezes
CRM - 8576
Coordenadora do CEP/CISAM

Recife, 29.03.2006

Approbation du comité d'éthique du CISAM.

Lettres d'autorisation de la maternité Barros Lima et de l'IMIP.

PREFEITURA DO RECIFE
POLICLÍNICA E MATERNIDADE
PROF. BARROS LIMA

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que a pesquisadora **ALFONSINA FAYA ROBLES**, está autorizada a desenvolver na Policlínica e Maternidade Prof. Barros Lima a pesquisa intitulada: "Experiência Urbana e Condições de Acesso na Maternidade com Mulher de Baixa Renda no Recife".

Recife, 06 de Fevereiro de 2006

ADRIANA RITA CARNEIRO
Diretora da PMPBL

Instituto Materno Infantil
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

IMIP

CARTA DE ANUÊNCIA

Venho por meio desta informar, que concordamos em receber, a Estudante do Curso de Sociologia, concluído na UTM – Université Toulouse Lemirail, na França, atualmente cursando Doutorado na França, e Pesquisadora convidada da UFPE, Alfonsina Faya Robles, sob a Coordenação e Orientação do Professor Russell Parry Scott, participará do Projeto de Pesquisa, intitulado " Experiência Urbana e Condições de acesso às Maternidades em Mulheres de Baixa renda no Recife", a presente pesquisa trata-se de coleta de dados através de entrevistas com as pacientes, e observações no Centro de Atenção a Mulher do Instituto Materno Infantil do Prof. Fernando Figueira.

Recife, 15 de fevereiro de 2006.

Dra. Sonia Figueiredo
Coordenadora do Centro de Atenção a Mulher

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE Brasil CEP 50.070 550
PABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 355
e-mail: imip@imip.org.br
home page: www.imip.org.br

Annexe I : Quelques photos de Pantanal.

Photos du travail de terrain à Pantanal

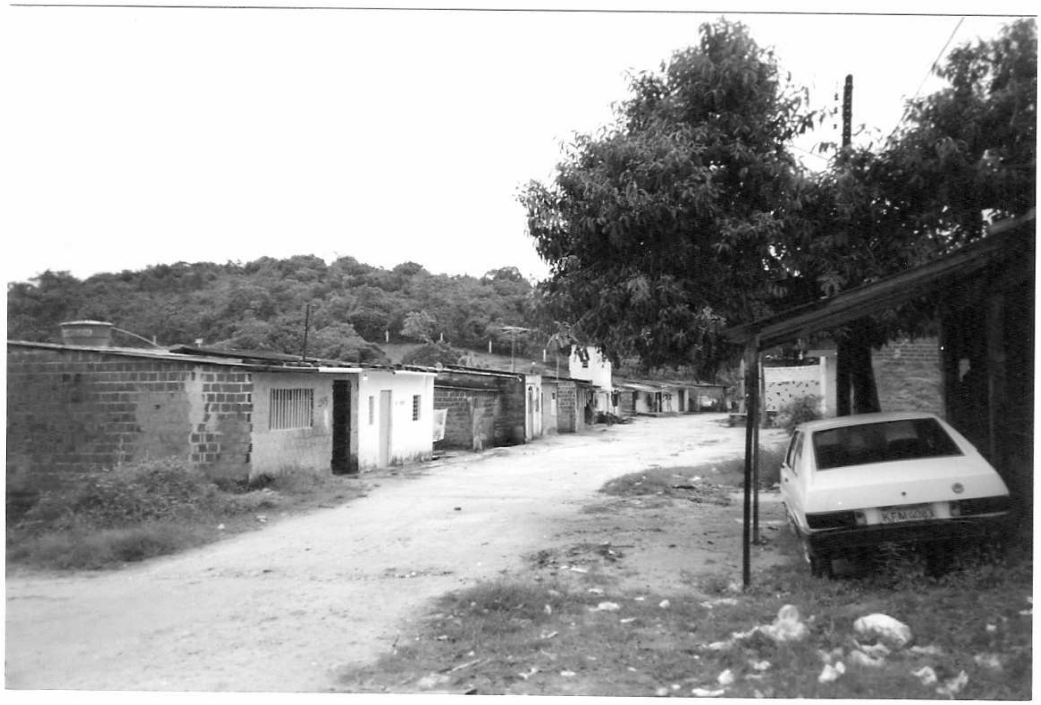


Figure 29: les ruelles vides de Pantanal à l'heure du déjeuner. © A. Faya Robles

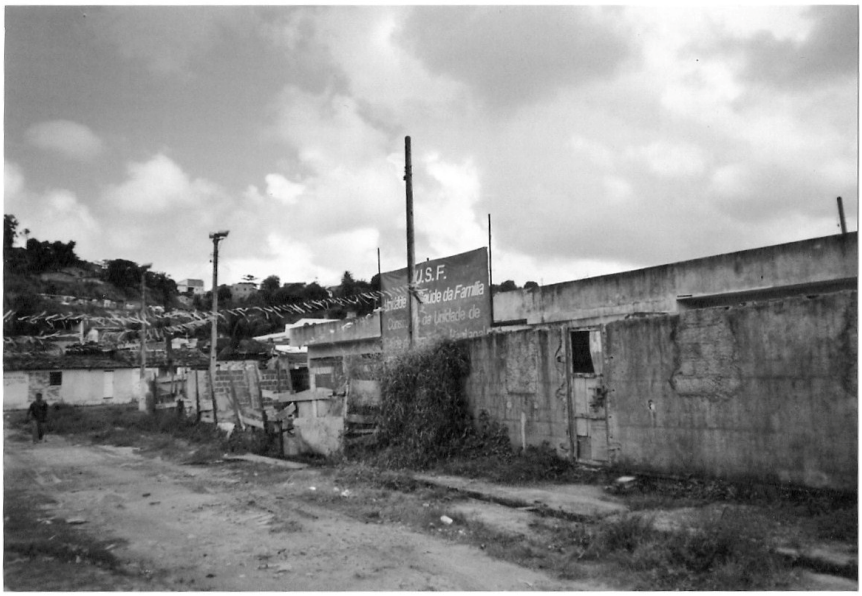


Figure 30: L'unité de santé de Pantanal en construction en 2006.
© A. Faya Robles.

Figure 31: L'unité de santé en 2008, depuis plusieurs mois de fonctionnement. A. Faya Robles.

Figure 32: Consultation pédiatrique à l'unité de santé de Pantanal.
© A. Faya Robles.

Figure 33: Femmes et enfants lors d'un baptême à Pantanal.
© A. Faya Robles.

Figure 34: Musique et bière les dimanches dans une épicerie du quartier. © Martín Fabreau.

Figure 35: L'heure de la sieste à Pantanal. © A. Faya Robles