

L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture

Séverine Gojard

Citer ce document / Cite this document :

Gojard Séverine. L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture. In: Revue française de sociologie, 2000, 41-3. pp. 475-512;

doi : 10.2307/3322542

https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_2000_num_41_3_5291

Fichier pdf généré le 23/04/2018

Resumen

Séverine Gojard : La alimentación en la primera infancia. Difusión y recepción en las normas de puericultura.

Al estudiar la alimentación en la primera infancia mediante una encuesta con madres de niños en edades inferiores a tres años, se obtiene dos modos de difusión de las reglas de alimentación de los lactantes : un modo moderno, caracterizado por una débil experiencia en los cuidados de los lactantes que obliga recurrir a las instancias legítimas como el pediatra o los manuales de puericultura, esta práctica se encuentra sobre todo en las mujeres de clases superiores. Un modo familiar caracterizado por una transmisión intergeneracional de cuidados a los lactantes es frecuente sobre todo en las mujeres de medios populares. La oposición entre esas dos maneras permite darnos cuenta de la ambivalencia de una práctica como la lactancia, que corresponde tanto a los criterios modernos de la alimentación del recién nacido como a las prácticas tradicionales de ciertas fracciones de las clases populares, que se encuentran en las dos extremidades de la escala social. Los resultados del estudio llevan a cuestionarnos sobre el esquema difusionista utilizado clásicamente para dar cuenta de la aplicación de las normas de puericultura.

Abstract

Séverine Gojard : Feeding in young childhood. Diffusion and reception of paediatric standards.

Having studied feeding in young childhood by means of a survey on mothers with children under the age of three, there would appear to be two modes in the diffusion of rules on how to feed infants : a scholarly mode, characterized by very little experience in infant care and the need to inquire through legitimate authorities, which are the paediatrician or paediatric books, found more often amongst women belonging to upper classes ; a family mode, characterized by intergenerational transmission of infant care which is more typical of women from the working classes. The opposition between these two modes shows how ambivalent the practice of breast feeding is, corresponding both to scholarly criteria as regards infant feeding and to traditional practice of some fractions of the working classes, and is to be found at both extremities of the social ladder. The results of this study bring one to question the diffusion scheme traditionally used to give the results of paediatric standards application.

Zusammenfassung

Séverine Gojard : Die Ernährung des Kleinkinds. Verbreitung und Aufnahme der Normen für die Säuglingspflege.

Mit Hilfe einer Untersuchung bei Müttern von weniger als drei Jahre alten Kindern, werden zwei Verbreitungsarten der Kleinkinderernährungsregeln offengelegt : einerseits eine gelehrte Art, die sich durch eine geringe Pflegeerfahrung für Kleinkinderernährung und durch die Anwendung legitimer Hilfsmitteln auszeichnet, wie Kinderärzte und Kinderpflegebücher, und die besonders bei Frauen aus höheren Klassen vorhanden ist. Andererseits eine Familienart, die sich durch die intergenerationelle Vermittlung von Säuglingspflege stützt, und die besonders bei Frauen aus unteren Gesellschaftsklassen vorhanden ist. Die Gegenüberstellung von beiden Verbreitungsmethoden unterstreicht die Zweideutigkeit einer Praxis wie das Bruststillen, die sowohl den sachkundigen Kriterien der Kleinkinderernährung entspricht als auch der traditionellen Praxis in bestimmten Teilen der unteren Volksklassen, und die an beiden Enden der sozialen Stufenleiter vorhanden ist. Die Ergebnisse dieser Untersuchung führen zur Infragestellung des Verbreitungsschemas, das zur Darstellung der Anwendung der Normen der Kinderpflege benutzt wird.

Résumé

En étudiant l'alimentation dans la prime enfance au moyen d'une enquête auprès de mères d'enfants de moins de trois ans, on met au jour deux modes de diffusion des règles d'alimentation des nourrissons : un mode savant, caractérisé par une faible expérience des soins aux nourrissons et par un recours aux instances légitimes que sont le pédiatre ou les manuels de puériculture, et qui se

rencontre plutôt chez les femmes des classes supérieures ; un mode familial, caractérisé par une transmission intergénérationnelle des soins aux nourrissons et qui est surtout fréquent chez les femmes des milieux populaires. L'opposition entre ces deux modes permet de rendre compte de l'ambivalence d'une pratique comme l'allaitement, qui correspond aussi bien aux critères savants de l'alimentation du nouveau-né qu'aux pratiques traditionnelles de certaines fractions des classes populaires, et se rencontre aux deux extrémités de l'échelle sociale. Les résultats de l'étude amènent à remettre en question le schème diffusionniste classiquement utilisé pour rendre compte de l'application des normes de puériculture.

Séverine GOJARD

L'alimentation dans la prime enfance

Diffusion et réception des normes de puériculture

RÉSUMÉ

En étudiant l'alimentation dans la prime enfance au moyen d'une enquête auprès de mères d'enfants de moins de trois ans, on met au jour deux modes de diffusion des règles d'alimentation des nourrissons : un mode savant, caractérisé par une faible expérience des soins aux nourrissons et par un recours aux instances légitimes que sont le pédiatre ou les manuels de puériculture, et qui se rencontre plutôt chez les femmes des classes supérieures ; un mode familial, caractérisé par une transmission intergénérationnelle des soins aux nourrissons et qui est surtout fréquent chez les femmes des milieux populaires. L'opposition entre ces deux modes permet de rendre compte de l'ambivalence d'une pratique comme l'allaitement, qui correspond aussi bien aux critères savants de l'alimentation du nouveau-né qu'aux pratiques traditionnelles de certaines fractions des classes populaires, et se rencontre aux deux extrémités de l'échelle sociale. Les résultats de l'étude amènent à remettre en question le schème diffusionniste classiquement utilisé pour rendre compte de l'application des normes de puériculture.

L'alimentation dans la petite enfance est un objet particulièrement pertinent pour observer la diffusion et la réception des discours normatifs, dans la mesure où ce type de discours foisonne sur l'art et la manière de nourrir son enfant, et où les enjeux de la conformité à la norme sont potentiellement importants : il s'agit de faire pousser un enfant « normal », et d'être de « bons parents » (1). La charge émotionnelle associée à la tâche d'élevage des enfants renforce d'autant le caractère coercitif de la norme et la culpabilisation des parents qui ne s'y conforment pas. Un examen des discours de puériculture contemporains (à partir de publications récentes) montre que la conformité aux normes de puériculture n'est pas si facile à accomplir, parce que les prescriptions, rarement identiques d'un manuel à l'autre, sont parfois antagonistes. Cette diversité des prescriptions provient sans doute autant de la volonté d'exploiter, par des stratégies éditoriales

(1) Cet article est issu de ma thèse de sociologie (1998a) dirigée par C. Grignon que je remercie pour son soutien et ses remarques. L'enquête a bénéficié d'un financement de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et de l'Institut national de la recherche

agronomique (INRA), dans le cadre d'un contrat de recherche entre ces deux organismes. Je tiens à remercier S. Beaud, J. Fagnani, Ch. Grignon, P. Strobel et F. Weber pour leurs critiques constructives, ainsi que M. Dispot et A.-M. Guibert pour leur aide dans la réalisation de l'enquête.

de diversification des publications, le marché des publications pour jeunes parents (diversité de l'offre), que de la multiplicité des attentes de ces jeunes parents elle-même liée à des différences dans leurs conceptions de l'enfance (diversité de la demande) (Chamboredon et Prévot, 1973 ; Chamboredon et Fabiani, 1977). Par ailleurs, les sources écrites sont loin d'être les seuls instruments de diffusion de normes et de savoir-faire concernant la petite enfance : il faut aussi compter avec l'influence des médecins et des divers spécialistes de la petite enfance, ainsi qu'avec celle de la famille et du groupe de pairs ; ces derniers interlocuteurs sont plus souvent porteurs de connaissances pratiques, tandis que médecins, spécialistes et auteurs de manuels de puériculture se réclament davantage de savoirs légitimes (légitimés par un diplôme ou par une expérience professionnelle).

Dans cet article, je m'attacherai à montrer comment la manière dont les parents alimentent leurs enfants en bas âge est le révélateur de leur attitude vis-à-vis de telle ou telle norme, ou plutôt de leur propension à recourir à tel ou tel interlocuteur, lui-même porteur d'une norme. L'étude statistique de l'alimentation dans la petite enfance permet de mettre en évidence deux modèles de soins aux nourrissons, un modèle savant et un modèle populaire. L'opposition entre ces deux modèles est construite sur le type de sources de conseils utilisées et sur l'adoption ou non de certaines pratiques conformes à la puériculture savante et absentes des usages populaires ; elle se superpose avec l'opposition entre classes supérieures et classes populaires. L'existence de deux modèles opposés ne suppose pas une stricte partition de la population en deux catégories ; on observe au contraire un continuum de pratiques allant de l'un à l'autre. Cette opposition est donc surtout un outil conceptuel, proche de la construction d'idéal-types, servant à interpréter autant qu'à décrire les pratiques de puériculture ; elle sert aussi à penser différentes modalités d'une pratique lorsque cette pratique peut être considérée comme savante ou bien comme populaire. C'est le cas par exemple de l'allaitement qui est aussi bien un élément de puériculture savante actuelle qu'un élément de culture pratique pour certaines fractions des classes populaires. Enfin, je montrerai comment les résultats de cette étude conduisent à mettre en question le schème diffusionniste généralement utilisé pour rendre compte de l'application des normes de puériculture.

Diversité des modèles, multiplicité des pratiques

L'évolution récente de la puériculture

La puériculture se constitue, en tant que système cohérent d'obligations et de normes, vers la fin du XIX^e siècle, en intégrant les acquis de la « révolution pastorienne » (Rollet, 1990 ; Boltanski, 1969). Au cours du XX^e siècle, on assiste à un assouplissement des normes pastoriennes puis à leur complète remise en cause sous l'effet de deux ensembles de facteurs. D'une part, l'amélioration des conditions de vie (hygiène du logement, état sanitaire de la population, baisse

de la mortalité infantile [Norvez, 1990]) et les progrès de l'industrie agro-alimentaire en matière d'alimentation des nourrissons autorisent des aménagements partiels de certaines prescriptions pastoriennes (2) ; pour désigner ces règles de puériculture (3) qui sont d'inspiration pastoriennes tout en étant moins strictes que celles du début du siècle j'utiliserai le terme de « néo-pastoriennes ». D'autre part, la critique par les psychologues et les psychanalystes de la petite enfance des effets de l'application d'un système de normes rigides sur le développement ultérieur de l'enfant et sur la relation qu'il entretient avec sa mère conduit à une remise en question radicale des règles pastoriennes et « néo-pastoriennes ». Ainsi, on rencontre actuellement chez certains médecins une inversion presque systématique de ces règles, au nom de la prise en compte des acquis de la psychologie et de la psychanalyse infantiles, mais aussi des sciences sociales (histoire et surtout ethnologie). Cette nouvelle puériculture (que j'appellerai « psy ») réhabilite les pratiques « traditionnelles », non sans populisme, au nom de leur efficacité. Précisons que, si les prescriptions pastoriennes ont à peu près disparu des manuels contemporains, on trouve actuellement sur les rayonnages de puériculture aussi bien des manuels à tendance « néo-pastoriennes » que des manuels à tendance « psy ».

Quelques exemples de prescriptions portant sur l'alimentation de l'enfant vont permettre de clarifier la différence entre puéricultures pastoriennes, « néo-pastoriennes » et « psy » (4). Ces différences peuvent sembler minimes, mais les entretiens réalisés avec de jeunes parents montrent qu'elles les plongent parfois dans une perplexité angoissante : la coexistence de normes non compatibles entre elles peut entraîner une situation d'anomie. Le premier exemple porte sur la stérilisation des biberons. Les prescriptions pastoriennes rendent obligatoire la stérilisation du lait et du biberon ; les prescriptions « néo-pastoriennes » ne portent plus que sur la stérilisation du biberon (l'utilisation de lait maternisé en poudre stérile rendant superflue la stérilisation du lait) ; selon les prescriptions « psy », un nettoyage soigneux des biberons suffit et la stérilisation est dénoncée comme une perte de temps inutile, voire nuisible (5). Suivant le même principe, les puériculteurs « psy » recommandent l'usage d'eau du robinet pour diluer le lait maternisé, tandis que les « néo-pastoriens » préconisent l'usage d'eau minérale. Le second exemple concerne l'horaire des tétées. Les pastoriens estiment

(2) Pour une description des normes de puériculture pastoriennes, voir Boltanski (1969, chap. 1).

(3) Que l'on trouve actuellement dans les manuels tels que celui de Pernoud (1996).

(4) Pour simplifier, je considérerai seulement quelques auteurs, les plus représentatifs de chaque tendance. Pernoud (1996) pour la puériculture « néo-pastoriennes », Naouri (1993) pour la puériculture « psy ». Pour la puériculture pastoriennes, j'utiliserai les descriptions de Boltanski (1969).

(5) « [Le lave-vaisselle] est un moyen de nettoyage efficace, sûr et en un mot excellent à tous

égards. Il peut largement remplacer une **stérilisation** dont la pratique a la vie dure et **qui est en réalité parfaitement inutile**. Il faut dire que, là aussi, on pérennise inutilement des manières de faire qui ont eu leur justification mais qui n'ont plus aujourd'hui la moindre raison d'être. [...] Elle [la stérilisation] est réduite, encore une fois, à une forme de rituel censé être rassurant mais strictement inutile quand il est rapporté au temps perdu et à l'investissement pécuniaire qu'il nécessite. **On peut réellement et définitivement ranger au musée des traditions obsolètes les stérilisateurs de toute sortes.** » Naouri (1993, p. 205, en gras dans le texte).

qu'il faut suivre un horaire strict, et surtout ne pas céder lorsque l'enfant pleure, quel que soit le mode d'alimentation (sein ou biberon). Les « néo-pastoriens » estiment que ces règles ne sont valables que pour l'enfant nourri au biberon ; les « psy » estiment qu'actuellement les progrès réalisés dans la composition du lait maternisé autorisent une alimentation à la demande, même au biberon. Le troisième exemple, qui se rattache de façon indirecte à l'alimentation, est le suivi du poids de l'enfant : les puériculteurs pastoriens prescrivent de peser l'enfant avant et après chaque tétée, pour voir combien il a pris ; les « néo-pastoriens » se contentent de conseiller à la mère de tracer une courbe de poids au moyen d'une pesée par semaine ; les puériculteurs « psy » se déclarent contre la pesée systématique des enfants, estimant que le contrôle médical (une fois par mois, ou tous les deux mois) suffit largement.

Souhaitant se soustraire aux aspects les plus contraignants, notamment sur l'usage du temps, de la puériculture pastorienne, et même « néo-pastorienne », c'est dans les descriptions des ethnologues et des folkloristes que les membres des classes supérieures (auxquelles appartiennent les médecins promoteurs de la puériculture « psy ») sont allés chercher des modèles alternatifs et une légitimation de certaines de leurs prescriptions (notamment sur l'alimentation du nourrisson à la demande et sur l'absence de suivi du poids de l'enfant). Il est en effet vraisemblable que la distance prise par les classes supérieures à l'encontre du côté rigide des prescriptions pastorienes soit à l'origine du mouvement d'invention de la puériculture « psy » (puisque les pédiatres font partie des classes supérieures). Je pose l'hypothèse que la puériculture « psy » est issue de la radicalisation d'une attitude de distanciation vis-à-vis de la puériculture « pastorienne » puis « néo-pastorienne », attitude qui est celle des classes dominantes et que je désigne par le terme d'usages dominants.

Cette rapide mise au point sur l'évolution des normes de puériculture étant faite, on peut se demander ce qu'il en est de leur application. Mais on ne peut s'interroger sur l'application des normes que si l'on connaît la provenance des conseils que les jeunes parents appliquent. En effet, surtout pour les manuels de la tendance « psy », la réhabilitation des pratiques « traditionnelles » s'accompagne d'une réinterprétation des règles qui sous-tendent ces pratiques. On ne peut donc pas déduire directement des pratiques de soins dans la petite enfance les normes qui sont suivies par les parents, à moins de savoir sur quels conseils ils agissent (ce qui peut donner une indication sur le caractère légitime ou non d'une pratique donnée).

Modèle savant, usages populaires

À partir d'une enquête par questionnaire portant sur l'alimentation dans la prime enfance (6), on peut mettre en évidence le lien entre sources de conseils,

(6) L'enquête par questionnaire a été menée d'avril à juin 1997 auprès de mères d'enfants de moins de trois ans, allocataires de la Caisse d'allocations familiales (CAF) du Val-de-Marne. Sur

pratiques éducatives et position sociale, au moyen d'une analyse des correspondances multiples. Les variables retenues comme variables actives correspondent aux thèmes suivants : caractéristiques du ménage, expérience antérieure de la mère, sources de conseils, organisation temporelle et matérielle des journées. Sur le plan factoriel défini par ces variables actives, on a ensuite projeté des variables supplémentaires qui peuvent être regroupées en deux catégories. D'une part, les variables sociodémographiques qui sont fortement corrélées avec celles introduites en actives, et que l'on a rejetées en supplémentaires afin de ne pas surdéterminer les axes (7). D'autre part, des variables décrivant l'alimentation du plus jeune enfant et les pratiques éducatives des parents, et qui, sans contribuer beaucoup à la détermination des deux premiers axes, sont corrélées avec ces axes.

L'examen des modalités qui contribuent le plus à la détermination du premier axe (8) permet de construire une opposition entre deux modèles de soins à la petite enfance. En effet, d'un côté du premier axe (à droite) on trouve les plus faibles niveaux de diplôme, les mères inactives, les familles les plus nombreuses (quatre enfants ou plus), les femmes qui se sont occupées de leurs frères ou sœurs, qui se sont très souvent occupées de bébés avant la naissance de leur premier enfant, qui ont pris conseil auprès de leur mère ou d'un centre de protection maternelle et infantile (PMI), mais non auprès d'un pédiatre ou dans des livres (Graphique I) (9). De l'autre côté de l'axe (à gauche), on trouve les plus forts niveaux de diplôme, les femmes actives, quel que soit leur temps de travail, celles qui ont pris conseil principalement auprès de leur pédiatre, secondairement auprès de leur mère ou d'amis, et qui ont fréquemment consulté des livres de puériculture. De ce côté se projettent aussi les femmes qui s'étaient rarement occupées de nourrissons avant d'avoir leur premier enfant (il semble que cela corresponde essentiellement à celles qui n'ont fait que du baby-sitting, puisque les autres variables indiquant le cadre dans lequel elles se sont occupées de jeunes enfants – cadre professionnel, familial ou amical – ne contribuent guère à la détermination de cet axe, à l'exception, on l'a vu, de la modalité

(suite de la note 6)

les 4 000 mères à qui a été envoyé le questionnaire, 1 800 ont répondu à l'enquête. Par ailleurs, la CAF m'a communiqué un extrait de fichier anonymisé, correspondant aux 4 000 ménages de la base de sondage, afin que je puisse compléter les informations obtenues par l'intermédiaire du questionnaire. Pour des résultats détaillés de l'enquête, voir Gojard (1998a).

(7) J'ai en effet vérifié que ces variables, portées en variables actives, ne modifiaient guère l'analyse, mais surdéterminaient le premier axe. Or la corrélation évidente entre ces variables et celles laissées en actives n'était pas l'objet de cette étude.

(8) Le premier axe explique 6,5 % de l'inertie totale. Ce pourcentage peut sembler faible

mais s'explique par le grand nombre de modalités introduites dans l'analyse. J'ai en effet laissé dans l'analyse des variables qui ne contribuent guère à la définition des axes, et qui sont peu corrélées avec les axes, parce que cette absence de corrélation est en elle-même intéressante à souligner (surtout pour les variables qui décrivent l'éducation et l'alimentation des enfants).

(9) J'ai fait figurer en gras souligné les modalités qui ont les plus fortes contributions à la détermination du premier axe, et en gras italique celles qui ont les plus fortes contributions pour le deuxième axe. On trouvera en annexe la liste des modalités des variables principales et supplémentaires, avec l'intitulé complet, l'abréviation utilisée et la fréquence observée dans l'échantillon.

source de conseils. Parallèlement, la fréquence à laquelle les jeunes femmes se sont occupées d'enfants en bas âge avant d'être mères diminue à mesure que le niveau de diplôme augmente : les mères les moins scolarisées sont aussi les plus expérimentées dans le domaine de la petite enfance.

Si l'on se fonde sur l'origine des pratiques pour désigner les modèles de soins à la petite enfance, on constate que le premier axe est en partie construit par l'opposition entre un modèle savant et un modèle familial de recours aux conseils, le modèle familial reposant aussi sur une transmission par l'expérience des soins aux nourrissons. Il s'agit également d'un axe de diplôme, le pôle savant correspondant aux niveaux de diplôme élevés, le pôle familial aux plus faibles.

Avant d'examiner plus en détail la composition de ces deux pôles et la construction des deux modèles de soins à la petite enfance correspondant, précisons qu'il ne s'agit pas de nier la transmission familiale d'usages dominants, ni l'adoption par les classes populaires de pratiques savantes, mais de considérer qu'elles sont numériquement minoritaires. De même, l'examen des variables qui contribuent le plus à construire les axes et des modalités qui sont le plus corrélées avec ces axes conduit nécessairement à se focaliser sur les extrêmes opposés. Mais l'ensemble de la population se répartit en un continuum entre ces deux pôles, et si certains sont plus proches du pôle savant ou du pôle familial, d'autres empruntent certains traits de leurs caractéristiques ou de leur comportement aux deux modèles. C'est d'ailleurs dans l'étude des cas mixtes ou, comme on le verra, des pratiques ambivalentes qu'il est le plus fructueux d'utiliser l'opposition entre ces deux modèles comme outil d'analyse.

L'examen des variables supplémentaires précise, dans un premier temps, l'interprétation que l'on peut donner du premier axe (Graphique II) (10). En effet, on a vu que les niveaux de diplôme se projettent de manière ordonnée sur cet axe ; il en va de même des niveaux de revenu et de la position sociale du conjoint : du côté des plus faibles diplômes se projettent les deux premiers quartiles de revenus, les familles monoparentales, les couples dont l'homme est inactif ou ouvrier ; à l'autre extrémité de l'axe se projettent les couples dont l'homme est cadre supérieur ou profession intermédiaire, et les ménages dont le revenu se situe dans le dernier quartile ou n'est pas déclaré. Or la connaissance des revenus des ménages provient de l'appariement entre les données issues de l'enquête postale et certaines des données dont dispose la Caisse d'allocations familiale du Val-de-Marne, et l'on sait que les ménages qui se savent au-dessus des plafonds pour les prestations sous conditions de ressources ne sont pas obligés de déclarer leurs revenus à la CAF : les valeurs manquantes pour la variable de revenu correspondent donc à des revenus relativement élevés. On observe aussi que les mères ayant passé leur enfance en Afrique (et plus

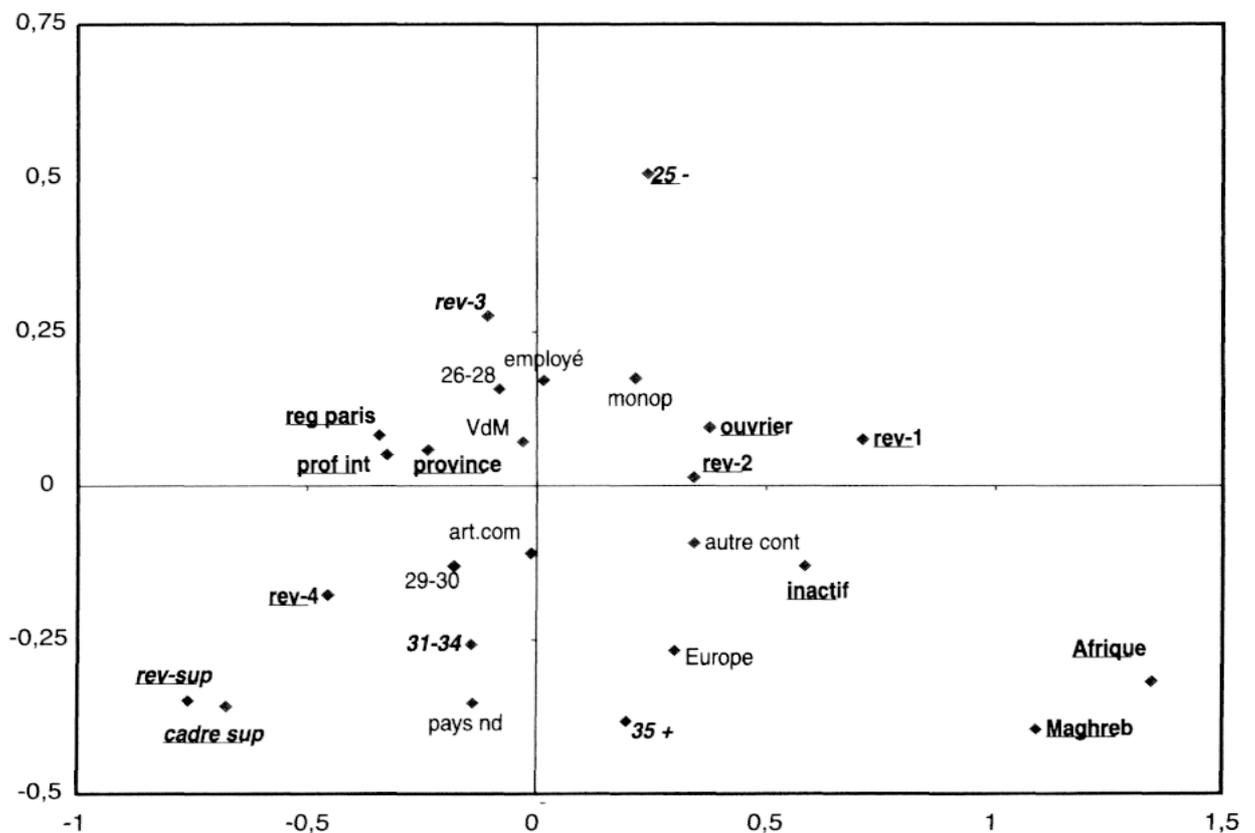
(10) Figurent en gras souligné les modalités qui ont les meilleures représentations sur le premier axe (mesurées par les cosinus carrés), en

gras italique celles qui ont les meilleures représentations sur le deuxième axe.

généralement à l'étranger) se projettent du même côté que celles appartenant aux classes populaires (11).

On obtient ainsi confirmation que l'opposition qui structure le premier axe est aussi une opposition entre classes populaires et classes supérieures. Le modèle savant de soins à la petite enfance est donc plus fréquent dans les classes supérieures, tandis que le modèle familial est plus souvent celui adopté dans les classes populaires.

GRAPHIQUE II. – Axes 1 et 2, variables supplémentaires (sociodémographiques)



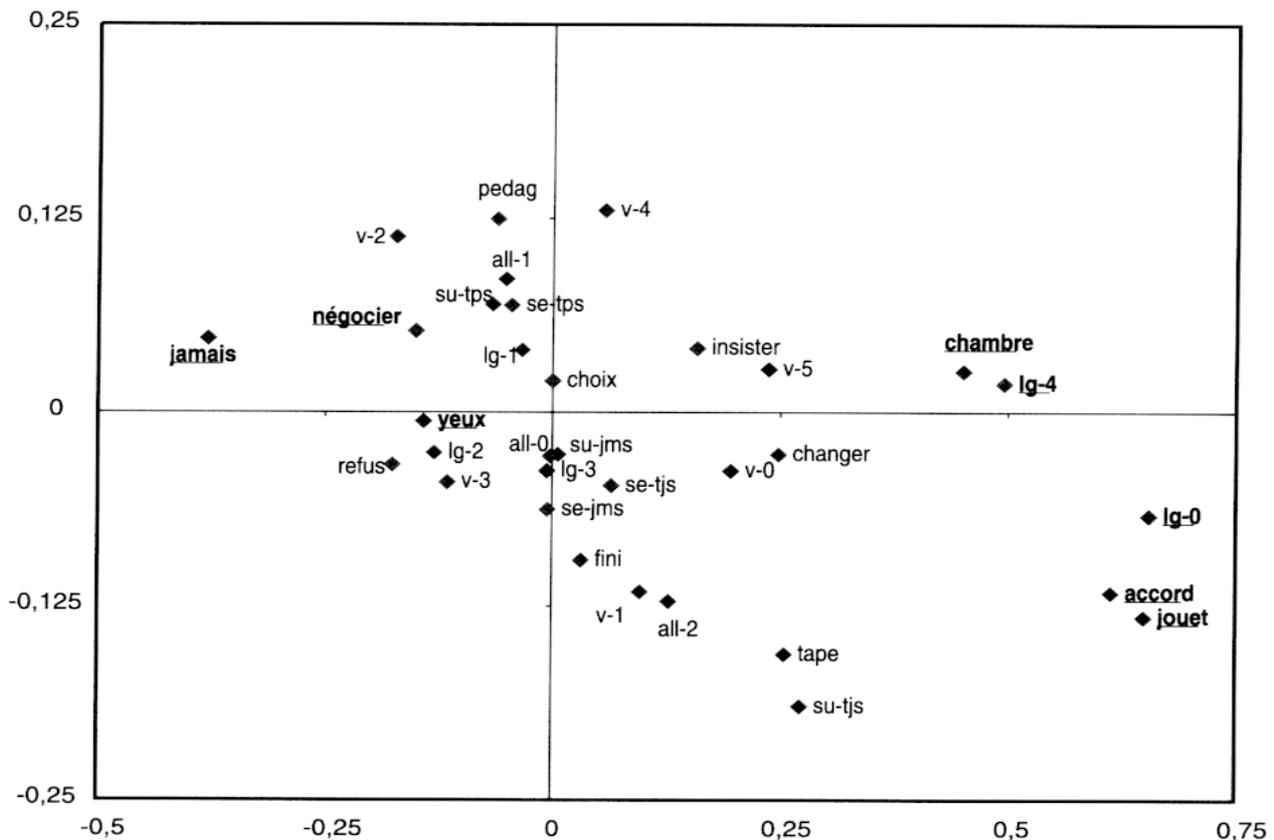
Si l'on regarde maintenant l'autre groupe de variables supplémentaires, on peut mettre en évidence les corrélations entre les positions sociales des parents d'une part et d'autre part leurs pratiques éducatives et certains des choix alimentaires qu'ils opèrent pour leurs enfants (Graphique III) (12).

(11) On vérifie en effet la corrélation entre enfance passée hors d'Europe et faibles niveaux de diplôme, ce qui se justifie aisément par les différences entre systèmes scolaires. Toutefois, c'est bien un effet de diplôme que l'on observe ici, et non un effet d'origine géographique. En effet, si l'on fait la même analyse sur le sous-échantillon des femmes d'origine européenne, on

obtient sensiblement les mêmes résultats (voir Annexe II).

(12) Les conventions de notations sont les mêmes que pour le graphique précédent. Toutefois, l'échelle n'est pas la même : les variables de ce groupe se projettent plus près du centre que les autres : elles sont un peu moins bien expliquées par les axes.

GRAPHIQUE III. – Axes 1 et 2, variables supplémentaires (alimentation et éducation)



Du côté du modèle familial se projettent les modalités qui expriment la plus grande indifférence par rapport aux normes nutritionnelles : l'ajout de sucre systématique dans les aliments des enfants ainsi que la diversification alimentaire très tardive ou très précoce. On décèle ainsi l'influence du recours aux sources de conseil : les modalités d'alimentation des enfants indiquant que les normes savantes actuelles sont le moins suivies se trouvent être associées aux variables qui indiquent le recours le plus faible au pédiatre et aux supports écrits. Inversement, les modalités qui correspondent aux normes savantes actuelles (13) pour l'âge d'introduction de la viande et des légumes dans l'alimentation se projettent du côté du modèle savant, caractérisé par le recours aux pédiatres ou aux manuels de puériculture.

Les variables donnant des indications sur les conceptions éducatives permettent d'associer le modèle savant à une conception « pédagogique » (14) : négocier lorsque l'enfant refuse de manger, ce qui permet de rappeler la norme, quitte à l'aménager ; du côté du modèle familial en revanche se projettent les modalités qui indiquent que dans le même cas les parents insistent pour qu'il mange, ou

(13) Les normes dont il s'agit sont les suivantes : 4 mois pour l'introduction des légumes et 6 mois pour l'introduction de la viande.

(14) Sur la place du langage dans les relations entre parents et enfants, voir Bernstein (1975).

bien lui proposent autre chose (15). La sanction la plus fréquemment envisagée lorsqu'un enfant de deux ans fait une bêtise est « faire les gros yeux » du côté du modèle savant, les sanctions plus actives (16) (priver d'un jouet ou annuler une réjouissance, donner une tape, l'envoyer dans sa chambre) se projetant du côté du modèle familial. De même, lorsque l'enfant réclame à manger en dehors des repas, c'est de ce même côté que se projette la modalité indiquant que les parents lui accordent ce qu'il veut, tandis que du côté du modèle savant on trouve le refus, ou bien la réponse « il ne réclame jamais ». Or on constate que du côté du modèle familial se trouvent les variables indiquant la plus forte variabilité dans les horaires des repas du plus jeune enfant, tandis que du côté du modèle savant, les horaires, en semaine, sont fixes : l'imposition d'horaires de repas réguliers s'accompagne d'une restriction des prises alimentaires hors des plages horaires consacrées aux repas. On observe donc une cohérence entre normes éducatives et normes de puériculture. Cette cohérence provient de l'adéquation entre les caractéristiques sociales des parents (qui déterminent leurs conceptions éducatives) et le système de contraintes qui s'imposent à eux (qui détermine en partie leur application des préceptes de la puériculture).

En résumé, l'interprétation du premier axe permet de distinguer deux modèles de soins à la petite enfance, et de montrer que ces modèles sont socialement déterminés. D'une part, le recours fréquent aux instances savantes de diffusion des normes de puériculture que sont les supports écrits et les médecins spécialistes (pédiatres) s'accompagne d'une mise en application des prescriptions nutritionnistes actuelles, et constitue ce que l'on peut caractériser comme un modèle savant de soins aux nourrissons, qui est corrélé avec l'appartenance aux classes supérieures. D'autre part, une expérience des soins aux nourrissons acquise avant la naissance du premier enfant et le recours aux conseils familiaux constituent un modèle familial de soins à la petite enfance, qui est corrélé avec l'appartenance aux classes populaires. Ce modèle familial peut s'interpréter dans une logique de contre-handicap, compensant (voire autorisant) un faible recours aux agents de diffusion des normes savantes (à l'exception de la PMI, institution précisément conçue pour diffuser la puériculture vers les classes populaires). Il s'ensuit une moindre attention portée aux prescriptions nutritionnistes concernant l'âge d'introduction de tel ou tel aliment dans l'alimentation de l'enfant, prescriptions qui sont particulièrement variables dans le temps (Delaisi de Parseval et Lallemand, 1980).

Expérience maternelle et recours aux sources de conseils

Les modalités actives qui contribuent le plus à la détermination du deuxième axe (17) sont liées à l'expérience de la mère, aussi bien son expérience antérieure

(15) La distinction entre éducation autoritaire et éducation permissive semble donc passer à l'intérieur des classes populaires.

(16) On retrouve la distinction classique en-

tre « sanction-discours » et « sanction-acte », voir Singly (1976).

(17) Le deuxième axe explique 5,5 % de l'inertie totale.

que son expérience propre. Cet axe est en partie structuré par l'opposition entre les femmes qui déclarent ne s'être jamais occupées d'un bébé avant la naissance de leur premier enfant (Graphique I, en bas) et celles qui déclarent s'en être occupées souvent ou de temps en temps (en haut). Si l'on regarde le cadre dans lequel elles déclarent avoir pris soin de bébés, on trouve en haut l'expérience acquise dans un cadre professionnel, aussi bien que dans un cadre familial ou amical ; en bas se projettent logiquement les modalités négatives, correspondant à une expérience nulle des soins à la prime enfance.

D'une manière qui peut sembler paradoxale, on constate que les modalités qui expriment un recours à des conseillers (groupe de pairs, famille élargie, généraliste) se projettent en haut de l'axe tandis que les modalités décrivant l'absence de prise de conseil se projettent en bas. On aurait pu s'attendre à ce que l'expérience compense le besoin de conseils, or on trouve du même côté de l'axe les modalités de conseils et les modalités d'expériences positives. Remarquons toutefois que les sources de conseils sont semblables aux cadres d'apprentissage des soins aux bébés : en particulier, on ne trouve pas sur cet axe les modalités de recours au pédiatre ni aux livres. On ne trouve pas non plus le recours à la mère comme source de conseil, ni la prise en charge des frères et sœurs de la femme. Ce que l'on met ici en évidence, c'est la transmission de savoir-faire dans le groupe de pairs : quand une jeune femme s'est occupée de bébés de voisins ou d'amis, elle continue à faire appel à eux lorsqu'elle a besoin de conseils, une fois mère.

La clef d'interprétation de ce deuxième axe réside, à mon avis, dans la distinction entre expérience antérieure à la naissance du premier enfant et expérience acquise en élevant ses propres enfants. En effet, en haut du graphique se projettent les primipares (femmes qui ont leur premier enfant) tandis qu'en bas se projettent celles qui ont trois enfants (multipares). Or la question « Pour prendre soin de votre premier enfant, auprès de qui avez-vous pris conseil ? » est située vers la fin du questionnaire, après une longue batterie de questions sur le plus jeune enfant (18). Il est donc fort possible que les enquêtées, n'ayant pas toujours lu en détail les intitulés des questions, aient répondu à cette question non pas pour le premier enfant, mais pour le plus jeune. Celles qui ont trois enfants, ayant déjà acquis une certaine expérience, peuvent avoir pris nettement moins de conseils pour élever le plus jeune. Par ailleurs, les entretiens réalisés parallèlement à cette enquête montrent que les femmes qui ont l'habitude de s'occuper de bébés au quotidien tendent à minorer leurs expériences ponctuelles antérieures. Il semble donc que la définition de ce qu'est « s'occuper d'un bébé » varie avec l'expérience de la mère : une jeune femme qui a très peu d'expérience répondra qu'elle s'est de temps en temps occupée d'un bébé si elle en a gardé un occasionnellement, tandis qu'une mère de trois enfants considérera que garder des enfants quelques heures ne donne pas une idée nette et précise de ce qu'est s'occuper d'un bébé (et *a fortiori* de plusieurs).

(18) Sur l'importance de l'ordre des questions et son influence sur la manière dont les enquêtés répondent, on pourra se reporter à Gollac (1997).

Il s'agit bien ici de différences liées au rang de l'enfant et non au nombre d'enfants. Un élément de confirmation de cette interprétation est donné par la variable supplémentaire indiquant l'âge de la mère à la naissance de son plus jeune enfant : les modalités de cette variable se projettent de manière ordonnée sur le second axe, les plus jeunes (donc celles dont la descendance n'est pas achevée) en haut, du côté de celles qui ont un seul enfant, et de celles qui indiquent de nombreuses sources de conseils, les plus âgées vers le bas du graphique, du côté de celles qui ont trois enfants et de celles qui n'indiquent pas de sources de conseils (Graphique II). Par ailleurs, sur le même graphique, on remarque que les classes supérieures se projettent vers le bas du graphique. C'est dû à la corrélation, déjà mentionnée, entre l'appartenance aux classes supérieures et l'inexpérience dans le domaine de la petite enfance. De ce même côté de l'axe se projettent les femmes qui ont passé leur enfance en Afrique Noire ou au Maghreb, il s'agit là sans aucun doute d'un effet du nombre d'enfants ; on remarque toutefois que la modalité indiquant que les femmes ont quatre enfants ou plus n'est pas corrélée avec le second axe (mais avec le premier axe, du côté du modèle familial).

Les variables supplémentaires du deuxième groupe (éducation et alimentation) sont très peu corrélées avec le deuxième axe (Graphique III). Cette absence de corrélation entre le deuxième axe et les variables indiquant les conceptions éducatives et les apprentissages alimentaires des enfants traduit que l'expérience de la mère, ou son inexpérience, si elle a une influence sur sa propension à prendre conseil auprès de divers interlocuteurs, n'en a guère sur ses pratiques effectives, lesquelles sont nettement plus déterminées par l'adhésion à un modèle (savant ou familial). Pour mesurer l'évolution des pratiques des parents avec le rang de l'enfant, il aurait fallu disposer de données sur les pratiques que les enquêtés ayant plus de deux enfants adoptaient à l'époque où ils n'en avaient qu'un seul. Le mode postal d'administration du questionnaire rendait cela impossible, puisque pour améliorer le taux de réponse il fallait impérativement avoir un questionnaire court. La faible corrélation entre expérience et pratique peut indiquer aussi bien une intériorisation des règles suivies pour l'éducation du premier enfant – qui seraient répétées pour les suivants – qu'une autonomisation croissante vis-à-vis des conseils reçus. Les données disponibles dans cette enquête ne permettent pas de trancher entre ces deux hypothèses.

L'allaitement : une pratique savante et populaire

La distinction entre ces deux modèles de soins à la petite enfance ne sert pas uniquement à distinguer des manières de faire légitimes des usages populaires. Elle permet aussi, pour une pratique donnée, de mettre en évidence plusieurs logiques. C'est notamment le cas de l'allaitement, qui est un mode d'alimentation des nourrissons pour lequel coexistent des justifications savantes et un savoir-faire traditionnel. Cette coexistence s'explique en grande partie par l'évolution récente des discours savants sur l'allaitement. En effet, après une

période de désaffection (19) liée aussi bien aux progrès réalisés dans les techniques d'alimentation artificielle (20), à l'évolution des modes de vie (21) qu'à l'influence des mouvements féministes (Knibiehler, 1997), l'allaitement maternel connaît à partir des années soixante-dix un regain d'intérêt. Recommandé actuellement aussi bien par la puériculture « néo-pastorienne » que par la puériculture « psy » – après avoir été dénigré par une partie des puériculteurs pastoriens qui voyaient dans le biberon l'instrument de l'alimentation scientifique du nourrisson (Rollet, *op. cit.*, p. 565) – l'allaitement n'est pas pour autant uniformément répandu dans tous les milieux. En moyenne, plus de la moitié (57 %) des femmes de l'échantillon allaitent ou ont allaité leur plus jeune enfant (22) ; une étude par tris croisés montre des corrélations entre fréquence de l'allaitement et situation sociale (Gojard, 1998b). On constate notamment que l'allaitement est sur-représenté chez les femmes diplômées de l'enseignement supérieur, chez les femmes cadres supérieurs ou chez les femmes de cadres supérieurs (plus des deux tiers allaitent). Il est égal à la moyenne de la population chez les femmes peu ou pas diplômées, et chez celles qui n'exercent pas d'activité professionnelle. Il est sous-représenté chez les femmes titulaires d'un niveau de diplôme intermédiaire, ainsi que chez les ouvrières et les employées, ou chez les femmes d'ouvriers (la moitié allaitent). En revanche, il est sur-représenté (plus des deux tiers) chez celles dont le conjoint n'exerce pas d'activité professionnelle au moment de l'enquête – chômeurs, étudiants, autres inactifs. L'allaitement est aussi nettement plus fréquent chez les femmes qui ont passé leur enfance hors de France, et surtout en Afrique Noire ou au Maghreb (respectivement 84 % et 70 %). Enfin, la fréquence de l'allaitement est positivement corrélée avec l'expérience de soins aux nourrissons. En revanche, les tris croisés ne permettent pas de rejeter l'hypothèse d'indépendance entre la pratique de l'allaitement et un certain nombre de variables comme le revenu du ménage ou l'âge de la mère (que ce soit à la naissance du premier enfant ou à la naissance du dernier).

Ces quelques résultats montrent que l'allaitement n'est pas une pratique déterminée par des contraintes d'ordre purement économique, puisque l'on n'observe pas de lien avec le revenu du ménage, ni avec l'exercice par la femme d'une activité professionnelle. En revanche, les variations de la fréquence de l'allaitement en fonction du milieu social, du diplôme ou de l'expérience dans le domaine de la petite enfance permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une pratique socialement déterminée. L'étude qui va suivre, parce qu'elle dissocie les effets des différentes variables, permet d'aller plus loin dans l'interprétation de

(19) Période qui, selon Rollet, commence dès le début du XX^e siècle (1990, pp. 517-526).

(20) On pense principalement à la mise au point du lait maternisé en poudre tel qu'on le connaît actuellement, qui dispense les mères souhaitant nourrir au biberon des tâches liées au coupage, au sucrage et à la stérilisation du lait.

(21) Généralisation du travail féminin, etc. Voir Norvez (1990), Rollet (1990) et Chamboredon et Prévot (1973).

(22) Ce pourcentage est plus élevé que la moyenne nationale, estimée à près de 52 % en 1995, voir Crost et Kaminski (1998). C'est un résultat classique des enquêtes INSERM que le taux d'allaitement soit plus fort en région parisienne, où la population est globalement plus diplômée, voir Rossant et Rossant-Lumbroso (1987, pp. 78-79). Les analyses que je présente ne sont donc pas généralisables directement à l'ensemble de la France.

l'allaitement. L'analyse des déterminants de la probabilité d'allaiter permet de retrouver les deux modèles, savant et familial, construits précédemment ; ces deux modèles d'allaitement diffèrent du point de vue de la durée de l'allaitement et du sevrage.

Analyse de la probabilité d'allaiter

Afin de séparer les effets des différents critères qui tendent à favoriser ou à défavoriser l'allaitement maternel, on utilise une analyse de type logit. Le principe en est de modéliser une probabilité d'allaitement en fonction de critères indépendants, toutes choses égales par ailleurs. On peut ainsi dissocier l'influence de la situation sociale, de l'origine, ou de l'expérience de la mère. Les variables introduites dans l'analyse ont été choisies en fonction de leur corrélation avec la fréquence d'allaitement ; ainsi on a exclu l'âge de la mère et le revenu du ménage, qui ne sont pas corrélés avec la fréquence d'allaitement, après avoir vérifié toutefois qu'ils n'exerçaient pas d'influence significative dans une analyse toutes choses égales par ailleurs (23). On a de plus évité les variables redondantes (comme la profession du père et celle de la mère). La situation sociale est appréhendée par le diplôme de la femme et par la profession de son conjoint ou concubin. À titre de complément d'information, on a aussi retenu l'activité professionnelle de la femme et son temps de travail, son origine sociale et géographique. Enfin, on a fait figurer dans l'analyse un certain nombre de facteurs plus démographiques, comme le nombre d'enfants et les variables qui décrivent l'expérience précédente de la mère avec de jeunes enfants. On a choisi de ne pas introduire dans l'analyse les variables indiquant les sources de conseil, dont on a vu qu'elles sont corrélées avec le diplôme et avec l'expérience.

Dans la mesure où les variables explicatives sont des variables qualitatives, on a eu besoin de fixer une situation de référence. Elle a été choisie d'une part en fonction des effectifs des modalités (on sait que d'un point de vue statistique, il vaut mieux prendre pour référence des modalités où les effectifs sont élevés), d'autre part en fonction de la fréquence d'allaitement dans chacune des catégories : on a choisi comme référence, quand c'était possible, une modalité où la fréquence d'allaitement était sensiblement égale à celle de l'ensemble de la population. Enfin, on a essayé de construire une situation de référence cohérente (on évite pour ce faire les situations improbables : femme diplômée de l'enseignement supérieur mariée à un ouvrier, ou encore femme qui s'est occupée de ses frères et sœurs, tout en ayant une fréquence faible de contacts avec des bébés). L'analyse dont les résultats sont présentés dans le Tableau I mesure donc,

(23) En effet, on aurait pu avoir une non-corrélation globale, mais une influence dans une analyse de type logit. Par exemple, pour le revenu, comme on introduit dans l'analyse le nombre d'enfants, cela revient à peu près à tester l'in-

fluence du revenu par personne ; de même en ce qui concerne l'âge de la mère, on aurait pu voir apparaître, par exemple, des différences entre primipares (mères d'un premier enfant) selon leur âge.

pour chaque variable, les écarts par rapport à la modalité de référence, les autres variables incluses dans le modèle étant tenues constantes.

Les effets les plus forts sur la probabilité d'allaiter sont ceux du diplôme et de l'origine géographique de la mère. Viennent ensuite les facteurs liés à l'expérience précédente de la mère, au temps de travail, puis au nombre d'enfants ; enfin, les professions du père et du grand-père maternel sont à peu près sans influence sur la probabilité que l'enfant soit allaité.

TABLEAU I. – *Variable analysée : allaitement du plus jeune enfant*

Variabiles introduites dans l'analyse <i>(en italiques, les modalités de référence)</i>	Coefficient estimé *	Seuil de significativité du coefficient **
Constante	- 0,008	n.s.
Origine géographique		
Val-de-Marne	- 0,153	n.s.
Région parisienne (hors Val-de-Marne)	- 0,019	n.s.
<i>France (hors région parisienne)</i>		
Autre pays d'Europe	0,135	n.s.
Maghreb	1,025	p < 0,01
Afrique Noire	1,476	p < 0,001
Autre pays étranger	0,892	p < 0,001
Diplôme le plus élevé obtenu par la mère		
Non-réponse	- 0,125	n.s.
Pas de diplôme ou certificat d'études primaires	- 0,355	n.s.
BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges	- 0,404	n.s.
CAP ou équivalent	- 0,432	p < 0,10
BEP ou équivalent	- 0,187	n.s.
<i>Baccalauréat, brevet professionnel ou de technicien, autre brevet</i>		
Diplôme universitaire de 1 ^{er} cycle, BTS, DEUST, DUT, diplôme des professions sociales ou de la santé	0,411	p < 0,10
Diplôme universitaire de 2 ^e ou 3 ^e cycle, diplôme d'ingénieur ou d'une grande école	0,768	p < 0,001
Expérience précédente de la mère		
S'est occupée de ses frères et sœurs	0,275	p < 0,10
<i>Ne s'est pas occupée de ses frères et sœurs</i>		
S'est occupée d'enfants d'amis ou de voisins	- 0,066	n.s.
<i>Ne s'est pas occupée d'enfants d'amis ou de voisins</i>		
A fait du baby-sitting	0,139	n.s.
<i>N'a pas fait de baby-sitting</i>		
S'est occupée d'autres enfants de sa famille	- 0,073	n.s.
<i>Ne s'est pas occupée d'autres enfants de sa famille</i>		
S'est occupée d'enfants dans un cadre professionnel	0,601	p < 0,10
<i>Ne s'est pas occupée d'enfants dans un cadre professionnel</i>		

TABLEAU I (suite)

S'était occupée de bébés avant la naissance de son premier enfant		
Très souvent	0,233	n.s.
Souvent	0,187	n.s.
De temps en temps	0,046	n.s.
Rarement	0,103	n.s.
<i>Jamais</i>		
Activité professionnelle de la mère		
Femme au foyer	0,191	n.s.
Chômage	0,082	n.s.
Congé temporaire	0,393	p < 0,10
Activité réduite (moins de trente heures par semaine) <i>Temps partiel (trente à trente-huit heures par semaine)</i>	0,476	p < 0,10
Temps plein (trente-neuf heures par semaine)	0,239	n.s.
Heures supplémentaires (quarante heures par semaine ou plus)	0,086	n.s.
Nombre d'enfants		
<i>Un enfant</i>		
Deux enfants	- 0,431	p < 0,01
Trois enfants et plus	- 0,122	n.s.
Situation conjugale et activité professionnelle du père		
Femme isolée sans conjoint	0,177	n.s.
Couple, père inactif	0,360	n.s.
Couple, père artisan, commerçant ou chef d'entreprise	- 0,041	n.s.
Couple, père cadre supérieur	0,086	n.s.
<i>Couple, père profession intermédiaire</i>		
Couple, père employé	- 0,103	n.s.
Couple, père ouvrier	- 0,284	n.s.
Profession du grand-père maternel		
Agriculteur	0,236	n.s.
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	- 0,121	n.s.
Cadre supérieur	- 0,011	n.s.
Profession intermédiaire	0,127	n.s.
<i>Employé</i>		
Ouvrier	0,104	n.s.

Note :

Taille de l'échantillon : N = 1 489

Degrés de liberté : 41

χ^2 expliqués par le modèle (loglikelihood ratio chi-square) = 139,41 (p < 0,0001)

* En gras, les coefficients significatifs au seuil de 10 %

** n.s. : coefficient non significatif au seuil de 10 %

p < 0,10 : coefficient significatif au seuil de 10 %

p < 0,01 : coefficient significatif au seuil de 1 %

p < 0,001 : coefficient significatif au seuil de 0,1 %

Les femmes qui ont passé leur enfance en Afrique ont nettement plus de chances d'allaiter leur enfant que celles qui l'ont passée en France, et encore plus celles qui l'ont passée en Afrique Noire que celles qui l'ont passée au Maghreb. Si elles ont passé leur enfance dans un pays d'Asie ou d'Amérique, elles ont aussi une plus forte probabilité d'allaitement. En revanche, on n'observe pas de différence significative entre la France et un autre pays d'Europe, ni au sein de la France entre province et région parisienne. Cette influence de l'origine géographique peut certainement s'interpréter comme le maintien, après immigration, de traditions du pays d'origine : le fait de provenir de pays où la concurrence entre le biberon et l'allaitement au sein est historiquement plus récente (24) est un facteur favorisant l'allaitement.

Le second effet sur la probabilité d'allaiter est celui du diplôme de la mère. On remarque en effet que les modalités de diplôme inférieures au baccalauréat ont toutes des coefficients négatifs, tandis que les modalités supérieures ont toutes des coefficients positifs. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité d'allaiter est donc croissante avec le diplôme. Plus exactement, les femmes qui ont arrêté leurs études avant le baccalauréat allaitent moins fréquemment que les bachelières, et l'effet négatif le plus net s'observe pour les titulaires d'un CAP ; en revanche, les femmes diplômées de l'enseignement supérieur allaitent sensiblement plus souvent que les bachelières.

À côté des effets de l'origine géographique et du parcours scolaire, la filière professionnelle choisie a une nette influence sur l'allaitement : les femmes qui se sont occupées d'enfants dans un cadre professionnel ont une plus forte probabilité d'allaiter que celles qui ne s'en sont pas occupées. Le coefficient est plus du double de celui associé à l'apprentissage familial des soins aux jeunes enfants : si les femmes qui se sont occupées de leurs frères et sœurs allaitent plus que les autres, l'effet de cette variable n'est toutefois pas aussi important que celui associé à un apprentissage dans un cadre professionnel. On remarque aussi que la variable indiquant la fréquence de soins aux jeunes enfants avant la naissance du premier bébé n'a pas d'effet sur la probabilité d'allaiter, une fois que l'on prend en compte les variables précisant le lien entre la femme et les bébés dont elle s'est occupée : ce n'est pas tant le fait de s'être souvent occupée d'un bébé qui joue sur la probabilité d'allaitement, que le fait de s'être occupée de ses cadets ou d'avoir eu une formation professionnelle sur la petite enfance. On constate par ailleurs que le fait d'avoir gardé des bébés en faisant du baby-sitting, ou de s'être occupée d'enfants de son entourage (familial ou amical) ou du voisinage n'a pas d'influence significative sur l'allaitement, une fois neutralisés les effets des autres variables.

Si l'on regarde maintenant les variables qui décrivent les conditions de vie du ménage, on constate que les femmes qui sont en congé au moment de l'enquête ont tendance à allaiter davantage que celles qui travaillent à temps partiel (entre trente et trente-huit heures). Cela semble assez logique : les

(24) Toutefois, de nombreux auteurs signalent, pour le déplorer, que l'allaitement maternel

est en nette régression dans les pays du Tiers-Monde. Voir Brisset (1997).

femmes qui sont temporairement en congé sont, pour la plupart d'entre elles, en congé parental d'éducation (les autres, peu nombreuses, sont en congé de maternité ou en congé d'allaitement) ; elles ont donc choisi d'interrompre leur activité professionnelle pour se consacrer à leurs enfants, démarche tout à fait compatible avec l'allaitement. En revanche, les femmes au foyer ou au chômage n'allaitent pas significativement plus souvent que celles qui travaillent à temps partiel. Tandis que le congé temporaire est le résultat d'un choix opéré par la mère, le chômage ou l'inactivité professionnelle sont plus souvent subis que voulus (Commaille, 1993). Les résultats de l'analyse vont donc à l'encontre d'une opposition binaire entre femmes actives et femmes inactives, du point de vue de l'allaitement.

L'influence du temps de travail de la mère n'est guère plus facile à interpréter : si les femmes qui ont une activité professionnelle réduite (moins de trente heures par semaine) allaitent plus fréquemment que celles qui travaillent à temps partiel (entre trente et trente-huit heures), en revanche celles qui travaillent trente-neuf heures ou plus n'allaitent pas significativement moins que celles qui travaillent à temps partiel (on observe même des coefficients positifs). La probabilité d'allaitement n'est donc pas liée de manière linéaire au temps de travail. Cependant, les variables décrivant la situation professionnelle sont fixées au moment de l'enquête tandis que la question portant sur l'allaitement est rétrospective (25) : le décalage temporel entre la période d'allaitement et la date de l'enquête peut rendre compte de cette absence de lien linéaire entre temps de travail et allaitement. On peut toutefois concevoir – et certains des entretiens confirment cette hypothèse – qu'une femme ayant un investissement professionnel fort (ce qui se traduit par le refus du temps partiel, voire par des heures supplémentaires) choisisse d'allaiter son enfant ne serait-ce que pour compenser, pendant le temps du congé de maternité, le fait qu'elle s'en occupe par la suite relativement peu. Ajoutons enfin que les horaires et la durée du travail sont rarement le résultat d'un choix effectué par la femme, mais sont souvent imposés par l'employeur.

L'interprétation de la variable indiquant le rang de l'enfant est elle aussi délicate, du fait d'une part que la descendance n'est pas achevée, et d'autre part que l'on ne sait pas si la décision de donner le biberon ou le sein est stable suivant le rang de l'enfant (26). On constate toutefois que les enfants de second rang sont moins souvent allaités que les premiers-nés (27). Quant aux enfants de rang supérieur, il semble aussi qu'ils soient moins souvent allaités, mais l'effet n'est

(25) La question exacte était : « Allaitiez-vous ou avez-vous allaité votre plus jeune enfant ? » Suivaient deux questions sur la durée de l'allaitement et du sevrage, ainsi formulées : « Si vous avez cessé de lui donner le sein, quel âge avait-il quand vous avez commencé le sevrage ? » ; « Si vous avez fait un sevrage progressif, combien de temps a-t-il duré ? » Je reviendrai un peu plus loin sur l'analyse de ces deux questions.

(26) La question portait uniquement sur le plus jeune enfant, et on ne demandait pas aux femmes ayant plus d'un enfant si elles avaient ou non allaité les aînés.

(27) Cet effet trouve une confirmation dans les résultats de l'enquête INSERM de 1995 (Crost et Kaminski, 1998) selon laquelle les femmes allaitent d'autant plus qu'elles sont primipares ou qu'elles ont plus de quatre enfants.

guère significatif : la probabilité d'allaiter n'est pas linéairement liée au nombre d'enfants.

La situation conjugale et la profession du mari ne semblent pas exercer d'influence significative sur la probabilité d'allaitement. D'une part, on n'observe guère de différences en fonction de la situation conjugale : les femmes isolées n'allaitent ni plus ni moins, toutes choses égales par ailleurs. D'autre part, quand le ménage est constitué d'un couple, la profession du mari n'a pas d'effet significatif sur la probabilité d'allaitement. Les caractéristiques de la mère (ici mesurées par son diplôme et son insertion professionnelle) ont donc davantage d'influence sur sa probabilité d'allaiter que celles de son conjoint.

Pour résumer, on retiendra que deux ensembles de facteurs sont susceptibles d'augmenter la probabilité d'allaiter. L'un est centré sur la transmission familiale des techniques de soins aux nourrissons : le maintien de traditions du pays d'origine pour les femmes qui ont passé leur enfance hors d'Europe, mais aussi, indépendamment du lieu de l'enfance, le fait de s'être occupé de ses frères et sœurs cadets sont deux conditions qui augmentent la probabilité d'allaiter. On remarque que la prise en charge de frères et sœurs moins âgés suppose un certain écart d'âge entre la femme et ses cadets, ce qui est souvent l'indice d'une fratrie nombreuse, donc, fréquemment, d'une origine populaire (Desplanques, 1994). Toutefois, les effets démographiques l'emportent sur les effets d'origine sociale, puisque la profession du grand-père maternel n'a aucun effet significatif dans l'analyse. On peut d'autant plus parler ici de transmission familiale que si l'on regarde les sources de conseils qui sont mentionnées par les mères, pour l'éducation de leur premier enfant, on observe une corrélation entre le fait de s'être occupé de ses frères et sœurs et la mention de la mère en première position parmi les conseillers : 29 % des femmes indiquent que leur principale source de conseils pour l'éducation de leur premier enfant était leur mère, et elles sont 34 % parmi celles qui se sont occupées de leurs frères et sœurs (28). Parallèlement à ces effets, une autre série de facteurs propices à l'allaitement tient à la proximité avec les instances de diffusion des normes de puériculture légitimes. En effet, les normes savantes, et particulièrement la puériculture « psy », sont actuellement favorables à l'allaitement maternel. Un niveau de diplôme élevé, indice d'une position sociale élevée, donc d'une certaine proximité avec les diffuseurs de normes de puériculture que sont les médecins, et tout particulièrement les pédiatres (29), mais aussi une formation professionnelle dans le domaine de la petite enfance sont des conditions propices à la diffusion, et dans certains cas à l'intériorisation, des normes savantes.

Ces deux ensembles de facteurs favorables à l'allaitement recourent les modèles de soin à la petite enfance mis en évidence précédemment au moyen de l'analyse factorielle. On peut ainsi construire deux modèles d'allaitement : un

(28) Si l'on regarde uniquement les mères qui ont allaité leur dernier enfant, on obtient exactement les mêmes fréquences de recours à la mère comme première source de conseils.

(29) Sur la proximité entre membres des classes supérieures et médecins, et sur ses conséquences sur l'information transmise au cours de la consultation médicale, voir Boltanski (1971).

modèle savant, favorisé par une fréquentation des milieux de création ou de diffusion des normes de puériculture, qui est celui des femmes hautement diplômées ou spécialistes de la petite enfance ; un modèle familial, lié à la transmission des savoirs sur la petite enfance, qui est celui des femmes issues de familles nombreuses, ayant eu fréquemment l'occasion de prendre en charge des nourrissons avant d'avoir leur premier enfant. Ces deux modèles n'apparaissent pas dans l'analyse des correspondances multiples : l'allaitement étant présent aux deux extrêmes, la variable indiquant si la mère a allaité son enfant ou non se projette de manière logique au milieu du graphique. La technique de l'analyse «toutes choses égales par ailleurs» est donc mieux adaptée pour l'analyse de l'allaitement, parce qu'elle permet de raisonner en séparant les effets des différentes variables. Le rapprochement entre les résultats de l'analyse logit et ceux de l'analyse factorielle permet de penser que le modèle familial d'allaitement se rencontre surtout dans les classes populaires, puisque la plupart des variables qui caractérisent – dans l'analyse logit – le modèle familial d'allaitement sont – d'après l'analyse factorielle – corrélées avec l'appartenance aux classes populaires.

Les modèles d'allaitement ont une influence sur le déroulement de l'allaitement. Une analyse similaire menée sur les durées de l'allaitement et du sevrage indique en effet que, toutes choses égales par ailleurs, les variables qui sont l'indice d'un modèle familial d'allaitement influent positivement sur la durée d'allaitement. Les variables qui indiquent une conception savante de l'allaitement ont, elles, des effets sur la durée du sevrage. Ce résultat traduit, chez les jeunes femmes des classes supérieures, une adhésion aux normes savantes, dans la mesure où les manuels («néo-pastoriens», mais surtout «psy») insistent sur la nécessité de procéder à un sevrage progressif.

Durées de l'allaitement et du sevrage

En moyenne, les femmes interrogées qui ont allaité leur plus jeune enfant l'ont fait pendant trois mois et demi, avant de commencer le sevrage, d'une durée de trois semaines. Ces durées moyennes sont sujettes à des variations relativement importantes : l'écart-type est presque égal à la moyenne pour l'âge au début du sevrage (soit 2,96) et supérieur à la moyenne pour la durée du sevrage (3,82). Cela s'explique surtout par une distribution allongée vers les valeurs les plus élevées : à l'âge de quatre mois, les trois quarts des enfants sont sevrés, mais ensuite, les durées d'allaitement s'étalent jusqu'à plus de deux ans. En ce qui concerne la durée du sevrage, on observe une distribution beaucoup plus concentrée, entre zéro et quatre semaines, mais étalée ensuite jusqu'à trente-deux semaines (donc huit mois). Près du tiers des femmes sèvent leur enfant en quinze jours, le quart en une semaine ou moins. Si 90 % des mères sèvent leur enfant en un mois ou moins, quelques-unes font un sevrage très progressif. Il s'agit alors sans aucun doute d'un allaitement mixte, c'est-à-dire qu'elles n'alimentent pas leur enfant uniquement au lait maternel, mais conservent quelques tétées, qui peuvent fournir tout ou partie de la ration de lait de l'enfant.

Afin de rendre compte de la variabilité dans les durées de l'allaitement et du sevrage, on a examiné si les variables qui influent sur la décision d'allaiter sont les mêmes que celles qui influent sur la durée de l'allaitement. Pour ce faire, on a procédé à deux régressions, la première ayant pour variable expliquée l'âge de l'enfant au début du sevrage, la seconde la durée du sevrage. Dans ces deux analyses, les régresseurs sont les mêmes variables que celles utilisées pour modéliser la probabilité d'allaitement, et les modalités de référence sont les mêmes (30).

Durée de l'allaitement

Les résultats, présentés dans les Tableaux II et III, indiquent que certains des facteurs favorisant l'allaitement favorisent aussi un allaitement long, sans que les déterminants soient exactement les mêmes pour la probabilité d'allaiter et pour l'âge de début du sevrage. Les femmes qui ont passé leur enfance dans un pays étranger, hors de l'Europe, allaitent plus longtemps que celles qui l'ont passée en France. L'origine géographique est donc un facteur qui influe non seulement sur la probabilité d'allaitement mais aussi sur la durée de celui-ci. De même, le fait de s'être occupé de ses frères et sœurs, dont on a vu qu'il tend à favoriser l'allaitement, favorise un sevrage tardif. En revanche, on n'observe aucune influence significative du diplôme de la mère, ni de la formation professionnelle dans le domaine de la petite enfance, sur la durée de l'allaitement. Les signes des coefficients associés aux différents niveaux de diplôme sont sensiblement les mêmes que ceux observés pour la probabilité d'allaiter, mais aucun coefficient n'est significativement différent de zéro. La formation professionnelle dans le domaine de la petite enfance est même associée à un coefficient négatif, quoique non significatif. Il semble donc que le modèle familial d'allaitement s'accompagne d'un sevrage tardif ; quant au modèle savant, il ne semble pas influencer la durée de l'allaitement (31).

On remarque aussi que certaines variables qui sont sans effet sur la probabilité d'allaiter ont une influence sur la durée de l'allaitement. C'est le cas de l'absence d'insertion sur le marché du travail : si les femmes au foyer n'allaitent pas significativement plus que les autres, lorsqu'elles allaitent, c'est pour une durée plus longue. Inversement, les femmes en congé temporaire, ou qui travaillent

(30) Les observations sur lesquelles on travaille sont les femmes qui ont allaité leur plus jeune enfant, et ont indiqué une durée pour l'allaitement d'une part, pour le sevrage d'autre part. La technique utilisée est une régression linéaire simple, d'une variable quantitative sur des variables qualitatives (on parle aussi d'analyse de la variance). Toutefois, étant données les distributions des variables expliquées, qui ressemblent nettement plus à celles d'une loi log-normale qu'à une loi normale, on a pris comme variables

expliquées le logarithme de l'âge de l'enfant au début du sevrage puis le logarithme de la durée du sevrage.

(31) Si les normes savantes sont à peu près unanimes sur la prescription de l'allaitement, il semble qu'elles soient nettement plus hétérogènes quant à la durée préconisée. C'est du moins le cas des sources écrites que j'ai consultées, où la durée de l'allaitement considérée par l'auteur comme normale varie entre deux-trois mois et plus de six mois.

TABLEAU II. – *Variable analysée : âge de l'enfant au début du sevrage (logarithme)*

Variabiles introduites dans l'analyse <i>(en italiques, les modalités de référence)</i>	Coefficient estimé *	Seuil de significativité du coefficient **
Constante	0,837	p < 0,001
Origine géographique		
Val-de-Marne	- 0,076	n.s.
Région parisienne (hors Val-de-Marne) <i>France (hors région parisienne)</i>	- 0,028	n.s.
Autre pays d'Europe	- 0,003	n.s.
Maghreb	0,434	p < 0,001
Afrique Noire	0,369	p < 0,01
Autre pays étranger	0,209	p < 0,10
Diplôme le plus élevé obtenu par la mère		
Non-réponse	- 0,119	n.s.
Pas de diplôme ou certificat d'études primaires	- 0,133	n.s.
BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges	0,183	n.s.
CAP ou équivalent	- 0,020	n.s.
BEP ou équivalent	- 0,017	n.s.
<i>Baccalauréat, brevet professionnel ou de technicien, autre brevet</i>		
Diplôme universitaire de 1 ^{er} cycle, BTS, DEUST, DUT, diplôme des professions sociales ou de la santé	0,044	n.s.
Diplôme universitaire de 2 ^e ou 3 ^e cycle, diplôme d'ingénieur ou d'une grande école	0,001	n.s.
Expérience précédente de la mère		
S'est occupée de ses frères et sœurs	0,125	p < 0,10
<i>Ne s'est pas occupée de ses frères et sœurs</i>		
S'est occupée d'enfants d'amis ou de voisins	- 0,008	n.s.
<i>Ne s'est pas occupée d'enfants d'amis ou de voisins</i>		
A fait du baby-sitting	- 0,038	n.s.
<i>N'a pas fait de baby-sitting</i>		
S'est occupée d'autres enfants de sa famille	0,028	n.s.
<i>Ne s'est pas occupée d'autres enfants de sa famille</i>		
S'est occupée d'enfants dans un cadre professionnel	- 0,122	n.s.
<i>Ne s'est pas occupée d'enfants dans un cadre professionnel</i>		
S'était occupée de bébés avant la naissance de son premier enfant		
Très souvent	0,018	n.s.
Souvent	- 0,121	n.s.
De temps en temps	- 0,039	n.s.
Rarement	- 0,020	n.s.
<i>Jamais</i>		

TABLEAU II (suite)

Activité professionnelle de la mère		
Femme au foyer	0,266	p < 0,01
Chômage	0,119	n.s.
Congé temporaire	0,101	n.s.
Activité réduite (moins de trente heures par semaine)	0,078	n.s.
<i>Temps partiel (trente à trente-huit heures par semaine)</i>		
Temps plein (trente-neuf heures par semaine)	0,076	n.s.
Heures supplémentaires (quarante heures par semaine ou plus)	- 0,095	n.s.
Nombre d'enfants		
<i>Un enfant</i>		
Deux enfants	0,101	p < 0,10
Trois enfants et plus	0,345	p < 0,001
Situation conjugale et activité professionnelle du père		
Femme isolée sans conjoint	0,270	p < 0,01
Couple, père inactif	0,122	n.s.
Couple, père artisan, commerçant ou chef d'entreprise	0,123	n.s.
Couple, père cadre supérieur	0,177	p < 0,10
<i>Couple, père profession intermédiaire</i>		
Couple, père employé	0,103	n.s.
Couple, père ouvrier	- 0,036	n.s.
Profession du grand-père maternel		
Agriculteur	0,139	n.s.
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	- 0,124	n.s.
Cadre supérieur	- 0,158	p < 0,10
Profession intermédiaire	- 0,178	p < 0,10
<i>Employé</i>		
Ouvrier	- 0,117	n.s.

Note :

Taille de l'échantillon : N = 752

(R² = 19,3 %)

* En gras, les coefficients significatifs au seuil de 10 %

** n.s. : coefficient non significatif au seuil de 10 %

p < 0,10 : coefficient significatif au seuil de 10 %

p < 0,01 : coefficient significatif au seuil de 1 %

p < 0,001 : coefficient significatif au seuil de 0,1 %

moins de trente heures par semaine, allaitent plus souvent que les autres, mais ne le font pas significativement plus longtemps. C'est aussi le cas de certaines modalités des variables indiquant la situation conjugale et la profession du père, et l'origine sociale. Les mères isolées n'allaitent pas significativement plus que les autres, mais quand elles le font, c'est pour une durée plus longue. Il en va de même des épouses de cadres supérieurs. Les interprétations que l'on peut en donner reposent sur différents mécanismes. En ce qui concerne les mères isolées, on remarque qu'elles sont sur-représentées dans les plus faibles déciles de

revenus et que la durée moyenne d'allaitement approche cinq mois dans le premier décile de revenu et dépasse quatre mois dans le second. Cependant, si l'on ajoute la variable de revenu dans la régression, on constate que toutes choses égales par ailleurs aucune de ses modalités ne produit un effet significativement non nul sur la durée de l'allaitement. C'est donc bien la structure du ménage qui est en jeu, et non seulement un effet de revenu. En ce qui concerne les femmes de cadres supérieurs, on peut juste remarquer au passage que si la décision d'allaiter dépend de la femme (on pense ici à son niveau de diplôme) en revanche la durée de l'allaitement dépend des caractéristiques de son conjoint ou concubin.

Le milieu d'origine de la femme n'influence pas sa propension à allaiter, mais il influence le temps pendant lequel elle allaite. Les filles de cadres supérieurs ou de membres de professions intermédiaires allaitent significativement moins longtemps que les filles d'employés, et on n'observe pas de différence significative entre filles d'employés et filles d'ouvriers, d'artisans ou d'agriculteurs. On peut voir là un effet des normes savantes de la génération des grands-parents, en supposant que les membres des classes supérieures et des classes moyennes ont intériorisé les normes savantes qui étaient en vigueur à l'époque où ils ont élevé leurs enfants. En effet, les normes de l'époque, légèrement moins favorables à la pratique de l'allaitement que les normes actuelles, étaient surtout beaucoup plus strictes sur la durée, et ce de façon plus consensuelle, que les normes actuelles. On constate aujourd'hui une hétérogénéité des normes savantes en ce qui concerne la durée de l'allaitement (32), ce qui peut expliquer pourquoi le diplôme de la mère n'a aucune influence sur l'âge auquel elle commence à sevrer son enfant ; en revanche, les normes anciennes préconisaient un allaitement relativement court (33), ce qui peut expliquer l'influence négative d'une origine sociale élevée.

Durée du sevrage

La durée du sevrage ne dépend pas tout à fait des mêmes facteurs que la durée de l'allaitement (34). Le principal effet sur la durée du sevrage est celui du niveau de diplôme de la mère : les femmes qui ont un diplôme inférieur au baccalauréat font un sevrage plus rapide que celles qui ont au moins le baccalauréat, et l'on n'observe pas de différence significative entre ces dernières et celles qui ont un diplôme du supérieur. Les femmes qui sont le moins diplômées

(32) Hétérogénéité davantage liée à des positions morales qu'à des arguments scientifiques.

(33) Comme en témoignent les jeunes femmes issues de milieux supérieurs que j'ai interrogées en entretiens : quand elles allaitent plus de deux ou trois mois (ce qui est souvent le cas) elles se trouvent confrontées à des remarques négatives de la part de leurs parents ou grands-parents.

(34) Précisons d'abord que le taux de non-

réponses, déjà plus élevé à la question sur l'âge au début du sevrage que sur le fait d'allaiter, est encore plus élevé pour la question sur la durée du sevrage. Par ailleurs, la durée du sevrage dépend souvent en grande partie des réactions de l'enfant, qui ne font pas partie des variables que l'on peut introduire dans l'analyse (parce qu'elles ne sont guère quantifiables).

non seulement ont tendance à allaiter moins souvent, mais lorsqu'elles allaitent, font moins fréquemment un allaitement mixte. En revanche, l'origine géographique, qui a une nette influence sur la fréquence d'allaitement comme sur sa durée, joue moins sur le sevrage : à l'exception des femmes qui ont passé leur enfance dans un pays du Maghreb, qui pratiquent un sevrage plus long, les femmes qui ont passé leur enfance dans un pays étranger se distinguent peu de celles qui l'ont passée en France.

L'expérience précédente de la mère a peu d'influence sur la durée du sevrage : le fait de s'être occupée de ses frères et sœurs, ou de s'être occupée d'enfants dans un cadre professionnel, qui influencent la probabilité d'allaiter, est sans effet significatif sur la durée du sevrage. Seule la variable indiquant que la mère s'est occupée d'autres enfants de sa famille tend à prolonger la durée du sevrage. Or, sachant que c'est principalement au moment de l'adolescence que les femmes commencent à s'occuper de bébés, si ce n'est pas de leurs frères et sœurs qu'elles prennent soin, c'est vraisemblablement de neveux, voire de cousins. C'est donc sans doute l'influence de la fratrie qui joue ici, davantage que celle des ascendants. En effet, si l'on regarde les sources de conseils qui sont mentionnées par les femmes ayant allaité leur dernier enfant, on remarque que celles qui se sont occupées d'autres enfants de leur famille que leurs frères et sœurs ne mentionnent pas spécialement leur mère comme source de conseils, mais sont sur-représentées parmi celles qui mentionnent des amis, voisins, frères ou sœurs : près du tiers des femmes mentionnent le groupe de pairs comme source de conseils, mais elles sont plus de 37 % à le faire si elles déclarent s'être occupées d'enfants de leur famille (autres que frères ou sœurs). On retrouve ici un effet similaire à celui mis en évidence au moyen de l'analyse factorielle (deuxième axe). La durée du sevrage ne dépendrait donc pas d'une transmission intergénérationnelle de savoir-faire sur la petite enfance, comme celle que l'on avait décelée dans le modèle familial de l'allaitement, mais d'une transmission horizontale, entre frères et sœurs ou entre cousins.

Les femmes inactives ont tendance à allaiter plus longtemps, mais aussi à sevrer sur une durée plus longue. Cela peut provenir de l'absence de contrainte professionnelle. Quant aux femmes actives, on remarque là encore que l'effet du temps de travail est difficile à interpréter, puisque seules celles qui travaillent moins de trente heures par semaine se distinguent significativement de celles qui travaillent entre trente et trente-huit heures, par une durée de sevrage plus courte. On peut penser que, davantage que le temps de travail en lui-même, c'est la souplesse des horaires et de l'organisation du travail qui est en jeu dans un allaitement mixte long.

On a vu précédemment que les femmes isolées avaient tendance à allaiter plus longtemps : on voit ici qu'elles ont aussi tendance à prolonger le sevrage. De même, les femmes dont le conjoint est sans travail font plus fréquemment un allaitement mixte ; mais à partir du moment où le père travaille, sa profession est sans effet sur la durée du sevrage. Comme ce que l'on a vu pour la probabilité d'allaitement, l'effet de milieu social joue ici par l'intermédiaire du diplôme de la femme, davantage que par celui de la profession de son mari (cas observé pour la durée de l'allaitement).

TABLEAU III. – Variable analysée : durée du sevrage (logarithme)

Variables introduites dans l'analyse (en italiques, les modalités de référence)	Coefficient estimé *	Seuil de significativité du coefficient **
Constante	0,913	p < 0,001
Origine géographique		
Val-de-Marne	0,093	n.s.
Région parisienne (hors Val-de-Marne) <i>France (hors région parisienne)</i>	- 0,014	n.s.
Autre pays d'Europe	0,068	n.s.
Maghreb	0,517	p < 0,01
Afrique Noire	- 0,003	n.s.
Autre pays étranger	- 0,096	n.s.
Diplôme le plus élevé obtenu par la mère		
Non-réponse	- 0,591	p < 0,01
Pas de diplôme ou certificat d'études primaires	- 0,434	p < 0,10
BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges	- 0,128	n.s.
CAP ou équivalent	- 0,370	p < 0,01
BEP ou équivalent <i>Baccalauréat, brevet professionnel ou de technicien, autre brevet</i>	- 0,199	p < 0,10
Diplôme universitaire de 1 ^{er} cycle, BTS, DEUST, DUT, diplôme des professions sociales ou de la santé	- 0,092	n.s.
Diplôme universitaire de 2 ^e ou 3 ^e cycle, diplôme d'ingénieur ou d'une grande école	- 0,001	n.s.
Expérience précédente de la mère		
S'est occupée de ses frères et sœurs <i>Ne s'est pas occupée de ses frères et sœurs</i>	0,080	n.s.
S'est occupée d'enfants d'amis ou de voisins <i>Ne s'est pas occupée d'enfants d'amis ou de voisins</i>	- 0,008	n.s.
A fait du baby-sitting <i>N'a pas fait de baby-sitting</i>	0,041	n.s.
S'est occupée d'autres enfants de sa famille <i>Ne s'est pas occupée d'autres enfants de sa famille</i>	0,134	p < 0,10
S'est occupée d'enfants dans un cadre professionnel <i>Ne s'est pas occupée d'enfants dans un cadre professionnel</i>	0,173	n.s.
S'était occupée de bébés avant la naissance de son premier enfant		
Très souvent	- 0,091	n.s.
Souvent	0,002	n.s.
De temps en temps	- 0,046	n.s.
Rarement	- 0,013	n.s.
<i>Jamais</i>		

TABLEAU III (suite)

Activité professionnelle de la mère		
Femme au foyer	0,238	p < 0,10
Chômage	- 0,111	n.s.
Congé temporaire	0,018	n.s.
Activité réduite (moins de trente heures par semaine)	- 0,217	p < 0,10
<i>Temps partiel (trente à trente-huit heures par semaine)</i>		
Temps plein (trente-neuf heures par semaine)	- 0,079	n.s.
Heures supplémentaires (quarante heures par semaine ou plus)	- 0,071	n.s.
Nombre d'enfants		
<i>Un enfant</i>		
Deux enfants	0,011	n.s.
Trois enfants et plus	0,082	n.s.
Situation conjugale et activité professionnelle du père		
Femme isolée sans conjoint	0,191	p < 0,10
Couple, père inactif	0,215	p < 0,10
Couple, père artisan, commerçant ou chef d'entreprise	0,075	n.s.
Couple, père cadre supérieur	0,122	n.s.
<i>Couple, père profession intermédiaire</i>		
Couple, père employé	- 0,090	n.s.
Couple, père ouvrier	0,038	n.s.
Profession du grand-père maternel		
Agriculteur	0,298	p < 0,10
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	0,029	n.s.
Cadre supérieur	- 0,005	n.s.
Profession intermédiaire	- 0,113	n.s.
<i>Employé</i>		
Ouvrier	0,062	n.s.

Note :

Taille de l'échantillon : N = 608

(R² = 11,2 %)

* En gras, les coefficients significatifs au seuil de 10 %

** n.s. : coefficient non significatif au seuil de 10 %

p < 0,10 : coefficient significatif au seuil de 10 %

p < 0,01 : coefficient significatif au seuil de 1 %

p < 0,001 : coefficient significatif au seuil de 0,1 %

L'effet de la profession du grand-père maternel nous permet de préciser l'effet de l'origine sociale de la mère. On sait que, dans l'échantillon considéré, les filles d'agriculteurs sont très souvent aussi originaires de pays en voie de développement et peu diplômées. Or la modalité « grand-père agriculteur » a un

effet positif sur la durée du sevrage, alors que les plus faibles niveaux de diplôme ont un effet négatif. Origine et position sociales ont donc des effets en sens inverse sur cette variable. À niveau de diplôme constant, les filles d'agriculteurs ont davantage tendance à faire un sevrage progressif que les filles d'employés ; mais à origine sociale constante, les femmes les moins diplômées ont tendance à sevrer plus vite.

L'allaitement est donc loin d'être une pratique homogène. Dans sa fréquence comme dans sa durée interviennent de nombreux facteurs liés à la position et à l'origine sociale de la mère, à son expérience antérieure, à ses conditions de travail. L'analyse logistique de la probabilité d'allaiter nous a permis d'identifier deux ensembles de facteurs favorisant l'allaitement, que l'on peut rapprocher des deux modèles, savant et familial, construits à partir de l'analyse factorielle. L'étude des durées de l'allaitement et du sevrage permet de préciser l'application de ces deux modèles à la pratique de l'allaitement. Le modèle savant, lié à la possession par la femme d'un diplôme de l'enseignement supérieur ou bien à une spécialisation professionnelle dans le domaine de la petite enfance, ne semble guère jouer sur l'âge au début du sevrage, mais davantage sur la durée du sevrage. Le modèle familial, lié à l'expérience antérieure de la mère et à la transmission de savoir-faire sur les soins aux nourrissons, semble sans effet sur la durée du sevrage mais favoriser en revanche un sevrage tardif.

*
* *

Critique du schème diffusionniste

Les résultats de cette étude amènent à critiquer le schème diffusionniste généralement utilisé pour rendre compte de la circulation des biens, puis des idées et des savoirs, dans les différentes couches de la société, et appliqué à la puériculture dans l'ouvrage de Boltanski consacré à la prime enfance (35). Reposant sur l'hypothèse que « dans une société hiérarchisée, les modèles de pensée, et *a fortiori* les savoirs, circulent toujours de haut en bas mais jamais, à l'inverse, de bas en haut » (Boltanski, 1969, p. 135), il cherche à retrouver, dans les pratiques de puériculture des classes populaires des années soixante, les traces de prescriptions médicales datant d'avant la révolution pastoriennne, sans voir que cette médecine « préscientifique » était largement constituée de recettes ou de remèdes populaires. En effet, un rapprochement avec les études des folkloristes a permis à Loux et Morel (1976) de mettre en évidence des convergences entre médecine prépastoriennne et techniques populaires traditionnelles

(35) Voir Boltanski (1969) ainsi que les comptes rendus critiques de cet ouvrage par Suaud (1970) et Tréanton (1970).

de soins aux nourrissons : « Dans les théories médicales comme dans les pratiques populaires, on voit aussi s'exprimer plusieurs langages relatifs au corps : chez les médecins du XVIII^e siècle, malgré de nombreux essais de rationalisation savante, le langage inconscient du corps réapparaît souvent, parce que la médecine savante n'est pas encore à cette époque entièrement détachée de la symbolique populaire et aussi parce que le savoir médical sur l'enfance n'est pas encore constitué en corps de doctrine fermé. » La survivance d'usages populaires sur un siècle (de la moitié du XIX^e à la moitié du XX^e) peut donc s'expliquer davantage par une transmission familiale des savoirs populaires concernant la petite enfance que par le relais que ces savoirs ont pu trouver, à un moment donné, dans la médecine prépastorienne.

Par ailleurs, la perception *a priori* des classes populaires comme nécessairement détentrices d'un « savoir en miettes » (Boltanski, 1969, p. 83) et dépourvu de cohérence, donc comme réduites à n'être que le conservatoire d'anciens usages dominants, conduit à commettre à leur égard des « injustices interprétatives » (Grignon et Passeron, 1989, pp. 21-23), et à ne pas voir que certaines de leurs pratiques de puériculture, si elles ne sont pas en conformité avec les normes du début du XX^e siècle, sont en revanche conformes à des normes plus récentes, qui existaient déjà dans les années soixante : signalons seulement que l'ouvrage du pédiatre américain Spock a été traduit en français en 1960, et que la thèse de Dolto est publiée en 1939 (avant de connaître une plus large diffusion en 1971 lors de sa réédition au Seuil sous le titre *Psychanalyse et pédiatrie*, voir Ledoux, 1995). Boltanski traite d'un seul bloc la puériculture datant d'après 1890, ce qui est sans aucun doute une simplification excessive. L'illusion légitimiste fait donc aussi injustice interprétative aux classes supérieures, en négligeant qu'elles puissent modifier leurs normes de puériculture.

En utilisant les résultats de l'analyse factorielle présentée dans la première partie de cet article, on peut rompre avec une vision négative des classes populaires, puisque l'on montre qu'elles ont davantage l'expérience des soins à la petite enfance que les femmes des classes supérieures, et qu'elles bénéficient plus souvent d'une transmission familiale de savoir-faire dans ce domaine. Le rapprochement de ces résultats avec ceux de l'analyse de l'allaitement permet de construire deux modèles d'allaitement qui sont socialement déterminés : le modèle savant est associé à une position sociale dominante, tandis que le modèle familial est associé à l'appartenance aux milieux populaires. Dans les classes populaires comme dans les classes supérieures, on trouve des facteurs favorisant l'allaitement. Cependant, ces facteurs ne sont pas identiques et n'ont pas la même intensité (tous effets confondus, les fréquences d'allaitement sont plus fortes dans les classes supérieures que dans les classes populaires). En outre, l'étude des durées d'allaitement et de sevrage montre que les modalités de la pratique de l'allaitement ne sont pas non plus identiques. C'est lié au fait que ces deux modèles d'allaitement reposent sur des conceptions différentes de la femme et de la maternité, conceptions qui sont liées à la position sociale que les mères occupent. Les femmes des milieux populaires, ayant des carrières professionnelles peu valorisantes quand elles en ont, peuvent trouver dans l'allaitement une valorisation d'elles-mêmes en tant que mères, valorisation d'autant plus

nette qu'elles allaitent longtemps (36). Dans les classes supérieures, en revanche, l'investissement professionnel peut entrer en concurrence avec le temps consacré à l'enfant (37) ; toutefois, une meilleure intériorisation des discours médicaux de valorisation de l'allaitement constitue une forte incitation à adopter ce mode d'alimentation du nourrisson. La conjonction de ces deux éléments explique en grande partie la pratique d'un allaitement exclusif plus court que dans le modèle populaire, en partie compensé par une durée plus grande de sevrage. L'allaitement populaire a donc bien une spécificité dans son déroulement comme dans les raisons qui le justifient.

On a vu que la puériculture « psy » s'inspire souvent des manières de faire « traditionnelles » – que les porteurs de la tradition se trouvent dans les classes populaires contemporaines, dans les pays en voie de développement, voire dans le passé – témoignant ainsi d'une circulation des savoirs du bas vers le haut de la société. Par ailleurs, l'extrême inconstance des règles de puériculture savante (38), qui reposent sur une connaissance médicale non achevée et dont les progrès se traduisent régulièrement par des modifications de prescriptions, donne parfois raison aux membres des classes populaires quand ils préfèrent suivre les conseils, éprouvés par l'expérience, de leur entourage familial. D'ailleurs, autre emprunt aux façons de faire des classes populaires, les membres des classes supérieures se réclamant de puériculture à tendance « psy » tiennent exactement ce type de discours, selon lequel l'expérience maternelle (quand ce n'est pas l'instinct) prime sur des prescriptions savantes, fondées sur un savoir abstrait et qui risquent toujours de n'être pas adaptées au cas singulier qui est le leur.

Séverine GOJARD

*Laboratoire de Recherche sur la Consommation -- INRA
65, boulevard de Brandebourg
94205 Ivry-sur-Seine cedex*

(36) On trouve ici une version féminine de la valorisation de la prouesse.

(37) Concurrence qui peut même se dérouler pendant le congé de maternité, lorsque ces femmes ont la possibilité (voire l'obligation) de travailler chez elles. Un ordinateur et une connexion

au réseau suffisent dans la plupart des cas pour reconstituer une cellule de travail à domicile.

(38) Que l'on pense aux étapes de la diversification alimentaire ou aux positions de coucher. Voir Delaisi de Parseval et Lallemand (1980).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I – Ouvrages généraux

- Bernstein B.**, 1975. – *Langage et classes sociales. Codes sociolinguistiques et contrôle social*, Paris, Éditions de Minuit [1^{re} éd. en anglais 1958-1971].
- Boltanski L.**, 1969. – *Prime éducation et morale de classe*, Paris, La Haye, Mouton (Cahiers du centre de sociologie européenne, 5).
- 1971. – « Les usages sociaux du corps », *Annales Esc*, 26, 1, pp. 205-233.
- Bouchayer F.**, 1984. – « Médecins et puéricultrices de protection maternelle et infantile. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelles », *Revue française de sociologie*, 25, 1, pp. 67-90.
- Brisset C.**, 1997. – « Ces biberons qui tuent », *Le Monde diplomatique*, 525, p. 27.
- Chamboredon J.-C., Fabiani J.-L.**, 1977. – « Les albums pour enfants, le champ de l'édition et les définitions sociales de l'enfance », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 13, pp. 60-79 et 14, pp. 55-74.
- Chamboredon J.-C., Prévot J.**, 1973. – « Le "métier d'enfant". Définition sociale de la prime enfance et fonctions différentielles de l'école maternelle », *Revue française de sociologie*, 14, 3, pp. 295-335.
- Combessie J.-C.**, 1969. – « Éducation et valeurs de classe dans la sociologie américaine », *Revue française de sociologie*, 10, 1, pp. 12-36.
- Commaile J.**, 1993. – *Les stratégies des femmes. Travail, famille et politique*, Paris, La Découverte.
- Crost M., Kaminski M.**, 1998. – « L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale péri-natale », *Archives de pédiatrie*, 5, pp. 1316-1326.
- Delaisi de Parseval G., Lallemand S.**, 1980. – *L'art d'accommoder les bébés. Cent ans de recettes françaises de puériculture*, Paris, Le Seuil.
- Desplanques G.**, 1994. – « Taille des familles et milieu social », *INSEE première*, 296.
- Gojard S.**, 1998a. – *Nourrir son enfant : une question d'éducation. Normes savantes, usages populaires et expérience familiale*, Paris, EHESS, Thèse pour le doctorat de sociologie.
- 1998b. – « L'allaitement : une pratique socialement différenciée », *Recherches et prévisions*, 53, pp. 23-34.
- Gollac M.**, 1997. – « Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques », *Revue française de sociologie*, 38, 1, pp. 5-36.
- Grignon C., Passeron J.-C.**, 1989. – *Le savant et le populaire*, Paris, Gallimard/Le Seuil.
- Knibiehler Y.**, 1997. – *La révolution maternelle. Femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*, Paris, Librairie Académique Perrin.
- Loux F., Morel M.-F.**, 1976. – « L'enfance et les savoirs sur le corps. Pratiques médicales et pratiques populaires dans la France traditionnelle », *Ethnologie française*, 3-4, pp. 309-324.
- Mormiche P., Urbaniak F.**, 1994. – *Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992. Consommation médicale de ville*, Paris, INSEE (INSEE résultats. Consommation et modes de vie, 64-65-66).
- Norvez A.**, 1990. – *De la naissance à l'école. Santé, modes de garde et préscolarité dans la France contemporaine*, Paris, Presses Universitaires de France, Institut National d'Études Démographiques (Travaux et documents, 126).
- Rollet C.**, 1990. – *La politique de la petite enfance sous la Troisième République*, Paris, Presses Universitaires de France, Institut National d'Études Démographiques (Travaux et Documents, 127).
- Singly F. de.** 1976. – « La lutte conjugale pour le pouvoir domestique », *Revue française de sociologie*, 17, 1, pp. 81-100.
- Suaud C.**, 1970. – « Légitimation et diffusion de la puériculture dans une société hiérarchisée », *Revue française de sociologie*, 11, 1, pp. 91-93 [compte-rendu de L. Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, La Haye, Mouton, 1969].

- Tréanton J.-R.**, 1970. – «Le sociologue est-il en droit d'ignorer l'histoire ?» *Revue française de sociologie*, 11, 1, pp. 94-99 [compte-rendu de L. Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, La Haye, Mouton, 1969].
- Weber M.**, 1971. – *Économie et société*, Paris, Plon [1^{re} éd. en allemand 1956].

II – Manuels de puériculture

- Bacus A.**, 1991. – *Votre bébé de 1 jour à 1 an, le livre de bord de la jeune maman*, Allleur (Belgique), Marabout.
- Cohen-Solal J.**, 1975. – *Comprendre et soigner son enfant*, Paris, Robert Laffont (Livre de poche).
- Leche League**, 1985. – *L'art de l'allaitement maternel*, Montréal, Les Éditions de l'Homme [1^{re} éd. américaine, 1958].
- Ledoux M.-H.**, 1995. – *Introduction à l'œuvre de Françoise Dolto*, Paris, Payot, Rivages [1^{re} éd. 1990].
- Naouri A.**, 1993. – *L'enfant bien portant. De 0 à 2 ans*, Paris, Le Seuil.
- Martino B.**, 1985. – *Le bébé est une personne. La fantastique histoire du nouveau-né*, Paris, Balland (J'ai lu).
- Pernoud L.**, 1996. – *J'élève mon enfant*, Paris, Pierre Horay Éditeur [1^{re} éd. 1965].
- Purves L.**, 1994. – *Comment ne pas être une mère parfaite, ou l'art de se débrouiller pour avoir la paix*, Odile Jacob [1^{re} éd. en anglais 1986].
- Rossant L., Rossant-Lumbroso J.**, 1987. – *Votre enfant, guide à l'usage des parents*, Paris, Robert Laffont (Bouquins).
- Spock B.**, 1965. – *Comment soigner et éduquer son enfant*, Verviers, Marabout, Éditions Gérard et Cie [1^{re} éd. américaine 1946, 1^{re} éd. française 1960].

ANNEXES

ANNEXE I. – Variables introduites dans l'analyse en composantes multiples
Abréviations utilisées dans les graphiques et fréquence dans l'échantillon

Variables actives		Abréviation	Fréquence
<i>Sources de conseils</i>			
Généraliste	Non cité	gen-0	70 %
	Cité	gen-1	30 %
Pédiatre	Non cité	pédi-0	41 %
	Cité en 2 ^e position ou plus	pédi-1	23 %
	Cité en 1 ^{re} position	pédi-2	36 %
Centre de PMI	Non cité	PMI-0	74 %
	Cité	PMI-1	26 %
Mère	Non citée	mère-0	42 %
	Citée en 2 ^e position ou plus	mère-1	29 %
	Citée en 1 ^{re} position	mère-2	29 %
Amis, voisins, frères et sœurs	Non cités	ami-0	67 %
	Cités	ami-1	33 %
Livres, revues	Non cités	li-0	45 %
	Cités, mais peu souvent lus	li-1	36 %
	Cités, très souvent lus	li-2	19 %
<i>Activité professionnelle de la mère</i>			
Active	Moins de 30 h/semaine	ac red	12 %
	Entre 30 et 39 h/semaine	mi-tps	11 %
	39 h/semaine	tps pl	16 %
	Plus de 40 h/semaine	h sup	10 %
Inactive	Congé parental	congé	22 %
	Femme au foyer	foyer	29 %
<i>Nombre d'enfants</i>			
	Un enfant	1 enf	33 %
	Deux enfants	2 enf	44 %
	Trois enfants	3 enf	17 %
	Quatre enfants ou plus	4 enf	6 %

Variables actives		Abréviation	Fréquence
<i>Expérience précédente auprès de</i>			
Frères et sœurs	Non cités	frs-0	78 %
	Cités	frs-1	22 %
Enfants d'amis	Non cités	bam-0	80 %
	Cités	bam-1	20 %
Autres enfants de la famille	Non cités	bf-0	63 %
	Cités	bf-1	37 %
Baby-sitting	Non cité	bs-0	89 %
	Cité	bs-1	11 %
Cadre professionnel	Non cité	bp-0	95 %
	Cité	bp-1	5 %
S'était occupée de bébés avant la naissance de son premier enfant			
	Jamais	exp-0	26 %
	Rarement	exp-1	17 %
	De temps en temps	exp-2	25 %
	Souvent	exp-3	14 %
	Très souvent	exp-4	18 %
Diplôme de la mère			
	Aucun diplôme ou non-réponse	aucun dipl	7 %
	Certificat d'études primaires	CEP	7 %
	BEPC	BEPC	6 %
	CAP	CAP	14 %
	BEP	BEP	14 %
	Baccalauréat	Bac	21 %
	Diplôme du 1 ^{er} cycle de l'enseignement supérieur	1 cycl	17 %
	Diplôme du 2 nd ou 3 ^e cycle de l'enseignement supérieur	2 cycl	14 %
Horaires des repas du plus jeune enfant			
	Variables	hv	22 %
	Fixes sauf le week-end	hw	27 %
	Fixes même le week-end	hf	51 %

Variables supplémentaires (sociodémographiques)	Abréviation	Fréquence
Activité professionnelle du conjoint		
Famille monoparentale	monop	10 %
Artisan, commerçant	art.com	7 %
Cadre supérieur	cadre sup	16 %
Profession intermédiaire	prof int	18 %
Employé	employé	16 %
Ouvrier	ouvrier	23 %
Inactif	inactif	10 %
Âge de la mère à la naissance du dernier enfant		
25 ans ou moins	25 -	22 %
Entre 26 et 28 ans	26-28	22 %
Entre 29 et 30 ans	29-30	17 %
Entre 31 et 34 ans	31-34	24 %
35 ans ou plus	35 +	15 %
Niveau de revenu du ménage		
Premier quartile	rev-1	22 %
Deuxième quartile	rev-2	22 %
Troisième quartile	rev-3	22 %
Quatrième quartile	rev-4	22 %
Non déclaré	rev-sup	12 %
Lieu d'origine de la mère		
France, Val-de-Marne	VdM	30 %
France, région parisienne	reg paris	23 %
France, province	province	24 %
Europe	Europe	4 %
Maghreb	Maghreb	5 %
Afrique Noire	Afrique	4 %
Autre continent	autre cont	8 %
Non-réponse	pays nd	2 %

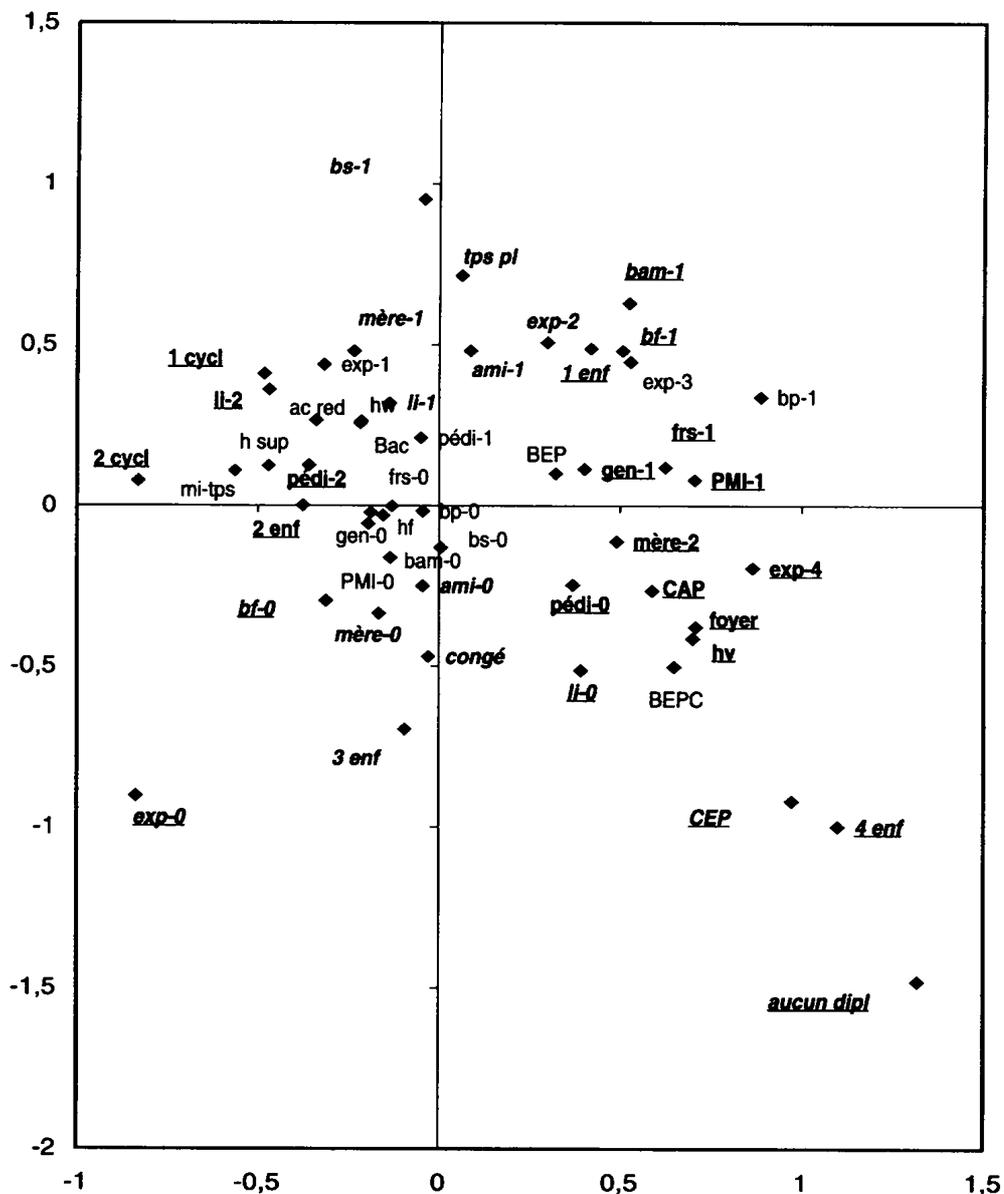
Variables supplémentaires (alimentation et éducation)	Abréviation	Fréquence
Allaitement maternel		
Non	all-0	43 %
Allaitement d'une durée inférieure à 3 mois	all-1	39 %
Allaitement d'une durée supérieure à 3 mois	all-2	18 %
Ajout de sucre dans les aliments du bébé		
Jamais	su-jms	45 %
De temps en temps	su-tps	45 %
Toujours	su-tjs	10 %

Variables supplémentaires (alimentation et éducation)	Abréviation	Fréquence
Ajout de sel dans les aliments du bébé		
Jamais	se-jms	25 %
De temps en temps	se-tps	43 %
Toujours	se-tjs	32 %
Âge d'introduction de la viande		
Pas encore	v-0	13 %
Entre 1 et 4 mois	v-1	17 %
5 mois	v-2	18 %
6 mois	v-3	31 %
7 ou 8 mois	v-4	11 %
9 mois ou plus	v-5	10 %
Âge d'introduction des légumes		
Pas encore	lg-0	5 %
Entre 1 et 3 mois	lg-1	41 %
4 mois	lg-2	28 %
5 ou 6 mois	lg-3	20 %
7 mois ou plus	lg-4	6 %
Attitude quand un enfant de deux ans fait une bêtise		
L'envoyer dans sa chambre	chambre	8 %
Faire les gros yeux	yeux	58 %
Le priver d'un jouet, ou de dessert	jouet	5 %
Lui expliquer	pédag	19 %
Lui donner une tape, une gifle	tape	10 %
Attitude quand il refuse de manger		
Lui donner autre chose	changer	12 %
Insister	insister	18 %
Négocier pour qu'il en mange au moins un peu	négocié	43 %
Considérer que le repas est fini	fini	27 %
Attitude quand l'enfant réclame à manger en dehors des repas		
Lui accorder tout ce qu'il demande	accord	11 %
Choisir ce qu'on lui donne	choix	64 %
Refuser	refus	15 %
Sans objet (ne réclame jamais)	jamais	10 %

ANNEXE II. – ACM réalisée uniquement sur les jeunes femmes d'origine française ou européenne

Étant donnée la forte corrélation entre enfance passée hors d'Europe et faible niveau de diplôme, on peut se demander si le premier axe ne traduit pas aussi une opposition entre femmes ayant passé leur enfance en Afrique et femmes ayant passé leur enfance en France. Pour répondre à cette question, on a réalisé l'analyse factorielle sur le sous-échantillon des femmes d'origine européenne. Les deux premiers axes expliquent respectivement 6 et 5 % de l'inertie totale, ce qui est du même ordre de grandeur que dans la précédente analyse. Si l'on examine les modalités qui contribuent le plus à la détermination du premier axe, on constate qu'elles ne sont guère différentes de ce que l'on observe sur l'analyse menée sur l'ensemble de la population : à droite, faibles niveaux de diplôme, expérience très fréquente des soins aux nourrissons, recours à la PMI et à la mère comme sources de conseil ; à gauche, diplômes du supérieur, aucune expérience des soins aux nourrissons, recours au pédiatre ou aux livres. La différence essentielle est que l'on voit apparaître sur le premier axe les variables indiquant que la mère s'est occupée de ses frères et sœurs, ou d'autres enfants de sa famille, du côté du modèle familial, ce qui tendrait plutôt à renforcer son interprétation.

GRAPHIQUE IV. – Variables actives



En ce qui concerne les variables supplémentaires, on n'observe pas non plus de grand changement, si ce n'est que la modalité indiquant que la mère est très jeune apparaît corrélée avec le premier axe, du côté du modèle familial.

GRAPHIQUE V. – Variables supplémentaires

