

# Médicalisation de l'alimentation du nourrisson au Canada

## Une revue de littérature sociohistorique

Annick Vallières

Doctorante en sociologie – Université de Montréal.

### Médicalisation de l'alimentation du nourrisson au Canada

#### Une revue de littérature sociohistorique

Cet article retrace les jalons historiques ayant mené à la médicalisation de l'alimentation du nourrisson au Canada. L'objectif principal de cet article est de discuter plus spécifiquement de l'influence qu'ont pu avoir les discours et les pratiques médicales sur la perte de savoirs expérientiels des femmes de l'allaitement maternel. Quatre moments charnières, faisant écho au découpage analytique présenté par les épidémiologistes Tasnim Nathoo et Aleck Ostry, seront présentés : l'arrivée de l'alimentation artificielle pour nourrisson (1850-1900), la médicalisation de l'alimentation du nourrisson (1900-1960), l'institutionnalisation de l'accouchement et le mouvement de démedicalisation (1960-1980) et la « redécouverte » de l'allaitement maternel (1980-aujourd'hui).

**Mots-clés** : Allaitement – Médicalisation – Revue de littérature – Canada.

### Medicalization of infant feeding in Canada

#### A social-historical literature review

This article reviews the historical milestones in the medicalization of infant feeding in Canada. Its main objective is to specifically discuss the influence of medical discourses and practices on the loss of women's experience-based knowledge of maternal breastfeeding. Four turning points, echoing the analytical timescale of the epidemiologists Tasnim Nathoo and Aleck Ostry, will be presented: the advent of artificial baby food (1850–1900), the medicalization of infant feeding (1900–1960), the institutionalization of childbirth and the de-medicalization movement (1960–1980), and the 'rediscovery' of maternal breastfeeding (1980–now).

**Keywords**: Breastfeeding – Medicalization – Literature review – Canada.

Aujourd'hui, au Canada, la très grande majorité des mères<sup>1</sup> initient une première mise au sein après la naissance de leur enfant, mais seulement une femme sur quatre continue cette pratique de manière exclusive<sup>2</sup> pendant les six premiers mois de vie de leur enfant (Statistique Canada, 2012). Cette proportion varie selon la classe sociale, l'âge, le niveau de scolarité et l'origine ethnique des mères. Par exemple, c'est le cas d'une femme autochtone sur six<sup>3</sup>. L'allaitement est à la fois un fait biologique et culturel. À travers le temps, les différents modèles d'alimentation du nourrisson ont évolué au sein de normes et de valeurs sociétales parfois contradictoires puisqu'ils sont traversés par de multiples enjeux (professionnels, sanitaires, sociaux, politiques, etc.). Cet article montre comment ces différents enjeux ont façonné, au cours du temps, les recommandations médicales sur l'alimentation des nourrissons, depuis l'introduction et l'installation du lait artificiel dans le paysage de l'alimentation des nourrissons au Canada. Par ailleurs, les enjeux en termes de médicalisation de l'alimentation infantile au sens d'« *un processus par lequel on en vient à définir et à traiter des problèmes non médicaux comme des problèmes médicaux, habituellement en les qualifiant de maladies ou de troubles* » (Conrad, 1995, p. 9) sont également exposés. Au final, cette lentille analytique permet ainsi de souligner que l'alimentation artificielle n'a pas été la seule à être médicalisée, mais que c'est aussi le cas de l'allaitement maternel.

### Méthodologie

En raison de la rareté des données exploitables, cet article s'appuie sur une recension des savoirs issus des recherches historiques portant sur l'alimentation du nourrisson depuis 1850. Cette synthèse se base en particulier sur les travaux de l'historienne Denyse Baillargeon qui ont porté sur l'allaitement maternel au Québec, province du Canada, et qui se fondent sur les documents d'archives de l'époque, et sur l'ouvrage des épidémiologistes Tasnim Nathoo et Aleck Ostry\*. L'objectif a été de dégager les pratiques et les discours médicaux qui contribuèrent à mettre en place la médicalisation de l'alimentation du nourrisson au détriment des savoirs expérientiels des femmes en la matière.

\* Nathoo T., Ostry A., 2009, *The one best way?: Breastfeeding history, politics, and policy in Canada*, Waterloo, Wilfrid Laurier University Press.

Bien que les données historiques concernant l'alimentation du nourrisson au Canada soient peu abondantes et détaillées, cet article retrace les changements majeurs survenus dans les pratiques d'alimentation du nourrisson, et ce à partir d'une synthèse historique des pratiques et des discours médicaux entourant l'allaitement depuis l'avènement de l'alimentation artificielle (1865 marque la création du premier lait artificiel commercial pour enfant). Au Canada, les recommandations sur la durée de l'exclusivité de l'allaitement maternel sont passées de neuf mois en 1920 à trois mois en 1950. La santé publique canadienne recommande, aujourd'hui, un allaitement exclusif jusqu'aux six mois de l'enfant postpartum et suggère de poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, accompagné d'aliments complémentaires appropriés.

L'objectif principal est de discuter l'influence des discours et des pratiques médicales sur la perte de savoirs expérientiels de l'allaitement maternel. En premier lieu, l'avènement de l'alimentation artificielle comme alternative privilégiée à l'allaitement maternel sera présenté. Ensuite, l'impact de l'institutionnalisation de l'accouchement dans les années 1960 sur les pratiques de l'alimentation du nourrisson et le mouvement de démedicalisation qui émergea en réponse à cette institutionnalisation dans les années 1970 seront abordés. Enfin, la période récente sera observée, avec la « redécouverte » de l'allaitement maternel et la mise en place de politiques et de programmes qui le promeuvent.

### 1850-1900 : L'émergence de l'alimentation artificielle

Au XIX<sup>e</sup> siècle, les tentatives de substitution du lait maternel par d'autres substances – une préparation le plus souvent constituée de lait de vache dilué avec de l'eau auquel était ajouté un peu de farine ou de pain et de sucre – étaient de plus en plus fréquentes. En raison des problèmes d'hygiène, l'alimentation au biberon donnait des résultats désastreux et particulièrement meurtriers. Le Québec avait alors le taux de mortalité infantile le plus élevé du monde occidental. À Montréal, en 1899, deux mille soixante et onze morts étaient dénombrées avant l'âge d'un an pour 7 715 naissances, soit un taux

<sup>1</sup> Selon les données de l'Enquête de la santé dans les communautés canadiennes (Escc) réalisée par Statistique Canada, en 2011 et 2012, 89 % des Canadiennes ont commencé à allaiter tôt après la naissance de leur bébé (Gionet, 2013).

<sup>2</sup> L'allaitement maternel est considéré comme exclusif lorsqu'un nourrisson ne reçoit que du lait maternel, sans autre liquide (même de l'eau) ni aliments solides supplémentaires.

<sup>3</sup> La Loi constitutionnelle de 1982 définit « *les peuples autochtones du Canada* » comme étant les Premières Nations, les Inuits et les Métis, à savoir les descendants de ceux qui habitaient sur le territoire avant la colonisation.

de 26,8%, et à Québec, pour la même année, un taux de 49,9% (Boucher, 1902). Les travaux de Louis Pasteur, le pionnier de la microbiologie, et l'ère bactériologique, ont permis de faire le lien entre les décès de nourrissons pour cause de diarrhées et entérites et l'ingestion de lait de vache contaminé. Avant la révolution pasteurienne, le lait de vache était donné non bouilli. Le principe de pasteurisation appliqué au lait de vache permettant de le conserver entre vingt-quatre heures et trente-six heures a révolutionné l'alimentation des nourrissons. Le lait pouvait alors être consommé et voyagé jusqu'à la ville (Nathoo et Ostry, 2009).

Le lait non bouilli aurait dû être banni de l'alimentation du nourrisson, mais un écart de plus de quarante ans est constaté entre les découvertes pastoriennes sur l'asepsie et l'antisepsie, leur diffusion et leur application systématique. Ce retard dans la diffusion et l'application des pratiques d'asepsie s'explique notamment par le manque de vulgarisation des informations pour la population générale (Angers, 1998) et d'uniformisation dans les conseils médicaux concernant la manipulation du lait animal, certains médecins considérant que l'ébullition faisait perdre au lait ses propriétés les plus bénéfiques (Apple, 1987). De plus, le public avait du mal à comprendre la portée de ces découvertes et se méfiait des nouveaux laits industriels pasteurisés ou stérilisés disponibles en quantité limitée, difficiles à trouver dans les villages éloignés, très coûteux et ne s'adressant donc qu'aux familles des classes supérieures (Delahaye, 1990 ; Angers, 1998).

Tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle, le lait maternel est resté le mode d'alimentation du nourrisson privilégié par la plupart des mères et des médecins, et ce bien que les alternatives émergent et se fassent de plus en plus sécuritaires. La commercialisation des nouveaux modes d'alimentation « scientifiques » débuta en 1865 avec la préparation du chimiste allemand Justus von Liebig, destinée à être ajoutée à un mélange de lait et de farine. Il faudra attendre 1887 pour voir importer d'Europe le lait condensé en conserve du pharmacien suisse Henri Nestlé (Nathoo et Ostry, 2009). S'ensuivit la mise sur le marché de plusieurs autres produits de substitution du lait maternel. Bien que l'alimentation du nourrisson ait été une partie très marginale de la pratique médicale et de la recherche dans les années 1870 et 1880, on note que les entreprises de produits de substitution du lait maternel cultivaient des liens très étroits avec les médecins, ce que l'historienne états-unienne Rima D. Apple a qualifié de « *patronage médical* » (Apple, 1987, p. 11). Ces produits donneront aux médecins de nouveaux pouvoirs

sur les mères et entraîneront des changements sur les pratiques d'alimentation du nourrisson.

## 1900-1960 : la médicalisation de l'alimentation du nourrisson

L'arrivée des produits de substitution du lait maternel et des règles d'hygiène pastoriennes ont permis d'asseoir le pouvoir médical dans le domaine de l'alimentation du nourrisson et a amené les mères à se tourner vers les médecins à la recherche d'un savoir « expert ». La nutrition des nourrissons par l'alimentation artificielle est ainsi devenue un objet de science. La première phase de cette médicalisation de l'alimentation du nourrisson a conduit à une diminution des savoirs d'expérience sur l'allaitement maternel. En effet, le savoir pratique des femmes dans ces domaines commença à être questionné par les médecins. La sollicitation des médecins par les femmes des classes supérieures a joué un rôle fondamental dans la légitimation de leur autorité en la matière (Yalom, 2010).

Les positionnements des médecins sur la question de l'alimentation du nourrisson s'inscrivaient dans un mouvement hygiéniste plus large qui visait à « *susciter la crainte de la contagion en insistant sur l'omniprésence du microbe et responsabiliser le malade infecté* » (Goulet, 2002, p. 17). La grossesse et la naissance étaient des moments privilégiés pour l'éducation sanitaire. En 1905, le premier établissement « Goutte de lait » a été ouvert à Québec, dont la mission principale était d'éduquer les mères en prodiguant des conseils d'hygiène infantile et alimentaire. Dès 1930, les initiatives « Gouttes de lait », initialement dirigées par des femmes bourgeoises bénévoles, furent progressivement prises en charge par des médecins et des infirmières spécialisées en hygiène publique (Baillargeon, 2004 ; Fortier, 1992). L'établissement distribuait du lait stérilisé et le personnel donnait aux mères des milieux populaires des conseils concernant l'hygiène infantile. Cette médicalisation de l'alimentation du nourrisson a ainsi permis un pouvoir social non négligeable au corps médical sur les mères. Celles-ci, positionnées en tant que novices, devaient apprendre comment nourrir leur bébé grâce aux professionnels de la santé, ce qui nécessitait une docilité et une passivité face aux instructions et à l'autorité des médecins.

Cette médicalisation de l'alimentation du nourrisson eut comme conséquence un changement majeur dans les informations transmises aux mères. Bien que l'allaitement maternel soit toujours recommandé en théorie, les médecins prescrivaient les produits de substitution lors des consul-

tations en clinique privée lorsque la patiente faisait face à des difficultés d'allaitement. Dans leur pratique quotidienne, les médecins ne voyaient que très peu de différences dans l'état de santé entre les enfants allaités et les enfants nourris avec du lait artificiel en clinique (Apple, 1987), ce qui encourageait la marginalisation de l'allaitement maternel. Pour certaines chercheuses (Wolf, 2010 ; Dykes et Williams, 1999 ; Apple, 1987), l'allaitement a été miné par cette médicalisation de l'alimentation du nourrisson, caractérisée par la surveillance du poids du nouveau-né, d'horaires des prises de lait et de chartes pour mesurer la quantité de lait ingéré selon la durée de la prise au sein, et par la marchandisation du lait artificiel associée aux progrès de la science.

### L'idéologie de la maternité scientifique

Parallèlement à l'emprise médicale sur l'alimentation du nourrisson, le rôle de la mère était beaucoup valorisé, sous la forme nouvelle de la « *maternité scientifique* », selon laquelle les femmes avaient besoin d'experts et de conseils médicaux pour élever sainement leurs enfants (Apple, 1995). L'accent sur le besoin d'outils médicaux mis à la disposition des mères par les médecins – les pesées, les horaires des prises de lait, etc. – créait une tension au sein de l'idéologie de la maternité scientifique puisque, d'une part, une plus grande responsabilité aux mères face à l'alimentation des nourrissons était donnée, mais, d'autre part, il leur était refusé de pouvoir choisir de quelle manière nourrir leurs enfants en considérant qu'il appartenait au médecin de décider quelle méthode était la plus appropriée. Bien qu'en théorie l'allaitement maternel était recommandé par les médecins, l'alimentation artificielle est devenue un aspect important et lucratif de la pratique médicale. L'« ignorance des mères » était perçue comme la cause principale de la mortalité infantile, ce qui avait comme effet de négliger d'autres causes pouvant expliquer la non-adhésion aux consignes d'hygiène et de stérilisation (Desrosiers et Gaumer, 2006). Ainsi, Tasnim Nathoo et Aleck Samuel Ostry (2009) ont avancé l'idée que les conditions matérielles d'existence des classes défavorisées telles qu'un revenu insuffisant pour l'achat d'un réfrigérateur, la part grandissante de la force de travail industriel des femmes ou les maisons surpeuplées et insalubres, par exemple, étaient des explications plus probables de la non-adhésion aux consignes d'hy-

giène infantile. De plus, la plupart des femmes n'avaient pas les ressources financières suffisantes pour payer les frais des rencontres médicales privées, les articles considérés comme essentiels pour s'occuper d'un nouveau-né ou les installations nécessaires pour répondre aux normes rigoureuses de propreté.

Les autorités de santé publique axèrent donc leurs champs d'intervention sur la prévention en optant pour l'éducation des mères pour contrer la mortalité infantile. Le gouvernement fédéral canadien, qui privilégiait l'allaitement maternel, considérait qu'éduquer les mères sur les bénéfices santé pour le nourrisson suffirait à les convaincre de choisir l'allaitement maternel. Dans le contexte post-Seconde Guerre mondiale<sup>4</sup>, l'allaitement maternel est dépeint comme un acte naturel, politique, moral et patriotique (Baillargeon, 2014 ; Nathoo et Ostry, 2009). Il s'agit d'un retournement complet dans la représentation sociale de l'allaitement maternel. Les médecins hygiénistes jouèrent, à nouveau, un rôle important dans la propagation de ce discours incitant cette fois les mères à allaiter : « *N'est mère qu'à moitié celle qui n'a pas nourri. Nourrir son enfant est le premier devoir d'une mère. L'allaitement maternel conserve la vie à 90 % des nourrissons* » (Calendrier d'hygiène de 1924, cité dans Angers, 1998, p. 86). Ils se donnèrent ainsi comme mission de secourir les bébés, surtout ceux des classes ouvrières qui avaient moins de chances de survie. Au Québec, pour la majorité des médecins hygiénistes, la principale cause de la mortalité infantile était l'abandon de l'allaitement et l'utilisation de l'alimentation artificielle. L'historienne Denyse Baillargeon (2014) précise que l'attention quasi exclusive des médecins aux problèmes intestinaux (dont les diarrhées associées à l'alimentation artificielle) s'explique par le fait que ceux-ci étaient à peu près la seule cause sur laquelle ils croyaient pouvoir agir.

Grâce au respect de règles strictes d'hygiène, telles que l'utilisation de lait pasteurisé, le contrôle de la qualité du lait de vache, la stérilisation des biberons et des tétines et le lavage des mains avant la tétée, la mortalité infantile<sup>5</sup> amorça une véritable régression tandis que les taux d'allaitement maternel diminuèrent progressivement dans toutes les classes sociales, et ce malgré les efforts de promotion « nationaliste » de l'allaitement maternel entrepris par les médecins hygiénistes (Baillargeon, 2014).

<sup>4</sup> Au Canada, entre 25 % et 50 % des mères allaitaient en 1950 (Nathoo et Ostry, 2009, p. 215).

<sup>5</sup> Dans la province du Québec, le taux de mortalité infantile associée aux diarrhées et aux entérites est passé de 27 % des décès d'enfants âgés de moins de 1 an au cours de la période 1926-1930 à 6,2 % de 1956 à 1960 (rapport annuel du ministère de la Santé du Québec, cité dans Baillargeon, 2004, p. 47).

Les femmes de classe ouvrière auraient été motivées à réduire l'allaitement en raison de leur besoin de travailler à l'extérieur de la maison, tandis que les femmes de classe moyenne auraient délaissé cette pratique pour d'autres raisons, dont leur plus grande affinité avec les nouvelles méthodes scientifiques (Nathoo et Ostry, 2009).

Bien que la médecine scientifique reconnaisse, en théorie, la supériorité de l'allaitement maternel, plusieurs nouvelles théories, innovations et pratiques médicales remettaient indirectement en question les propriétés du lait maternel et la capacité des mères à allaiter avec succès. En effet, pour certaines études de l'époque, le lait artificiel sous supervision médicale avait des effets équivalents ou même plus bénéfiques que l'allaitement maternel, et d'autres études démontraient même des déficits nutritionnels du lait maternel (Apple, 1987). Les médecins ont continué d'affirmer que le lait maternel était, en théorie, le meilleur choix, mais certains craignaient que les mères soient incapables de produire des quantités de lait suffisantes. Les mères, incertaines de leurs capacités à produire du lait maternel de bonne qualité et en quantité suffisante, en venaient à croire que le lait artificiel sous supervision médicale était la meilleure option. Les médecins des années 1950 et 1960, ne craignant plus la mort précoce des nourrissons associée à l'usage du biberon, se concentrèrent sur ce qui était susceptible de remplacer le plus avantageusement le lait maternel. Jumelée aux développements scientifiques et à leur introduction dans la pratique médicale, ainsi qu'à l'augmentation de la commercialisation et au marketing entourant les produits de substitution du lait maternel, la médicalisation a redéfini la perception du lait maternel. Paradoxalement, la médecine scientifique, qui valorisait l'allaitement, a contribué à son déclin en accordant une place importante aux substituts de lait maternel dans la pratique médicale.

### **1960-1980 : accouchement institutionnalisé et démedicalisation**

Au cours de la période 1960-1980, coexistent pendant un certain temps l'institutionnalisation de l'accouchement à l'hôpital et la démedicalisation de la grossesse et de l'accouchement, deux mouvements contradictoires dont le second est une réponse directe au premier. Dans les années 1960, à l'exception des femmes de certaines communautés autochtones qui préservaient encore des

pratiques d'allaitement, l'alimentation au biberon était une pratique courante des mères canadiennes. Cette méthode d'alimentation du nourrisson convenait davantage aux femmes qui, à l'époque, amorçaient leur arrivée sur le marché du travail (Goldin, 2006). Dès la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, la mortalité infantile n'était plus un problème majeur de santé publique : entre les années 1900-1904 et 1965-1969, le taux de mortalité infantile dans la ville de Montréal est passé de 274,7 à 19,9 cas pour 1 000 naissances (Gaumer *et al.*, 2002). Les médecins se concentrèrent sur d'autres causes de mortalité infantile associées au suivi prénatal des femmes enceintes telles que la prématurité des nouveau-nés, les malformations congénitales et l'insuffisance du poids à la naissance. Le nouveau domaine privilégié des médecins était l'accouchement institutionnel. Cette seconde phase de la médicalisation s'est ainsi fondée sur d'autres enjeux que la première : l'institutionnalisation de l'accouchement à l'hôpital.

Cette institutionnalisation de l'accouchement visant un encadrement des normes hygiéniques mena à une plus grande prise en charge médicale de la grossesse et une plus grande médicalisation des procédures d'accouchement. Elle affecta les conditions postpartum pour la mère et l'enfant, dont les pratiques d'alimentation du nourrisson. En 1940, seulement 35 % des femmes accouchaient à l'hôpital. En 1961, à la suite de la mise en place de l'assurance hospitalisation, 97 % des bébés naissaient dans les hôpitaux (Nathoo et Ostry, 2009). Cependant, les médecins et infirmières restaient peu formés pour répondre aux questions entourant l'allaitement maternel, laissant les mères sans réponse du côté médical. De plus, les pratiques hospitalières n'étaient pas entièrement favorables à l'allaitement maternel – accès restreint de la mère à l'enfant<sup>6</sup>, régulation stricte des heures de prises de lait et de suppléments donnés à l'enfant par le personnel – et entretenaient la représentation du lait artificiel comme étant équivalent à l'allaitement maternel. Les messages véhiculés par les institutions hospitalières étaient ambigus affirmant, d'un côté, que l'allaitement maternel était le « choix-santé » et accordant, de l'autre, beaucoup de temps à discuter des alternatives et à offrir des échantillons gratuits de lait artificiel aux nouveaux parents.

En réponse à la médicalisation de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, des groupes féministes

<sup>6</sup> Le nourrisson était placé dans une pouponnière et l'accès était « contrôlé » par les infirmières qui transportaient l'enfant vers sa mère aux heures de prises de lait.

dits de « deuxième vague »<sup>7</sup> revendiquèrent, vers la fin des années 1960 et tout au long des années 1970, une démedicalisation de la grossesse et de la naissance. Un nombre croissant de femmes s'opposèrent à la médicalisation de leur corps : la contraception, la sexualité, l'accouchement et la ménopause, dénonçant, notamment, l'inefficacité de la médecine et son caractère iatrogène (Aspq, 2018). La démedicalisation renvoie au processus par lequel la société cesse de considérer qu'un phénomène relève du domaine médical ou qu'il devrait être défini en termes médicaux. Il s'inscrit dans le contexte plus large de mouvements pour la santé des femmes<sup>8</sup> et d'humanisation des soins à la naissance, s'opposant, entre autres, aux violences obstétricales (Dumont et Toupin, 2011). La *Leche League*<sup>9</sup> a été l'un des organismes-clés de la mobilisation promouvant le retour à l'allaitement maternel au Canada entre 1960 et 1980, et ce en prônant une perspective plus maternelle et plus expérientielle, à savoir centrée sur le vécu des mères de l'allaitement comme une expérience positive et unique. Valorisant l'expérience des femmes allaitantes plutôt que seulement les propriétés bénéfiques du lait maternel, La *Leche League* avait comme objectif de fournir un soutien et un encouragement aux femmes désirant allaiter, en fournissant des informations de mère à mère. L'allaitement était perçu comme un acte naturel, un « art de femme »<sup>10</sup> et non pas un enjeu médical. L'organisme défendait l'importance de l'expérience et des savoirs des femmes concernant les pratiques d'allaitement. Un partenariat entre le gouvernement fédéral canadien, la Société pédiatrique canadienne et La *Leche League Canada*, a permis de lancer une campagne nationale de promotion de l'allaitement maternel en 1979 basée sur ces prémices. Cette campagne visait toutes les femmes et n'avait pas comme objectif de favoriser l'allaitement maternel, mais plutôt de s'assurer que les mères qui le choisissaient avaient les informations nécessaires pour le réussir.

## 1980 à aujourd'hui : la « redécouverte » de l'allaitement maternel

Pour parvenir à un tel partenariat lors d'une campagne de promotion de l'allaitement maternel, il aura fallu

que la science « redécouvre » à la fois l'allaitement maternel, ses bénéfices et les connaissances pratiques des femmes dans ce domaine. Comme le soulignent T. Nathoo et A. Ostry (2009), les autorités médicales n'ont reconnu l'allaitement qu'après un accroissement massif des taux d'initiation à l'allaitement maternel. Bien qu'ils aient consolidé ce retour à l'allaitement maternel en lui attribuant une « autorité médicale », les efforts officiels de promotion, de soutien et de protection de l'allaitement ont surtout suivi le mouvement lancé par le mouvement de démedicalisation (Chumova, 2014).

Cette « redécouverte » médicale de l'allaitement maternel a également été appuyée par la psychologie et la psychanalyse. Tout d'abord, le discours psychanalytique hérité de Sigmund Freud contribua à renouveler la place centrale de la mère dans la famille ainsi qu'à revaloriser l'allaitement. L'allaitement maternel y est perçu comme la première preuve d'amour de la mère pour son enfant et cette première relation sur laquelle se sont construites toutes les relations affectives et sociales ultérieures de l'enfant. Dans les années 1950 et 1960, les recherches de John Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique, en particulier, étaient axées sur le besoin de contact qu'éprouverait l'enfant avec sa mère pour se sentir en sécurité et pour développer un lien d'attachement. Le concept d'attachement eut de très grandes répercussions dans la perception de l'allaitement maternel comme moyen privilégié pour créer ce lien mère-enfant particulier, jugé essentiel à l'enfant. Ces travaux traduisent un changement radical, non pas des connaissances médicales, mais de la perception de l'allaitement maternel comme devoir moral, naturel et biologique de la mère, allant au-delà des bienfaits du lait sur la santé de l'enfant et valorisant le lien affectif entre la mère et l'enfant.

Un changement majeur s'est opéré dans la normativité véhiculée passant du « je dois allaiter pour le futur de la nation » des années 1950 à « je dois allaiter pour être une bonne mère ». Ainsi, la décision concernant l'alimentation du nourrisson, en tant que comportement maternel, peut aussi attirer le blâme des mères (Murphy, 2000).

<sup>7</sup> Les féminismes sont multiples et la typification en différentes vagues est contestée (Bailey, 1997).

<sup>8</sup> Voir dans le chapitre *Le mouvement pour la santé des femmes* de Francine Saillant (1985).

<sup>9</sup> La *Leche League* a été fondée en 1956 par un groupe de sept mères de Chicago. Une branche canadienne est apparue dès 1961. En 1965, cinq groupes de La *Leche League* au Québec, en Ontario et en Alberta existaient. L'organisation a rapidement pris de l'expansion et, en 1976, cent quarante groupes étaient comptés au Canada (Nathoo et Ostry, 2009).

<sup>10</sup> « *Womanly art* » est l'expression anglaise tirée d'un manuel publié par La *Leche League* pour la première fois en 1958, *The Womanly Art of Breastfeeding*.

### Normes institutionnelles médicales entourant l'alimentation du nourrisson au Canada

La pratique de l'alimentation du nourrisson au Canada est encadrée par l'« Initiative Ami des bébés », variante de l'Initiative des hôpitaux Amis des bébés de l'Organisation mondiale de la santé (Oms) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef) (1991). Au Canada, l'initiative va plus loin puisque les services de périnatalité certifiés peuvent être offerts par un hôpital, mais aussi une maison des naissances ou un centre local de services communautaires. Au Canada, vingt et un hôpitaux, huit centres de naissance et cent dix-sept centres communautaires sont actuellement certifiés « Amis des bébés »<sup>1</sup>. Tous les autres établissements de santé sont en processus d'obtention de la certification. Pour obtenir la certification officielle, un hôpital doit : appliquer les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (1989, révisé en 2009), ce qui inclut notamment de placer le nouveau-né en contact peau à peau, pendant au moins une heure, immédiatement après sa naissance et de ne donner aucune tétine artificielle ni sucette aux enfants allaités ; respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'Oms/Unicef<sup>2</sup> ; atteindre un taux d'allaitement exclusif de 75 % de la naissance à la sortie de l'hôpital. L'engagement du gouvernement canadien à suivre ces codes internationaux se concrétise dans des protocoles institutionnels qui, par exemple, interdisent la promotion des substituts du lait maternel dans les établissements de santé, la distribution d'échantillons gratuits aux mères et l'éducation prénatale sur les alternatives à l'allaitement maternel lors des cours prénataux en groupe.

<sup>1</sup> Agence de la santé publique du Canada, 2018, *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales.html> (consulté le 10 décembre 2019).

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé, 1981, *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, Genève. [En ligne] [https://www.who.int/nutrition/publications/code\\_french.pdf](https://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf) (consulté le 5 février, 2020).

Les autorités de santé publique attendent de la mère qu'elle prévienne les risques potentiels, même minimes, de santé pour son nourrisson et se conduise en « bonne mère » en allaitant selon les recommandations de la santé publique (Afflerback et al., 2013). Associée à l'allaitement maternel, la norme sociale de la bonne mère a été explorée par la sociologue Stephanie J. Knaak (2010) dans son étude sur la manière dont les notions de risques et de bénéfices sont utilisées dans les discours des mères canadiennes à propos des décisions et des expériences concernant l'alimentation du nourrisson. Les résultats soulignent que le « bon maternage » est hautement standardisé et médicalisé. Les discours experts entourant l'allaitement ouvrent donc la porte à la culpabilisation des mères en cas de refus, de difficultés ou d'arrêt de l'allaitement, contribuant à la « normalisation » de comportements particuliers au détriment des autres, qui deviennent marginaux et éventuellement décriés, comme l'usage du lait artificiel (Nathoo et Ostry, 2009). Malgré la visée universaliste de la promotion de l'allaitement maternel, une différenciation s'effectue dans les faits, les mères de certaines catégories sociales, notamment des classes ouvrières, étant davantage visées par des stratégies de contrôle de l'alimentation du nourrisson car perçues et ciblées comme étant « à risque » de ne pas allaiter.

La stratégie de promotion de l'allaitement a porté ses fruits puisque les taux d'initiation à l'allaitement maternel n'ont fait qu'augmenter depuis les années 1960, passant de moins de 30 % à environ 90 % en 2011-2012 (Gionet, 2013). Cette augmentation résulte notamment des stratégies internationales de promotion de l'allaitement maternel auxquelles s'est joint le Canada, l'initiation à l'allaitement maternel à l'hôpital et le contrôle du marketing de l'industrie de l'alimentation artificielle. Pour le premier axe, les programmes et les campagnes de promotion de l'allaitement mettent l'accent sur l'éducation des mères face aux bénéfices santé pour l'enfant, particulièrement sur les mères perçues comme étant « à risque » de ne pas allaiter. Cette stratégie est basée sur le principe de la « décision éclairée » qui considère l'allaitement (ou le non-allaitement) comme un comportement volontaire. Elle ne prend pas en compte les contraintes extérieures qui nuisent à sa pratique (les conditions de travail inadéquates pour allaiter, le nonaccès à un congé de maternité rémunéré, le manque de soutien social, l'expérience antérieure d'agression sexuelle, le malaise face à l'allaitement en public, etc.) et ce qui l'encourage (les injonctions et les

incitations provenant des professionnels de la santé, des médias et de l'entourage).

Les deux autres axes de développement de l'allaitement correspondent à la mise en place de pratiques hospitalières favorisant l'initiation à l'allaitement et de contrôle de la distribution de lait en poudre dans les hôpitaux à la suite du boycott international de la compagnie Nestlé aux États-Unis en 1977, auquel le Canada s'est joint en 1978. Motivé par des problèmes de mortalité infantile liée à la promotion et à la vente de lait en poudre dans les pays en voie de développement, ce boycott a eu comme répercussions l'élaboration de codes, de déclarations et d'ententes internationales qui ont progressivement été endossés par le Canada entre 1980 et la fin

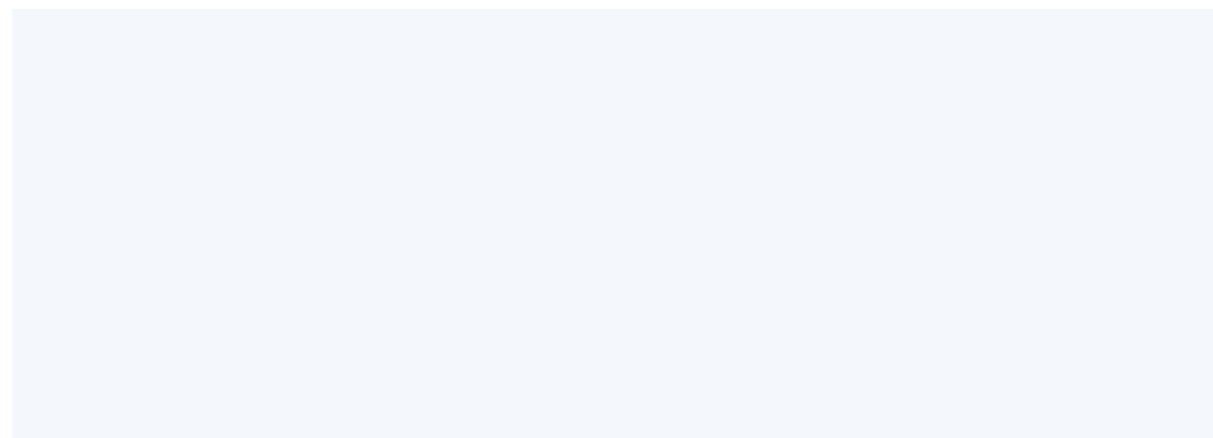
du XX<sup>e</sup> siècle<sup>11</sup>. Dans le contexte actuel de promotion de l'allaitement maternel canadien, les bénéfices nutritionnels et immunologiques de l'allaitement pour le bébé sont systématiquement mis en avant par les professionnels de la santé pour encourager les mères à suivre les recommandations de santé publique en la matière. Ce discours dominant présente toute alternative à l'allaitement comme étant « risquée » pour l'enfant. Pour éviter ce « risque », la médicalisation de l'allaitement maternel est aujourd'hui jumelée à une professionnalisation des services offerts pour soutenir les mères allaitantes et à une prise en charge médicale accrue allant d'interventions telles que la frénotomie, une pratique en augmentation qui consiste à couper le frein de langue jugé trop court d'un bébé pour faciliter la prise au sein, à la prescription de dompéridone<sup>12</sup> aux femmes éprouvant une insuffisance de lait maternel.

## Conclusion

Jumelée à un marketing intensif des produits d'alimentation artificielle, la médicalisation de l'alimentation du nourrisson a incité les femmes à considérer le biberon comme la nouvelle norme atteignant son apogée dans les années 1960. Bien que le lait maternel ait été considéré, en théorie, par les médecins comme étant la source d'alimentation idéale pour les nourrissons, on constate que les recommandations et les pratiques ont fondamentalement varié à travers le temps. Il y a beaucoup de nuances dans le processus de médicalisation de l'alimentation

des nourrissons au Canada. Les pratiques et les discours médicaux sont marqués par une forte ambiguïté et contredisent parfois les visées des autorités de santé publique. Les médecins continuaient à porter le discours de promotion de l'allaitement maternel et de ses bienfaits pour la santé de l'enfant, mais recommandaient rapidement l'alimentation artificielle, et ce au détriment de l'expérience vécue des femmes et de leurs conditions matérielles d'existence.

Ce survol sociohistorique montre notamment comment les discours institutionnels sur l'allaitement, même lorsqu'ils s'appuient sur les connaissances scientifiques les plus récentes, sont porteurs d'incitations normatives. Apparaissent également à la lumière de la littérature sur le sujet les limites du modèle biomédical dont les arguments en faveur de l'allaitement ne sont pas d'ordre purement médical, mais aussi moral, tels les discours sur le péril de la nation dans les années 1950 ou l'association entre bon maternage et allaitement maternel. Bien que le type de normativité ait changé, passant de la promotion patriotique de l'allaitement maternel pour la nation à la figure de la bonne mère, le choix de l'alimentation du nourrisson reste traversé d'injonctions normatives. La culpabilité que peuvent ressentir certaines femmes face aux difficultés d'un allaitement maternel témoignerait de leur intériorisation de cette obligation morale et d'enjeux sous-jacents influencés par le discours de santé publique, enjoignant à fournir « ce qu'il y a de mieux » pour la santé de l'enfant.



<sup>11</sup> Le Code international Oms/Unicef : Code de commercialisation des substituts du lait maternel (1981), dix étapes pour un allaitement maternel réussi Oms/Unicef (1989), l'initiative des hôpitaux Amis des bébés (1991)). De plus, le Canada s'est doté, en 1997, d'une protection légale pour les femmes qui allaitent en public.

<sup>12</sup> À l'origine, la dompéridone a été conçue pour soulager des problèmes d'estomac tels que le reflux ou la nausée. Ce médicament a comme effet secondaire de stimuler la production de prolactine et est prescrit aux femmes qui ne produisent pas assez de lait.



Afflerback S., Carter S. K., Anthony A. K., Grauerholz L., 2013, Infant-feeding consumerism in the age of intensive mothering and risk society, *Journal of Consumer Culture*, vol. 13, n° 3, p. 387-405.

Agence de la santé publique du Canada, 2018, *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, gouvernement du Canada [en ligne] <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales.html> (consulté le 10 décembre 2019).

Angers D., 1998, *La promotion de l'hygiène privée : les autorités sanitaires de la province du Québec et la propagande hygiéniste en territoire québécois (1908-1936)*, mémoire de maîtrise en histoire sous la direction de Denis Goulet, Département d'histoire et de sciences politiques, université de Sherbrooke.

Apple R. D., 1995, Constructing Mothers: Scientific Motherhood in the Nineteenth and Twentieth Centuries, *Social History of Medicine*, vol. 8, n° 2, p. 161-178.

Apple R. D., 1987, *Mothers and medicine: A social history of infant feeding, 1890-1950*, Wisconsin, university of Wisconsin Press.

Association pour la santé publique du Québec, 2018, *Historique de la périnatalité au Québec* [en ligne] <http://www.aspq.org/fr/dossiers/devenir-et-etre-parents/historique-de-la-perinatalite-au-quebec/> (consulté le 20 novembre 2019).

Badinter É., 1980, *L'Amour en plus. Histoire de l'amour maternel du XVII<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècles*, Paris, Flammarion.

Baillargeon D., 2014, Les médecins québécois francophones et l'allaitement, 1900-1970 : un discours à la fois autoritaire et ambigu, in Bayard C., Chouinard C. (dir.), *La promotion de l'allaitement au Québec : regards critiques*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, p. 23-43.

Baillargeon D., 2004, *Un Québec en mal d'enfants: la médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Éditions Remue-ménage.

Bailey C., 1997, Making waves and drawing lines: The politics of defining the vicissitudes of feminism, *Hypatia*, vol. 12, n° 3, p. 17-28.

Boucher S., 1902, La mortalité infantile de la naissance à un an – L'œuvre de la Goutte de lait, *L'Union Médicale du Canada*, vol. 31, n° 8, p. 531-534.

Chumova M., 2014, Le guide pratique Mieux vivre avec notre enfant: témoin des discours et représentations autour de l'allaitement au Québec (1977-2013), in Bayard C., Chouinard C. (dir.), *La promotion de l'allaitement au Québec : regards critiques*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, p. 45-65.

Collin F., Laborie F., 2004, Maternité, in Hirta H., Laborie F., Le Doaré H., Senotier D. (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, Presses universitaires de France, p.109-114.

Conrad P., 1995, Médicalisation et contrôle social, in Bouchard L., Cohen D. (dir.), *Médicalisation et contrôle social*, Montréal, Acfas, Cahiers scientifiques, p. 9-31.

Davis-Floyd R. E., 1994, The technocratic body: American childbirth as cultural expression, *Social Science and Medicine*, vol. 38, n° 8, p. 1125-1140.

Delahaye M.-C., 1990, *Tétons et tétines : histoire de l'allaitement*, Paris, Trame Way.

Desrosiers G., Gaumer, B., 2006, Les débuts de l'éducation sanitaire au Québec : 1880-1901, *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 23, n° 1, p. 183-207.

Dumont M., Toupin L., 2011, *La pensée féministe au Québec – Anthologie (1900-1985)*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage.

Dykes F., Williams, C., 1999, Falling by the wayside: A phenomenological exploration of perceived breast-milk inadequacy in lactating women, *Midwifery*, vol. 15, n° 4, p. 232-246.

Eley C. R., 1941, Artificial feeding of infants, Medical progress, *The New England Feeding Journal of Medicine*, n° 225, p. 230-232.

Fortier de la Broquerie, 1992, Les « gouttes de lait » à Québec 1905-1970, *Cap-aux-Diamants*, n° 28, hiver, p. 52-55.

Gaumer B., Desrosiers G., Keel O., 2002, *Histoire du service de santé de la ville de Montréal, 1865-1975*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Gionet L., 2013, Tendances de l'allaitement au Canada, *Coup d'œil sur la santé*, Statistique Canada, numéro 82-624-X, novembre.

Goldin C., 2006, The quiet revolution that transformed women's employment, Education, and Family, *American Economic Review*, vol. 96, n° 2, p. 1-21.

Goulet, D., 2002, Le mouvement hygiéniste au Québec, *Cap-aux-Diamants*, n° 70, p. 17-20.

Knaak S. J., 2010, Contextualising risk, constructing choice: Breastfeeding and good mothering in risk society, *Health, risk & society*, vol. 12, n° 4, p. 345-355.

Knibiehler Y., 2003, L'allaitement et la société, *Recherches féministes*, vol. 16, n° 2, p. 11-33.

Murphy E., 2000, Risk, responsibility, and rhetoric in infant feeding, *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 29, n° 3, p. 291-325.

Nathoo T., Ostry A., 2009, *The one best way?: Breastfeeding history, politics, and policy in Canada*, Waterloo, Wilfrid Laurier University Press.

Organisation mondiale de la Santé, 1981, Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, Genève. [En ligne] [https://www.who.int/nutrition/publications/code\\_french.pdf](https://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf) (consulté le 5 février, 2020).

Saillant F., 1985, Le mouvement pour la santé des femmes, in Dufresne J., Dumont F., Martin Y.(dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture et les Presses universitaires de Lyon.

Statistique Canada, 2012, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Esc), *Choix de l'allaitement au Canada : statistiques et graphiques clés (2009-2010)* [en ligne] <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-esc/choix-allaitement-canada-statistiques-graphiques-cles-2009-2010-surveillance-aliments-nutrition-sante-canada.html> (consulté le 10 novembre 2012).

Wolf J. B., 2010, *Is breast best? Taking on the breastfeeding experts and the new high stakes of motherhood*, New York, New York University Press.

Yalom M., 2010, *Le sein – Une histoire*, Paris, Galaade éditions.