

## Résumé

Que ce soit par des politiques, des lignes directrices ou des recommandations, les organisations nationales et internationales de la santé déploient des efforts afin de promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement. Par ces moyens, elles cherchent à instaurer une culture d'allaitement forte et à faire de l'allaitement une norme nutritionnelle infantile tant à l'échelle nationale qu'internationale. Bien que l'allaitement soit bénéfique pour la santé des mères et celle de leurs enfants, un regard critique, teinté par la théorie *queer*, et plus particulièrement par les écrits de Judith Butler et de Michel Foucault, nous permet de prendre conscience des effets potentiellement insidieux de la promotion de l'allaitement sur la construction de l'identité maternelle. La sédimentation des normes du genre féminin en contexte de maternité, la fabrication de phénomènes sociaux tels que la « bonne mère » ainsi que la définition de l'identité maternelle à partir d'idéaux socioculturels sont les possibles effets pernicieux de la promotion de l'allaitement maternel.

**Mots clés** assignation normative, dispositif, identité, promotion de l'allaitement, théorie queer

## *La théorie queer et les revers de la promotion de l'allaitement*

**MARJOLAINE HÉON & PATRICK MARTIN**

### Introduction

Depuis la fin des années 1980, l'allaitement suscite un intérêt d'envergure internationale et a capté l'attention de plusieurs organisations mondiales. Parmi celles-ci, on compte l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) qui, en 1989, ont développé conjointement une stratégie de santé publique pour protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement, soit l'initiative Hôpitaux amis des bébés. Au Canada, cette vague de promotion de l'allaitement ne s'est fait ressentir que vers la fin des années 90. Depuis, un nombre toujours grandissant de stratégies de promotion de l'allaitement, qui se traduisent notamment par des

politiques et des lignes directrices, sont implantées dans les milieux cliniques afin de « prédisposer favorablement la population à l'allaitement ».[1 p7] Les infirmières, en tant que professionnelles de la santé, participent activement à ce que nous pourrions qualifier de mouvement de régulation sociale à travers lequel l'allaitement devient littéralement une assignation normative.

Or, il y aurait des conséquences perverses au discours dominant de promotion de l'allaitement. Dans une société où les normes établies par le discours scientifique sont orientées vers l'allaitement, il devient effectivement ardu pour les mères qui optent pour un substitut du lait maternel<sup>a</sup> de ne pas être perçues, voire de ne pas se percevoir elles-mêmes — comme déviantes. Le dispositif de promotion de l'allaitement façonnerait et fixerait ainsi les normes du genre féminin lors de la maternité.

Cet article propose donc l'interrogation du dispositif de promotion de l'allaitement et se veut une réflexion critique sur les effets du mouvement concerté de régulation sociale

qui en émane et auquel participe un nombre considérable de professionnels de la santé, dont les infirmières. Notre analyse critique sera appuyée par la théorie *queer*, notamment par des écrits de la philosophe et féministe américaine Judith Butler, de même que par des écrits du philosophe français Michel Foucault et certains écrits empiriques.

## La théorie *queer*

Le vocable *queer* fut traditionnellement porteur d'une signification hautement péjorative – il constituait autrefois une expression homophobe. Ce n'est qu'au début des années 90 que des militants gais ou *queer* se sont appropriés ce terme pour se désigner eux-mêmes, tout en lui attribuant une connotation positive.[3] De nos jours, le mot *queer* est employé non seulement pour identifier une mosaïque d'identités sexuelles culturellement marginales, mais il réfère aussi à un modèle théorique qui s'inspire à la fois des théories gaies et lesbiennes ainsi que des pensées poststructuralistes de la fin du 20<sup>e</sup> siècle,[4] plus particulièrement celles de Foucault.

La théorie *queer* a émergé entre 1985 et 1992 à travers le foisonnement d'une communauté très productive qui s'intéressait à l'entrecroisement des frontières de l'identification et du désir entre les genres, les races et les définitions sexuelles.[5] Le développement de la substance théorique de la théorie *queer* reflète une certaine ambiguïté à savoir si elle est un nouveau modèle conceptuel radical ou un modèle émanant naturellement des études gaies et lesbiennes.[4] Toutefois, même si la théorie *queer* s'imprègne des savoirs précurseurs issus des études gaies et lesbiennes, elle se distingue par ses propres canons de théoriciens[6] et symbolise une rupture – quoique non-absolue – avec les différents modèles théoriques qui l'ont précédée.[4]

Bien que la théorie *queer* soit toujours en processus de formation et qu'il n'y ait pas encore de consensus quant à sa définition exacte, la cristallisation d'une définition n'est pas souhaitée ; l'indétermination et la souplesse définitionnelles constituent des caractéristiques qui lui sont propres.[4] Jagose s'avance tout de même et précise quelque peu la nature de la théorie *queer* en affirmant qu'elle « décrit les gestes ou les modèles analytiques qui dramatisent les incohérences dans les relations prétendument stables entre le sexe chromosomique, le genre et la sexualité ».[4 p3 traduction libre]. En d'autres mots, du point de vue épistémologique, la théorie *queer* prône un déboulonnement de toute stabilité au niveau des sexes, des genres et des sexualités ainsi qu'une résistance au cadre hétéronormatif et hétérosexiste qui exploite ces trois termes.[4] Elle repose sur un questionnement constamment

reconduit, sur la déconstruction de tous les savoirs mais plus particulièrement de ceux qui sont associées à l'objectivité et à la vérité.[7] Ainsi, la théorie *queer* s'impose pour l'interrogation de la norme par la problématisation de son apparente objectivité/neutralité.[8]

La théorisation de l'identité au sein de la théorie *queer* repose essentiellement sur les préceptes poststructuralistes qui encensent le manque de certitude théorique à propos de l'identité.[6] Ainsi, l'identité, qui est perçue comme provisoire, est représentée telle « une constellation de positions multiples et instables ».[4 p3 traduction libre] Foucault[9] propose cette conception de l'identité en soutenant que chez un individu, rien n'est assez stable pour servir de base pour la reconnaissance de soi ou la reconnaissance des autres – pas même son corps. L'identité est conceptualisée comme une fantaisie culturelle et sociale persistante plutôt qu'un fait démontrable; et il en va de même pour les éléments qui la composent, tels que la sexualité et le genre.

Pour les penseurs modernes et postmodernes, la sexualité et le genre représentent des déterminants-clefs de l'identité[10] Pour les premiers, la sexualité est perçue comme l'un des éléments essentiels et nécessaires à la construction de l'identité. Quant aux seconds, tels que Foucault, ils avancent que les discours dominants qui existent au sein de la société ont forgé des catégories binaires de sexe (homme ou femme), de genre (masculin ou féminin) et de sexualité (hétérosexuelle ou homosexuelle) qui classifient et cataloguent l'identité. Utilisant la sexualité comme point de référence, la théorie *queer* propose de questionner les notions d'identité et de problématiser les catégories identitaires.[11]

Au sein de la théorie *queer*, la croyance selon laquelle l'hétérosexualité est une construction plus évidente, plus naturelle et plus stable que l'homosexualité est complètement rejetée. Pour Butler,[12] une théoricienne américaine, l'hétérosexualité, qui est nullement considérée comme ayant été déterminée de façon naturelle, est plutôt envisagée comme ayant été naturalisée grâce aux répétitions performatives d'identités au genre normatif. La répétition de gestes, d'ordre sexuel ou autres, amène à croire que ces actes découlent de la configuration naturelle du corps. Or, il en n'est rien : ce n'est qu'une illusion. La sexualité n'ayant donc rien d'inné et d'instinctif, l'homosexualité ne peut être conçue comme une perversion d'instincts normaux, comme une déviance de l'hétérosexualité.

Quant au genre, il est considéré par les psychanalystes comme étant absolument fondamental à la construction

de l'identité.[10] Selon eux, le genre est déterminé et irrévocablement fixé d'avance par la biologie : Freud affirmait que « l'anatomie, c'est le destin ». [13 p423 traduction libre] Ainsi, le genre est considéré comme étant intimement lié au sexe chromosomique. D'après cette perspective, l'origine des comportements sociaux n'est pas sociale, mais bien innée et inévitable. Ainsi interprété, le genre, tout comme la sexualité, est une fatalité biologique, une impasse génétique.

Avec les récentes théorisations sur le genre, ce déterminisme naturel se retrouve vertement critiqué. En effet, la pensée postmoderne offre une vision tout autre : les comportements liés au genre sont le résultat de facteurs humains, tels que la culture, et non pas le produit de chromosomes, de gènes ou d'organes génitaux. Toute théorie essentialiste qui se base sur les différences biologiques entre les hommes et les femmes pour expliquer leurs différents comportements est alors dépréciée et rejetée.

À l'instar d'Austin[14] qui définit la parole dans sa théorie des actes du langage, Butler[12] définit le genre comme performatif – il réalise ce qu'il dit par sa citation et sa répétition. Le genre n'a essentiellement aucun statut ontologique à part des divers actes, gestes et représentations qui façonnent sa réalité.[12] L'essence ou l'identité que ces derniers prétendent exprimer sont plutôt des fabrications produites et maintenues par une « répétition stylisée d'actes ». [15 p265] Il n'y a donc pas d'identité de genre derrière les simples expressions du genre – l'identité est plutôt construite de façon performative par ces expressions qui sont faussement désignées comme les résultats de l'identité. Ainsi, ce sont les expressions qui construisent un semblant d'identité et non l'inverse. Butler précise :

Si les attributs et les actes du genre, les différentes manières dont un corps montre ou produit sa signification culturelle sont performatifs, alors il n'y a pas d'identité préexistante à l'aune de laquelle jauger un acte ou un attribut; tout acte du genre ne serait ni vrai ni faux, réel ou déformé, et le présumé selon lequel il y aurait un vraie identité de genre se révélerait être une fiction régulatrice. Si la réalité du genre est créée par des performances sociales ininterrompues, cela veut dire que l'idée même d'un sexe essentiel, de masculinité ou de féminité – vraie ou éternelle –, relève de la même stratégie de dissimulation du caractère performatif du genre.[15 p266]

Pour Butler, la performativité du genre – « cette dimension du discours qui a la capacité de produire ce qu'il nomme » [16 p17] – s'inscrit dans un processus de répétition et de citation de normes orientées vers un idéal de genre masculin ou féminin,[17] un processus de normalisation qui vise à discipliner, disposer et orienter le sujet.[18] Les

normes attribuent une signification au corps de l'individu, ce qui, par extension, le rend identifiable ou non.[18] Elles sont à la fois « constitutives, productives et constructives du sujet » [17 p71] mais également prescriptives et restrictives, voire coercitives.[17] La citation et la répétition de normes amènent à croire en la naturalité du genre, de par l'apparente crédibilité conférée à la performativité du genre et des châtements infligés à la suite d'un écart de conformité. Il faut donc démontrer un comportement conforme au genre auquel nous appartenons et ainsi agir de manière à rencontrer les normes du genre. Avec le temps, il y a sédimentation des normes du genre menant à une production de phénomènes particuliers comme la « vraie femme », le « sexe naturel » ou autre fiction sociale.[12] Ces phénomènes sont alors perçus de façon essentialiste, comme étant conformes à la biologie et fidèles aux chromosomes.

Bref, peu importe si le genre n'est qu'une fiction culturelle, un ensemble de normes discursivement construites, l'important, au sein de ce que l'on pourrait conceptualiser comme la matrice dominante, est de performer de manière à correspondre aux normes et ainsi donner l'impression que la vérité intérieure s'articule autour des pôles acceptables du genre[10] car une dérogation aux normes véhiculées par le discours dominant peut facilement créer des doutes et des préjugés quant à l'identité d'un individu.

La construction de l'identité à partir des discours dominants de la société est un phénomène qui est loin de se limiter à la sphère sexuelle – il s'étend également à la maternité, où le discours de promotion de l'allaitement, qui gagne en crédibilité, fixe les normes du genre féminin et l'identité maternelle sur la base du mode d'alimentation du nourrisson. Avant de jeter un regard différent sur ce discours et de l'analyser de façon critique sous la perspective de la théorie *queer*, il importe de le présenter dans ses grandes lignes.

## Le discours de promotion de l'allaitement

De nombreux écrits étayaient les bienfaits de l'allaitement pour la santé, la croissance et le développement des nouveau-nés et des nourrissons[19-24] ainsi que pour la santé physique et le bien-être psychologique de leur mère.[19,25-31] Reconnaissant la supériorité de l'allaitement, plusieurs organismes et organisations nationales et internationales ont émis des recommandations et des lignes directrices visant à promouvoir, soutenir et protéger ce comportement.

Le Comité de nutrition de la Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada ainsi que Santé Canada [32] soutiennent que le mode d'alimentation à privilégier pour le

nouveau-né et le nourrisson est l'allaitement. Santé Canada [33] recommande l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie puis la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et même plus. L'American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding,[34] quant à elle, affirme que le lait maternel n'a pas d'égal pour l'alimentation des nouveau-nés, incluant les prématurés, et que l'allaitement exclusif est la source d'alimentation idéale pour soutenir leur croissance et leur développement au cours des six premiers mois de leur vie. Ce groupe d'experts recommande la poursuite de l'allaitement pour au moins douze mois et ensuite, aussi longtemps que la mère et l'enfant le désirent. [34]

À l'échelle internationale, l'OMS et l'UNICEF [35] affirment, dans leur *Déclaration d'Innocenti*, que toutes les femmes devraient être encouragées et soutenues afin d'allaiter leur enfant de façon exclusive, de la naissance jusqu'à l'âge de quatre à six mois. L'OMS[36] recommande l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans, et au delà. Pour atteindre ces objectifs, les pays doivent renforcer leur « culture d'allaitement » et la défendre vigoureusement contre les incursions insidieuses d'une « culture du biberon ».[35] L'instauration d'une culture forte d'allaitement requiert une mobilisation sociale de même que l'engagement des décideurs politiques.[35]

Pour faciliter l'atteinte de cet objectif, l'OMS et l'UNICEF ont développé conjointement une stratégie visant la protection, le soutien et la promotion de l'allaitement : l'initiative Hôpitaux amis des bébés.[37] Cette stratégie vise la création de milieux où l'allaitement est la norme pour l'alimentation du nouveau-né et du nourrisson.[38] En proposant *Les dix conditions pour le succès de l'allaitement*, l'OMS et l'UNICEF ont cherché à établir le rôle déterminant des services de maternité dans l'encouragement et le soutien de l'allaitement.[37] Ainsi, que ce soit par des politiques écrites d'allaitement, par la formation des professionnels de la santé, par l'enseignement offert aux mères enceintes, par l'encouragement à la cohabitation mère-enfant en milieu hospitalier ou encore par des interventions directes et concrètes pour aider et faciliter la mise au sein, toute intervention nécessaire doit être déployée et efficacement utilisée afin de promouvoir avec succès l'allaitement selon les dix conditions émises par l'OMS et l'UNICEF.

Au Canada, cette stratégie de santé publique a été lancée en 1998. Pour veiller à son implantation, le Comité canadien pour l'allaitement a été créé. Ce comité reconnaît l'allaitement comme « la norme culturelle pour la nutrition infantile au Canada ».[39 p1 traduction libre] Il vise l'établissement et le

maintien d'une communication soutenue avec les instances gouvernementales et décisionnelles afin de promouvoir, de soutenir et de protéger l'allaitement.[39] Il assume également un rôle consultatif auprès de ces instances afin d'orienter les pratiques cliniques, les recherches et les politiques en matière d'allaitement.[39]

Au Québec, le MSSS[40] reconnaît que l'allaitement est avantageux non seulement pour la dyade mère-enfant mais également pour l'ensemble de la société. Ce ministère[1] embrasse des principes de santé publique identiques aux autres organisations nationales et internationales : protéger les pratiques actuelles qui favorisent l'allaitement, soutenir et outiller adéquatement les mères afin de s'assurer du succès de leur allaitement et promouvoir l'allaitement en amenant la population à considérer favorablement ce comportement. En 2001, le MSSS[1] a publié des lignes directrices pour l'allaitement et il a établi comme objectif général l'augmentation des taux d'allaitement, de la sortie des services de maternité au premier anniversaire du nourrisson. Cet objectif vise donc non seulement une hausse du nombre de mères qui allaitent, mais également une augmentation de la durée de l'allaitement. Le MSSS aspire à ce que l'allaitement « devienne une norme sociale inscrite dans la culture québécoise ».[40 p59]

En somme, tant dans les sphères nationales qu'internationales, il y a une concertation pour protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement. Les objectifs, les lignes directrices et les politiques de santé publique visent tous la répétition d'un seul et même comportement: l'allaitement. La mobilisation de tous les acteurs, dont les infirmières, est requise de même que « l'appui actif de tous les secteurs de la société [afin d'inciter] un plus grand nombre de mères à allaiter, et à allaiter plus longtemps ».[41 p15] Reconnaisant l'influence de l'environnement social sur l'allaitement, les diverses organisations tentent de le modifier afin qu'il soit moins réfractaire à l'allaitement. Ainsi, afin de rendre l'environnement social plus propice à l'allaitement, le MSSS encourage et valorise notamment « la présence de modèles pour les femmes qui allaitent ».[1 p21]

Cependant, quelles peuvent être les conséquences de l'existence de ces femmes qui font office de « modèles » d'allaitement pour les mères? Est-ce que cette façon de promouvoir l'allaitement ne favoriserait pas en contre partie la création et la sédimentation des normes du genre féminin en contexte de maternité, normes à partir desquelles se définirait l'identité maternelle? L'allaitement serait-il devenu une assignation normative, une ligne de conduite imposée

aux mères? Une analyse critique du discours de promotion de l'allaitement maternel sous une perspective *queer* permet de cerner les revers de ce mouvement populaire qui demeure en expansion.

## Les revers de la promotion de l'allaitement

L'ensemble hétérogène constitué des institutions, des discours, des politiques, des lignes directrices et des stratégies visant la protection, le soutien et la promotion de l'allaitement est, en des termes foucauldien, qualifiable de dispositif – nous désignerons ainsi cet ensemble sous le vocable de « dispositif de promotion de l'allaitement ».

Si l'on s'en tient à la définition qu'en donne Foucault, c'est plus particulièrement au « réseau qu'on peut établir entre ces éléments » [42 p299] que s'applique la notion de dispositif. D'après Foucault, [42] ces éléments interviennent dans une concertation : ils établissent entre eux des connections, des délimitations, des renvois et ils se complémentarisent, le tout dans un perpétuel réajustement pour former un dispositif qui est toujours de nature stratégique et qui répond à un besoin donné – ici, celui de promouvoir l'allaitement.

Inscrit dans une certaine manipulation des rapports de force et résultant du croisement entre le savoir et ces rapports, [42] le dispositif vise, à travers une série de pratiques, de discours et d'énoncés scientifiques, « la création de corps dociles mais libres qui assument leur identité et leur liberté de sujet dans le processus même de leur assujettissement ». [43] Ainsi, le dispositif provoque la subjectivation des individus, notamment par des pratiques qui divisent le sujet par rapport aux autres, ce qui a pour effet de le catégoriser en tant qu'objet. Les mécanismes ou processus de subjectivation induits par le dispositif sont donc producteurs d'objets. Le dispositif de la promotion de l'allaitement objectivise donc un champ de « rationalité du comportement qui fixe la mesure sociale de la norme et de la déviance ». [44]

Le discours qui est inhérent au dispositif de la promotion de l'allaitement est articulé de telle sorte que l'identité maternelle est construite et catégorisée de façon binaire et polarisée : la « bonne mère », celle qui allaite, et la « mauvaise mère », celle qui n'allait pas. Ainsi, la mère qui allaite – qui représente le fleuron d'une culture d'allaitement – devient la référence pour définir l'identité maternelle selon un nouveau champ de rationalité. En institutionnalisant le construit social de la « bonne mère », qui lui est fabriqué de toute pièce à partir de la sédimentation des normes du genre féminin en contexte de maternité, le discours de la promotion de l'allaitement démultiplie son potentiel normatif. L'identité maternelle se

retrouve dès lors déterminée et rapidement cataloguée à partir d'un simple mode d'alimentation du nourrisson. La durée de l'allaitement aurait également une influence sur la construction de l'identité maternelle. Tel que mentionné précédemment, l'American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding [34] recommande de poursuivre l'allaitement pour au moins douze mois et ce n'est que par la suite que la mère peut allaiter aussi longtemps qu'elle et son enfant le désirent. Nombre de mères perçoivent ainsi la durée de l'allaitement comme l'un des indicateurs d'une « bonne mère ». [45] Bref, dans une société où l'allaitement est la norme culturelle, l'allaitement devient synonyme de « bonne mère » [46] et il va même jusqu'à représenter un projet identitaire pour les mères. [47]

Le dispositif de promotion de l'allaitement, qui a pour effet d'orienter, de contrôler, de modeler et de normaliser les opinions ainsi que les conduites des mères — amène inévitablement les femmes à conclure qu'elles sont naturellement et anatomiquement configurées pour l'allaitement. « Je suppose que c'est une chose naturelle, c'est pour cette raison que nous avons des seins, n'est-ce pas? ». [45 p35 traduction libre] Ces quelques mots d'une mère d'un nouveau-né prématuré ayant participé à une étude phénoménologique représentent bien ce raisonnement fonctionnaliste associé à l'allaitement. En tant qu'assignation normative dictée par les institutions, l'allaitement est ainsi renforcé sur le plan anatomo-biologique — ce qui n'est pas sans servir le discours de sa promotion. Puisque leur corps leur apparaît comme étant conçu pour allaiter, les mères ressentent une obligation physique et morale d'endosser ce rôle intimement lié à leur genre. [45] Lorsque cette obligation n'est pas rencontrée, que la mère ne parvient pas à allaiter son enfant, elle en ressent une grande culpabilité et cela est vécu comme un échec:

C'est un sentiment absolument horrible. Vous ne pouvez pas l'expliquer. Je me sentais vraiment coupable. Je me sentais comme si j'avais échoué en tant que mère... [48 p1082 traduction libre]

Quand je n'avais pas de lait, c'était un sentiment terrible... C'était comme un échec. Je n'allais pas être en mesure de nourrir mon enfant... ce qui semble si naturel, si inné. [49 p23 traduction libre]

De ce point de vue, ne pas allaiter son enfant à la suite d'un accouchement se traduit nécessairement comme une déviance de la destinée naturelle, un énoncé qui est pourtant dépourvu de tout substrat ontologique.

La non-conformité aux normes établies par le dispositif de promotion de l'allaitement comporte son lot de conséquences, comme le confirme Elizabeth Murphy, une

sociologue anglaise qui a étudié la notion de déviance en matière d'allaitement:

Cette croyance en la supériorité de l'allaitement maternel est largement diffusée à travers toute la population. L'intention exprimée de ne pas allaiter son bébé risque de compromettre le statut moral de la femme enceinte. En décidant d'utiliser une préparation commerciale pour nourrissons, la femme s'expose à l'accusation selon laquelle elle est une «mauvaise mère», qui priorise ses propres besoins et préférences aux dépens du bien-être de son bébé.[50 p187 traduction libre]

Ainsi, la femme qui offre une préparation commerciale pour nourrissons plutôt que son sein voit son identité en tant que mère compromise. Elle s'expose à être jugée encore plus sévèrement puisqu'en plus de ne pas se conformer aux normes établies, elle les enfreint volontairement et consciemment en optant pour une autre alternative que l'allaitement. Murphy explique :

L'évaluation de la déviance maternelle ne repose pas sur le fait que les règles ont été enfreintes mais bien sur l'effet que la décision de cette mère sera susceptible d'avoir. La mère moralement bonne n'est pas simplement celle qui suit les règles. Elle est plutôt celle qui suit les règles en connaissance de cause. À l'inverse, la mère déviante n'est pas simplement celle qui enfreint les règles, sa déviance repose plutôt sur un jugement qui lui, s'appuie sur le fait que c'est sciemment qu'elle enfreint les règles.[50 p188 traduction libre]

Grâce à la portée inouïe de l'ensemble hétérogène que constitue le dispositif de promotion de l'allaitement, les mères sont tout à fait informées en matière d'allaitement. Elles sont conscientes que l'allaitement est considéré comme étant ce qu'il y a de mieux à offrir à leur enfant. Pourtant, certaines d'entre elles en décident autrement, pour des raisons qui leur sont propres et en tout point légitimes. Ne correspondant pas au modèle proposé par le dispositif de promotion de l'allaitement, elles dévient de ce qui constitue la norme sociale et s'en retrouvent marginalisées. Elles sont donc d'autant plus déviantes parce qu'elles savent ce qu'il y a de mieux pour leur enfant. Une mère participant à une étude qualitative s'exprime en ces mots : « C'est plus naturel d'allaiter. Tous les dépliants que l'on m'a donnés indiquent que c'est ce qu'il y a de mieux pour le bébé et que tu es une mère horrible si tu n'allaites pas. Voilà comment on se sent ».[51 p327 traduction libre] Ainsi, les normes dictées par le dispositif de promotion de l'allaitement sont si bien intégrées chez les mères qu'elles ressentent de la honte lorsqu'elles n'allaitent pas.[46]

Selon les normes en vigueur, tout substitut du lait maternel devient une alternative inférieure. Si les mesures dites de santé

publique « s'inscrivent toujours, peu ou prou, au sein d'une tension entre un modèle libéral valorisant la responsabilité individuelle et une gestion autoritaire holiste de contrôle des individus », [52 p161] c'est sans aucun doute vers une gestion autoritaire que l'OMS s'est positionnée en ce qui a trait à l'allaitement, le tout dans une perspective normative qui ne met aucunement l'emphase sur le libre arbitre des mères. L'OMS n'hésite d'ailleurs pas à émettre des directives pour que les États contraignent les fabricants de substituts du lait maternel afin qu'ils inscrivent sur chaque emballage « une mention quant à la supériorité de l'allaitement au sein », [2 p13] en plus de leur interdire d'utiliser toutes représentations ou photographies de nourrissons, et ce, tant sur l'emballage que sur chacune des étiquettes de ces produits. Ce contrôle dans la mise en marché des substituts du lait maternel, qui s'apparente à celui imposé à l'industrie du tabac, ajoute à la charge disciplinaire et idéologique à l'endroit des mères. Ces mères, étant pour la plupart déjà bien au fait des bénéfices associés à l'allaitement, n'ont aucunement besoin de se faire marteler qu'elles nourrissent inadéquatement leur enfant chaque fois qu'elles lui offrent une préparation commerciale pour nourrissons. Ce contrôle disciplinaire suggéré aux États par l'OMS s'exerce également sur le plan discursif alors que cette organisation recommande d'interdire systématiquement à tous les fabricants ou distributeurs l'utilisation des qualificatifs « maternisé » ou « humanisé ». Ce contrôle s'étend jusqu'à restreindre l'utilisation des substituts du lait maternel en précisant qu'ils « ne doi[vent] être utilis[é]s que sur l'avis d'un agent de santé qui en aura indiqué la nécessité ». [2 p13] Dans cette perspective, il n'est pas étonnant que les mères puissent ressentir de l'inquiétude lorsqu'elles nourrissent leur enfant avec un substitut du lait maternel, comme en témoigne cette mère : « C'était comme si j'allais nuire à mon enfant en lui donnant [une préparation commerciale pour nourrissons]. Ce sentiment a certainement duré pendant quatre ou cinq bons mois ». [48 p1082 traduction libre] Les mères perçoivent ainsi la préparation commerciale pour nourrissons comme un choix risqué pour l'alimentation de leur enfant, un choix qui le rend vulnérable et qui l'expose à d'éventuels problèmes de santé. [53]

Les infirmières sont appelées à se faire les agentes du dispositif de promotion de l'allaitement, en veillant à l'implantation des différentes lignes directrices et en s'assurant que les recommandations seront suivies de façon à favoriser l'atteinte des objectifs ministériels en matière d'allaitement. *Ipsa facto*, elles contribuent à la répétition et à la citation de cette norme qu'est l'allaitement — à la normalisation des comportements des mères. Bien que le fait d'établir des objectifs en matière

d'allaitement soit louable, la poursuite de tels objectifs peut entraîner une forme de coercition des mères par les professionnels de la santé, notamment les infirmières, afin qu'elles initient et poursuivent l'allaitement.[54] Comme les lignes directrices de santé publique sont nécessairement gouvernées par des choix moraux et qu'elles se situent constamment entre utopie et idéologie,[52] il y a un risque potentiel de glissement vers des pratiques cliniques coercitives.

En effet, des parents ont rapporté que certains professionnels de la santé tiennent un discours fortement biaisé en faveur de l'allaitement et qu'ils manifestent de l'intolérance envers l'utilisation de préparations commerciales pour l'alimentation des nourrissons.[55] Certaines mères ont également dit avoir ressenti une pression considérable exercée par des professionnels de la santé en faveur de l'allaitement,[56,57] alors que d'autres ont rapporté des comportements irrespectueux et oppressifs en lien avec l'allaitement de membres du personnel de différentes unités de néonatalogie.[58] Des mères ont même rapporté s'être senties stigmatisées et avoir reçu moins d'attention et de soutien de la part du personnel soignant parce qu'elles nourrissaient leur enfant avec un substitut du lait maternel.[51,57] Ces pratiques, qui sont tout à fait déplorables et inadmissibles, reflètent les risques potentiels de l'application dogmatique des lignes directrices en matière de promotion de l'allaitement. Elles traduisent également combien il peut-être périlleux pour les mères d'adopter des comportements en marge de la rationalité induite par le dispositif de la promotion de l'allaitement.

Bref, de par l'hétérogénéité de ses éléments qui interviennent de façon stratégique et concertée, le dispositif de la promotion de l'allaitement amène la création de mères dociles à partir d'une série d'énoncés scientifiques, de discours et de pratiques qui sont parfois hautement discutables. Alors que les lignes directrices en matière d'allaitement se multiplient et gagnent en crédibilité, les mères sont de plus en plus incitées à allaiter,[59] et parfois, de manière coercitive. Avec son apparente cohérence et naturalité, le discours de promotion de l'allaitement s'objectivise en créant un cadre normatif contraignant dans lequel doivent s'inscrire toutes les mères, quels que soient leur réalité, leurs désirs, leur possibilité ou leur impossibilité d'allaiter, et ce, au sein d'une société contemporaine où elles se doivent de performer constamment — tant dans la sphère publique que privée. Bien que certaines d'entre elles se sentent tiraillées face aux contradictions qui émergent parfois entre le discours de promotion de l'allaitement et leur expérience personnelle

de l'allaitement,[47] il est attendu d'elles qu'elles se dirigent volontairement et de façon docile vers l'illusion sociale du seul comportement valable — l'allaitement. Ainsi, la promotion de l'allaitement s'apparente davantage à un outil de persuasion et coercition sociale qu'à un outil éducatif menant à un choix libre et éclairé.[60,61]

## Conclusion

Il est important de souligner que cet article ne visait aucunement à mettre en doute les bienfaits que l'allaitement apporte aux nourrissons et à leur mère. L'allaitement en tant que tel est sain; la critique élaborée dans cet article portait plutôt sur sa promotion. Par le biais de la théorie *queer*, cette analyse critique du mouvement concerté de régulation sociale, qui est propre aux orientations de santé publique contemporaines, appelle à une conscientisation des infirmières quant aux effets pernicieux du dispositif de promotion de l'allaitement, notamment la sédimentation des normes du genre féminin en contexte de maternité, l'émergence du construit social de la « bonne mère » et la construction d'une identité maternelle factice.

Dans le contexte actuel, le respect de la décision des mères en regard du choix de l'alimentation de leur nourrisson demeure un des grands défis que les infirmières et les différents professionnels de la santé se doivent de relever.[55] En tant qu'infirmières, nous devons être conscientes que le dispositif de la promotion de l'allaitement et le discours dominant qui émane de celui-ci s'appuient sur des valeurs normatives qui sont extérieures à ce que vivent les mères et que la réalité qui est ainsi construite et martelée par ce dispositif ne tient pas compte de la spécificité des besoins de celles-ci. En se retrouvant prises au piège dans ce qui constitue en tout point un modèle hégémonique, ces mères ont nécessairement plus de difficulté à concevoir qu'il y a des solutions de rechange à l'allaitement et qu'il est légitime pour elles d'y recourir.

Il importe, pour les infirmières, de renverser l'oppression vécue par les mères et de mettre en mouvement la capacité de celles-ci au libre arbitre en les informant notamment quant aux divers choix qui s'offrent à elles, plutôt que de les confiner au choix unique de l'allaitement — une pratique qui relègue d'ailleurs au second plan le principe éthique d'autonomie de la personne. Les infirmières doivent soutenir les mères dans leur processus décisionnel en matière d'alimentation du nourrisson en les informant adéquatement sur les risques et les bénéfices des diverses options qui s'offrent à elles, respecter leur décision libre et éclairée et reconnaître l'unicité de chacune des dyades mère-enfant.[62] Dans cette optique, des efforts politiques collectifs sont aussi requis

pour reconstruire et sanctuariser le registre des possibilités en matière d'alimentation du nourrisson, plutôt que de mobiliser les ressources à la démonisation de certains choix que nombre de mères considèrent comme étant plus appropriés à leur réalité de femme occidentale contemporaine, à laquelle de multiples exigences sont inextricablement associées.

## Notes

<sup>a</sup>« Tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage ». [2 p9]

## Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'allaitement au Québec : Lignes directrices. Québec: La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2001.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève : Auteur; 1981.
3. Macey D. The Penguin dictionary of critical theory. Toronto: Penguin Books Canada; 2001.
4. Jagose A. Queer theory: an introduction. New York: New York University Press; 1996.
5. Sedgwick EK. Between men: English literature and male homo-social desire. New York: Columbia University Press; 1992.
6. Jeffreys S. Unpacking queer politics. Malden, MA: Blackwell Publishers; 2003.
7. Manning E. Queerly disrupting methodology. 2009. Disponible sur <http://www.kvinfo.su.se/femmet09/papers/pdf/Manning.pdf>.
8. Manning E. F\*cking with the Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infection: A queer disruption to homonormativity. 2009. Disponible sur <http://www.thirdspace.ca/journal/article/view/manning/244>.
9. Foucault M. Nietzsche, la généalogie, l'histoire. Dans : Suzanne Bachelard, rédacteurs. Hommage à Jean Hyppolite. Paris : Épipiméthée; 1971. p145-72.
10. Mansfield N. Subjectivity. New York: New York University Press; 2001.
11. Hammers C, Brown III AD. Towards a feminist-queer alliance : A paradigmatic shift in the research process. Soc Epistemol. 2004; 18(1): 85-101.

12. Butler J. Gender trouble. Feminism and the subversion of identity. New York: Routledge; 1999.
13. Freud S. The passing of Oedipus complex. Int J Psychoanal 1924; 5: 419-24.
14. Austin JL. How to do things with words. New York: Oxford University Press; 1962.
15. Butler J. Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité. Traduit de l'anglais par C. Kraus. Paris: Éditions La Découverte; 2006.
16. Butler J. Humain, inhumain. Le travail critique des normes. Entretiens. Traduit de l'anglais par J. Vidal et C. Vivier. Paris: Éditions Amsterdam; 2005.
17. Baril A. De la construction du genre à la construction du "sexe" : les thèses féministes postmodernes dans l'oeuvre de Judith Butler. Recherches féministes 2007; 20: 61-90.
18. Brody A, Schirato T. Understanding Judith Butler. Thousand Oaks: Sage Publications; 2011.
19. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evid Rep Technol Assess 2007; 153: 1-186.
20. Quigley M, Henderson G, Anthony MY, McGuire W. Formula milk versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. The Cochrane Database of Systematic Reviews Library 2008; 4.
21. Hsueh W, Caplan MS, Qu XW, Tan XD, De Plaen IG, Gonzalez-Crussi F. Neonatal necrotizing enterocolitis: clinical considerations and pathogenetic concepts. Pediatr Dev Pathol 2002; 6: 6-23.
22. Lin PW, Nasr TR, Stoll BJ. Necrotizing enterocolitis: Recent scientific advances in pathophysiology and prevention. Semin Perinatol 2008; 32: 70-82.
23. Lin PW, Stoll BJ. Necrotising enterocolitis. Lancet 2006; 368: 1271-83.
24. Horta BL, Bahl R, Martinés JC, Victoria CG. Evidence of the long-term effects of breastfeeding. 2007. Disponible [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9241595230/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241595230/en/). Consulté le 25 avril 2012.
25. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. Pediatr Clin North Am 2001; 48(1): 143-58.
26. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer

- and 96 973 women without the disease. *Lancet* 2002; 360(2): 187-95.
27. Danforth KN, Towroger SS, Hecht JL, Rosner BA, Colditz GA, Hankinson, SE. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control* 2007; 18: 517-23.
28. Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics*. 2006; 118: e1436-43.
29. Kennell JH, Klaus MH. Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatr Rev* 1998; 19(1): 4-12.
30. Kim P, Feldman R, Mayes LC, et al. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52(8): 907-15.
31. Watson-Driscoll J. Breastfeeding success and failure: implication for nurses. *NAACOG'S Clinical Issues* 1992; 3(4): 565-9.
32. Comité de nutrition de la Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada, Santé Canada. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé. Ottawa: Ministère de travaux publics et Services gouvernementaux du Canada; 1998.
33. Santé Canada. Durée de l'allaitement maternel exclusif - Recommandation de Santé Canada, 2004. Ottawa: Auteur; 2004.
34. American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100(6): 1035-9.
35. Organisation Mondiale de la Santé & UNICEF. Déclaration d'Innocenti. 1990. Disponible sur <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>. Consulté le 4 mai 2004.
36. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève: Auteur; 2003.
37. Organisation Mondiale de la Santé & UNICEF. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement. Le rôle spécial des services liés à la maternité. Genève : Auteurs; 1989.
38. Organisation Mondiale de la Santé & UNICEF. L'initiative pour des hôpitaux amis des bébés. Deuxième partie : exécution au niveau des hôpitaux. Directives de l'UNICEF. Genève : Auteurs; 1992.
39. Breastfeeding Committee for Canada. Vision, mission et objectifs. 2011. Disponible sur <http://www.breastfeedingcanada.ca>. Consulté le 3 février 2004.
40. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie. Québec : Gouvernement du Québec; 2008.
41. Agriculture et agroalimentaire Canada. Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire. Une réponse au sommet mondial de l'alimentation. Ottawa : Auteur; 1998.
42. Foucault M. *Écrits et dits I et II*. Paris: Gallimard; 2001.
43. Agamben G. *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Paris: Rivages poche/Petite Bibliothèque; 2007.
44. Revel J. *Dictionnaire Foucault*. Paris: Ellipses; 2008.
45. Sweet L. Expressed breast milk as "connection" and its influence on the construction of "motherhood" for mothers of preterm infants: a qualitative study. *Int Breastfeeding J* 2008; 3: 30-41.
46. Flacking R, Ewald U, Starrin B. "I wanted to do a good job": Experiences of 'becoming a mother' and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit. *Soc Sci Med* 2007; 64: 2405-16.
47. Schmied V, Barclay L. Connection and pleasure, disruption and distress: Women's experience of breastfeeding. *J Hum Lact* 1999; 15; 325-34.
48. Lee E. Health, morality, and infant feeding: British mothers' experiences of formula milk use in the early weeks. *Social Health Ill* 2007; 29: 1075-90.
49. Boucher CA, Brazal PM, Graham-Certosini C, Carnaghan-Sherrard K, Feeley N. Mothers' breastfeeding experiences in the NICU. *Neonatal Netw* 2011; 30(1): 21-8.
50. Murphy E. 'Breast is best': Infant feeding decisions and maternal deviance. *Social Health Ill* 1999; 21(2): 187-208.
51. Earle S. Why some women do not breast feed: bottle feeding and fathers' role. *Midwifery* 2000; 16: 323-30.
52. Grunéais ME. Critique de la santé publique. Une approche anthropologique. Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (Dir.). *Bulletin de l'APAD*. 2001; 21. Disponible sur [www.apad.revues.org/pdf/192](http://www.apad.revues.org/pdf/192). Consulté le 23 août 2012.
53. Murphy E. Risk, responsibility and rhetoric in infant feeding. *J Contemp Ethnogr* 2000; 29: 291-325.
54. Flacking, R. Feeding preterm infants in Sweden: Challenges to implementing the Global Strategy in a pro-breastfeeding culture. Dans: Fiona Dykes, Victoria H. Moran, rédacteurs. *Infant and young child feeding. Challenges to implementing a Global Strategy*. Oxford, Royaume-Uni: Wiley-Blackwell; 2009. p43-58.

55. Hauck YL, Irurita VF. Constructing compatibility: Managing breast-feeding and weaning from the mother's perspective. *Qual Health Res* 2002; 12(7): 897-914.
56. Lakshman R, Ogilvie D, Ong KK. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Arch Dis Child* 2009; 94: 596-601.
57. Wirihana LA, Barnard A. Women's perceptions of their healthcare experience when they choose not to breastfeed. *Women Birth* 2012; 25: 135-41.
58. Flacking R, Ewald U, Nyqvist KH, Starrin B. Trustful bonds : A key to « becoming a mother » and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Soc Sci Med* 2006; 62: 70-80.
59. Dykes F. 'Supply' and 'demand': breastfeeding as labour. *Soc Sci Med* 2005; 60: 2283-93.
60. Knaak SJ. The problem with breastfeeding discourse. *Can J Public Health* 2006; 97: 412-4.
61. Nathoo T, Ostry AS. The one best way? Breastfeeding history, politics, and policy in Canada. Waterloo, Ontario: Wilfrid Laurier University Press; 2009.
62. Nelson AM. Toward a situation-specific theory of breastfeeding. *Res Theory Nurs Pract* 2006; 20: 9-27.

#### Remerciements

*Marjolaine Héon désire remercier les organismes qui l'ont soutenue financièrement au cours de son parcours doctoral: la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, le Groupe de recherche interuniversitaire en sciences infirmières de Montréal, les Instituts de recherche en Santé du Canada, la Fondation de l'Hôpital Sainte-Justine, la Fondation de la recherche en sciences infirmières du Québec et le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.*

*Patrick Martin aimerait remercier la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec, le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et le Fonds de recherche – Société et culture pour leur soutien financier.*

#### Pour contacter les auteurs:

*Marjolaine Héon, inf., Ph.D.  
Professeure adjointe  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
C.P. 6128, succursale Centre-ville  
Montréal, Québec, H3C 3J7  
Canada  
Courriel: marjolaine.heon@umontreal.ca*

*Patrick Martin, inf., Ph.D.(c)  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal*