



Les controverses autour du *Baby Friendly Hospital Initiative*, entre promotion de l'allaitement et modèle de maternité

Elsa Massei

Elsa Massei : Docteure en sociologie, Université de Lille, Clersé UMR 8019,
elsa.massei@gmail.com

En 1991, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) créent le *Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI)*, une politique internationale qui vise à promouvoir l'allaitement maternel en faisant des maternités des relais d'information et de promotion de cette pratique. Elle repose sur la mise en place des « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » (*Ten Steps to Successful Breastfeeding*), qui incluent la formation du personnel, la surveillance des taux d'allaitement, l'instauration du peau-à-peau et de la proximité mère-enfant 24h sur 24h, ainsi que l'information aux parents sur les bénéfices de l'allaitement, l'usage des tétines, et l'accès à un soutien continu après la sortie de l'hôpital. La dernière version de ces documents date de 2018.

Cette création témoigne d'un changement de paradigme humanitaire concernant l'alimentation infantile, auparavant orientée par le développement de l'industrie laitière (Black 1986). Ce changement a été initié en 1981 par la création du Code OMS sur les Substituts du Lait Maternel, à la suite d'une mobilisation associative étatsunienne contre les pratiques commerciales agressives des industriels du lait infantile, notamment dans les pays du Sud, qui a conduit à un boycott au retentissement international de l'entreprise *Nestlé*. De la même manière que des professionnels de santé étaient utilisés pour vendre du lait infantile auprès des familles, le *BFHI* se veut agir sur les pratiques professionnelles pour promouvoir l'alimentation au lait maternel. Il est un instrument de l'action des organisations internationales présent dans 150 pays, et se répand de manière polymorphe, en fonction des contextes politiques nationaux.

Le *BFHI* s'inscrit dans une longue histoire de la promotion de l'allaitement, défini comme « un élément essentiel de la réalisation du droit de chaque enfant au meilleur état de santé possible »¹. Mais au-delà de cet objectif de santé publique, on constate une permanence des discours adressés aux parents qui pèsent sur les individus et norment les pratiques professionnelles en maternité. Ces injonctions, à visée eugéniste, d'abord adressées aux mères puis aux parents, insistent sur leur responsabilité (Tillard 2007). La promotion de l'allaitement maternel y est largement répandue en raison de l'importance qui est donnée à l'alimentation du nourrisson pour sa santé, et plusieurs arguments sont mobilisés. On évoque d'abord la bonne santé de l'enfant et « le droit » qu'il possède sur le lait de sa mère (Rollet 2005) avant d'introduire l'idée que l'allaitement contribuerait aussi à la santé de la mère, voire à sa beauté retrouvée. Ainsi se manifeste un « appel au devoir, au sacrifice et au dévouement » des mères concernant le soin aux enfants (Scholl 2021). Avec le *BFHI*, on observe l'ancrage de ce qu'Élodie Razy et Charles-Édouard de Suremain appellent la « sacro-sainte image occidental-centrée de la dyade mère-enfant » où l'alimentation devient le monopole exclusif de la mère (Razy & Suremain 2022).

Ici, en analysant la littérature internationale sur le sujet, nous proposons de présenter en quoi le *BFHI*, au-delà de la seule promotion de l'allaitement, entérine plus largement une conception globale de la maternité, mêlant des considérations d'ordre psychologique, sanitaire et morale. Ce projet suscite certaines controverses, particulièrement aux États-Unis, où les indicateurs d'allaitement sont particulièrement suivis. En tant que politique internationale, cette conception cristallise des tensions étudiées par des chercheuses féministes, qu'on retrouve dans le milieu médical.

Un modèle de maternité « intensive »

Au milieu du vingtième siècle, la norme était à l'alimentation au lait infantile aux États-Unis et,

dans certaines régions, moins d'une mère sur cinq allaitait. Dans ce contexte, un groupe de femmes blanches et catholiques de la classe moyenne de la banlieue de Chicago crée en 1956 *La Leche League (LLL)*, et font paraître en 1958 leur ouvrage de référence *L'art de l'allaitement maternel*². Leur but est de soutenir et promouvoir l'*empowerment* des femmes qui souhaitent allaiter, avec des conseils testés, mais également d'éduquer les soignants.

Dans le même temps, dans les années 1950, se développent des théories sur la psychologie du jeune enfant, notamment la théorie de l'attachement conceptualisée par John Bowlby en 1958, qu'il développera dans un rapport remis à l'OMS en 1962. Le psychiatre évoque les « carences de soins maternels », reconnaissant ainsi une affectivité au jeune enfant, mais met également en exergue le lien mère-enfant comme prévalant sur les autres liens affectifs de l'enfant (Bowlby 1958). Dans ce cadre, le lien avec le père est minimisé, et l'accueil en structure collective est dévalorisé (Neyrand 2011).

Ainsi, des travaux soulignent les liens entre *La Leche League* et les politiques des organisations internationales en matière d'alimentation infantile. Claire Kerzusan, démographe française, souligne que, même si *LLL* n'a pas participé au boycott de *Nestlé*, elle a bien contribué à la création du Code, et a acquis le statut de consultant à l'OMS en 1982, lui permettant de militer à l'international (Kersuzan 2020). Des chercheuses en éthique étasuniennes montrent un vocabulaire partagé et une conception commune de la maternité entre le label de l'OMS et de l'UNICEF et *La Leche League*, ainsi que la présence de certains membres de l'association dans les organisations internationales (Preston-Roedder *et al.* 2018). Elles citent un document de l'UNICEF et de l'OMS de 1979, amorçant le futur projet du *BFHI*, qui décrit l'allaitement comme « une partie intégrante du processus reproductif, la manière naturelle et idéale de nourrir l'enfant, et une base biologique et émotionnelle incomparable pour le développement de l'enfant »³. Convoquer la nature pour argumenter en faveur de l'allaitement semble être considéré aujourd'hui comme un lieu commun, mais les auteures arguent que cela était une catégorisation nouvelle pour l'époque.

La Leche League préconise ainsi des pratiques exigeant une proximité très forte de la mère et de l'enfant, comme dormir près de son enfant (*rooming-in*), l'allaitement à la demande et le sevrage naturel, qui sont des éléments que l'on retrouve dans les recommandations du *BFHI*.

La sociologue américaine Sharon Hays est la première à définir, dans les années 1990, cette maternité qu'elle qualifie d'« intensive » (*intensive motherhood*) comme « un modèle différencié selon le genre qui préconise aux mères de consacrer énormément de temps, d'énergie et d'argent à l'éducation de leurs enfants » [ma traduction] (Hays 1996 : X(10)).

La Leche League a donc contribué largement à la construction historique du concept de « maternité intensive ». À l'époque, les sciences de la nutrition et de la chimie travaillaient traditionnellement avec l'industrie, la médecine et la recherche sur le lait infantile, avec pour objectif de reproduire, voire de surpasser la qualité du lait maternel. À l'inverse, *La Leche League* a mobilisé des arguments plutôt liés aux sciences du développement humain, à la psychologie et au comportement animal, trouvant dans ces sciences en plein essor le langage dont elle avait besoin pour suggérer que les « pratiques maternelles au naturel » avaient le monopole de ce qui est bon pour l'enfant. Leurs arguments en faveur de l'allaitement mobilisent l'instinct maternel, le lien mère-enfant (*bonding*), l'amour et l'attachement. Les représentations de l'allaitement renvoient au fait d'être un certain type de mère, une « meilleure mère ». L'allaitement est vu comme « naturel », et est ainsi doté d'une « moralité biologique » qui tend à l'imposer comme meilleur, supérieur et plus sain.

Des chercheuses féministes américaines font la critique de la promotion de ce modèle. Joan Wolf, par exemple, met en lumière l'essentialisme biologique imposé aux femmes et élabore le concept de « maternité totale » ou *total motherhood* (Wolf 2007). Il s'agit d'une conception normative de la maternité selon laquelle une « bonne mère », est définie par une dévotion totale à la réduction des risques pour son enfant, même au prix de coûts importants pour elle-même.

Une sociologue américaine, Linda Blum, oppose quant à elle la conception de la maternité de *La Leche League* et les enjeux d'insertion professionnelle des femmes. *La Leche League* défendrait une maternité incarnée (*embodied motherhood*) fondée sur une proximité mère-enfant quasi constante, et une relation fusionnelle des corps qui est censée amener un sentiment de plaisir aux mères (Blum 1999 : 63-66).

Elle oppose ce modèle à une autre conception qui serait une maternité désincarnée, (*disembodied motherhood*), promue par une partie du corps médical dans les années 1980-1990. Dans ce modèle de « super maman qui travaille et allaite » (*super-breastfeeding-career mom*), c'est l'administration de lait maternel qui prime sur l'allaitement au sein. Ces médecins valoriseraient l'allaitement, mais également le travail des femmes. Ici, l'utilisation du tire-lait revêt une grande importance et est vendu comme l'accessoire indispensable de la femme moderne. Les sociétés savantes de médecins défendraient une conception non-genrée (*gender-neutral*) du maternage qu'est le concept de « parentalité », en défendant la possibilité pour les femmes de tirer leur lait sur leur lieu de travail plutôt que de rallonger les congés maternité, ou de financer les locations de tire-lait plutôt que le congé parental (Blum 1999 : 52-62).

Ainsi, au-delà du fait de promouvoir l'allaitement maternel au sein des établissements de santé, le *BFHI* et ses recommandations véhiculent des représentations normatives de la maternité, parfois controversées, y compris dans le milieu médical.

Des débats au sein du milieu médical aux États-Unis

Le *Baby Friendly Hospital Initiative* fait l'objet de nombreuses études épidémiologiques à l'international qui évaluent son impact sur les taux d'allaitement maternel à la naissance. L'enjeu de la démarche épidémiologique sur le sujet est bien d'évaluer si les recommandations du label *BFHI* sont efficaces pour améliorer la bonne santé des populations. L'augmentation de la pratique de l'allaitement maternel est donc perçue comme une préoccupation de santé publique. Ces études, menées par diverses catégories de professionnels de santé, portent sur les modalités de mise en place du programme dans les zones concernées. Elles analysent son efficience sur les taux d'allaitement, d'initiation et de durée avec un consensus sur la nécessité de pallier le déclin de cette pratique, considérée comme idéale pour la santé de l'enfant.

Aux États-Unis, le label est délivré par une organisation non gouvernementale, *Baby-Friendly USA*. Il est implanté dans 565 établissements où ont lieu un peu plus de 25% des naissances (928 723 naissances)⁴. Il bénéficie d'un soutien important de la part des pouvoirs publics, puisque l'Agence Fédérale américaine en charge de la protection de la santé publique, le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), l'*US Department of Health and Human Services* (HHS) - qui est chargé de la politique en matière de santé - et *The Joint Commission* - un organisme non gouvernemental à but non lucratif qui accrédite les établissements de santé - encouragent l'implantation des *Ten Steps*. Plus globalement, les hôpitaux sont encouragés à atteindre des taux d'allaitement élevés. Depuis 2014, *The Joint Commission* consulte les taux d'allaitement exclusif qui peuvent entrer

dans l'évaluation globale des établissements. Bien qu'il n'y ait pas de taux spécifique exigé pour accréditer un établissement, cela est défini comme l'un des indicateurs de qualité des soins périnataux.

Deux chercheuses en santé publique (Howe-Heyman & Lutembacher 2016) ont analysé une vingtaine d'études traitant de l'implantation du *BFHI* et de son incidence sur les taux d'allaitement maternel des patientes de 1991 à 2014. Cet article montre des résultats divergents concernant l'impact effectif du *BFHI* sur l'exclusivité et la durée de l'allaitement maternel, considérés comme les plus intéressants pour la santé des nouveau-nés, au-delà de la simple initiation. L'impact du programme étant jugé incertain, les auteures, recommandent aux professionnels de santé de se concentrer sur d'autres méthodes pour encourager l'allaitement maternel. Elles citent d'autres études qui suggèrent que le soutien par les pairs, l'éducation prénatale sur l'allaitement maternel et le soutien informel *post-partum* fondé sur les besoins pourraient être des méthodes plus efficaces pour encourager la réussite de l'allaitement à long terme.

L'étude de Hawkins *et al.* (2015) montre que le démarrage précoce de l'allaitement maternel et le fait que celui-ci demeure exclusif sont plus importants pour les mères moins diplômées dans les maternités labellisées que dans les autres établissements. En revanche, les résultats sont sensiblement égaux pour les mères plus diplômées et la durée de l'allaitement n'est pas significativement différente selon le type d'établissement. Enfin, cette étude montre que le démarrage de l'allaitement est socialement distribué. Tous établissements confondus, cela concerne davantage les mères diplômées, les mères hispaniques et les mères les plus âgées. Il est moins fréquent chez les mères non-mariées et bénéficiant du programme WIC (*Women, Infants, Children*), un programme fédéral pour lutter contre les « risques nutritionnels » et l'obésité.

Un article écrit par deux pédiatres américains (Gomez-Pomar & Blubaugh 2018a) adopte une posture critique à l'encontre de chacune des dix recommandations prônées par le label. Ils évoquent ainsi les problématiques soulevées par la promotion de l'allaitement dans le cadre du *BFHI* et parlent même de dangers, sans pour autant remettre en cause les bienfaits de l'allaitement maternel exclusif. Partant du constat que le travail des femmes est le principal obstacle à la poursuite de l'allaitement, ils insistent sur l'importance de politiques adaptées aux contextes sociaux et de santé (éducation, revenu, tabac, obésité, césarienne...). Comme Howe-Heyman et Lutembacher, les auteurs montrent que c'est l'éducation et le soutien par les pairs, l'éducation prénatale et le soutien informel en *post-partum* qui influence l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel. Les auteurs préconisent une prise en compte accrue des contextes sociaux et une meilleure information prénatale, afin que les mères puissent mieux appréhender les difficultés.

Ils passent en revue plusieurs articles, notamment sur le peau-à-peau et le *rooming-in*. Ils citent une étude de 2016 qui établit ainsi l'absence de preuves concluantes d'un effet du *rooming-in* sur l'allaitement. Concernant le peau-à-peau, ils expriment des préoccupations quant à une augmentation des cas de *collapsus* postnatal soudain et inattendu (*SUPC*) chez le nouveau-né⁵, en raison de la hausse du nombre d'hôpitaux certifiés *BFHI* aux États-Unis, et proposent donc un protocole plus sûr, réservé aux mères et aux nouveau-nés en bonne santé, sous surveillance constante. Selon ces auteurs, la fermeture des nurseries occasionnée par la démarche *BFHI* pose problème, car elle pourrait notamment culpabiliser les mères réticentes au *rooming-in*. Malgré les restrictions du label sur l'utilisation de tétines pour les bébés allaités, ils relèvent des résultats d'études divergents concernant leur impact négatif sur la poursuite de l'allaitement au sein. Les tétines présenteraient des bénéfices médicaux comme le confort, la contribution au développement

neurocomportemental ou la réduction du risque de mort subite du nourrisson (*SIDS*). Hauck *et al.* (2005) recommandent ainsi l'usage de la tétine pendant le sommeil jusqu'à un an après établissement constant de l'allaitement.

Cet article montre que la labellisation *BFHI* soulève des débats assez houleux outre-Atlantique, notamment sur le peau-à-peau. D'autres pédiatres ont critiqué le protocole de Gomez-Pomar et Blubaugh, jugé trop restrictif, en publiant dans la même revue des recommandations moins intrusives (Feldman-Winter *et al.* 2018). Ils réagissent en insistant sur les bénéfices prouvés du *rooming-in* qui ne sont pas explicités par ces pédiatres comme « la création de liens affectifs, le renforcement de la confiance en soi de la mère (*maternal self-efficacy*) et le confort du nouveau-né »⁶.

Gomez-Pomar et Blubaugh ont utilisé leur droit de réponse (2018b), en rappelant qu'ils ne contestent pas les bienfaits du *rooming-in*, mais le manque de preuves solides. Ils désapprouvent le fait que, pour répondre aux exigences de la certification *BFHI*, certains hôpitaux imposent cette pratique aux mères qui ne le souhaitent pas.

Ils estiment également que les dernières recommandations révisées de 2018 du *Baby-Friendly Hospital Initiative* de l'OMS répondent aux préoccupations soulevées dans leur article, notamment en ce qui concerne les restrictions sur les tétines et biberons. Ces recommandations intègrent également la promotion de l'allaitement dans des initiatives locales ou encore l'idée que la certification *BFHI* ne doit pas être un but en soi. Elles mettent également l'accent sur le respect des préférences des mères et de leur famille.

L'implantation croissante du label *BFHI* aux États-Unis suscite des débats. Une ONG, *Fed Is Best* (Nourri, c'est mieux) s'est créée en opposition à la promotion exclusive de l'allaitement maternel en dénonçant une recrudescence de pathologies liées à la privation de nourriture chez les nourrissons (jaunisse, déshydratation, hypoglycémie). Cette ONG a été cofondée par une médecin urgentiste, Christie del Castillo-Hegyri ; elle regroupe parents et professionnels de santé et milite pour une approche individualisée de l'alimentation infantile, valorisant aussi bien le lait maternel que le lait infantile, et insiste sur la priorité à accorder à la santé mentale des parents et à leur relation avec leur enfant. Du fait de l'histoire de la mobilisation pro-allaitement, l'organisation précise dans son bilan financier qu'elle refuse les dons d'entreprises ou d'organisations qui tirent profit de l'alimentation infantile, qu'il s'agisse du lait infantile, mais également de l'allaitement.

Cet examen de la littérature internationale sur la labellisation *BFHI* montre que des critiques émergent, particulièrement aux États-Unis, où le label connaît un succès croissant. Les controverses portent moins sur la manière de procéder à cette promotion de l'allaitement, dont la supériorité n'est pas remise en cause dans ces articles, que sur la manière d'en faire la promotion. Certains articles de presse s'interrogent d'ailleurs sur le fait que le *Baby Friendly Hospital Initiative* ne serait peut-être pas très « *mother friendly* » (amie des mamans), du fait de la fatigue induite par le *rooming-in* dès les premières heures après l'accouchement, la pression à l'allaitement, la stigmatisation du recours aux compléments de lait infantile et les restrictions concernant les tétines⁷.

Le label IHAB : une appropriation française centrée sur la bienveillance et la parentalité

En France, le *Baby Friendly Hospital Initiative* a été traduit par label « Initiative Hôpital Ami des

Bébés » (IHAB). Le label IHAB est porté par une association et il peut être considéré comme étant dans la lignée des politiques publiques de santé destinées à « humaniser » les soins en maternité, car même si les douze recommandations diffèrent peu de la charte internationale, il y a une volonté de se départir de la question exclusive de la promotion de l'allaitement au sein et d'inclure dans le label les familles qui choisiraient l'alimentation au lait en poudre. Il se veut donc être un label sanctionnant des pratiques promouvant « *les soins centrés sur la famille* », ou encore « *le soutien à la parentalité* », ce qui s'inscrit dans les termes des politiques publiques du moment. La communication du label met en avant les recommandations sur la bienveillance des soignants, le peau-à-peau ainsi que la proximité mère-enfant, avec la mise en place du nouveau-né en chambre dès la remontée dans le service après l'accouchement, maintenue tout au long du séjour. Dans le contexte français, le label IHAB est porté en majorité par des professionnels de santé, validé par des sociétés savantes, et s'adresse aux maternités dotées d'un plateau technique médicalisé. En ce sens, il n'endosse pas une alternative à la naissance médicalisée mais promeut un cadre bienveillant au sein de cet univers. *Humaniser* les soins, c'est donc mettre la technique à bonne distance (Massei 2024). Dans ce contexte, le label IHAB articule une vision de la naissance ancrée dans un modèle médical et un modèle familial où les mères sont responsables de l'anticipation et de l'éradication de tous les risques imaginables pour leurs enfants (Wolf 2007).

Il s'agit, pour les professionnels, d'accompagner les premiers moments du couple mère-enfant, perçus comme essentiels pour le devenir de l'enfant, mais également pour la mère, qui doit vivre pleinement cette expérience. L'introduction des pratiques IHAB en maternité s'est faite au moyen d'une médicalisation : le lait maternel est envisagé de manière médicinale, notamment pour les prématurés, le peau-à-peau est considéré comme un soin pour la mère et l'enfant, et il y a une pathologisation de la séparation mère-enfant, perçue comme potentiellement nuisible à la santé mentale à venir de l'un et de l'autre.

Finalement, l'analyse du *Baby Friendly Hospital Initiative* montre que cette politique de santé publique va au-delà de la seule promotion de l'allaitement maternel. En promouvant un idéal de maternité impliquant une proximité forte et constante entre la mère et son enfant, le BFHI participe à la diffusion d'un modèle global de soins périnataux à la fois médicalisé et fortement chargé en normes sociales. Ce modèle suscite des controverses, notamment aux États-Unis où les injonctions à être « une bonne mère » sont interrogées, y compris dans le milieu médical. En France, l'implantation de ce programme témoigne d'un compromis : celui d'un cadre médicalisé qui intègre le « soutien à la parentalité » et l'« humanisation » des soins.

Bibliographie

BLACK M. 1986 *The Children and the Nations. The Story of Unicef*. New York : UNICEF.

BLUM L.M. 1999 *At the breast : ideologies of breastfeeding and motherhood in the contemporary United States*. Boston : Beacon Press.

BOWLBY J. 1958 « The nature of the child's tie to his mother », *International Journal of PsychoAnalysis* 39 : 350-373 [https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Bowlby_Nature.pdf]

FELDMAN-WINTER L., GOODSTEIN M.H., HAUCK F.R., DARNALL R.A. & MOON R.Y. 2018 « Proposed Guidelines for Skin-to-Skin Care and Rooming-in Should Be More Inclusive », *Journal of Perinatology* 38(9) : 1277-1278.

GOMEZ-POMAR E. & BLUBAUGH R. 2018a « The Baby Friendly Hospital Initiative and the Ten Steps for Successful Breastfeeding. A Critical Review of the Literature », *Journal of Perinatology* 38(6): 623-632.

GOMEZ-POMAR E. & BLUBAUGH R. 2018b « Response to : 'Proposed Guidelines for Skin-to-Skin Care and Rooming-in Should Be More Inclusive' », *Journal of Perinatology* 38(9) : 1279-1279.

HAUCK F.R., OMOJOKUN O. & SIADATY M.S. 2005 « Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome ? A Meta-Analysis », *Pediatrics* 116(5) : 716-723.

HAWKINS S.S., STERN A.D., BAUM C.F. & GILLMAN M.W. 2015 « Evaluating the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Breast-Feeding Rates : A Multi-State Analysis », *Public Health Nutrition* 18(2) : 189-197.

HAYS S. 1996 *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven, CT, & London : Yale University Press.

HOWE-HEYMAN A. & LUTENBACHER M. 2016 « The Baby-Friendly Hospital Initiative as an Intervention to Improve Breastfeeding Rates : A Review of the Literature », *Journal of Midwifery & Women's Health* 61(1) : 77-102.

KERSUZAN C. 2020 « L'apparition d'une préoccupation internationale autour de l'allaitement maternel et ses implications pour le mouvement pro-allaitement », *Sciences sociales et santé* 2(38) : 31-39.

MASSEI E. 2024 « Humaniser les soins en maternité ? Les appropriations du label Initiative Hôpital Ami des Bébé », Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lille.

NEYRAND G. 2011 *L'enfant, la mère et la question du père*. Paris: Presses Universitaires de France.

PRESTON-ROEDDER E., FAGEN H., MARTUCCI J. & BARNHILL A. 2019 « Understanding the Baby-Friendly Hospital Initiative : A Multidisciplinary Analysis », *IJF AB : International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 12() : 117-147.

RAZY É. & SUREMAIN (DE) Ch.-É. 2022 « L'alimentation des bébés et des enfants : une approche anthropologique », *Spirale* 104 (4) : 53-65.

ROLLET C. 2005 « Histoire de l'allaitement en France : pratiques et représentations », [www.santeallaitementmaternel.com]

SCHOLL S. 2021 « La mère en sacrifice. Normes d'allaitement et construction de la maternité à l'époque contemporaine », *Nouvelles Questions Féministes* 40(1) : 18-34.

TILLARD B. 2007 « Quand la prévention sanitaire s'adresse aux parents et aux futurs parents », *ethnographiques.org* 14 (numéro spécial « Face à la maladie et au malheur » [http://www.ethnographiques.org/2007/Tillard]

WOLF J.B. 2007 « Is Breast Really Best ? Risk and Total Motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 32(4) : 595-636.

Notes

1 BFHI - *Implementation guidance* - WHO/UNICEF, 2018, [ma traduction].

2 Titre original en anglais, *The womanly art of breastfeeding*, 1958, ed. Franklin Park, Illinois

3 Citation originale en langue anglaise : World Health Organization and UNICEF, 1979, Joint WHO/UNICEF Meeting on Infant and Young Child Feeding, <http://www.who.int/iris/handle/10665/62980>

4 Source : <https://www.babyfriendlyusa.org/>

5 *Sudden unexpected postnatal collapse in the neonate* : ce phénomène se caractérise par une détresse respiratoire ou cardiaque sévère.

6 *Neonatal abstinence syndrome* : il s'agit d'un syndrome de « manque » qui survient chez le nouveau-né dont la mère a pris des substances qui induisent un sevrage, comme les drogues.

7 Schulte, Brigid. 2014. « *More U.S. Hospitals Adopting 'Baby-Friendly' Policies* » *Washington Post*, September 10, 2014, sec. Local.