



Numéro 20, octobre 2013

Petite histoire de l'allaitement en France

Par Vincent Boggio, pédiatre

Dans la lettre numéro 18 de janvier 2012, Vincent Boggio nous proposait une « petite histoire de la diversification alimentaire » et esquissait en introduction quelques éléments d'une histoire de l'allaitement. Cette nouvelle lettre en constitue un développement... Ces deux « petites histoires » ont fait l'objet d'une conférence lors du Colloque scientifique OPALINE qui s'est tenu à Dijon les 18 et 19 octobre 2012.

Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, nourrir un enfant était simple. Sa mère l'allaitait plusieurs mois, voire plusieurs années, puis le sevrant. La transition vers l'alimentation adulte était assurée essentiellement par la bouillie de céréales, pratique observée dans la plupart des pays du monde puisque l'aliment de base de l'espèce humaine est presque partout une céréale ou à défaut un tubercule.

Lorsqu'une mère ne pouvait ou ne souhaitait pas allaiter, elle devait trouver une nourrice, c'est-à-dire une femme qui nourrissait simultanément son propre enfant (les deux enfants devenaient alors "frères de lait" ou "sœurs de lait") ou qui venait de sevrer celui-ci.

La Côte-d'Or (Morvan, Auxois, Chatillonnais) a été une terre généreuse de nourrices qui accueillait des enfants chez elles ou montaient à Paris pour allaiter les enfants de la bourgeoisie ou de la noblesse parisienne.

Si un nourrisson ne pouvait pas être allaité, il était en danger de mort. En effet, l'allaitement avec du lait de vache conservé à température ambiante entraînait tôt ou tard une gastro-entérite (diarrhée et vomissements), qui évoluait souvent vers une déshydratation, appelée à l'époque toxicose, laquelle était souvent mortelle, d'autant plus rapidement que l'un des traitements proposés était la purge.

Dans les orphelinats, la mortalité était donc très élevée à cause des épidémies de gastro-entérite.

La pasteurisation

En 1865, Pasteur a montré que le chauffage du vin optimisait sa conservation : "Je crois être arrivé à un procédé très pratique, qui consiste simplement à porter le vin à une température comprise entre 60 et 100 degrés, en vases clos, pendant une heure ou deux".

Duclaux, disciple de Pasteur, a étendu la pasteurisation au lait de vache. Vers la même époque, on a découvert qu'on pouvait également conserver le lait en le déshydratant. Le lait en poudre se conserve bien.

Ces découvertes ont entraîné la réduction de l'allaitement féminin, maternel et nourricier, puisqu'elles ont rendu raisonnable l'allaitement artificiel, auparavant techniquement possible mais inacceptable en raison du risque infectieux. Désormais les mères ont eu un choix à effectuer. L'allaitement maternel a donc régressé.

Mais la résolution du risque infectieux a démasqué d'autres effets fâcheux, digestifs (coliques) et nutritionnels (carences en fer et en

vitamine C) d'un lait que l'évolution des espèces animales et de leurs laits destine clairement au veau et non à l'enfant.

Les solutions empiriquement retenues pour régler ces difficultés digestives et nutritionnelles ont été légitimées par les connaissances nouvelles en biochimie alimentaire. Ainsi, l'apport protidique excessif qui favorisait une flore colique de putréfaction et des selles nauséabondes a été diminué par coupage (addition d'eau), la digestion des graisses facilitée par écrémage partiel et les calories ainsi perdues restituées par sucrage. Simultanément on a préconisé une diversification, c'est-à-dire l'introduction d'autres aliments que le lait, de plus en plus précocement pour apporter de la vitamine C et du fer, évitant scorbut et anémie ferriprive chez les enfants qui n'étaient nourris qu'avec du lait de vache pasteurisé.

Biberons et bouillies dans les années 50

Mes premiers souvenirs en alimentation infantile datent des années 1950. Ce sont les souvenirs d'un enfant de classe moyenne de la banlieue parisienne. Ces souvenirs sont résumés en deux mots : biberon et bouillie. La majorité des mères nourrissaient leurs enfants au biberon.

Elles y voyaient une nouveauté, un progrès, une libération, un confort, une commodité. C'était le temps du baby-boom.

Les mères non salariées avaient souvent plusieurs enfants, lesquels n'allaient à l'école qu'à 6 ans. Elles étaient donc très occupées à la maison. L'administration du biberon pouvait être déléguée à un enfant plus âgé ou à une grand-mère. C'était aussi le temps d'une croissance économique majeure.



Le biberon fut un des premiers éléments de la modernité, suivi de la douche, de la machine à laver, du réfrigérateur, du téléphone, de l'automobile, de la télévision et de la contraception chimique... L'allaitement au sein était à cette époque considéré comme un signe de pauvreté, réservé aux femmes du « Tiers-Monde » dans l'attente de leur accession à la modernité.

L'allaitement artificiel a largement bénéficié de la médicalisation de l'alimentation infantile. Les médecins, le plus souvent des hommes, se sont octroyé un nouveau pouvoir, celui de prescrire l'alimentation des enfants comme on prescrit un traitement. Les consultations pour enfants en bonne santé se sont multipliées et il fallait bien que les médecins aient quelque chose à dire lors de ces consultations.

Des normes alimentaires ont vu le jour. L'allaitement artificiel permet en effet de mesurer des quantités de lait consommées plus facilement que l'allaitement maternel ! La fréquence des biberons, les quantités nécessaires de lait infantile, la préparation des bouillies, la conduite de la diversification ont été codifiées et imposées par prescription.

En outre, les laits et les farines infantiles étaient achetés chez le pharmacien, ce qui renforçait cette médicalisation.

L'allaitement artificiel a été aussi favorisé par la généralisation des accouchements en maternité. Les nouveau-nés étaient souvent séparés de leurs mères à la naissance et les biberonneries préparaient quotidiennement des batteries de biberons remplis d'un lait industriel fourni gratuitement.

Par ailleurs, l'allaitement artificiel a bénéficié indirectement des progrès concomitants de l'hygiène, des vaccinations, des antibiotiques...

Les nourrissons du XX^{ème} siècle ont mieux grandi que ceux du XIX^{ème}. La réduction de la morbidité et de la mortalité infantile, de même que l'accélération de la croissance des enfants sont contemporaines du développement de l'allaitement artificiel, sans qu'elles lui soient dues !

Développement des laits infantiles

L'allaitement artificiel a été enfin facilité par les industriels qui, progressivement, ont proposé des laits infantiles améliorés dont la composition tenait compte des données récentes de la biochimie et de la nutrition, laits présentés en poudre, faciles à conserver et à reconstituer.

Ils proposaient aussi des stérilisateur domestiques et des eaux embouteillées appropriées à la préparation des biberons. Chaque industriel faisait ce qui lui semblait bon !

Vers 1960, la gamme des laits infantiles était très hétérogène : pasteurisé, stérilisé, homogénéisé, évaporé non sucré, concentré sucré, sec, acidifié, demi-écrémé.

Comme les taux de reconstitution dépendaient du fabricant, les biberons portaient de multiples échelles de reconstitution et s'apparentaient à des verres doseurs.

A cette époque, la diversification était très précoce et les nourrissons recevaient souvent du jus de fruit dès le premier mois de vie, de la farine et de la viande dès 2 mois.

Le législateur a fini par encadrer cette évolution en faveur de l'allaitement artificiel (arrêté de 1976)¹.

La dénomination de vente de ces préparations, *aliment lacté diététique pour nourrissons*, pouvait, sous certaines conditions de composition, être remplacée par *lait diététique pour nourrissons*, voire par le très audacieux *lait diététique maternisé pour nourrissons*. Les adjectifs *diététique* et *maternisé* ont disparu des règlements ultérieurs.

Les contraintes réglementaires étaient d'ordre nutritionnel. Elles portaient sur les taux de protides et de lipides, la proportion de lactose et de matières grasses végétales, la teneur en acide linoléique, en 12 vitamines et 11 minéraux.

Pour la plupart de ces nutriments, la teneur réglementaire était déterminée par rapport à celle que présente le lait de femme, d'où l'indispensable circulaire complémentaire sur la composition du lait de femme, joyau de la réglementation.

Autrement dit, ces préparations, souvent commercialisées sous l'appellation *laits premier âge*, étaient clairement identifiées comme destinées à remplacer le lait maternel pendant quelques mois. Désormais, les nourrissons disposaient de laits industriels qui conjuguèrent les garanties nutritives du lait de femme et la sécurité hygiénique acquise par l'industrie laitière.

¹ Voir lettre OPALINE n°18

Recul progressif de l'âge de diversification

L'avènement de ces laits modernes aurait dû immédiatement faire cesser la diversification précoce devenue inutile, ses contraintes et ses interrogations raffinées : le blanc ou le jaune de l'œuf ? Le jus d'orange à 10 h ou à 16 h ? La farine le matin ou le soir ? Le lait avant ou après les légumes ? La farine avec ou sans gluten ?

Et pourtant, la précocité de la diversification a persisté : en 1981, 18% de l'énergie ingérée par les nourrissons français de un à trois mois provenait d'autres aliments que les laits pour nourrissons.

Au fil des décennies, l'âge du début de la diversification, a néanmoins reculé, pour se fixer actuellement *vers 4 à 6 mois* conformément d'ailleurs aux recommandations des sociétés de pédiatries des pays développés².

Retour de l'allaitement maternel

Simultanément à ce recul de la diversification précoce, on observe depuis quelques années un retour de l'allaitement maternel, le plus souvent de brève durée - quelques semaines -, mais quelquefois très prolongé.

Les explications sont multiples : un retour au passé, une méfiance par rapport à une alimentation industrielle, la multiplication des laits industriels dans les hypermarchés où ils ressemblent à de banals produits d'épicerie, le désir de faire selon la nature, le poids d'un discours écologique raisonnable et moins militant, la féminisation du corps médical, le travail des puéricultrices et autres conseillères en allaitement qui s'affranchissent d'un autoritarisme médical ridicule quand il traduit l'incompétence, le souci des mères de partager leur expérience réussie avec d'autres, le plaisir avoué des femmes allaitantes, la simplification du discours hygiénique, le congé parental, la mise au sein précoce dans les maternités consécutivement à une meilleure compréhension de la lactation, l'acceptation que la courbe de croissance pondérale de l'enfant au sein peut être un peu moins belle

² Voir lettre OPALINE n°18

que celle de l'enfant nourri avec un lait industriel, la réduction de la morbidité chez les enfants nourris au sein, la vulgarisation des connaissances sur l'adaptation de la composition du lait maternel aux besoins de l'enfant, la réflexion sur les aspects biologiques et sensoriels du lait maternel...

En conclusion

Ainsi, une relecture de l'évolution des pratiques alimentaires dans la petite enfance conduit à évoquer les différents aspects de l'alimentation : hygiéniques, nutritionnels, digestifs, sensoriels, psychologiques, sociologiques, économiques et éducatifs. Selon les lieux, les époques ou les personnes, l'un ou l'autre de ces aspects peut être temporairement dominant.

Cette relecture pourrait rendre plus modestes certains conseillers modernes qui abusent des « il faut », « il est nécessaire », « il est indispensable »...

Appel à témoignages

Afin de poursuivre cette réflexion sur l'allaitement maternel, nous souhaiterions consacrer une lettre OPALINE aux **allaitements longs** (ceux qui se poursuivent au-delà des 6 mois de l'enfant) à partir d'expériences vécues ; **nous proposons aux mamans OPALINE concernées de nous envoyer leur témoignage**. Contactez-nous sur opaline@dijon.inra.fr pour de plus amples informations.

www.opaline-dijon.fr

Rôle de la prématurité dans le développement du comportement alimentaire

Par S. Nicklaus, Chercheur à l'INRA

Les enfants nés prématurés présentent fréquemment des troubles de l'alimentation dans la petite enfance. Nous avons conduit une étude comparative des résultats issus d'OPALINE et ceux issus d'une recherche menée à Nantes sur des enfants nés prématurément, POLYNUCA, pour examiner l'influence des caractéristiques néonatales et maternelles sur le comportement alimentaire à l'âge de deux ans.

POLYNUCA est constituée de 234 enfants nés prématurés (âge gestationnel inférieur à 33 semaines d'aménorrhée). Les données issues de 245 enfants nés à terme d'OPALINE ont été considérées. Leur comportement alimentaire à deux ans a été estimé à l'aide du même questionnaire que celui rempli par les familles OPALINE et qui évalue d'une part l'appétit et l'intérêt pour la nourriture et d'autre part la sélectivité et la néophobie (réticence vis-à-vis d'aliments non connus).

Résultats de l'étude comparative : les enfants prématurés de POLYNUCA ont moins d'appétit et d'intérêt que les enfants OPALINE nés à terme et tendent à être plus sélectifs et plus néophobes. Des analyses complémentaires montrent de plus que le fait d'avoir un faible poids à la naissance et d'être une fille augmente le risque d'avoir plus de comportements alimentaires difficiles. A l'inverse, le risque d'être sélectif et néophobe est moindre pour les enfants nés de mères ayant un niveau d'études plus élevé.

En conclusion, c'est plutôt un faible poids de naissance que la prématurité en tant que telle qui est associée à des comportements alimentaires plus difficiles.

Le saviez-vous ? La lettre OPALINE est maintenant disponible à la Bibliothèque Nationale de France et à la Bibliothèque Municipale de Dijon !

CSGA – UMR 6265 CNRS - UMR 1324 INRA – UB
9^E Boulevard Jeanne d'Arc – F 21000 DIJON
Directeur de publication : Luc Pénicaud
Responsable de la rédaction : Sophie Nicklaus
Impression : ICO Imprimerie 17-19 rue des Corroyeurs –
21000 DIJON
Gratuit
Dépôt légal – Avril 2013; ISSN 2268-4190



Lettre d'OPALINE n°20, octobre 2013